

01921
77



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

VALIDACION SOCIAL DE UN TRATAMIENTO BREVE PARA USUARIOS DE COCAINA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

EIJI FUKUSHIMA TANIGUCHI

DIRECTOR DE TESIS: MTRO. FERNANDO VAZQUEZ PINEDA

REVISOR DE TESIS: LIC. LETICIA ECHEVERRIA SAN VICENTE

ASESOR DE TESIS MTRO. ROBERTO OROPEZA TENA



MEXICO, D. F.,

SEPTIEMBRE 2003.

A



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DEDICADA:

- ❖ A mis padres (Hiromichi y Shigeko) por el amor y el cariño que me han brindado durante la vida. El apoyo, la confianza y la paciencia en todo lo que me he propuesto.

- ❖ A mi gran hermana (Hisa) por estar siempre conmigo en las buenas y las malas.

AGRADECIMENTOS:

- ❖ Roberto Oropeza por aceptarme en el proyecto, por tu dedicación, confianza y enseñanzas que me has brindado durante este tiempo. Y lo más importante por tu gran amistad.
- ❖ Fernando Vázquez por el apoyo y la paciencia en la realización de este proyecto.
- ❖ Lety Echeverría por tu atención y consejos que me brindaste desde mi servicio social.
- ❖ Sotero Moreno por hacer divertida e interesante las clases de licenciatura.
- ❖ Anabel por hacer cada momento de mi vida feliz. Y por enseñarme a seguir luchando hasta el final.
- ❖ A la Fundación Romero (Yuji, Yosh, Juan Abraham, Juan Antonia, Isami, Selichi, Carlos, Take, Armando, Héctor, Raúl) por todo lo que nos hemos divertido, por el gusto de la cerveza.
- ❖ A las Familia Kashiwagui-Yamaguchi, a la Familia Yokoyama y la Familia Uei, por que en sus familias me siento como en la mía.
- ❖ A mis compañeros de proyecto (Julián, Humberto, Bety, Nadia) por la grata compañía, los chistes, los buenos y divertidos momentos.
- ❖ A la banda de la facultad: Pancho estás donde estás, Jahir, Klaider, Israel, Julio, Charly, Paola, Jeca, Nayeli, Jessica, Elena, German, Adriana.
- ❖ A mis amigos (Amparo, Nahoko, Akari, Akko, Avi, Mich, a los de Xi Xim, A los de GTB) gracias por su gran amistad
- ❖ A Atom por las desveladas y por esperarme todos los días en casa.
- ❖ A todos los que de alguna manera participaron en este proyecto

MIL GRACIAS

ÍNDICE

• INTRODUCCIÓN.	1
• CAPITULO 1. Uso y abuso de la cocaína.	4
1.1 Uso y abuso de drogas	5
1.2 Antecedentes de la cocaína	7
1.3 Formas de Administración de la cocaína	9
1.4 Efectos de la Cocaína	11
1.5 Tolerancia y dependencia de la cocaína	12
1.6 Epidemiología del consumo de cocaína en México	14
1.7 Tratamientos para drogas en México	18
• CAPITULO 2. Descripción del Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína.	31
2.1 Fundamentos teóricos del Modelo de Intervención Breve Cognitivo Conductual para sujetos con problemas de consumo de cocaína	33
2.2 Sesiones de tratamiento	35
2.3 Criterios de Inclusión y exclusión del tratamiento	43
• CAPITULO 3. Validación Social.	45
3.1 ¿Qué es la validación social?	46
3.2 Validación social de metas	51
3.3 Validación social de procedimiento	52
3.4 Validación social de resultado	53
• MÉTODO.	58
Aplicación 1	59
Aplicación 2 y Aplicación 3	61
• RESULTADOS GENERALES.	64
• DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	72
• LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	76

• REFERENCIAS	79
• ANEXOS	
1. Cuestionarios de Validación social del Tratamiento Breve para usuarios de cocaína para aplicación 1	84
2. Cuestionarios de Validación social del Tratamiento Breve para usuarios de cocaína para aplicación 2 y 3	100
3. Tablas de resultados del procedimiento de la validación social de usuarios con tratamiento breve	110

RESUMEN

El tema de las adicciones es de gran importancia en México debido su rápido aumento en el consumo, que es un problema de salud. Se ha observado que la cocaína es la sustancia que presenta mayor incremento en su consumo y actualmente ocupa el segundo lugar de importancia en la población general en México (ENA, 1998).

Tomando en cuenta estos antecedentes fue creado el Modelo de Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (Oropeza, 2002). Este tratamiento basa sus características en los modelos de intervención breve. Y se sustenta en los modelos cognoscitivo conductuales para sujetos con problemas en el uso de cocaína con niveles bajos o medios de dependencia. También es una intervención motivacional que ayuda 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 desarrolle una estrategia general de solución de problemas, que le permita modificar su estilo de vida.

El desarrollo de tratamientos de prevención secundaria se ha topado con numerosos problemas, en este caso la satisfacción y la aceptación de los mismos. Aunque algunos tratamientos muestren un cambio significativo en alguna medida de los resultados no garantiza que este cambio sea significativo para los clientes. La validación social es una estrategia que comenzó a documentarse a finales de los setenta, el cual basa su funcionamiento en los juicios emitidos por pacientes de los tratamientos, expertos en el campo, público en general, etc. Que permite validar la importancia, la aceptación e impacto que tienen en la comunidad los programas de intervención conductual.

El presente estudio tuvo como objetivo validar socialmente las metas, procedimientos y resultados por 20 participantes (19 hombres y 1 mujer) del Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína, de un promedio de edad de $x = 25.42$. Para ello, la aplicación de los cuestionarios fue de la siguiente manera: para la validación de metas, se aplicó después de las sesiones de admisión y evaluación, la validación del procedimiento se llevó a cabo una vez concluida cada una de las ocho sesiones de trabajo y por último la validación de resultados se aplicó el cuestionario al concluir todo el tratamiento. Los resultados muestran a los clientes bastantes satisfechos términos de las metas, procedimientos y resultados. Además se determinó si las necesidades sociales eran congruentes con el procedimiento del Tratamiento breve para usuarios de cocaína (TBUC), por lo que se compararon la aceptación e importancia con los tres grupos (hombres y mayores de edad): el primero corresponde a los pacientes del tratamiento (TBUC), el segundo a sujetos consumidores de drogas y el tercero a no consumidores de drogas. Los resultados muestran que en general, no hay diferencias significativas en la aceptación e importancia del procedimiento del TBUC excepto en las sesiones 1 y 7. Mostrando estar bastantes satisfechos con el procedimiento del TBUC.



INTRODUCCIÓN

Actualmente el tema de las adicciones es de gran importancia en México debido al rápido incremento en el consumo, principalmente en jóvenes; trayendo como consecuencias una amplia gama de factores asociados como son: desintegración familiar, deserción escolar, problemas laborales, problemas legales, entre otros.

A partir de los años 90's, se ha observado que la cocaína es la sustancia que presenta mayor incremento en su consumo en nuestro país; actualmente ocupa el segundo lugar de importancia en la población general (ENA, 1998). Debido a esto, la psicología enfrenta el reto de contar con estrategias efectivas que permitan atender a aquellas personas que están involucradas en este problema.

El desarrollo de tratamientos de atención en adicciones se ha topado con numerosos problemas, entre los más importantes se encuentra la deserción de los usuarios, la efectividad del tratamiento, la satisfacción de los usuarios, etc. Entre los diferentes enfoques de la psicología el que más ha mostrado efectividad, para el tratamiento de las adicciones ha sido el cognitivo - conductual (Maude-Griffin, Hohenstein, Humfleet, Reilly, Tuse y Hal, 1998). Tomando en cuenta estos antecedentes fue creado un Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (Oropeza, 2002).

Este Tratamiento Breve para Usuarios de cocaína puede demostrar un cambio significativo de los resultados, pero actualmente no hay forma de evaluar si el cambio es significativo para los clientes (Foster, 1999).

Sin embargo, la efectividad de este tratamiento dependerá de los efectos con valor práctico (la validez empírica), es decir, que puedan alterar las conductas del paciente que son importantes para la sociedad. Por lo tanto, la efectividad de los procedimientos de modificación conductual estaría relacionados con los juicios de valor subjetivos dados por la sociedad (Wolf, 1979).

Para esto es necesario medir la importancia de los objetivos del tratamiento, sus procedimientos y los resultados arrojados por el mismo, evaluando las opiniones de los sujetos que tienen contacto con los pacientes, las personas involucradas en el problema, la población en general, sujetos que tienen contacto con el tratamiento, etc. (Wolf, 1979).

La presente investigación tuvo como objetivo identificar la importancia, la aceptabilidad y la satisfacción de pacientes, acerca de las metas, procedimientos y resultados del Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína. Esta evaluación fue un medio necesario para demostrar la utilidad aplicada en la investigación y ayudará a mejorar la efectividad y el mantenimiento de intervenciones aplicadas. Además, se compararon las opiniones de 3 muestras (pacientes del tratamiento, Consumidores de drogas y no consumidores) acerca del procedimiento, para ver si hubo diferencias significativas, respecto a la aceptación del tratamiento.

El primer capítulo contiene información sobre los antecedentes de la cocaína, sus características, sus efectos, formas de consumo y la epidemiología del consumo de esta droga en los últimos años. También se describen los principales modelos de prevención y tratamiento sobre consumo de drogas implementados en el D.F.

El segundo capítulo describe de forma breve las características principales y los componentes del Tratamiento Breve para usuarios de Cocaína, desarrollado en la Facultad de Psicología, UNAM (Oropeza, 2000).

El tercer capítulo se refiere a la definición de la Validación social, el desarrollo de la Validación social en las metas, procedimientos y resultados, así como investigaciones relacionadas con este tema.

En cuanto a la información de la presente investigación, se encuentra en el capítulo referente al método, donde se describe de manera detallada la realización de la misma. Por último se exponen los resultados observados y las conclusiones relacionadas con la presente investigación.

CAPITULO I

La Cocaína

Para aproximarnos al fenómeno del consumo de la cocaína, es necesario tener un panorama general de lo que es esta droga; desde su definición hasta los orígenes de la misma. También abordaremos la epidemiología del consumo en México en los últimos años, y finalmente revisaremos algunos de los modelos de prevención y tratamiento dirigidos al consumo de drogas que dan servicio en el D.F.

1.1 Uso y abuso de drogas

El término droga es amplio y antiguo. Se utilizó en la farmacología clásica para designar a un medicamento en estado bruto, tal como aparece en la naturaleza. Manteniendo el criterio clínico, en 1969 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo definió como *"toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones"* (Lorenzo, 1998).

Actualmente, y desde la perspectiva médica y científica, se utiliza el vocablo droga para referirnos a un gran número de sustancias que cumplen las siguientes condiciones (Lorenzo, 1998):

1. Ser sustancias que introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de éste.
2. Inducen a las personas que las toman a repetir su autoadministración, por el placer que generan.
3. El cese en su consumo puede significar un gran malestar somático y/o psíquico.
4. No tienen ninguna indicación médica y si la tienen pueden utilizarse con fines no terapéuticos.

Por lo tanto, en el contexto que nos ocupa el término droga se aplica a *"aquellas sustancias con acción reforzadora positiva, capaces de generar*

dependencia física, psíquica o ambas y que ocasiona en muchos casos un grave deterioro psicorgánico y de conducta social".

Desde hace tiempo es común ver que alguien abuse de las drogas. Esto se observa en reuniones sociales, donde la gente consume botellas de alcohol o fuman en exceso. Desgraciadamente el círculo de las drogas no se limita a estas sustancias sino a otro tipo de sustancias denominadas drogas ilegales.

El uso de sustancias es una condición incierta y su distinción del abuso no es clara (Medina Mora, 1994). La mayor dificultad estriba en que ambos fenómenos no pueden colocarse como extremos de una sola dimensión, ya que también existen dimensiones sociales, médicas, biológicas, legales.

Medina Mora (1994) agrega que en el caso de las drogas ilegales es común argumentar que cualquier uso es abuso de la sustancia. Las consecuencias de este uso serán muy diferentes según el patrón de consumo, es decir, si ha consumido la sustancia una o dos veces, si la ingiere en ocasiones, si la consume de vez en cuando, o si la usa diariamente por periodos prolongados.

Lorenzo (1998) menciona que el uso de sustancias no tiene ninguna significación clínica ni social; es decir, el término uso significa sencillamente consumo, utilización, gasto de esa sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales o familiares, etc. En ausencia de otras especificaciones debe entenderse un consumo aislado, ocasional, episódico, sin ningún ritmo en la habitualidad, sin tolerancia o dependencia. Y el abuso se refiere a cualquier consumo de drogas que dañe o amenace dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general. En definitiva se trata de un uso inadecuado por su cuantía o finalidad.

Las definiciones de uso y abuso están en función de la cantidad, frecuencia y consecuencias del consumo y se miden por medio de indicadores, tales como consumo per. cápita, patrones de consumo y problemas asociados.

La OMS habla de abuso de drogas cuando se presenta un uso persistente o esporádico excesivo de las drogas fuera de una práctica médica aceptable. La expresión abuso de drogas no hace una distinción entre los que las consumen de manera ocasional, habitual o presentan dependencia hacia las sustancias. En general, se ha optado por emplear indistintamente los términos usar o consumir; el concepto de abuso incluye un daño a la salud física o mental del consumidor, o se aplica a un patrón de consumo que es frecuentemente e interfiere con otros aspectos de la vida, o se presenta de manera ocasional en periodos de consumo intenso (ENA; 1998).

Se puede ver que el uso puede ser esporádico y no traer consigo consecuencias adversas para el consumidor, en cuanto al abuso se caracteriza porque, a pesar de que el consumo de la sustancia aún no es sumamente frecuente, pero ya ocasiona consecuencias negativas en diversas áreas de la vida de la persona.

1.2 Antecedentes de la cocaína

La cocaína es una sustancia cristalina, blanca, inodora y natural producida por la planta de coca "Erythroxylum", que crece principalmente en Centroamérica y Sudamérica. Los indios de estas regiones han utilizado estas hojas durante siglos para combatir el hambre y el cansancio, de modo que puedan enfrentar mejor los riesgos de su existencia marginada económicamente en las grandes alturas (Rudgley, 1999).

El cultivo de la coca en las laderas de los Andes ecuatorianos y peruanos se remonta a 5,000 A. C. Y parece ser que los conquistadores incas aprendieron de los primitivos habitantes de estas zonas la utilidad de mascar las hojas de coca, convirtiéndola en su planta divina. El nombre de la coca deriva de una palabra aimará cuyo significado sería "el árbol" (Ladero, 1998).

En 1855 J. F. W. Jonhson, en el segundo volumen de su Quimica de la vida común, publicaba los resultados de sus intentos para aislar el principio activo de las hojas de coca, y llegó a la conclusión de que no era uno sino tres: una resina aromática a la que atribuyen propiedades narcóticas; una sustancia amarga que no había podido aún identificar químicamente, pero que consideraba análoga a la teína y a la cafeína y a la que atribuía todos los efectos estimulantes y el ácido tánico. En ese mismo año de 1855, F. A: Goedecke intensificó los esfuerzos para aislar los alcaloides, obteniendo una sustancia que denominó eritroxilina y resulto ser una mezcla de varios de los alcaloides contenidos en la planta. En 1860, Albert Niemann de la Universidad de Gotinga descubrió el modo de aislar la cocaína (alcaloide psicoactivo) a partir de la hoja de coca (Tapia, 1994).

Alrededor de 1880, Sigmund Freud se hizo consumidor de cocaína, siendo uno de los primeros en describir los efectos de esta droga. A él también se le deben las primeras descripciones documentales de los efectos tras la toma de la droga. En su obra sobre la cocaína titulada "*Uber Coca*", Freud aconseja 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.

Poco a poco se intensificaron las investigaciones sobre la cocaína, encontrando que tiene principalmente dos acciones farmacológicas. Es un anestésico y un estimulante del sistema nervioso central (SNC). Es la única droga conocida que posee estas dos cualidades. Con estos resultados los médicos entusiasmados multiplicaron sus indicaciones, prescribiendola para problemas de la garganta, como anestésico en la cirugía local nasal, garganta y laringe. También se llegó a emplear en las industrias y en el ejército, a fin de lograr un mejor rendimiento. Así como tratamiento de elección para las adicciones al alcohol, al opio y a la morfina, etc.

Poco es lo que dice la literatura médica mexicana acerca de la cocaína hablándose en 1885 de sus efectos fisiológicos. Un solo artículo de 1890 se refiere al envenenamiento por cocaína y a su tratamiento mediante ácido fénico.

El uso de la coca con fines recreativos fue reintroducido en Europa a finales del siglo XIX por un químico y empresario corso llamado Mariani, que elaboró una infusión de hojas de coca en vino, denominado también vino peruano de coca. Por esta época también se elaboraron bebidas no alcohólicas que contenían coca; así, la mezcla de coca con cola nitida fue la base de la famosa bebida Coca cola. En 1904 fue descocainizada la bebida Coca cola por las autoridades federales en Estados Unidos (Lorenzo, 1998).

A principios de 1970 el uso de la cocaína se difundió por el momento histórico – social que se vivía; se propagó entonces la idea del consumo de sustancias para alterar las funciones mentales, debido a su alto costo el acceso a esas sustancias sólo era a ciertas personas (Tapia, 1994).

En la actualidad la cocaína encaja bastante en el ambiente. Nuestra sociedad ha valorado durante décadas los temas de la autorrealización, el hedonismo, la recompensa inmediata y la indulgencia narcisista hacia uno mismo. Quizá ocurre que la sociedad está cambiando tan rápidamente que la gente no puede asimilar todo. Los síntomas de estrés extremo, la despersonalización en una sociedad cada vez más impersonal, la falta de objetivos y valores aceptables, la disolución del sistema familiar como amortiguador entre la sociedad y el individuo, etc., todos estos factores y algunos más, hacen de la cocaína la droga favorita de nuestro tiempo (Washton, 1989).

1.3 Formas de Administración de la cocaína

Existen tres métodos corrientes de administración de cocaína: Inhalada, fumada o inyectada por vía endovenosa. La rapidez de aparición de los efectos y

su duración varían inversamente, es decir, mientras más rápidamente aparecen, menos tiempo duran. De acuerdo con la vía de administración varía la presentación de la cocaína: desde polvo de clorhidrato hasta pasta o cristales conocida como "crack" (Brailowsly, 1998).

- Inhalar: El uso intranasal o inhalación de cocaína hacia las fosas nasales, es el método más popular de consumo de cocaína, en parte porque existe la creencia falsa de que la cocaína usada de este modo es relativamente inocua y no adictiva. Los inhaladores de cocaína preparan normalmente la droga colocándola en una superficie plana y lisa, cortan la sustancia con una hoja de afeitar hasta obtener un polvo muy fino y lo agrupan en líneas muy estrechas, de 4 ó 5 cm. de longitud. Un billete o un papel enrollado lo utilizan para inhalarla (Washton, 1989).
- Fumada: Para fumarla, el polvo debe elaborarse primero hasta lograr una forma fumable conocida como "base libre" o "crack". El crack es una forma de cocaína cristalizada que se prepara con ciertas sustancias alcalinas para reducir su punto de fusión y así poder fumarla. El crack se realiza fácilmente por una conversión química simple utilizando bicarbonato, agua y calor. Se fuma normalmente vertiendo la sustancia en un pequeño bol de una pipa o utilizar latas de refrescos. El consumidor quema la droga e inhala profundamente el humo, reteniéndolo en los pulmones en mayor tiempo posible para aumentar al máximo la absorción Washton, 1989).
- Inyectada: Debido a que el polvo de cocaína es soluble en agua, puede disponerse en una jeringuilla para inyectarse. Pero la popularidad del consumo endovenoso de cocaína disminuye por el miedo a contraer SIDA y también, por que la sensación intensa que produce la cocaína inyectada también se obtiene tras fumar cocaína en base libre, sin el riesgo de infecciones de agujas contaminadas. El consumidor por vía endovenosa empieza su ritual de preparación de la droga poniendo un octavo o un

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cuarto de gramo de cocaína en una cuchara, añadiéndole agua y disolviendo la sustancia para construir la solución acuosa, filtrándola luego con un fino tamiz de malla. Finalmente, se introduce la solución en una jeringa y se inyecta directamente en vena (Washton, 1989).

El ritual preparatorio de la cocaína por vía nasal, como los rituales para el consumo fumado o endovenoso, parece que juega un papel relevante en el proceso de condicionamiento y dependencia.

La cocaína se absorbe por todas las vías de administración. Alcanza rápidamente altas concentraciones plasmáticas tras su administración por vía intravenosa; siendo más limitada cuando se utiliza otras vías. Atraviesa la barrera hematoencefálica: esnifada o administrada por vía intravenosa se encuentra niveles de cocaína en el cerebro en 30 segundos, mientras que fumada sólo tarda cinco segundos en tener efectos centrales. Cuando se ingiere vía oral está sometida a hidrólisis por las secreciones gastrointestinales, por lo que pierde su eficacia. Se distribuye rápidamente por todo el organismo (57% por vía oral y aproximadamente 70% fumada)(Lorenzo, 1998).

1.4 Efectos de la Cocaína

Esta droga es un potente estimulante del SNC, aunque sus efectos como tal depende de factores tales como tipo de consumidor, ambiente, dosis y vía de administración.

Dosis moderadas ocasionan: elevación del estado de ánimo, sensación de mayor energía y lucidez, disminución del apetito, insomnio, mayor rendimiento en la realización de tareas, disminución de la sensación de fatiga, hiperactividad motora, verbal e ideativa. La administración de cocaína por vía endovenosa da lugar a una sensación de flash intensamente placentera y descrita como sensación análoga al orgasmo sexual. Se han descrito en los consumidores de

cocaína alteraciones de percepción, alteraciones de la capacidad crítica y discriminativa (decisiones erróneas), seudo alucinaciones táctiles ("bichos" de la cocaína en la piel, arena deslizándose debajo de la piel, etc.), auditivas (de sentimientos de autorreferencia con contenidos de crítica y de reporte que le llevan a situaciones de temor incontrolable) y visuales (copos de nieve brillantes o coloreados que son muy apreciados por los consumidores), conductas estereotipadas, bruxismo y movimientos compulsivos. (Lorenzo, 1998).

La intoxicación aguda por cocaína se caracteriza por manifestaciones clínicas como son (Lorenzo, 1998):

1. Aparato cardiovascular: Palpitaciones, taquicardia, arritmias, hipertensión, infarto del miocardio, espamo cerebrovascular, hemorragia cerebral, vasoconstricción periférica, coagulación intravascular diseminada, para cardíaco.
2. Aparato respiratorio: Taquipnea, respiración irregular, parada respiratoria.
3. Aparato digestivo: Anorexia, náuseas, vómito, diarrea.
4. Metabolismo: Hipertermia con sudoración y acidosis láctica. Altas dosis de cocaína pueden inducir pirexia letal.
5. Ojo: Midriasis, vasoconstricción conjuntival, nistagmus vertical.
6. SNC: Ansiedad a medida que desaparecen los efectos euforizantes, confusión, irritabilidad, euforia, alucinaciones visuales y táctiles, alteraciones de percepción, reacciones paranoides.

1.5 Tolerancia y dependencia de la cocaína

La cocaína es la droga que por sus efectos sobre la conducta tiene mayor capacidad de recompensa o refuerzo positivo. Esta droga posee un alto potencial de abuso independiente de la vía de administración. Sin embargo, la magnitud del efecto de la cocaína y el tiempo de aparición de estos efectos son factores muy importantes en la génesis del refuerzo positivo y, por tanto, en la capacidad de producir dependencia (Lorenzo, 1998).

Existen diversas opiniones acerca de si los individuos desarrollan tolerancia tras el uso continuado de cocaína. En cualquier caso la mayoría de los consumidores reconocen que necesitan aumentar progresivamente la dosis, la frecuencia y/o cambiar la vía de administración para conseguir los efectos similares obtenidos con anterioridad a dosis menores (Lorenzo, 1998).

Oropeza (2000) menciona que el consumo de sustancias adictivas genera tolerancia y dependencia, por lo que, de acuerdo con la susceptibilidad propia de cada individuo, es decir, según su edad de inicio, tiempo de exposición y frecuencia de consumo, así como el tipo de droga, se presentarán dichas situaciones en diferentes momentos, modificando por lo tanto el patrón de consumo, y con ello las repercusiones médicas y sociales del individuo. La tolerancia de la cocaína se presenta rápidamente en unos cuantos días, lo que conlleva a que se aumenten las dosis autoadministradas, por lo que en poco tiempo el usuario puede estar consumiendo de 5 a 10 gr. para alcanzar los efectos buscados. Pero estos efectos pueden revertirse, ya que más adelante, el adicto puede mantener su estado de intoxicación con dosis relativamente bajas, pero lo que se conoce como sensibilización.

Para aumentar los beneficios, los traficantes callejeros "cortan" la cocaína mezclándola con otras sustancias a fin de aumentar su peso y volumen. Ello significa que los compradores nunca saben lo que están adquiriendo y, lo que es peor, ignoran también lo que van a introducir en su organismo y en su cerebro.

La cocaína disponible en la actualidad es suficiente para satisfacer la demanda existente a un precio que ya no es privativo de un grupo con recursos económicos. La cocaína se ha convertido en una droga con igualdad de oportunidades y su adicción también es posible en todos los casos.

1.6 Epidemiología del consumo de cocaína en México.

El uso y abuso de la cocaína constituye un complejo fenómeno que tiene consecuencias adversas en la salud individual, en la integración familiar, en el desarrollo y la estabilidad social. Para el Sector de la Salud la reducción de la demanda de drogas incluye las iniciativas que buscan prevenir su consumo, disminuir progresivamente el número de usuarios, mitigar los daños a la salud que puede causar el abuso y proveer información y tratamientos a los consumidores problemáticos, con miras a su rehabilitación y reinserción social.

Un requisito indispensable para las medidas de prevención y el servicio de tratamientos para usuarios de drogas(en este caso la cocaína) deben estar sustentadas en información científica, confiable y completa sobre su naturaleza, magnitud y características del fenómeno, con un diagnóstico que indique la magnitud del problema, y que aporte datos acerca de las características sociales e individuales de la población que las usa para poder determinar el número y servicio que requieren, así como el perfil profesional.

La información sobre el consumo de cocaína permite obtener indicadores del comportamiento de la población de interés tales como la prevalencia (total, en el último año y en el último mes) o la incidencia (número de casos nuevos reportados durante cierto periodo de tiempo).

A continuación se presentaran los principales resultados sobre el consumo de drogas en la población general de México a través de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 1998). Este trabajo nos proporciona estimaciones de la prevalencia del consumo de drogas en la población entre 12 a 65 años que habita en regiones urbanas.

Tabla 1. Porcentajes de consumo alguna vez en la vida por tipo de droga, edad y sexo.

Sexo/edad	Marihuana %	Cocaína %	Inhalables %	Alucinógenos %	Heroína %
HOMBRES					
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
Subtotal	10.40	2.97	1.70	0.72	0.21
MUJERES					
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	---	---	---	---
Subtotal	0.66	0.29	0.11	0.09	0.00
TOTAL	4.70	1.45	0.80	0.36	0.09

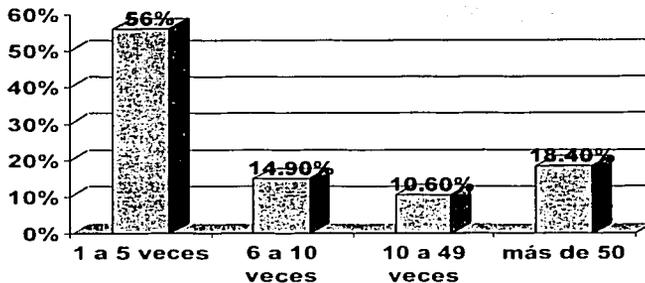
Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998.

Como se puede observar en la tabla 1, la cocaína ocupa el segundo lugar de consumo (después de la marihuana) en ambos sexos, excepto entre los individuos de 12 a 17 años, que consumieron esa droga en proporciones similares a los inhalables. La cocaína fue usada alguna vez por el 1.45% de la población, es decir, haciendo una estimación la han consumido alguna vez en la vida casi 700,000 personas.

Según la ENA, 1998, el número de veces que los usuarios han consumido cocaína en su vida, ocupa el primer lugar con un 56% los usuarios que la han consumido de 1 a 5 veces, mientras que el segundo son los sujetos con más de 50 veces con un 18.40%. Lo que nos indica que los usuarios que lo hacen por experimentar el consumo es la mayoría (ver Figura 1).

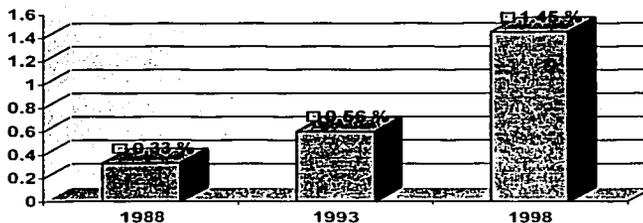
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 1. Número de veces que los usuarios han consumido cocaína en su vida.



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1993 y 1998.

Figura 2. Comparativo de la prevalencia del consumo de cocaína (1988, 1993, 1998)



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1993 y 1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El dato más significativo donde hay un incremento importante en el consumo de cocaína es de 1993 a 1998, donde el consumo es casi tres veces mayor (ver gráfica 2).

Tabla 2. Tendencia del consumo cocaína de 1993 a 1998.

Uso						
Alguna vez		Último año		Último mes		
Año	93	98	93	98	93	98
Cocaína	0.56%	1.45%	0.22%	0.45%	.09%	0.21%

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1993 y 1998.

Al comparar los resultados de las mediciones de la ENA de 1993 y de 1998 (ver tabla 2), la prevalencia de consumo de cocaína a nivel nacional (uso alguna vez, último año y último mes) se observa un incremento muy importante, al casi triplicarse el consumo alguna vez y duplicarse el del último año al pasar de una a otra medición; también el uso en el último mes aumentó al doble en 1998.

El consumo de cocaína está en aumento, no sólo como práctica de experimentación sino también en el uso actual. Además, la mayoría de los sujetos que consumen cocaína son hombres jóvenes, pero entre las mujeres hay también un creciente aumento. Incluso se ha generalizado el uso de la cocaína en grupos que tradicionalmente no la usaban, tales como los niños y los jóvenes de pocos recursos (ENA, 1998). Surge la necesidad de desarrollar investigaciones de tipo

cualitativo a fin de conocer los cómo y los por qué del fenómeno. Así mismo hay que tomar en cuenta la percepción que tiene los usuarios con respecto a los servicios de tratamientos, a las recaídas, a la desconfianza hacia las instituciones y sus servicios (Ortiz, 1997)

1.7 Tratamientos para drogas en México

Como ya hemos comentado, en la actualidad la farmacodependencia es uno de los problemas primordiales de salud en el ámbito nacional e internacional. El uso y abuso de sustancias tiene consecuencias negativas en la salud individual, en la interacción familiar, en el desarrollo y estabilidad social. En nuestro país este problema no ha alcanzado las proporciones que en otros países, pero en los últimos años se ha empezado a considerar como problema de salud pública

La Secretaría de Salud en México ha buscado la reducción de la demanda de drogas, la prevención de consumo, la disminución del número de usuarios, así proveer información y tratamiento a los consumidores problemáticos con miras a su rehabilitación y reinserción social.

Para esto las actividades de salud deben cumplir con requisitos que aseguren un mínimo indispensable de calidad en los servicios en intervenciones buscando siempre la protección de la población. En el caso de las adicciones, en México se ha ido presentando un elevado número de iniciativas de prevención y tratamientos como parte del interés creciente que este problema fue despertando en distintos sectores sociales y privados. Por ello se vio en la necesidad de establecer criterios y lineamientos básicos para el adecuado desarrollo de las acciones.

En respuesta a esta situación, CONADIC convocó a especialistas y representantes de más de 40 organismos e instituciones vinculados con las

acciones de reducción de la demanda, para elaborar el Proyecto de Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (NOM-028-SSA2-1999). Su objetivo es establecer los principios, procedimientos y criterios para la prevención, la detección temprana, referencia de casos, tratamiento, investigación, vigilancia epidemiológica, seguimiento y evaluación de las adicciones, así como de los derechos de los usuarios. La Norma fue publicada el 15 de septiembre de 2000 en el Diario Oficial de la Federación y establece los principios y criterios mínimos de calidad en la atención de las adicciones.

Entre los principales beneficios de la NOM-028, es que subraya el papel de la rehabilitación y reinserción social como metas permanentes en el tratamiento de las adicciones, destaca la importancia de regular los servicios profesionales especializados en el cumplimiento de criterios de calidad para la presentación de servicios y refuerza la importancia de la investigación científica como base para los programas de atención (para la prevención, tratamiento y rehabilitación).

Para brindar atención de calidad a los farmacodependientes, esta norma reconoce la aplicación de cuatro modelos de tratamiento (SSA, 2001):

- **Modelo profesional:** Proporciona atención en servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización. Está manejado por profesionales de la salud a través de modalidades farmacológicas y psicosociales.
- **Modelo de ayuda mutua:** Su objetivo es apoyar al adicto para lograr y mantener la abstinencia con la orientación y soporte de especialistas y agrupaciones de adictos en proceso de recuperación, con fundamento en los "Doce pasos de AA".
- **Modelo mixto:** Ofrece servicios profesionales médico, psiquiátrico, psicológico y ayuda mutua en centros especializados denominados comunidades terapéuticas y casa 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 utiliza otro tipo de intervenciones basadas en la fe como son las "juras", las cuales involucran la acción de creencia religiosa como elemento fundamental para la abstinencia y otros procedimientos populares. La NOM – 028 la contempla siempre que no pongan en riesgo la integridad física y psicológica de los pacientes

El objetivo del tratamiento en adicciones es el logro y mantenimiento de la abstinencia y el fomento de estilos de vida saludables. México cuenta con diversas modalidades terapéuticas para la atención del problema de la drogadicción. En algunos servicios predomina el modelo médico psiquiátrico y se da especial atención a la comorbilidad; en otros se utiliza el enfoque psicosocial y muchos basan su programa en el modelo de Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos. Un buen número de programas para farmacodependientes incorpora a las familias de los pacientes en sus intervenciones. En algunos centros se desarrollan actividades de desintoxicación y, en unos pocos, acciones encaminadas a la reinserción social de los adictos. De acuerdo con el Directorio de Organismos 2000 elaborado por el CONADIC a ese año se contaba con un registro de 2,034 organizaciones, ubicadas en 507 localidades (municipios y delegaciones en el D.F.). De éstas 1,006 (el 50%) son del sector público; 964 (el 47%) del social y 64 (el 3%) del privado.

En el D. F. hay algunos servicios de desintoxicación, de corta estancia y con apoyo psicológico, preventivos y acciones terapéuticas como son: Centros de integración Juvenil (CIJ), Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), Alcohólicos Anónimos (AA), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Servicio y Seguridad Social de Trabajadores del Estado (ISSSTE), Drogadictos Anónimos (DA) y Narcóticos Anónimos, entre otros.

Modelos de Prevención de la farmacodependencia

La prevención es la meta fundamental y más deseable para evitar las adicciones. Es un reto complejo por la cantidad de sustancias adictivas disponibles y variedad existente, sus efectos y el contexto social y legal. Entre los modelos preventivos tenemos:

Modelo Preventivo Construye tu Vida sin Adicciones

Modelo elaborado por el Consejo Nacional contra las Adicciones, es un programa preventivo, que fomenta estilos de vida sanos que favorecen los factores de protección en los niveles individual, familiar y comunitario. Pretende fortalecer las responsabilidades individual y social acerca de la salud, al apoyar la conformación de estilos de vida que permitan el desarrollo del potencial de cada persona, propiciando condiciones que eleven la calidad de vida de las familias y comunidades (SSA, 2001).

Programa Preventivo para Vivir sin Drogas

Es un programa universal para la prevención del consumo de drogas entre la población de 10 a 54 años, pero que considera prioritaria para su atención a los jóvenes entre los 10 y 18 años y como estructura de apoyo a ese grupo de edad, a los que comprenden entre los 19 y 54 años. Se realizan intervenciones en tres niveles, información, orientación y capacitación; con diferentes grupos de niños, adolescentes, adultos jóvenes, padres de familia, familia en su conjunto y poblaciones abierta, en varios escenarios: escuela, familia, comunidad, ámbito laboral. El modelo busca incidir en opiniones y actitudes favorables para la prevención de las adicciones, así como en habilidades para desarrollar actividades preventivas, promoviendo básicamente los factores de protección, la asertividad y

autoestima, afrontamiento del estrés, habilidades para la vida y apoyo escolar (SSA, 2001).

Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales en la Adolescencia Chimalli

Creado por el Instituto de Educación Preventiva y Atención a Riesgos, A.C.: (INEPAR), este modelo se incluye dentro del programa universal, cuyo objetivo es fortalecer el desarrollo humano en las escuelas, los hogares y las comunidades. El modelo que inicialmente estaba dirigido a comunidades cerradas, actualmente se aplica en comunidades abiertas como colonias, barrios y grupos de menores trabajadores en la vía pública en México. El modelo incluye como estrategia principal, el desarrollo de habilidades y factores de protección entre los habitantes de las comunidades y la elevación del nivel de conciencia de la comunidad a través de la movilización y la participación comunitaria, todo lo cual, transforma los ambientes de riesgo en comunidades protegidas (SSA, 2001).

Modelos de Tratamientos

La dimensión que tiene actualmente el abuso de drogas con un patrón de consumo, cambiante y complejo, en la zona urbana o rural, sin distinción de edad o nivel social, ubica a las adicciones como un problema de salud pública y plantea al mismo tiempo, un reto importante a las instituciones que buscan afrontarlo y solucionarlo. Para el tratamiento de las adicciones se cuentan con:

Grupos de ayuda mutua

En los últimos años se registran Grupos de ayuda Mutua, que cuentan con programas especializados en la atención con problemas de alcoholismo o adicción a otras drogas. Estos grupos cuentan con albergues y granjas que brindan servicios las 24 horas del día. Algunos de estos han desarrollado una red de

centros en diferentes estados de la república como es el caso de Alcohólicos anónimos, Drogadictos anónimos, Narcóticos anónimos, etc. (Oropeza, 2000).

Estos grupos, en la mayoría de los casos, son confraternidades o asociaciones no lucrativas compuestas por hombres y mujeres para quienes las drogas se han convertido en un grave problema, y que están aprendiendo a vivir sin ellas. Estos grupos se mantienen abstemios reuniéndose, hablando y ayudando a otros adictos mediante el método de doce pasos.

Doce pasos: Este modelo considera la abstinencia total como el único objetivo posible del tratamiento. Los defensores de este modelo consideran la adicción como un fenómeno todo/nada, donde cualquier uso es patológico y la abstinencia es considerada como un estado de recuperación (Beck, 1999). El modelo de doce pasos consiste en admitir que son impotentes ante su adicción y que la vida se ha vuelto ingobernable; creer que un Poder superior a ellos puede devolverles el sano juicio; es decir poner voluntad y su vida al cuidado de Dios. Hacen un inventario moral de ellos mismos; admiten ante Dios, ante ellos mismos y ante otro ser humano la naturaleza de sus faltas, estando enteramente dispuestos a dejar que Dios elimine todos los defectos de carácter, pedir humildemente a Dios que les quite sus defectos; hacer una lista de todas aquellas personas a quienes hicieron daño y están dispuestos a enmendarlo; enmendar directamente el daño causado a aquellas personas, siempre que sea posible, excepto cuando hacerlo perjudicaría a ellos o a otros; continuar haciendo su inventario personal y cuando se equivoquen admitirlo rápidamente; buscar a través de la oración y meditación mejorar su contacto consciente con Dios, pidiéndole solamente conocer su voluntad y la fortaleza para cumplirla; habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratar de llevar este mensaje a los adictos y practicar estos principios en todos los aspectos de la vida.

Centros de Integración Juvenil

Los Centros de Integración Juvenil (CIJ) son unas instituciones que trabajan en la prevención y tratamientos de farmacodependencia. Actualmente tiene 73 Unidades Operativas: 66 Centros Regionales en el interior del país y área metropolitana; 4 Unidades de Tratamiento en Consulta Externa y 3 Unidades de Internamiento, una en Tijuana, BC., otra en Zapopan, Jal., y una más en Monterrey, N.L., así como 4 edificios de oficinas normativas y administrativas.

La principal modalidad terapéutica es la psicoterapia breve en sus modalidades individual, grupal, familiar y de pareja, así como farmacoterapia en los casos que así lo requieran. Las terapias son de breve duración, con objetivos y tiempo limitado, de orientación psicodinámica; familiar sistémica, Cognoscitivo conductual, etc. Cada una de ellas incluye adecuaciones técnicas de acuerdo a la experiencia adquirida y a las necesidades del farmacodependiente y su familia.

Tratamiento Breve: En este tratamiento, los pacientes asisten a terapia individual y grupal. Se aconseja a los pacientes sobre las características de la adicción a la droga. Se ve a la adicción de la droga como una enfermedad tratable pero incurable. Se les recomienda que asistan a reuniones de autoayuda además de sus sesiones regulares de tratamiento. Las sesiones regulares de tratamiento trabajan una terapia de apoyo que los confronta, así como lecturas didácticas y videocasetes de dependencia a las drogas, SIDA, el modelo de enfermedad de la adicción y la orientación de autoayuda. Durante alguna sesión de tratamiento asiste un miembro de su familia para hablar sobre temas relacionados a la dependencia a la droga (Oropeza, 2000).

Cognitivo conductual: Es un sistema de psicoterapia que intenta reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes, mediante la modificación del pensamiento erróneo o defectuoso y las creencias desadaptativas, que subyacen a estas reacciones (Beck, 1999). Los defensores

de este modelo tienden a considerar que un consumo moderado de la sustancia puede llegar a ser una meta u objetivo del tratamiento aceptable, en algunos casos. Se acepta que las metas del tratamiento pueden variar de acuerdo con las necesidades del paciente, sus problemas y su respuesta previa al tratamiento (Beck, 1999).

En CIJ, el modelo de atención curativo es profesionalizado, operado por psiquiatras, médicos generales, psicólogos clínicos, trabajadores sociales y enfermeros. Se ofrece en dos modalidades, consulta externa y hospitalización.

La consulta externa es la forma de servicio más frecuente, ya que en México la mayor parte de los usuarios consumen marihuana, cocaína, inhalables y depresores del sistema nervioso central, problemática que puede atenderse a un nivel ambulatorio. En esta variante de atención es posible proporcionar servicio de bajo costo sin necesidad de lista de espera.

En hospitalización se atiende a pacientes que presentan cuadro de intoxicación por uso de sustancias psicoactivas, así como a aquellas que requieren del manejo de manifestaciones psicofisiológicas pos síndromes de abstinencia y a quienes lo necesitan por la gravedad del cuadro o por el tipo de sustancia utilizada.

Estos dos modelos (consulta externa y hospitalización) constan de cuatro etapas: 1) Recepción, se trabaja en la motivación y expectativas del asistente y en la aceptación del consumo de drogas como problema de salud que requiere atención. 2) Diagnóstico, permite identificar los factores del 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 de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta versión (DSM-IV). 3) Tratamiento y 4) Rehabilitación, desde diferentes marcos conceptuales y procedimientos técnicos

se utilizan diversos enfoques terapéuticos antes mencionados. Seguimiento se realiza al término del tratamiento con el propósito de prevenir recaídas o, en su caso, atenderlas oportunamente.

Fundación Oceánica

La fundación Cambio Oceánica A.C. es una institución privada de asistencia social que apoya a la sociedad en general, mediante la investigación, la educación, la prevención y tratamiento en el uso, abuso y dependencia del alcohol y de otras drogas, así como la solución de problemas emocionales y de conducta del ser humano. En 1993 se fundó el Centro de tratamiento oceánica, para el alcoholismo y la adicción a otras sustancias en Mazatlán (Sinaloa), basado en el modelo Betty Ford Center, el cual ha sido adaptado a la cultura e idiosincrasia mexicana.

Una de las metas primordiales de Oceánica es educar sobre la dependencia de sustancias adictivas de nuestro país, dado el desconocimiento general de cómo afecta ésta a los consumidores. Se 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.

El Modelo de Betty Ford Center ofrece programas especializados de muy alto nivel de cuidado, el cual incluye el cuidado en el género – específico para las mujeres, cuidado género-específico para los hombres y un programa de prevención de recaída.

El programa para Mujeres: El programa se engrana para las necesidades específicas de mujeres alcohólicas o adictas. Estas necesidades incluyen la atención a una historia de trauma, violencia doméstica, enojo, autoestima y atención a la vergüenza creada por el prejuicio cultural hacia mujeres que son

quimicamente dependientes. Cuando la paciente ha completado el tratamiento y su salud se estabiliza, se transfiere a un nivel menos estructurado de cuidado.

El programa para Hombres: El Betty Ford Center reconoce que hay influencias sociales y culturales que animan y toleran el abuso de alcohol y otras drogas por los hombres, y que hay otras presiones alentadoras para los hombres que los lleva asumir un papel masculino. En este sentido, los roles culturales externamente definidos impiden a los hombres desarrollar su habilidad de procesar sentimientos o de relaciones. El Betty Ford Center proporciona una atmósfera espiritual y de apoyo emocional que conduce a la recuperación, dónde los hombres trabajan rompiendo el ciclo de competencia, encaminados al crecimiento de un espíritu de compañerismo.

El Programa de la recaída: La recaída es parte de la enfermedad adictiva. Algunas personas pueden recaer brevemente e inmediatamente cuando vuelven sus problemas, mientras otros permanecen sobrios. Este programa es para pacientes que han continuado recayendo después de concluir el tratamiento anterior o mientras están asistiendo a grupos de 12 Paso o participando en otros programas. Los pacientes que entran en este programa reciben servicios psicológicos y psiquiátricos adicionales para identificar y tratar cualquier condición co-existente que podría exacerbar la afición o podría actuar como las barreras al tratamiento y sobriedad. Cuando los pacientes progresan, ellos tendrán la oportunidad de moverse a los niveles menos estructurados de cuidado en donde pueden comprometerse a "el mundo real" y llevar sus actividades, practicando la prevención de la recaída mientras continuando recibiendo el apoyo de tratamiento se les invita a participar a los familiares y otras personas significantes en servicios educativos que consisten en la dinámica de vivir con una persona que recae.

Monte Fénix

Es una institución privada cuenta con dos establecimientos cuyo objetivo inicial es inducir al paciente al reconocimiento de su enfermedad a fin de iniciar una recuperación con mejores perspectivas. "Crear en el ser humano y en su potencial para renacer a una nueva vida, ha sido el secreto para permanecer a través del tiempo". Para Monte Fénix, la rehabilitación no sólo consiste en superar la adicción, sino en un crecimiento emocional, que implica un nuevo y mejor estilo de vida. El tratamiento es integral, ya que contempla áreas de desintoxicación, aplicación de técnicas específicas para la prevención y recaídas (Modelo Las Flores, basado en el Minnesota); programa de mantenimiento y seguimiento de la evolución del paciente en un lapso de 12 meses, así como información y tratamiento a los familiares.

Consideran la adicción al alcohol y a otras drogas como enfermedades que requieren de atención integral proporcionada por terapeutas especialistas en adicciones, terapeutas familiares, médicos y enfermeras, con un trato digno y respetuoso. A continuación se señalan las fases del tratamiento:

FASE I: VALORACION

Al ingresar a Monte Fénix, el equipo evalúa las necesidades físicas y emocionales del paciente para desarrollar su plan de tratamiento individual. En esta fase, el equipo médico supervisa su desintoxicación y estabilización física, y el equipo terapéutico detecta las áreas que tanto el paciente como su familia necesitan trabajar. El paciente se integra lo más rápidamente posible al programa de actividades con sus compañeros y la familia participa en dinámicas y pláticas que facilitan la comprensión del proceso de tratamiento. Su duración aproximada es de 7 a 10 días.

FASE II: HACIA LA RECUPERACIÓN

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 que promueven su interacción con otros y ayudan a elevar su autoestima. Simultáneamente, la familia recibe apoyo terapéutico, se le sugiere que participe en la Semana Familiar para obtener una mayor comprensión de las dinámicas que ayudan a prevenir una recaída, y favorecen la recuperación. En esta fase, el tratamiento es intensivo y su duración aproximada es de 4 a 6 semanas.

FASE III: CUIDADO CONTINUO

Al completar exitosamente Fase II, el paciente participa durante un año en sesiones grupales y de prevención de recaída una vez por semana y su familia durante seis meses.

En Monte Fénix, creen firmemente que todo ser humano tiene la capacidad de mejorar su calidad de vida y que merece esa oportunidad.

Instituto Mexicano de Psiquiatría

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 se desarrolla en el Centro de Atención al Alcohólico y su Familiares (CAAF).

Facultad de Psicología, UNAM

Desde hace varios años en la Facultad de Psicología se están diseñando programas cognoscitivos conductuales diseñados para trabajar adicciones, entre éstos se encuentran (Ayala, 2000):

- Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema: Este modelo de tratamiento se basa 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 para adolescentes de comunidades urbanas y rurales que se inician en el consumo de alcohol y/o drogas: éste modelo está dirigido a los adolescentes de comunidades urbanas y rurales que inician el consumo de sustancias como alcohol o drogas, buscando incidir en la disminución del patrón de consumo y de los problemas relacionados con el consumo.
- Programa de tratamiento para usuarios crónicos de alcohol y drogas.

En general, se observa que los servicios de atención implementados en México predomina el modelo médico psiquiátrico dándosele especial atención a la comorbilidad; en otros, se utiliza el enfoque psicosocial y muchos basan su programa en el modelo de Doce Pasos; en algunos centros se desarrollan actividades de desintoxicación y algunos programas también incorporan a las familias de los pacientes en sus intervenciones.

CAPITULO II

Tratamiento breve para usuarios de cocaína

TRATAMIENTO BREVE PARA USUARIOS DE COCAINA

La prevención es la meta fundamental y más deseable para todas las enfermedades pero en el caso de las adicciones representa un reto complejo, por el número y variedad de sustancias, sus efectos en los individuos y el contexto social y legal en que se encuentran. Respecto a esta problemática la psicología tiene como reto, una respuesta inmediata al aplicar estrategias que posibiliten trabajar con los sujetos que presentan el problema para que este no siga aumentando.

Desgraciadamente en México no se cuenta con modelos de tratamiento especializado para drogas específicas. La droga que más ha aumentado su prevalencia es la cocaína, por lo que su uso se está convirtiendo en un problema de salud pública, además de que no hay una estrategia o un modelo que ataque el problema específico de consumo (Oropeza, 2002).

Ortiz (1997) realizó un estudio de tipo cualitativo acerca de las percepciones y actitudes de los usuarios hacia los servicios de tratamiento. Se llevó a cabo con n=70 usuarios de cocaína del Distrito Federal, el cual es una comparación tras cultural realizada en colaboración con la Organización Mundial de la Salud en el año 1993. Se incluyeron a las personas que habían usado cocaína al menos una vez en los últimos 12 meses. Se obtiene información a través de una entrevista de carácter anónimo siguiendo el método "bola de nieve"; en el cual a partir del primer caso detectado se van estableciendo "cadenas" o "redes" de usuarios a quienes se les entrevista.

En esta investigación conoció la opinión de los usuarios de cocaína coinciden en afirmar que no existen a un nivel institucional tratamientos específicamente diseñados para ellos, más aún, informan que su experiencia en los tratamientos no sólo es mala, sino que en muchas ocasiones a ellos los han dañado. Desafortunadamente este tipo de información normalmente no se obtiene por parte de las instituciones que proporcionan tratamiento, porque es difícil hacer un seguimiento de los adictos que han abandonado uno u otro tratamiento.

además, con frecuencia los usuarios se niegan a hablar con los profesionales de la salud, debido a que sienten que no los entienden. (Ortiz, 1997).

2.1 Fundamentos teóricos del Modelo de Intervención Breve Cognitivo Conductual para sujetos con problemas de consumo de cocaína

Ante la problemática que ha surgido con el aumento en el consumo de cocaína y al no contarse con modelos de tratamiento especializado para drogas específicas se desarrolló *El modelo de intervención breve cognitivo - conductual para sujetos con problemas de consumo de cocaína* el cual, basa sus características en los modelos de intervención breve. Este programa se sustenta en los modelos cognoscitivo-conductuales para sujetos con problemas en el uso de cocaína con niveles bajos o medios de dependencia.

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. 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 al cliente para hacer un cambio positivo.

Entrevista motivacional

La terapia motivacional busca evocar en el cliente su propia motivación para buscar el cambio en el consumo y consolidar una decisión personal así como un plan para buscar el cambio. Aplicada al abuso de drogas busca alterar su consumo dañino. Como cada cliente escoge sus propias metas, ninguna de las cuales es impuesta por el terapeuta, aunque sí puede dar consejos específicos, tal como la abstinencia completa. Este tipo de terapia se basa en los principios básicos de la psicología cognoscitiva y de la psicología social. El terapeuta busca

desarrollar una discrepancia en la percepción del cliente entre su conducta cotidiana y sus metas personales más importantes. Consistente con la teoría de la autopercepción de Bem, el énfasis se acentúa en elicitación en el cliente afirmaciones automotivacionales de deseo y compromiso al cambio. Las suposiciones de esta teoría señalan que la motivación intrínseca puede ser necesaria y en ocasiones un factor suficiente para instigar el cambio (Miller, 1999).

Terapia cognitivo conductual (TCC)

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) combina elementos de la teoría conductual y teoría cognitiva. También se basa en la teoría del aprendizaje social. Estas aproximaciones se enfocan en el aprendizaje y a la práctica y desarrollo de habilidades de enfrentamiento.

La TCC intenta ayudar a los pacientes a reconocer, evitar y enfrentar, es decir, a reconocer las situaciones en las cuales es más probable que consuma cocaína, evitarlas cuando sea apropiado, y enfrentar mejor los problemas y las conductas problemáticas asociadas con el abuso de la sustancia.

Hay varias características importantes de las TCC que las hacen particularmente útiles como tratamiento para el abuso y la dependencia de la cocaína (Carroll, 1998, citado en Oropeza, 2000):

- ❖ 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)
- ❖ Esta aproximación comprende varias tareas comunes que ayudan al éxito en el tratamiento de abuso de sustancias

Estas actividades buscarán 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 (Oropeza, 2000).

Maude-Griffin, Hohenstein, Humfleet, Reilly, Tuse y Hal (1998) señalan que los resultados han sido mixtos al comparar las aproximaciones cognitivo-conductuales con otras aproximaciones de tratamiento, aunque hay estudios que demuestran la superioridad de las intervenciones conductuales. Hicieron una investigación para comparar la efectividad de un tratamiento para cocaína cognitivo - conductuales y uno de 12 pasos. Los participantes se asignaron aleatoriamente a las condiciones de tratamiento; se evaluaron durante la línea base y durante las semanas 4, 8, 12 y 26. Ambos tratamientos duraron 12 semanas. Se encontró que los sujetos que participaron en la terapia conductual lograron hasta cuatro semanas o 30 días durante las semanas 4, 8, 12 y 26 de abstinencia en el uso de la cocaína. Es el primer estudio que demuestra la eficacia superior de la Terapia Cognitivo Conductual para consumo de cocaína comparada con otras psicoterapias activas (Oropeza, 2000).

2.2 Sesiones de tratamiento

El modelo se desarrolla en 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.

1. *Admisión y Evaluación:*

En estas dos sesiones se recaban datos acerca del motivo de consulta, en este caso la adicción a la cocaína. Se presenta a los pacientes una Introducción al tratamiento así como los objetivos del tratamiento, una vez entendido los objetivos y metas, el paciente firma un contrato del tratamiento. Se le aplican instrumentos de pre – selección, se recaban datos de historia personal así como de historia del consumo, se hace una línea retrospectiva de 6 meses del consumo de la cocaína y se enseña a monitorear el uso de la cocaína.

Antes de iniciar las sesiones de tratamiento, se hace 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.
- Analizar el consumo de otras drogas
- Patrón de consumo de los 12 meses anteriores a la intervención (ruta de administración)
- Identificación y medición de situaciones de riesgo relacionadas con el consumo
- Medición de las consecuencias derivadas del patrón de consumo

Se aplican los siguientes instrumentos:

- **Ficha de admisión:** este es el primer acercamiento con el centro de servicios psicológicos. Esta la aplica el personal del mismo centro y se obtienen datos generales del usuario y el motivo de consulta.
- **Entrevista inicial.** Tiene como objetivo analizar diferentes áreas importantes de la vida del paciente, que son las siguientes: 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. Esta entrevista se desarrolló específicamente para este tratamiento.
- **Inventario Situacional de Consumo de Drogas (IDTS).** 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. Las diferentes drogas usadas por poliusuarios se miden independientemente. La evidencia sugiere que el IDTS es una prueba confiable y válida, aunque la subescala de inconformidad física debe interpretarse con precaución. Los perfiles del IDTS pueden usarse como una herramienta de planeación de tratamiento para intervenciones de consumo de droga, y pueden usarse como complemento a otras pruebas que se usen durante los seguimientos (Annis & Graham, 1991).
- **Drug Abuse Screening Test (DAST).** 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. Este instrumento ha demostrado gran validez y confiabilidad (Fuentes & Villalpando, 2001).

- **Cuestionario Breve de Confianza Situacional (DTCQ).** Este instrumento mide la percepción de autoeficacia al medir qué tanta confianza percibe el usuario en que podrá resistir consumir la droga en el futuro, en ocho categorías que miden situaciones de alto riesgo. La evidencia señala que tiene validez y confiabilidad, y que es sensible a los cambios en la autoeficacia conforme avanza el tratamiento. Esta prueba se ha usado con hombres y mujeres y con un gran rango de grupos de edad (aunque no ha sido específicamente usado con jóvenes, viejos o poblaciones especiales). El DTCQ puede usarse para estimar la estabilidad de los resultados del consumo de drogas después del tratamiento (Annis & Graham, 1988).

- **Línea Retrospectiva de Uso de Drogas (LIBARE).** El método de la línea retrospectiva se desarrolló para ayudar a recordar conductas de consumo de alcohol recientes. Los registros diarios del pre y del pos tratamiento pueden hacerse con la ayuda de muchos auxiliares de la memoria. La TLFB se ha expuesto a muchas evaluaciones y da datos muy confiables y válidos sobre consumo de alcohol. Esta medición se aplica en tiempo que oscila entre los 10 y los 30 minutos. Esta herramienta se ha usado con adultos hombres y mujeres en muchas poblaciones diferentes y con muestras de usuarios clínicos, pero no se han publicado datos sobre su uso con grupos de ancianos o grupos culturales específicos (Sobell & Sobell, 1992).

- **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 (McLellan, Luborsky, Woody & O'Brien, 1980).

- **Automonitoreo.** El automonitoreo diario de abuso de sustancias puede usarse para recolectar información sobre el consumo de cocaína y otras sustancias diariamente durante un periodo significativo (Carrol, 1998). Con este instrumento el usuario va monitoreando diariamente su consumo de sustancias (especialmente de cocaína). Y si consume, va señalando las situaciones en la cual lo hizo, tratando de analizar los antecedentes y consecuentes. Este instrumento ha mostrado ser eficaz para ayudar a que el sujeto se autocontrol.

2. Primera Sesión Balance Decisional:

El objetivo de esta sesión es que los pacientes logren establecer una meta de cambio en el consumo de cocaína, a través de un balance decisional. El balance decisional consiste en que los pacientes evalúen los beneficios y costos de continuar consumiendo, así como el de cambiar su consumo. Una vez tomada la decisión de cambiar el consumo, se establece una meta de reducción o de abstinencia. Por último se analizan las razones por las cuales se busca cambiar.

3. Segunda Sesión Manejo del Consumo de Cocaína:

En esta sesión se trabaja la recuperación como meta a largo plazo. El objetivo de esta sesión es que el paciente logre identificar el problema del consumo de cocaína; esto se lleva a cabo reconociendo los precipitadores (lo que provoca) y consecuencias (costos y beneficios) del consumo de cocaína. Una vez que se reconocieron los precipitadores y consecuencias se analizan y evalúan las situaciones de alto riesgo para evitar las recaídas en el consumo.

4. Tercera sesión Identificar y Enfrentar pensamientos sobre cocaína:

El objetivo de esta sesión es, como su nombre lo indica, que el paciente logre identificar los pensamientos sobre cocaína que lo han llevado al consumo. Y logre enfrentar de la manera más adecuada una situación de riesgo. En esta sesión se le enseña al paciente estrategias de enfrentamiento como son: relacionar uno de los momentos de consumo con un estado negativo particular, desafiar los pensamientos, establecer prioridades de actividades, repasar consecuencias negativas del consumo de cocaína, buscar distracciones o Hablar con alguien.

5. Cuarta sesión Identificar y Enfrentar el Deseo de la cocaína:

En esta sesión el paciente tiene que identificar el deseo, con actividades tales como entender el deseo, y reconocimiento de los disparadores del deseo. Posteriormente se le enseñan estrategias de enfrentamiento que son: Involucrarse en actividades de distracción (en donde evalúa las probabilidades de llevar a cabo esta actividad), Hablar del deseo, Manejo de deseo (es un ejercicio de imaginaria) y Desafiar y cambiar el deseo (esta estrategia consiste en cambiar las auto – pláticas destructivas por auto – pláticas constructivas).

6. Quinta sesión Habilidades de Rechazo y Asertividad:

En esta sesión se le brinda al paciente herramientas útiles para enfrentar y rechazar el acceso a la cocaína. Primero se hace un análisis de las situaciones de acceso a la cocaína. Se le enseña los tres tipos de respuestas (Pasivas, Agresivas y Asertivas) y se analizan el manejo de las fuentes de acceso. Por último, se practican las respuestas asertivas; esta tarea consiste en hacer una lluvia de ideas con respuestas para rechazar futuros

ofrecimientos de la cocaína; se analizan las respuestas y se evalúan cual de ellas sería las más adecuadas.

7. *Sexta sesión Decisiones Aparentemente Irrelevantes:*

Uno de los factores que puede influir en que una persona consuma cocaína son algunas de las decisiones que toma a diario y que aparentemente no son importantes pero que están muy relacionadas con el consumo. Por lo tanto, es necesario que el paciente aprenda a darse cuenta y a analizar el tipo de decisiones que está tomando para evitar las llamadas decisiones aparentemente irrelevantes (DAI). En esta sesión se identifican las DAI con ejemplos personales, las recalda por las DAI y se toman decisiones futuras para evitar las DAI.

8. *Séptima sesión Solución de problemas sociales:*

Una cuestión a la que frecuentemente se enfrentan los pacientes es a los problemas cotidianos, que se vuelven más complejos y se agravan debido al consumo de cocaína. El objetivo de esta sesión es dotar a los pacientes de una estrategia de solución de problemas. Se llevan a cabo una serie de pasos que son los siguientes: Reconocer el problema (¿Ese es un problema?), Identificar y especificar el problema (¿Cuál es el problema?), Generación de alternativas (¿Qué puedo hacer para solucionar el problema?), Toma de decisiones (¿Qué pasaría si...?) y Evaluar la efectividad de la aproximación (¿Qué pasará cuando yo...?).

9. *Octava sesión Reestablecimiento de metas y planes de acción:*

El objetivo de esta sesión es reestablecer una meta final siendo esta la abstinencia. Primero se hace una evaluación de las metas establecidas en la sesión uno. Posteriormente se hace el reestablecimiento de metas buscando la

TRATAMIENTO BREVE PARA USUARIOS DE COCAINA

abstinencia. Se analizará la probabilidad de que el paciente tenga alguna recaída. Se enfatizará 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. Por último se pide al paciente evalúe el tratamiento.

10. *Seguimientos:*

Son al mes, tres y seis meses de haber dado de alta al usuario. Se harán estas 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.

2.3 Criterios de Inclusión y exclusión al tratamiento

A continuación se presenta los criterios de inclusión y exclusión para la atención de los sujetos en este tratamiento (ver tabla):

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión al Modelo de Intervención Breve Cognitivo Conductual para sujetos con problemas de consumo de cocaína

Los criterios de inclusión:	Los criterios de exclusión:
1. Pacientes que acudan a solicitar atención de consulta externa para trabajar su problema de consumo de cocaína. 2. Hombres y mujeres con edades entre 18 y 65 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 poli usuarios 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.	1. Pacientes con complicaciones médicas graves. 2. Pacientes con alteraciones cognoscitivas severas que impidan su participación adecuada. 3. Pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión. 4. Pacientes con residencia fuera de la Ciudad de México. 5. Pacientes con un consumo severo de cocaína, determinado a través del DAST y del ASI.

El desarrollo del tratamiento del consumo de cocaína, como el descrito anteriormente, representa un avance importante dentro de la tarea de prevención y atención en México para contrarrestar el creciente problema de la adicción.

Sin embargo los tratamientos de atención en adicciones siguen topándose con numerosos problemas, entre los más importantes se encuentra la deserción de los usuarios, la efectividad del tratamiento, la satisfacción de los usuarios, etc. Este Tratamiento Breve para Usuarios de cocaína puede demostrar un cambio significativo de los resultados, pero no sabemos si fue significativo para el usuario y qué tanto lo fue.

CAPITULO III

Validación Social

Muchas investigaciones en psicología se han enfocado al desarrollo, refinamiento y aplicación de estrategias de modificación de conducta (en este caso, la adicción a la cocaína). Como resultado encontramos un gran número de procedimientos que han demostrado la efectividad para resolver problemas de conducta. Sin embargo, los tratamientos pueden mostrar un cambio significativo en alguna medida de los resultados pero no garantizar que el cambio sea significativo para los clientes (Foster, 1999).

Por lo que es necesario una estrategia, como la validación social, que permita medir la importancia de los objetivos del tratamiento, sus procedimientos y los resultados arrojados por el mismo, evaluando las opiniones de los sujetos que tienen contacto con los pacientes, las personas involucradas en el problema, la población en general, sujetos que tienen contacto con el tratamiento, etc. (Wolf, 1979).

3.1 ¿Qué es la validación social?

La validación social es una estrategia que comenzó a documentarse a finales de los 70's a partir de los trabajos de Wolf (1978). Es un procedimiento que basa su funcionamiento en los juicios emitidos por los usuarios, expertos en el campo y en general, que permite validar la aceptación, importancia e impacto que tiene en la comunidad los programas de intervención conductual. El concepto de validación social tiene sus raíces en la aplicación de métodos de análisis conductual, un campo que usa los principios Skinnerianos como métodos de estudios para producir cambios en los medios observados. Kazdin y Wolf definen a la validación social como un procedimiento por la necesidad de validar los resultados obtenidos en los programas analíticos conductuales (Wolf, 1978; citado en Fulgencio, 1996).

Kazdin (1977) y Wolf (1978) proponen 2 métodos para evaluar la validación social. Wolf sostenía que era necesario determinar si las necesidades sociales

eran congruentes con las metas y expectativas de los investigadores. Señalaba que la "necesidad social" se consideraba un juicio subjetivo que sólo la sociedad estaba calificada para emitir. Si el objetivo de los especialistas es llevar a cabo acciones de importancia social, es necesario desarrollar mejores sistemas y medidas para preguntar a la sociedad acerca del trabajo especializado. Wolf usa la evaluación subjetiva para conocer la aceptación social destacó la importancia de metas, procedimientos y resultados del tratamiento. Kazdin se enfoca en los resultados de tratamiento, afirma lo mismo que Wolf, que las evaluaciones subjetivas podían dar datos cuantitativos que reflejan juicios globales de la evaluación del cliente o impacto en otros. Kazdin incluso menciona a la comparación normativa como una alternativa de la validación social para examinar la importancia de los resultados (Foster, 1999).

Existen dos métodos para llevar a cabo la validación social que son:

- ❖ Método de comparación normativa: Señala que, la conducta de los usuarios de un programa de intervención, es evaluada antes y después del tratamiento, para que posteriormente ésta sea comparada con conducta de otros sujetos que no hayan estado en ningún programa de tratamiento o intervención (datos normativos). Los cambios producidos por el tratamiento son comparados con datos normativos. Los resultados del programa que caen fuera del rango de lo "normal" son utilizados para justificar la importancia final o de una meta instrumental. Sin embargo, el método de comparación normativa no está dirigido directamente (Foster, 1999):
 - a) A la aceptabilidad social de las metas del tratamiento.
 - b) A la angustia causada por los problemas principales del paciente y tampoco para el desarrollo del paciente.
 - c) Ni a los niveles normativos que dañan la funcionalidad diaria del paciente.

También un número de temas de lo práctico y conceptual limita el uso de los datos normativos para establecer la importancia de las metas. Primero los datos normativos apropiados no siempre están disponibles (Kazdin, 1977). Segundo, ubicar un punto de corte para construir "el rango normal" o los límites de la realización de aceptabilidad sería difícil (Storey & Horner, 1991). Además del grupo de la comparación normativa debe ser seleccionada con cuidado y debe ser representativa de los miembros del medio en el que el paciente se desarrolla (Storey & Horner, 1991).

La comparación normativa se utiliza con frecuencia cuando un problema ocurre a lo largo y continuamente mostrando una desviación desde los niveles normativos. Con esta condición, el método de comparación normativo puede proveer de algunas justificaciones que dificulten la garantía del tratamiento.

- ❖ Método de evaluación subjetiva: Las conductas del usuario son evaluadas individualmente por quienes tienen contacto con ellos, indicando cuales cambios producidos son los más importantes socialmente. Este procedimiento se lleva a cabo mediante la aplicación de cuestionarios dirigidos, tanto a los usuarios del programa, como a gente externa a él. La evaluación subjetiva puede dirigirse a la aceptabilidad o a la importancia de los componentes de la validación social.

El principal propósito de recopilar la valoración de la aceptabilidad de las metas es investigar si las metas del tratamiento son adecuadas a los valores de la comunidad. Pero definir "comunidad" no es una tarea fácil; la sociedad es poblada por diversos grupos identificables, algunos de los cuales tienen puntos de vista totalmente opuestos en cuanto a la importancia social y la aceptabilidad de las metas del tratamiento.

Varios autores apoyan la utilidad de la validación social. Como Fawcett y Miller (1975) mencionan que la aceptación de programas de intervención por parte de un grupo social, influye directamente en su probabilidad de éxito. Por lo que es importante validar socialmente los programas.

Morales y Reyes (1983) señalan que la "validación social" resulta un procedimiento de vital importancia para conocer la relevancia social de conductas, tales como: creatividad, conductas afectivas, etc. así como otras conductas sociales complejas y difíciles de medir, las cuales pueden ser identificadas mediante este procedimiento. Los procedimientos de "validación social" también pueden ser utilizados para identificar y describir los beneficios subsecuentes a un cambio de conducta.

Por su parte Reimers, Wacker y Koepl (1987) afirman que la validación social representa uno de los medios para evaluar los programas, así como los factores que influyen en la satisfacción del consumidor, esto es necesario ya que los programas se desarrollan para resolver los problemas de los miembros de la sociedad y son ellos quienes, en última instancia, deben decidir si son aceptables o no (citado en Maldonado, 1998).

Storey (1991), señala que "la función de la validación social es obtener información subjetiva acerca del valor de los objetivos, los resultados y los procesos de educación y apoyo. La información ayuda a guiar las estrategias de investigación y los servicios".

Fulgencio (1996), señala que las diferentes evaluaciones indican de manera general, la satisfacción de los usuarios con la efectividad de los programas de intervención. Estas evaluaciones, aunque subjetivas, representan una forma de evaluación que nos permite mejorar el servicio proporcionado a los pacientes.

Maldonado (1998) menciona que es importante señalar que las estrategias basadas en el concepto de la validación social pueden representar para los investigadores, un valioso recurso para garantizar que diversas propuestas, como por ejemplo nuevos instrumentos, tengan mayor aceptación en la medida en que incorpore las opiniones y experiencias de los agentes relacionados con los fenómenos involucrados.

La aceptación será evaluada solo en aquellos tratamientos que se conozcan bien. Si un tratamiento no ha sido comprendido por el usuario, no será posible obtener una evaluación válida de aceptación, pues no se puede estar seguro de que las calificaciones fueron afectadas por la carencia de conocimiento. Por lo tanto una vez que se conoce el tratamiento, la aceptación puede ser evaluada. Si un tratamiento tiene baja aceptación, es probable que no se lleve a cabo, decrementando la probabilidad de que sea efectivo.

Wolf menciona 3 principales enfoques de la evaluación de la validación social:

- a) La importancia social de las metas del tratamiento (validación social de metas).
- b) La aceptabilidad del tratamiento para los usuarios (validación social de procedimiento).
- c) La importancia social de los efectos del tratamiento (validación social de resultados).

Estos 3 enfoques conceptuales han sido la guía primaria para el desarrollo de los métodos de validación social (Carr & Austin, 1999). A continuación se presentarán los conceptos y características de los tres principales enfoques de la evaluación de la validación social:

3.2 Validación social de metas:

Se refiere a la aceptación social de los objetivos del programa de tratamiento. Es decir, si las conductas seleccionadas para intervenir son las que "realmente" necesita el sujeto (Wolf, 1978). Las metas del tratamiento son cruciales debido a que definen la naturaleza de las dificultades centrales y está diseñado a dirigir el contenido de la medida de los resultados de la evaluación. La validación social puede examinar dos aspectos en las metas: su aceptación social (la "sociedad" encuentra que ¿la meta del tratamiento valen la pena o es deseable?) y su importancia (¿qué es lo que justifica el trabajo hacia las metas del tratamiento particular?).

Tenemos dos tipos de metas que son:

- Las *metas esenciales* son el problema que conduce al paciente a la búsqueda del tratamiento, el cual es necesario y suficiente para determinar el éxito del tratamiento. Las metas esenciales son determinadas frecuentemente en colaboración con el paciente, habitualmente compromete los problemas presentados por él.
- Las *metas instrumentales*, en contraste, pueden ser definidas como deseos de los resultados que conducen a *Resultados Esenciales* sin mucha intervención. Estos son determinados por el terapeuta, quien hipotetiza que la realización de estas metas son necesarias para lograr las Metas Esenciales.

Las Metas Instrumentales frecuentemente son teoría (o datos conducidos), mientras que las Metas Esenciales no varían mucho o dependen en la orientación teórica del terapeuta y son generalmente determinadas por los pacientes o por secundarios quienes actúan a nombre de los pacientes (Ej. El personal que cuida a los sujetos con retraso intelectual, los padres, etc.)(Foster, 1999).

Las Metas Esenciales deberían definirse y evaluarse por el paciente o un individuo significativo en la vida del paciente. Mientras que las Metas Instrumentales, en contraste, deberían ser definidas en términos de su causalidad o relaciones pronosticables para las Metas Esenciales. Esta distinción tiene implicaciones importantes para las preguntas de la Validación Social, acerca de cómo establecer la importancia de las metas del tratamiento (Foster, 1999).

3.3 Validación social de procedimiento:

Los procedimientos del tratamiento son evaluados únicamente para la aceptabilidad donde se establecen si los consumidores consideran que los procedimientos de tratamiento son éticos y apropiados para ayudar a solucionar sus problemas (Wolf, 1978; citado en Fonseca, 1985).

Foster (1999) menciona que la validación social de procedimiento se puede evaluar de dos maneras: con el Estudios Experimentales Análogos y la Encuestas de satisfacción del consumidor.

Estudios experimentales análogos: es una manera común de evaluar la aceptabilidad del tratamiento involucrando a estudiantes, clientes potenciales, trabajadores de salud mental que intervengan en los problemas del cliente y/o en los procedimientos del tratamiento. Se les hacen preguntas del grado de satisfacción respecto a los procedimientos. Mucha de esta investigación se ha enfocado en los componentes de intervención conductual, contratos conductuales y el reforzamiento de los procedimientos aunque algunas investigaciones han incluido intervenciones no conductuales, como la medicación (Foster, 1999).

Aunque los estudios de aceptabilidad de procedimientos de los tratamientos han mostrado alguna consistencia en sus resultados, estos tienen varias limitaciones en su validez externa. Primero, muchos no usan las poblaciones correctas para evaluar la aceptabilidad del tratamiento; así los resultados pueden

estar influidos por las reacciones de la población en general, y no a las reacciones de clientes potenciales (Calvert & Johnston, 1990; citado en Foster, 1999). Segundo, los estudios se han enfocado exclusivamente en los procedimientos conductuales, usados en niños e individuos con discapacidades, estas poblaciones son consideradas incapaces de informar con veracidad acerca de sus consentimientos. Esto ha reducido las intervenciones de la aceptabilidad de tratamientos a adultos y adolescentes. Tercero, la investigación se ha enfocado en pocas ocasiones a las intervenciones no conductuales. Cuarto, la mayoría de las intervenciones en los estudios analógicos se examina aislados y los resultados sobre ellos no pueden generalizarse a tratamientos que usan combinaciones de intervención. Finalmente, la aceptabilidad del tratamiento puede variar con el tiempo, particularmente cuando los clientes experimenten la naturaleza y los resultados de los procedimientos del tratamiento.

Para cualquier evaluación de la aceptación social de procedimientos, los investigadores deben tener claro las poblaciones objetivo de estudios en la aceptación de los tratamientos (Schwartz & Baer, 1991; citado en Foster, 1999) y debe poner a prueba adecuadamente a estas poblaciones. Ya que muchas personas difieren en su opinión acerca de si un tratamiento pueda tener éxito en las comunidades. Otro problema importante involucra en qué aspecto debe dirigirse la "aceptabilidad". Aunque es común que los investigadores manejen típicamente la aceptabilidad pidiendo que se les responda con un juicio global (Ej. cómo es apropiado el procedimiento, cómo puede afectar el procedimiento en la vida cotidiana y Si creen que producirá los efectos deseados).

3.4 Validación social de resultados:

Demostrar que un tratamiento produce un cambio estadísticamente significativo en alguna medida de los resultados no garantiza que el cambio sea significativo para los clientes (Foster, 1999).

Para esto, es necesario establecer la importancia social de los procedimientos de intervención con objeto de conocer si los consumidores están satisfechos con los resultados obtenidos, incluyendo aquellos que no esperaban (Wolf, 1978 citado en Fonseca, 1985).

Desde un punto de vista de la validación social, para demostrar un cambio significativo se requiere que el investigador o el aplicador conozca aspectos importantes de la vida del cliente, es decir, que las metas del tratamiento tengan algún grado de importancia. La selección de metas importantes no es suficiente para el cambio significativo, sin embargo, la cantidad del cambio producidas por el tratamiento deben ser significantes: ya sea rechazando los problemas o aumentando la función adaptativa para presentar una diferencia importante en algún aspecto de la vida del cliente. El grado o nivel de cambio después del tratamiento se puede obtener a través de la comparación normativa.

Otro método para evaluar el cambio significativo involucra la evaluación subjetiva del cliente. Para la aplicación de este método hay que tener en cuenta: sobre quién debe proporcionar la evaluación, el contenido de la evaluación y como debe dirigirse la evaluación. Al igual que en la evaluación de las metas el cliente debe evaluar los resultados con base en la relevancia de su juicio. Considerando que los clientes son los mejores jueces para la evaluación de los resultados, asumiendo que entraron a la terapia voluntariamente y por el motivo de consulta por el cual solicitaron ayuda.

También a los evaluadores se les puede pedir juzgar varias de las diferentes dimensiones del cambio de los clientes. Por ejemplo, se les pide a menudo que den su opinión acerca de la actuación de los clientes antes y después del tratamiento, evaluando las percepciones de los síntomas o conductas relacionadas con las metas establecidas. Con esto se evaluaría si la conducta del cliente ha cambiado, siendo muy relevante para la validación social. Sin embargo, dejamos a un lado si el cliente está satisfecho o feliz con el resultado.

La satisfacción del Consumidor es un método para evaluar la aceptabilidad del tratamiento son cuestionarios en donde los clientes reportan su aceptación después del tratamiento. Estos cuestionarios miden la satisfacción del cliente, generalmente preguntando varios aspectos del tratamiento para una evaluación global (Lebow, 1982; McMahon & Forehand, 1983, citados en Foster, 1999).

Hay varios factores importantes a considerar en la evaluación de satisfacción del cliente con los procedimientos del tratamiento. Primero, los clientes pueden estar satisfechos o insatisfechos con: a) el grado de cambio obtenido en cuanto a la meta, b) el procedimiento del tratamiento y c) el terapeuta. Estos son distintos elementos conceptuales para la aceptabilidad del procedimiento del. Brestan (1999), en un análisis en un inventario de actitudes de terapia por padres, después del entrenamiento a padres reportaron dos factores: uno que evalúa la mejora de la conducta de los niños y la otra que evalúa principalmente las estrategias empleadas en el tratamiento.

Segundo, puede evaluarse la satisfacción a varios niveles de análisis (Fawcett, 1991; citado en Foster, 1999). A un nivel general, donde se les pregunta la satisfacción general del tratamiento; o a un nivel particular, donde este análisis puede preguntar por la satisfacción del cliente con elementos dirigidos al tratamiento, la aspiración que tiene, la valoración y las tareas. Las mediciones de la satisfacción general pueden ocultar aquellos elementos que contribuyan a las evaluaciones de satisfacción. Por otro lado, las mediciones de la satisfacción en particular no pueden reflejar el impacto en la satisfacción o la aceptabilidad cuando los tratamientos se presentan como en un paquete. Además, de que las evaluaciones de la satisfacción en particular pueden cambiar a lo largo del tratamiento y ser influenciada por la experiencia del cliente durante la intervención terapéutica.

Finalmente, las medidas de satisfacción deben sujetarse psicométricamente a las mediciones de resultados. Así estos pueden demostrar la confiabilidad test - retest, la consistencia interna, la convergencia y la validez discriminativa.

Dentro de los problemas metodológicos encontramos dos importantes a considerar en los resultados obtenidos en la aceptabilidad del tratamiento: 1) Tener en consideración que a menudo concluyen el tratamiento, y a los que desde un principio no aceptan el tratamiento y terminan abandonándolo. 2) Es importante reducir las posibilidades de usar a asesores en lugar de que el terapeuta dirija la valoración para asegurar la anonimidad del cliente.

También se ha observado que las evaluaciones del consumidor sobre varios aspectos de la aceptabilidad del tratamiento proporcionan algunas indicaciones de su viabilidad. La APA menciona algunos aspectos para la viabilidad del tratamiento, los cuales incluyen: la aceptabilidad del tratamiento por parte del paciente, la complacencia del paciente con los requisitos de la intervención, la facilidad de diseminación de la intervención, la facilidad de administración de la intervención y el costo de la intervención.

La validación social, desde la perspectiva del análisis conductual, tiene relevancia para evaluar la efectividad de las terapias psicológicas en general, así como para las evaluaciones de servicio psicológicos. La validación social se aplica dentro de un contexto sociopolítico, cultural e histórico, por lo que es importante saber qué piensan los clientes sobre los procedimientos y los resultados. Ya que esta forma de pensar nos ayuda a predecir cómo responderán a las intervenciones.

Si un tratamiento es calificado como bastante aceptable, es probable que se lleve a cabo en mayor grado. Sin embargo, los efectos del tratamiento continuarán calificándolo de poco efectivo a hasta bastante efectivo. Si el tratamiento es poco

efectivo o no es efectivo, no se mantendrá los efectos del tratamiento y se recomendaría una evaluación de la conducta problema o del procedimiento recomendado. Si por el contrario el tratamiento es bastante efectivo se asume que el mantenimiento de los efectos de tratamiento también lo será (Fulgencio, 1996).

Por lo tanto, es necesario diseñar y refinar, con base en sus resultados, intervenciones efectivas que cuenten con la aceptación de la población a la que va dirigida el tratamiento, así logramos asegurar con mayor probabilidad que los usuarios lleven a cabo las estrategias aprendidas aumentando la efectividad del tratamiento y mantener sus efectos.

Por ello, el objetivo de este trabajo fue evaluar, por medio de la validación social, las metas, procedimientos y resultados, además de la aceptación y la importancia que tiene el tratamiento en los usuarios que asisten a él. Esto, con la finalidad de poder aumentar la efectividad del tratamiento y apoyar los resultados empíricos que arroje el mismo. Además, se comparó la validación social del procedimiento con dos poblaciones de las que sus juicios se consideran importantes: la primera, de consumidores de drogas que estén acudiendo a algún centro de ayuda para adicciones, donde posiblemente los consumidores puedan contrastar el procedimiento que llevan en sus tratamientos con el tratamiento breve. Esperando que su afirmación de aceptación e importancia comprenda la modalidad, enfoque y duración relativos de este tratamiento respecto al tratamiento al que ellos acuden. La segunda población de contraste es la de no consumidores de drogas, igualadas por edad y sexo, esperando una evaluación desde una perspectiva más cotidiana y de inserción social del usuario del tratamiento. Para saber si existen diferencias en los juicios de las tres poblaciones se hará un análisis comparado.

METODO

La validación social del Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína se llevó a cabo con tres poblaciones: Validación Social de metas, procedimiento y resultado del Tratamiento Breve de Usuarios de Cocaína por pacientes del Centro de Servicios "Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología y del Centro de Servicios "Acasulco", UNAM.; Validación Social del procedimiento del Tratamiento Breve de Usuarios de Cocaína por participantes de un Centro de Adicciones y Validación Social del procedimiento del Tratamiento Breve de Usuarios de Cocaína por sujetos no consumidores de drogas. Por lo tanto, el método de este estudio se divide en tres partes

Aplicación 1: Validación Social del Tratamiento Breve de Usuarios de Cocaína por pacientes del Centro de Servicios "Guillermo Dávila" y Centro de Servicios "Acasulco", ambos de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Sujetos

Para la validación social de la aplicación 1 se trabajó con 20 participantes del Tratamiento Breve Cognoscitivo – Conductual para Usuarios de Cocaína que acudieron al Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología y al "Centro Acasulco", UNAM. Dichos sujetos tienen entre 18 ya 40 años de edad (\bar{X} =25.42), 19 hombres y 1 mujer; que saben leer y escribir, con una escolaridad de \bar{X} =10.9 años de estudios.

Tipo de muestra

La muestra fue de tipo accidental

Materia

Lápiz y goma.

Instrumentos # 1

Cuestionarios de Validación social de un tratamiento breve para usuarios de cocaína. Estos cuestionarios constan de diferente cantidad de reactivos por sesión y fueron calificados en una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta que van de "nada" hasta "mucho" (ver anexo 1).

Tabla 3. Cuestionarios de Validación social por Sesión y número de reactivos del Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína.

SESIÓN	CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN SOCIAL	# DE REACTIVOS
Admisión / Evaluación	Metas	11
Sesión 1	Balance Decisional	12
Sesión 2	Manejo del Consumo de Cocaína	13
Sesión 3	Identificar y Enfrentar Pensamientos Sobre Cocaína	13
Sesión 4	Identificar y Enfrentar el Deseo de la Cocaína	12
Sesión 5	Habilidades Asertivas de Rechazo	13
Sesión 6	Decisiones Aparentemente Irrelevantes	12
Sesión 7	Solución de Problemas Sociales	10
Sesión 8	Restablecimiento de Metas	12
Final	Resultados del Tratamiento	13

Escenario

Los usuarios calificaron los cuestionarios en los cubículos de trabajo de ambos centros. Además de contar con 2 sillas y una mesa, iluminación y ventilación adecuada.

Procedimiento

Para realizar la validación social de las metas se les pidió a cada uno de los 20 pacientes que contestaran el Cuestionario de Validación social de metas de tratamiento; una vez concluida las sesiones de admisión, evaluación y que el terapeuta haya establecido junto con él, las metas de tratamiento y el programa de intervención que se llevaría a cabo. Se le indicó que la finalidad de ésta evaluación sería mejorar el servicio del programa. Además, se les pidió que conteste el cuestionario con toda franqueza.

Posteriormente para los cuestionarios de Validación social del procedimiento de las sesiones, se les pidió a cada sujeto que conteste dicho cuestionario después de cada sesión de tratamiento. Por último para el cuestionario de resultados del tratamiento se les pidió a cada sujeto una vez concluido el tratamiento evaluar los resultados del tratamiento.

La aplicación de los instrumentos fue de manera individual y autoaplicada. Se les proporcionó a cada sujeto los cuestionarios y un lápiz.

Aplicación 2: Validación Social del Tratamiento Breve de Usuarios de Cocaína por participantes de un Centro de Adicciones y Aplicación 3: Validación Social del Tratamiento Breve de Usuarios de Cocaína por sujetos no consumidores de drogas.

Sujetos

Para la validación social de la aplicación 2 se trabajó con 20 sujetos de sexo masculino consumidores de drogas. Estos sujetos tienen entre 23 y 54 años de edad ($M = 33.60$), de los cuales 9 consumen marihuana, 8 alcohol y 3 cocaína. La mayoría son casados (9 casos); tienen estudios a un nivel profesional (10 casos) y trabajan (17 casos).

Y para la validación social de la aplicación 3 se trabajó con 20 sujetos no consumidores de drogas. Y tienen entre 19 y 53 años de edad ($X = 26.30$). La mayoría de esta muestra es soltera (14 casos); tiene estudios a un nivel de bachillerato y profesional (9 casos en ambos) y trabajan (13 casos).

Material

- Cuestionarios de Validación Social.
- Lápiz y goma.
- Computadora portátil para la presentación de las sesiones.

Instrumentos # 2

Cuestionarios de Validación social de un tratamiento breve para usuarios de cocaína para sujetos que no acudieron a este tratamiento. Estos cuestionarios constan de diferente cantidad de reactivos por sesión y fueron calificados en una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta que van de "nada" hasta "mucho" (ver anexo 2).

Tabla 4. Cuestionarios de Validación social por Sesión y número de reactivos para sujetos que no acudieron al Tratamiento breve.

SESIÓN	CUESTIONARIO	# DE REACTIVOS
Sesión 1	Balance Decisional	5
Sesión 2	Manejo del Consumo de Cocaína	6
Sesión 3	Identificar y Enfrentar Pensamientos Sobre Cocaína	6
Sesión 4	Identificar y Enfrentar el Deseo de la Cocaína	5
Sesión 5	Habilidades Asertivas de Rechazo	5
Sesión 6	Decisiones Aparentemente Irrelevantes	4

METODO

Sesión 7	Solución de Problemas Sociales	4
Sesión 8	Restablecimiento de Metas	7

Zona de Aplicación

La aplicación de ambas muestras se llevó a cabo dentro del Distrito Federal. Contando con el apoyo de los Centros de Alcohólicos anónimos (AA) para la aplicación dos y con el apoyo de la Biblioteca de la Fundación Japón para la aplicación tres.

Procedimiento

Se les expuso a cada uno de los 40 sujetos, cada una de las sesiones, en donde se les explicaron los objetivos, en que consisten las sesiones y las técnicas y estrategias que se emplean. Después de cada sesión expuesta se les pidió que contesten los cuestionarios correspondientes a cada sesión. Pidiéndoles que den su opinión de qué tan aceptable es el procedimiento usado en este tratamiento.

A cada sujeto se les indicó que la finalidad de estos cuestionarios es mejorar el servicio del programa y que los contesten con toda franqueza. La aplicación de los instrumentos fue de manera individual y autoaplicada. Se les proporcionó a cada sujeto los formatos y un lápiz.

RESULTADOS GENERALES

Los resultados de la presente investigación se presentarán en cuatro partes: La primera parte comprende el análisis de la validación social de metas hacia el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína por parte de los usuarios del tratamiento breve. La segunda parte comprende el análisis de la Validación social de procedimiento del tratamiento por los usuarios con tratamiento breve, la tercera parte comprende el análisis de la validación de los resultados del tratamiento por parte de los usuarios con tratamiento breve y última parte comprende el análisis comparativo de los tres grupos (usuarios con tratamiento breve, usuarios sin tratamiento breve y no usuarios) respecto a la validación social de procedimiento, analizando cada una de las 8 sesiones de tratamiento.

1. Validación social de metas – usuarios con tratamiento

La tabla 5 muestra el promedio, en una escala de likert de 1 al 5 (5 equivale a mucho y 1 a nada) y la desviación estándar de cada uno de los reactivos del cuestionario de satisfacción de los 20 usuarios con tratamiento breve con las metas de tratamiento. Como se observa, la puntuación más alta fue asignada al reactivo uno ($\bar{X} = 4.90$), lo que indica que los usuarios están satisfechos con el principal objetivo del tratamiento. Respecto al reactivo siete tiene una puntuación de ($\bar{X} = 4.60$), donde el usuario considera que el terapeuta tiene capacidad para este tratamiento. El reactivo 3 ($\bar{X} = 4.5$) nos indica que el tratamiento ayudará a resolver los problemas del consumo de cocaína del usuario, los reactivos 4, 5, 6 y 7 tiene $\bar{X} = 4.35$, lo que nos indica que los usuarios están satisfechos con las metas y el procedimiento del tratamiento, el cual esta enfocado a modificar el consumo de la cocaína y que están de acuerdo en la forma que se pretende llevar acabo la solución del problema de los usuarios. Además de que en los reactivos 9 y 10 se observan puntuaciones de ($\bar{X} = 4.25$) y ($\bar{X} = 4.15$) respectivamente donde nos indica que le terapeuta y el usuario están de acuerdo que este tratamiento es el apropiado para el usuario con posibilidades de éxito. Cabe mencionar que en el reactivo 2 los usuarios mencionan que la meta escogida no fue impuesta por el

terapeuta. En el reactivo 11 ($\bar{X} = 3.80$), se observa que se consideraron pocas opciones de tratamiento para el problema del usuario.

Tabla 5. Promedios de satisfacción y desviaciones estándares de los usuarios con tratamiento de las Metas del Tratamiento.

Donde:

5 = Completamente, 4 = Bastante, 3 = Moderadamente, 2 = Poco, 1 = Nada

Preguntas	\bar{X}	sd
1. ¿Esta de acuerdo en que el problema por el que solicita el servicio, es el principal objetivo del tratamiento?	4.90	0.31
2. ¿Siente que la meta escogida del tratamiento fue impuesta por el terapeuta?	1	0.00
3. ¿Considera que este tratamiento le ayudará a resolver su problema de consumo de cocaína?	4.50	0.83
4. ¿Se le explicó bien en que consiste el tratamiento completo?	4.35	0.59
5. ¿Entendió bien en que consiste el tratamiento completo?	4.35	0.67
6. ¿Este tratamiento esta realmente enfocado a modificar su manera de consumo de cocaína?	4.35	0.81
7. ¿Está de acuerdo en la forma que se pretende llevar la solución de su problema?	4.35	0.81
8. ¿Considera que el terapeuta tiene la capacidad para llevar a cabo este tratamiento?	4.60	0.68
9. ¿Tanto usted como el terapeuta están de acuerdo que este es el tratamiento apropiado para su problema?	4.25	0.79
10. ¿Piensa que este tratamiento tiene grandes posibilidades de éxito?	4.15	0.88
11. ¿Se consideraron otras opciones de tratamiento para su problema?	3.80	0.70
Promedio Total =	4.41	0.70

2. Validación social de procedimientos – usuarios con tratamiento

La segunda parte refiere a la validación social de procedimientos. La tabla 6 muestra las medias totales de cada una de las 8 sesiones de tratamiento. Como se puede observar todas las sesiones de tratamiento son entre completamente y bastante aceptadas en su procedimiento. Encontrando que las sesiones con la mayor puntuación fueron para la sesión 6 (DAI) con $\bar{x} = 4.50$ y la sesión 8 (Reestablecimiento de Metas) con $\bar{x} = 4.48$.

Tabla 6. Medias totales y desviaciones estándares del procedimiento de usuarios con tratamiento breve de cada una de las 8 Sesiones.

SESIÓN	\bar{x} total	sd total
1. Balance Decisional	4.34	0.80
2. Manejo del consumo de cocaína	4.35	0.72
3. Identificar y Enfrentar Pensamientos Sobre Cocaína	4.35	0.77
4. Identificar y Enfrentar el deseo de la Cocaína	4.45	0.78
5. Respuesta Asertivas de Rechazo	4.35	0.65
6. Decisiones Aparentemente Irrelevantes	4.50	0.64
7. Solución de Problemas Sociales	4.42	0.64
8. Reestablecimiento de Metas y Planes de Acción	4.48	0.64

3. Validación social de resultados – usuarios con tratamiento

La tercera parte comprende la validación social de los resultados. La tabla 7 muestra el promedio y la desviación estándar de cada uno de los reactivos del cuestionario de satisfacción de los resultados de los 20 usuarios con tratamiento breve. El reactivo 1 ($\bar{x} = 1.35$), indica que las metas establecidas al inicio de la terapia no cambiaron al concluir el tratamiento. Mientras los reactivos con mayor puntuación, fue el reactivo siete ($\bar{x} = 4.70$) que refiere a que el usuario ha adquirido habilidades de rechazar de mejor manera cualquier ofrecimiento de cocaína y el reactivo 16 ($\bar{x} = 4.70$) donde los usuarios están satisfechos con el

tratamiento y fue el adecuado para resolver sus problemas con el consumo de cocaína. También se observa en el reactivo dos ($X = 4.60$), que menciona que después de recibir el tratamiento, han mejorado los problemas respecto a la manera de consumir de los usuarios. En el reactivo tres ($X = 4.50$) se observa que los usuarios reportan que han disminuido su consumo de cocaína con este tratamiento. En cuanto a los demás reactivos se observa que el usuario puede evitar recaer en el consumo (reactivo 4 con $X = 4.35$), pueden controlar y enfrentar satisfactoriamente sus pensamientos (reactivo 5 con $X = 4.40$) y su deseo a la cocaína (reactivo 6 con $X = 4.45$), así como reconocer satisfactoriamente las posibles DAI y evitar tomar DAI relacionadas con el consumo de cocaína (reactivos 8 y 9 con $X = 4.25$). En el reactivo 11 ($X = 4.30$) se observa que los usuarios se sienten bastante capaces de dar solución a cualquier problema relacionado con el consumo de cocaína. En términos generales consideran bueno el tratamiento ($X = 4.80$) y bueno el trato proporcionado por el terapeuta con $X = 4.95$ (siendo la puntuación más alta), calificando la preparación profesional de los terapeutas como bueno ($X = 4.40$).

Tabla 7. Promedios de satisfacción y desviaciones estándares de los usuarios con tratamiento de los resultados del Tratamiento.

Preguntas	X'	sd
1. ¿Considera que las metas establecidas al inicio de la terapia hayan cambiado al concluir el tratamiento	1.35	1.09
2. Después de recibir el tratamiento, los problemas con respecto a mi manera de consumir cocaína han mejorado.	4.60	0.50
3. Con este tratamiento, he disminuido mi consumo de cocaína	4.50	0.51
4. Gracias al tratamiento recibido, puedo evitar recaer en el consumo de cocaína	4.35	0.49
5. Puedo controlar y enfrentar mis pensamientos sobre la cocaína	4.40	0.50
6. Puedo controlar y enfrentar mi deseo de la cocaína	4.45	0.51
7. He adquirido la habilidad de rechazar de mejor manera cualquier ofrecimiento de cocaína	4.70	0.47
8. Reconozco las posibles DAI relacionadas con el consumo de cocaína	4.25	0.55
9. Evito tomar DAI relacionadas con el consumo de cocaína	4.25	0.64
10. Me siento capaz de enfrentar cualquier problema relacionado con el consumo	4.35	0.59
11. Me siento capaz de dar solución a cualquier problema relacionado con el consumo de cocaína	4.30	0.79
12. En términos generales considero que el tratamiento es	** 4.80	0.41
13. ¿Cómo calificaría el trato proporcionado por el terapeuta?	** 4.95	0.22
14. ¿Cómo calificaría la preparación profesional del terapeuta?	** 4.40	0.94
15. ¿Recomendaría a otras personas este tratamiento?	4.65	0.49
16. ¿Este tratamiento fue el adecuado para resolver mi problema con el consumo de cocaína?	4.70	0.47
Promedio total =	4.31	0.57

Donde:

5 = Completamente
 4 = Bastante
 3 = Moderadamente
 2 = Poco
 1 = Nada

**

5 = Excelente
 4 = Bueno
 3 = Regular
 2 = Malo
 1 = Pésimo

4. Validación social de procedimientos – usuarios con tratamiento, usuarios sin tratamiento y no usuarios

La última parte comprende el análisis comparativo de los tres grupos (usuarios con tratamiento, usuarios sin tratamiento y no usuarios) respecto a la validación social de procedimiento, analizando cada una de las 8 sesiones de tratamiento (ver anexo 3)

Se obtuvieron los siguientes resultados.

Tabla 8. Datos del total de satisfacción de las tres poblaciones respecto a procedimiento de cada una de las sesiones del tratamiento.

Sesión	\bar{X} 1	sd1	\bar{X} 2	sd2	\bar{X} 3	sd3
S1	4.34	0.80	4.06	0.74	3.87	0.75
S2	4.35	0.72	4.16	0.64	4.11	0.82
S3	4.35	0.77	4.29	0.71	4.25	0.82
S4	4.45	0.78	4.47	0.58	4.31	0.64
S5	4.35	0.65	4.38	0.65	4.37	0.71
S6	4.50	0.64	4.43	0.61	4.46	0.63
S7	4.42	0.64	4.13	0.68	4.16	0.75
S8	4.48	0.64	4.52	0.53	4.52	0.52
TOTAL	4.40	0.70	4.30	0.64	4.25	0.70

\bar{X} 1 y sd 1 Corresponde a los usuarios con tratamiento.

\bar{X} 2 y sd 2 Corresponde a los usuarios sin tratamiento.

\bar{X} 3 y sd 3 Corresponde a los no usuarios.

Se realizaron anovas comparando los tres grupos para observar si había diferencias significativas en la evaluación del procedimiento usado, en cada una de las ocho sesiones de tratamiento. En caso de que se encontraran diferencias

significativas; se realizó el análisis post hoc con la prueba de Tukey para observar entre qué grupos eran las diferencias.

Para la sesión 1 "Balance Decisional" se encontraron diferencias significativas ($f(2,21) = 4.488$, $p < 0.025$) entre los grupos. Al aplicar la prueba de Tukey, se encontró que había una diferencia significativa ($p < 0.026$) solo entre el grupo de usuarios con tratamiento (\bar{X} total = 4.34) y los no usuarios ($\bar{X} = 3.87$). Entre el grupo de usuarios con tratamiento y usuarios sin tratamiento no se encontraron diferencias significativas. Estos resultados indican que el grupo de usuarios con tratamiento y usuarios sin tratamiento evaluaron de manera muy semejante la sesión 1; mientras que el grupo de no usuarios (con relación al grupo de usuarios), evaluó más bajo al procedimiento utilizado en la sesión 1 (ver tabla 8).

En las sesiones 2, 3, 4, 5, 6 y 8 no se encontraron diferencias significativas entre ninguno de los grupos. Estos resultados indican que el grupo de usuarios con tratamiento, usuarios sin tratamiento y no usuarios evaluaron de manera muy similar cada una de estas sesiones (ver tabla 8).

La sesión 7 "Solución de Problemas" al igual que la sesión 1, muestra diferencias significativas entre los grupos ($f(2,17) = 5.611$, $p < 0.015$). Por lo que se aplicó la prueba estadística de Post Hoc de Tukey, donde se encontró que hay una diferencia significativa ($p < 0.034$) solo entre los grupos entre el grupo de usuarios con tratamiento (\bar{X} total = 4.42) y los usuarios sin tratamiento ($\bar{X} = 4.13$). Entre el grupo de usuarios con tratamiento y no usuarios no se encontraron diferencias significativas. Estos resultados indican que el grupo de usuarios con tratamiento y el grupo de no usuarios evaluaron de manera muy semejante la sesión 7; y el grupo de usuarios sin tratamiento (con relación al grupo de usuarios con tratamiento), evaluó más bajo al procedimiento utilizado en la sesión 7 (ver tabla 8).

**DISCUSION
Y
CONCLUSION**

El propósito de la tesis fue evaluar, por medio de la validación social, la aceptación y la importancia que tiene el tratamiento en los usuarios que asisten a él, con la finalidad de poder aumentar la efectividad del tratamiento y apoyar los resultados empíricos que arroje el mismo. Así, como se comparó la validación social del procedimiento con dos poblaciones de las que sus juicios se consideran importantes, esto fue necesario ya que los estudios se desarrollan para resolver los problemas de los miembros de la sociedad y ellos son quienes deben decidir si son aceptables o no (Reimers, Wacker & Koepfel, 1987 citado en Maldonado, 1998).

De manera general, los resultados encontrados en la validación social del Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína, muestran la efectividad y aceptación según los usuarios con tratamiento breve. Mientras que por los usuarios sin tratamiento breve y no usuarios de drogas se observa la aceptación de dicho tratamiento.

Los resultados de la validación social de metas (\bar{X} total = 4.41), nos indican que los usuarios con tratamiento breve muestran altos niveles de satisfacción con el objetivo del tratamiento. Sin embargo, hubo una desviación estándar promedio total de $sd = 0.70$, lo que nos indica que hubo cierta dispersión considerable entre las opiniones de las metas. Por otro lado se observó que hubo una moderada consideración de opciones de tratamiento para el problema del usuario ($\bar{X} = 3.80$). Esta aseveración, aunque no se estudiado con mayor detalle, pudo ser para algunos usuarios la única opción de tratamiento. También se observó que los participantes al TBUC evaluaron de forma satisfactoria aunque un poco baja ($\bar{X} = 4.15$) que el tratamiento tuviera posibilidades de éxito. Esto puede indicar que los objetivos del tratamiento no quedaron claros, haciéndonos pensar que hay que aclarar o explicar más profundamente el tratamiento.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

En la validación social del procedimiento por los usuarios con tratamiento breve se observó que evaluaron bastante satisfechos la aceptación de procedimiento de las sesiones de trabajo. La sesión con puntuación más baja en \bar{X} , comparada con las demás sesiones, fue la sesión 1 (\bar{X} total = 4.34 y con sd promedio total = 0.80). Además, se observa que tuvo mayor dispersión en cuanto a las respuestas. Por otro lado, se observa que la sesión más aceptada fue la sesión 6, DAI. Esto posiblemente se debe a que en esta sesión se enseñan estrategias para evitar futuras recaídas, la cual ayuda mucho a los pacientes a conseguir y mantener la abstinencia.

En cuanto al procedimiento de las sesiones para los usuarios con tratamiento breve, las preguntas que obtuvieron menor puntuación fueron de las Sesión 1, 2 y 3, el reactivo que dice "cómo se sintió durante la sesión" con \bar{X} = 4.05 para S1, \bar{X} = 3.85 para S2 y \bar{X} = 4.05 para S3. Pienso que éstos reactivos se evaluaron con poca puntuación ya que son las primeras sesiones de trabajo y les cuesta trabajo a los usuarios del tratamiento estar relajados. Otros de las preguntas que se evaluaron bajo es en la sesión 4, el reactivo que refiere "si lo aprendido en esa sesión sea de utilidad en alguna otra área de su vida" con \bar{X} = 4. En la sesión 3, el reactivo que refiere "si considera de utilidad tener nombre y teléfono de personas que puedes ayudar a evitar la recaída" con \bar{X} = 4.05, es la única de las estrategias que se calificó bajo, pero entra en el rango de bastante satisfecho. Posiblemente es necesario implementar nuevas alternativas a esta estrategia enseñada.

En cuanto a la validación social de los resultados del tratamiento la evaluación general del tratamiento fue entre excelente y Bueno (\bar{X} = 4.80, ver tabla 7) con esto espera que el tratamiento se lleve a cabo en mayor grado, así como el mantenimiento de los efectos de tratamiento. Por otro lado, se observó que al igual que otros estudios (McMahon, et al., 1984, citado en Fulgencio, 1996), las puntuaciones más altas se dan en el área de satisfacción con los terapeutas y satisfacción con el procedimiento, en todas las condiciones de tratamiento.

Para las aplicaciones de las poblaciones de usuarios sin tratamiento breve y no usuarios, a pesar de que se les mencionó al momento de dar las instrucciones para la aplicación, de que no se comparara el tratamiento breve con algún otro tratamiento, los usuarios sin tratamiento terminaron comparándolo con los tratamientos en los que ellos participan. Esto nos indica que el grupo de usuarios sin tratamiento breve mostró una aceptación hacia el tratamiento breve, a pesar de comparar el tratamiento breve con el tratamiento que llevan. Por otro lado, la población de no consumidores mostraron varias dudas sobre las estrategias enseñadas en el tratamiento durante la aplicación, lo que nos indicó el interés mostrado hacia el estudio, mostrándonos la aceptación de dicho tratamiento breve con un puntuación ligeramente baja, posiblemente debido a que no esta en contacto con drogas y con tratamientos.

La validación social de manera general, nos indica la satisfacción de los usuarios con la efectividad del Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína. Esperando que la función de la validación social de obtener los juicios de satisfacción y aceptabilidad de las tres poblaciones estudiadas, representen una forma de evaluación, complementaria a la validación empírica que nos permita guiar las estrategias de investigación y mejorar el servicio proporcionado a los usuarios del tratamiento, refinando sus componentes (Storey, 1991).

Como se puede observar, las tres muestras calificaron de manera muy aceptable o alta el Tratamiento breve para usuarios de cocaína, lo que nos puede indicar que a lo mejor el tamaño de las muestras fueron muy pequeñas para poder realizar una inferencia a partir de ellas, sin embargo es importante mencionar que debido al tipo de muestras que se trabajo (como usuarios de cocaína y usuarios de drogas) fue difícil, la captación de los sujetos.

**LIMITACIONES
Y
SUGERENCIAS**

Una de las limitaciones importantes que se encontraron a lo largo de este estudio fue la dificultad del acceso a las instituciones que trabajan con personas relacionadas al consumo de drogas. Por esta razón, la muestra de Consumidores de drogas de otro Centro de Servicios, fue muy de difícil igualar a la muestra de los pacientes del Tratamiento Breve Para Usuarios de Cocaína, ya que no se pudo contar con muchos consumidores de esta droga.

Otra de las limitaciones fue obtener la muestra de pacientes del Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína. Ya que en el tratamiento se trabajan 2 meses y medio aproximadamente con cada uno de los participantes y la aplicación de la validación social se efectúa después de cada sesión terminada.

Como primera aproximación, los resultados obtenidos acerca de la satisfacción y aceptación mostrados por parte de los 20 usuarios con tratamiento breve, se espera que gulen a mejorar las estrategias de investigación y los servicios proporcionados. Se recomienda se siga efectuando la validación social del tratamiento a los pacientes que sigan acudiendo, ya que las necesidades sociales pueden ir variando con el tiempo, y sea necesario cambiar las estrategias de investigación y servicios.

No solo es importante validar socialmente las metas, procedimientos y resultados del tratamiento, sino también otros desarrollos de investigación tales como la construcción de instrumentos de evaluación (Macotella & Romay, 1988 citado en Maldonado, 1998). Para tal fin, recabar la opinión de personas más cercana al tratamiento y al paciente, como pueden ser los mismos terapeutas, gente especializada en tratamiento de cocaína, familiar de los pacientes y conocido del paciente, etc. De esta manera, obtener información más cercana sobre los pacientes de la aceptación e importancia de este tratamiento, así como determinar qué tanto esos contenidos resultan indispensables, opcionales o innecesarios para ellos.

Por otro lado, sería recomendable hacer un estudio a las personas que abandonaron dicho tratamiento, para conocer las razones, si el tratamiento no fue aceptable para ellos, etc. Así poder mejorar el tratamiento.

Otro aspecto que valdría la pena abordar, es relacionado con las altas puntuaciones que presentaron las tres muestras, lo cual, sería necesario conocer la motivación y/o la razón por los que aceptaron participar en dicho estudio, lo que nos podría indicar por que resultaron tan altas las puntuaciones.

El presente estudio fue una aproximación para comprender para conocer a través de la validación social, si el tratamiento tiene alguna relación con las necesidades de la sociedad, por lo que como primer abordaje, los resultados finales no son definitivos. Y actualmente en este proyecto de Tratamiento Breve para usuarios de cocaína también cuenta con otros estudios que se están desarrollando, como son el abandono del tratamiento, razones de abandono, etc. Esperando que junto con estos estudios se logre mejorar las estrategias de investigación y mejorar la calidad, efectividad y aceptación de servicio del tratamiento.

REFERENCIAS

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

A.A. www.aa24horas.org México. Alcohólicos Anónimos.

Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. Y Gutiérrez, M. (1995). Los resultados iniciales de un Programa de Autocontrol para Bebedores Problema en México. Salud Mental, 18 (4), 18 – 24.

Ayala, H., & Echeverría, L. (2001). Tratamiento de Conductas Adictivas. Facultad de Psicología, UNAM.

Beck, A & Cols. (1999). Terapia cognitiva de las drogodependencias. Barcelona: Paidós.

Betty Ford. www.bettyfordcenter.org/programs/ EUA. Betty Ford Center.

Brailowsky, S. (1995). Las sustancias de los sueños. México: Fondo de Cultura Económica.

CIJ. (1999). Cómo Proteger a tus hijos contra las drogas. México. Centros de Integración Juvenil, A.C.

CIJ. www.cij.gob.mx México. Centros de Integración Juvenil, A.C.

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, México.

Diaz, J. (1997). How drugs influence Behavior. New Jersey: Prentice Hall.

ENA- Encuesta Nacional de Adicciones 1998 (1999). El consumo de drogas en México: diagnóstico, tendencias y acciones. México: Secretaría de Salud.

- Espinoza, I. (1980). Análisis y validación social del razonamiento dentro de un sistema de autogobierno. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Fawcett, S.B. & Miller, L.K. (1975) Training public – speaking behavior: An experimental analysis and social validation. Journal of Applied Behavior Analysis. 8, 125 – 135.
- Fonseca, L. E. (1985). Validación social de las características metodológicas de los textos programados. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Foster, S. A. (1999). Assessing social validity in clinical treatment research: issues and procedures. Journal of conductual and clinical psychology. 63 (3), 308 – 319.
- Freud, S. (1980). Escritos sobre la cocaína. España. Anagrama.
- Fulgencio, J. M. (1996). Validación social de un programa Eco – conductual para la prevención y tratamiento del maltrato infantil. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Landero, L.; Lizasoain, L. (1998). Drogodependencia. España: Panamericana.
- Maldonado, A. (1998). Validación social de un instrumento referido a criterio. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Marin, P. (1971). Understanding Drug Use. E.U.A.: Harper & Row Publishers.

- Medina Mora, E. (1994). Uso, Abuso, Dependencia y su Medición. En Tapia C.R. Las Adicciones, Dimensiones, Impacto y Perspectivas. (pp. 25 – 55). México, Manual Moderno.
- Miller, W. (1999). La entrevista motivacional. Barcelona: Piados.
- Monte Fénix. www.super.net.mx./montefenix/ México. Monte Fénix.
- Golly, A. Stiller, B. Walker, H. (1998). First step to success: replication and social validation of an early intervention program. Journal of emotional and behavioral disorders, 6 (4).
- Oropeza, R. (2002). Desarrollo y Evaluación de un Modelo de Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína. Proyecto de tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Ortiz, A., Soriano, A., Galván, J. (1997). Características de los usuarios de cocaína, su percepción y actitud hacia los servicios de tratamiento. Salud Mental, 20 suplemento 8 – 14.
- Rudgley, R. (1999). Enciclopedia de las sustancias psicoactivas. España: Paidós.
- SSA (2001). Programa de acción: Adicciones, Farmacodependencia. México Secretaria de Salud.
- Storey, K. (1991). An evaluative review of social validation research involving persons with handicaps. The Journal of Special Education. Vol. 25 (3), 352 – 401.
- Tapia, R. (1994). Las adicciones dimensión, impacto y perspectiva. México: Manual Moderno.

Velasco, R. (1997). Las adicciones. México: Trillas.

Washton, A. (1989). La adicción a la cocaína. España: Paidós.

Wolf, M. (1978). Social Validity: The case for subjective measurement or how applied behavior analysis is finding its heart. Journal Behavior Analysis, 11 (2), 203 - 214.

ANEXO 1

Cuestionario de Satisfacción de Metas del Tratamiento Breve Cognoscitivo – Conductual para Usuarios de Cocaína

Nombre _____ Fecha _____
 Terapeuta _____

Instrucciones:

Por favor, lea cuidadosamente las preguntas y marque el número que mejor describa su opinión hacia la sesión que se trabajó hoy.

1. ¿Esta de acuerdo en que el problema por el que solicita el servicio, es el principal objetivo del tratamiento?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

2. ¿Siente que la meta escogida del tratamiento fue impuesta por el terapeuta?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

3. ¿Considera que este tratamiento le ayudará a resolver su problema de consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

4. ¿Se le explicó bien en que consiste el tratamiento completo?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

5. ¿Entendió bien en que consiste el tratamiento completo?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

6. ¿Este tratamiento esta realmente enfocado a modificar su manera de consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

7. ¿Está de acuerdo en la forma que se pretende llevar a cabo la solución de su problema?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

8. ¿Considera que el terapeuta tiene la capacidad para llevar a cabo este tratamiento?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

9. ¿Tanto usted como el terapeuta están de acuerdo que este es el tratamiento apropiado para su problema?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

10. ¿Piensa que este tratamiento tiene grandes posibilidades de éxito?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

11. ¿Se consideraron otras opciones de tratamiento para su problema?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

**CUESTIONARIO DE SATISFACCION DEL PACIENTE EN CUANTO AL PROCEDIMIENTO DE
LA SESION 1. BALANCE DECISIONAL**

Instrucciones:

Por favor, lea cuidadosamente las preguntas y marque el número que mejor describa su opinión hacia la sesión que se trabajó hoy.

1. ¿Estaría dispuesto a aplicar las actividades que se vieron en la Sesión 1. Balance Decisional, para modificar su problema de consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada
2. ¿Considera que las actividades realizadas durante la Sesión 1. Balance Decisional, le ayudan a resolver su problema de consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
3. ¿Cómo se sintió durante la Sesión 1. Balance Decisional?

1	2	3	4	5
Muy relajado	Relajado	Indiferente	Tenso	Muy tenso
4. ¿Considera que el trazo recibido durante esta sesión le ayuda a cambiar su manera de consumo?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
5. ¿Qué tanto le gustó la Sesión 1. Balance Decisional?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un poco	Nada
6. ¿Cree que el trabajo realizado durante la Sesión 1. Balance Decisional, le origina otros problemas relacionados con el de cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un poco	Nada
7. ¿Piensa que lo aprendido durante esta sesión le servirá para otras áreas de su vida en las que tuviera algún problema?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
8. ¿El desempeño del terapeuta le ayuda a modificar su consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un poco	Nada
9. ¿Qué tan útil le resultó realizar el Balance Decisional?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
10. ¿Considera que sea necesario realizar el Establecimiento de Metas?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un poco	Nada
11. ¿Cree que le sirvió el establecer las Razones de Cambio?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
12. ¿Considera tuvo suficiente información para realizar las tareas de la Sesión 1. Balance Decisional?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

CUESTIONARIO DE SATISFACCION DEL PACIENTE EN CUANTO AL PROCEDIMIENTO DE LAS SESION 2.MANEJO DEL CONSUMO DE COCAINA

Instrucciones:

Por favor, lea cuidadosamente las preguntas y marque el número que mejor describa su opinión hacia la sesión que se trabajó hoy.

1. ¿Estaría dispuesto a aplicar las actividades que se vieron en la Sesión 2. Manejo del Consumo de cocaína, para modificar su problema de consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada
2. ¿Considera que las actividades realizadas durante la Sesión 2. Manejo del Consumo de cocaína, le ayude a resolver su problema de consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
3. ¿Cómo se sintió durante la Sesión 2. Manejo del Consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Muy relajado	Relajado	Indiferente	Tenso	Muy tenso
4. ¿Considera que el trato recibido durante esta sesión le ayuda a cambiar su manera de consumo?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
5. ¿Qué tanto le gustó la Sesión 2. Manejo del Consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada
6. ¿Cree que el trabajo realizado durante la Sesión 2. Manejo del Consumo de cocaína, le origine otros problemas relacionados con el de cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada
7. ¿Piensa que lo aprendido durante esta sesión le servirá para otras áreas de su vida en las que tuviera algún problema?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
8. ¿El desempeño del terapeuta le ayuda a modificar su consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada
9. ¿Considera tuvo suficiente información para realizar las tareas de la Sesión 2. Manejo del Consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
10. ¿Considera que el ejemplo de la Montaña de Recuperación, le es de utilidad?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
11. ¿Cree que el identificar los precipitadores del consumo le ayudaran a resolver su problema con la cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

12. ¿Conocer las consecuencias de su consumo le servirán para resolver su problema con la cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

13. ¿Analizar las situaciones de consumo le servirá para prevenir futuras recaídas?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

CUESTIONARIO DE SATISFACCION DEL PACIENTE EN CUANTO AL PROCEDIMIENTO DE LAS SESION 3. IDENTIFICAR Y ENFRENTAR PENSAMIENTOS SOBRE COCAINA

Instrucciones:

Por favor, lea cuidadosamente las preguntas y marque el número que mejor describa su opinión hacia la sesión que se trabajó hoy.

1. ¿Estaría dispuesto a aplicar las actividades que se vieron en la Sesión 3. Identificar y Enfrentar pensamientos sobre cocaína, para modificar su problema de consumo de cocaína?
- | | | | | |
|-------|----------|---------------|---------|------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mucho | Bastante | Moderadamente | Un Poco | Nada |
2. ¿Considera que las actividades realizadas durante la Sesión 3. Identificar y Enfrentar pensamientos sobre cocaína, le ayude a resolver su problema de consumo de cocaína?
- | | | | | |
|------|---------|---------------|----------|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nada | Un poco | Moderadamente | Bastante | Mucho |
3. ¿Cómo se sintió durante la Sesión 3. Identificar y Enfrentar pensamientos sobre cocaína?
- | | | | | |
|--------------|----------|-------------|-------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Muy relajado | Relajado | Indiferente | Tenso | Muy tenso |
4. ¿Considera que el trato recibido durante esta sesión le ayuda a cambiar su manera de consumo?
- | | | | | |
|------|---------|---------------|----------|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nada | Un poco | Moderadamente | Bastante | Mucho |
5. ¿Qué tanto le gustó la Sesión 3. Identificar y enfrentar pensamientos sobre cocaína?
- | | | | | |
|-------|----------|---------------|---------|------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mucho | Bastante | Moderadamente | Un Poco | Nada |
6. ¿Cree que el trabajo realizado durante la Sesión 3. Identificar y Enfrentar pensamientos sobre cocaína, le origine otros problemas relacionados con el de cocaína?
- | | | | | |
|-------|----------|---------------|---------|------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mucho | Bastante | Moderadamente | Un Poco | Nada |
7. ¿Piensa que lo aprendido durante esta sesión le servirá para otras áreas de su vida en las que tuviera algún problema?
- | | | | | |
|------|---------|---------------|----------|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nada | Un poco | Moderadamente | Bastante | Mucho |
8. ¿El desempeño del terapeuta le ayuda a modificar su consumo de cocaína?
- | | | | | |
|-------|----------|---------------|---------|------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mucho | Bastante | Moderadamente | Un Poco | Nada |
9. ¿Considera tuvo suficiente información para realizar las tareas de la Sesión 3. Identificar y Enfrentar pensamientos sobre cocaína?
- | | | | | |
|------|---------|---------------|----------|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nada | Un poco | Moderadamente | Bastante | Mucho |
10. ¿Identificar los pensamientos sobre cocaína le ayuda a resolver su problema de consumo de cocaína?
- | | | | | |
|-------|----------|---------------|---------|------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mucho | Bastante | Moderadamente | Un Poco | Nada |
11. ¿Enfrentar los pensamientos sobre cocaína le es de utilidad para resolver su problema con la cocaína?
- | | | | | |
|------|---------|---------------|----------|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nada | Un poco | Moderadamente | Bastante | Mucho |

12. ¿Elaborar la Hoja de cambios para las próximas 12 semanas le servirá para resolver los problemas que le provoca el consumo de cocaína en las diferentes áreas de su vida?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

13. ¿Tener a la mano Nombre y Número telefónico de personas que le pueden ayudar es de utilidad para evitar recaídas?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

CUESTIONARIO DE SATISFACCION DEL PACIENTE EN CUANTO AL PROCEDIMIENTO DE LA SESION 4. IDENTIFICAR Y ENFRENTAR EL DESEO DE LA COCAINA.

Instrucciones:

Por favor, lea cuidadosamente las preguntas y marque el número que mejor describa su opinión hacia la sesión que se trabajó hoy.

1. ¿Estaría dispuesto a aplicar las actividades que se vieron en la Sesión 4. Identificar y Enfrentar el deseo de la cocaína, para modificar su problema de consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

2. ¿Considera que las actividades realizadas durante la Sesión 4. Identificar y Enfrentar el deseo de la cocaína, le ayudan a resolver su problema de consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

3. ¿Cómo se sintió durante la Sesión 4. Identificar y Enfrentar el deseo de la cocaína?

1	2	3	4	5
Muy relajado	Relajado	Indiferente	Tenso	Muy tenso

4. ¿Considera que el trato recibido durante esta sesión le ayuda a cambiar su manera de consumo?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

5. ¿Qué tanto le gustó la Sesión 4. Identificar y Enfrentar el deseo de la cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

6. ¿Cree que el trabajo realizado durante la Sesión 4. Identificar y Enfrentar el deseo de la cocaína, le origine otros problemas relacionados con el de cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

7. ¿Piensa que lo aprendido durante esta sesión le servirá para otras áreas de su vida en las que tuviera algún problema?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

8. ¿El desempeño del terapeuta le ayuda a modificar su consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

9. ¿Considera tuvo suficiente información para realizar las tareas de la Sesión 4. Identificar y Enfrentar el deseo de la cocaína?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

10. ¿Para solucionar sus problemas relacionados con la cocaína, considera que es de utilidad identificar los disparadores del deseo?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

11. ¿Considera útiles las estrategias de enfrentamiento de esta sesión?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

12. ¿El registro de deseo de consumo de cocaína le ayudarán a resolver su problema con esta droga?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

CUESTIONARIO DE SATISFACCION DEL PACIENTE EN CUANTO AL PROCEDIMIENTO DE LAS SESION 5. HABILIDADES ASERTIVAS DE RECHAZO

Instrucciones:

Por favor, lea cuidadosamente las preguntas y marque el número que mejor describa su opinión hacia la sesión que se trabajó hoy.

1. ¿Estaría dispuesto a aplicar las actividades que se vieron en la Sesión 5. Habilidades asertivas de rechazo, para modificar su problema de consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

2. ¿Considera que las actividades realizadas durante la Sesión 5. Habilidades asertivas de rechazo, lo ayude a resolver su problema de consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

3. ¿Cómo se sintió durante la Sesión 5. Habilidades asertivas de rechazo?

1	2	3	4	5
Muy relajado	Relajado	Indiferente	Tenso	Muy tenso

4. ¿Considera que el trato recibido durante esta sesión le ayuda a cambiar su manera de consumo?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

5. ¿Qué tanto le gustó la Sesión 5. Habilidades asertivas de rechazo?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

6. ¿Cree que el trabajo realizado durante la Sesión 5. Habilidades asertivas de rechazo, le origine otros problemas relacionados con el de cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

7. ¿Piensa que lo aprendido durante esta sesión le servirá para otras áreas de su vida en las que tuviera algún problema?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

8. ¿El desempeño del terapeuta le ayuda a modificar su consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

9. ¿Considera tuvo suficiente información para realizar las tareas de la Sesión 5. Habilidades asertivas de rechazo?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

10. ¿Considera que realizar el análisis de situación con respecto a los proveedores le es de utilidad para desarrollar estrategias efectivas para controlar el consumo?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

11. ¿Practicar respuestas asertivas le ayudará a resolver su problema de consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

12. ¿Considera de utilidad seguir los pasos para eliminar el acceso (proveedores) para no recaer?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

13. ¿Responder asertivamente a cualquier proveedor, mejorará su problema de consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

CUESTIONARIO DE SATISFACCION DEL PACIENTE EN CUANTO AL PROCEDIMIENTO DE LAS SESION 6.DECISIONES APARENTEMENTE IRRELEVANTES

Instrucciones:

Por favor, lea cuidadosamente las preguntas y marque el número que mejor describa su opinión hacia la sesión que se trabajó hoy.

1. ¿Estaría dispuesto a aplicar las actividades que se vieron en la Sesión 6. Decisiones aparentemente irrelevantes, para modificar su problema de consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada
2. ¿Considera que las actividades realizadas durante la Sesión 6. Decisiones aparentemente irrelevantes, le ayuda a resolver su problema de consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
3. ¿Cómo se sintió durante la Sesión 6. Decisiones aparentemente irrelevantes?

1	2	3	4	5
Muy relajado	Relajado	Indiferente	Tenso	Muy tenso
4. ¿Considera que el trato recibido durante esta sesión le ayuda a cambiar su manera de consumo?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
5. ¿Qué tanto le gustó la Sesión 6. Decisiones aparentemente irrelevantes?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada
6. ¿Cree que el trabajo realizado durante la Sesión 6. Decisiones aparentemente irrelevantes, le origine otros problemas relacionados con el de cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada
7. ¿Piensa que lo aprendido durante esta sesión le servirá para otras áreas de su vida en las que tuviera algún problema?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
8. ¿El desempeño del terapeuta le ayuda a modificar su consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada
9. ¿Considera tuvo suficiente información para realizar las tareas de la Sesión 6. Decisiones aparentemente irrelevantes?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
10. ¿Piensa que es de utilidad identificar las decisiones aparentemente irrelevantes?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
11. ¿Considera que identificar las recaídas por las decisiones aparentemente irrelevantes le ayudarán a resolver su problema de consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada
12. ¿Cree que las actividades realizadas durante esta sesión le servirán par tomar decisiones futuras?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

CUESTIONARIO DE SATISFACCION DEL PACIENTE EN CUANTO AL PROCEDIMIENTO DE LAS SESION 7. SOLUCION DE PROBLEMAS SOCIALES

Instrucciones:

Por favor, lea cuidadosamente las preguntas y marque el número que mejor describa su opinión hacia la sesión que se trabajó hoy.

1. ¿Estaría dispuesto a aplicar las actividades que se vieron en la Sesión 7. Solución de problemas sociales, para modificar su problema de consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

2. ¿Considera que las actividades realizadas durante la Sesión 7. Solución de problemas sociales, le ayude a resolver su problema de consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

3. ¿Cómo se sintió durante la Sesión 7. Solución de problemas sociales?

1	2	3	4	5
Muy relajado	Relajado	Indiferente	Tenso	Muy tenso

4. ¿Considera que el trato recibido durante esta sesión le ayuda a cambiar su manera de consumo?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

5. ¿Qué tanto le gustó la Sesión 7. Solución de problemas sociales?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

7. ¿Cree que el trabajo realizado durante la Sesión 7. Solución de problemas sociales, le origine otros problemas relacionados con el de cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

8. ¿Piensa que lo aprendido durante esta sesión le servirá para otras áreas de su vida en las que tuviera algún problema?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

9. ¿El desempeño del terapeuta le ayuda a modificar su consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

10. ¿Considera tuvo suficiente información para realizar las tareas de la Sesión 7. Solución de problemas sociales?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

11. ¿Las estrategias ofrecidas durante esta sesión le servirán para otras áreas de su vida?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

CUESTIONARIO DE SATISFACCION DEL PACIENTE EN CUANTO AL PROCEDIMIENTO DE LAS SESION 8. RESTABLECIMIENTO DE METAS Y PLANES DE ACCION

Instrucciones:

Por favor, lea cuidadosamente las preguntas y marque el número que mejor describa su opinión hacia la sesión que se trabajó hoy.

1. ¿Estaría dispuesto a aplicar las actividades que se vieron en la Sesión 8. Restablecimiento de Metas y Planes de Acción, para modificar su problema de consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

2. ¿Considera que las actividades realizadas durante la Sesión 8. Restablecimiento de Metas y Planes de Acción, le ayude a resolver su problema de consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

3. ¿Cómo se sintió durante la Sesión 8. Restablecimiento de Metas y Planes de Acción?

1	2	3	4	5
Muy relajado	Relajado	Indiferente	Tenso	Muy tenso

4. ¿Considera que el trato recibido durante esta sesión le ayuda a cambiar su manera de consumo?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

5. ¿Qué tanto le gustó la Sesión 8. Restablecimiento de Metas y Planes de Acción?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

6. ¿Cree que el trabajo realizado durante la Sesión 8. Restablecimiento de Metas y Planes de Acción, le origine otros problemas relacionados con el de cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

7. ¿Piensa que lo aprendido durante esta sesión le servirá para otras áreas de su vida en las que tuviera algún problema?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

8. ¿El desempeño del terapeuta le ayuda a modificar su consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

9. ¿Considera tuvo suficiente información para realizar las tareas de la Sesión 8. Restablecimiento de Metas y Planes de Acción?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

10. ¿Cree que la evaluación de metas mejorará su problema con la cocaína?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

11. ¿Considera de utilidad el restablecimiento de metas para solucionar su problema de drogas?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

12. ¿Piensa que realizar planes de acción le ayudará a resolver su manera de consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Mucho	Bastante	Moderadamente	Un Poco	Nada

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN RESPECTO A LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

Instrucciones:

Por favor, lea cuidadosamente las preguntas y marque el número que describa su opinión respecto a los resultados del tratamiento recibido, con la finalidad de mejorar nuestro servicio.

1. ¿Considera que las metas establecidas al inicio de la terapia hayan cambiado al concluir la terapia?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
2. Después de recibir el tratamiento, los problemas con respecto a mi manera de consumir cocaína han mejorado.

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
3. Con este tratamiento, he disminuido mi consumo de cocaína.

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
4. Gracias al tratamiento recibido, puedo evitar recaer en el consumo de cocaína.

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
5. Puedo controlar y enfrentar mis pensamientos sobre cocaína.

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
6. Actualmente puedo controlar y enfrentar mejor mi deseo de la cocaína.

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
7. He adquirido la habilidad de rechazar de mejor manera cualquier ofrecimiento de cocaína.

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
8. Reconozco las posibles decisiones aparentemente irrelevantes relacionadas con el consumo de cocaína.

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
9. Evité tomar decisiones aparentemente irrelevantes relacionadas con el consumo de cocaína.

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
10. Me siento capaz de enfrentar cualquier problema relacionado con el consumo de cocaína.

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
11. Me siento capaz de dar solución a cualquier problema relacionado con el consumo de cocaína.

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
12. En términos generales considero que el tratamiento es:

1	2	3	4	5
Excelente	Bueno	Regular	Malo	Pésimo
13. ¿Cómo calificaría el trato proporcionado por el terapeuta?

1	2	3	4	5
Excelente	Bueno	Regular	Malo	Pésimo

14. ¿Cómo calificaría la preparación profesional del terapeuta?

1	2	3	4	5
Excelente	Bueno	Regular	Malo	Pésimo

15. ¿Recomendaría a otras personas este tratamiento?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

16. ¿Este tratamiento fue el adecuado para resolver mi problema con el consumo de cocaína?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA
Validación Social De Un Tratamiento Breve
Para Usuarios de Cocaína

Favor de llenar los siguientes datos.

Edad: _____ Sexo: M F Edo. Civil: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Tipo de droga que usted consume con más frecuencia: _____
(En caso de Consumo)

Instrucciones:

A continuación se le mostrara una presentación explicando en qué consiste el Tratamiento Breve Para Usuarios de Cocaína. Y se le pedirá que evalúen según su opinión y satisfacción de dicho tratamiento. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta y encierre o marque su respuesta más adecuada. Si tiene alguna duda, por favor pregunte al entrevistador.

Ejemplo:

¿Considera que las salsas picantes que se le pone a los tacos son indispensables para este platillo mexicano?

~~Completamente~~ Bastante Moderadamente Un poco De Ninguna
~~Manera~~

Nota: En este ejemplo usted está completamente de acuerdo con la pregunta.

Por favor no abra el cuestionario hasta que se les indique
¡Gracias!

**CUESTIONARIO
SESION 1
Balance Decisional**

Instrucciones: Con Base previa a la exposición marque o encierre una de las opciones según su opinión.

1. ¿Cree que el trabajo que se realiza durante la Sesión 1. Balance Decisional, ayude a los pacientes a reducir el consumo de la cocaína?

Mucho Bastante Moderadamente Un poco Nada
2. ¿Considera que sea más fácil realizar el Establecimiento de Metas Una vez Hecho la Balanza Decisional?

Nada Un poco Moderadamente Bastante Mucho
3. ¿Cree que sirva el establecer las Razones de Cambio para disminuir el patrón de consumo de cocaína de los pacientes?

Mucho Bastante Moderadamente Un poco Nada
4. ¿Cree que la secuencia en la que se llevan a cabo las actividades (balance decisional, establecimiento de metas y Razones de Cambio) ayuden a reducir la frecuencia y la cantidad de consumo de la cocaína?

Nada Un poco Moderadamente Bastante Mucho
5. ¿Considera que la información que se brinda durante la Sesión 1. Balance Decisional es suficiente y adecuada para alcanzar el objetivo de esta sesión?

Nada Un poco Moderadamente Bastante Mucho

Por favor no siga hasta que se les indique

CUESTIONARIO
SESION 2
Manejo del Consumo de Cocaína

Instrucciones: Con Base previa a la exposición marque o encierre una de las opciones según su opinión.

1. ¿Considera que las actividades realizadas durante la Sesión 2. Manejo del Consumo de Cocaína, ayude a los pacientes a disminuir su problema de consumo?

Nada Un poco Moderadamente Bastante Mucho

2. ¿Considera que el ejemplo de la Montaña de la Recuperación, es de utilidad para reducir la frecuencia de consumo?

Nada Un poco Moderadamente Bastante Mucho

3. ¿Cree que el identificar los precipitadores del consumo ayude a los pacientes a reducir la frecuencia de consumo?

Nada Un poco Moderadamente Bastante Mucho

4. ¿Conocer las consecuencias de consumo servirá para evitar el consumo de cocaína?

Mucho Bastante Moderadamente Un poco Nada

5. ¿Analizar las situaciones de consumo servirá para prevenir futuras recaídas?

Mucho Bastante Moderadamente Un poco Nada

6. ¿Considera que la información que se brinda durante la Sesión 2. Manejo del consumo de cocaína es suficiente y adecuada para alcanzar el objetivo de esta sesión?

Nada Un poco Moderadamente Bastante Mucho

Por favor no siga hasta que se les indique

CUESTIONARIO
SESION 3
Identificar Y Enfrentar Pensamientos sobre Cocaína

Instrucciones: Con Base previa a la exposición marque o encierre una de las opciones según su opinión.

1. ¿Considera que las actividades realizadas durante la Sesión 3. Identificar y Enfrentar Pensamientos sobre Cocaína, dé a los pacientes herramientas para evitar recaer en el consumo de cocaína?

Nada Un poco Moderadamente Bastante Mucho

2. ¿Enfrentar los pensamientos sobre cocaína es útil para evitar futuras recaídas?

Nada Un poco Moderadamente Bastante Mucho

3. ¿Elaborar la Hoja de Cambios para las próxima 12 semanas ayuda al paciente a evitar futuras recaídas?

Mucho Bastante Moderadamente Un poco Nada

4. ¿Tener a la mano Nombre y Número telefónico de personas que pueden ayudar a l paciente es de utilidad para evitar futuras recaídas?

Mucho Bastante Moderadamente Un poco Nada

5. ¿El establecimiento de actividades alternas y distracciones ayudan al paciente a manejar sus pensamientos con el consumo de cocaína y evitan futuras recaídas?

Nada Un poco Moderadamente Bastante Mucho

6. ¿Considera que la información que se brinda durante la Sesión 3. Identificar y Enfrentar Pensamientos sobre Cocaína es suficiente y adecuada para alcanzar el objetivo de esta sesión?

Nada Un poco Moderadamente Bastante Mucho

Por favor no siga hasta que se les indique

CUESTIONARIO
SESION 4
Identificar Y Enfrentar el Deseo de la Cocaína

Instrucciones: Con Base previa a la exposición marque o encierre una de las opciones según su opinión.

1. ¿Considera que las actividades realizadas durante la Sesión 4. Identificar y Enfrentar el Deseo de la Cocaína, ayudan a los pacientes a evitar futuras recaídas?

Nada Un poco Moderadamente Bastante Mucho

2. ¿Para reducir la frecuencia de consumo de la cocaína, considera que es de utilidad identificar los disparadores del deseo de la cocaína?

Mucho Bastante Moderadamente Un poco Nada

3. ¿Considera útiles las estrategias de enfrentamiento aprendidas en esta sesión para manejar el deseo de la cocaína?

Mucho Bastante Moderadamente Un poco Nada

4. ¿El registro del deseo de consumo de cocaína ayuda a los pacientes a reconocer que estrategia le es útil para evitar futuras recaídas?

Mucho Bastante Moderadamente Un poco Nada

5. ¿Considera que la información que se brinda durante la 4. Identificar y Enfrentar el Deseo de la Cocaína es suficiente y adecuada para alcanzar el objetivo de esta sesión?

Nada Un poco Moderadamente Bastante Mucho

Por favor no siga hasta que se les indique

**CUESTIONARIO
SESION 5
Habilidades Asertivas de Rechazo**

Instrucciones: Con Base previa a la exposición marque o encierre una de las opciones según su opinión.

1. ¿Considera que las actividades realizadas durante la Sesión 5. Habilidades asertivas de rechazo, ayuden a los pacientes a rechazar de manera adecuada futuros ofrecimientos?

Nada Un poco Moderadamente Bastante Mucho

2. ¿Considera que analizar las situaciones de ofrecimiento de la droga es de utilidad para desarrollar estrategias efectivas para evitar el consumo?

Nada Un poco Moderadamente Bastante Mucho

3. ¿Practicar respuestas asertivas ayudará a los pacientes a evitar futuros ofrecimientos de cocaína?

Mucho Bastante Moderadamente Un poco Nada

4. ¿Considera de utilidad seguir los pasos "eliminar el acceso (proveedores)" para evitar futuras recaídas?

Mucho Bastante Moderadamente Un poco Nada

5. ¿Tener respuestas asertivas ayuda al paciente a sentirse seguro al rechazar algún ofrecimiento?

Nada Un poco Moderadamente Bastante Mucho

6. ¿Considera que la información que se brinda durante la 5. Habilidades asertivas de rechazo son suficiente y adecuada para alcanzar el objetivo de esta sesión?

Nada Un poco Moderadamente Bastante Mucho

Por favor no siga hasta que se les indique

**CUESTIONARIO
SESION 6
DECISIONES APARENTEMENTE IRRELEVANTES**

Instrucciones: Con Base previa a la exposición marque o encierre una de las opciones según su opinión.

1. ¿Considera que las actividades realizadas durante la Sesión 6. Decisiones aparentemente irrelevantes, ayuden a los pacientes a evitar situaciones de riesgo de consumo?

Nada Un poco Moderadamente Bastante Mucho

2. ¿Considera que Identificar las recaídas por las decisiones aparentemente irrelevantes ayudará a evitar esas mismas situaciones en el futuro?

Mucho Bastante Moderadamente Un poco Nada

3. ¿Cree que las actividades realizadas durante esta sesión servirán a los pacientes para tomar mejores decisiones evitando recaer en el consumo?

Mucho Bastante Moderadamente Un poco Nada

4. ¿Considera que la información que se brinda durante la 6. Decisiones aparentemente irrelevantes son suficiente y adecuada para alcanzar el objetivo de esta sesión?

Nada Un poco Moderadamente Bastante Mucho

Por favor no siga hasta que se les indique

**CUESTIONARIO
SESION 7
SOLUCION DE PROBLEMAS SOCIALES**

Instrucciones: Con Base previa a la exposición marque o encierre una de las opciones según su opinión.

1. ¿Considera que las actividades realizadas durante la Sesión 7. Solución de problemas sociales, ayude a los pacientes a identificar problemas provocados por el consumo de cocaína?

Nada Un poco Moderadamente Bastante Mucho

2. ¿El análisis de las distintas alternativas de solución de problemas ayudan al paciente a tomar la mejor alternativa?

Nada Un poco Moderadamente Bastante Mucho

3. ¿Evaluar la decisión tomada ayuda al paciente a resolver de manera adecuada?

Mucho Bastante Moderadamente Un poco Nada

4. ¿Considera que la información que se brinda durante la 7. Solución de problemas sociales es suficiente y adecuada para alcanzar el objetivo de esta sesión?

Nada Un poco Moderadamente Bastante Mucho

Por favor no siga hasta que se les indique

**CUESTIONARIO
SESION 8
RESTABLECIMIENTO DE METAS Y PLANES DE ACCION**

Instrucciones: Con Base previa a la exposici3n marque o encierre una de las opciones segun su opini3n.

1. ¿Considera que las actividades realizadas durante la Sesi3n 8. Restablecimientos de Metas y Planes de Acci3n, ayuden a los pacientes a mantenerse sin consumir cocaína?
Nada Un poco Moderadamente Bastante Mucho
2. ¿Cree que la evaluaci3n de metas motive al paciente a mantenerse abstemio de la cocaína?
Nada Un poco Moderadamente Bastante Mucho
3. ¿Piensa que realizar planes de acci3n ayudarán a los pacientes a mantenerse abstemios de la cocaína?
Mucho Bastante Moderadamente Un poco Nada
4. ¿Considera que la evaluaci3n de metas ayuda a que el paciente valore sus avances durante el tratamiento?
Mucho Bastante Moderadamente Un poco Nada
5. ¿Considera que la informaci3n que se brinda durante la 8. Restablecimientos de Metas y Planes de Acci3n son suficiente y adecuada para alcanzar el objetivo de esta sesi3n?
Nada Un poco Moderadamente Bastante Mucho
6. ¿Considera importante que el paciente evalúe el tratamiento al finalizarlo?
Mucho Bastante Moderadamente Un poco Nada
7. ¿Considera importante que el paciente evalúe el trato recibido por le terapeuta?
Mucho Bastante Moderadamente Un poco Nada

ANEXO3

Tabla 1. Se muestran los promedios y desviaciones estándares obtenidos en la validación social de procedimiento de la Sesión 1 de los Usuarios con tratamiento.

Preguntas	X	sd
1. ¿Estaría dispuesto a aplicar las actividades que se vieron en la Sesión 1, para modificar su problema de consumo de cocaína?	4.50	0.61
2. ¿Considera que las actividades realizadas durante la Sesión 1, le ayudan a resolver su problema de consumo de cocaína?	4.20	1.21
3. ¿Cómo se sintió durante la Sesión 1?	* 4.05	1.01
4. ¿Considera que el trato recibido durante esta sesión le ayuda a cambiar su manera de consumo?	4.05	0.89
5. ¿Qué tanto le gustó la Sesión 1?	4.25	0.91
6. ¿Cree que el trabajo realizado durante la Sesión 1, le origine otros problemas relacionados con el de cocaína?	1.31	0.81
7. ¿Piensa que lo aprendido durante esta sesión le servirá para otras áreas de su vida en las que tuviera algún problema?	4.10	0.79
8. ¿El desempeño del terapeuta le ayuda a modificar su consumo de cocaína?	4.55	0.60
9. ¿Qué tan útil le resultó realizar el Balance Decisional?	4.10	0.79
10. ¿Considera que sea necesario realizare el Establecimiento de Metas?	4.45	0.99
11. ¿Cree que le sirvió el establecer las Razones de Cambio?	4.55	0.51
12. ¿Considera tuvo suficiente información para realizar las tareas de la Sesión 1?	4.65	0.59
Total	4.34	0.80

Tabla 2. Se muestran los promedios y desviaciones estándares obtenidos en la validación social de procedimiento de la Sesión 2 de los Usuarios con tratamiento.

Preguntas	\bar{X}	sd
1. ¿Estaría dispuesto a aplicar las actividades que se vieron en la Sesión 2, para modificar su problema de consumo de cocaína?	4.40	0.80
2. ¿Considera que las actividades realizadas durante la Sesión 2, le ayudan a resolver su problema de consumo de cocaína?	4.25	0.79
3. ¿Cómo se sintió durante la Sesión 2?	* 3.85	1.31
4. ¿Considera que el trato recibido durante esta sesión le ayuda a cambiar su manera de consumo?	4.35	0.67
5. ¿Qué tanto le gustó la Sesión 2?	4.25	.085
6. ¿Cree que el trabajo realizado durante la Sesión 2, le origine otros problemas relacionados con el de cocaína?	1.73	1.37
7. ¿Piensa que lo aprendido durante esta sesión le servirá para otras áreas de su vida en las que tuviera algún problema?	4.15	0.67
8. ¿El desempeño del terapeuta le ayuda a modificar su consumo de cocaína?	4.55	0.69
9. ¿Considera tuvo suficiente información para realizar las tareas de la Sesión 2?	4.40	0.88
10. ¿Considera que el ejemplo de la Montaña de la Recuperación, le es de utilidad?	4.45	0.60
11. ¿Cree que el identificar los precipitadores del consumo le ayudará a resolver su problema con la cocaína?	4.55	0.69
12. ¿Conocer las consecuencias de su consumo le servirán para resolver su problema con la cocaína?	4.6	0.75
13. ¿Analizar las situaciones de consumo le servirá para prevenir futuras recaídas?	4.50	0.51
Total	4.35	0.72

Tabla 3. Se muestran los promedios y desviaciones estándares obtenidos en la validación social de procedimiento de la Sesión 3 de los Usuarios con tratamiento.

Preguntas	\bar{x}	sd
1. ¿Estaría dispuesto a aplicar las actividades que se vieron en la Sesión 3, para modificar su problema de consumo de cocaína?	4.60	0.60
2. ¿Considera que las actividades realizadas durante la Sesión 2, le ayudan a resolver su problema de consumo de cocaína?	4.20	0.52
3. ¿Cómo se sintió durante la Sesión 3?	4.05	1.05
4. ¿Considera que el trato recibido durante esta sesión le ayuda a cambiar su manera de consumo?	4.35	0.81
5. ¿Qué tanto le gustó la Sesión 3?	4.30	0.66
6. ¿Cree que el trabajo realizado durante la Sesión 3, le origine otros problemas relacionados con el de cocaína?	1.52	1.50
7. ¿Piensa que lo aprendido durante esta sesión le servirá para otras áreas de su vida en las que tuviera algún problema?	4.20	0.77
8. ¿El desempeño del terapeuta le ayuda a modificar su consumo de cocaína?	4.40	0.75
9. ¿Considera tuvo suficiente información para realizar las tareas de la Sesión 3?	4.60	0.50
10. ¿Identificar los pensamientos sobre cocaína le ayuda a resolver su problema de consumo de cocaína?	4.50	0.76
11. ¿Enfrentar los pensamientos sobre cocaína le es de utilidad para resolver su problema con la cocaína?	4.40	0.75
12. ¿Elaborara la Hoja de Cambios para las Próximas 12 semanas le servirá para resolver los problemas que le provoca el consumo de cocaína en las diferentes áreas de su vida?	4.45	0.51
13. ¿Tener a la mano Nombre y Número telefónico de personas que le pueden ayudar es de utilidad para evitar recaídas?	4.05	0.94
Total	4.35	0.77

Tabla 4. Se muestran los promedios y desviaciones estándares obtenidos en la validación social de procedimiento de la Sesión 4 de los Usuarios con tratamiento.

Preguntas	.x	sd
1. ¿Estaría dispuesto a aplicar las actividades que se vieron en la Sesión 4, para modificar su problema de consumo de cocaína?	4.50	0.83
2. ¿Considera que las actividades realizadas durante la Sesión 4, le ayudan a resolver su problema de consumo de cocaína?	4.40	0.60
3. ¿Cómo se sintió durante la Sesión 4?	* 4.20	1.01
4. ¿Considera que el trato recibido durante esta sesión le ayuda a cambiar su manera de consumo?	4.30	0.73
5. ¿Qué tanto le gustó la Sesión 4?	4.45	0.89
6. ¿Cree que el trabajo realizado durante la Sesión 4, le origine otros problemas relacionados con el de cocaína?	1.21	0.70
7. ¿Piensa que lo aprendido durante esta sesión le servirá para otras áreas de su vida en las que tuviera algún problema?	4	1.08
8. ¿El desempeño del terapeuta le ayuda a modificar su consumo de cocaína?	4.35	0.88
9. ¿Considera tuvo suficiente información para realizar las tareas de la Sesión 4?	4.75	0.55
10. ¿Para solucionar sus problemas con la cocaína, considera que es de utilidad identificar los disparadores del deseo?	4.80	0.41
11. ¿Considera útiles las estrategias de enfrentamiento?	4.55	0.83
12. ¿El registro de deseo de consumo de cocaína le ayudará a resolver su problema con esta droga?	4.40	0.88
Total	4.45	0.78

Tabla 5. Se muestran los promedios y desviaciones estándares obtenidos en la validación social de procedimiento de la Sesión 5 de los Usuarios con tratamiento.

Preguntas	\bar{X}	sd
1. ¿Estaría dispuesto a aplicar las actividades que se vieron en la Sesión 5, para modificar su problema de consumo de cocaína?	4.55	0.69
2. ¿Considera que las actividades realizadas durante la Sesión 5, le ayudan a resolver su problema de consumo de cocaína?	4.30	0.57
3. ¿Cómo se sintió durante la Sesión 5?	* 4.35	0.59
4. ¿Considera que el trato recibido durante esta sesión le ayuda a cambiar su manera de consumo?	4.45	0.69
5. ¿Qué tanto le gustó la Sesión 5?	4.40	0.82
6. ¿Cree que el trabajo realizado durante la Sesión 2, le origine otros problemas relacionados con el de cocaína?	1.21	0.44
7. ¿Piensa que lo aprendido durante esta sesión le servirá para otras áreas de su vida en las que tuviera algún problema?	4.20	0.77
8. ¿El desempeño del terapeuta le ayuda a modificar su consumo de cocaína?	4.55	0.60
9. ¿Considera tuvo suficiente información para realizar las tareas de la Sesión 5?	4.70	0.57
10. ¿Considera que realizar el análisis de situaciones respecto a los proveedores le es de utilidad para desarrollar estrategias efectivas para controlar el consumo?	4.15	0.81
11. ¿Practicar respuestas asertivas le ayudará a resolver su problema de consumo de cocaína?	4.10	1.12
12. ¿Considera de utilidad seguir los pasos para eliminar el acceso (proveedores) para no recaer?	4.10	0.97
13. ¿Responder asertivamente a cualquier proveedor, mejorará su problema de consumo de cocaína?	4.05	0.94
Total	4.35	0.65

Tabla 6. Se muestra los promedios y desviaciones estándares obtenidos en la validación social de procedimiento de la Sesión 6 de los Usuarios con tratamiento.

Preguntas	X'	sd
1. ¿Estaría dispuesto a aplicar las actividades que se vieron en la Sesión 6, para modificar su problema de consumo de cocaína?	4.45	0.76
2. ¿Considera que las actividades realizadas durante la Sesión 6, le ayudan a resolver su problema de consumo de cocaína?	4.45	0.51
3. ¿Cómo se sintió durante la Sesión 6?	* 4.25	1.02
4. ¿Considera que el trato recibido durante esta sesión le ayuda a cambiar su manera de consumo?	4.40	0.60
5. ¿Qué tanto le gustó la Sesión 6?	4.55	0.76
6. ¿Cree que el trabajo realizado durante la Sesión 6, le origina otros problemas relacionados con el de cocaína?	1.15	0.49
7. ¿Piensa que lo aprendido durante esta sesión le servirá para otras áreas de su vida en las que tuviera algún problema?	4.20	0.89
8. ¿El desempeño del terapeuta le ayuda a modificar su consumo de cocaína?	4.35	0.75
9. ¿Considera tuvo suficiente información para realizar las tareas de la Sesión 6?	4.80	0.41
10. ¿Piensa que es de utilidad identificar las DAI?	4.45	0.60
11. ¿Considera que identificar las recaídas por las DAI le ayudará a resolver problemas de consumo de cocaína?	4.60	0.50
12. ¿Cree que las actividades realizadas durante esta sesión le servirá para tomar decisiones futuras?	4.65	0.49
Total	4.50	0.64

Tabla 7 Se muestra los promedios y desviaciones estándares obtenidos en la validación social de procedimiento de la Sesión 7 de los Usuarios con tratamiento.

Preguntas	X'	sd
1. ¿Estaría dispuesto a aplicar las actividades que se vieron en la Sesión 7, para modificar su problema de consumo de cocaína?	4.55	0.60
2. ¿Considera que las actividades realizadas durante la Sesión 7, le ayudan a resolver su problema de consumo de cocaína?	4.30	0.57
3. ¿Cómo se sintió durante la Sesión 7?	* 4.45	0.51
4. ¿Considera que el trato recibido durante esta sesión le ayuda a cambiar su manera de consumo?	4.25	0.61
5. ¿Qué tanto le gustó la Sesión 7?	4.35	0.67
6. ¿Cree que el trabajo realizado durante la Sesión 7, le origine otros problemas relacionados con el de cocaína?	1.00	0.67
7. ¿Piensa que lo aprendido durante esta sesión le servirá para otras áreas de su vida en las que tuviera algún problema?	4.15	0.93
8. ¿El desempeño del terapeuta le ayuda a modificar su consumo de cocaína?	4.50	0.61
9. ¿Considera tuvo suficiente información para realizar las tareas de la Sesión 7?	4.55	0.51
10. ¿Las estrategias ofrecidas durante esta sesión le servirán para otras áreas de su vida?	4.25	0.79
Total	4.42	0.64

Tabla 8 Se muestran los promedios y desviaciones estándares obtenidos en la validación social de procedimiento de la Sesión 8 de los Usuarios con tratamiento.

Preguntas	\bar{x}	sd
1. ¿Estaría dispuesto a aplicar las actividades que se vieron en la Sesión 8, para modificar su problema de consumo de cocaína?	4.70	0.47
2. ¿Considera que las actividades realizadas durante la Sesión 8, le ayudan a resolver su problema de consumo de cocaína?	4.45	0.51
3. ¿Cómo se sintió durante la Sesión 8?	4.40	0.75
4. ¿Considera que el trato recibido durante esta sesión le ayuda a cambiar su manera de consumo?	4.45	0.60
5. ¿Qué tanto le gustó la Sesión 8?	4.45	0.60
6. ¿Cree que el trabajo realizado durante la Sesión 8, le origine otros problemas relacionados con el de cocaína?	1.26	0.72
7. ¿Piensa que lo aprendido durante esta sesión le servirá para otras áreas de su vida en las que tuviera algún problema?	4.10	0.92
8. ¿El desempeño del terapeuta le ayuda a modificar su consumo de cocaína?	4.55	0.60
9. ¿Considera tuvo suficiente información para realizar las tareas de la Sesión 8?	4.55	0.60
10. ¿Cree que la evaluación de metas mejorará su problema con la cocaína?	4.25	0.79
11. ¿Considera de utilidad el reestablecimiento de metas para solucionar su problema de consumo?	4.45	0.69
12. ¿Piensa que realizar planes de acción le ayudará a resolver su manera de consumir cocaína?	4.75	0.44
Total	4.48	0.64

Donde:

5 = Completamente
4 = Bastante
3 = Moderadamente
2 = Poco
1 = Nada

*

5= Muy Relajado
4= Relajado
3= Indiferente
2= Tenso
1= Muy Tenso