



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MODOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS Y ASERTIVIDAD
RELACIONADO CON LA DESERCIÓN DE UN TRATAMIENTO PARA
ADICCIONES.

T E S I S
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N :
JOANA CEDILLO PAREDES
MARÍA AUSENCIA MUÑOZ PÉREZ

DIRECTOR DE TESIS:

MTRO. MIGUEL ÁNGEL MEDINA GUTIÉRREZ

REVISOR:

DR. SAMUEL JURADO CARDENAS

SINODALES:

LIC. LETICIA ECHEVERRÍA SAN VICENTE
LIC. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDÓÑEZ
MTRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA

ASESOR ESTADÍSTICO:

LIC. MARCOS VERDEJO MANZANO



FACULTAD DE
PSICOLOGÍA

MÉXICO, D.F.

ENERO, 2005

m. 341015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Quiero a la Dirección General de Estudiantes de la
UNAH y decir en nombre de todos los que me apoyo al
contenido de mi trabajo funcional.

NOMBRE: Joana Cejudo Pineda

FECHA: 15/Febrero/2005

Quiero a la Dirección General de Estudiantes de la
UNAH y decir en nombre de todos los que me apoyo al
contenido de mi trabajo funcional.

NOMBRE: María Alejandra Nuñez Pérez

FECHA: 15/Febrero/2005

Agradezco a la vida por contar con seres tan hermosos, quienes me mostraron que en la vida, es el Amor, la fuerza que mueve, te hace crecer, y te da alas para volar entre el viento, sintiendo cada soplo en cada partícula del cuerpo y a la vez se convierte en aire que puedes respirar para dar el siguiente giro que te lleva a tu sueño.

A mi familia: Me han dado todo

A mi Mamá, Gracias por estar siempre conmigo, por darme amor, libertad, apoyo y alegrías, a través de pequeños detalles das luz a mi vida. Gracias por estar ahí siempre que te necesitaba, por ser un ejemplo de lucha por lo que se quiere, por mostrarme que la vida es bella a pesar de las dificultades. Lourdes agradezco a la vida por darme una mamá como tú, eres grandiosa. Te Quiero Mucho

A mi Papá, desde pequeña recuerdo que me hablabas de los misterios de la vida, me brindabas explicaciones del mundo, me mostraste que el conocimiento era una herramienta necesaria para poder entender el mundo, el cual es majestuoso si solo te atreves abrir los ojos. Gracias por hacerme sentir amada y darme tu apoyo cuando así lo he necesitado. Te quiero Mucho.

A mi Hermano, Micky, enano, sabes que Te quiero muchísimo, y quiero que sepas que te has convertido en un gran amigo, gracias por apoyarme desde irme a conseguir chucherías y arreglar todo lo que no se usar , hasta escucharme y brindarme ánimos para seguir adelante en todo aspecto. Admiro tu fuerza para seguir luchando por lo quieres.

Abuelitos Higinio y Antonia ustedes que representaron mis segundos papás de niña les agradezco haber brindado cariño y un hogar cálido. Tía Blanca gracias por todo lo que me ha dado (es incontable), me ha nutrido y protegido. Tía Cris gracias por apoyarme con mis trabajos y formar parte de mis juegos, admiro su entrega por salir adelante, es ejemplo del compromiso. Maurita eres lo máximo me has dado apoyo desde hacer maquetas hasta crear proyectos, cuidarme, gracias sin ti no lo hubiera logrado. Tío Juan gracias de verdad no he olvidado las tablas, Tío Ramón recuerdo cuando jugábamos a la escuela, Ti@s Gloria, Eva, Pueblito y Martín, son pilares de esta familia.

Gracias tí@s: Gabriela, Leticia, Esperanza, Justino, y José, por apoyarme en conseguir población en mis experimentos, pero ante todo por formar parte de esta gran familia, en la que cada uno de ustedes me han brindado un momento de aprendizaje.

Gracias a mis primos con quienes conviví y formaron mi sentido de compañerismo. Ludivina y Ricardo (mis compadres), Higinio, Tomas, Mario, Maribel, Reinaldo, Manuel, Antonio, Alberto, Cristóbal, Edgar, Nayeli, Marisol, Francisco, Viridiana, Rita, Judith, Daniel, Jovani, Omar, Octavio, Osvaldo y Anita.

A todos lo enanos que además de ser sujetos de pruebas, siempre me demuestran su cariño, lo quiero mucho: Zaira, Juan Pablo, Israel, Diego, Rocío, Lupita, Mario Alberto, Paola y Fany.

Abuelito Manuel su partida deja un vacío. Abuelita Alicia, tía Margarita y Alicia son parte esencial de la vida de mi papá y por tanto de la mía.

A mis amigos

A mis Compañer@s: gracias por compartir momentos de su vida conmigo en este trayecto que nos convierte en adultos, que nos permite despegar y aterrizar en lo campos anhelados. Caro, Sandy y Maribel (gracias a ustedes me sentí por primera vez parte de un grupo de amigos) Angie y Alex (gracias por confiar en mi), Sony (gracias por el apodo "Jois") y Liliana (gracias por confiar en mi, contigo me he sentido muy identificada), Lety, Elsa, Marisol, Denize, Rubí, Cris, Bacho, María V., Ingrid, Mari Lucy, Pablo, Luisa, Zeidy, Luis, Gloria, Gracias a Todos de verdad de cada uno he aprendido o compartido un momento que ha dejado huella en mi vida, a pesar de que el contacto se ha ido perdiendo (si, lo se rumbos distintos), se que siempre los recordare.

Brenda gracias por aguantar ser mi amiga por tanto tiempo, por escucharme siempre y por comprender mis locuras y por acompañarme en algunas de ellas y en realidad te debo mucho en todos niveles, has sido mi hermana.

Vicente por haber formado parte de mi vida y descubrir al amor como el ying-yang, es algo más...

María A. Gracias por haberte lanzado conmigo a esta atestada travesía, creo ambas hemos aprendido muchas cosas tanto personal como de esta profesión, incluso de la vida.

A mis profesores

Mtro. Miguel A. Medina, Gracias por haber decidido ser nuestro director, por dedicarnos tu tiempo y paciencia, por darnos apoyo y ánimos para seguir esta ardua tarea, por brindarnos nuevas oportunidades para desarrollarnos como profesionales y mostrarnos que el ser profesor implica más que manejar teorías implica pasión por la enseñanza.

Dr. Samuel Jurado gracias por facilitarnos to este proceso de tesis por darnos explicaciones muy claras a nuestras dudas. Mtra. Lety Echeverría, Mtra. Maria E. Gutiérrez y Mtra. Mariana Gutiérrez, gracias brindarnos una revisión minuciosa a este proyecto por aportarnos sugerencias y corregir nuestros errores.

Compañeros del centro Acasulco: Perla y Lorena quienes nos brindaron una linda amistad y nos apoyaron en la aplicación de nuestro trabajo. A Humberto, Julián, Marlene, Nadia y Eiji, Gracias por haber compartido sus conocimientos y experiencias. Roberto O., Jennifer L., Lidia B., Leticia S. y Gabriela por brindarnos apoyo en la información requerida para la tesis.

Gracias a toda esas personas que colaboraron en el desarrollo de esta tesis, mi big family, excelentes amigos y maestros cada uno ha desempeñado un papel esencial en este proceso, que no implica tener solo un papel, sino crear un estilo de vida, donde pueda a través de esta formación ayudar a otros retribuyendo un poco de lo mucho que me han dado.

Le doy gracias a la vida por haberme dado todo lo que tengo. Si volviera a nacer y me dieran la opción de escoger, elegiría estar en el mismo tiempo, lugar y con la misma familia. Solo pediría tener la inspiración que caracteriza a un escritor para poder expresar de una forma poética lo que representan para mí las personas más importantes de mi vida.

Gracias.

A Linda: porque, además de, haberme dado la vida, siempre estas en los momentos más importantes. Por tu disposición a dar lo mejor de ti, he aprendido mucho de tu ser. Por mis nuevos ojos y todo lo demás.

¡Te quiero mucho!

A mi papá: porque, además de, haberme dado la vida, gran parte de lo que soy tú me lo has enseñado a través de tu música y de las conversaciones y las anécdotas y estoy muy orgullosa de ti de que estés con nosotros. Por mis ojitos.

¡Te quiero mucho!

A Mauricio: mi compañero de todos los momentos cotidianos y los especiales porque siempre has creído en mí y porque valió la pena el trabajo extra que has hecho para que esté tranquila, va la mía.

¡Te amo!

I believe ... you and me.

A mis queridos hermanos Ghude, Mónica y Carlos por entenderme y estar siempre conmigo. Por ayudarme en lo importante, por mis ojos y sobre todo por tener siempre algo que ofrecer de sí mismos.

Porque son únicos y cada uno tiene la misma importancia para mí.
¡Los quiero mucho!

A Pita: porque la impulsa a toda la familia y porque siempre recuerdo tu buen carácter y lo cariñosa que eres conmigo, tengo presentes los maravillosos recuerdos de mi niñez y tus consejos. Representas una de las personas que mayor motivación me ha dado para terminar mi carrera.

Gracias

¡Te quiero mucho!

A todos los que físicamente ya no están pero que son muy importantes en mi vida: mi abuelita Mónica, mi tía Jesusita, mi tía Socorro. Especialmente agradezco a mi abuelito Alfredo, por estar siempre pendiente de todos y por ser el principal impulsor de este trabajo. Fuiste un gran ejemplo, por tu sensibilidad y honestidad.

Extraño las, Largas, pláticas sobre cualquier tema que nos inquietaba en común... sobre la música nueva que encontraste en fin sobre todas las coincidencias.

Quiero agradecer a Roberto que siempre ha mantenido las puertas de su casa abiertas y que ha estado dispuesto a ayudarme ya que siempre tiene algo inteligente que compartir.

A toda la familia que directa o indirectamente incidieron en la conclusión de este proyecto. Especialmente a mis ahijaos Omar y Valeria ojalá no pase tanto tiempo para que finalicen sus carreras.

¡Los quiero mucho!

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México por siempre tener las puertas abiertas a las personas y al conocimiento.

Agradezco a mi segundo hogar: La Facultad de Psicología porque me ha dado lo más importante de mi formación profesional y personal, por ser tan grande, contiene cosas que no he acabado de conocer.

A la facultad de Filosofía y letras por darme buena parte de mi formación, por permitir la entrada a esta intrusa que sustrajo mucho conocimiento de los compañeros y profesores gracias.

A Miguel que siempre nos motivó y nos demostró que ser maestro es una vocación que día a día ejerces. Gracias por ser tan generoso y compartir con nosotras todo lo que sabes y por ser tan paciente. Sigue con tu buen humor.
María

A los profesores:

Lety Echeverría gracias por ser tan paciente y por todo el apoyo.

Samuel Jurado gracias por todo el apoyo brindado durante el desarrollo de este proyecto y por ser tan gentil.

Maru Gutiérrez gracias por la gran ayuda y por todo el apoyo para poder concluir este trabajo.

Mariana Gutiérrez, gracias por toda la ayuda y las aportaciones a este trabajo.

A todos los compañeros del Centro Acasulco que directa o indirectamente nos ayudaron en la finalización de esta tesis y por su apoyo incondicional: En especial a Perla, Lorena, Eigi, Julian, Humberto, Nadia, Roberto, Marlene.

A Joana por ser paciente conmigo y por compartir tu espacio y por tu amistad. Gracias a tu familia por todo su apoyo y ayuda y a tu hermano por ayudarnos con la computadora y por las botanas.

A todos mis compañeros de generación

Efraín, Dolores, Marquitos, Angélica, Magdalena, Pablo, José Luis, Marcos, y todos los que me faltan, fueron la otra parte importante de mi formación.

Gracias

A mis amigos:

Rocío por todo tu apoyo y tus enseñanzas, Enrique, Verónica, Bernardo, Gina, Nuria, Joaquín, Jo, Fany, Arturo, Angel, Bertha, Jimmy, Débora, María Elena, José Carlos, Elena, Olga, Lorena, Juanita, Luis Pedro. Etc.
Gracias por todo.

ÍNDICE

	Pág.
Resumen	7
Introducción	8
Capítulo 1. Adicciones	9
Historia de las Adicciones	10
Adicción	11
Conducta adictiva	13
Criterios del DSM-IV	14
Clasificación de drogas	15
Consecuencias y Efectos del consumo de sustancias adictivas	16
Efectos del consumo de sustancias adictivas	17
Capítulo 2. Epidemiología de las Adicciones en México	26
Tabaco	29
Alcohol	30
Drogas ilegales	32
Problemas derivados del consumo	34
Capítulo 3. Tratamientos en Adicciones	37
Medicamentos terapéuticos	38
Terapia individual	39
Terapias enfocadas en la familia.	39
Grupos Terapéuticos	40
Antecedentes de los Tratamientos Cognitivo Conductuales	41
Terapia Cognitivo Conductual	43
Tratamientos en Adicciones en México	44
Investigaciones sobre Tratamientos de Conductas Adictivas que se han llevado a cabo en México	45
Tratamientos para conductas Adictivas que se apoyan en el modelo de Auto Cambio Dirigido dentro del centro de Servicios Psicológicos Acasulco	46
Modelo de detección temprana e intervención breve para Bebedores Problema	49
Modelo de detección temprana e intervención breve de Conductas Tabaquicas	50
Modelo de detección temprana e intervención breve cognitivo conductual para usuarios de Cocaína	50
Modelo de detección temprana e intervención breve para Adolescentes de comunidades urbanas y rurales que se inician en el consumo de alcohol y otras drogas	51
Programa de tratamiento para Usuarios Crónicos de Alcohol y Drogas (CRA)	52
Capítulo 4. Deserción a los Tratamientos de Conductas Adictivas	54
Investigaciones sobre la tendencia de la población que presenta problemas de conductas adictivas con respecto a la deserción de los tratamientos.	56
Investigaciones que relacionan la deserción al tratamiento con variables asociadas a factores sociodemográficos.	57
Investigaciones que relacionan la deserción al tratamiento con variables asociadas al tratamiento.	58
Investigaciones que relacionan la deserción al tratamiento con variables asociadas al individuo.	59
Capítulo 5. Modos Afrontamiento al Estrés y Asertividad	62
Factores de Riesgo y de Protección de la conducta adictiva	63
Afrontamiento al Estrés	64
Concepto de Afrontamiento	65

Función y Estrategias del afrontamiento	66
Recursos de Afrontamiento	67
Limitaciones en los recursos de afrontamiento	69
Afrontamiento y Adaptación	70
Afrontamiento y enfermedad	71
Investigaciones sobre Afrontamiento	72
Asertividad	75
Desarrollo de la Asertividad	78
Componentes de la Asertividad	78
La falta de Asertividad	79
Investigaciones sobre Asertividad	80
Capítulo 6. Método	84
Capítulo 7. Resultados	88
Datos sociodemográficos	89
Patrón de consumo	90
Estilo de Vida	91
Áreas Afectadas	92
Asertividad y Afrontamiento	94
Deserción	96
Diferencias entre el pretest y postest	105
Capítulo 8. Discusión y Conclusiones	111
Bibliografía	120
Anexos	127

Resumen

Las conductas adictivas representan un gran problema social que se ha incrementado a lo largo del tiempo, lo que implica, un gran costo de recursos de salud pública para contener este problema. Además un factor de riesgo para enfermedades con elevada tasa de mortalidad prematura y que afectan la calidad de vida. La mayor proporción se concentra en consumidores con una dependencia baja a media. De ahí la necesidad de tratamientos más específicos para esta población. Es así que surgieron los programas de prevención secundaria, son tratamientos breves con enfoque cognitivo conductual que son considerablemente menos costosos y muy efectivos. En el Centro Acasulco se han desarrollado tratamientos de intervención motivacional específicos por la droga de mayor consumo que tienen el objetivo de la moderación o abstinencia, pero han encontrado una gran limitante para lograr su objetivo, que es la deserción de los usuarios, que en lugar de resolver el problema lo mantiene o incrementa, y representa un gasto inútil que a mediano o largo plazo repercutirá tanto en la salud y lo socioeconómico. Diversas investigaciones han encontrado que las variables individuales, están más relacionadas con la deserción que el esquema terapéutico. Es decir, la recuperación del individuo dependerá principalmente de elegir y explorar formas alternas de afrontamiento y de interacción social. Este estudio se enfoca en las variables individuales, es decir, la forma en que los individuos afrontan el estrés y las relaciones interpersonales, lo que influye en el inicio y mantenimiento de la conducta adictiva. Se trabajó con una muestra de 30 usuarios que ingresaron a tratamiento de Conductas adictivas en el Centro Acasulco y se evaluaron los Modos de Afrontamiento al Estrés y la Asertividad y se aplicó el retest a 11 sujetos, 5 que desertaron y 6 que terminaron tratamiento. Se encontró que no existe una relación estadísticamente significativa entre los Modos de Afrontamiento al Estrés y el nivel de Asertividad en relación con la deserción al tratamiento para adicciones. Se presentó un alto índice de deserción principalmente en las sesiones de intervención. Respecto a las variables sociodemográficas, resultó estadísticamente significativa la inestabilidad laboral en los desertores. Cualitativamente se mostraron diferencias entre los modos de afrontamiento al estrés y el nivel de asertividad. Los que terminaron tratamiento la mayoría tienen un afrontamiento promedio y los que desertaron un afrontamiento pasivo y utilizan menos las estrategias de revaloración positiva. Las estrategias de afrontamiento más usadas por ambos grupos son Dirigido a lo positivo y Flexibilidad de afrontamiento, en tercer lugar, en el caso de los que terminaron tratamiento es Dirigido al problema y los que desertaron Pensamiento Mágico, lo que implica que los que terminaron tienden a mostrarse más activos. Los que terminan tratamiento casi en su totalidad son asertivos y los desertores varían entre asertivos y actores ansiosos principalmente. Solamente en el grupo que terminó se observaron sujetos con afrontamiento activo y asertivo; y en el grupo que desertó en su mayoría, son actores ansiosos con un afrontamiento pasivo, esta combinación no se encontró en el grupo que finalizó. Además se encuentran diferencias significativas entre la primera y segunda aplicación. En los que terminaron tratamiento la Asertividad fue reforzada y disminuyó el grado de incomodidad, en afrontamiento se disminuye el distanciamiento al problema y utilizan más estrategias de afrontamiento activo. En el grupo que desertó también disminuyó su grado de incomodidad, pero sigue siendo más alto de los que concluyeron y aumentó su probabilidad de respuesta, respecto al afrontamiento solo hubo cambios significativos en Dirigido al problema de forma negativa ya que esta disminuye. El principal motivo reportado para dejar el tratamiento fue el trabajo.

INTRODUCCIÓN

En el primer capítulo se retoma la historia de las adicciones, los conceptos relacionados con la adicción, la clasificación de las drogas y sus efectos a nivel fisiológico y psicológico.

En el capítulo 2, se describe la epidemiología de las adicciones en México y las consecuencias sociales que implica su consumo ya que los problemas de conductas adictivas en la actualidad, son cada vez mayores y tienden a incrementarse con el tiempo, lo que conlleva grandes costos sociales; además de que se encuentran estrechamente relacionados con actos agresivos, actos delictivos, accidentes, conductas de alto riesgo y enfermedades que pueden llevar a la muerte prematura. El Banco Mundial (1993) indica que el abuso de sustancias medido en términos de participación, en días de vida sanos perdidos debido a la mortalidad o la incapacidad, ocupando el 21º lugar entre 93 enfermedades transmisibles y no transmisibles (Berruecos Villalobos, Castro Sariñana, Díaz Leal Aldana, Medina Mora, Reyes Del Olmo, 1994).

Dentro del capítulo 3 se retoman los tratamientos para adicciones más importantes, resaltando el tratamiento cognitivo conductual es uno de los modelos de mayor impacto, el cual pone en primer plano, los pensamientos y las creencias de las personas; además de la suposición de que la gente moldea activamente su propio ambiente y también parte del supuesto de que la actividad cognitiva determina el comportamiento (Vázquez Reyes, 2002). Y es el modelo en el que se apoyan los programas del Centro de Servicios Psicológicos Acasulco.

En el cuarto capítulo, se enfoca en la deserción a los tratamientos de conductas adictivas ya que el índice de deserción, según diversas investigaciones, es elevado y debido a múltiples factores, e implica un gasto poco útil en recursos materiales y humanos, que a mediano o largo plazo repercutirá tanto en lo socioeconómico como en salud. Con lo que seguirán los altos índices de personas con problemas de conductas adictivas y con mayor probabilidad de que se agudice su situación por lo que requerirán de tratamientos más complicados y costosos.

En el quinto capítulo desarrollan los factores relacionados con el inicio y mantenimiento de las conductas adictivas, destacando la forma en que las personas enfrentan el estrés y las relaciones interpersonales, es decir, los modos de afrontamiento al estrés y la asertividad.

En el sexto capítulo se describe el método de esta investigación que tiene como objetivo conocer si existe o no una relación entre los modos de afrontamiento al estrés y el nivel de asertividad de los usuarios con la deserción de los mismos a las terapias del centro de atención para conductas adictivas Acasulco. La importancia de realizar este estudio es debido a que la deserción a los tratamientos para Conductas Adictivas es un fenómeno que por un lado incrementa el gasto social y por otro lado es un tema que se ha abordado en pocas investigaciones, por lo cual a través de este estudio se busca conocer si la deserción a los tratamientos proporcionados en el centro Acasulco se relaciona con variables individuales. Y en el séptimo y octavo capítulo se describen los resultados encontrados y la discusión de los mismos.

CAPÍTULO 1.

ADICCIONES

ADICCIONES

Historia de las Adicciones

La curiosidad caracteriza al ser humano, el cual siempre ha explorado el mundo que le rodea e inquirido el por qué de lo que en él sucede. Por ello empezó a probar vegetales, animales, minerales sustancias y sus derivados, pronto pudo apreciar que algunas de ellas le provocaban efectos y sensaciones placenteras, las cuales le impulsan a repetir la sensación de la experiencia. Por lo cual, desde las más tempranas épocas de la humanidad el uso de drogas ha sido modulado de diferentes formas de consumo y ha desempeñado distintas funciones, así como los grados de permisividad social hacia estas sustancias que han acompañado al hombre en su íntima existencia (Tapia Conyer, 2001).

Ciertas culturas han dado un lugar al uso de drogas, dentro de las estructuras que las conforman y una función a veces de trascendental importancia, en la dinámica de su mantenimiento y reproducción; había personas que usaban las sustancias divinas (drogas) e incluso las controlaban mientras otras caían totalmente en su dominio; a algunos los acercaba a su propia esencia, y a otros les facilitaba huir de una a otra; dentro del primer grupo se encuentra por ejemplo los chamanes, las brujas, los budistas, los oráculos, que conducían a través del uso de drogas a otras instancias del universo, a otras realidades internas que pueden exteriorizarse y convertirse en marcos de referencia para interpretar el mundo, las características del consumo ha variado de acuerdo a la época sociopolítica de cada cultura.

En el siglo XIX, ciertas drogas se recomendaban en la industria, el ejército y el mundo artístico con la finalidad de obtener un mejor rendimiento de estos individuos, al igual comenzaron las investigaciones de las sustancias adictivas con fines terapéuticos desarrollándose así la farmacología. Los efectos de las drogas eran percibidos desde placenteros hasta aterradores, así como ordinarios y otros los retomaron como objeto de comercio. En este siglo se plantea el problema de la adicción, la toxicomanía y el síndrome de abstinencia. Y a mediados del siglo XX, el uso de drogas representaba una protesta contra una sociedad exageradamente restrictiva, y se inicia el tráfico de drogas como un problema en América Latina (Tapia Conyer, 2001).

Resulta interesante destacar que el uso de la droga, en México, fue considerado como problema social hasta la época actual. La diferencia entre la sociedad actual y la precolombina, es que el uso de las drogas solo se realizaba por un cierto grupo de personas que tenían un determinado estatus dentro de la misma sociedad, tales hombres eran los tlatoani, sacerdotes y guerreros, con fines ceremoniales y medicinales. A la llegada de los españoles se difundió el uso del alcohol, posteriormente el consumo de la marihuana, que se consideró como un problema de salud pública, y aunque se siguieron utilizando plantas mágicas su uso fue restringido a algunos grupos indígenas y, en menor grado, a grupos mestizos. El uso de las drogas indígenas no representaba una "enfermedad social" sino una conducta ritual por lo tanto limitada, contrario al problema desencadenado en la actualidad, dado el cambio de usos y costumbres, puesto que la droga se ha convertido en un objeto de comercialización.

Dentro de las culturas prehispánicas se mantenía un riguroso control social sobre la embriaguez, fenómeno que sólo se permitía dentro de las fiestas religiosas. Más con la llegada de los españoles, las costumbres cambiaron al manifestarse que el consumo de bebidas alcohólicas podría realizarse de forma consuetudinaria y sin discriminación de edad, además del de la disponibilidad de nuevas bebidas (destilados) incrementaron la incidencia del consumo. En el caso del tabaco además de ser usado con fines religiosos se usaba para dar energía y vigor, al igual que la coca, el opio y sus derivados se empleaba más con fines medicinales, los hongos y el peyote (derivados de la Mezcalina) para asumir otros estados de conciencia y lograr contacto con los dioses.

Al remontarnos a la época prehispánica en México, el uso del peyote, hongos alucinógenos y tabaco tenían relación directa con los rituales celebrados a los dioses. Al dar inicio la colonización de los españoles en México, estos tratan de imponer, principalmente, la idea de que solamente existe una

sola iglesia y un solo dios por lo que, al encontrarse relacionado el uso de las plantas mágicas con el culto a los dioses y los usos medicinales de los tiatoani, sacerdotes y guerreros; inicia la penalización de la utilización de dichas sustancias. La cual se origina como una forma de control a partir de la religión. La forma de castigo era impuesta por el Tribunal del Santo Oficio de la Inquisición argumentando que estos usos rituales se encontraban al servicio de los demonios (Tenorio Tagle, 1992).

A partir del siglo XVIII, siglo de las revoluciones, se asumen en occidente fundamentos laicos y da inicio la modernidad. Por otro lado, la ciencia tiene un peso tal que se posiciona por encima de todo el conocimiento originario de la terapéutica indígena, quedando desplazada por su falta de rigor científico que impedía un apego a los conocimientos de la ciencia, que regía la dirección de los avances en materia de salud. La ciencia inicia la clasificación de las plantas mágicas a partir de sus características químicas, estigmatizando el uso de las mismas, descalificando y anulando el papel del curandero en la sociedad, principalmente, por el hecho de que así lo marcaban los servicios de salud en México que asumen los avances de la medicina mundial como por ejemplo la división entre salud-enfermedad. Por su parte, la iglesia seguía manteniendo el control del castigo, aunque en menor grado, a los que utilizaban las plantas mágicas con fines religiosos (Tenorio Tagle, 1992).

A partir de 1841 inicia la preocupación por legislar el uso de las drogas. En el código penal de 1871 se llevan a cabo las primeras reglamentaciones en el ámbito de los delitos contra la salud dentro de los cuales se encuentra el uso de plantas que para entonces ya eran prohibidas. En 1912 se lleva a cabo la convención internacional del opio (La Haya) a partir de la cual México como país firmante inicia un control penal más severo hasta desembocar en la erradicación del consumo de cualquier tipo de droga que no sea permitida por la ley.

En la actualidad en un contexto donde demográficamente existe una mayor presencia de adolescentes y personas de la tercera edad, donde existen crisis económicas recurrentes en las que se suman problemas de pobreza agravados por el incremento del uso de drogas, y una acelerada apertura social y cultural frente al proceso de modernización y globalización han afectado las vidas de las personas en los ámbitos individual, familiar y social, por ello es importante investigar sobre las adicciones para evitar que este fenómeno afecte más la actividad social (Medina-Mora, Natera, Borges, Cravioto, Fleiz y Tapia Conyer, 2001).

Las Adicciones en diferente medida, han dejado de ser consignadas de lo exótico, del terreno de la reprobación moralizante, para convertirse en un espacio prioritario para los tratamientos médicos y psicológicos, y un área de interés especial y de urgencia social para eslabonar acciones de salud pública, pues además de ser un desorden en sí mismo, implica otros problemas sociales o de salud (Tapia Conyer, 2001).

Adicción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Adicción como un estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética, caracterizada por: una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio, una tendencia al aumento de la dosis, una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos, y consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad.

Las características de la sustancia son importantes para explicar la adicción al consumo de las mismas, pero existen otras variables fundamentales para explicar el proceso de adicción, entre éstas está la función inicial que tenga dicho consumo y las características personales del sujeto (repertorios básicos de conducta).

La droga es cualquier sustancia que actúan sobre el Sistema Nervioso Central y tiene la capacidad de producir transformaciones, ya sea aumentando o disminuyendo el nivel de funcionamiento o modificando los estados de conciencia, una vez introducida en el organismo a través de distintas vías (esnifada, inyectada, fumada o tragada), tiene capacidad para alterar o modificar las funciones corporales, las sensaciones, el estado de ánimo o las percepciones sensoriales. El consumo de drogas

induce, a comportamientos "descontrolados" que se llevan a cabo bajo los efectos de las drogas, conductas que en muchos casos, no se miden los riesgos ni las consecuencias de lo que se está haciendo.

Existe dificultad para clasificar las drogas en función de la repercusión que tienen sobre el consumidor ya que depende tanto de las características de la sustancia como de la cantidad utilizada, la vía de administración, las características del usuario y el entorno social en que se consume. Existen diversos criterios de peligrosidad que tienen relación directa con el efecto sobre el comportamiento y la creación de dependencia y de toxicidad sobre el organismo. La OMS (1990) clasificó de mayor a menor peligrosidad en cuatro grupos:

- Grupo 1: Opio y derivados: morfina, heroína, metadona
- Grupo 2: Barbitúricos y alcohol.
- Grupo 3: Coca, cocaína, anfetaminas y derivados
- Grupo 4: LSD, cannabis y derivados, mezcalina, etc.

Criterios de Abuso y Dependencia

Abuso: Es cuando la exposición a las sustancias constituye un riesgo significativo.

Dependencia: son los efectos, en general desagradables (síndrome de abstinencia) que se producen como consecuencia del consumo habitual a medida que pasa el tiempo desde el último consumo y, por ende, a la reducción de los síntomas como consecuencia inmediata del consumo (Fernández Ballesteros, 1994).

Los síntomas de la dependencia son:

- **Tolerancia:** Es un estado de adaptación que se caracteriza por una disminución de la respuesta a la misma dosis de droga o por lo que para producir el mismo grado de efecto farmacodinámico, es necesario una dosis mayor.
- **Abstinencia:** Cambio de comportamiento desadaptativo con concomitantes cognitivos y fisiológicos, debido al cese o reducción del uso de una sustancia, que tienen lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de la sustancia.
- **Uso Compulsivo:** El punto clave es la imposibilidad de abstenerse del consumo de la sustancia a pesar de ser consciente de las dificultades que esta causa. Puede ser que el sujeto tome una sustancia en cantidades mayores o durante un periodo de tiempo más prolongado de lo que originalmente pretendió.

Se clasifica a las personas en su posible relación con las drogas en seis grupos de acuerdo a Galván-Reyes, Ortiz-Castro y González-Urbe (1997):

- **Abstinentes.** Estas personas no han tenido ninguna relación con la sustancia, no habiéndola utilizado en ninguna ocasión para ninguna finalidad.
- **Experimental:** usuario que reporta únicamente consumo alguna vez en la vida, pero no en el último año ni en el último mes.
- **Ocasional:** usuario que reporta consumo de drogas en el último año pero no en el último mes.
- **Leve:** usuario que reporta consumo de drogas en el último mes, de uno a 15 días.
- **Moderado:** usuario que reporta consumo de drogas en el último mes de seis a 19 días.
- **Alto:** usuario que reporta consumo en el último mes durante 20 días o más.

Que una persona se haga dependiente de una droga estará en función de la interacción de tres factores:

1. Las características personales o experiencia anterior del sujeto.
2. La naturaleza de su medio sociocultural general y del más inmediato.

3. Las características farmacodinámicas de la droga en cuestión, teniendo en cuenta la cantidad utilizada, la frecuencia del uso y la vía de administración.

Tradicionalmente se habla de dos tipos de dependencia:

a) Psíquica, situación en la que hay un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que requiere la administración regular y continuada de la droga para producir placer o evitar malestar.

b) Física, se define usualmente como un estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga. Estos trastornos constituyen el síndrome de abstinencia, formado por series específicas de síntomas, signos de carácter psíquico y físico peculiares para cada tipo de droga.

Conducta Adictiva

La Conducta Adictiva definida por Baker (1987), es un patrón o hábito repetitivo que aumenta el riesgo de enfermedad y problemas sociales o personales. Frecuentemente estas conductas se experimentan subjetivamente como "pérdida de control", ya que la conducta se continúa presentando aun cuando se hagan esfuerzos concretos por abstenerse o moderar su uso. Estos patrones o hábitos se caracterizan a su vez por gratificación inmediata, recompensas a corto plazo, y a menudo con efectos dañinos y demorados, costos a largo plazo (Ayala Velázquez, Echeverría San Vicente y Martínez Ruiz, 2000).

Para Marlatt (1987, citado por Ayala et al, 2001), es importante entender el desarrollo y mantenimiento de la conducta adictiva y propone las fases de la adicción como: *iniciación de la conducta* (experimentación y adquisición de la dependencia), la *transición al mantenimiento del uso continuado* (también conocida como etapa pre-contemplativa) y *el cambio activo en sí* (intentos de reducir o cesar la adicción).

El uso de drogas se ha percibido en los modelos médicos como una enfermedad, pero es fundamentalmente una modalidad de comportamiento voluntario porque al menos en las primeras etapas, las razones para el uso exploratorio, muchos usuarios exhiben un sorprendente grado de control de elección (Ayala Velázquez et al., 2001).

Las conductas adictivas de acuerdo a la Teoría del Aprendizaje Social (TAS) (Bandura, 1985), se basa en la premisa de que toda conducta humana es aprendida, más que determinada por factores genéticos, siendo ésta producto de la interacción de factores biológicos, medioambientales, cognoscitivos, emocionales y psicológicos. Esta teoría sostiene que los patrones de conducta, las normas sociales y las culturales se adquieren mediante la observación de un modelo, favoreciendo de esta forma el aprendizaje de determinadas conductas, así mismo, es posible desaprender aquellas conductas que no benefician el desarrollo del individuo (Ayala Velázquez et al., 2001).

Esta teoría sitúa a los comportamientos adictivos en una categoría de conductas inadecuadas, que se adquieren y se mantienen mediante el modelamiento, el reforzamiento social, los efectos anticipados del alcohol u otras drogas, la experiencia directa de los efectos de la sustancia (recompensa y castigo). Sin embargo, estos comportamientos son sujetos de cambio y pueden ser modificados.

De esta forma la TAS supone que el individuo puede elegir el alcohol u otra sustancia como un medio para alcanzar sus metas, pero también puede elegir otros tipos de conducta para lograr sus fines. A través de este modelo es posible predecir y tratar la conducta adictiva; difiriendo de las teorías tradicionales de adicción, que se enfocan en un modelo de enfermedad, que enfatizan en la farmacología de las drogas y sus efectos psicológicos, contemplando al individuo como una víctima de la enfermedad y los agentes químicos (Ayala Velázquez et al., 2001).

El abuso de la sustancia puede estar mantenido por factores tales como la reducción de la ansiedad, el incremento del reconocimiento social, la aprobación de los iguales, la mejora de la habilidad para las relaciones sociales y la evitación de los síntomas de abstinencia (Martínez Martínez, 2003)

Criterios del DSM- IV para Diagnosticar Abuso y Dependencia de Sustancias Adictivas.

Criterios Diagnósticos de Abuso de Sustancias Adictivas:

- A. Un patrón de consumo de sustancias adictivas maladaptativo; es decir, que la cantidad, frecuencia y forma en la que el individuo toma o ingiere dicha sustancia le está ocasionando problemas clínicamente significativos o de estrés disfuncional. Se manifiesta cuando en un periodo de 12 meses, se presentan uno (o más) de los siguientes síntomas:
- 1) Uso frecuente de la sustancia que impide al individuo cumplir con sus obligaciones y responsabilidades laborales, escolares o del hogar (por ejemplo, ausencias frecuentes en el trabajo o pobre calidad en su desempeño debido al consumo de sustancias; reportes, llamadas de atención, suspensiones escolares; rebeldía en los niños y jóvenes para realizar sus tareas y asignaciones del hogar).
 - 2) Consumo frecuente de sustancias adictivas en situaciones en las que este consumo es riesgoso (por ejemplo, manejar un automóvil o alguna maquinaria cuando se está afectado por el consumo).
 - 3) Problemas legales frecuentes asociados al consumo (por ejemplo: arrestos por conductas asociadas al consumo de sustancias adictivas).
 - 4) Consumo continuado de sustancias adictivas a pesar de todos los problemas sociales en sus relaciones interpersonales producidos por su consumo. (Por ejemplo problemas con la esposa, pleitos y violencia física).
- B. Los síntomas no alcanzan los criterios de Dependencia en el Consumo de la sustancia adictiva.

Criterios Diagnósticos de Dependencia a la Sustancia Adictiva:

Un patrón de consumo mal adaptativo que lleva al individuo a padecer alteraciones clínicas o estrés disfuncional, y se manifiesta en 3 o más de los siguientes síntomas que ocurren en el mismo periodo de 12 meses:

- 1) Tolerancia, que se define por alguno de los siguientes criterios:
 - a) La necesidad de incrementar la cantidad de sustancia consumida para alcanzar el estado de intoxicación o el efecto deseado.
 - b) La disminución del efecto de la sustancia adictiva si ésta se continúa consumiendo en la misma cantidad.
- 2) Manifestación del Síndrome de Abstinencia, a partir de alguno de los siguientes Indicadores:
 - a) El síndrome de abstinencia de la sustancia consumida (referirse a los Criterios A y B del conjunto de consideraciones del síndrome de abstinencia para cada sustancia específica).
 - b) Se consume esa misma sustancia adictiva u otra similar para evitar o liberarse de los síntomas del síndrome de abstinencia.
- 3) Se consume con frecuencia la sustancia adictiva en grandes cantidades por períodos de duración más prolongados de los que se pretendía hacerlo.
- 4) Hay un deseo persistente de consumir la sustancia y esfuerzos infructuosos para abstenerse del consumo de la sustancia adictiva.
- 5) Se invierte gran cantidad de tiempo en actividades que le permitan obtener la sustancia adictiva (por ejemplo, acudir a múltiples visitas médicas y manejar largas distancias para obtenerla), para consumirla (fumarla), o para recuperarse de sus efectos.
- 6) Hay una disminución y reducción de las actividades sociales, ocupacionales o recreativas que se efectuaban, debido al consumo de la sustancia.
- 7) Se continúa consumiendo la sustancia adictiva a pesar de saber que se tiene un problema recurrente de salud física o psicológica que puede ocurrir o puede empeorar a partir de dicha ingesta (por ejemplo seguir consumiendo cocaína a pesar de saber que ésta induce la depresión, o continuar tomando alcohol a pesar de saber que éste consumo empeora la úlcera).

Especificar si:

En la Dependencia Fisiológica: Hay evidencia de tolerancia o del Síndrome de abstinencia (por ejemplo si ambos reactivos: 1 o 2 están presentes).

Si No hay dependencia Fisiológica: No hay evidencia de tolerancia ni de Síndrome de abstinencia (por ejemplo al no estar presentes los reactivos 1 y 2).

Clasificación de drogas

En cuanto a las sustancias que causan adicción algunas son más perjudiciales a la salud que otras, como se mencionó anteriormente en la clasificación. Así por ejemplo, el café, el chocolate, el té y los refrescos (gaseosas) de cola causan adicción con efectos tóxicos, solo a largo plazo sin que se haya comprobado que produzca un deterioro cerebral. Por otro lado, sustancias como el tabaco producen adicción física y psicológica, llevando a trastornos de los sistemas cardiovascular, respiratorio y nervioso central, inclusive pueden llevar a la muerte. Otras sustancias como el alcohol, los solventes, la cocaína, la heroína, el LSD y la mezcaltina, al causar adicción llevan directamente al deterioro del sistema nervioso central. Estas sustancias se clasifican en:

- ❖ Depresoras. Son aquéllas que disminuyen u obstaculizan la actividad del Sistema Nervioso Central.
- ❖ Estimulantes. Son sustancias que excitan o aumentan la actividad del Sistema Nervioso Central.
- ❖ Alucinógenos. También conocidos como psicodélicos, que actúan sobre el SNC provocando alucinaciones, delirios, pérdida del contacto con la realidad.
- ❖ Las drogas también se han clasificado según:
 - * Su origen: naturales y sintéticas.
 - * Atendiendo a su estructura química.
 - * Según su acción farmacológica.
 - * Atendiendo las manifestaciones que se producen en el comportamiento de los sujetos.
 - * Según las consideraciones legales y/o sociológicas.

Drogas legales: son las permitidas por las leyes de una sociedad, por lo que su utilización no amerita un castigo, más aún, su uso es fomentado por algunas instancias sociales como los medios masivos de comunicación que regulan algunos vínculos interpersonales, como por ejemplo, en fiestas y reuniones. Dentro de ésta categoría se encuentran el alcohol, el tabaco, el chocolate, el café.

Drogas Ilegales: se caracterizan porque su consumo viola las leyes establecidas por la sociedad y es por eso que enfrenta el riesgo de ser sancionado algunas de las drogas que entran en esta categoría son: la marihuana, la cocaína, la heroína, y el LSD. Es importante señalar que aún cuando los inhalantes no son drogas ilegales en tanto que su venta no es sancionada, su consumo es mal visto socialmente, lo cual justifica que sea integrado en este rubro.

Drogas de prescripción Médica: La Diferencia entre el significado de droga y fármaco o medicamento es que la primera se usa para modificar el estado de ánimo que permita solucionar los problemas personales y producir un alejamiento de la realidad, presentándose una connotación negativa y peligrosa, mientras que los fármacos tienen un fin beneficioso y son recetados por los médicos. En el mercado, algunos medicamentos que utilizados sin control médico o a dosis más elevadas de las indicadas por el médico pueden convertirse en verdaderas drogas con todas las características de las descritas. (Berruecos Villalobos; Castro Sarifiana; Díaz Lean Aldana; Medina Mora; Reyes Del Olmo; 1994)

Tabla 1. Cuadro de Clasificación de Drogas:

Depresores	Estimulantes	Alucinógenos
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Alcohol: ◆ Vinos, cerveza, pulque, ron, whisky, vodka, ginebra 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Cafeína: ◆ Chocolate ◆ ,refresco, café, ◆ Té 	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Analgésicos: ◆ Aspirina 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Nicotina 	
<ul style="list-style-type: none"> • Neurolépticos o antipsicóticos Clorpromazina, haloperidol, Clorpromazina, perfenacina Tioridacina, risperidona Clozapina 	<ul style="list-style-type: none"> • Coca Basuco Cocaína Crack 	<ul style="list-style-type: none"> • Hongos <i>Psilocybe mexicana</i> <i>Panaeolus agaricaeae</i> <i>Psilocybe caerulescens</i> <i>Psilocybe wassoni</i> <i>Psilocibes semilanceata</i> <i>Amanita phalloides</i> <i>Amanita verna</i> <i>Amanita virosa</i> <i>Amanita ocreata</i> <i>Amanita bisporigera</i> <i>Amanita tenuifolia</i> <i>Amanita suballiacea</i> <i>Amanita muscaria</i> • Fencididina(PCP) • LSD (dietilamina del ácido lisérgo) Psilocibina <i>Psilocina</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Hipnótico-sedantes Bromuro, glutetimida. Metacualona, hidrato de cloral, meprobamato • Barbitúricos Secobarbital, amobarbital, fenobarbital • benzodicepinas (ansiolíticos) Triazolam, bromacepam Alprazolam, flunitracepam Clordiacépoído, diacepam Nembutal , tuinal , amital 	<ul style="list-style-type: none"> • Anfetaminas Becendrina Éxtasis Dexedrina Metedrina • Metanfetaminas 	
<ul style="list-style-type: none"> • Antidepressivos Ipronzolida, tricíclicos Amitriptilina, domipramina Fluoxetina, nortriptilina Imipramina, fenelcina Socarboxacida 		
<ul style="list-style-type: none"> • Anestésicos Ketamina, éter, cloroformo, óxido nítrico • Inhalantes: Solventes, pegamento (tolueno, acetato de etilo y varias acetonas), thinner (destilados de petróleo, benceno, acetona, tricloroetileno, tetracloroetileno, gasolina, aerosoles, lacas, Pinturas (acetona, tolueno, benceno, cloruro de metileno), cementos (tricloroetileno, tetracloroetileno • Nitritos Butilo, Isobutilo 		<ul style="list-style-type: none"> • Mezcalina Peyote,
<ul style="list-style-type: none"> Narcóticos • Opio Morfina, heroína, metadona, • Lomotil • Codeína • Meperidina • Percocet • Peptidina • Propoxifeno • Cannabís Marihuana, hachís, el THC. 		

◆ Drogas legales y • Drogas Ilegales

Consecuencias del consumo de sustancias adictivas

El consumo de sustancias modifica las capacidades físicas, mentales y conductuales, independientemente de su grado de intoxicación; sin embargo, el tipo y magnitud de los efectos son el resultado de los sistemas causales relativamente complejos; dependen de la interacción entre el individuo, la droga y el ambiente en que ocurre el consumo. Influyen tanto las características farmacológicas de la sustancia, el estado emocional del individuo, factores del consumidor como género, edad, talla, peso, la frecuencia, las ocasiones y las circunstancias en que tiene lugar el consumo, así como las expectativas del individuo cuando ocurre la ingesta (Tapia Conyer, 2001).

El consumo frecuente puede tener consecuencias médicas, por ejemplo la dependencia, afecciones importantes en los órganos vitales. Las consecuencias sociales son más visibles cuando se consume en exceso, o se llega hasta la intoxicación, incluso cuando no se realiza con regularidad, sino en

ocasiones de riesgo, en ambientes peligrosos y demandantes. La intoxicación aguda es un factor de riesgo de ocurrencia de accidentes y violencia.

El abuso crónico de sustancias adictivas constituye también factores de riesgo importantes para enfermedades con elevada tasa de mortalidad prematura y afectando también la calidad de vida de las personas que enferman.

Efectos del consumo de Sustancias Adictivas

Alcohol

En cuanto a los efectos inmediatos se describen los siguientes: lapsos de desinhibición, afecta el ritmo cardiaco, irrita el sistema gastrointestinal, alteran el habla, el equilibrio, la visión y el oído, presenta sensación de euforia, pérdida de la coordinación motora, en dosis altas se alteran las facultades mentales y del juicio, intoxicaciones severas que pueden provocar desde inconsciencia hasta coma profundo y muerte por depresión respiratoria.

Efectos psicológicos provocados por el consumo de alcohol:

- Dosis bajas producen la sensación de elevar el estado de ánimo y relajar a la persona.
- Se presenta una percepción atenuada de la fatiga de los dolores y de las preocupaciones
- Aparentemente da mayor optimismo para afrontar los problemas;
- Desinhibe produciendo sensación de cordialidad y de solidaridad en la interacción
- Pérdida del autocontrol
- Bebedor habitual se vuelve irritable, impulsivo, hiperemotivo y con cambios frecuentes en su estado de ánimo.
- En el plano intelectual se aprecia un descenso en el rendimiento, dificultades para la concentración y para seguir el curso del pensamiento normal
- La memoria empieza a fallar
- Frecuentemente se cometen actos de agresión
- Se tiende al aislamiento
- En el plano laboral se pueden presentar accidentes de trabajo o ausentismo.
- Se presenta ansiedad e irritabilidad con desorientación temporal y espacial si el cuadro se desarrolla progresivamente puede llegar al estado irreversible de demencia alcohólica
- Si existe un consumo crónico se puede manifestar desde un deterioro afectivo progresivo, trastornos de atención, apatía, indiferencia, decadencia moral o social, pérdida del juicio crítico e indiferencia ante las responsabilidades.

Enfermedades asociadas al abuso del alcohol:

- Entre los trastornos asociados al consumo excesivo del alcohol afecta a diferentes sistemas: ocasiona la desnutrición; pérdida de peso; gastritis, mala digestión; constipación; una proclividad a padecer cáncer en la cavidad oral, faringe, laringe, esófago e hígado; daño hepático (cirrosis); hipertensión, infarto, cardiomiopatía, falla cardiaca. En un estado más grave delirium tremens. Incluso se presenta un daño cerebral; pérdida de la memoria; deterioro del aprendizaje.
- El Síndrome de korsakoff, que es un estado psicótico caracterizado por la pérdida de la realidad (cuando al cuadro se unen desnutrición y deficiencias vitamínicas crónicas).
- Ingerido por mujeres embarazadas el alcohol puede afectar al feto y producir malformaciones o retardo mental irreversible.

Los síntomas del síndrome de abstinencia son: Ansiedad y temblores, irritabilidad e hiperactividad crecientes, deshidratación, trastornos de la presión sanguínea.

En los consumidores crónicos puede presentarse el síndrome de abstinencia como el **Delirium tremens**, que es una psicosis orgánica grave que usualmente se manifiesta entre las 24 y las 72 horas posteriores a la ingestión de la última copa, aunque en ocasiones puede ocurrir hasta 7 o 10 días después. Se caracteriza por confusión mental, temblores, hiperagudeza sensorial, alucinaciones visuales (por lo general de serpientes, arañas o cualquier otro bicho), taquicardia, hipertensión,

sudoración, temperatura corporal elevada, temblores, alteraciones del sueño y tendencia a la deshidratación, convulsiones y anomalías cardiovasculares.

Opiáceos

Son consideradas drogas ilegales, en este grupo se encuentran el opio, la morfina, la codeína, la metadona, heroína; que son consumidas por vía oral, fumada, inhalada o inyectada por vía intravenosa.

En cuanto a los efectos inmediatos se describen los siguientes:

Los efectos del opio comienzan entre los 15 y los 30 minutos después de su ingestión o entre los 3 y los 5 minutos después de ser fumado y duran entre 4 y 5 horas.

Se consigue un estado de euforia, que se encuentra relacionado con la dependencia potencial de la droga, junto a esta euforia las sustancias producen un estado de relajación, indiferencia y tranquilidad, de satisfacción global y de suspensión de cualquier tipo de necesidad. El opio sus derivados y alcaloides presentan una acción inmediata estimulante y una acción depresora a más largo plazo, sobre el SNC así como una importante acción analgésica y antiestresantes.

El opio provoca una disminución de la temperatura y el ritmo de funcionamiento corporal, contracción de las pupilas y estreñimiento. El consumo inmoderado ocasiona mala asimilación de los alimentos, trastornos digestivos e insuficiencia hepática; y en casos graves de abuso reiterado: insuficiencia respiratoria, congestión pulmonar, asma o angina de pecho.

Efectos psicológicos provocados por el consumo opiáceo:

Se presentan estados de euforia, disforia, apatía, retardo psicomotor, un lenguaje farfullante, así como un deterioro de la atención y de la memoria. Se manifiestan efectos conductuales desadaptativos (deterioro en la capacidad de juicio con gran interferencia con la actividad social o laboral).

Efectos fisiológicos provocados por el consumo de opiáceos:

Se presenta una disminución en: la frecuencia y la profundidad de la respiración, la presión arterial, el ritmo de los latidos del corazón y la temperatura corporal. Hay una constricción pupilar (relacionada con la reducción de la agudeza visual), muestran debilidad física, somnolencia, insensibilidad al dolor e incoordinación muscular, alteraciones gastrointestinales, administraciones continuas puede presentar obstrucción intestinal, pérdida de peso (ausencia de apetito), retención urinaria, amenorrea en la mujer e impotencia en el hombre.

Enfermedades asociadas al uso de opiáceos:

Entre los trastornos relacionados con el abuso de opiáceos se encuentran: las enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis y la endocarditis bacteriana; Alteraciones pulmonares: granulomas o tumoraciones en el pulmón, neumonitis, asma, neumonía, edema pulmonar, incluso puede presentarse el paro respiratorio. Trastornos hepáticos: hepatitis B aguda y crónica, cirrosis, cáncer en el hígado, hepatitis D, hepatitis C. Complicaciones en el sistema cardiovascular: venas cicatrizadas y colapsadas, infecciones bacterianas en los vasos sanguíneos y en la las válvulas del corazón, incremento en el tamaño de los nódulos linfáticos. Complicaciones del sistema digestivo: úlcera duodenal, obstrucción intestinal, estreñimiento. Alteraciones tisulares: abscesos, quemaduras y laceraciones. Entre otras complicaciones se encuentran la artritis, problemas hematológicos, botulismo, tétanos, disminución del deseo sexual.

Síndrome de Abstinencia:

El síndrome de abstinencia leve puede surgir hasta con 15 y 30 mg diarios administrados durante dos o tres meses. Sus síntomas se presentan entre las 48 y las 72 horas posteriores al retiro; se caracterizan por ansiedad, inquietud, irritabilidad, lagrimeo, dolores articulares, insomnio, transpiración excesiva, dilatación de pupilas, escalofrío, diarrea y calambres musculares. Estos síntomas se experimentan alrededor de una semana.

Cannabis

Es de las drogas más utilizadas en la actualidad, es considerada un depresor.

Efectos psicológicos provocados por el consumo de cannabis: se presenta un aumento en la agudeza visual, táctil, gustativa y sobre todo auditiva, existe una concepción distorsionada del tiempo. En dosis bajas suele experimentarse además de los efectos antes mencionados, un descenso considerable en el nivel de atención y una sensación de conciencia personal más marcada. En dosis medias los cambios son más visibles, mientras que en dosis altas pueden producirse ilusiones visuales, lasitud y somnolencia que culminan en un sueño profundo. La marihuana incrementa la imaginación pero disminuye la concentración. El lenguaje suele cambiar de ritmo y algunas veces presentarse incoherente. Se produce perturbación del mecanismo del equilibrio y la coordinación. A medida que los efectos van desapareciendo, suele surgir un gran apetito, con preferencia por los alimentos dulces.

Efectos fisiológicos provocados por el consumo de cannabis:

Los síntomas físicos son: irritación de las conjuntivas, sequedad de las mucosas con enrojecimiento de los ojos, sequedad de boca, aumento del apetito, cefaleas, disminución de la fuerza muscular, aumento de la frecuencia cardiaca, dilatación de los vasos sanguíneos. Se puede ocasionar alteración del funcionamiento pulmonar de forma similar pero más intensa de lo que lo hace el tabaco por la expansión de los bronquiolos. La coordinación psicomotriz puede sufrir alteraciones dependiendo de la cantidad utilizada, se han observado efectos endocrinológicos y consecuencias negativas sobre la reproducción (como la disminución de espermatozoides) y disminución de las defensas del organismo.

Efectos en la salud por el uso de marihuana

Entre los efectos del consumo de la marihuana se encuentran: la desintegración temporal (confundir el pasado, el presente y el futuro), ataxia del movimiento, catalepsia, hiperexcitabilidad en los reflejos percibidos en rodillas, contracciones clónicas, síndrome cerebral agudo, hiperemia conjuntival, diarrea. Entre los trastornos psicológicos manifestados son alteraciones a las funciones cognitivas, ansiedad, pánico, paranoia, depresión, sentimientos de muerte, estados psicóticos, dualidad agresividad-apatía, megalomanía. Los efectos en el sistema cardiovascular son taquicardia, hipertensión arterial sistólica, enrojecimiento pupila, arritmias, ateroma. Efectos en el sistema respiratorio comunes son tos, flemas, bronquitis crónica y asma. También pueden aparecer lesiones precancerosas en boca, lengua y garganta. Otros sistemas afectados son el sistema reproductor masculino y femenino con la infertilidad, disminución de la libido, impotencia, disminución transitoria de los niveles de esperma.

Hipnóticos Sedantes y Tranquilizantes

Algunos de estos medicamentos son analgésicos para calmar el dolor, los tranquilizantes o ansiolíticos para los tratamientos de la depresión y estados de ansiedad, los hipnóticos o barbitúricos que son inductores del sueño; los barbitúricos generan efectos desinhibidores en su comienzo.

En cuanto a los efectos inmediatos se describen los siguientes:

En dosis bajas disminuyen la intranquilidad, la tensión emocional y la ansiedad sin mermar ostensiblemente la percepción sensorial y el estado de alerta; dosis medianas provocan calma o somnolencia (sedación); dosis altas sueño (hipnosis farmacológica); y dosis mayores, inconsciencia, anestesia quirúrgica, coma y depresión fatal en las funciones respiratoria y cardiaca.

Provocan un estado de embriagues, presentándose un estado de liberación sobre todo de los impulsos sexuales y agresivos, algunos muestran confusión y desorientación con lenguaje ininteligible, otros desarrollan un estado hipomaniaco persistente o alucinaciones o estado subdelirante.

Efectos físicos provocados por el consumo de hipnóticos, sedantes y tranquilizantes:

En cuanto a los efectos físicos se observa síntomas de vértigo, cefaleas, ataxia y trastornos visuales.

Las benzodiacepinas, provocan desinhibición, ataraxia, disartria y errores en el rendimiento. Todos los sedantes hipnóticos producen efectos clínicos acumulativos (con la repetición de la dosis), sinergismo aditivo o supraditivo (cuando se administran con otra clase de sedantes o alcohol) y residuales (después de la terminación del tratamiento).

Efectos psicológicos provocados por el consumo de hipnóticos, sedantes y tranquilizantes:

Los sedantes hipnóticos amortiguan la actividad psíquica, creando una analgesia de tipo intelectual llamada ataraxia o «tranquilidad moral», al disminuir el ritmo de reacción e ideación.

Provocan trastornos de la atención y la capacidad de concentración, una disminución en la capacidad de razonamiento. Pueden producir distintos grados de amnesia al bloquear la transferencia de información desde la memoria inmediata a la de largo plazo. Disminuyen la ansiedad y la depresión al tiempo que desinhiben. Conforme avanza el estado sedante, el individuo se vuelve menos capaz de realizar actividades mentales o motoras; los movimientos se hacen cada vez más torpes y se vuelve difícil caminar o mantenerse en pie ya que la velocidad de reacción y la coordinación muscular se afectan de modo progresivo debido al deterioro de la conciencia de vigilia. Algunas personas se vuelven agresivas e irritables con inestabilidad emocional y cambios de humor. Hay manifestaciones de apatía, embotamiento, somnolencia y pérdida de los intereses vitales.

Los Hipnóticos Sedantes y Tranquilizantes son similares, pero con los tranquilizantes se presentan síntomas menos intensos a corto y largo plazo.

Trastornos Asociados al consumo de hipnóticos, sedantes y tranquilizantes se encuentran: Síntomas neurológicos y vegetativos, insomnio, debilidad física, hipotensión, sudoración, náuseas y vómitos, temblores, disminución del apetito, amnesia, a largo plazo lesionan las funciones sexuales. Además, los barbitúricos son fármacos muy duros para el hígado y el riñón, lesionan el cerebelo, producen erupciones cutáneas, dolores articulares, neuralgias, caídas de tensión, estreñimiento y tendencia al colapso cardíaco. Es importante destacar que no se debe conducir o manejar maquinaria bajo los efectos de este tipo de fármacos. Estas sustancias desarrollan tolerancia y dependencia psicológica y física.

Los síntomas del síndrome de abstinencia son:

Se manifiestan alrededor de 24 horas después de la última dosis, con síntomas neurológicos y vegetativos, como el insomnio, desasosiego, debilidad sudoración, náuseas y vómitos, temblores, ansiedad, hipotensión y disminución del apetito.

Los sedantes hipnóticos tienen un alto potencial de tolerancia y adictividad tanto física como psíquica. A los pocos meses de administraciones altas, de benzodiacepinas el síndrome de abstinencia se manifiesta en deformaciones preceptuales, desmayos e hiperreactividad a estímulos externos con convulsiones hasta el decimosegundo día de la supresión. En el caso de los barbitúricos, el síndrome de abstinencia es más grave, de hecho es semejante en morbilidad y mortalidad a la abstinencia de alcohol en dipsómanos. La suspensión súbita de barbitúricos puede producir ataques epilépticos graves e incluso mortales, aunque como se desasimilan de modo lento, la reacción de retirada puede producirse una o dos semanas después de la interrupción. La aparición de la tolerancia no hace retroceder los límites de las dosis letales y al ir en aumento la toma va reduciéndose el margen de seguridad para el usuario. Para que se desencadene el síndrome de abstinencia bastan cuatro semanas de usar a diario dosis altas y seis con dosis medias. Entre sus síntomas se encuentran: inquietud, nerviosismo constante, temblores, debilidad, náuseas y vómito. Estos síntomas son progresivos y llegan a ser más graves que los producidos por opiáceos, suscitando un cuadro de *delirium tremens* con crisis epilépticas cuyo desenlace es muchas veces mortal.

Inhalantes

Son sustancias volátiles, estos productos son inhalados para obtener efectos euforizantes, causando un efecto depresor sobre el S.N.C.

En cuanto a los efectos inmediatos se describen los siguientes:

Se manifiesta una sensación de embriaguez acompañada de dificultad para percibir la realidad, el efecto es parecido al del producido por el alcohol.

Los solventes comienzan unos minutos después de haber sido inhalados y finaliza aproximadamente una hora después de la última inhalación. Al igual que en el caso del alcohol, la excitación primaria se convierte en desinhibición, con sensaciones de ligereza, euforia y bienestar. Cuando el tiempo de exposición aumenta disminuyen los reflejos, se experimentan mareo y desorientación. En casos de intoxicación severa se producen alteraciones del lenguaje, debilidad muscular, oscilación involuntaria de los ojos, delirios y ocasionalmente alucinaciones con conductas alteradas que pueden llegar a ser violentas. Algunas horas después, puede presentarse una especie de "cruda": dolor de cabeza, desorientación, incoordinación muscular, etc.

Los nitritos a nivel físico pueden ocasionar vértigo, dolor de cabeza, aumento en la frecuencia cardíaca, e hipertensión intraocular. No hay evidencia de daños provocados por el uso prolongado excepto una elevación temporal en la cantidad de metahemoglobina en la sangre.

Efectos psicológicos provocados por el consumo de inhalantes:

Los nitritos reducen las sensaciones de fatiga, molestia y tristeza, producen dificultad para percibir la realidad, así como alucinaciones y alteraciones de la percepción, lenguaje farfullante y con el tiempo aparecen ideas de persecución, irritabilidad, alteraciones graves de la personalidad, e incluso reacciones de violencia y agresividad.

Trastornos provocados por el consumo de inhalantes se encuentran: Traumatismos, asfixia, fibrilación ventricular, arritmias cardíacas, paro respiratorio, muerte súbita, causa convulsiones y coma, arritmias cardíacas, hipoxia, hipertensión pulmonar. Se presentan secuelas neurológicas (encefalopatía, neuropatía periférica, ataxia cerebral, parkinson, miopatía, pérdida auditiva, desórdenes del equilibrio). Otros problemas que pueden desarrollarse son (déficit cognitivo, trastornos de personalidad, alteraciones de la percepción, insomnio). Durante el embarazo puede ocasionar malformaciones genéticas y problemas de parto.

Los síntomas del *síndrome de abstinencia* son:

Algunas fuentes aseguran que al parecer son raros los síndromes de abstinencia Brailowsky (1995, citado por Malpica, 2004), mientras otras sostienen que la retirada ocasiona desde irritabilidad, agitación y aumento en la frecuencia cardíaca, hasta cuadros de temblores, alucinaciones, dolores de cabeza, dolores abdominales y *delirium tremens* Brau (1973, citado por Malpica, 2004).

Tabaco

Está considerado como una droga legal, presenta un efecto estimulante sobre el sistema nervioso central.

En cuanto a los efectos inmediatos se describen los siguientes:

A nivel mental, la nicotina facilita la concentración, activa la memoria y, hasta cierto punto, controla el aumento de peso al aumentar el gasto de energía, disminuir los sentidos del olfato y el gusto, y mantener al fumador ocupado en el acto de fumar en vez de comer. La nicotina aumenta la frecuencia cardíaca, el ritmo respiratorio, la presión arterial y el flujo coronario. Durante la combustión del tabaco, algunos de sus elementos se transforman en monóxido de carbono, cuya emisión es venenosa contribuyendo al surgimiento de enfermedades cardíacas.

Efectos psicológicos provocados por el consumo de tabaco:

Para algunos expuestos a grandes tensiones adjudican características al cigarrillo como de que ayuda a enfrentar y superar problemas, para otros el tabaco tiene efecto activador. Una vez superadas las molestias de los primeros cigarrillos se perciben sensaciones agradables como superar algo como la timidez, o para evitar algo, como eliminar la tensión, es decir para relajarse.

Enfermedades asociadas al consumo de tabaco:

Eleva la presión arterial y aumenta la frecuencia del pulso. Se puede presentar cáncer de pulmón, de la cavidad oral, de la faringe, de laringe, de esófago, de páncreas y de vejiga. Enfermedades crónicas del pulmón como bronquitis, pérdida de las propiedades elásticas del pulmón, enfisema pulmonar, infecciones de las vías respiratorias altas. Infarto al miocardio, enfermedad cardiovascular aterosclerótica, enfermedades coronarias, enfermedad vascular periférica. Úlceras gástricas y duodenales. Las heridas de la piel pueden tardar más en sanar debido a que la nicotina reduce los niveles de vitamina C en el organismo. Se ve reducida la fertilidad. Y el riesgo de partos prematuros y de bajo peso en los recién nacidos. El uso continuado produce dependencia física y psicológica.

Los síntomas del *síndrome de abstinencia*: aparece dentro de las primeras 24 horas posteriores a la supresión y se manifiesta por dolores de cabeza, disminución de la frecuencia cardíaca, aumento del apetito, disminución de la vigilia o insomnio y dificultades de concentración, ansiedad, irritabilidad, inquietud, depresión leve, trastornos del sueño, fatiga, dificultad de la atención y concentración, síntomas gastrointestinales y cambios metabólicos.

Estimulantes Ilegales

La cocaína y sus derivados (basuco, crack) las anfetaminas se consideran dentro de este grupo provocan euforia, excitación, sensación subjetiva de bienestar así como de aumento de la actividad mental e intelectual, aumenta el apetito sexual y se anulan las sensaciones de hambre, sed, frío, sueño y fatiga.

La cocaína se consume a través de la aspiración del polvo, también es posible fumar la cocaína o inyectada por vía intravenosa o como inhalación emitidos por la combustión de pequeñas piedras "el crack". Esta droga es altamente estimulante del S.N.C. en pocos segundos, provoca euforia.

Las anfetaminas son sustancias sintéticas elaboradas artificialmente a partir del alcaloide de la planta *ephedra vulgaris*; es estimulante del S.N.C., actúa sobre el nivel de adrenalina; se establece una fuerte dependencia psicológica y fisiológica.

Efectos físicos por el consumo de sustancias estimulantes:

La cocaína provoca dilatación de pupilas, disminución de la sensibilidad al frío, relajamiento muscular, aumento en la presión sanguínea y aceleración de la frecuencia cardíaca, elevándose la presión arterial. Como resultado de la acción supresora en los centros reguladores de apetito en el cerebro, también se experimenta falta de apetencia. Como la cocaína es un vasoconstrictor, su inhalación constante provoca la degeneración del tejido local dañando la membrana mucosa. En caso de abuso (dosis altas) provoca: palidez, náuseas, vómitos, sudor o escalofríos, irritabilidad, y alucinaciones con temas recurrentes.

Fumar crack provoca insensibilidad, sequedad de boca, sensación de ardor en los ojos, sudoración, palpitaciones, dolor de cabeza, contracciones musculares; aumento en los reflejos y dilatación de las pupilas.

Efectos psicológicos provocados por el consumo de estimulantes:

Si la cocaína es inhalada se requieren algunos minutos para experimentar las primeras sensaciones que suelen durar aproximadamente 40 minutos; si se inyecta o se fuma el efecto es más rápido y más intenso pero dura menos tiempo. Las sensaciones son de euforia, locuacidad, sensación general de bienestar y lucidez, excitación, ansiedad, disminución de la fatiga, aumento de la capacidad de trabajo y sensación de mayor fortaleza física. En el caso del Crack a los pocos minutos la euforia es reemplazada por ansiedad, miedo, depresión o apatía considerables (disforia).

En cuanto a los efectos inmediatos de las anfetaminas se describen los siguientes:

Las anfetaminas tienen efecto antidepressivo, es el reflejo de una acción de alentamiento general sobre el S.N.C. Si ha sido ingerida oralmente sus efectos comienzan alrededor de los 30 minutos y pueden prolongarse hasta por 10 horas; si ha sido inhalada o inyectada los efectos son prácticamente inmediatos aunque duran menos. Éstas aumentan el estado de alerta y la iniciativa, hay falta de sueño, disminuye la sensación de fatiga, mejora el ánimo, la confianza y la habilidad para concentrarse. Suele haber euforia y verborrea. También se incrementa la capacidad física en dosis bajas o medias; las altas pueden provocar efectos opuestos, depresión mental y fatiga. A partir de

pruebas psicométricas se ha demostrado que dosis bajas de anfetamina aumentan el coeficiente de inteligencia en una proporción media de ocho puntos. Las dosis bajas provocan aumento en la actividad espontánea, intranquilidad, agitación, estimulación del centro respiratorio, resequedad bucal, sabor metálico, pérdida de apetito, aceleración del ritmo cardíaco, elevación de la presión sanguínea y dilatación de pupilas. Dosis altas pueden producir náuseas, sudoración, dolores de cabeza y visión borrosa. Aceleran y desincronizan el electroencefalograma; aumentan la incidencia de ondas de alta frecuencia y reducen la amplitud y duración de las ondas delta que se presentan después de un periodo prolongado de insomnio.

Efectos psicológicos provocados por el consumo de anfetaminas se encuentran:

Ansiedad, agitación psicomotriz, euforia, grandiosidad, locuacidad, estado de alerta, confusión, trastornos del pensamiento y de la conducta, prolonga el estado de vigilia y hace que el individuo tenga la sensación de alerta y energía, se siente comunicativo, con gran actividad y disminuye la sensación de fatiga.

Los síntomas del síndrome de abstinencia por el consumo de estimulantes son:

En poco tiempo un consumidor de cocaína llega a depender totalmente de ella. La documentación médica asegura Shulguin, A. (1999) (citado por Malpica, K. 2004) que la cocaína no genera dependencia física; no obstante, la dependencia psíquica que despierta es inusualmente alta: Cabría pensar que la tolerancia es muy alta, pero diversos estudios científicos han demostrado lo contrario, los usuarios pueden seguir tomando la dosis original durante largos periodos y experimentar aun la misma euforia. Sin embargo, algunos incrementan la dosis para intensificar y prolongar sus efectos.

La dependencia psicológica causada por el retiro de la cocaína y el crack, el consumidor pierde la sensación de que puede llevar a término múltiples actividades físicas y psíquicas, percibe un estado de depresión, se siente extenuado y con insomnio, fatiga, apatía y depresión grave.

En el caso del retiro de consumo de las anfetaminas el síndrome de abstinencia puede durar algunas semanas. Se manifiesta por ansiedad, fatiga, taquicardia, dilatación pupilar, elevación de presión arterial, transpiración, escalofríos, sequedad de boca, náuseas o vómitos, alteraciones de sueño, irritabilidad, hambre intensa y depresión severa, síntomas que pueden durar hasta un mes.

Enfermedades asociadas al consumo de estimulantes se encuentran:

Mádarosis, Complicaciones gastrointestinales (nauseas y vómitos, ulceraciones gástricas isquemia intestinal). Asma, alteraciones pulmonares. Complicaciones cardiovasculares como arritmias cardíacas (isquemia miocárdica, miocarditis y miocardiopatía, rotura y dirección aórticas). Complicaciones respiratorias (perforación del tabique nasal, sinusitis, edema agudo de pulmón, pulmón de crack, asma, infiltrados pulmonares, neuromotórax, neumomediastino, neumopericardio). Complicaciones neurológicas (ictus cerebrales, crisis convulsivas, síndrome de hipertermia maligna, alteraciones psiquiátricas). Sistema endocrino y gónadas (hiperportactinemia y disfunción sexual). Efectos sobre el embarazo, el feto y el recién nacido (aborto, prematuridad y complicaciones obstétricas, bajo peso al nacer y complicaciones perinatales, malformaciones congénitas). Complicaciones por el uso de jeringas contaminadas (infecciones de la piel, hepatitis, endocarditis, SIDA). Complicaciones por efectos psiquiátricos y estilos de vida (poliuso, suicidio, accidentes, homicidios). Incluso se puede presentar muerte repentina.

Alucinógenas o Psicodélicas

Las sustancias que se clasifican en este grupo de drogas son el peyote, los hongos y el cannabis, se caracterizan por tener la propiedad de generar distorsión de la percepción de la realidad y alucinaciones. En los años 40s comenzaron a elaborarse productos similares en su estructura química, es decir sustancias sintéticas, la más conocida es el LSD, dietilamina del ácido lisérgico con la variante de la dimetilriptamina o DMT.

En cuanto a los efectos inmediatos se describen los siguientes:

La experiencia provocada suele ser llamada "viaje" por la aceleración y la distorsión de las imágenes y percepciones.

Los efectos del consumo de hongos inician entre 25 y 30 minutos después de la ingestión, pudiendo durar hasta 6 horas, usualmente se presenta lo que se conoce como sinestesia: un estado peculiar en el que los sonidos se "ven", los objetos se "escuchan", los olores se "sienten", y cosas por el estilo. Pueden aparecer patrones caleidoscópicos frente a los ojos. Frecuentemente el consumidor siente que abandona su cuerpo, hay un proceso de introspección y las cosas se ven desde una nueva perspectiva. (Malpica K. 2004)

En el caso del LSD sus efectos comienzan entre los 15 y 30 minutos después de la ingestión y se prolongan hasta por 12 horas, y aunque técnicamente ya ha abandonado el organismo, sus efectos se prolongan durante aproximadamente 10 horas más; las dosis bajas generan hilaridad, aceleran los pensamientos, traen a la mente recuerdos vívidos, provocan asociaciones libres y algunas visualizaciones. Las dosis psicodélicas ocasionan un colapso temporal sobre la percepción y usualmente llevan a introspecciones profundas en las que se trasciende el ego y se tiene alguna clase de experiencia mística.

Los efectos del peyote inician entre los 60 y 90 minutos después de la ingestión y duran entre 7 y 10 horas. Los efectos de la mezcalina inyectada comienzan entre los 10 y los 20 minutos es Marciniak B. (1996) "el juego caleidoscópico de visiones coloridas... se perciben destellos y centelleos de colores, cuya intensidad y pureza desafían cualquier descripción... Frecuentemente las visiones llevan una secuencia que va de figuras geométricas a objetos extraños y grotescos, cuyas características varían de un individuo a otro." (Citado por Malpica. K 2004)

Efectos psicológicos provocados por el consumo de alucinógenas:

Tras la ingestión del LSD en pequeñas cantidades se producen alteraciones de la percepción del propio cuerpo ideas delirantes, alteraciones visuales y táctiles, ilusiones ópticas, luces brillantes, formas y colores flotantes.

Alteración de los procesos intelectuales en los que predomina un estado de confusión o de dificultad de pensar y coordinar ideas las dosis más altas provocan alteraciones más intensas y rápidas. Se presentan estados de tensión manifestados por risas y llantos explosivos, se altera la percepción del tiempo, el consumidor percibe sentimientos de desintegración del cuerpo e incapacidad de concentración, aumento de sugestionabilidad se vuelven más lentas las reacciones y los reflejos. Surgen problemas de desorganización confusión de identidad personal y sexual, desorientación en el espacio y tiempo.

Efectos fisiológicos provocados por el consumo de alucinógenas:

Los síntomas físicos consisten en dilatación pupilar, taquicardia, sudores, palpitaciones, visión borrosa, temblores, incoordinación, mareos y náuseas, una dosis excesiva puede llevar al coma e incluso a la muerte.

El consumo de hongos psicoactivos provoca dilatación de pupilas (midriasis), modificaciones en el pulso, la tensión y los reflejos; hipotensión y disminución del ritmo cardíaco; debilidad y desorientación. No hay reportes de daño físico ocasionado por el uso prolongado.

El LSD a nivel físico los síntomas somáticos tras la ingestión incluyen náuseas, dilatación pupilar, aumento de la presión arterial y el ritmo cardíaco, debilidad corporal, somnolencia y aumento de la temperatura corporal. También induce contracción de las fibras del músculo uterino, por lo que las mujeres embarazadas deben abstenerse de usar este psicoactivo.

Tras la ingestión del Peyote aumenta el ritmo cardíaco y respiratorio, las pupilas se dilatan y ocasionalmente se experimentan náuseas y vómito debido al sabor amargo del cacto. Puede presentarse también un dolor de cabeza pasajero. No hay reportes sobre daños ocasionados por el consumo prolongado.

Síndrome de abstinencia por el consumo de alucinógenos:

No existen reportes de que los alucinógenos causen dependencia física ni psicológica, pues cada viaje es una experiencia tan intensa que difícilmente se tiene la disposición de repetirla cotidianamente.

La historia del consumo de drogas nos demuestra que el uso de estas varía de acuerdo al contexto sociopolítico en el cual se está viviendo, y actualmente su consumo se ha convertido en un problema mundial que afecta en diversas áreas de forma negativa el desarrollo social de una población.

Los avances en la investigación en sustancias adictivas, han brindado diversas clasificaciones de las drogas, permiten una mayor claridad de cómo afectan en el individuo, tanto en lo psicológico como en lo fisiológico, así como en el medio en que se desarrolla. A través de este conocimiento se abrió la posibilidad de adaptar programas de tratamiento específicos por tipo de droga y por el grado de dependencia a la droga implicando una mayor eficacia.

CAPÍTULO 2.
EPIDEMIOLOGÍA DE
LAS ADICCIONES EN
MÉXICO

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ADICCIONES EN MÉXICO

Epidemiología puede definirse como el estudio de las distribuciones y determinantes de los estados de salud en las poblaciones. Permite evaluar la magnitud de un problema, caracterizar a la población involucrada, identificar las posibles causas de un trastorno en estudio. El abuso de sustancias psicoactivas puede enfocarse desde el punto de vista epidemiológico, si se entiende como una enfermedad comunicable que puede ser transmitida de personas enfermas a personas susceptibles y en la que juega un papel muy importante la exposición a fármacos. Siguiendo este modelo, el agente de infección son las drogas o fármacos y el vector y receptor es el usuario. Los principales parámetros son la Incidencia y la Prevalencia. (Berruecos Villalobos; Castro Sarifiana; Díaz-Leal Aldana; Medina Mora; Reyes Del Olmo, 1994)

Incidencia se refiere a que tan rápidamente esta creciendo un fenómeno; y la Prevalencia se refiere al número de casos activos de un desorden en un momento determinado, en términos de la población afectada.

La epidemiología es la mejor herramienta de la salud pública para cuantificar la magnitud de las condiciones de salud, sus determinantes y tendencias. Su paradigma básico, ha sido y sigue siendo la interrelación del agente, huésped y medio ambiente, sin embargo, el énfasis que se coloca en cada uno de los elementos de la triada, debe de variar junto con la transición epidemiológica de las condiciones de salud, a fin de enfrentar los nuevos retos que se asocian con el desarrollo.

En nuestro país coexisten los problemas característicos de las tres etapas del perfil de países industrializados (Berruecos Villalobos et al 1994):

- I. Enfermedades infecciosas ligadas a la pobreza, mala nutrición y falta de higiene
- II. Enfermedades crónico – degenerativas, como el cáncer o condiciones cardio – vasculares, entre otras, que aparecen con el incremento de la esperanza de vida.
- III. Condiciones derivadas de la exposición ambiental a sustancias tóxicas y de la modificación de las condiciones sociales que se asocian con accidentes, violencias y conductas desadaptativas tales como el abuso de sustancias.

Los usos de la epidemiología en el campo de las adicciones pueden agruparse en cinco grandes rubros:

- a. Establecer el diagnóstico de la situación de salud, esto es contestar a preguntas tales como ¿de qué se enferman o mueren los habitantes de una región?, ¿cuáles son las tasas de morbilidad y mortalidad?, ¿cuales son los grupos en mayor riesgo?
- b. Evaluar el efecto, beneficios y aplicabilidad en diferentes contextos, de ciertas medidas terapéuticas y detectar efectos colaterales.
- c. Estudiar las causas de la enfermedad: factores de riesgo con importancia etiológica.
- d. Completar el cuadro clínico, estudiar la historia natural y social de la enfermedad; la frecuencia de presentación de complicaciones; describir las condiciones de la sociedad en que se presentan.
- e. Evaluar prevención y tratamiento: medir el impacto de medidas y la cobertura de la atención; detectar complicaciones prevenibles.

El uso y abuso de sustancias adictivas constituye un complejo fenómeno que tiene consecuencias adversas en la salud individual, en la integración familiar y la estabilidad social. Esto ha demandado que el gobierno federal mantenga un diagnóstico actualizado de la situación para enfrentar el problema eficazmente, documentando el panorama real que permita además de conocer su magnitud, entender sus repercusiones. Por ello existen diversos sistemas de información que dan a conocer la prevalencia del consumo de drogas específicas, registrar sus tendencias y actuar en consecuencia en materia de prevención, tratamiento y rehabilitación, para dar la respuesta adecuada en cada comunidad. (Belsasso, 2001)

Algunos de estos sistemas de información son:

- Las Encuestas Nacionales de Adicciones, realizadas en población de zonas urbanas de entre 12 y 65 años de edad.
- Encuestas en población estudiantil. Realizadas por el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP) y la Secretaría de Educación Pública han venido realizando encuestas en muestras representativas de estudiantes de enseñanza media y media superior.
- El Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID) registra las tendencias del consumo de drogas en la ciudad de México, a través de la información proporcionada por 44 instituciones de procuración de justicia y de salud, que reportan el uso de sustancias en los individuos que captan.
- El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), recopila sistemáticamente en diversas fuentes institucionales en 20 ciudades del país.
- El reporte estadístico de Centros de Integración Juvenil, el cual ofrece información sobre las características de los usuarios que acuden a solicitar servicios a los 72 centros locales en todo el país.
- El observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas que recopila, sistematiza y analiza la información disponible en materia de Tabaco, Alcohol y otras Drogas, sustentándose en el SISVEA, la Dirección General Epidemiológica (DGE) de la SSA, del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), en los CIJ, en el IMSS, completando con la información del SRDI y las Encuestas Regionales y Nacionales de adicciones.

Los datos oficiales tomados de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2002, reflejan que el índice de consumo de drogas en México es inferior al observado en otros países. Dicha encuesta indica que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) informó que existen en el mundo 185 millones de usuarios de drogas, que representan 4.3% de la población mayor de 15 años. En México la proporción de usuarios de la población de 12 a 65 años es inferior (1.68%), es decir, por cada 2.5 usuarios de drogas en el mundo hay uno en México. La droga de más consumo en el mundo y en México es la marihuana, por cada usuario de esta droga en México hay 5.8 en el mundo; en nuestro país el índice de usuarios de anfetaminas es 8 veces inferior, y el de heroína es la mitad. Por cada usuario de cocaína en el mundo hay 1.75 en México.

Aún que estas cifras reflejan que en México; la proporción de consumo de drogas es inferior en comparación con otros países del mundo; las tendencias de consumo y la aparición de nuevos casos de consumidores de drogas entre los años 1998 al 2002 ha variado. El número de casos nuevos corresponde a poco más de un millón trescientos mil personas entre los 12 y los 65 años, aún cuando en la mayoría de los casos los consumidores son experimentales. Las drogas de inicio más recurrentes después del alcohol y tabaco son: la marihuana en primer lugar, seguida por la cocaína y por los inhalables, los estimulantes de tipo anfetamínico y, en último lugar, la heroína junto con los alucinógenos.

El Instituto Nacional de Psiquiatría reporta la distribución de abuso o dependencia por sexo, en población urbana durante el 2001:

Tabla 2. Abuso o Dependencia Población Nacional Urbana 18-65 años

Drogas	Hombres		Mujeres		Total	
	Alguna vez en la vida	835.106	3.0%	30.255	0.1%	871.385
Últimos 12 meses	250.532	0.9%	---	---	250.532	0.4%
Alcohol						
Alguna vez en la vida	3'	13.7%	272.299	0.9%	4'066.463	7.0%
Últimos 12 meses	813.651	3.7%	30.255	0.1%	1'045.662	1.8%
Últimos 30 días	1'029.964					
Dependencia de Nicotina						
Alguna vez en la vida		2.2%		0.9%		
Últimos 12 meses		1.1%		0.5%		
Últimos 30 días		2.2%		0.3%		
Prevalencia de Trastornos por Uso de sustancias*						
Alguna vez en la vida		15.1%		1.6%		
Últimos 12 meses		5.0%		0.6%		
Últimos 30 días		1.4%		0.3%		

*Por abuso de Sustancias o dependencia de nicotina
Fuente: Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente Mufiz, CONACYT, Pfeizer.

Belsasso (2001) sintetiza las tendencias de consumo en México, basándose en los diversos sistemas de recuperación de información epidemiológica en adicciones:

- En nuestro país, 3.1 millones de personas, en su mayoría de sexo masculino, reportan haber consumido una vez en la vida alguna droga ilícita.
- Del total de quienes reportaron el uso de drogas alguna vez en la vida, el 43% tenía entre 12 y 25 años de edad.
- Disminuye la edad de inicio en el consumo de diferentes sustancias adictivas.
- La marihuana se mantiene como la principal droga de consumo por distintos grupos de la población.
- Se incrementa el consumo de drogas entre las mujeres adolescentes y jóvenes.

En cuanto a los datos específicos de la ENA 2002 sobre cada tipo de droga aporta la siguiente información:

Tabaco

En cuanto al consumo de tabaco reporta los siguientes resultados en el ámbito nacional con respecto al consumo de tabaco, encontrando una población de casi 14 millones de individuos entre los 12 a 65 años de edad eran fumadores, el 18.2% son exfumadores, y más de la mitad señalaron no ser fumadores (55.4%), en la tabla 3 se muestran datos significativos sobre las tendencias de consumo de tabaco a nivel nacional.

Tabla 3. Tendencias de consumo de tabaco a nivel Nacional

Población de 12 a 65 años	Población Urbana		Población Rural	
	†	‡	†	‡
Fumadores	39.1% (9271488)	16.1% (4686744)	27.1% (2083110)	3.5% (325230)
Exfumadores	23% (5453417)	14.3% (4164690)	24.8% (1906563)	6.9% (630562)
Edad de Inicio	47.6% Inicia entre los 15 y 17 años En los varones 1 de cada 10 comenzó antes de los 11 años, no es el caso de las mujeres.		50.5% entre los 15 y 17 años	

La población urbana fumadora entre 18 y 65 años, tuvo una prevalencia de 30.2%, lo que equivale a casi trece millones de fumadores adultos lo que supera a la media nacional (26%), la mayor prevalencia,

que es de 45%, corresponde a la población masculina con (8,514,471) y el 18% a la femenina, que equivale a (4,444,680) fumadoras, es decir, fuman 2.5 varones por cada mujer. La edad de inicio más señalada por los fumadores es de 18 a 65 años, dentro de la población urbana, está entre los 15 y 25 años de edad (ocho de cada diez iniciaron el consumo de tabaco en este rango de edad). La prevalencia de fumadores entre el grupo de adolescentes de zonas urbanas fue del 10.1%, lo que equivale a casi un millón de individuos, con una, mayor proporción de hombres (15.4%) que de mujeres (4.8%), se identifican 3 fumadores varones por cada mujer. Respecto a la edad de inicio en el consumo de tabaco en los jóvenes de población urbana, casi la mitad (47.6%) comenzó a fumar entre 15 y 17 años. Uno de cada diez adolescentes varones empezó a fumar antes de los 11 años.

En la tabla 4 se puede observar que la región norte tiene un mayor consumo de tabaco, y que el grupo de edad donde se presenta un mayor número de consumidores es el 18 a 29 años.

Tabla 4. Tendencias de consumo de tabaco por regiones, género y edad.

Estados con mayor consumo de Tabaco	Proporción de Consumo de tabaco	Diferencias Significativas entre la población consumidora
Región Norte Baja California Norte y Sur, Sonora, Chihuahua, Sinaloa, Durango, Coahuila, Nuevo León, San Luis Potosí, Tamaulipas	28.4%	Mayor índice de consumo por Sexo: ↑ 45.3% ↑ 18.4%
Región Centro Nayarit, Guadalajara, Colima, Zacatecas, Aguascalientes, Guanajuato, D.F., Edo. de México, Morelos, Puebla, Hidalgo, Querétaro, Michoacán	27.6%	El mayor índice de consumo por grupo de Edad: 18-29 años de edad 40.8%
Región Sur Guerrero, Veracruz, Oaxaca, Chiapas, Campeche, Yucatán, Quintana Roo, Tabasco.	16.2%	30-39 años de edad 25.1%

Alcohol

La ENA 2002 indica que existen en el país 32,315,760 personas entre 12 y 65 años que consumen alcohol y cerca de 13 millones más consumieron alcohol en el pasado aunque no bebieron en los 12 meses previos a la encuesta.

En la tendencia del consumo de alcohol en la población urbana la encuesta reporta un incremento en el índice de consumo de los adolescentes, de 27% en 1998 a 35% en el 2002 entre los varones, y de 18% a 25% respectivamente entre las mujeres. Entre los varones aumentó el número de menores que reportaron beber mensualmente cinco copas o más por ocasión de consumo de 6.3% a 7.8%. El incremento más notable se percibe en el número de menores que reportaron haber manifestado en el último año al menos tres de los síntomas de dependencia de DSM-IV, que alcanzó al 2.1% de los adolescentes en 2002.

En la población de adultos el número total de bebedoras, consuetudinarias y de mujeres que cumplieron con el criterio de dependencia en los doce meses previos al estudio, se mantuvo estable con 45% de la población en 1998 y 43% en 2002, solamente en el número de bebedoras moderadas altas se observó un aumento de 2.6% a 3.7%. En la población masculina disminuyó un poco el índice de bebedores de 77% a 72% en un período de 12 meses previos al estudio. Se observa también una disminución de 16% a 12.4% en el índice de bebedores consuetudinarios pero el número de personas que cumplieron con el criterio de dependencia se mantiene estable en ambos estudios, con 9.6% y 9.3% respectivamente. En ambas encuestas se reportó aproximadamente el mismo número de varones que nunca habían consumido alcohol, 8.7% y 9.7%, pero se observó un incremento en el número de ex bebedores ya que mientras que en 1998, 14.4% de los abstemios reportó haber bebido en el pasado, en 2002 esta proporción aumentó a 18%.

De acuerdo al Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas 2001. Las mujeres inician el consumo en edades posteriores a las de los varones. El 35% de los varones y el 27% de las mujeres

bebieron su primera copa completa de alcohol antes de cumplir los 18 años de edad, entre ellas la edad más frecuente para el inicio del consumo es entre los 18 y 29 años, en tanto que el caso de los varones entre los 12 y 15 años y a llegar a la mayoría de edad.

En la siguiente tabla se muestra que el mayor índice de dependencia es en la región sur, aunque existe una mínima diferencia respecto a las regiones centro y norte, observándose además que la población masculina rural y urbana presentan un alto índice de dependencia en comparación con las mujeres. Y el mayor índice de consumo por grupo de edad es entre los 18 y 29 años.

Tabla 5. Índices de dependencia de alcohol por región, género y grupo de edad.

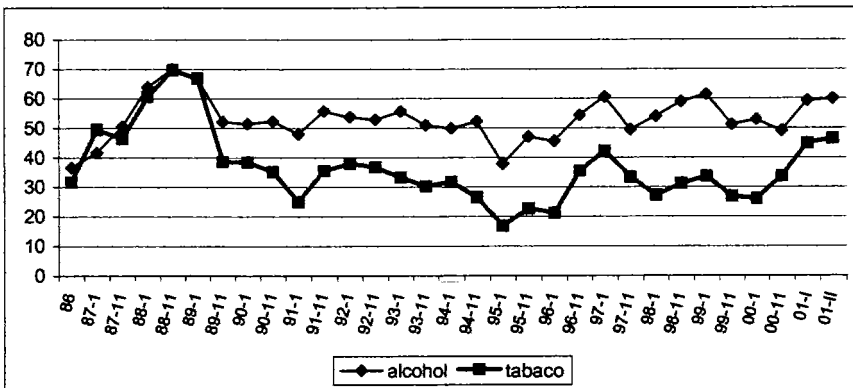
Estados con mayor consumo de alcohol	Índice de dependencia*	Diferencias Significativas entre la población consumidora**
Región Norte Baja California Norte y Sur, Sonora, Chihuahua, Sinaloa, Durango, Coahuila, Nuevo León, San Luis Potosí, Tamaulipas	4.5%	El índice de dependencia es de: Urbana ↑ Rural 9.3% 10.5%
Región Centro Nayarit, Guadalajara, Colima, Zacatecas, Aguascalientes, Guanajuato, D.F., Edo. de México, Morelos, Puebla, Hidalgo, Querétaro, Michoacán	4.6%	0.7% 0.4%
Región Sur Guerrero, Veracruz, Oaxaca, Chiapas, Campeche, Yucatán, Quintana Roo, Tabasco.	4.7%	El mayor índice de consumo por grupo de edad: 18-29 años de edad 40.8% 30-39 años de edad 25.1%

*Esta información fue retomada del Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas 2001.

**Esta información proviene de la ENA 2002.

En la gráfica 1 se presentan las tendencias de consumo de alcohol y tabaco en la ciudad de México desde 1986 hasta al 2001, por el SRDI. En la cual se observa que el consumo en 1988 tiene el mayor índice de consumo (63.8% en el alcohol y 60.6% en tabaco), disminuyendo en 1989, pero más significativamente en 1995 (37.8% en alcohol y en tabaco 16.8%), presentándose un incremento en 1997 (60.4% alcohol y en tabaco 42.1%), esta tendencia se mantiene estable con algunas variaciones hasta el 2001.

Gráfica 1. Tendencias de uso alguna vez en la vida. Alcohol y Tabaco



Drogas ilegales

Respecto a otras drogas, que se incluyen en la ENA 2002, son 10 que tienen efectos psicotrópicos sin incluir al tabaco o al alcohol, incluye estimaciones sobre consumo de marihuana, inhalables, alucinógenos, cocaína y otros derivados de la hoja de coca, heroína, estimulantes tipo anfetamínico y de drogas con utilidad médica usadas fuera de prescripción: opiáceos, tranquilizantes, sedantes y estimulantes.

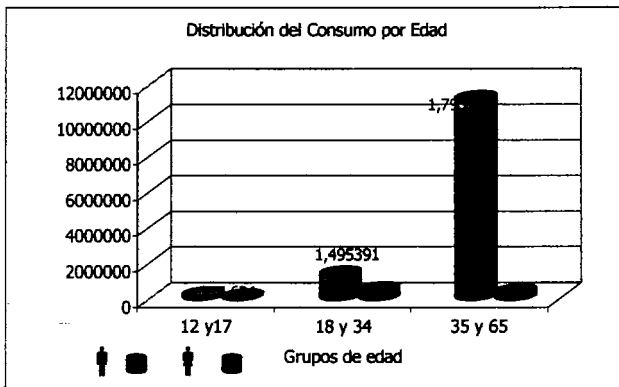
Dentro la población mexicana la edad promedio de inicio del consumo de drogas anteriormente citadas, en la población en general se presenta aproximadamente a los 18 años de edad, sin embargo en la población de adolescentes se muestra un promedio aproximado de inicio es a los 15 años, ver tabla 6.

Tabla 6. Medias de edad de inicio de consumo de drogas ilegales

Droga	Media de Edad en el total de la población	Inicio en el grupo 12 a 17 años
Inhalables	18 años	14 años
Estimulantes de tipo anfetamínico		14 y 16 años
Marihuana	22 años	15 años
Cocaína		16 años
Alucinógenos	25 años	
Drogas Médicas	30 años	

En la siguiente gráfica se presenta la distribución de consumo de drogas ilegales por grupo de edad y sexo, de acuerdo a la ENA 2002. Donde se observa la mayor incidencia de consumo en estas drogas es entre los 35 y 65 años.

Gráfica 2. Distribución de consumo de drogas ilegales por grupo de edad y sexo.



Más de 200 mil adolescentes entre 12 y 17 años (215,634) han usado drogas. De este grupo de usuarios el 55.3% continúa usándola en el último año y de éstos, un 37% las ha usado en el mes previo a la

encuesta. La proporción por sexo es de 3.5 usuarios hombres por cada mujer, proporción similar a la observada en la población de 18 años en adelante. Como en el caso de la población adulta, los índices mayores de consumo se encuentran entre los habitantes de poblaciones urbanas 86%.

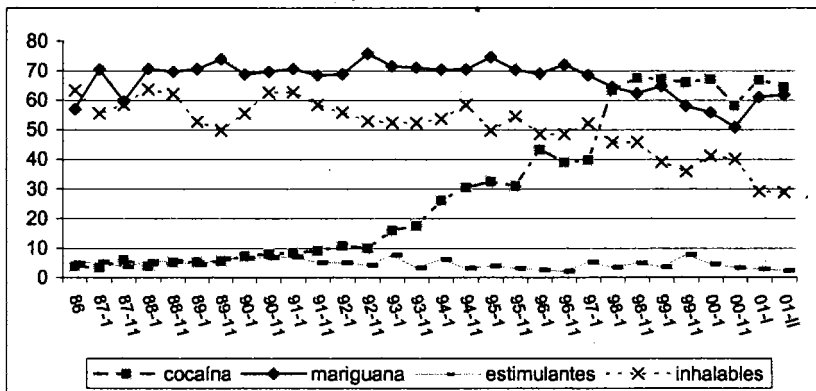
De acuerdo en la ENA 2002 el mayor índice de consumo se presenta en la región norte de la República Mexicana.

Tabla 7. Tendencia de Consumo de Drogas Ilegales por Regiones

Estados con mayor consumo de drogas ilegales	Consumo de drogas ilegales
Región Norte Baja California Norte y Sur, Sonora, Chihuahua, Sinaloa, Durango, Coahuila, Nuevo León, San Luis Potosí, Tamaulipas	7.45%
Región Centro Nayarit, Guadalajara, Colima, Zacatecas, Aguascalientes, Guanajuato, D.F., Edo. de México, Morelos, Puebla, Hidalgo, Querétaro, Michoacán	4.87%
Región Sur Guerrero, Veracruz, Oaxaca, Chiapas, Campeche, Yucatán, Quintana Roo, Tabasco.	3.08%

Las tendencias de uso de alguna vez en la vida de drogas ilegales han variado entre los años de 1986 a 2001 de acuerdo al SRID 2001. Percibiéndose un aumento significativo en el consumo de cocaína, la cual se mantiene con un aumento paulatino entre 1986 y 1992 (variando del 3.9% al 10%), disparándose en 1993 (17.5%) y 1995 (32.6%), teniendo el más alto índice 1998 (67.5%) continuando la tendencia hasta el 2001. Referente a la marihuana se ha mantenido un consumo alto, donde su máximo consumo se presentó en 1992 (75.8%) y el más bajo fue en el 2000 con un 50.8%. Los inhalables presentan un consumo menor respecto a la marihuana, de 1986 a 1994 se presenta un consumo promedio de 55.6% decreciendo a partir de 1994 (49%), y el pico más bajo fue en el 2001 (28.8%). Y los Estimulantes muestran un uso constante pero mucho menor en comparación a las drogas mencionadas anteriormente, tendiendo su máximo consumo en el 2000 (7.8%) y su mínimo en 2001 (2.4%), tendiendo un promedio de consumo de 4.7%, ver grafica 3. El 0.44% de la población total entrevistada en la ENA 2002 de 12 a 65 años presenta 3 síntomas o más de dependencia.

Grafica 3. Tendencias de uso alguna vez en la vida de drogas ilegales por año.



*Datos retomados del SRID 2001

Marihuana

Es la droga de mayor consumo, sin considerar al tabaco o al alcohol, 2.4 millones de personas la han probado alguna vez en una proporción de 7.7 hombres por cada mujer. Poco más de 2 millones 3.87% viven en población urbana y el resto en la población rural (385,214 personas) que representan el 3.48 % de la población entre 12 y 65 años. Cuando únicamente se considera a los hombres urbanos la proporción

de uso aumenta 7.58%, y en el grupo entre 18 y 34 años que es el más expuesto, la proporción aumenta 10.01%.

Cocaína

La cocaína ocupa el segundo lugar en las preferencias de la población, el 1.44% de la población urbana la ha usado y por cada 4 hombres que la consumen hay una mujer. La mayor proporción de usuarios oscila entre las edades de 18 y 34 años

Otras drogas

Después de la marihuana y la cocaína, siguen en orden de preferencia, durante el año 2002, los inhalables (0.08%) y los estimulantes de tipo anfetamínico (0.04%) y en último lugar la heroína (0.01%) y los alucinógenos(0.01%). En el grupo de 12 a 17 años, el índice de consumo de inhalables es ligeramente superior al de cocaína.

Drogas médicas

En el consumo de drogas médicas fuera de prescripción, destacan los tranquilizantes (0.68%), el segundo lugar las anfetaminas y otros estimulantes (0.34%), en tercer lugar los sedantes (0.24%) y por último los opiáceos (0.09%). Estas sustancias se consumen principalmente en zonas urbanas y la proporción similar por sexo. El grupo de individuos donde existe una mayor prevalencia de consumo es entre los 35 y 65 años de edad.

Se ha observado una ligera disminución del consumo de drogas ilegales entre la ENA de 1998 y la ENA 2002. En cambio en las drogas médicas como son los tranquilizantes, sedantes y anfetaminas se observa el mismo consumo.

Tabla 8. Tendencias de Consumo de drogas ilegales en 1998 y el 2002

Droga	ENA 1998	ENA 2002
Marihuana	1.03	0.61
Inhalables	0.15	0.09
Cocaína	0.45	0.38
Alucinógenos	0.03	0.01
Heroína	0.02	0.01
Cualquier droga ilegal	1.23	0.82
Tranquilizantes	0.3	0.3
Sedantes	-	0.13
Anfetaminas y otros estimulantes	0.1	0.11

Problemas derivados del consumo

La intoxicación aguda de alcohol es un factor de riesgo de ocurrencia de accidentes y actos de violencia. En México, en relación con lo anterior, han surgido los siguientes estadísticos:

ENA 2002 describe que los problemas más frecuentes son:

- Discusiones o peleas con la esposa o compañera mientras bebían, 12% de la población rural y 11.6% en la población urbana.
- Problemas con las autoridades (8.4 % en la zona urbana y 3.7 % en la zona rural).
- Arrestos por manejar bajo los efectos del alcohol (3.2% zona rural y 2.4% zona urbana).

El Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas 2001, reporta los siguientes datos sobre el impacto de abuso de alcohol:

- Intentos de suicidio.
- En la Encuesta de estudiantes de enseñanza media y media superior 1999, indica que se presentan conductas de riesgo tales como tener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol, presentándose en un 23% de la población adolescente.
- De acuerdo a la SSA, durante el periodo 1980-1994, el 10% del total de las defunciones en accidentes de tránsito de vehículos entre jóvenes de 15 y 19 años, aumentando el 13% entre los jóvenes de 20 y 24 años.

- Uno de cada cinco ingresos en urgencias por eventos traumáticos, presenta niveles positivos del alcohol en sangre.
- Se incrementa siete veces el riesgo de ingresar a un servicio de urgencias por traumatismo, relacionados por violencia infligida por otros o autoinfligida.
- El 29% de las mujeres adultas ha sufrido violencia física por parte de su pareja bajo la influencia de los efectos del alcohol.
- En 9% de las personas con abuso de alcohol padecen de un desorden afectivo, éste se incrementa al 18% cuando se considera los casos de dependencia.
- La mortalidad por cirrosis hepática alcanza una tasa de 48.6 muertes por cada 100.000 habitantes

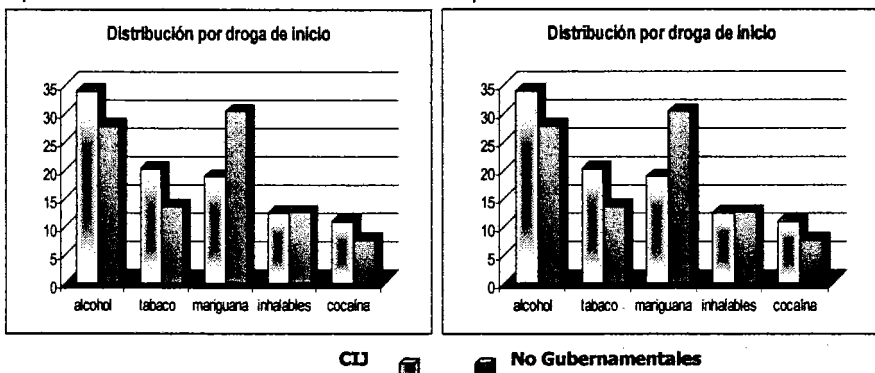
La ENA 2002 indica que el 0.44% de la población total entrevistada presenta síntomas de dependencia (0.55% de la población urbana), siendo los principales problemas físicos las convulsiones e infecciones.

Del Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones 2001 (SEED), describe que la proporción de muertes por accidentes, visibles y homicidios estuvieron asociadas a consumo de drogas (37.7%), registrando específicamente al mes 42,1249 de las cuales 4355 (1%) fueron codificadas (CIE10) como debidas a consumo de drogas incluyendo al alcohol y al tabaco. De ellas el 92% correspondieron al género masculino (4024) y 8% al femenino (329). Las defunciones relacionadas con el consumo de alcohol por grupo de edad se ubican entre los grupos de 45 a 64 años y de 65 y más años de edad; descendiendo en los grupos más jóvenes. Por el contrario las defunciones, por uso de drogas, muestran las tasas más elevadas entre los grupos de 25 a 44 años de edad y de 15 a 24 años, disminuyendo en edades mayores.

SISVEA 2001, indica que entre los menores infractores los delitos cometidos se efectuaron principalmente bajo la influencia de la marihuana, alcohol e inhalables.

En México, el tabaquismo es responsable de más de 44 000 muertes al año; lo que equivale aproximadamente a 122 muertes diarias a causa de enfermedades relacionadas con su consumo, como: cáncer pulmonar, enfisema, bronquitis crónica, enfermedades cerebro vasculares y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

La ENA 2002 indica que existe una proporción muy baja de los usuarios de drogas que han solicitado ayuda. Cabe destacar que generalmente tanto aquellos que han usado una o más drogas, como quienes ya presentan problemas físicos han acudido principalmente a grupos de atención médica o con algún médico privado. Asimismo acudir con un sacerdote es una práctica común.



Gráfica 4. Comparación de la distribución de droga de inicio y droga de mayor impacto entre CJJ y ONG.

Los Centros de Integración Juvenil al igual que otros Centros de tratamientos No Gubernamentales reportan que entre las personas que acudieron a solicitar ayuda la droga de inicio, suelen ser el alcohol, el tabaco y la marihuana; pero por la droga que deciden ingresar al tratamiento, la de mayor impacto, es la cocaína seguida por la marihuana, y para las ONG el segundo lugar se encuentra la heroína; informa el SISVEA en el 2001. Las diferencias significativas encontradas por género destacan que las mujeres tienden acudir más tempranamente a tratamiento que los hombres, sin embargo el mayor índice de consumo se presenta en los hombres.

CAPÍTULO 3.
TRATAMIENTOS EN
ADICCIONES

TRATAMIENTOS EN ADICCIONES

Como se expuso en los capítulos de adicciones y epidemiología existe una serie de consecuencias adversas debido al uso, abuso y dependencia de drogas que constituyen un grave problema de salud pública, teniendo importantes consecuencias negativas que trascienden el ámbito de la salud individual, en la familia, en la escuela, en el trabajo y la sociedad, manifestándose a través de accidentes, conducta violenta, enfermedades asociadas al consumo específico de determinada droga, conducta sexuales riesgosas, trastornos psiquiátricos, alteraciones en la gestación del embarazo etc., por lo cual, se han desarrollado diversos tratamientos en adicciones, con el objetivo de disminuir la prevalencia de abusadores de drogas.

Los modelos en los que la adicción es entendida como una enfermedad sugieren que los individuos no son responsables de cambiar su comportamiento, y no han logrado explicar el porque esos individuos son capaces de sobreponerse a sus adicciones sin ningún tratamiento o ayuda profesional. En los modelos que se apoyan en la teoría cognitivo-conductual, parten de la lógica de que toda persona puede controlar y modificar su conducta debido a que todo hábito o patrón aprendido puede ser modificado conciente y responsablemente por el individuo (citado por Ayala Velásquez et al 2001).

Los tratamientos para conductas adictivas varían según el enfoque teórico en el que se guíen, tipo de droga de consumo, el grado de dependencia del usuario y características específicas del paciente, pueden incluir terapia de comportamiento (como asesoramiento, terapia cognitiva, o psicoterapia, etc.) o de medicamentos o la combinación de ambos. Las metas de un tratamiento para adicciones, son que el individuo vuelva a funcionar dentro de la familia, el trabajo y la comunidad, pues buscan reducir el uso de drogas, los problemas asociados de la salud y la sociedad (NIDA, 2003).

El Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA) propone diversos principios de los tratamientos efectivos, de los cuales se retomaron los siguientes puntos:

- No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas.
- El tratamiento debe estar fácilmente disponible en todo momento.
- El tratamiento efectivo debe abarcar las múltiples necesidades de la persona, no solamente su uso de drogas.
- El plan de tratamiento del paciente debe ser continuamente evaluado y, de ser el caso, modificado para asegurar que el plan se mantenga a la par con los cambios en las necesidades de la persona.
- El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser constantemente supervisado.

Entre los tratamientos examinados por el NIDA que cumplen con los principios de efectividad se encuentran: la prevención de las recaídas, el modelo matriz, la psicoterapia de apoyo y expresiva, la terapia para realzar la motivación, la terapia de comportamiento para adolescentes, la terapia familiar multidimensional para adolescentes, la terapia multisistemática, el enfoque de refuerzo comunitario (CRA) con comprobantes, La terapia de refuerzo basada en comprobantes dentro del tratamiento de mantenimiento utilizando metadona, el tratamiento diurno con contingencias para la abstinencia y con comprobantes, y el tratamiento residencial a largo plazo.

Medicamentos terapéuticos

Farmacoterapia: En el caso de toxicómanos con alta dependencia, los medicamentos prescritos por médicos especialistas, necesarios para contener el síndrome de abstinencia y las ansias de consumir la droga, el control de síntomas y cuadros psiquiátricos, aumentan la posibilidad de que continúe en el tratamiento enfocado a su comportamiento. El método primario de abstinencia con asistencia médica consiste en hacer que el paciente use otra droga comparable a la que produce un síndrome de abstinencia, más leve, que reduce paulatinamente el medicamento sustituido hasta eliminarlo completamente (NIDA, 2003).

Terapia individual

Escuela psicoanalítica: las técnicas utilizadas son la interpretación del contenido latente en el lenguaje verbal y no verbal, asociación libre, aclaración, confrontación, información, señalamiento entre otras (Berruecos Villalobos et al, 1994). A través de la transferencia, se recomienda no exigir desde el inicio de la terapia la abstinencia, considerándose eventuales recaídas. Se abordan las experiencias precoces, situación familiar y desarrollo de la personalidad. Realizando un análisis de los siguientes componentes: comprender y entender tanto el afecto como la significación ante el consumo; tomar en cuenta, tipo de droga (s), forma de consumo (s), posibilidad de comorbilidad, depresión u otro cuadro psicopatológico; y las influencias socio históricas.

Psicoterapia breve: técnica de corte psicoanalítica, con tiempo y objetivos limitados, no mayor de 30 sesiones, se utilizan para síntomas o desadaptaciones que eligen alivio lo más rápido posible, por su naturaleza destructiva; y la tarea es traerlos al consciente y en consecuencia a su manejo y superación (Berruecos Villalobos et al, 1994).

Intervención en crisis: son procedimientos existentes y estrategias para abordar y dar respuesta a un evento está provocando un desequilibrio en el sistema (individuo, familia), que pudiera desencadenar riesgos de romper el sistema. La intervención termina cuando éste se hace cargo de su propio equilibrio y estabilidad. (Berruecos Villalobos et al, 1994).

La Psicoterapia de apoyo y expresiva: es de tiempo limitado, adaptada para individuos adictos a la heroína y a la cocaína. La terapia tiene dos componentes principales: técnicas de apoyo para ayudar a los pacientes a sentirse cómodos cuando hablan de sus experiencias personales; técnicas expresivas para ayudar a los pacientes a identificar y a resolver cuestiones de relaciones interpersonales; se presta atención especial al papel que desempeñan las drogas con relación a los sentimientos y comportamientos problemáticos, y cómo se pueden resolver los problemas sin recurrir a las drogas (NIDA, 2003).

Terapias enfocadas en la familia.

Psicoterapia familiar: Este modelo visualiza al grupo familiar como un sistema abierto, con interacciones y estructuras, que le permite funcionar homeostáticamente. El síntoma es una parte integrante de la organización del sistema familiar, a ser vista como una forma de comunicación al grupo; aparece como parte necesaria pues su ausencia obligaría a los miembros de la familia a buscar una forma de equilibrio distinta y no mediante el síntoma adictivo (Berruecos Villalobos et al, 1994).

La terapia familiar multidimensional (MDFT) para adolescentes: examina el uso de drogas de los adolescentes en términos de una red de influencias (es decir, del propio individuo, de la familia, de compañeros, de la comunidad). El tratamiento incluye sesiones individuales y de toda la familia. Durante las sesiones individuales, se trabaja toma de decisiones, negociación, y habilidades para resolver problemas. Los jóvenes adquieren capacidad para comunicar sus pensamientos y sentimientos, para poder manejar mejor las presiones de la vida y obtienen destrezas vocacionales. Se realizan sesiones paralelas con miembros de la familia donde se examinan su estilo particular de educar a sus hijos (NIDA, 2003).

La terapia multisistemática (MST): Maneja los factores asociados con comportamientos serios antisociales en niños y adolescentes que abusan de drogas. Son tratamientos intensivos en ambientes naturales (en sus casas, escuelas, y la vecindad), reduce significativamente el uso de drogas en los adolescentes durante el tratamiento y por lo menos hasta seis meses después del mismo (NIDA, 2003).

Psicoterapia grupal: Se percibe al grupo como un sistema abierto y permite la entrada del mundo real y del imaginario, con objeto de poder cambiar las imágenes primarias y el propio sentido del síntoma adictivo entre otros. El desplazamiento y la proyección permite que la emergencia del contenido latente del discurso salga con mayor rapidez y el terapeuta utiliza interpretación al individuo y al grupo, utilizando al individuo como vehículo para descifrar el contenido latente del grupo, pues este último es entendido como un todo y la fantasía individual se ve representada en el grupo mismo, se pretende el crecimiento

de los miembros del grupo y del terapeuta común integrante del mismo. (Berruecos Villalobos et al, 1994).

Grupos Terapéuticos

Comunidad Terapéutica: Es una modalidad de tratamiento residencial se ajustan a sus respectivos modelos culturales y sociales, para personas de cualquier sexo y edad. El objetivo es que la persona pase de su dependencia a la autonomía personal. Todo el proceso que realiza el usuario de autoconocimiento personal y de reinserción familiar, social y laboral, le permite volver a la sociedad como un ciudadano normal y su drogadicción se convierte así en un episodio más de su pasado. La terapia es la comunidad terapéutica misma; el residente aprende a ser capaz de responder al estrés de una manera positiva y activa, pierde el temor al fracaso (NIDA, 2003).

El tratamiento residencial a largo plazo: Suministra cuidados 24 horas al día, generalmente en ambientes que no son hospitales. El modelo de tratamiento residencial mejor conocido es el de la comunidad terapéutica (TC), pero los tratamientos residenciales también pueden emplear otros modelos, como el de terapia de comportamiento cognitivo conductual. (NIDA, 2003)

Grupos de Autoayuda: El modelo de autoayuda, es un método catártico el cual se presta para ser analogía con otras técnicas más complejas como son la identificación proyectiva que se facilita a través de la exposición repetida del historial, además de permitir al adicto el autoanálisis de conductas compulsivas; por otra parte la guía y el consejo son expresados mediante el apadrinamiento, el cual es propiciado por un adicto de mayor tiempo dentro del programa y cuya abstinencia y aplicación le han dado mayor experiencia, a un integrante de menor tiempo que lo elige por tener mayor identificación con su propia experiencia adictiva y vivencial. En los grupos de autoayuda los objetivos a desarrollarse son: descubrir modos diferentes y propicios para interrelacionarse, aumentar la autoestima y la auto eficiencia, mejorar su relación con el medio, estimular la esperanza, ver la realidad desde una óptica diferente, obtener apoyo de los compañeros del grupo, sentirse acompañado durante el trayecto del tratamiento, ganar en seguridad y fomentar la capacidad de ayudar y ser ayudado. Dentro de estos programas se encuentran Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos.

Los doce Pasos del Programa de Recuperación de A. A.

- 1º "Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol; que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables".
- 2º "Llegamos a creer que un Poder Superior a nosotros mismos podría devolvémos el sano juicio".
- 3º "Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, tal como lo concebimos".
- 4º "Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos".
- 5º "Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos".
- 6º "Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos librase de todos estos defectos de carácter".
- 7º "Humildemente le pedimos que nos librase de nuestros defectos".
- 8º "Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos".
- 9º "Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros".
- 10º "Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente".
- 11º "Buscamos, a través de la oración y la meditación, mejorar nuestro contacto consciente con Dios, tal como lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla".
- 12º "Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos Pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos".

Alcohólicos Anónimos (A.A.) El programa que A.A. sugiere se basa en Doce Pasos diseñados para la recuperación personal del alcoholismo. Los alcohólicos anónimos continúan identificándose como alcohólicos aun cuando llevan varios años sin probar el alcohol; no dicen que están "curados". Saben que cuando una persona pierde la capacidad de controlar su forma de beber, no podría volver a hacerlo de forma controlada. Dicho de otra manera, nunca puede convertirse en un "ex-alcohólico", pero sí puede llegar a ser un alcohólico en recuperación.

Narcóticos Anónimos: Es una confraternidad o asociación, compuesta por adictos en recuperación que se reúnen con regularidad para ayudarse mutuamente a permanecer "limpios". Este es un programa de abstinencia completa de todo tipo de drogas. Puede ingresar cualquier persona, sin que importe su edad, raza, preferencia sexual, credo, religión ni la falta de esta última. El programa se basa en la Práctica de los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos. Se caracteriza por: Anonimato, un Modelo no médico, un grupo bajo la dirección de exadictos, un medio desculpabilizante: dónde percibe que hay otros como él adicto, existe un efecto de control por el grupo, la aceptación es libre, se utilizan refuerzos positivos, se les felicita y estimula, y se busca la conducción hacia otros gustos agradables.

Antecedentes de los Tratamientos Cognitivo Conductuales

Los modelos de mayor impacto, que sirven de base para los tratamientos de conductas adictivas, dentro la psicología han sido básicamente los de enfoque cognitivo conductual. (Vázquez Reyes, 2002). Este modelo se apoya en los avances sobre el condicionamiento clásico, el aprendizaje, y el condicionamiento operante.

La Terapia Cognitiva surgió con la intención de ser un sistema alternativo debido a que en Europa predominaba en la psicoterapia la orientación psicodinámica y en América la psicoterapia, influida por la Psicología Conductual (Caro Gabalda, 1997).

La terapia conductual no tomaba en cuenta la historia del individuo sino que se situaba en el ahora, las conductas aprendidas que se podían extinguir y adquirir nuevo aprendizaje, no mostró diferencias significativas con otras intervenciones en cuanto a la eficacia (Caro Gabalda, 1997).

A principios de los años 60s, Bandura desarrollo la teoría del aprendizaje Social, cuyos principios indican por un lado que los individuos obtienen un aprendizaje a través de la observación de modelos, es decir, el aprendizaje vicario o efecto del modelado, por otro lado, hace énfasis en que lo que ocurría dentro de la "caja negra" pues no era un proceso *automático* sino un proceso *mediado* por la cognición humana. El modelo de máquina comenzó a ser reemplazado por un modelo de procesamiento de información. El foco del problema cambió de la conducta externa a la conducta interna, es decir, a situaciones privadas tales como pensamientos e imágenes. (Caro Gabalda, 1997)

En los años 70s Maichenbaum establece que el cambio de conducta se lleva a cabo a nivel de estructura y procesos cognitivos. A través de la denominación de modificación cognitiva de conducta, Apoyado en autores como Vigotsky que habla de que existe un discurso privado que sirve como un regulador importante de la conducta, que inician como autoverbalizaciones externas para volverse encubiertas que forman un diálogo interno. A partir de estas observaciones desarrollo programas de entrenamiento que son la base de su teoría de la modificación cognitivo – conductual. (Caro Gabalda, 1997)

Mahoney (1974, citado por Caro Gabalda, 1997) introduce el término cognición en modificación de conductas, desarrolla la técnica de solución de problemas para resolver problemas interpersonales.

Meichenbaum y Cameron (1982, citado por Caro Gabalda, 1997), parten de las bases teóricas de la terapia de conducta, hacen énfasis sobre las cogniciones, es decir se centran en las creencias, las atribuciones, expectativas y autoinstrucciones. Las técnicas propias de la terapia cognitivo conductual, que desarrolla Meichenbaum, destacan la reestructuración cognitiva, la inoculación del estrés y el afrontamiento de situaciones.

La Terapia Racional Emotiva desarrollada por Ellis en 1955, sugiere que las creencias irracionales acarrear perturbaciones o desadaptaciones por lo que trabaja en la reestructuración de las creencias (Caro Gabalda, 1997).

La Terapia cognitiva de Beck, propone un modelo cognitivo en el que describe los pensamientos automáticos, las distorsiones cognitivas, esquemas o sistemas de creencias y distorsiones de pensamiento que hacen que los individuos manifiesten trastornos emocionales, la terapia se interesa en la reestructuración cognitiva. En cuanto a las técnicas propuestas para esta terapia se utiliza la auto observación y registro de asociaciones entre situaciones, pensamientos y sentimientos; el examinar la evidencia, ensayar la evidencia, el ensayar atribuciones alternativas, la auto observación de la distorsión debida a ciertos esquemas (Beck, 2000).

Las Terapias Cognitivas en la actualidad han formulado su teoría de diversas fuentes y la han mejorado. Se han clasificado en dos grandes grupos, dentro del primero se contemplan las Terapias cognitivas que incluyen a las de reestructuración cognitiva y las construccionistas, y en el segundo grupo se contemplan las Terapias cognitivo – comportamentales. Estos dos modelos terapéuticos parten de modelos epistemológicos distintos (Lega, Caballo y Ellis, 2002).

Las terapias cognitivas que parten de los modelo de Beck y Ellis, se encuentran estructuradas y limitadas a un tiempo durante el cual se modifican las actividades defectuosas del procesamiento de Información, estas actividades defectuosas, se manifiestan en un trastorno psicológico. Se busca corregir las cogniciones distorsionadas que parten de creencias desadaptativas (Lega et al, 2002).

Las Terapias cognitivo – comportamentales parten de la terapia de conducta, han sido desarrolladas por teóricos con entrenamiento conductual. El concepto "cognición" dentro de la Terapia Cognitivo – Conductual se refiere a verbalizaciones concientes o de fácil acceso a la conciencia, como "un pensamiento específico", tal como la autocrítica, un deseo que tenga contenido verbal, una interpretación, una auto instrucción, etc., conceptualizan el pensamiento como un conjunto de autoenunciados encubiertos (conductas privadas) que puede verse influido por las mismas leyes del condicionamiento que influyen en otras conductas manifiestas. Muchas de las terapias cognitivo–conductuales son activo–directivas, ya que incluyen, en gran medida, la enseñanza, la estimulación, asignación y supervisión de tareas para llevar a la casa (Caro Gabalda, 1997).

La Terapia Cognitivo Conductual ha dirigido su atención a diversas poblaciones. El proceso de evaluación psicológica permite conocer la línea base de la conducta, las alteraciones producidas a lo largo del tiempo, la frecuencia y/o intensidad de la variable considerada.

La evaluación es objetiva, busca obtener resultados cuantitativos (frecuencia de respuestas o grado de creencia de un conjunto de ítems que se refieren a pensamientos o creencias individuales); el momento evaluado es el presente o pasado cercano, el resultado suele ser un diagnóstico específico. Los formatos

que utilizan son instrumentos de evaluación que mantienen una norma y estadística (estandarizados y validados) entre los que se utilizan son cuestionarios auto administrados (Caro Gabalda, 1997).

Las características de los modelos cognitivos descritas por Caro Gabalda (1997) son:

- a) Son generalmente educativas, de tiempo limitado, se centran en problemas-meta específicos.
- b) La relación terapéutica que se distingue por la colaboración entre terapeuta y cliente.
- c) Los trastornos emocionales y la conducta son una función de los trastornos en los procesos cognitivos
- d) El foco está en cambiar cogniciones para producir los cambios deseados en el afecto y la conducta

Los tratamientos Cognitivos Conductuales han demostrado un alto grado de eficacia por lo que se han adaptado a diversos problemas de salud pública, como es el caso de las conductas adictivas.

Las estrategias y procedimientos comúnmente utilizados en los tratamientos para conductas adictivas son:

1. Conocimiento del nivel de autoeficacia del usuario
2. Técnicas de autocontrol (autoselección de metas)
3. Análisis funcional de la conducta
4. Programa de solución de problemas

Terapia Cognitivo Conductual

De los tratamientos bajo el enfoque Cognitivo Conductual para conductas Adictivas evaluados por el Instituto Nacional de Drogas (NIDA) se encuentran:

La prevención de las recaídas: Es una terapia del alcoholismo y adaptada para adictos a la cocaína. Los individuos aprenden a reconocer y corregir los comportamientos problemáticos. La prevención de recaídas abarca varias estrategias de comportamiento cognitivo que facilitan la abstinencia al igual que proveen ayuda para personas que experimentan recaídas, realzando el auto control. Un elemento central de este enfoque es poder anticipar las dificultades que los pacientes puedan encontrar y ayudarles a desarrollar estrategias efectivas para hacerle frente a estos problemas (NIDA, 2003)

La terapia para incrementar la motivación: Es un enfoque que se centra en el cliente y sirve para iniciar cambios de comportamiento ayudando a resolver la ambivalencia sobre si participar en el tratamiento y detener el uso de drogas. Este enfoque emplea estrategias para producir cambios rápidos y de motivación interna en el cliente, en vez de guiarlo por cada paso del proceso de recuperación. Se utilizan principios de entrevistas para fortalecer la motivación del paciente y formular un plan para los cambios que el paciente realizará. Se sugieren estrategias de enfrentamiento para situaciones de alto riesgo y se discuten estas estrategias con el cliente. En las sesiones subsiguientes se continúa alentando al paciente para que se comprometa a cambiar o a mantener su abstinencia (NIDA, 2003).

La terapia de refuerzo basada en comprobantes dentro del tratamiento de mantenimiento utilizando metadona: Durante el cual a los pacientes se les entrega un boleto cada vez que ellos proporcionan una muestra de orina sin indicios de drogas y estos tienen un valor monetario y puede ser cambiado por mercadería y servicios que sean consistentes con las metas del tratamiento. La contingencia de acrecentar los incentivos está diseñada específicamente para reforzar períodos sostenidos de abstinencia de drogas. (NIDA, 2003)

El tratamiento diurno con contingencias para la abstinencia y con comprobantes: para adictos de "crack" que viven en las calles, los participantes tienen la obligación de pasar 5.5 horas diarias dentro del programa, el cual los provee de alimentación y albergues. Entre las intervenciones que forman parte de este tratamiento están incluidos una evaluación individual y el establecimiento de metas, terapia individual y de grupo, grupos múltiples psicoeducacionales; y reuniones comunitarias gobernadas por los pacientes durante las cuales los pacientes revisan las metas de los contratos y se dan apoyo y

estimulación entre ellos. Al terminar el tratamiento y mostrarse abstinentes continúan con un componente de trabajo. (NIDA, 2003).

Terapia combinada de comportamiento y reemplazo de la nicotina: tiene dos componentes principales: el parche de nicotina transdermal, o el chicle de nicotina, que reduce los síntomas de reajuste, produciendo una mejor abstinencia inicial; y el componente de comportamiento, que concurrentemente suministra apoyo y refuerzo de técnicas de enfrentamiento, produciendo mejores resultados a largo plazo (NIDA, 2003).

Modelo Matriz: Este provee un sistema para lograr que los abusadores de estimulantes entren en tratamiento y ayudarlos a lograr la abstinencia. Los pacientes aprenden sobre asuntos críticos de la adicción y de la recaída, reciben dirección y apoyo de un terapeuta entrenado, se familiarizan con los programas de auto ayuda, y son supervisados para controlar el uso de drogas por medio de los análisis de orina. El programa incluye instrucción para los miembros de la familia afectados por la adicción (NIDA, 2003).

La terapia de comportamiento para adolescentes: Se recolectan muestras de orina regularmente para supervisar si hay algún uso de drogas. La terapia pretende equipar al paciente para que adquiera tres tipos de control: *el control del estímulo*, que ayuda a los pacientes a evitar situaciones asociadas con el uso de drogas y a aprender a pasar más tiempo en actividades incompatibles con el uso de drogas; *el control del impulso*, que ayuda a los pacientes a reconocer y a cambiar los pensamientos, los sentimientos y los planes que los llevan al uso de drogas; *el control social*, que involucra a miembros de la familia y otras personas que sean importantes para el paciente para que le ayuden a evitar las drogas (NIDA, 2003).

El Enfoque de Refuerzo Comunitario (CRA) con comprobantes: tiene una duración de 24 semanas, con el objetivo lograr abstinencia de la droga por suficiente tiempo para que los pacientes aprendan nuevas técnicas de vivir que les ayuden a mantener dicha abstinencia. Se brinda terapia individual, para mejorar su relación familiar, aprenden una variedad de técnicas para disminuir el uso de drogas, se les otorga asesoramiento vocacional, se desarrollan nuevas actividades recreativas y redes sociales. Y proporcionan muestras de orina, reciben comprobantes por cada muestra libre de cocaína, los intercambian por mercadería que sea consistente con un estilo de vida libre de droga (NIDA, 2003).

Debido a la eficacia que caracteriza a los modelos terapéuticos Cognitivo-Conductuales para poblaciones con dependencia a alguna sustancia adictiva, es que en México se han retomando estos modelos de atención, a nivel de prevención, ya que cuentan con la característica de fácil adaptación a las diferentes culturas. Según se ha demostrado en diversos estudios el uso de este tipo de modelos terapéuticos, han disminuido los costos, beneficiando a amplios sectores en diversas poblaciones, en especial a poblaciones con escasos recursos debido a que mantienen un buen margen de adaptación y utilizando períodos breves para el tratamiento.

Tratamientos para Adicciones en México

El Diario Oficial de la Federación del 15 de Septiembre del 2000, publico la norma Oficial Mexicana (NOM-028SSA2-1999) para la prevención, tratamiento y control de las Adicciones, cuyo objetivo es establecer los procedimientos y criterios mínimos de calidad para la atención de las adicciones de acuerdo con el consenso de todos los sectores interesados en este quehacer.

Su aplicación es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para los prestadores de servicios del Sistema Nacional de Salud, así como en los establecimientos de los sectores público, social y privado que realicen actividades preventivas, de tratamiento y control de las adicciones. (Belsasso, 2001)

En la prevención se dirigen acciones correctivas para evitar y reducir el consumo de sustancias, así como disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de dicha sustancias; los tratamientos deben tener como objetivo el logro y mantenimiento de la abstinencia y el fomento de los estilos de vida saludables; en investigación tiene por objeto determinar las características y tendencias del

programa, así como su magnitud e impacto individual, familiar y colectivo; además se llevarán a cabo procedimientos de vigilancia epidemiológica dentro de las instituciones donde se crearon los programas ya sea de prevención o tratamiento, con la finalidad de obtener los resultados esperados, y que se cumplan en medida los objetivos por lo cual fueron creados.

Se han realizado en el país diversos esfuerzos para crear modelos que den respuesta a las necesidades específicas de la población entre los que se encuentran el puesto en marcha por Centros de Integración Juvenil, denominado "Para vivir sin drogas"; el creado por el Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos, A.C., Chimalli; el establecido por la Secretaría de Educación Pública, PEPCA y el Modelo preventivo "Construye tu vida sin adicciones", implantado, por la Secretaría de Salud, en toda la República a través de los Consejos Estatales contra las Adicciones. (Belsasso, 2001)

La SSA cuenta con diversos servicios donde se atienden casos con problemas de adicción, como son los servicios de salud mental ambulatorios en los 26 consultorios de psiquiatría y 50 de psicología ubicados en hospitales generales y centros de salud en todo el país, al igual que en los tres Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM) que funcionan en el Distrito Federal. También en sus hospitales de psiquiatría ubicados en diversos puntos del país se brinda atención a la comorbilidad psiquiátrica y se utilizan diversas modalidades de psicoterapia; además cuentan con servicios ambulatorios y otros que incluyen internamiento.

La Secretaría de Gobernación ha establecido servicios de psiquiatría en su red de Reclusorios y Centros de Readaptación Social en el país, en los que se da atención a farmacodependientes implicados en actos delictivos. (Belsasso, 2001)

Se debe hacer hincapié en el quehacer de los grupos de ayuda mutua que dan respuesta a las necesidades de tratamiento de la comunidad, a través de diversos modelos de probada eficacia, estos grupos atienden, no sólo a la población con mayores carencias económicas, sino aquellas personas con más alto grado de severidad en la adicción. Como es el caso de Alcohólicos Anónimos, de Drogadictos Anónimos, Narcóticos Anónimos y Neuróticos Anónimos (Belsasso, 2001).

Existen líneas de orientación telefónica en adicciones como la de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, la de la Procuraduría General de la República, el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL), LOCATEL y Acercatel de Casa Alianza, los CIJ cuentan con un servicio nacional de orientación telefónica, para canalizar a las personas que así lo requieren a sus propios centros de tratamiento, y el CONADIC con el Servicio de Orientación Telefónica para la referencia y contrarreferencia de casos. (Belsasso, 2001)

Existen además comunidades terapéuticas como la Fundación Hogar Integral de la Juventud, Monte Fénix y la Comunidad Terapéutica de la Fundación Ama la Vida en el Distrito Federal. Del sector privado y social ofrecen distintas modalidades terapéuticas específicas para los adictos, que incluyen la terapia individual, y/o la participación de grupos de ayuda mutua para los farmacodependientes y sus familiares. Entre los más importantes están Monte Fénix, Centro de Integración para el Adicto y Familiares; el Hospital Español, la Clínica San Rafael, el Centro de Rehabilitación Terapéutica para las Adicciones (CRETA), la Clínica Especializada en Solucionar Alcoholismo y Dependencias (CESAD), la Fundación Juventud, Luz y Esperanza, y Asesoría Psicológica Katún en la ciudad de México.

Investigaciones sobre Tratamientos de Conductas Adictivas que se han llevado a cabo en México

En México, al igual que en otros países, la población a la que generalmente se han dirigido los programas de prevención y tratamiento para adicciones es a aquellos que tiene una alto nivel de dependencia, sin embargo, los individuos con dependencia baja o media tienen poca probabilidad de recibir tratamiento de acuerdo a sus necesidades.

En investigaciones de Medina Mora (1989), encontró que existe un mayor porcentaje de bebedores con dependencia baja y media en relación a los individuos que presentan una dependencia severa es decir,

personas que tienen un patrón de consumo denominado "explosivo" el cual se caracteriza por consumir alcohol de manera episódica y las ocasiones en que se consume se hace en grandes cantidades y en breves períodos de tiempo; los bebedores con un patrón de consumo "explosivo" o bebedores problema presentan una importante problemática individual, familiar y social (Ayala Velázquez et al., 2001).

Ayala et al. (2001), aplicaron un programa de tratamiento de autocontrol dirigido, de consulta externa, de enfoque cognoscitivo-conductual, su característica es de ser una intervención breve (cuatro sesiones), en el que el usuario se responsabilizó del cambio además de elegir su meta de tratamiento moderación o abstinencia. Se comparó el patrón de consumo antes del tratamiento y durante el período del tratamiento, en esta comparación se muestra una reducción en el consumo de alcohol, la mayoría de los usuarios seleccionaron la moderación; la mayoría evaluó el programa quedando satisfechos pues solucionaron su problema de consumo excesivo.

Por otro lado, Sobell & Sobell (1992, citado por Ayala et al. 2001), llevaron a cabo la investigación "Una alternativa de Intervención Breve Temprana para Bebedores Problema en México" cuyo objetivo primordial es el instaurar programas terapéuticos que propicien esquemas de intervención breve y temprana a una población de individuos con problemas de abuso en el consumo de alcohol. Este programa terapéutico que se deriva del programa desarrollado en Canadá denominado Autocontrol Dirigido de Sobell y Sobell.

Los programas de intervención breve cognoscitivo-conductual, representan las conductas adictivas como hábitos maladaptativos, sobreaprendidos que pueden ser analizados y modificados de manera similar a otros hábitos. El componente que guía las intervenciones es el Autocontrol, a través de éste proceso el individuo se convierte en el agente principal para dirigir y regular su propio comportamiento. Se emplean estrategias para manejar situaciones de alto riesgo para el consumo excesivo alcohol y estrategias para modificar estilos de vida dañinos (Ayala Velázquez et al., 2001).

La investigación demuestra que el programa de Autocontrol Dirigido por su brevedad, bajo costo y nivel de efectividad es apropiado para poblaciones con recursos económicos limitados, y pueden instrumentarse dentro de los servicios en un primer nivel de atención ya que la mayor parte lo los bebedores problema no tienen contacto con programas especializados de tratamiento con lo cual sería posible incidir a nivel de prevención secundaria, es decir, identificación temprana de personas que presenten un consumo de riesgo pero que no han manifestado síntomas crónicos de dependencia.

Tratamientos para conductas Adictivas que se apoyan en el modelo de Auto Cambio Dirigido dentro del centro de Servicios Psicológicos Acapulco

Dentro del Centro de Servicios Psicológicos Acapulco se desarrollan programas apoyados en las teorías Cognitivo Conductuales y la teoría del aprendizaje social, ya que son las herramientas de apoyo que mejor se han adaptado para lograr los objetivos. Parten del modelo de Autocambio Dirigido, mismo que se retomó de la Fundación para la Investigación de las adicciones en Toronto Canadá de Sobell y Sobell (1991), ya que en este programa se han desarrollado planes de tratamiento "efectivos" y menos "restrictivos" para ayudar al usuario a lograr sus metas y a tener una alta probabilidad de mantener sus logros, a la vez que exige un cambio menor en el estilo de vida total del usuario. El programa de auto cambio dirigido dentro del centro Acapulco originalmente se dirigió a bebedores problema, y de este se desprenden los programas: Tabaco, Cocaína, Adolescentes y Reforzamiento Comunitario (CRA).

Son tratamientos de intervención breve, que tienen el objetivo de incidir en la disminución del patrón de consumo y los problemas asociados. El usuario es visto no como un enfermo sino un individuo que aprendió un hábito de conducta desadaptativa y que puede ser modificada tras el aprendizaje de nuevos hábitos. Para el trabajo terapéutico retoman como principios la entrevista Motivacional, los programas de autocontrol y prevención de recaídas para desarrollar un cambio en el individuo.

Entrevista Motivacional: Método de asistencia directa centrado en el cliente, para promover una motivación interna de cambio a través de la exploración y resolución del problema. Se centra en ayudar a

la persona a liberarse de la ambivalencia que le conduce a ciclos repetitivos de conductas autodestructivas (Miller y Rollnick, 1999).

Prochaska y Di Clemente en 1982, indican que la entrevista motivacional permite facilitar la salida del potencial natural de cambio que posee cada individuo, puesto que es semiestructurada y no es confrontativa. Liberman, Yalom y Miles (1973), refieren que la confrontación como estilo terapéutico utilizada en problemas de adicción acarrea resultados contraproducentes y adversos, provocando una resistencia al cambio; la confrontación se utiliza solo como un objetivo para el cambio, a través, del impacto de los resultados del propio usuario. (Miller et al., 1999).

En el modelo de Entrevista Motivacional se identifican seis etapas del cambio o rueda de cambio en las que puede encontrarse el usuario:

- Precontemplación, la persona no considera la posibilidad de cambiar ya que no ha identificado tener un problema o que necesite ayuda o para resolverlo; por ello se le debe brindar información de las causas y las consecuencias del consumo excesivo.
- Contemplación, el usuario reconoce que tiene un problema, es un periodo de ambivalencia en el cual la persona considera un cambio y al vez lo rechaza.
- Determinación, se presenta cuando el individuo ya se encuentra a favor del cambio y se considera "motivado".
- Acción, es cuando el usuario se implica en acciones que le llevarán a un cambio.
- Mantenimiento, es sostener el cambio y prevenir recaídas.
- Recaída, sí se produce la tarea del individuo consiste en girar de nuevo alrededor de la rueda antes que permanecer inmóvil en dicha etapa.

A través de ocho pasos terapéuticos concretos y adecuados para facilitar un cambio beneficioso en el usuario, se puede incidir en la etapa del cambio en que se encuentre el usuario, dichos pasos son (Miller, 1999):

1. Ofrecer Consejo, claridad en la transmisión de consejo, así como la explicación de la importancia del cambio.
2. Eliminado obstáculos, se debe atenuar la falta de recursos del usuario, disminuir el tiempo de espera del usuario para recibir tratamiento, mantener un ambiente de pertenencia, adecuación cultural del modelo al usuario.
3. Ofreciendo alternativas, el usuario debe elegir entre varias alternativas terapéuticas, específicamente a sus metas.
4. Disminuyendo la deseabilidad, conducir al usuario al balance entre costos y beneficios.
5. Practicando la empatía, escucha reflexiva.
6. Ofreciendo Feedback, de los resultados obtenidos se crea un impacto respecto a la situación actual del usuario así como las consecuencias y riesgos.
7. Aclarando objetivos, a partir de la autoevaluación del usuario se determinan las metas.
8. Ofreciendo ayuda activa, facilitará el cambio a través de la motivación, mostrar disposición.

Los programas de autocontrol: son modelos de intervención más participativos, donde el sujeto diseña las estrategias para cambiar su conducta. Tiene como objetivo final que el individuo aprenda a ser su propio terapeuta, que asuma progresivamente su responsabilidad en el proceso de cambio, incorporando a su repertorio conductual todo lo aprendido de tal manera que sea capaz de ponerlo en marcha ante las situaciones que sea necesario. (Martínez Martínez, 2003).

Prevención de recaídas: son las estrategias para prever recaídas, que son parte del proceso natural de recuperación, es decir, se puede aprender de los errores y se conceptualiza la recaída como una nueva oportunidad para que ocurra un nuevo aprendizaje. Dentro del tratamiento se identifican las situaciones de alto riesgo de consumo, referentes a cualquier situación que amenace el sentido de control del individuo (autoeficacia) y se planean distintas formas de enfrentar cognitiva y conductualmente, se apoya en la construcción de mapas que muestran la localización de las situaciones de riesgo e interviene sobre sus expectativas para que sean más realistas y efectivas (Martínez Martínez, 2003).

Autoeficacia: Definida por Bandura (1982), como la creencia de la persona en su habilidad para llevar a cabo o afrontar con éxito una tarea específica (Miller, 1999).

Las técnicas centrales, de los tratamientos breves de enfoque cognitivo conductual, desarrollados son (Ayala Velázquez, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1995):

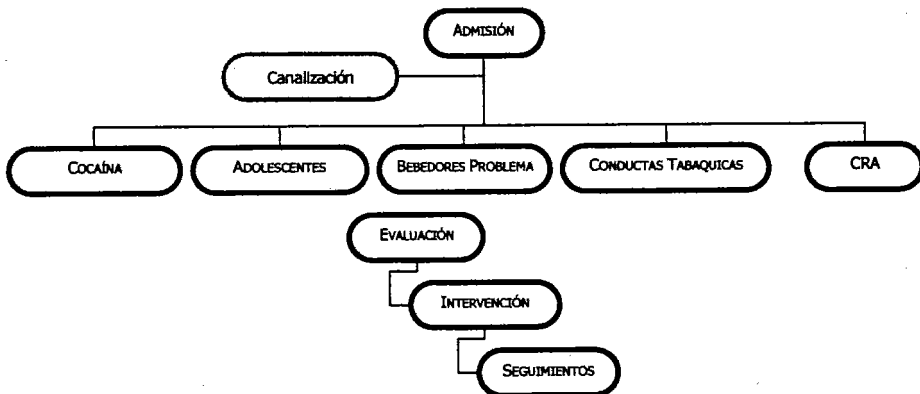
- a) Autocontrol (auto-monitoreo del consumo, auto-selección de metas de tratamiento y biblioterapia)
- b) Análisis funcional del consumo de droga (Identificación de los antecedentes y consecuentes de situaciones de bajo y alto riesgo)
- c) Reestructuración cognoscitiva
- d) Desarrollo de estrategias de afrontamiento para manejar situaciones de alto riesgo de consumir una droga específica.
- e) En todas las sesiones se apoyan con lecturas y tareas en casa y hojas de auto - monitoreo en donde el usuario lleva un registro de su consumo.
- f) Uso óptimo de redes y recursos sociales.

Estos programas son de intervención individual, cada sesión tiene una duración de 1 hora, una vez por semana. Constan de la fase de ingreso donde se realiza una entrevista inicial con la finalidad de obtener información sobre el motivo de consulta y la historia del consumo de droga que le causa problemas, además se le aplica dos instrumentos, CAD-20 y AUDIT, para evaluar su nivel de dependencia, estos permiten determinar si el usuario es candidato para integrarse alguno de los programas; se le exponen las características del tratamiento además de las obligaciones del paciente.

Se obtiene el consentimiento (lectura y firma contrato terapéutico), por parte del usuario, para integrarse al tratamiento con las obligaciones y derechos que se requieren para iniciar el tratamiento. El tratamiento da inicio con una fase de admisión, donde se corrobora que el usuario es candidato al programa asignado y se le informa de los detalles de la terapia, induciéndolo al proceso de cambio. La siguiente sesión es una evaluación dónde se determina el patrón de consumo.

A continuación se desarrollan las sesiones de Intervención que pueden variar de 4 a 16 sesiones según el programa y las necesidades del usuario. Y finalmente se realizan 4 sesiones de seguimiento, al mes, a los 3 meses, a los 6 meses y al año, para verificar el mantenimiento de las metas de consumo. Ver cuadro 1.

CUADRO 1. FLUJO DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO PARA ADICCIONES EN EL CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS ACASULCO



En el Cuadro 1 se observa como se realiza el proceso de ingreso a los tratamientos del Centro Acasulco, en el cual se realiza una evaluación inicial y se explica en consiste el tratamiento, si el individuo no cumple con los criterios de admisión se le canaliza a otro tipo de tratamiento, si cumple los requisitos de acuerdo a sus patrones de consumo inicia un tratamiento específico.

Tabla 9. Los Criterios de Inclusión de los Programas de Tratamiento a Conductas Adictivas del Centro Acasulco.

Características	Cocaína	Bebedores problema	Conductas tabaquicas	CRA	Adolescentes
Edad	18 a 65 años				De 14 a 18 años
Sexo	Ambos sexos				
Escolaridad	Que sepan leer y escribir				
Tipo de droga	Droga de uso principal Cocaína, que consuman en forma moderada alcohol, tabaco o marihuana.	Droga de uso principal alcohol.	Droga de uso principal Tabaco o marihuana.	Varias sustancias, alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, inhalables, estimulantes, depresores, alucinógenos.	Varias sustancias Alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, inhalables.
Nivel de dependencia	Baja-Media	Baja-Media	Baja-Media	Media-severa	Baja-Media
Patrón de consumo		Que no beba más de 30 tragos estándar a la semana	Que no reporte fumar más de 25 cigarrillos al día. En el caso de la marihuana no más de tres consumos al día no más de 3 veces por semana.	Que presente un consumo de más de 20 tragos estándar por ocasión; poliusuarios o consumo severo de una sola sustancia.	
Áreas afectadas	Que no presente complicaciones médicas graves ni alteraciones cognitivas severas	Que no presente daño orgánico, que no estén afectadas todas las áreas de su vida cotidiana.	Que no presente alguna enfermedad como: Hipertensión, úlceras, diabetes, cáncer, trastornos psiquiátricos.	Pérdidas en diferentes áreas de la vida, laboral, marital, legal, económico, físico, cognitivo, personal, emocional y recreativo.	Presenten problemas relacionados en: escuela, trabajo, familiar o relaciones interpersonales.

Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema

El programa de tratamiento Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema (Ayala et al, 2001) con una dependencia baja a moderada se orienta hacia la moderación del consumo en el caso de que la persona haya tenido antecedentes de control de la abstinencia.

Durante la Evaluación se aplican los instrumentos: Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA), Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS), Línea Base Retrospectiva (LIBARE) y la entrevista inicial, estos permiten medir el patrón de consumo del usuario además de identificar las situaciones de riesgo del consumo.

La primera sesión tiene como objetivo incrementar la motivación hacia el cambio y conocer el nivel de autoeficacia del usuario. El usuario establece sus razones para cambiar el patrón de consumo, por medio de un Balance Decisional en donde especifica cuáles son los beneficios y costos de cambiar su patrón de consumo de alcohol, ya sea, hacia la moderación o la abstinencia y la identificación de los beneficios y costos si continúa consumiendo alcohol como lo ha hecho en el último año. El usuario establece su meta para las semanas siguientes así como el nivel de importancia de su elección, con apoyo del terapeuta, entre la meta de la moderación o la de abstinencia.

En la segunda sesión el usuario debe identificar por lo menos tres situaciones de riesgo del consumo excesivo, así como las consecuencias positivas y negativas ante estas situaciones. El objetivo es que el usuario realice un análisis funcional de su conducta.

En la tercera sesión se plantea un programa general de solución de problemas en donde el sujeto debe describir las opciones de solución a cada situación de riesgo y sus probables consecuencias, así como los planes de acción para las opciones más factibles y realistas. Su objetivo es que el usuario utilice sus propios recursos (estilos de afrontamiento efectivos y apoyos sociales disponibles) para cambiar su consumo.

En la cuarta sesión se comentan los avances logrados para el sujeto, se realiza un resumen de las sesiones anteriores y se especifica un segundo establecimiento de metas para los próximos 6 meses en donde el usuario debe evaluar su consumo actual y su primera meta. El terapeuta y el usuario determinan si son necesarias sesiones adicionales.

En las sesiones adicionales (de 4 a 6) se revisan los componentes que aún no han alcanzado el nivel de ejecución esperado y se realizan planes de acción para otras áreas de la vida del usuario por medio del esquema general de solución de problemas.

Modelo de detección temprana e intervención breve de Conductas Tabaquicas

Este programa para fumadores con niveles bajos y medios de dependencia fue desarrollado y evaluado por Lira Mandujano (2002), consta de seis sesiones, 1 de admisión y 5 de intervención y un seguimiento al mes.

Sesión 1: Se evalúa el patrón de consumo del usuario y los problemas relacionados al uso de tabaco.

Sesión 2: Se realiza una evaluación a través de diversos instrumentos con el objetivo de obtener el patrón de consumo del usuario, las situaciones de consumo, historia de consumo y datos sociodemográficos.

Sesión 3: Se realiza un Balance Decisional y se establece la meta de consumo.

Sesión 4: Se identifican las situaciones que propician el consumo de tabaco y se realiza un análisis funcional de la conducta.

Sesión 5: Se presenta un programa general de solución de Problemas en donde el usuario describe tres opciones para cada situación de riesgo y sus probables consecuencias, así como los planes de acción más factibles.

Sesión 6: Se resumen las sesiones anteriores y se definen los planes de acción para el siguiente mes.

Seguimiento: se realiza al mes al término del tratamiento y se revisa los planes de acción planteados en relación a su efectividad, corrección y planes de acción nuevos.

Modelo de detección temprana e intervención breve cognitivo conductual para usuarios de Cocaína

Desarrollado y evaluado por Oropeza Tena (2003), consta además de la admisión y la evaluación, de ocho sesiones de intervención, en algunos casos se establece sesiones adicionales y por último el seguimiento de un año. Los objetivos de las diferentes etapas del tratamiento, para la adicción a la cocaína, se describen en los siguientes párrafos.

El objetivo de la sesión de evaluación consiste en obtener la información específica sobre el patrón de consumo del usuario lo cual se determina a través de una entrevista a profundidad y la aplicación de

instrumentos específicos como el Cuestionario de autoconfianza del consumo de drogas (CACD), el Inventario de situaciones consumo de drogas (ISCD), y el LIBARE.

El objetivo de la Sesión 1 consiste en el establecimiento de metas y Planes de Acción.

La 2ª sesión persigue el objetivo de que el usuario consiga el manejo del problema de cocaína a través de la identificación del Problema, la identificación de factores precipitadores y las consecuencias del consumo, además del manejo de problemas relacionados con el consumo y de nuevas situaciones de consumo.

Durante la sesión 3 la meta es Identificar y enfrentar Pensamientos sobre Cocaína que permitan al usuario lograr cambios, establecer planes de emergencia para enfrentar situaciones de Alto Riesgo.

La finalidad de la sesión 4 es Identificar y Enfrentar el Deseo de la cocaína, el usuario debe entender el deseo, reconocer los disparadores, aprender estrategias de enfrentamiento del consumo y desarrollar un plan de enfrentamiento del deseo, además del enfrentamiento de la urgencia y el deseo.

La sesión 5 tiene el objetivo de desarrollar habilidades Asertivas de Rechazo que le permitirán hacer frente a las situaciones que pueden hacer vulnerable al usuario para el consumo de cocaína y la identificación de las fuentes de acceso a la cocaína así como el uso de las habilidades de rechazo a las mismas.

Durante la sesión 6 es importante que el usuario reconozca la importancia de tomar decisiones pero aún más que aprenda a analizar lo que son las decisiones aparentemente irrelevantes las cuales pueden influir en que una persona consuma cocaína.

La meta en la sesión 7 consiste en dotar al usuario de estrategias de Solución de Problemas Sociales.

La Sesión 8 consiste en el Reestablecimiento de metas y Planes de Acción.
El seguimiento es al mes, 3 meses y 6 meses de terminado el tratamiento.

Modelo de detección temprana e intervención breve para Adolescentes de comunidades urbanas y rurales que se inician en el consumo de alcohol y otras drogas

Este programa de Intervención Breve para Adolescentes fue desarrollado y evaluado por Martínez Martínez (2003) es aplicable en un población de entre 14 y 18 años de edad, que consumen alcohol y otras drogas en exceso pero no desarrollan un patrón de dependencia, consta en 5 fases la Admisión, la Evaluación, Inducción al Programa, cuatro sesiones de Intervención y tres seguimientos.

Admisión: se obtiene el patrón de Consumo y problemas relacionados.

Evaluación: se retoma el patrón de consumo y se identifican las situaciones de consumo excesivo de drogas y la confianza percibida por el usuario para enfrentar situaciones de probable consumo de drogas. Los instrumentos utilizados son: LIBARE, el ISCD, el CCS; y la entrevista inicial.

Inducción al Programa: se realiza la entrevista Motivacional, un análisis de los pros y contras de asistir al tratamiento, se evalúa la disposición al cambio.

Sesión 1 de Intervención: el objetivo es que el adolescente considere la importancia de los costos y beneficios de cambiar su consumo y establezca una meta de reducción de su consumo.

Sesión 2 de Intervención: el objetivo es que el adolescente identifique las situaciones de consumo y plantee opciones para enfrentar esas situaciones.

Sesión 3 de Intervención: el objetivo es que el adolescente analice las metas de vida a corto y largo plazo, sus expectativas y la relación del consumo de alcohol y otras drogas con el cumplimiento de dichas metas.

Sesión 4 de Intervención: el objetivo es que el adolescente establezca una nueva meta de consumo, tomando en cuenta las estrategias de moderación o la abstinencia, revise su progreso en cuanto a la reducción de consumo y realización adecuada de estrategias para mantener el cambio.

Los Seguimientos son tres evaluaciones posteriores a la terminación del Tratamiento, la primera se da al mes, la segunda a los tres meses y la última a los seis meses.

Programa de tratamiento para usuarios crónicos de alcohol y drogas (CRA)

Este programa se apoya en el Enfoque de Refuerzo Comunitario (CRA) con comprobantes, es una terapia intensiva fuera del hospital, con una duración de 24 semanas. Fue desarrollado por Barragán, Morales y Ayala en el 2002 para usuarios y poliusuarios con un consumo crónico. Y se basa en los siguientes componentes:

- **Análisis Funcional:** el usuario aprende analizar su conducta en función de su consumo, identificando los precipitadores internos y externos, al igual que las consecuencias inmediatas positivas del consumo, al igual que las consecuencias negativas a mediano y largo plazo, y que valore la conveniencia de mantenerse sin Consumo, reconozca las conductas de no consumo que le permiten obtener gratificantes y satisfacer la función de la conducta de consumo y que aprenda a elaborar planes de acción de no consumo para enfrentar sus precipitadores.
- **Muestra de Abstinencia:** el objetivo es establecer un período específico de compromiso de no consumo.
- **Plan de Tratamiento:** el objetivo es establecer metas en las diferentes áreas de vida cotidiana, así como planes y períodos para su consecución, que Identifique planes de acción para alcanzarlas.
- **Habilidades de Comunicación:** el objetivo es aprender habilidades de comunicación que le permitan sentirse más satisfecho en sus relaciones interpersonales.
- **Habilidades de Solución de Problemas:** el objetivo es aprender la estrategia de solución de problemas para resolverlos adecuadamente.
- **Habilidades de Rehusarse al Consumo:** el objetivo es aprender habilidades para rehusarse a consumir sustancias adictivas, de manera asertiva.
- **Habilidades de Consejo Marital:** el objetivo es aprender en pareja, habilidades para interactuar positiva y satisfactoriamente.
- **Habilidades de Búsqueda de Empleo:** el objetivo es aprender habilidades para conseguir un empleo satisfactorio y libre de precipitadores.
- **Habilidades Sociales y Recreativas:** el objetivo es aprender conductas que le permitan practicar actividades que compitan con el uso de alcohol y que apoyen la sobriedad.
- **Prevención de Recaídas:** el objetivo es efectuar plan de acción para evitar otra recaída y anticipar situaciones de riesgo.
- **Control de Emociones:** el objetivo es aprender a controlar las emociones.

El hecho de que una persona se mantenga dentro del tratamiento depende de factores asociados tanto con el individuo como al programa. Dentro del programa, los consejeros exitosos son los que logran establecer una relación terapéutica positiva con el paciente. El consejero debe asegurarse que se establezca un plan de tratamiento y que el mismo sea seguido para que el paciente sepa lo que debe esperar durante el tratamiento. Durante el período de tratamiento, el paciente debe tener acceso a servicios médicos, psicológicos, y sociales.

Los factores asociados al paciente que influyen su decisión de entrar y mantenerse dentro del tratamiento, incluyen la motivación que tenga para cambiar su comportamiento de uso de drogas, el grado de apoyo de la familia y de las amistades, y el grado de presión que sienta por parte del sistema de justicia criminal, de los servicios de protección infantil, del trabajo, o de la familia para mantenerse dentro del tratamiento.

A lo largo del tiempo se ha tenido la necesidad de ir modificando los tratamientos para adicciones, con la finalidad de alcanzar tratamientos más eficaces. Para llegar a esta meta, por un lado se han retomado

modelos terapéuticos que cuentan con la característica de adaptarse a una amplia población, de tal modo que dichas innovaciones buscan que el tratamiento logre adecuarse a las necesidades propias de los usuarios. Por otro lado, como parte de las características que se han incluido, a los tratamientos de conductas adictivas, se puede mencionar, la brevedad de los tratamientos, el establecimiento de estrategias como entrevista motivacional y la alianza terapéutica.

La amplia variedad de tratamientos para las adicciones y el alto nivel de abandono de los mismos implican que la deserción se relaciona más con variables individuales que con variables del tratamiento. Esto se puede observar en los programas del Centro Acasulco para conductas adictivas, ya que cuentan con terapeutas capacitados específicamente en el tratamiento de conductas adictivas y con planes de tratamiento estructurados y adaptados para la población mexicana; y se adecuan a las necesidades propias del individuo; además de que continuamente se renuevan de acuerdo a las exigencias de la población. Estos programas permiten que el paciente conozca lo que se puede esperar del mismo y no mantengan falsas expectativas, y permita una mayor adherencia al tratamiento, reforzando su motivación para el cambio e impulsando a que busque nuevas estrategias para enfrentar sus situaciones de riesgo de consumo. Por ello es importante considerar los factores inherentes al usuario como son sus estrategias para afrontar sus problemas, puesto que el cambio implica conflicto personal.

CAPÍTULO 4.
DESERCIÓN A LOS
TRATAMIENTOS DE
CONDUCTAS
ADICTIVAS

DESERCIÓN A LOS TRATAMIENTOS DE CONDUCTAS ADICTIVAS

El hecho de que no concluya o llegue a un buen fin un tratamiento, es indicador de que se hizo un gasto poco útil, que a mediano o largo plazo repercutirá tanto a nivel socioeconómico como en lo referente a la salud pública. Con lo que seguirán los altos índices de personas con problemas de conductas adictivas y mayor probabilidad de que se agudicen sus problemas de salud lo que implica que requerirán de tratamientos más complicados y costosos.

En diversos países (Estados Unidos, Europa y países de América Latina) se han desarrollado numerosas investigaciones donde han abordado a los tratamientos para conductas adictivas desde diversos enfoques, revelan que el índice de deserción de estos pacientes es muy alto y más elevado al observado en pacientes con otros trastornos mentales e implican un fenómeno que ocurre a nivel mundial, pues requieren cambiar los patrones establecidos del comportamiento (Rubinstein Baunfield, 1997).

La Deserción es definida por Macías López (1993), como la acción mediante la cual se abandona una relación, una concurrencia que habitualmente se frecuente, en este caso el abandono del tratamiento y de la institución.

Domínguez (citado en Puente, 1984) define Abandono del tratamiento o falta de adherencia terapéutica se refiere a la prematura terminación, separación, distanciamiento, por parte del paciente de la terapia, al igual que la implementación incompleta o parcial de instrucciones terapéuticas.

La deserción o abandono de tratamiento retomado en esta investigación es definido como cualquiera de las siguientes situaciones (Baekelland y Lundwall, 1975, citado por Robles Soto, 2003):

1. Cuando los pacientes dejan de asistir al tratamiento.
2. Cuando se rehúsan a regresar.
3. Cuando son expulsados o canalizados del tratamiento por falta de cooperación o pobre respuesta al mismo.

Baekelland y Lundwall (1975, citado por Robles Soto, 2003) formulan la siguiente clasificación de desertores a un tratamiento:

- Desertor Inmediato: abandona el tratamiento después de una visita.
- Desertor Rápido: abandona el tratamiento después de un mes.
- Desertor tardío. Abandona el tratamiento entre dos y seis meses

La deserción es un fenómeno pluricausal, lo cual significa que son numerosos y de diversa índole los motivos que se conjugan en su determinación. La deserción se produce frecuentemente sin notificación previa del paciente al terapeuta, sin dar una información previa sobre la decisión tomada, y si lo hacen no suelen comunicar los motivos que llegaron a tal determinación (Rubinstein Baunfield, 1997).

Por su parte Ruiz Chávez y Cuevas Córdoba (citado en Puente, 1984), describen los factores de riesgo que influyen en la adherencia a las prescripciones terapéuticas y agrupan a éstos en tres grandes categorías:

- Factores inherentes al usuario, de tipo psicológico (carácter, percepción de la condición patológica, actitudes, conductas, niveles de ansiedad, etc.), socioeconómico (nivel educativo, creencias y valores, ingresos económicos) y fisiológicas (naturaleza y evolución del padecimiento)
- Factores que derivan del esquema terapéutico y de la relación médico - paciente, la comunicación y disposición del usuario para adherirse al tratamiento.
- Factores que resultan de la organización de los servicios de salud como son el nivel educativo, motivación y experiencia de los prestadores de servicios, accesibilidad a los servicios, grado de adecuación de los programas de salud respecto a sus destinatarios, eficiencia de los procesos administrativos.

La información sobre deserción a los tratamientos psicológicos para conductas adictivas se halla dispersa para facilitar la lectura las investigaciones que se recopilaron se organizaron de acuerdo a las variables con que relacionan la deserción como son las tendencias de abandono a los tratamientos, otras han prestado atención a los factores sociodemográficos, patrón de consumo, factores familiares, de personalidad o características asociadas al individuo, a las características y procesos propios de los tratamientos.

Investigaciones sobre la tendencia de la población que presenta problemas de conductas adictivas con respecto a la deserción de los tratamientos.

Baekelland, y cols. (1973), dice que las tendencias de deserción de tratamientos de consulta externa varía entre el 13.7% al 39.2%, con una media del 28% donde la mayor tasa de deserción (52 al 75%) se dio antes de la cuarta sesión. Silberfeld y Glaser (1978) reportaron una tasa de abandono del 83% durante los primeros tres meses del tratamiento; mientras que Reese, Beech y Hore (1984) han reportado un índice de deserción terapéutica del 97% en tratamiento externo de alcoholismo (Cruz Zárate y Ledesma Tinoco, 2000).

Sparr (1993, citado Robles Soto, 2003), encontró 8% de los pacientes psiquiátricos abandonaban el tratamiento y la mayoría de ellos habían sido diagnosticados con estrés postraumático o con dependencia o abuso de drogas. Baekelland y Lundwall (1975) describen que las tasas de abandono son especialmente altas en los programas libres de drogas donde la herramienta principal es la psicoterapia (82%) en comparación con los programas de desintoxicación ambulatoria (26-29%) o desintoxicación hospitalaria (23- 24%).

Velásquez Romo (2000), encontró en diferentes investigaciones sobre el índice de abandono a los tratamientos de adicción (Ross, Cutler & Sklar, 1997; Siqueland, Crits-Christoff, Frank, Daley, Weiss, Chittams, Blaine & Luborsky, 1998) que en general se asume una tasa de abandono mayor al 30%.

Monras y Gual (2000), encontraron en un tratamiento para el alcoholismo que de 329 pacientes el 33% terminaron tratamiento, 7.9% desertaron, 58.7% tuvo recaídas.; y después de 6 meses 65% continuaban en terapia de grupo. El abandono más alto se dio en el primer mes 13%; a los 3 meses 27% desertaron, después del final del año 49% continúan en tratamiento; 37% llegaron al final en un periodo de 2 años. El promedio de mantenimiento al tratamiento en las mujeres fue de 46 semanas y en los hombres de 34 semanas. En pacientes mayores de 35 años se presentó una deserción más baja en cambio en los pacientes más jóvenes fue donde se dio el mayor índice de deserción. Indican que los tres primeros meses son decisivos para que permanezcan o salgan de tratamiento. En general, las deserciones tardías eran pacientes quienes asistían ocultando que bebían precediendo la deserción. Las deserciones tardías parece que los pacientes no están de acuerdo con el principio de abstinencia, pero tienen estancia en el tratamiento largo tiempo, quizás por presiones externas.

Los estudios sobre interrupciones del tratamiento por parte de pacientes farmacodependientes durante el período 1981-1982, realizados por Clarac (1985; citado por Quijano Barahona 2001) con la población atendida en Centros de Integración Juvenil, en la población que abandonó su tratamiento en dichas fechas, a los cuales se les entrevistó y se les aplicaron las cédulas para obtener información sobre datos generales, su tratamiento y la deserción; los resultados presentados son: el 37% desertó en la etapa diagnóstica, antes de la formalización del contrato terapéutico, y el 60% durante la etapa de tratamiento entre la primera y octava sesión (44%), mientras que el etapa seguimiento los desertores fueron muy escasos; una tercera parte de estos acudieron bajo presión o engaño procedente de algún familiar para asistir al camino mientras que el resto (dos terceras partes) reporta haber llegado por voluntad propia. Los motivos que brindaron los sujetos puede explicar su deserción se clasificaron en personales, familiares, sociales e institucionales.

Jiménez Silvestre (1998), encontró diferencias por género en un grupo de personas que acude aun tratamiento para bebedores problema en donde es mayor el número de hombres que deserta en la primera y segunda sesión mientras que más mujeres deciden concluir el tratamiento. Observo mientras que más pierden más tienden a buscar ayuda y a obtener mejores resultados en el tratamiento. Las

mujeres que concluyeron el tratamiento a diferencia de las que no terminaron nuestro entender un mayor grado de estudios y ser más independientes, manteniéndose la mayor parte del tiempo en la abstinencia y con un consumo moderado. El patrón de consumo en los hombres es de 16.8 años de consumo, 11.2 años de beber en exceso y 8.9 años de consumo problemático y en las mujeres es de 14.7 años de consumo, 7.7 años en consumir en exceso y 6.7 de consumo problemático.

Martínez Martínez (2003) encontró que en el programa de Intervención Breve para adolescentes consumidores de alcohol y otras drogas el 50% de los adolescentes atendidos abandonaron el tratamiento principalmente en la sesión de admisión, inducción y evaluación.

Investigaciones que relacionan la deserción al tratamiento con variables asociadas a factores sociodemográficos.

Baekelland y Lundwall (1975; citados por Maciel y Romero, 1996), reportan que la edad está asociada al abandono del tratamiento, pues los pacientes más jóvenes tenían la proporción más alta de abandono, los usuarios solteros y que no tienen una estabilidad ocupacional son más propensos abandonar el tratamiento; Joe (1975) encontró también que los pacientes más jóvenes y solteros tenían las más altas tasas de abandono.

Newman y Tamerín (1971, citados por Rubinstein, 1997), realiza en un estudio de comparación entre un grupo de adultos alcohólicos y adolescentes consumidores de drogas, encontrando estos últimos tienen más abandonos y más fracasos terapéuticos en comparación a los adultos, pues para ellos representa, una pérdida más que una ganancia el cambiar su consumo, en cambio en los adultos las experiencias de pérdidas relacionadas con su consumo los motivaba a responder favorablemente al tratamiento y concluirlo. Además encontró que los jóvenes no tenían relaciones interpersonales significativas al contrario de los adultos que presentaban vínculos más estrechos que los motivaba al concluir el tratamiento.

Sayre, Schmitz, Stotts y Averill (2002, citados por Robles Soto, 2003) mostraron que 65% de los que abandonan el tratamiento en su mayoría son solteros o separados de sus parejas (79.6%), y su nivel de estudios es mucho más bajo respecto a los que concluyeron.

Craig, Rogalski y Veltri (1982, citados por Robles Soto, 2003), encontraron una relación entre la tasa de abandono al tratamiento con varias variables del sujeto como el estatus de empleo y estatus marital, y variables del centro, el número de pacientes que son atendidos al mismo tiempo, el número de días en que el equipo terapéutico no asistía, si este tratamiento se prescribía metadona.

Rounsaville, Tierney, Crits-Christoph, Weissman, y Kleber (1982), no encontraron diferencias significativas entre el abandono del tratamiento y características de los grupos como son la raza, síntomas o funcionamiento social en relación al éxito del tratamiento.

Wickizer, Maynard, Atherly, Frederick, Koepsell, Krupski, y Stark (1994), encontraron en un estudio comparativo entre tratamientos de adicción, que las tendencias de término fueron más altas para pacientes internos con tratamiento de alcohol (75%) y más bajas para pacientes externos en programas de drogas intensivos (18%). Y encontró que el mantenimiento a un tratamiento ambulatorio de abuso de drogas estuvo relacionado principalmente los ingresos familiares y el número de hijos por casa.

Beckman y Rardsley (1986, citado por Maciel y Romero 1996), establecieron que pacientes con sueldos más altos, con seguro médico y concretamente a una institución privada tenían mayor posibilidad de permanecer en el tratamiento en comparación con el grupo que no contaba con estos beneficios.

Robles Soto (2003), realizó una comparación entre un grupo que terminó y otro que abandonó el tratamiento breve para consumidores de cocaína; y observa que en general en ambos grupos no existen diferencias clínicamente significativas entre las variables sociodemográficas y patrón de consumo. Más descriptivamente se encuentra que el grupo que no terminó el tratamiento estuvo integrado por personas más jóvenes, con mayor nivel de escolaridad, y hay una mayor proporción de solteros y

mujeres; en comparación con los que si terminaron el tratamiento, estos últimos presentaban un consumo moderado a diferencia de los que abandonaron que tenían un consumo sustancial. El grupo que terminó presentó un mayor número de años de consumo y estuvo constituido en su mayoría por sujetos que consumían de 1 a 3 veces por semana, y en el grupo que abandono hay una mayor proporción de los que consumían diariamente y con mayores consumos por ocasión. Los que desertaron tenían una mayor proporción de tratamientos anteriores para el consumo de sustancias adictivas a diferencia del los que terminaron el tratamiento. Realizó un análisis entre los usuarios que desertaron después de la primera sesión y por los que desertaron en sesiones posteriores, los que usuarios que permanecieron había una mayor proporción de jóvenes, solteros, con consumo sustancial y mayor frecuencia de consumo (diariamente); y los que abandonaron en la primera sesión existe una mayor proporción de sujetos con consumo moderado, menor frecuencia de consumo (1 a 3 veces por semana). El 88% de los sujetos abandonaron el tratamiento antes de la primera mitad de este, principalmente en la sesión 1.

Investigaciones que relacionan la deserción al tratamiento con variables asociadas al tratamiento.

Katz, Brown, y Schwartz (2004), aplicaron un método de inducción de comportamiento para mejorar la retención inicial de pacientes externos en tratamientos libres de drogas. Comparo el impacto de retención y uso de drogas en las sesiones entre dos grupos con y sin inducción de comportamiento individual respectivamente, los resultados preliminares sugieren que la inducción de comportamiento es una técnica breve que muestra un mejoramiento para retener a los clientes durante la etapa crítica los primeros 3 meses de tratamiento.

Goldestien, Deren, Kang, Jarlais y Mangura (2002), realizaron un estudio de Programa de Mantenimiento de Metadona Alternativo (MMTP) en el cual se les dio seguimiento de seis meses a sujetos tomados al azar que un año antes habían abandonado el tratamiento se les ofreció una intervención a través del servicio social de calle con un modelo de conserjería (de una o dos sesiones) cognitivo conductual grupal o individual y se encontró que los que recibieron este apoyo retomaron su tratamiento a comparación de los que decidieron no tomarlo.

Freeman (2003), evaluado el bienestar y salud un programa de ofensores drogodependientes que aceptan ingresar al tratamiento, los resultados proveen evidencia significativa y sustentada en mejorías en la salud y bienestar de 51 participantes quienes completaron los seguimientos. Son más las mejorías significativas que se originan por los delincuentes están en el programa por lo menos 4 meses de los 12 meses que dura el programa. Los resultados positivos en la salud se ven limitados por una baja retención en el programa.

Siegal, Li y Rapp (2002), reportan conclusiones de los resultados de un tratamiento concluido de usuarios de crack y cocaína, en el cual participaron tres grupos: (1) aquellos quienes reportaron en el curso una abstinencia estable de crack/cocaína; aquellos quienes constantemente usaron durante el periodo; y (3) aquellos quienes reportaron ciclos entre abstinencia y el uso de drogas durante el periodo de seguimiento. Los resultados muestran que los sujetos logran sostener una abstinencia de crack y cocaína, también hicieron mejorías en otros dominios tales como el empleo, la familia, legales, y psiquiátricos y otros más.

La incorporación de la entrevista Motivacional dentro de los programas de intervención ha reducido la deserción e incrementado la participación del cliente en el tratamiento sobre la ejecución y el mantenimiento del cambio de conducta (Miller y Rollnick, 1999).

Una causa común del abandono prematuro del tratamiento es la manifestación temprana de efectos de atenuación del padecimiento de acuerdo a Sánchez Sosa (citado por Puente Silva, 1984), los cuales son interpretados por los paciente como efectos de curación definitiva, esta falta de comprensión de la evolución del padecimiento se deriva de la pobre comunicación entre el proveedor y el receptor de los servicios.

Investigaciones que relacionan la deserción al tratamiento con variables asociadas al individuo.

Otras investigaciones han encontrado que la deserción se relaciona más con variables individuales que con las características de los programas terapéuticos. Saucedo Ávila, Cortés Rosales, Salinas García y Berlanga Cisneros (1997), describe en su estudio que las causas de deserción están relacionadas con el paciente mismo y no con la calidad de la atención que otorga el instituto.

Cohen y Woerner (1976), encontraron que las únicas variables que diferencian a los hombres que abandonaron tempranamente el tratamiento de aquellos que permanecieron más tiempo en el mismo son aquellas relacionadas con la fuente que las remitió al programa, aquellos hombres que abandonaron el programa tempranamente habían sido remitidos al programa por una agencia, escuela o policía o enviados por su familia más que por ellos mismos. Y las variables que diferencian entre las mujeres que abandonaron o terminaron el programa tienen que ver con el estatus familiar (las que desertaron no vivían con su familia), el uso de alcohol y comportamiento antisocial.

Krasnoff (1977), aplicó el Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota para observar diferencias entre alcohólicos que completaron o abandonaron tratamientos hospitalarios, encontró que no se presentaron diferencias significativas en los resultados de las evaluaciones finales, entre los dos grupos, por lo tanto la utilidad de estas medidas para la identificación de alcohólicos que pudieran abandonar prematuramente el tratamiento hospitalario no es sustentable.

Mejía, Moreno, Pérez y Reyes (1984, citado por Quijano Barahona 2001), realizan un estudio CII, revelando que mayor inicio de deserción se da entre estudiantes adolescentes entre 15 y 19 años de edad, que son curiosamente el grupo de mayor demanda de atención. Las malas relaciones familiares provocan un alto porcentaje de deserción, al igual que ciertas condiciones de la población de clase media baja, que tienen dificultades económicas y suelen llegar a un estado de crisis, una vez superada esta no tienen interés de continuar en el tratamiento. De los motivos de la deserción concluyeron el paciente que ingresa al centro al sentirse mal, pero no estando plenamente consciente de su enfermedad tienen el deseo real de seguir tratamiento, lo rechazan y su existencia se va reduciendo, hasta que deja de asistir definitivamente. Además la familia sólo muestra interés cuando este se encuentra intoxicado y una vez ingresado al centro descarga su responsabilidad en el terapeuta.

Clarc (1985; citado por Quijano Barahona, 2001), categorizó los motivos de abandono del tratamiento indicados por los usuarios de los CII en:

- Motivos personales: 1) rechazó tratamiento (desinterés, indiferencia, designa las partes de tratamiento, que no quiere dejar la droga); 2) relativos a la misma enfermedad (mencionada exclusivamente por el terapeuta que la enfermedad impide al sujeto enfrentarse a sus problemas, ser constante en el tratamiento; y el que a veces no tiene conciencia de la enfermedad); 3) mejoría (al sentirse mejor y empezar a funcionar, el paciente que está curado y que no necesita continuar el tratamiento); 4) horario muy cargado, al sentirse mejor, empieza a trabajar y/o estudiar, tiene menos tiempo, otros intereses y deserta. 5) Motivos de Fuerza Mayor (la enfermedad, hospitalización, encarcelamiento, vivía muy lejos del centro).
- Motivos familiares: 1) sabotaje familiar; 2) dinámica familiar conflictiva; 3) problemas económicos y de organización familiar.
- Motivos sociales: 1) influencia de los amigos, vecinos y compañeros y, 2) miedo a ser identificado como paciente del centro local; y 3) presencia de una institución.
- Motivos institucionales: 1) administración organización del centro local; 2) ambiente y trato en el centro; 3) deficiencia en la transmisión de información y 4) inconformidad con la atención terapéutica.

Beckham (1992; citado por Quijano Barahona 2001) identifica que la única variable predictiva de los desertores es la impresión negativa inicial acerca de la terapéutica; ya que el nivel educativo, la congruencia de las actitudes del paciente con el modelo médico de la enfermedad psicológica y los

problemas prácticos anticipados no fueron predictivos; además de que la inasistencia y la cancelación de sesiones en las primeras semanas de tratamiento son altamente predictivas de la deserción.

Simpson y Joe (1993, citado por Quijano Barahona 2001) describen que en el tratamiento metadona los predictores significativos de retención posterior a los 60 días, eran: tener estabilidad social, experiencias previas de tratamiento, expectativas para reducir a futuro el uso de drogas, altas dosis de uso de drogas y alta motivación.

Bloo (1994, citado por Quijano Barahona 2001) encontró que los hombres con problemas de alcohol, uso de cannabis y tabaco, con gran cantidad de problemas internalizados y una baja autoestima, son medidas predictivas de terminación del programa.

Sarafino (1994, citado por Robles Soto, 2003), describe a través del modelo de creencias de salud, que la probabilidad de que los sujetos tomen medidas ante problemas de salud depende de dos evaluaciones que hacen, la primera refiere a la amenaza que representa el problema de salud (que tan severas son las consecuencias orgánicas y sociales, y si estas agravaran); la segunda a los pros y los contras que representaría tomar medidas en pro de la salud. Esto quiere decir, que el mantenimiento y la asistencia a un tratamiento pueden estar relacionados con las creencias que tienen los sujetos acerca de la magnitud de su problema y de las consecuencias que éste podría traer en un futuro.

Maciél Rocha y Romero Santana (1996), hacen énfasis en que una de las causas del abandono es la recuperación espontánea debido a que en muchos casos el cambio hacia la abstinencia o moderación ocurrió sin terapia, es decir, como un proceso de vida. En el caso de los bebedores problema que abandonaron un tratamiento al investigar se observó que en múltiples casos las sesiones de terapia le sirvieron a los usuarios para mantener el cambio determinado, ya sea, por múltiples eventos internos (analizar su estado de salud) o externos (trabajo, estabilidad, etc.). Esto puede deberse también a las fases de recuperación descritas por Prochaska y Di Clement. En cuanto a la sesión de abandono de tratamiento observaron que el grupo de recuperación espontánea en su mayoría abandonó en la primera sesión y el grupo que no terminó tratamiento en su mayoría lo abandonó en la evaluación. El 53.3% del total del grupo que no terminó tratamiento lo hizo en la evaluación y el 29.7% en la primera sesión. El grupo que terminó tratamiento estuvo constituido por un 43% de solteros a diferencia del grupo que no terminó donde solo el 27% eran solteros, además tenían un mayor grado de estudios y reportó más consecuencias adversas lo cual implica que apoya la adherencia terapéutica se da más cuando se presentan más pérdidas. El grupo que no terminó tratamiento en su mayoría no tenían una estabilidad laboral, tenían más daños afectivos, problemas interpersonales, un patrón de consumo más severo y se mostraban inseguros con su estilo de vida; en cambio los que terminaron se mostraron más insatisfechos con su estilo de vida. Un aspecto que influye en la deserción son las expectativas del cliente acerca del tratamiento, ya que el 26.6% reporta que el método no era lo que esperaba.

Quijano Barahona (2001), estudio variables relacionadas los problemas psiquiátricos o características de la personalidad de los adolescentes y la presión al acudir a un tratamiento con el abandono al tratamiento. Encontró que problemas escolares y familiares motivan la consulta y promueve la permanencia o la interrupción.

Andrade Martínez (2001) realizó un estudio entre Bebedores Problema y reviso las diferencias entre los que desertaron y terminaron el tratamiento, y observó que los que terminaron tenían más establecida su meta de consumo debido a que identificaron más fácilmente las situaciones de alto riesgo y la manera en que se puede manejar estas, a diferencia de los que desertaron; en el grupo que terminó no tenían ningún problema laboral en cambio en el que deserte el 2% tenía problemas laborales; las personas que terminaron estaban más conscientes de tener problemas de salud en caso de seguir consumiendo alcohol; no encuentra ninguna diferencia significativa en relación con la escolaridad y el estado civil de los usuarios. Indica que los que terminaron son personas con una edad adecuada para lograr un cambio en su vida, que en su mayoría cuentan con una estructura familiar integrada y un trabajo estable, así teniendo redes de apoyo social para lograr mantener un cambio.

Simpson y Knight (2001), realizan una investigación sobre tratamientos de drogas en correccionales juveniles, encontraron que los sujetos con mayores niveles de hostilidad tendieron a desertar más del tratamiento en relación con los que presentaron bajo nivel de hostilidad, reporta que los factores psicosociales relacionados con la retención al tratamiento son los sujetos que presentan mayor autoeficacia, menor ansiedad, menor hostilidad, más deseo de ayuda. En cuanto a los factores psicosociales relacionados con la deserción son la baja autoeficacia, historia de conductas de alto riesgo y el desempleo.

Sayre, Schmitz, Stoss y Avenil (2002, citado por Robles Soto, 2003), encontraron que los sujetos con un consumo previo más prolongado (9.6 años en promedio) permanecían más tiempo en el tratamiento.

Messina, Wish, Hoffman y Nemes (2002), en una investigación sobre la intervención tratamiento de la Comunidad Terapéutica dirigido a personas con desorden de personalidad antisocial que consume drogas; los resultados muestran que no se encontraron diferencias con respecto a la terminación del programa, uso de drogas, uso de drogas al seguimiento y arrestos posteriores entre los clientes sin desorden y los clientes con el desorden de personalidad antisocial. Más retoman que si le da continuidad de cuidados (seguimientos) por parte de la comunidad terapéutica pueden beneficiarse del tratamiento.

Algunas Investigaciones (Sargunanj y Kumairiah, 1989; Soejima y cols, 1994; Yeomans y Gutfreund, 1994; citado por Quijano Barahona, 2001) atribuyen la deserción a la presencia de síntomas de ansiedad; el rechazo y falta de cooperación del paciente especialmente cuando falta la participación de la familia en el tratamiento; o bien a la falta de un contrato terapéutico adecuado, a la terapéutica positiva y severidad de la enfermedad. Otras investigaciones señalan que no es realista descubrir un solo patrón de deserción, ya que la descoordinación de la terapia se produce por razones no relacionadas a problemas asociados con el tratamiento. (Tsushima, Stoddard y otras, 1991; Armstrong, Convery y Dinsmone, 1994; citado por Quijano Barahona 2001).

Investigaciones sobre psicoterapia describen que la interrupción de tratamiento puede ser resultado de las barreras de organización que impiden el acceso a los servicios (Salta y Buick, 1989; Barman, Nieporet, Ferguson y Klein, 1988; Sledge y cols, 1992; Good, 1992 y Clinton, 1996; citados por Quijano Barahona, 2001) o debida a razones expresadas directamente por los pacientes (deseo de retornar al trabajo; exacerbación de los síntomas psiquiátricos y, resistencia en las recomendaciones dadas en el tratamiento; reacción negativa al tratamiento, el deseo de un tratamiento menos intenso y la creencia de que los problemas se han resuelto; c) como consecuencia de las variables demográficas y diagnósticas de los pacientes, así como las características del terapeuta; d) a causa del tiempo ilimitado de la psicoterapia sin una fecha de terminación establecida por la falta de congruencia entre las expectativas sobre intervención en el tratamiento por parte del paciente y terapeuta.

Bernal Pérez (2004) realizó una investigación con adolescentes estudiantes de nivel medio superior que asistieron a un programa para adolescentes que consumen alcohol o drogas, su muestra estuvo conformada por 63 desertores y 30 usuarios que terminaron el tratamiento, de los que abandonaron el tratamiento el 53% lo hizo entre la primera y segunda visita, en los cuales difiere el patrón de consumo, en el grupo que desertó se presenta un consumo menos problemático, menores cantidades de sustancias, menor frecuencia de consumo y menor número de consecuencias negativas en comparación del grupo que terminó tratamiento. En el grupo que terminó tratamiento se mostraron periodos largos de abstinencia; en cuanto a recibir tratamientos por consumos de drogas previos, los usuarios que desertaron no tenían ningún tratamiento anterior en cambio los que terminaron si; hay una mayor proporción de conductas antisociales en el grupo que terminó el tratamiento. En cuanto a los adolescentes que abandonaron de forma prematura el tratamiento mostraron pocos problemas en cuanto a su consumo a diferencia de quienes abandonaron 1 o 2 citas más adelante; los primeros mostraron estar menos deprimidos que los que desertaron en las siguientes sesiones.

CAPÍTULO 5.
MODOS DE
AFRONTAMIENTO AL
ESTRÉS Y
ASERTIVIDAD

MODOS AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS Y ASERTIVIDAD

Los modos de afrontamiento al Estrés y la Asertividad son variables que influyen en el probable inicio y mantenimiento de la conducta adictiva, es decir, la recuperación del individuo dependerá principalmente de elegir y explorar formas alternativas de afrontamiento y de interacción social, por ello en los siguientes párrafos se retoman las variables que están relacionadas con el consumo de sustancias adictivas y los factores que hacen que este consumo se evite en pro de bienestar del individuo.

Factores de Riesgo y de Protección de la conducta adictiva

Los **factores de riesgo** de la conducta adictiva son aquellos que contribuyen a incrementar el riesgo de desarrollar el problema de consumo y los **factores de protección** son los que contribuyen a la prevención del consumo de sustancias nocivas. Las variables que se describen en los siguientes párrafos, son probabilísticas y no deterministas.

El Institute National on Drug Abuse, describe que los factores protectores y de riesgo incluyen características psicológicas, conductuales, familiares y sociales. Cada uno de estos factores tienen un diferente impacto dependiendo de la fase de desarrollo, por lo que aquellos factores que afecten en una etapa temprana de desarrollo son probablemente los más cruciales (Boletín Revista de Adicciones, 2004).

Factores de riesgo de origen biológico: el reforzamiento del consumo de alcohol debe su acción a nivel del SNC, lo que puede llevar a presentar la llamada "neuroadaptación", que corresponde a la tolerancia celular o farmacodinámica –condición que se refiere a cambios neuroquímicos complejos en la membrana celular con una subsecuente alteración en el fluido iónico, por lo cual, el cerebro requiere de la sustancia adictiva para funcionar apropiadamente. Parientes cercanos de alcohólicos primarios tienen aproximadamente 3 a 4 veces más el riesgo de desarrollar el trastorno.

Factores de riesgo en la comunidad: Nuestra sociedad es permisiva con el alcohol pues entrelaza los eventos sociales con su consumo, la intensa exposición al consumo de drogas en los medios de comunicación, así como la disponibilidad de las bebidas etílicas juega un rol importante para el inicio de las sustancias ilegales. Mayor acceso a las drogas ilegales. El machismo es otro atributo psicológico de base cultural que tiene mucha relevancia en los patrones de consumo de nuestra sociedad, el elevado promedio de mudanzas (migración), el escaso sentido de vecindario o comunidad, la pobreza, las dificultades para conseguir empleo, las viviendas deficientes y la elevada tasa de crimen en el vecindario o comunidad son factores que pueden potenciar el uso de drogas.

Aspecto adicional a considerar es el vínculo con amistades malsanas con tendencias antisociales, donde la presión de grupo ya sea en contextos sociales, laborales o académicos son muchas veces las que precipitan el desarrollo de consumos excesivos y finalmente la dependencia.

Factores de riesgo en la familia: Un ambiente familiar caótico, particularmente en donde los padres abusan de sustancias o sufren de enfermedades mentales. Actitudes parentales inefectivas, especialmente con niños con temperamento difícil y desórdenes de conducta.

Factores de riesgo en la escuela: el fracaso académico, el fracaso del sistema escolar para cubrir las necesidades de los estudiantes; actitudes negativas respecto a la escuela, a la asistencia a clases, y al aprendizaje; conductas inapropiadas en la escuela como excesivamente tímido o agresivo y la deserción escolar.

Factores de riesgo individuales: pueden ir desde la baja percepción de riesgo del consumo de drogas, a la rebeldía con tendencia a transgredir las normas sociales, la indisciplina, la impulsividad y/o agresividad; el sentirse incapacitado para lograr éxito; tener amigos con problemas de conducta, incluyendo la delincuencia y el consumo de drogas lícitas e ilícitas. Formar parte de actividades violentas, actividad sexual y problemas de conducta a temprana edad. Déficit o excesos en las habilidades como incompetencia social o dificultad para manejar emociones negativas.

Otras variables que puede influir significativamente son los trastornos de Personalidad (personalidad Dependiente, personalidad Evitante, personalidad Antisocial, personalidad Histriónica), trastornos de Conducta, condiciones psicológicas psiquiátricas como la depresión y la Ansiedad.

Además el estrés es una de las condiciones más frecuentes con las que una persona se enfrenta en el diario vivir, generado por los múltiples problemas o presiones (personales, familiares, económicos, etc) que lo puede afrontar del consumo de alcohol u otras drogas como forma de aplacar la angustia, la tensión en algunos casos, y en otros como forma de olvidar la realidad tan dura. Entre más restringido sea su repertorio de estrategias de resolución o afrontamiento más se facilitara el consumo, mientras que un repertorio más amplio se ha vinculado con mejores niveles de salud mental (Glyshaw et al, 1989; Reese, 1991; Cauce, Hannan, Sargeant, 1992; citados por Córdova Alcaraz, 2000).

Los períodos más vulnerables para el uso de drogas, son los de transición, esto se refiere al proceso de desarrollo donde pasan de una etapa a otra, o cuando experimentan dificultades en sus cambios de vida, como el cambio de radicación o divorcio de los padres (p.e. cambios de las conductas adictivas por conductas saludables). Períodos de transición escolar de Primaria a secundaria a bachillerato a universidad, cuando se casan o entran a trabajar, están expuestos al uso de sustancias en donde se enfrentan a nuevos retos sociales, psicológicos y educacionales que les provoquen estrés y estos retos pueden contribuir, si no lo manejan adecuadamente, al uso o abuso de drogas.

Algunos factores protectores son:

- Lazos fuertes de unión familiar, es decir, seguimiento cercano de los padres que se involucren en las actividades de los hijos, en donde las reglas de conducta sean claras y consistentes, y mejor comunicación entre sus miembros.
- Éxito en su desarrollo escolar.
- Lazos fuertes con instituciones pro-sociales, como la familia, escuela y organizaciones religiosas.
- Adopción de las normas convencionales respecto al uso de drogas (perciben lo nocivo de las drogas, tanto a nivel social, como físico, y psicológico y sus consecuencias).
- Mejores habilidades de comunicación del individuo para lograr relaciones con personas positivas y conductas adecuadas, así como las habilidades para resistir o rehusar las ofertas de drogas.
- Desarrollo de Convicciones Sanas y Normas Claras
- Oportunidades de desarrollo del Individuo

Dentro de los CIJ se realizó una investigación de detección temprana de factores de riesgo para el consumo de sustancias ilícitas. Fue un estudio comparativo entre dos grupos; en el primero son usuarios de sustancias ilícitas y el segundo no consume sustancias ilícitas. Las variables investigadas fueron la violencia doméstica en la cual encontraron que se presenta mas frecuentemente en el grupo de adictos (70%), esta fue la variable con mayor asociación. Abuso sexual, esta variable solo se presenta en el grupo de adictos. Dificultades escolares, la reprobación escolar es mayor en el grupo de adictos pero no se relaciona con problemas de aprendizaje, sino con conducta rebelde, desadaptación al ambiente escolar. Abuso de alcohol y/o uso de drogas ilícitas, en uno o ambos padres y/o hermanos mayores, la frecuencia de abuso de alcohol por parte de los padres se presenta de igual forma en ambos grupos la diferencia reside en que el grupo de adictos percibe este consumo como un problema y el grupo de no adictos lo considera normal. La presencia de dos a tres variables fue mas frecuente en el grupo de los adictos lo que quiere decir que la predisposición al consumo de sustancias es una combinación de variables (Sánchez Huesca, Gulsa Cruz, Ortíz Encinas, De León Pantoja, 2002).

Afrontamiento al Estrés

Los mecanismos de afrontamiento se ponen en juego para dar control a las exigencias del medio, a los estresores (el sentirse incapaz de responder a las demandas generales). Los usuarios de drogas al ingresar a un proceso de tratamiento para su adicción comienzan a evaluar si son capaces de controlar su problema de consumo de drogas, y de acuerdo a tal evaluación manejan una determinada estrategia de afrontamiento, que puede ser dirigida a la emoción o al problema, estas se verán influenciada por los recursos personales, sociales y ambientales del sujeto. Dentro de los recursos sociales se encuentra la Asertividad.

Estrés

El estrés es definido por Lazarus (1989, citado por Lazarus y Folkman, 1991), como el juicio cognoscitivo del individuo que suele producir temor por suponer que los recursos personales serán incapaces de dar respuesta a las demandas generadas por un acontecimiento particular. Hay diversas clasificaciones en cuanto a los estresores.

Miller (1980, citado por Lazarus y Folkman, 1991), los clasifica en físicos (actividad corporal que requieren mayor energía, reacciones adaptativas a determinadas condiciones ambientales de un mundo nuevo), los psíquicos y sociales.

Orlidani (1996, citado por Lazarus y Folkman, 1991), postula trece clases de estresores, por el momento en que actúan (en distintas etapas de la vida), por el periodo en que actúan (breves, prolongados y crónicos), por la repetición de experiencias traumática, la cantidad que se presentan, la intensidad del impacto, la naturaleza del agente (estresores físicos, químicos, fisiológicos, intelectuales y los psicosociales), por su magnitud social, por el tema traumático, la realidad del estímulo (real, representado y/o imaginario), la localización de la demanda (exógena o endógena), sus relaciones intrapsíquicas (sinergia positiva –se suman los valores del buen estrés-, sinergia negativa, antagonismo – estresores con signos positivos y negativos-), los efectos sobre la salud (positivo o eustrés, negativo o distres).

Lazarus (1989, citado por Lazarus y Folkman, 1991), agrega lo que denomina evento estresante traumático (un único evento en el que se experimentan emociones y estados de ánimo o pensamientos totalmente contradictorios; sin embargo existen muchos individuos que no experimentan eventos traumáticos pero sí pasan por muchos cambios importantes y tropiezan con dificultades persistentes en el transcurso de su vida, a estas se les denomina eventos vitales. Y el decidir cambiar una conducta, como es en este caso la conducta adictiva, se convierte en un evento vital, el cual requiere ajustes mayores, pues la persona debe elegir entre varios objetivos o modos de proceder incompatibles, contradictorios o mutuamente excluyentes.

Y en sí, lo que lo que influirá en forma significativa más que el acontecimiento en sí mismo sobre la respuesta, es la forma en que individuo percibe el acontecimiento, es decir, la forma en que evalúa o construye su relación con el ambiente, que influirá en su forma de sentir y de percibir este mundo.

Todas las experiencias de transición exigen un tipo de ajuste o adaptación, las exigencias del medio, estresores, requieren que el individuo cambie en alguna forma, y la forma en que reaccione la persona ante ese medio se denomina estrategias de afrontamiento.

Concepto de Afrontamiento

El modelo animal derivado de la teoría de aprendizaje, define el afrontamiento a aquellos actos o conductas aprendidas que resultan efectivas para controlar las condiciones aversivas del entorno, disminuyendo por tanto el grado de perturbación psicofisiológica producida por estas.

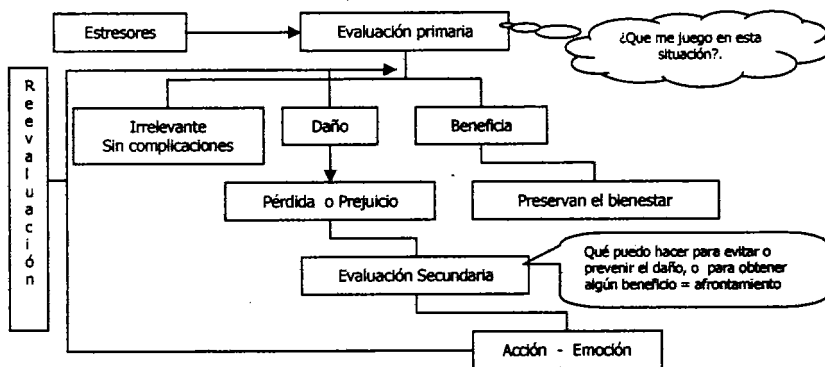
El modelo psicoanalítico define el afrontamiento como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por tanto, reducen el estrés. Se considera la conducta de menor importancia el factor cognición. Menninger (1963), Hann y Vaillant (1977), muestran una jerarquía en que el afrontamiento hace referencia a procesos más organizados o maduros del ego, es equiparado al éxito adaptativo; a continuación vendrían las defensas que son las formas neuróticas de adaptación e implican ineficacia, y por último, se encontrarían los procesos de fragmentación o fracaso del ego que se homologan a los procesos regresivos o psicóticos de la conducta.

El Afrontamiento definido por Lazarus (1985, citado por Lazarus y Folkman, 1991), son aquellos esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes, para manejar las demandas específicas externas y/o internas evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Es importante destacar que el afrontamiento es un proceso y no un rasgo, es decir, no son características de personalidad del individuo estables que predisponen a reaccionar de una forma determinada. El afrontamiento es cambiante con las demandas y los conflictos específicos, es cualquier cosa que haga o piense para manejar las condiciones estresantes (minimizar, tolerar, reducir o dominar), estos pensamientos y actos cambian de acuerdo a como se desarrolla la interacción con este entorno (evaluaciones y reevaluaciones), independientemente de los resultados dados, es la respuesta al estrés.

El afrontamiento difiere de una conducta automática, pues esta última refiere a conductas rutinarias, cotidianas que no requieren de ningún esfuerzo, lo contrario de las conductas de afrontamiento que requieren de concentración y un enorme esfuerzo. Hay una transición gradual de conductas de afrontamiento a conductas automáticas una vez que las primeras son aprendidas. Cuando una situación es nueva, probablemente las respuestas no serán automáticas, pero si la situación aparece una y otra vez, es probable que las respuestas vayan volviéndose automáticas a medida de que son aprendidas.

Cuadro 2. Proceso de Afrontamiento



La evaluación cognoscitiva en el proceso de afrontamiento, es la valoración de sí determinado suceso del ambiente, es relevante para su bienestar y en que forma lo es, determinando las consecuencias de tal evento, presentándose dos evaluaciones primaria (analiza si existen riesgos de daño potencial) y secundaria (analiza que puede hacer para mejorar las perspectivas de bienestar), que se describen a continuación en el cuadro anterior.

Función del afrontamiento

La función del afrontamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia ya sea manipular o alterar el problema y/o regular la respuesta emocional.

Modos de afrontamiento dirigido a la emoción son procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional, incluyen estrategias como la evitación (se ignora la situación o desaparece temporalmente de sus pensamientos), la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas a los acontecimientos negativos, reevaluación cognitiva (interpretación realista de las señales de la realidad, cambia el significado). Y otras estrategias que contribuyen a incrementar el malestar emocional como son el autorreproche u otra forma de autocastigo. Todas estas estrategias modifican la forma de vivir la situación sin cambiarla objetivamente.

Modos de afrontamiento dirigido al problema son aquellas que conducen a la resolución del evento que causa dificultades, como son la definición del problema, la búsqueda de soluciones alternativas en base a su costo y beneficio, elección y aplicación de soluciones. Son estrategias que implican un objetivo y un proceso analítico para modificar el entorno o el interior del sujeto.

Tanto el afrontamiento dirigido a la emoción como el dirigido al problema coexisten, y por tanto, pueden interferirse entre sí en el proceso de afrontamiento facilitando o impidiendo su aparición del otro.

En las situaciones evaluadas como controlables predominan las estrategias dirigidas al problema por lo contrario en las situaciones que se perciben sin posibilidad de cambio se asocian a estrategias dirigidas a la emoción.

Cuando el individuo se siente comprometido es más vulnerable a la amenaza y esta más motivado para protegerse, impulsado por un afrontamiento dirigido al problema.

En una situación terapéutica el manejo de estrategias de evitación y distanciamiento interfieren con el objetivo del tratamiento, pues comprometen las estrategias dirigidas al problema (Lazarus y Folkman, 1991), en el caso del tratamiento para las adicciones es importante que el sujeto se enfoque en estrategias dirigidas al problema para que logre disminuir el consumo de sustancias adictivas.

Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento descritas por Lazarus son:

- Afrontamiento dirigido al problema: son acciones conductuales que van dirigidas a confrontar activamente el problema y tienen efectos positivos en el bienestar de la persona.
- Búsqueda de Apoyo Social: esfuerzos para buscar apoyo informativo de una red de apoyo social que proveen de solidaridad, consejo, atención, información, auxilio y protección.
- Pensamiento Mágico: Se refiere a las fantasías voluntarias conscientes que realiza el sujeto para solucionar el problema sin tener participación activa.
- Distanciamiento. El sujeto evade todo contacto con el problema y su solución, para de esta manera reducir la angustia que éste le provoca.
- Dirigirse a lo Positivo: Describe los esfuerzos para crear resultados positivos enfocándose al crecimiento personal; manifestando una sensación positiva de su propio valor, una vista positiva hacia los demás y en general una sensación de optimismo.
- Reducción de la Tensión: Es el grado en que los sujetos usan conductas para promover o poner en riesgo la salud e incrementar o decrementar su bienestar físico; o bien pueden optar por la creación de paraísos artificiales para mitigar la realidad placentera.
- Autocrítica: El sujeto reacciona a la conducta de autocastigo y crítica hacia sí mismo, lo que da como resultados sentimientos de culpa.
- Introyección: Describe los esfuerzos del sujeto para regular sus sentimientos y acciones. Guardan para sí mismos los afectos y sentimientos causados por el problema.

Otras estrategias:

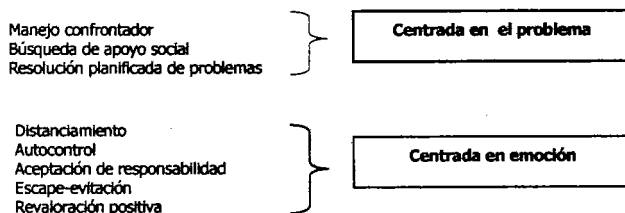
Confrontación: intentos de solucionar la situación mediante acciones directas, agresivas o arriesgadas.

Aceptación de la responsabilidad: la cual implica reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema

Planificación: implica pensar y desarrollar acciones y tomar decisiones que resuelvan el problema.

Escape-Evitación: la cual implica el empleo de un pensamiento irreal o de conductas como beber, comer o usar drogas.

Cuadro 3. Estrategias clasificadas por su función



En la estandarización del Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés de Lazarus y Folkman por Sotelo Arias y Maupome (1999), las ocho subescalas de Lazarus se reducen a seis escalas en la estandarización, desapareciendo autocastigo e introyección. Dividen las estrategias en dos tipos afrontamiento retomadas de la investigación de Torestad (1990, Sotelo y Maupome, 1999), Activo que son los esfuerzos cognoscitivos y/o conductuales para afrontar y Pasivo el cual incluye situaciones emocionales en las cuales no se hace nada para cambiar la situación.

Flexibilidad de afrontamiento refiere al grado que el sujeto utiliza o cambia la misma estrategia o el mismo conjunto de ellas en situaciones distintas, se asocia con toma de decisiones y con adaptabilidad.

Revaloración Positiva: se esfuerzan más por crear resultados positivos en su crecimiento personal teniendo una visión positiva hacia el problema. Reflexión positiva del aprendizaje que tiene sus estilos para poder afrontar una situación futura. Promueve el ajuste enfocándose al problema

Tabla 10. Estrategias de afrontamiento resultado de la estandarización del cuestionario de Modos de Afrontamiento el estrés.

Tipo de afrontamiento	Estrategias
Pasivo	Afrontamiento dirigido a la positivo
	Pensamiento Mágico
	Distanciamiento
Activo	Afrontamiento Dirigido al Problema
	Revaloración Positiva
	Flexibilidad de Afrontamiento

Existen diversas taxonomías de las estrategias afrontamiento a continuación se presentan algunas en la tabla sus clasificaciones y respectivos autores que fueron retomadas por Góngora Coronado (2000).

Tabla 11. Taxonomías de estrategias de afrontamiento

Autores	Tipo de afrontamiento	
Billing y Moos (1984)	Método Estrategias Cognitivas –Activas (manejo de la propia evaluación del evento) Estrategias Conductuales- Activas (conductas para manejar directamente el problema) Evitación (eludir confrontar el problema o reducir la tensión emocional con conductas como fumar o comer más)	Dirección: 1.Centrado en la evaluación 2.Centrado en el problema 3.Centrado en la Emoción
Caplan (1984)	Enfrentamiento dirigido a realizar cambios Enfrentamiento dirigido a la defensa	Combinaciones del manejo de ajuste: 1. Enfrentamiento y defensa (ganar distancia cognitiva y emocional y uso de defensa) 2. Diagnóstico y Movilización (determinar las causas y soluciones del problema y llevar a cabo una o más soluciones potenciales). 3. Movilización y Resignación (cambiar ciertas circunstancias y otras se aceptan)

Autores	Tipo de afrontamiento	
Carver y Scheiner (1994)	Dirigido a la Emoción Dirigido al Problema Evitación	Estrategias: Planeación, Supresión, Enfrentamiento restrictivo, Búsqueda de apoyo social, concentración en la canalización de emociones,, desinterés conductual, desinterés mental, Reinterpretación Positiva y crecimiento, Negación, Aceptación y Orientación a la religión
Díaz Guerrero (1976)	Activo Pasivo	Estilos: Autoafirmación activa (vs. obediencia afiliativa) Control interno Activo (vs. control externo pasivo) Cautela Pasiva (vs. Audacia) Independencia (vs. Interdependencia)
González Forteza (1992)	Orientados a resolver el problema Orientados a las Emociones Orientados a la adaptación	Resolución de problemas, Adaptación, Apatía, Animo Depresivo, Agresión manifiesta y Agresión no manifiesta.
Góngora Coronado (2000)	1.Directo: 2.Emocional: 3.Evasivo: 4.Ravalorativo:	1.hacen algo cognitiva o conductualmente para la resolución del problema 2.expresión de sentimientos o emoción que no lleva directamente a la solución del problema 3. escapar, evitar, o minimizar el problema o para no ver el problema ya sea de forma cognitiva o conductual. 4.Dan un sentido Positivo al problema o de alguna forma mejora su percepción

El individuo tiene preferencias por determinadas estrategias de afrontamiento a lo largo del tiempo. Otros estudios sugieren la persistencia del afrontamiento aunque no han valorado el afrontamiento como per se sino que fue inferido a partir de alguna otra variable, por lo tanto hay que tratar de entender el afrontamiento o sus correlatos antecedentes y consecuentes, no hay más remedio que recurrir a las conductas de afrontamiento y de la forma en que cambian, a medida que lo hacen las demandas y la situación y las evaluaciones que el individuo hace de ellas (Lazarus, 1991).

Diversos estudios de Díaz Guerrero (1981, citado por Góngora Coronado, 2000) evidencian que para el mexicano afronta de forma pasiva o activa, pero que la mejor es soportar el estrés pasivamente.

Las Estrategias de afrontamiento no son esencialmente buenas o malas, a efectividad de una estrategia depende del grado en que resulte apropiada a las demandas internas y/o externas de la situación, de la evaluación secundaria de los recursos y la secuencia real de los acontecimientos.

La efectividad real del afrontamiento se basa en el manejo de ambos modos de afrontamiento emocional y del dirigido al problema, es decir, maneje la situación sin coste emocional. Ya que hay individuos que controlan sus emociones adecuadamente más no la fuente del problema, por ejemplo, el uso de alcohol y otras drogas tiene como fin el reducir la tensión emocional, lo que implica a largo plazo un problema mucho más grande de lo que era originalmente pues pone en riesgo muchos de los recursos de afrontamiento del individuo, incrementando su riesgo de morbilidad y mortalidad.

Recursos del Afrontamiento

Los recursos del afrontamiento son las características o conductas individuales que manejan eficazmente los estresores, y el reconocer estos y las limitaciones que dificulten el uso de estos recursos, influirá en el contexto de una interacción determinada. Terry (1991, citado por Sotelo Arias, Maupone Santillán, 1999) describe que los recursos son multidimensionales:

Los recursos personales son las condiciones con las del sujeto cuenta, abarcando las físicas y

psicológicas, dentro de la psicológicas encuentra en la experiencias positivas como la esperanza para afrontar situaciones adversas, la creencia de que una situación puede ser controlable, piensa que tienen la fuerza suficiente para cambiar o que un programa resultará eficaz, o bien por tener fe en la voluntad de Dios.

Los factores sociales donde se encuentra: la resolución del problema que incluye la habilidad para conseguir información, analizan las situaciones, examina posibilidades alternativas, previos y opciones útiles para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción apropiada; a través de las habilidades sociales (capacidad de interactuar con los demás que forma adecuada y efectiva); dentro de las habilidades sociales se encuentra la asertividad; el apoyo social es la ayuda emocional informativa y/o tangible de otro individuo y los recursos materiales hacen referencia los bienes y servicios que pueden adquirirse.

Los recursos ambientales se refieren al grado de amenaza que experimenta y que varían desde el estrés hasta el miedo, y de acuerdo con ello considerará la importancia de tal evento; incluyendo forma significativa en efectividad del afrontamiento.

Los principales recursos de afrontamiento se dividen de la siguiente forma:

- **Salud y energía:** refiere al bienestar físico que permite movilizarse y resistir los problemas e interacciones estresantes.
- **Creencias Positivas:** implica verse a si mismo positivamente, la creencia de que se puede controlar o cambiar la situación, ya sea el mismo (locus de control interno) u otra persona o un programa o incluso un Dios (locus de control externo).
- **Técnicas para la resolución del problema:** implica habilidades para conseguir información, analizar las situaciones, examinar alternativas, predecir opciones útiles y elegir un plan de acción.
- **Habilidades sociales:** refieren a la capacidad humana de comunicarse y de actuar con los demás en una forma socialmente adecuada y efectiva, de aquí surge la Asertividad.
- **Apoyo Social:** refiere a individuos que brindan apoyo emocional, informativo y/o tangible a las personas que afrontan una determinada situación.
- **Recursos materiales:** recursos económicos y bienes y servicios que permiten el acceso a otras opciones de apoyo.

Cuadro 4. Recursos para el afrontamiento

Personales	Físicos	Salud y energía
	Psicológicos	Creencias positivas
	Condiciones personales	
Sociales	Resolución de problemas	
	Habilidades sociales	Asertividad
	Apoyo social	
	Recursos materiales	
Ambientales	Grado amenaza	
	Estrés	
	Importancia	

Limitaciones en los recursos de afrontamiento

En muchas ocasiones los recursos son los adecuados, pero el individuo no los utiliza al máximo por que hacerlo le podría crear conflictos y perturbaciones adicionales, a estos se les denomina coactores, puesto que restringen el afrontamiento. Dentro de lo coactores personales se encuentran los valores y las creencias culturales fungen como normas que determinan que ciertas conductas o sentimientos son apropiados o no, la tolerancia a la ambigüedad, el miedo al fracaso, el miedo al éxito, problemas con figuras de autoridad y la necesidad de dependencia. Y en los coactores ambientales son las amenazas del entorno que pueden ser de distinta naturaleza y se presentan en distintas frecuencias, otra es el tipo de opciones disponibles. El Grado de amenaza juega un papel importante, pues si la evalúan como muy grande tendera al afrontamiento dirigido a la emoción con un abanico de estrategias menos amplio el

dirigido al problema.

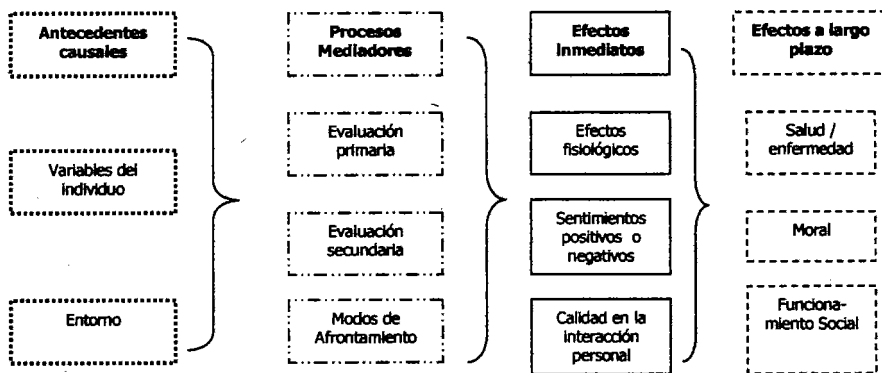
En una Investigación realizada por Klass (1981, citado por Lazarus y Folkman, 1991), las alumnas que experimentaban un gran sentimiento de culpa respecto a las conductas asertivas refirieron ser menos asertivas en los contextos sociales que no se sentían culpables. La medida de la culpa sugiere un factor de coacción presublimemente derivado de los procesos de socialización, es decir, las normas culturales influirán dependiendo lo que se halle en juego y de las consecuencias de violarlas.

El afrontamiento durante el Curso de la Vida: el afrontamiento varía desde la infancia hasta la vida adulta, pues el individuo entiende y aprende los modos de afrontamientos dirigidos a la emoción o al problema, hay investigaciones que indican que el afrontamiento se va desde el dirigido a la emoción al dirigido al problema conforme avanza edad y otros dicen que es lo contrario; las fuentes de estrés las que cambian a medida que el individuo envejece y como consecuencia de ello el afrontamiento también va a variar.

Afrontamiento y Adaptación

La evaluación del afrontamiento afecta a las tres clases principales de resultados adaptativos: el funcionamiento social (forma en que el individuo se desempeña en sus distintos roles sociales), el estado moral (grado de satisfacción de sus logros atendiendo las emociones positivas y negativas) y la salud del organismo (enfermedad somática, efectos sobre las reacciones neuroquímicas en su frecuencia, duración y tipo de reacción)

Teoría Neoconductista del Afrontamiento muestra a la evaluación y el afrontamiento como procesos entre variables antecedentes y resultados a corto y largo plazo de adaptación, este modelo resulta lineal y unidireccional.



Cuadro 5. Esquematación teórica del estrés, el afrontamiento y la Adaptación Teoría Neoconductista

La sociedad es generadora de demandas estresantes para el individuo y de coacciones de las formas en que este afronta, pero también la sociedad es usada por el individuo o por el grupo para prevenir el estrés o la ansiedad. Es así que el Modelo Transaccional considera al Individuo y el entorno en una relación bidireccional, recíproca, de forma que lo que es efecto en el en el punto 1 puede convertirse en efecto en el punto 2. La investigación de afrontamiento se debe basar en tres niveles social, psicológico y fisiológico.

Tabla 12. Tres niveles de análisis del afrontamiento

	Antecedentes causales	Procesos mediadores	Efectos Inmediatos	Efectos a largo plazo
Social	Modelos culturales Sistemas Institucionales Estructuras del grupo Estructuras sociales	Apoyo social ofrecido: medios sociales disponibles para la atenuación del problema	Trastornos sociales Respuestas gubernamentales Presiones sociopolíticas	Fracaso social Revolución Cambio Social Cambios estructurales
Psicológico	Variables del individuo: valores, motivación, creencias, locus de control, etc. Variables ambientales: demandas situacionales, recursos sociales y materiales	Evaluación- Reevaluación Afrontamiento: dirigido a la emoción o al problema Apoyo social percibido; emocional, material, informativo	Sentimientos positivos o negativos	Moral Funcionamiento en el mundo
Fisiológico	Factores genéticos o constitucionales Condicionamiento fisiológico Factores de riesgo para la salud	Recursos inmunológicos Herencia genética	Cambios somáticos Enfermedad aguda	Enfermedad Crónica Recuperación de la enfermedad Longevidad

Afrontamiento y enfermedad

Moes y Tsu (1977, citado por Lazarus, 1991) señalan que afrontar una enfermedad implica muchas fuentes de estrés, entre las que se haya el dolor, la incapacidad, el entorno hospitalario y las demandas que provienen del personal sanitario y de los tratamientos a los que se ve sometido; al mismo tiempo el paciente debe conservar un equilibrio emocional positivo, una autoimagen satisfactoria y una buena relación con amigos y familiares.

La negación o la evitación en el contexto de enfermedad no se considera efectiva ya que el individuo deja de desarrollar un afrontamiento apropiado centrado en el problema (p.e buscar atención médica o seguir determinado régimen médico) que podría disminuir el peligro daño real provocado por la enfermedad. La Negación o Evitación tiene tanto costos como beneficios. Cuando no hay nada constructivo para vencer el daño o la amenaza (p.e. enfermedad crónica), la negación alivia el grado de trastorno producido, sin alterar el funcionamiento del individuo, favorece los pensamientos de esperanza en la primera fase de una crisis; pero tiene consecuencias negativas al abandonar el hospital.

Numerosos estudios han señalado el papel predictivo que tienen los estilos de afrontamiento y los factores estresantes en la etiología del alcoholismo y el pronóstico de éxito en su tratamiento (Cárdenas, Vite, Aduna, Echeverría y Ayala, 1991). El ingresar a un tratamiento psicológico para controlar una conducta adictiva implica una fuente de estrés para el individuo, pues implica a tener un autocontrol para dejar los reforzadores de corto plazo por los de largo plazo, implica cambiar de hábitos para lograr determinados objetivos, lo cual implica incertidumbre.

Los individuos deben ser capaces de emplear un número amplio de estrategias de afrontamiento de manera flexible y de una manera que sea relevante para la situación, pero no todas las personas tienen un repertorio conductual amplio y efectivo de estrategias que les apoyen para enfrentar de una forma más adecuada las distintas situaciones, en el caso de los usuarios de sustancias adictivas, se deben reforzar las técnicas de aprendizaje para adquirir estrategias efectivas como son el entrenamiento en asertividad, el desarrollo de habilidades de comunicación y el manejo de técnicas de relajación y búsqueda de apoyo.

Investigaciones sobre Afrontamiento

Sotelo Arias y Maupome (1999), encuentran que hay diferencias de utilización de estrategias por sexo en adolescentes mexicanos, ya que los hombres recurren más al distanciamiento, al pensamiento mágico y flexibilidad de afrontamiento que las mujeres; en cambio la revaloración positiva es más usada por mujeres que por hombres.

Santamaría Miranda (2001), describe que el estilo de afrontamiento más utilizado en empleados bajo una situación de estrés es el de dirigido a lo positivo, en segundo lugar flexibilidad de afrontamiento y en tercer lugar el afrontamiento dirigido al problema, siguiéndole el Pensamiento Mágico y el Distanciamiento, por último quedando la revaloración positiva. Y no encuentran diferencias significativas por sexo en la forma de afrontar entre hombres y mujeres.

Pacheco Gil (2004), encuentra diferencias estadísticamente significativas entre población reclusa en penitenciarias y hombres puestos en libertad en el afrontamiento total, los reclusos muestran un mayor puntaje que implica usan mayor cantidad de estrategias de afrontamiento, en la subescala de afrontamiento dirigido a la emoción el grupo recluso utiliza más este tipo de afrontamiento y en estrategias como son la búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad y reevaluación positiva tiene mayores puntajes en el grupo interno en el reclusorio que el grupo puesto en libertad.

Góngora Coronado (2000), reporta la relación del enfrentamiento como rasgo y estado, es decir, las personas tienen estilos o maneras consistentes de enfrentar sus problemas más generales en la vida (rasgo) que pueden cambiar ante situaciones más específicas (estado). Evaluó como afrontan las personas de Yucatán la vida, familia, trabajo/escuela, pareja, amistades y salud, y las estrategias más utilizadas por mexicano yucatecos son: 1) Directo – Revalorativo (hacen algo para la resolución del problema tratando de aprender o ver algo positivo de la situación); 2) Emocional-Negativo (se expresa un sentimiento o emoción que no llevan directamente a la resolución del problema); 3) Evasivo (escapa o minimiza el problema). En salud aparece a diferencia de las otras áreas en primer lugar el factor 4) Emocional-Evasivo (en el cual se expresa un sentimiento que no resuelve y que evita o escapa del problema). 5) Directo, 6) Revalorativo y 7) Social-Emocional-Negativo (expresa sentimientos que no resuelven pero pide ayuda a otros). Y no encuentra diferencias significativas entre hombres y mujeres ni por edad.

Espinoza Mendoza (2003), en una investigación con pacientes con psoriasis encontró diferencias significativas por sexo en las estrategias de dirigido al problema y revaloración positiva que es más usada por hombres que por mujeres, es decir presentan un afrontamiento más activo y las mujeres es más dirigido a la emoción, pero determina que se debe más a factores socioculturales.

En los CIJ en 1996 y 1997, se realizó un estudio comparativo de factores asociados al consumo de drogas entre un grupo consumidor de sustancias adictivas y un grupo control que no consumía, respecto al afrontamiento al estrés encontraron que los sujetos control suelen recurrir a estrategias autodirigidas (es decir, el cambio del sujeto, de su respuesta afectiva o modificación motivacional o cognitiva, la variación del nivel de aspiraciones, reevaluaciones cognitivas dirigidas al problema), mientras que el grupo de consumidores la frecuencia de estrategias heterodirigidas (referen al cambio del entorno, modificación de la relación con los demás modificar presiones ambientales, los recursos y procedimientos) era mayor.

Córdova Alcaraz (2000), realizó un estudio con jóvenes entre 10 y 18 años con el objetivo de establecer características diferenciales entre la población consumidora y no consumidora de sustancias adictivas, y entre las variables que evaluó se encuentra el afrontamiento al estrés. Se observa que los sujetos que no consumen drogas declaran no tener ocurrencia de estrés en comparación a los que si usan. En cuanto al afrontamiento obtuvo datos contradictorios en las escalas utilizadas, ya que mientras en la escala desarrollada por los CIJ el afrontamiento de tipo autodirigido resulto ser más utilizado por los que no consumían drogas ilegales y menos por los adolescentes que si las usan, y el afrontamiento heterodirigido se utilizo menos por los no usuarios y más por quienes utilizan sustancias ilícitas. Contrariamente en el inventario de González Forteza (1992), se observo que utilizan más estrategias de afrontamiento autodirigidas los usuarios de drogas y las heterodirigidas por quienes no consumen drogas. Esta contradicción se explica posiblemente debido a la temporalidad de las escalas, puesto que la primera evalúa el último año y la segunda los últimos tres meses.

Escamilla Díaz (2002), encontró que existen diferencias significativas en los mecanismos de afrontamiento entre hombres y mujeres coadictos, específicamente en el de control, tolerancia y evitación, en las tres anteriores las mujeres presentan mayores puntajes que los hombres.

Richaud de Minzi, Barrionuevo y Mussi (2001), analizan si existen estilos de afrontamiento particulares asociados a cada estadio de cambio de Prochaska y Di Clemente a 60 sujetos, con una media de edad de 40.70 años, de ambos sexos que inician un programa de cambio de hábitos con problemas de sobrepeso, a los cuales se les aplico la Escala de Evaluación del Cambio (McConaughy, Di Clemente, Prochaska y Velicer, 1989) y el Cuestionario de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986), esta última se clasifico de acuerdo a la categorización de la clasificación de Moos y Billing clasificación: 1)Centrado en la evaluación: a)Análisis lógico, b) Redefinición cognitiva, c) Evitación cognitiva; 2) Centrado en el problema: a) Búsqueda de información, b) Acción, c) Gratificaciones alternativas; 3) Centrado en la emoción: a) Control emocional, b) Resignación, c) Descarga emocional. Se encontró que a medida que aumenta el estadio de cambio en que se encuentra la persona, su forma de afrontar está más caracterizada por un análisis lógico del problema y que esta diferencia se hace más notable entre los estadios de precontemplación y contemplación con el de mantenimiento. También encontramos un afrontamiento a través de la redefinición cognitiva y de la descarga emocional menos frecuente en los estadios de contemplación y precontemplación que en los de acción y mantenimiento. En estos dos último estadios, el sujeto no sólo se vuelve más reflexivo sobre su dificultad, intentando una redefinición cognitiva que lo fortalezca en su decisión de realizar y mantener el cambio, sino que tiene más tendencia a recaer en conductas impulsivas que le sirven de descarga, pero que al mismo tiempo le crean serias dudas de poder seguir controlando la conducta problema. Obviamente estas características están significativamente atenuadas en el estadio de precontemplación donde el problema "no existe". Las diferencias más marcadas en cuanto a la forma de afrontar el problema se dan entre el estadio de precontemplación, donde el sujeto no es casi conciente de la necesidad de implementar un cambio y el de mantenimiento, donde el sujeto ha logrado el cambio, pero no está nada seguro de poder conservarlo.

Arjona Arcas y Guerrero Manzano (2003), realizaron un estudio entre adolescentes en España sobre sus estilos y estrategias de afrontamiento, encuentran que el estilo más usado por los adolescentes es el activo el cual reúne estrategias tales como la distracción, la búsqueda de apoyo social, la búsqueda del apoyo de un experto y la acción (resolver el problema) y el afrontamiento pasivo queda en segundo plano con las estrategias de negación y falta de afrontamiento. Las estrategias de afrontamiento activas se relacionan con las habilidades sociales y con la adaptación en los sujetos, es decir la búsqueda de soluciones se correlaciona positivamente con la adaptación global del sujeto y el afrontamiento pasivo se correlaciona negativamente con la adaptación. Y se mostraron diferencias entre sexos, encontrando que los hombres tienden al afrontamiento activo y las mujeres al pasivo.

Cárdenas, Vite, Aduna, Echeverría y Ayala (1991), aplicaron una encuesta a 200 bebedores evaluando la cantidad de estrés con el Cuestionario de Eventos negativos de vida y el cuestionario de Modos de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman, y se encontró que los bebedores excesivos enfrentan un mayor número de eventos negativos en su quehacer cotidiano a diferencia de los no bebedores, lo que confirma que existe una relación importante entre eventos estresantes, consumo excesivo de alcohol presentación de problemas ocasionados por su forma de beber. El estilo de afrontamiento utilizado fundamentalmente por los bebedores es pasivo y de evitación.

Asertividad

Las personas, a lo largo de la vida, nos enfrentamos a diferentes relaciones interpersonales en diversos contextos y situaciones. Por lo que desarrollamos un modo particular de enfrentar el medio ambiente en el que nos desenvolvemos. Así mismo en la vida se encuentran problemas ligados a los conflictos que surgen en el plano de las relaciones interpersonales. En muchas ocasiones, debido a la forma como se enfrentan los conflictos es que, podemos observar que algunas personas poseen formas o capacidades muy limitadas para enfrentar ese problema, mientras que otros ante la misma situación presentan una conducta habilidosa (Flores y Díaz 2002).

Es importante destacar que cuando se presentan situaciones que ocasionan conflicto al individuo, durante la Interacción con otras personas, es necesario hacer frente a la dificultad. Flores (2002), Indica que para actuar ante los conflictos las personas cuentan con recursos básicos para proceder. Es decir, ante una situación estresante o problema puede desatarse una reacción biológica natural, en el sujeto, a la que se le llama Ansiedad ante este estado de malestar y si la persona no sabe que hacer ni cual es la acción más apropiada puede enfrentar el problema a través de dos respuestas básicas: Luchar (agresividad) o Huir (pasividad). Estas son reacciones normales pero limitantes para la persona ya que ello no es suficiente para mantener relaciones constructivas. Es necesaria, entonces, otra opción, la cual requiere del desarrollo de habilidades específicas para la interacción. Esta tercera opción hace referencia a la capacidad humana de desarrollar formas de respuesta tales como dialogar, razonar y negociar, entre las que se encuentra la Asertividad.

Flores (2002) y Caballo (1993), refieren que el concepto de asertividad en el contexto clínico se ha venido desarrollando a partir de 1950, en Estados Unidos. Además, indican que la definición de asertividad utilizada con mayor frecuencia es la desarrollada por Wolpe (1958), en donde el significado original es la defensa de derechos. Posteriormente la definió como la expresión adecuada, dirigida hacia otra persona que incluye la respuesta de ansiedad. También indican que no fue sino hasta los años 70s que surgieron nuevos conceptos de la asertividad debido a que diferentes autores se interesaron por ésta, ya que, encontraron que está relacionada con las interacciones más sanas de las personas lo que conlleva al bienestar individual y comunitario. Con lo que se expande y desarrolla la medición y técnicas de entrenamiento asertivo. De aquí que los enfoques conductual, cognoscitivo y humanista estudiaron mas a fondo la asertividad generándose el auge de las investigaciones centradas en el uso de instrumentos para la medición e implementación de modelos de entrenamiento en asertividad.

Los autores que, líneas abajo se mencionan, han desarrollado diferentes definiciones conceptuales sobre la asertividad son: (citados por: Caballo, 1993; Villagomez, 1994; Flores, 1994; Aguilar, 1995; Concha, 2001; Vázquez, 2002); Phillips (1978); Caballo (1993); Para Wolpe (1969); Oara Alberti y Emmons (1974); Delamater y McNamara (1986); Jakubowski y Lange (1978); Lazarus (1973); Cotler y Guerra (1976); Rich y Schoeder (1976); Bartolomé Carrobes (1979); Rathus (1973) y en México Flores (1994).

La asertividad no tiene una definición universal. Esta depende del modelo teórico y de cada autor, como ya fue mencionado en párrafos anteriores, que se le ha dado énfasis a los distintos aspectos de la asertividad. Las definiciones conceptuales contienen elementos donde se hace referencia a la parte conductual, cognitiva y emocional.

Algunos han planteado que la asertividad tiene que ver con la expresión adecuada, en diferentes situaciones de interacción, además de han resaltado aspectos tales como: ser autoafirmativo; mantener cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad; la expresión de sentimientos propios o ajenos, positivos o negativos. La expresión de amor, afecto o alabanza, de pensamientos, deseos, creencias, opiniones, expectativas, valores, necesidades y disgustos. Otros autores relacionan la asertividad con la facultad de aceptar o rechazar propuestas que el sujeto considera inapropiadas según sea el caso. También se considera a la asertividad como la capacidad de hacer valer los derechos personales respetando, a la vez los derechos y dignidad de los demás. Otros más hacen referencia a la habilidad para decir no, para pedir favores y hacer demandas, la habilidad para poder

iniciar y continuar relaciones sociales saludables, además de saber recibir halagos. Expresar pensamientos, emociones y creencias en forma directa, honesta clara y oportuna.

Desde las perspectivas psicológicas antes mencionadas, se explica la asertividad como la conducta que se aprende a través de la observación de los modelos significativos que las presentan, en el caso del aprendizaje social de Bandura (1969). El enfoque cognoscitivo representado por Lange y Jakubowski (1976) la asertividad involucra aspectos básicos tales como la declaración de los derechos personales expresando pensamientos, sentimientos y creencias, que a su vez no, viola los derechos de la otra persona y el humanista se centra en la asertividad como una técnica para el desarrollo de la realización del ser humano (Flores, 2002).

A continuación se exponen algunas definiciones que frecuentemente se consideran en diversas investigaciones

Lange y Jakubowski (1976, citados por Ordás Carrillo, 2000), postulan que actuar asertivamente significa hacer valer los derechos expresando lo que uno siente, quiere y piensa en forma directa, honesta y de manera apropiada respetando los derechos de la otra persona.

Para Aguilar Kubli (1987, citado por Caballo, 1993) señala que asertividad significa tener la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias o de los demás de una manera honesta, oportuna, profundamente respetuosa, y tiene como meta fundamental lograr una comunicación satisfactoria hasta donde el proceso de la relación humana lo haga necesario. Aguilar (1988) señala que ser asertivo implica actuar bajo la plena convicción de que se tiene el derecho de ser uno mismo y de expresar los propios pensamientos y sentimientos en tanto se respeten los derechos y la dignidad de los demás.

Flores (1987, citado por Guerra Ramos, 1996), considera que la asertividad es el área que ha recibido mayor atención por los psicólogos clínicos y terapeutas y que es un constructo que ha sido desarrollado dentro de la cultura anglosajona, por lo que es su estudio se aboca a conceptualizar y medir la asertividad para la cultura mexicana. Flores (2002), encontró en distintos estudios, que debido a las normas que guían las vidas los mexicanos estos pertenecen a la clasificación de tipo obediente afiliativo y concluye que por lo tanto en México se observa un cuarto tipo de respuesta socialmente habilidosa, la del individuo automodificador, en el cual se presenta la respuesta de complacencia como la principal característica para lograr metas grupales.

En el estudio de 1987, indica que la Asertividad es la habilidad verbal de expresar deseos, creencias, necesidades, opiniones tanto positivos como negativos, así como también el establecimiento de límites de manera honesta y oportuna respetándose así mismo como individuo y a los demás durante la interacción social. Describe las siguientes interacciones sociales en las que la persona, tomando en cuenta el contexto cultural del mexicano, puede mostrarse asertiva o automodificador:

- a) Relaciones o situaciones de la vida cotidiana en donde existe una interacción con desconocidos
- b) Relaciones afectivas en donde existe una interacción con personas involucradas sentimentalmente, es decir, familia, pareja y amigos y
- c) Relaciones educativo – laboral en donde la interacción se da con autoridades y compañeros en un contexto sociocultural determinado.

El concepto de Asertividad, que se retoma para el presente estudio, es el Gambrill y Richey (1977, citado por Guerra Ramos, 1996) y se refiere a la habilidad tanto para emitir conductas que son reforzadas positiva o negativamente y para no emitir conductas que son castigadas o extinguidas por otros. Para estos autores las conductas típicamente asertivas se componen de un elemento emocional (ausencia de incomodidad subjetiva) y de la manifestación conductual propiamente dicha. Incluye también los siguientes factores entre las respuestas asertivas: rechazar peticiones, responder a las críticas, aceptar cumplidos, iniciar y mantener conversaciones, halagar a otros, terminar interacciones desagradables, pedir un cambio en la conducta de otra persona, expresar desacuerdo, resistir interrupciones y pedir disculpas. Gambrill y Richey relacionan los aspectos aprendidos con el emocional y conductual, además, hacen énfasis en que la conducta asertiva es situacional.

Inventario de Asertividad de Gabor y presenta situaciones de interacción personal de acuerdo a 8 dimensiones Richey (Descripción tomada de Cabrera, 2004):

1. Rechazar peticiones
2. Admitir limitaciones personales
3. Iniciar contacto social
4. Expresar sentimientos positivos
5. Afrontar la crítica de los demás
6. Discrepar de la opinión de otros
7. Conducirse asertivamente en situaciones de servicio
8. Expresar sentimientos negativos

Cuenta con dos subescalas:

- ✧ Grado de Incomodidad: Se refiere al malestar subjetivo que la persona puede expresar al tener que enfrentarse a cualquiera de las situaciones descritas en el inventario. Los puntajes de la subescala van del uno al cinco (1= nada, 2= un poco, 3= regular, 4= mucho y 5= demasiado) Cuenta con nueve factores: reconocer limitaciones personales, hacer halagos, conductas de confrontación y defensa de opiniones, defensa de derechos en situaciones de confrontación y defensa de opiniones, defensa de derechos en situaciones comerciales e interacción con personas cercanas, hacer peticiones, expresión de sentimientos positivos, rechazar peticiones, resistir la presión de otros, iniciar contactos sociales y afrontar situaciones molestas.
- ✧ Probabilidad de Respuesta: se refiere a la probabilidad de que la persona lleve a cabo alguna de las conductas descritas en el inventario. Sus puntajes también van del uno al cinco (1= siempre, 2= usualmente, 3= la mitad de las veces, 4= rara vez y 5= nunca). Cuenta con nueve dimensiones: reconocer limitaciones personales, conductas de confrontación y defensa de opiniones, defensa de derechos en situaciones comerciales e interacción con personas cercanas, hacer peticiones, expresión de sentimientos positivos, rechazar peticiones, resistir la presión de otros, afrontar situaciones molestas y manifestar molestia, enfado o desacuerdo.

También determina las situaciones en las que a las personas les gustaría conducirse con mayor seguridad (para fines terapéuticos).

Por medio de la sumatoria de cada subescala se pueden indicar los niveles de GI y de PR con lo que se obtiene el diagnóstico, que puede ser:

- Asertivo: persona altamente asertiva que experimenta un bajo nivel de incomodidad y su probabilidad de actuar asertivamente cuando tiene que enfrentar situaciones de interacción social es alta.
- Inasertivo: persona que manifiesta alto nivel de incomodidad y su probabilidad de actuar asertivamente es muy baja.
- Actor Ansioso: persona que presenta una alta probabilidad de presentar una conducta asertiva, pero que también experimenta altos niveles de incomodidad.
- Indiferente: persona que experimenta un grado de incomodidad moderado y su probabilidad de respuesta es muy baja.
- Promedio: persona que experimenta un grado de incomodidad moderado y su probabilidad de respuesta es promedio.
- Otras combinaciones
- Promedio Inferior: persona que experimenta un grado de Incomodidad promedio y su probabilidad de respuesta promedio y un alto grado de incomodidad.
- Promedio Superior: persona que experimenta un grado de incomodidad moderado y su probabilidad de respuesta es alta; o persona que presenta una probabilidad de respuesta promedio y su grado de incomodidad es bajo.

Desarrollo de la Asertividad

La conducta asertiva ayuda a establecer redes sociales de apoyo, y a identificar cuando un determinado grupo de pertenencia es saludable. Desde las primeras etapas de la vida, (durante las primeras interacciones) los modelos significativos favorecen formas de relación adecuadas y que ayudan en la formación de creencias apropiadas que permiten que el sujeto logre desenvolverse debidamente. De ello depende, en buena medida, que tienda a una mejor competencia social que le permita considerarse, a la vez, más integrado.

La formación de la conducta asertiva desde la niñez, es elemental, ya que ayuda a incrementar la percepción de cordialidad, la aceptación de los compañeros y la participación social, que entre mayor sea la conducta asertiva, los niños tienen, mejor competencia social, creatividad y desarrollo cognitivo. El no aprender una conducta asertiva conlleva a que el niño experimente el aislamiento social o rechazo lo que hace que se sientan solos e infelices, además, de impedir la adquisición de nuevas habilidades. Los problemas interpersonales, son característica de muchos trastornos emocionales y conductuales en los niños (Aguilar, 1995).

La capacidad de ser asertivo se desarrolla durante la niñez. Al ser patrones de respuesta, según la teoría del aprendizaje social de Bandura (1969, citado por Ordaz, 2000), pueden modificarse en cualquier otro momento de la vida. Para Bandura, los patrones de respuesta se aprenden a través del modelamiento que realizan las figuras significativas. Las respuestas sociales son reforzadas o castigadas lo que hace que aumenten, modifiquen, disminuyan o desaparezcan por esto es posible que un adulto reaprenda habilidades sociales.

Otro enfoque teórico que nos ayuda en la comprensión del desarrollo de la asertividad es el de la Terapia-Racional-Emotivo-Conductual (TREC). Este modelo parte de la premisa de que el pensamiento y las emociones de los seres humanos son dos procesos que se yuxtaponen. Es decir, ninguna de las funciones básicas tales como sentir sensaciones, moverse, sentir emociones y pensar se experimenta en forma aislada. Cuando una persona siente emociones o piensa, consciente o inconscientemente, involucra también a los otros componentes. Las evaluaciones que se hacen de las emociones durante la interacción juegan un papel importante, ya que son percepciones que el individuo tiene de una cosa o situación, como buena o mala, y que le llevan a comportarse o a responder hacia ella de forma positiva o negativa. La TREC se basa en que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo, de su interpretación de la realidad. La meta primordial de la TREC es asistir al paciente en la identificación de sus pensamientos irracionales o disfuncionales y ayudarlo a reemplazar dichos pensamientos por otros más racionales o eficientes que le permitan lograr con más eficacia metas de tipo personal como ser feliz, establecer relaciones con otras personas, etc. (Lega, Caballo y Ellis, 2002).

Componentes de la Asertividad

La asertividad según Flores y Díaz (2002), es un atributo constante en la persona que depende de la situación en el que se desenvuelve la persona se manifiesta esta conducta que se realiza cuando se estima que es la salida más adecuada a una situación. Depende también del contexto sociocultural que determina las normas de interacción y negociación normativamente apropiadas para cada grupo social.

El componente cognoscitivo de la Asertividad se refiere a las creencias o pensamientos racionales importantes para el sujeto (la forma como interpreta el individuo las acciones y como actúa respecto a su interpretación), el conductual o forma de responder en la interacción (ser oportuno), y el emocional, control emocional para mantener una buena comunicación (manejo del miedo, preocupación, culpa o ansiedad). Cuando una persona presenta déficits en alguno de estos componentes puede emitir una respuesta en forma parcial, además de, rechazar sus derechos o presentar patrones de pensamientos o creencias irracionales. Todo ello debido al temor del rechazo social o temor por conducirse de determinado modo, lo que le lleva a responder en forma no asertiva (Flores y Díaz, 2002).

Las respuestas asertivas se pueden manifestar a través varios elementos: verbales y no verbales. Estos se utilizan durante las distintas interacciones y de ello depende que una comunicación sea interpretada como asertiva o no asertiva (Flores y Díaz, 2002).

Para Caballo (1993), dice que los contenidos verbales y no verbales pueden estar presentes en diferente grado y forma en personas que manifiestan una baja, media y alta habilidad social. Los verbales se refieren a tomar la palabra, a las cualidades de la voz, el tiempo de conversación, el contenido verbal. También el significado de lo que se dice y de cómo se recibe el mensaje, en el contenido verbal se incluye el volumen, el tono, el timbre, la claridad, la velocidad, el énfasis y la fluidez, los umhs y ehs, las pausas y las vacilaciones, y el dar retroalimentación como muestra de empatía, todo ello de acuerdo a la situación. En lo referente a la comunicación no verbal, durante la interacción social, se han observado elementos tales como la expresión de emociones, actitudes a través de la mirada, la expresión facial, la postura y movimiento corporal, la distancia y proximidad, el contacto ocular, todos ellos son elementos que se utilizan durante la interacción de acuerdo con el mensaje y la situación.

Flores y Díaz (2002), retoman los elementos analizados por Aguilar Kubli (1987) para describir los componentes verbales de las personas asertivas y no asertivas. En los asertivos se han encontrado los siguientes componentes verbales: Respetarse a sí mismo (debido a que el principio de toda comunicación humana comienza por el respeto a sí misma). Respetar a los demás (tratar al otro con respeto y dignidad). Ser directo (implica garantizar que nuestros mensajes sean claros para la otra persona para que no sean necesarias las suposiciones y no haya malos entendidos). Ser honesto (para facilitar la comunicación es necesario reflejar pensamientos sentimientos o creencias, asumir la responsabilidad de las consecuencias e interpretaciones de nuestra comunicación). Ser oportuno (para que la comunicación sea satisfactoria es necesario tomar en cuenta lo que decimos o escuchamos y el contexto donde ocurre la comunicación por lo que se debe considerar: el lugar, el momento, firmeza del mensaje, relación con los demás). Control emocional (el sano control emocional contribuye para mantener una buena comunicación, por el contrario, cuando se desbordan en niveles inadecuados las emociones mucha información real o importante se puede quedar sin expresar). Saber decir (las expresiones utilizadas para expresión de deseos, sentimientos, sentimientos negativos y difíciles, etc., dependen del objetivo que perseguimos en cualquier interacción). Saber escuchar (No interpretar o presuponer ni tomar como verdades patentes deducciones no verificadas, es decir, comprender lo que los demás quieren transmitirnos lo que la persona). Ser positivo (reconocer algo positivo del otro sin presuponer que ya lo sabe). En cuanto a los componentes no verbales indica que, en muchas ocasiones, hacen que las personas se formen impresiones de los demás a partir de esta conducta y que para que un mensaje se considere asertivo, las señales no verbales, tienen que ser congruentes con el contenido verbal. Se consideran componentes no verbales de la conducta: el contrato visual, la expresión facial, los movimientos de manos y pies, la postura, orientación del cuerpo, distancia, elementos paralingüísticos como la sonoridad, la fluidez, la velocidad con la que se habla, tono e inflexión de voz.

La falta de Asertividad

Los sistemas sociales proveen de un contexto y dan una oportunidad para maximizar la supervivencia al incrementar el número de formas posibles de interactuar. Estos sistemas se encuentran basados en el hombre mismo, en el lenguaje, los símbolos y la habilidad para pensar. En este contexto, es que los problemas requieren no sólo soluciones individuales, sino también institucionales y sociales (Solís-Cámara Reséndiz, 1984).

La falta de asertividad, puede producir aislamiento y con ello un probable deterioro del bienestar individual. Está relacionada con el sentimiento de fracaso en las relaciones, al intentar una interacción o ante una situación de interacción que produce conflicto (Aguilar, 1995).

La falta de asertividad, tiene su origen, por un reforzamiento poco frecuente, el castigo de la conducta, o un fracaso para desarrollar la conducta. En cuanto a las emociones positivas (placer,

agrado) pueden ayudar al mantenimiento de la conducta (socialmente habilidosa) que produce, mientras que las emociones negativas (ansiedad, temor) pudieran servir para debilitar ciertas conductas (Caballo, 1993).

La falta de habilidades sociales para Phillips (1978, citado por Gil y León, 1998), es el déficit básico o más característico de cualquier tipo de trastorno psicológico, ya que dicha carencia da lugar a que la persona utilice estrategias desadaptativas para resolver sus problemas o conflictos generalmente de carácter social.

Para Flores y Díaz (2002), retomando el concepto de asertividad como la propensión a ser autoafirmativo, en contraste la persona inasertiva suele tener relaciones en donde se presenta incomodidad, puede ser inoportuno o interpretar de forma inadecuada las acciones del otro lo que impide una interacción eficaz. Por otro lado, el contexto cultural influye en el desarrollo de la asertividad. La sociocultura o sistema de premisas culturales interrelacionados que gobiernan sentimientos, ideas y jerarquizan las relaciones interpersonales, estipulan los papeles que tienen que llevarse a cabo y las reglas para la interacción de los individuos para cada papel, es decir: donde, cuando con quién y cómo.

Investigaciones sobre Asertividad

Para poder determinar la importancia de la asertividad y su relación con la salud y el bienestar de las personas, se han llevado a cabo diversas investigaciones. En la gran mayoría de estas se han utilizado los conceptos originales de asertividad para trabajar sobre problemas relacionados con la asertividad. Dichos estudios se han dirigido hacia las estandarizaciones de pruebas que la miden para tener instrumentos que permitan discernir de entre las conductas de interacción adecuadas. Además, se han aplicado algunos programas de entrenamiento en asertividad dirigidos a múltiples poblaciones y se ha profundizado sobre el concepto de asertividad para una población mexicana.

Larios (1982, citado por Guerra, 1996), utilizó el inventario de Asertividad de Gambrill y Richey para seleccionar 24 alcohólicos no asertivos conformando dos grupos uno recibió entrenamiento asertivo, al final del entrenamiento aplicó nuevamente la escala observando en el grupo experimental una disminución significativa de los puntajes brutos de las subescalas grado de incomodidad y aumento en la escala de probabilidad de respuesta, así como un decremento importante en la ingestión de alcohol.

Los trabajos de Flores, Díaz y Rivera (1987, citado por Guerra Ramos, 1996) y Flores (1994), trabajaron por primera vez en México con la adaptación de la escala de Asertividad de Rathus en una población mexicana; estudio la conceptualización de la asertividad, medición y su relación con otras variables, encontró nuevas formas de conceptualización de la asertividad y elaboró una escala multidimensional de asertividad para una población de estudiantes para empleados mexicana MERA, encontró que la asertividad se relaciona con locus de control interno, orientación al logro y autoconcepto positivo.

Camargo (1985); Ordóñez (1986); Buitrón (1991); Romero y Ordóñez (1991); Gutiérrez (1994) y Martínez (1995); citados por Guerra (1996), implementaron programas para incrementar el repertorio conductual y social adecuado para facilitar las interacciones, lograron que los sujetos mostraran mayor asertividad.

Otros autores que han trabajado con la asertividad relacionada con la salud son:

Aguilar (1995), llevó a cabo la estandarización de la escala de asertividad de Michelson y Wood en una muestra Mexicana de niños de 8 a 16 años, encontró que es importante detectar algún déficit en las habilidades sociales desde las primeras etapas del desarrollo de una persona ya que se puede trabajar oportunamente con la expresión de ansiedad o la dificultad para relacionarse con los demás.

Guerra (1996), encontró que ante la necesidad de tener a alcance instrumentos psicométricos, adaptados a la población mexicana, que permitan detectar de manera rápida información relevante sobre los problemas que presenten las personas en su conducta asertiva estandariza el inventario de Asertividad de Gambrill y Richey.

Por su parte Ordaz (2000), llevó a cabo la investigación sobre el perfil de personalidad y nivel de asertividad en pacientes con trastorno límite de la personalidad, al identificar situaciones específicas problemáticas a través de la aplicación del inventario de asertividad de Gambrill y Richey los pacientes presentaron mayor grado de incomodidad y menor probabilidad de respuesta en situaciones asertivas, detecto la necesidad de modificar su patrón de relaciones interpersonales inestable y adquirir nuevos patrones de conductas asertivas para incorporarlos al repertorio conductual.

Concha (2001); llevó a cabo el estudio asertividad en estudiantes de Ciudad Universitaria, enfoque epidemiológico en donde encontró que no existen diferencias significativas entre la conducta asertiva de hombres y mujeres, aunque sí difieren en algunas dimensiones aplicó el inventario de Asertividad de Gambrill y Richey, encontró que la inasertividad se encuentra relacionada con el desempeño de los sujetos en las áreas en las que presentan problemas.

Velázquez (2000); desarrollo una investigación sobre el efecto del programa de entrenamiento asertivo sobre la calidad de vida en estudiantes universitarios, concluye que el programa de asertividad fue efectivo, después del curso se sienten con menos angustia y mayor seguridad ante situaciones sociales, lo cual mejoró la calidad de vida ya que presentaron bienestar subjetivo, ya que logran sentirse bien consigo y también lograron un bienestar con la familia, amigos y físico.

Cabrera (2004), encontró diferencias de asertividad en estudiantes de nivel medio superior con diferentes patrones de consumo de alcohol, utilizó el inventario de asertividad de Gambrill y Richey, encontró que la muestra de estudiantes era asertiva, presentándose mayor porcentaje de casos en los sujetos de mayor edad y semestres más avanzados. Entre patrones de consumo de alcohol se encontraron diferencias significativas siendo más asertivos los patrones de moderado alto, moderado bajo y consuetudinario.

González Forteza, Villatoro y Collado (1998), observaron un incremento de estresores psicosociales que vive la gente joven en el mundo actual, por lo que es importante considerar el contenido de las fuentes generadoras de estrés en lugar de considerar solamente el grado. Dicen que es necesaria una propuesta preventiva integral en donde intervenga no sólo el adolescente mismo sino también las personas con quienes comparte su entorno vivencial más inmediato y emocionalmente significativo: su familia y su grupo de pares, y cualquier otro grupo de referencia en particular.

Caballo (1993), retoma estudios en los que indican que el uso de drogas se utiliza como un medio para enfrentarse al estrés, por lo que en el entrenamiento en habilidades de afrontamiento requiere que se enseñe al individuo a anticipar y prepararse para situaciones estresantes y desagradables, y para hacer frente a los obstáculos difíciles y desafíos. Indica que se ha encontrado que algunos alcohólicos les faltan las habilidades necesarias para enfrentarse con situaciones conflictivas y señala que es probable que las situaciones familiares, donde el alcohol se consume a lo largo de distintas circunstancias y a menudo se utiliza como un modo de afrontamiento, transmitan un patrón similar de ingesta de alcohol. Puede suceder que algunos hijos de personas bebedoras de alcohol aprendan que el exceso de bebida es un requisito para un afrontamiento adecuado de las situaciones sociales y que nunca hayan aprendido habilidades sociales que podrían utilizarse en ausencia de alcohol. Las personas que beben en exceso pueden tener dificultad para establecer y mantener relaciones sociales que se esperan de ellos y sus respuestas sociales son aprendidas de forma parcial o inadecuada. Se puede observar un doble proceso implicado que evita la adquisición de respuestas sociales más apropiadas y que sirve para mantener un repertorio de respuestas inadecuado y poco adaptativo. Estos sujetos pueden seleccionar por amigos a gente que bebe mucho, haciendo menos probable que aprendan una conducta social más apropiada a partir de los iguales. El comienzo de la conducta de beber es reforzado por las expectativas del individuo de que el alcohol mejorará las interacciones

sociales y reducirá la tensión. Los sujetos pasivos beben para facilitar las interacciones sociales y de esta manera, el beber se convierte en un agente social reforzante. Los individuos altamente asertivos pueden beber para cambiar sus sensaciones y disminuir el aburrimiento.

Se han encontrado estudios donde se muestra que los déficits en habilidades sociales pueden ser situacionalmente específicos, es decir, se presentan solamente ante determinado tipo de interacción. Los individuos con pequeños o moderados problemas de abuso de drogas pueden ser muy habilidosos en otras situaciones. Simplemente puede que no sean capaces de resistir la presión de los iguales para la ingesta de drogas. Los individuos con problemas de adicción más graves podrían tener problemas de habilidades básicas a lo largo de una serie de situaciones. Estos déficits podrán conducir en último extremo al aislamiento social o a la dependencia extrema. Es importante que el individuo en las dos situaciones establezca contactos sociales nuevos y saludables; que mejore y aumente la competencia en el desarrollo, negociación y mantenimiento de redes sociales positivas, con los familiares, los iguales y la comunidad ya que se ha observado que las redes sociales y el apoyo social median la salud y la enfermedad (Caballo, 1993).

El aumento y la creciente complejidad del consumo de drogas en México exigen el desarrollo de programas más eficaces, centrados en factores específicos de riesgo o protectores. (la falta de Asertividad y el afrontamiento pasivo). El uso de sustancias se asocia también con la pertenencia a redes sociales disfuncionales, trastornos de conducta, una baja adherencia escolar, un uso inadecuado del tiempo libre y trastornos afectivos y psicológicos entre los que sobresalen la depresión y la ansiedad. Encontraron que los jóvenes abusadores o dependientes de drogas ilícitas se encuentran expuestos a un mayor número de situaciones y factores estresores y ocurren con más frecuencia a estrategias inadaptables de afrontamiento del estrés; presentan mayores síntomas de depresión, inadecuados niveles de cohesión y adaptabilidad familiares, una menor percepción de riesgo y una mayor percepción de accesibilidad de las mismas. Además de los factores estresores antes mencionados se indica que existe una alta probabilidad del consumo de drogas asociada con la exposición a conflictos interpersonales y familiares (Arellanez, Díaz, Wagner, Pérez 2004).

Autores como Delgado (1983, citado por Guerra, 1996) encontraron que un tratamiento está indicado cuando se aprecian déficits conductuales específicos que impiden una adecuada relación con el entorno social en determinadas situaciones, y que por lo general se trata de habilidades que no fueron desarrolladas suficientemente durante el proceso de aprendizaje de la persona y que ello puede provocar síntomas secundarios.

En el caso de las personas que se muestran asertivas y abandonan un tratamiento para conductas adictivas es importante también observar cómo percibe, el sujeto, los cambios que requiere. Puede ocasionarle conflicto el hecho de llevar a cabo un profundo cambio en su estilo de vida y funcionamiento. Estos sujetos Haynes y Sackett (citados por Andrade Martínez, 2001) muestran un mayor grado de dificultad en poder cumplir con el tratamiento. Además es importante también observar el grado de cumplimiento, disciplina y planeación del sujeto en otras áreas de su vida ya que puede estar relacionado con la deserción, aquellas personas que cuentan con estas habilidades tendrán más posibilidades de manejar adecuadamente sus tratamientos.

CAPÍTULO 6.

MÉTODO

MÉTODO

Planteamiento de Problema:

La deserción a los tratamientos para conductas adictivas representa un impedimento importante para el tratamiento y para los usuarios ya que es posible que los pacientes no alcancen una recuperación mínima respecto al problema y que éste se incremente, además de que la inversión de recursos resulta un gasto inútil. La Deserción a los tratamientos se relaciona con múltiples variables entre ellas los factores inherentes al usuario, el esquema terapéutico, y la organización de servicios de salud. El protocolo de tratamiento utilizado en el Centro Acasulco cumple con las características de un tratamiento eficaz según las normas de Institute National Drug Abuse y los terapeutas se encuentran capacitados para la aplicación de este tratamiento. Aún con ello, se sigue presentando un alto nivel de deserción al tratamiento, por lo que esta investigación se enfocó en variables individuales como son la forma en que afrontan el estrés y las relaciones interpersonales, que influyen en el inicio y mantenimiento de la conducta adictiva. ¿Cómo se relacionan los modos de afrontamiento al estrés y la asertividad con la deserción de los usuarios a los tratamientos de conductas adictivas del Centro Acasulco?

Objetivo

El objetivo del presente estudio es conocer si existe o no una relación entre los modos de afrontamiento al estrés y el nivel de asertividad de los usuarios con la deserción de los mismos a las terapias del centro de atención para conductas adictivas Acasulco.

Objetivos Específicos:

- Evaluar si existe alguna relación significativa entre variables sociodemográficas (edad, sexo, género, grado de escolaridad) y la deserción.
- Evaluar si existe alguna relación significativa entre variables sociodemográficas (edad, sexo, género, grado de escolaridad) y los modos de afrontamiento al estrés.
- Evaluar si existe alguna relación significativa entre variables sociodemográficas (edad, sexo, género, grado de escolaridad) y la Asertividad.
- Evaluar si existe alguna relación significativa entre variables patrón de consumo de sustancias (cantidad, frecuencia, nivel de dependencia y droga de mayor consumo) y la deserción.
- Evaluar si existe alguna relación significativa entre los Modos de Afrontamiento al estrés y el Grado de Asertividad de los usuarios.

Hipótesis:

Existe una relación significativa entre los Modos de Afrontamiento al Estrés y el tipo de Asertividad con la Deserción de los usuarios a un Tratamiento para adicciones.

Existen diferencias significativas entre el nivel de Asertividad y Modos de afrontamiento al estrés antes y después del tratamiento para problemas de conductas adictivas.

Hipótesis Nula:

No existe una relación significativa entre los Modos de Afrontamiento al Estrés y el tipo de Asertividad con la Deserción de los usuarios a un Tratamiento para adicciones

No existen diferencias significativas entre el nivel de Asertividad y Modos de afrontamiento al estrés antes y después del tratamiento para problemas de conductas adictivas.

Definición de Variables

Asertividad

Conceptual: El concepto de Asertividad que se retoma para el presente estudio, es el de Gambrill (1977), que lo define como la habilidad tanto para emitir conductas que son reforzadas positiva o negativamente y para no emitir conductas que son castigadas o extinguidas por otros.⁷ Las conductas típicamente asertivas se componen de un elemento emocional (ausencia de incomodidad subjetiva) y de la manifestación conductual propiamente dicha. (Guerra Ramos, 1996).

Operacional: Respuestas que den los usuarios con problemas de conductas adictivas en el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey.

Modos de Afrontamiento al estrés

Conceptual: Son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externa y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos individuales (Lazarus y Folkman, 1985).

Operacional: Respuestas que den los sujetos con problemas de conductas adictivas en el Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1985).

Deserción

Conceptual: La deserción o abandono de tratamiento retomado en esta investigación es definido como cualquiera de las siguientes situaciones (Robles Soto, 2003):

1. Cuando los pacientes dejan de asistir al tratamiento.
2. Cuando se rehúsan a regresar.
3. Cuando son expulsados o canalizados del tratamiento por falta de cooperación o pobre respuesta al mismo.

Operacional: Que con base en el criterio del terapeuta el paciente haya terminado unilateralmente el tratamiento sin aviso o que no cumpla con el contrato terapéutico y decida el terapeuta canalizarlo a otro tratamiento.

Muestreo:

El muestreo es del tipo no probabilístico, pues se seleccionaron usuarios que ingresaron al centro Acasulco a tratamiento de conductas adictivas, los sujetos que aceptaron la aplicación de los instrumentos para el presente estudio fueron 29 hombres y 5 mujeres, entre 16 y 51 años de edad.

Criterios de Inclusión:

- Personas que sabían leer y escribir.
- Que aceptaron voluntariamente la aplicación de los instrumentos.
- Que presentaron problemas de conductas adictivas con una dependencia media o baja.

Criterios de Exclusión:

- Personas que no sabían leer ni escribir
- Que presentaron cuadros psicóticos y daños orgánicos severos.

Escenario:

El estudio fue en el centro de Servicios Psicológicos Acasulco, ubicado en cerrada de Acasulco No. 18, Col. Oxtopulco, Delegación Coyoacán perteneciente a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, y que tiene como objetivo el servicio a la comunidad, la investigación y la enseñanza.

Instrumentos:

El Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés elaborado por Richard Lazarus y Susan Folkman en 1980, el cual fue revisado en 1986. En 1999, fue traducido y estandarizado en una población de adolescentes mexicanos por Sotelo y Maupone, obteniendo una confiabilidad .8583 (alpha de cronbach), la validez de constructo tiene un alto poder de discriminación de los reactivos. Cuenta con

66 reactivos, conformados en seis escalas: afrontamiento dirigido a lo positivo, pensamiento mágico y distanciamiento que miden el afrontamiento pasivo, flexibilidad de afrontamiento, afrontamiento dirigido al problema y revaloración positiva son escalas que evalúan el afrontamiento activo.

El Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey en 1975 y estandarizado para población mexicana del Distrito Federal por Guerra en 1996. Es una prueba de auto – informe, desarrollada con fines de investigación e intervención clínica, aplicable a población de edades entre los 17 y 56 años de edad, está formado por 40 reactivos que plantean diferentes situaciones de interacción personal con extraños, amigos, compañeros y parejas, de acuerdo a ocho dimensiones de la conducta asertiva. Cada uno de los reactivos debe ser contestado en dos ocasiones de manera independiente de acuerdo a dos subescalas tipo Likert, Grado de Incomodidad y Probabilidad de Respuesta. Se eligió el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey como instrumento de medición porque de las escalas de asertividad traducidas al español, presenta normas para su calificación, una alta confiabilidad, los reactivos utilizados abarcan una gama amplia de conductas asertivas, es una prueba de fácil aplicación y calificación.

Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD-20) adaptado del Drug Abuse Screening Test DAST-20 desarrollado por Skinner en 1982, es un cuestionario de 20 preguntas que mide cinco dimensiones de abuso de drogas (dependencia las drogas, problemas sociales, problemas médicos, poliuso de drogas y tratamientos previos) en formato lápiz-papel, con respuestas dicotómicas (sí/no). Tiene un coeficiente de confiabilidad de de .95a para usuarios de alcohol y drogas y de .86 a en usuarios de alcohol (Fukushima Taniguchi, 2003).

Prueba Rápida de Identificación de Trastornos Derivados por el Alcohol (AUDIT), realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1989, traducida y adaptada al español en 1992, es una prueba que identifica a las personas con un consumo peligroso de alcohol, la prueba es autoaplicable o como entrevista estructurada y consta de tres preguntas que indagan frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas, cantidad de consumo de alcohol por ocasión para cada pregunta existen cinco opciones de respuesta las cuales tienen un valor asignado y la calificación es igual a la suma de esos valores. Fue estandarizada en seis países y se observó una gran confiabilidad entre escalas, Carreño reporta un alpha de .82 y además tiene un alta validez que discrimina entre quienes beben poco y quienes están en riesgo (De la Fuente , 1992).

Entrevista Inicial: tiene como objetivo analizar diferentes áreas importantes de la vida del paciente: datos sociodemográficos, historia de consumo de sustancias (tabaco, alcohol, cocaína mariguana y otras drogas) problemas de salud, laborales, familiares, amistades, académicos y sexuales relacionados con el consumo, grado de satisfacción con su estilo de vida. Es una versión corta de la entrevista elaborada por Ayala, Echeverría, Cárdenas y Gutiérrez en (1998, citado por Lira Mandujano, 2002).

Cuestionario de sondeo sobre los motivos de Deserción al tratamiento, que consta de seis preguntas acerca de si su deserción se relaciona con algún problema en las áreas de su vida y/o con la sensación de bienestar respecto a su problema de consumo.

Tipo de Estudio: es del tipo no experimental ex post facto, pues en esta investigación no se manipularon las variables ni las condiciones a las que se expuso a los sujetos, solo se categorizaron variables ya presentes en los sujetos.

Se realizó un diseño transaccional correlacional, ya que mide la relación de variables en un tiempo determinado. Es un estudio correlacional que tiene como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables, se pretendió observar si estaban relacionadas en el mismo sujeto, en este caso fueron los modos de afrontamiento al estrés y el nivel de asertividad relacionados a la deserción del tratamiento para conductas adictivas.

Diseño estadístico: se utilizaron estadísticos descriptivos, como las medidas de tendencia central, la desviación estándar y la prueba paramétrica t para muestras apareadas e independientes, las

pruebas no paramétricas tablas de cruce de variables, χ^2 (evalúa la relación entre dos variables categóricas) y prueba de Friedman.

Procedimiento:

La población con la que se trabajó fueron usuarios que ingresaron al Centro de Servicios Psicológicos Acasulco durante el periodo del 15 de Octubre del 2003 al 20 de marzo del 2004, a los cuales se les aplicó una Entrevista Inicial de aproximadamente media hora para recoger datos sobre su forma de consumo de drogas (para conocer cuál es programa más adecuado para su tratamiento), después se les aplicó el Cuestionario de Abuso Drogas (CAD-20) y el AUDIT, que permitieron evaluar el grado de consumo de sustancias adictivas; a continuación se les pidió su participación para responder en dos cuestionarios que forman parte de una investigación adicional que se realizó en el Centro, sobre los Modos de Afrontamiento al estrés y la Asertividad, al aceptar se les aplicó el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey y el Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés.

Se acordó con los terapeutas de los cinco programas de atención en Adicciones, que se proporcionarían información mensual de si el usuario continuaba en el tratamiento o había decidido unilateralmente dejar el tratamiento sin aviso.

A los usuarios que terminaron y desertaron del tratamiento para conductas adictivas que inicialmente respondieron los cuestionario de asertividad y modos de afrontamiento, con previa autorización de los terapeutas, se les llamó por teléfono y se les pidió su participación para contestar los cuestionarios y a los que aceptaron se les aplicó por teléfono el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey, el Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés y un sondeo sobre los motivos de deserción.

Se realizó la captura y el análisis de datos obtenidos de las pruebas aplicadas, realizando un análisis estadístico a través del programa SPSS.

CAPÍTULO 7.

RESULTADOS

RESULTADOS

Los datos que se presentan en primer lugar son las características de la población estudiada obtenida a través de la Entrevista Inicial donde se evaluaron los datos sociodemográficos, historia de consumo de sustancias, percepción del problema de consumo, problemas de salud, laborales, familiares, amistades, académicos y sexuales relacionados con el consumo, así como el grado de satisfacción con su estilo de vida. En la segunda parte se muestra como son los modos de afrontamiento al estrés y el nivel de asertividad. En seguida se señala como se da el fenómeno de la Deserción en esta muestra y su relación con variables sociodemográficas, patrón de consumo, estilo de vida y percepción del problema. Delimitándose como se da la relación entre los Modos de Afrontamiento al estrés y el Nivel de Asertividad entre el grupo que deserto y los que terminaron el tratamiento. Finalmente se realizó una segunda aplicación del Cuestionario de Afrontamiento y Asertividad a 11 usuarios de la misma población.

Datos sociodemográficos

La población con la que se trabajó en el estudio fue de 34 usuarios, que ingresaron al Centro de Servicios Psicológicos Acasulco a tratamiento de Conductas Adictivas de los que 29 fueron hombres y 5 mujeres. La media de edad fue de 30 años dentro de un rango de 16 a 51 años. En el consumo de drogas legales el índice de mayor consumo por edad se presentó entre los 31 y 40 años (50%); el mayor índice de consumo de drogas ilegales se da entre los 15 y 20 años (36.4%) y los 21 a 30 años (31.8%).

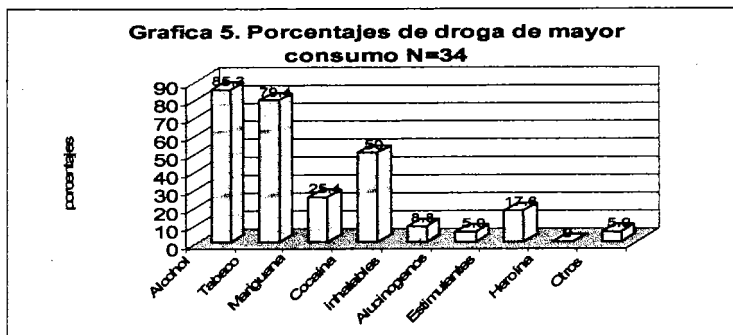
El estado civil de los sujetos en porcentajes se distribuyó de la siguiente forma 64.7% son solteros, el 26.5% casados, el 5.9% divorciados y 2.9% vive en unión libre.

El 47.1% estudió hasta el bachillerato, el 32.4 % licenciatura, el 14.7% secundaria y el 5.9% primaria.

La situación laboral de las personas al ingresar al tratamiento es la siguiente, el 58.8% manifestó tener un empleo, el 14.7% ser estudiantes y el 26.5% estaba desempleados. Los usuarios provienen de diversas delegaciones del Distrito Federal y de zonas conurbanas, el 17.6 % provienen del Estado de México, el 14.7% de la delegación Cuauhtemoc, el 11.8% proviene de la delegación Benito Juárez y el mismo porcentaje de la delegación Coyoacán.

De los 34 usuarios el 35.3% ingreso al programa de Bebedores Problema, el 20.6% al programa de Cocaína, el 26.5% al Programa de tratamiento para usuarios crónicos de alcohol y drogas (CRA), el 8.8% al de Tabaco y Marihuana y el 8.8% al programa de Adolescentes. Una de vez dentro del programa de CRA 4 usuarios fueron canalizados debido a que requerían otro tipo de tratamiento.

Patrón de Consumo



En la Grafica 5 se puede observar que los usuarios consumen principalmente alcohol (85.3%), tabaco (79.4%), y de las drogas ilegales la de mayor consumo es la cocaína con un 50%, siguiendo la marihuana con un 25.4% y los estimulantes con un 17.6%.

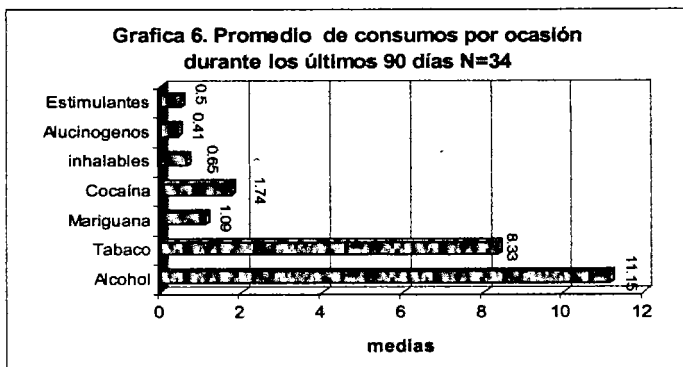
Los usuarios llegaron reportando como principal problema para iniciar su tratamiento, el alcohol con 38.2%, siguiendo la cocaína con un 26.5%, la marihuana con un 14.7% y varias drogas (poliusuarios) con un 20.6% de la muestra.

En la tabla 13 se muestra que las frecuencias de consumo más altas se dan en el alcohol 1 a 2 veces por semana (29.4%), sigue la marihuana con un 23.5% de consumo diario, y por último la cocaína con un 14.7% de consumo diario.

Tabla 13. Frecuencia de consumo en porcentajes por droga (N=34).

Drogas	No consume	Esporádicamente	1 vez al mes	1 a 2 veces por semana	3 a 6 veces a la semana	Diariamente
Alcohol	14.7%	11.8%	20.6%	29.4%	17.6%	5.9%
Marihuana	52.9%	8.8%	2.9%	8.8%	2.9%	23.5%
Cocaína	50%	11.8%	5.9%	5.9%	11.8%	14.7%
Inhalables	91.2%	2.9%	-	2.9%	-	2.9%
Alucinógenos	91.2%	2.9%	2.9%	-	-	-
Estimulantes	85.3%	5.9%	2.9%	2.9%	-	2.9%
Otros	94.1%	2.9%	2.9%	-	-	-

El promedio de consumos por ocasión de sustancias adictivas durante los últimos 90 días, presento un mayor índice de consumo en el alcohol (11.15 copas estándar) y el tabaco (8.33 cigarros), siguiendo la cocaína con 1.74 consumos y la marihuana con 1.09 cigarrillos.

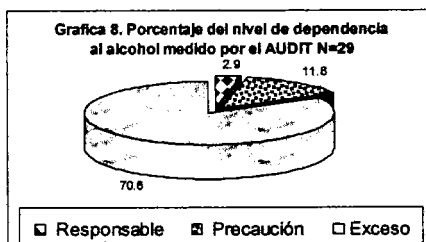
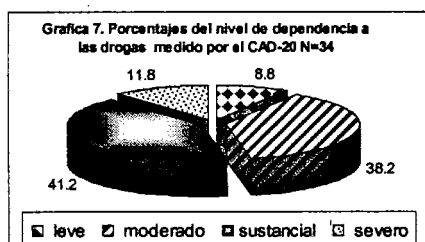


En el CAD-20 el 61.8% de los sujetos describen que han abusado de más de una droga al mismo tiempo (incluyendo drogas legales); el 17.6% respondió que han usado drogas de prescripción médica.

En la entrevista, el promedio de años de consumo de sustancias adictivas es de 10.44 años, mientras que el promedio de considerar el consumo como un problema es de 4.79 años. En drogas legales el promedio consumo es de 17 años y en ilegales de 6.86 años; en cuanto a percibirlo como un problema es de 6.75 y 3.73 años respectivamente.

Las ocasiones que ha intentado dejar de consumir en promedio son 4.71 veces, y el mayor periodo de abstinencia en semanas es de 14.03 semanas. En el CAD-20 indican que pueden dejar de utilizar drogas cuando quieren el 41.2% y el 67.6% puede dejar transcurrir una semana sin utilizar drogas.

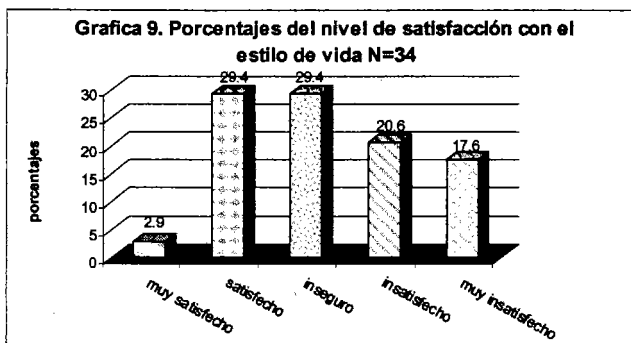
El Nivel de Dependencia medido por el CAD-20 presenta que el 41.2% obtuvieron una calificación de sustancial, el 38.2% de moderación y el 11.8% están dentro de la categoría de severo. Al aplicar el AUDIT se detectó que 29 usuarios de la población elegida consumen alcohol y el 70.6% de esta presenta un consumo excesivo de alcohol.



Estilo de Vida

Los usuarios que relacionan sus actividades recreativas con el consumo de drogas representan el 52.9% de la muestra. Los usuarios que se han sentido presionados por algún grupo a consumir drogas representa un 32.3%, y de ese porcentaje, el 29.4% indica que es por parte de amistades, mientras que la presión familiar se presenta un 2.9%.

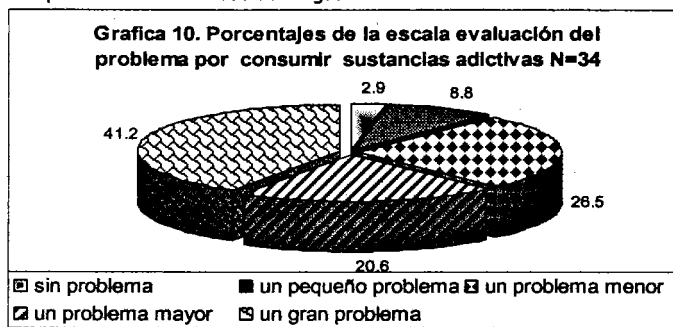
En la escala de satisfacción con su estilo de vida los sujetos informaron sentirse satisfechos con su vida el 29.4%, mientras que la mayoría de la población evalúa sentirse con su estilo de vida desde la inseguridad (29.4%) hasta considerarse insatisfechos y muy insatisfechos (38.2%).



Las principales redes de apoyo que consideran para cambiar el consumo de sustancias son toda la familia (44.1%), la pareja (23.5%) y los padres (14.7%), solo el 6.7% se percibía sin apoyo alguno. En el CAD-20 el 64.7% informa que han pedido ayuda a alguien para resolver su problema con las drogas.

Áreas Afectadas

En la escala de percepción del problema por consumo de sustancias aplicada dentro de la entrevista inicial refleja que el 41.2% percibe su conducta adictiva como un gran problema, el 26.5% como un problema menor y el 20.6% como un problema mayor. En el CAD-20 el 85.3% describe haberse sentido mal o culpable acerca de su uso de drogas.



En la Entrevista Inicial se indaga sobre las áreas más afectadas debido a sus conductas adictivas, a través de una escala de tipo likert de 5 opciones que va de nunca a siempre, en 6 áreas Laboral, familiar, Académicas, Sexual, Salud y Amistades.

Tabla 14. Escala de percepción de problemas debido al consumo de sustancias en las áreas de vida.

Nivel	Áreas Afectadas					
	Amistades	Sexuales	Laborales	Salud	Familiares	Académicas
Nunca	20.6%	32.4%	20.6%	11.8%	5.9%	38.2%
Algunas veces	32.4%	29.4%	17.6%	20.6%	8.8%	8.8%
Ocasionalmente	29.4%	14.7%	23.5%	20.6%	29.4%	8.8%
Frecuentemente	14.7%	14.7%	29.4%	26.5%	41.2%	17.6%
Siempre	2.9%	2.9%	8.8%	20.6%	14.7%	5.9%

En la escala el área familiar el 41.2% reportan tener frecuentemente problemas y el 29.4% indican que ocasionalmente. En el CAD-20 el 88.2% reporta que el abuso de drogas ha creado problemas con su pareja o familiares y estos últimos se quejan constantemente por su involucramiento con el uso de drogas en el 70.6% de la población.

En la escala de salud se distribuyen de forma similar el porcentaje de respuestas en las distintas opciones, destacando que el 26.5% corresponde a frecuentemente tienen problemas. En el CAD-20 el 38.2% de los sujetos reportan haber tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas, el 73.5% indica haber experimentado alguna vez los síntomas físicos (sudoración, taquicardia, ansiedad) cuando ha dejado de usar drogas y el 76.5% han tenido lagunas mentales o alucinaciones como el resultado de uso de drogas. En la Entrevista Inicial respecto a la salud el 17.6% de los individuos indica haber sido hospitalizado por el consumo de drogas.

En la escala del área laboral el 29.4% reporta frecuentemente y el 23.5% que ocasionalmente tener problemas. Y en el CAD-20 el 70.6% indica haber tenido problemas con el trabajo y/o escuela debido al uso de drogas. En la entrevista inicial los sujetos indican haber perdido el empleo a causa del consumo de sustancias en una ocasión el 11.8%, en dos ocasiones 2.9% y 3 ocasiones el 5.9% de una N=34. Respecto al CAD-20 el 26% refiere que ha perdido algún trabajo debido al abuso de drogas.

En la escala el área de amistades 32.4% indica tener problemas algunas veces y el 29.4% ocasionalmente. Y en el CAD-20 el 55.9% describen haber perdido amigos por su uso de drogas

En la escala el área sexual el 32.4% indican nunca tener problemas y el 29.4% algunas veces. Y en lo académico el 38.2% nunca tiene problemas y el 17.6% frecuentemente.

Tabla 15. Relación entre la percepción del problema de consumo de sustancias adictivas y la media de las áreas afectadas.

Percepción del problema	Áreas afectadas	
	Media	DS
Sin problema	12	0
Un pequeño problema	19.33	3.06
Un problema menor	23.11	10.99
Un problema mayor	33.57	9.11
Un gran problema	29.21	9.35

Se observa una relación entre la percepción del problema y el nivel reafectación en las áreas de vida, a mayor afectación mayor percepción del problema, aunque la media de un problema mayor es más alta que la de un gran problema.

En la Entrevista Inicial la situación legal de la población el 23.5% reporta haber sido arrestado por consumo de sustancias. En el CAD-20 el 20.6% se han involucrado en actividades ilegales con tal de obtener las drogas y un 55.9% se ha visto involucrado en peleas cuando esta bajo la influencia de las drogas.

Las personas que manifestaron haber asistido anteriormente a tratamientos relacionados con el consumo de drogas representan un 47.1% de la población, y el 23.5% asistió a grupos de Autoayuda.

Asertividad y Afrontamiento

En el inventario de de Asertividad de Gambrill y Richey la población con que se trabajo, el 64.7% obtuvo puntajes dentro del nivel asertivo y el 29.4% califico como actor ansioso. En la subescala de Grado de Incomodidad (GI) obtuvieron un media de 100.85 que esta dentro del promedio en las normas de calificación y en la subescala de Probabilidad de Respuesta (PR) la media es de 73.59, lo que representa en las normas que son superiores al promedio.

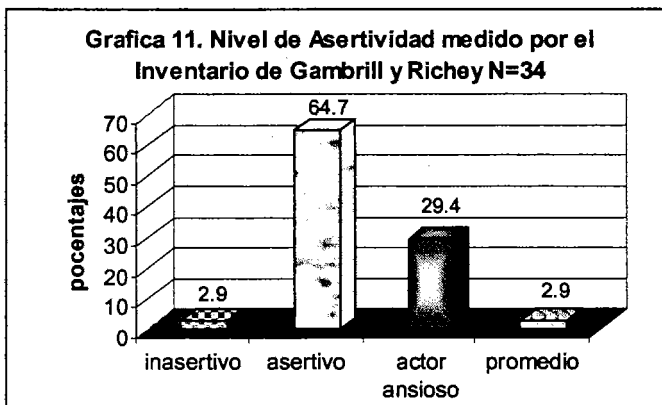
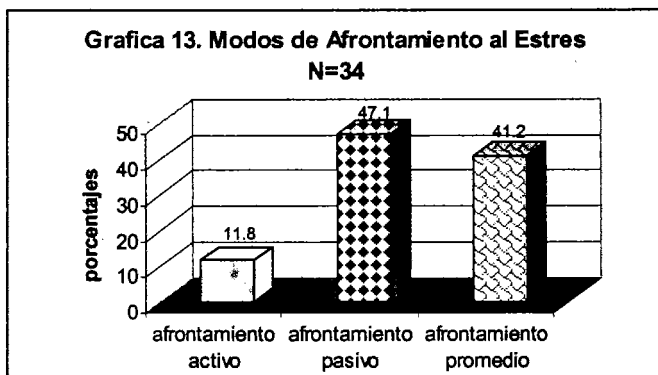


Tabla 16. Tipo de asertividad relacionado con el Nivel de satisfacción con su estilo de Vida.

Tipo de Asertividad	Nivel de Satisfacción				
	Muy satisfecho	Satisfecho	Inseguro	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Asertivo	--	31.6%	36.8%	26.3%	5.3%
Promedio	--	100%	--	--	--
Actor ansioso	11.1%	22.2%	11.1%	11.1%	44.4%
Inassertivo	--	--	100%	--	--

Se observa que la mayoría de los usuarios asertivos se mostraron con su estilo de vida, de inseguros a insatisfechos (63.1%) y los actores ansiosos en su mayoría se muestran muy insatisfechos (44.4%).

En el Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés de Lazarus y Folkman el 47.1% presento un tipo de afrontamiento pasivo y el 41.2% un afrontamiento promedio. En la Escala Total de Afrontamiento el 76.5% muestra un afrontamiento al estrés promedio.



En las escalas de flexibilidad de afrontamiento, pensamiento mágico, distanciamiento, dirigido al problema y dirigido a lo positivo, la mayoría de los usuarios presenta un nivel promedio y en la escala de revaloración positiva la mayor parte de la población presenta un bajo afrontamiento.

Tabla 17. Escalas de Modos de Afrontamiento al Estrés N=34

Normas de las escalas de Afrontamiento	Escala de flexibilidad	Escala de pensamiento mágico	Escala de distanciamiento	Escala dirigida al problema	Escala de revaloración positiva	Escala dirigida a lo positivo
Bajo	23.5%	14.7%	20.6%	23.5%	52.9%	26.5%
Medio	64.7%	55.9%	61.8%	67.6%	38.2%	61.8%
Alto	11.8%	29.4%	17.6%	8.8%	8.8%	11.8%

La tabla 18 muestra los resultados de la prueba T para muestras independientes en la escala de revaloración positiva (0.045 significancia) los hombres obtuvieron una calificación promedio, mientras que las mujeres calificaron como baja y no hay diferencias significativas en las escalas de asertividad entre hombres y mujeres, ambos calificaron como promedio.

Tabla 18. Medias de las Escalas de Modos de Afrontamiento al Estrés y Asertividad entre Hombres (n=25) y Mujeres (n=5).

Escalas de afrontamiento y Asertividad	Masculino		Femenino		Significancia de dos colas
	Media	DS	Media	DS	
Flexibilidad de afrontamiento	20.28	5.93	15	2.92	0.064
Afrontamiento dirigido a lo positivo	22.24	5.66	18.2	4.71	0.147
Pensamiento mágico	13.4	4.26	16.2	5.26	0.206
Afrontamiento dirigido al problema	13.04	3.89	12	4.64	0.6
Escala de revaloración positiva	5.12	2.77	2.4	1.67	0.045
Distanciamiento	9.04	3.7	8.6	4.28	0.814
Total de afrontamiento	83.12	16.96	72.4	15.4	0.202
Probabilidad de respuesta	73.56	14.1	79.2	15.56	0.428
Grado de incomodidad	102.28	23.61	107.2	12.87	0.657

En la tabla 19 muestra que hay diferencias significativas entre los rangos de edad y la probabilidad de respuesta, en el rango de 31 a 56 años de edad calificaron más altos que los de 15 a 30 años de edad, según las normas de calificación del inventario de asertividad. En la subescala de GI como en

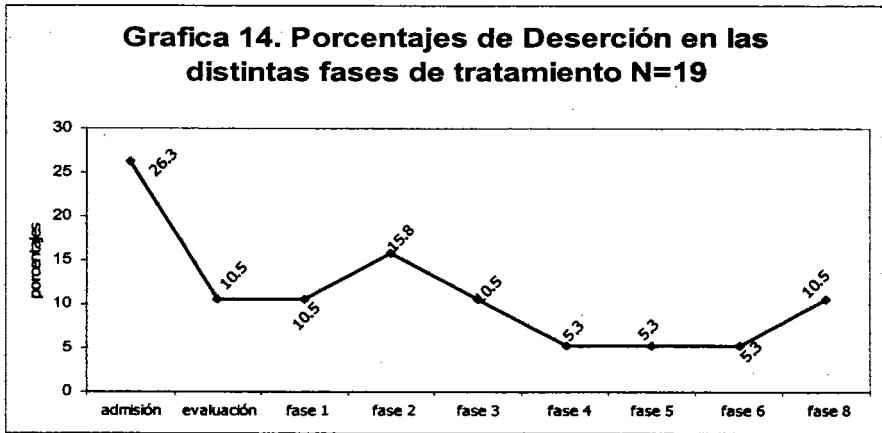
las escalas de afrontamiento no se mostró una relación estadísticamente significativa con respecto a la edad. Sin embargo se observa a través de las medias que el rango de edad entre 15 y 30 años de edad tiene puntajes más altos en las escalas de flexibilidad de afrontamiento, distanciamiento y en GI.

Tabla 19. Escalas significativas en correlación con la edad en rangos de 15 a 30 (n=15) y de 31 a 56 (n=15) años a través de la prueba T para muestras independientes

Escalas de Afrontamiento y Asertividad	Edad				Nivel de Sig.
	15-30		31-56		
	Media	DS	Media	DS	
Flexibilidad de afrontamiento	20	6.47	18.8	5.32	0.583
Dirigido a lo positivo	21.87	5.87	21.27	5.61	0.777
Pensamiento mágico	14.2	3.84	13.53	5.14	0.69
Dirigido al problema	12.8	4.14	12.93	3.9	0.928
Revaloración positiva	4.13	2.97	5.2	2.6	0.304
Distanciamiento	9.8	4.36	8.13	2.88	0.227
Grado de incomodidad	104.2	23.12	102	21.76	0.79
Probabilidad de respuesta	79.6	14.5	69.4	12.4	0.048

Deserción

De la población con que se trabajó (N=34) en los cinco programas para problemas de conductas adictivas el 32.4% terminó el tratamiento, mientras que el 55.8% desertó del mismo y un 11.8% fue canalizado a tratamientos más específicos de acuerdo a su problema. Como se observa en la grafica 14 el 26.3% de la población deserta en la fase de admisión y el 15.8% en la fase 2.

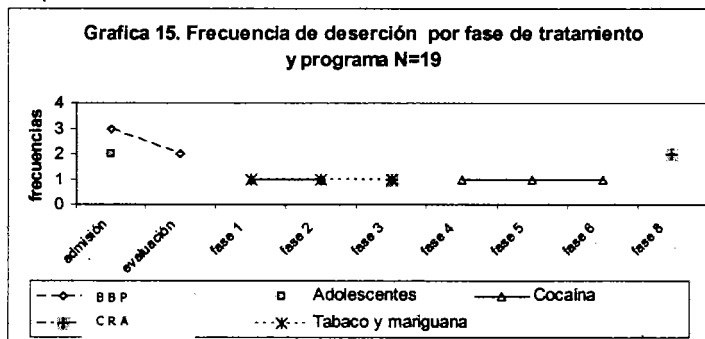


En la tabla 20 se observa la deserción relacionada con la edad: el 20% de los que desertaron tienen entre 15 y 20 años, y el porcentaje de 16.7% se repite entre las edades de 21 a 30 y 31 a 40 años, y el 13.3% de los que terminaron tratamiento tienen en los 31 y 40 años.

Tabla 20. Deserción al tratamiento por edad N=30

	Edad por Rangos				
	15-20	21-30	31-40	41-50	51-60
Termino	3.3%	10%	13.3%	10%	--
Deserto	20%	16.7%	16.7%	6.7%	3.3%
Total de sujetos	7	8	9	5	1

En la grafica 15 se observa que la deserción en el programa de Bebedores Problema ocurre durante la sesión de admisión y evaluación; en Adolescentes en admisión; en los programas de Cocaína y Tabaco/Marijuana se distribuyen entre las distintas sesiones de intervención; en CRA desertan principalmente a la mitad del tratamiento.



El 63.2% que abandonaron el tratamiento lo hicieron en las sesiones de intervención mientras que el 36.8% lo hicieron entre la admisión y evaluación. El 47.40% los desertores que se fueron durante las sesiones de intervención eran solteros y el 21.1% de los que reportaron ser casados abandonaron durante la admisión y la evaluación.

La relación entre datos sociodemográficos con la deserción al tratamiento.

En la tabla 21 se presentan la media de los usuarios que desertaron son más jóvenes que los que terminaron tratamiento y respecto a la escolaridad los usuarios que terminaron tratamiento tienen mayor grado de escolaridad (bachillerato a licenciatura). Los que tenían hasta la secundaria desertaron el 60%, los que tenían bachillerato desertó el 62.5%; en cuanto a los de nivel licenciatura el 45.5% desertó y este mismo porcentaje termino el tratamiento.

Tabla 21. Medias de Edad y Escolaridad entre los que desertaron y terminaron tratamiento N=30

Características	Termino		Deserto	
	Media	DS	Media	DS
Edad	34.91	9.99	28.47	11.15
Escolaridad	3.36	0.67	3	0.82

Encontramos que de 29 hombres desertó el 65.6% y de 5 mujeres el 80%. Por Estado Civil de los 20 usuarios solteros el 55% desertó mientras el 45% terminó tratamiento, en los casados (N=8) el 87.5% desertó y el 12.5% terminó tratamiento.

Los que terminaron tratamiento el 90.9% reportan tener empleo (N=11) y el 52.6% de los que desertaron no trabajan (N=19), se encontró una relación significativa entre la situación laboral y la deserción con una significancia de 0.017 a través de la prueba de Ji Cuadrada.

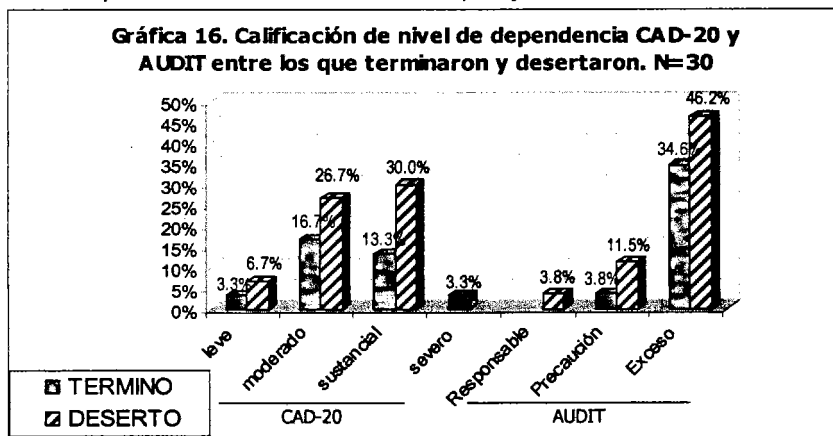
En la tabla 22 se observan a los que llegaron a tratamiento desempleados desartaron y el 21.1% de los estudiantes desartó, es decir el 80% del total de estudiantes se fue del tratamiento, en cambio de los que terminaron tratamiento no había ningún desempleado.

Tabla 22. Situación laboral entre los que terminaron y desartaron del tratamiento N=30

Situación laboral	Termino	Deserto
Tiempo completo	36.4%	26.3%
Medio tiempo	18.2%	5.3%
Trabaja por su cuenta	36.4%	10.5%
Sin empleo	----	36.8%
Estudiante	9.1%	21.1%

La relación entre el patrón de consumo y la deserción al tratamiento.

En la grafica 16 se observa el nivel dependencia a sustancias adictivas medidas por el CAD-20 (N=30) y el AUDIT (N=26) entre los usuarios que terminaron y desartaron del tratamiento. El 30% de los que calificaron como sustancial en el CAD-20 desartaron y el 16.7% de los que puntuaron en moderados terminó el tratamiento. Respecto a las calificaciones del AUDIT, el 46.2% de los que terminaron y el 34.6% de los desertores obtuvieron puntajes de exceso de consumo de alcohol.



En la tabla 23 se observa que la media del número de años de consumo y de considerar este un problema es mayor en el grupo que terminó que en el que desartó; en cambio los usuarios que desartaron han tenido más intentos por dejar de consumir y mayores periodos de abstinencia. En cuanto al nivel de dependencia medido por el CAD-20 no hay diferencias significativas en ambos grupos. El grupo que desartó del tratamiento presentó mayores niveles de consumo en tabaco, marihuana y cocaína a diferencia de los que terminaron que presentaron un mayor nivel de consumo en alcohol y estimulantes. En cuanto a la frecuencia de consumo de sustancias adictivas no se muestran grandes diferencias entre el grupo que terminó y desartó del tratamiento, las medias de consumo varían entre esporádicamente, una vez al mes y 1 o 2 veces por semana. En lo referente al número de drogas consumidas en el grupo que terminó tiene una media mayor que el que desartó.

Tabla 23. Características del patrón de consumo entre los usuarios que terminaron y desertaron del tratamiento N=30

Características del patrón de consumo	TERMINO		DESERTO	
	Media	DS	Media	DS
Años de consumo	13.64	8.52	8.68	7.95
Años que considera el consumo como problema	6.36	7.41	3.89	5.05
Numero de Intentos para dejar de consumir	2.82	3.43	5.89	6.38
Mayor periodo de abstinencia en semanas	11.64	15	12.26	16.22
Calificación CAD-20	2.45	0.82	2.37	0.68
Años de ser fumador regular	11.2	11.81	8.89	9.55
Promedio de cigarras fumados diariamente	7.1	7.71	8.63	7.73
Frecuencia de consumo de alcohol	2.64	1.5	2.32	1.49
Cantidad consumida por ocasión	13.82	12.12	10.53	9.04
Frecuencia de consumo de marihuana	1.55	2.11	1.11	1.76
Cantidad consumida de marihuana	0.55	0.69	0.79	1.36
Frecuencia de consumo de cocaína	1.55	2.11	1.32	1.8
Cantidad consumida de cocaína	0.64	0.92	0.95	1.13
Frecuencia de consumo de estimulantes	0.27	0.9	0.11	0.32
Cantidad consumida de estimulantes	0.18	0.6	0.11	0.32
Número de drogas consumidas	3.2		2.8	

El problema principal entre la población (N=30) fue el alcohol, de los cuales terminaron el tratamiento 20% y deserto el 23.3%. El 6.6% de los usuarios que reportaron como principal problema la cocaína terminaron tratamiento y el 20% desertó.

Áreas afectadas y la deserción al tratamiento.

Tabla 24. Medias del nivel de afectación en las áreas de vida debido al consumo de sustancias entre desertores y quienes terminaron el tratamiento N=30.

Áreas Afectadas	Termino		Deserto	
	Media	DS	Media	DS
Amistades	2.36	1.21	2.53	1.07
Laborales	2.36	1.12	3.11	1.37
Familiares	3	1	3.68	1.06
Académicas	1.89	1.36	2.47	1.55
Sexuales	2.3	1.16	2.05	1.22
Salud	3.36	1.5	3	1.25
Todas las áreas	14.73	5.26	16.42	5

La tabla 24 muestra que los usuarios que desertaron del tratamiento presentan mayor afectación en las áreas de amistades, laborales, familiares y académicas. Los usuarios que terminaron el tratamiento tienen más problemas en el área sexual y salud con respecto a los que desertaron. En lo global de las áreas de vida los usuarios que desertaron revelan mayor afectación los que terminaron el tratamiento.

En la muestra (N=30) el 3.3% de los usuarios que terminaron reporto haber sido hospitalizado por consumo de drogas y del mismo modo el 13.3% de los usuarios que desertaron. Y el 10% de los que terminaron tratamiento señala haber sido arrestado por el uso de sustancias adictivas al igual que el 13.34% de los que desertaron. El 21.1% de los que desertaron y el 9.1% de los que terminaron indican haber perdido alguna vez el trabajo debido al abuso de drogas.

El 57.9% de los usuarios que desartaron (N=19) habían asistido a tratamientos anteriores por consumo de drogas, a los programas de Acasulco. El 63.6% de los que terminaron programa (N=11) no recibió ningún tratamiento anterior, como se observa en la tabla 25.

Tabla 25. Porcentaje de asistencia a tratamientos anteriores entre los que desartaron y terminaron tratamiento N=30.

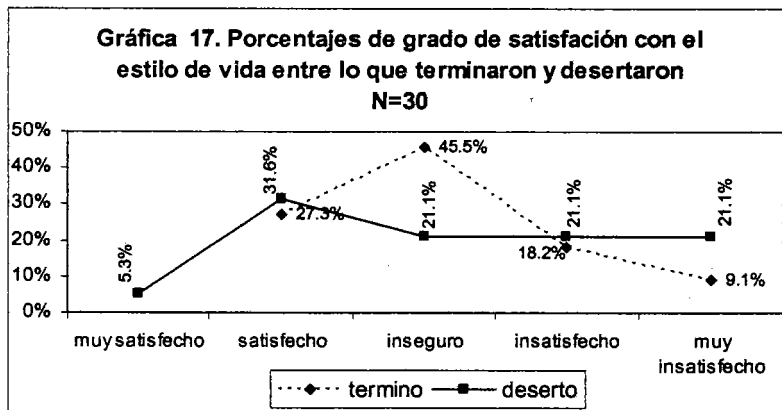
Tratamientos anteriores	Termino	Deserto
No asistió a tratamientos anteriores	63.6%	42.1%
Si asistió a tratamientos anteriores	36.4%	57.9%

Respecto a si se han sentido alguna vez mal o culpable acerca de su uso de drogas todos los que terminaron respondieron que sí (36.7%) a diferencia de los usuarios que desartaron que sus respuestas se dividieron, aunque la mayoría se siente culpable 46.7% un 16.7% reporta no tener culpa.

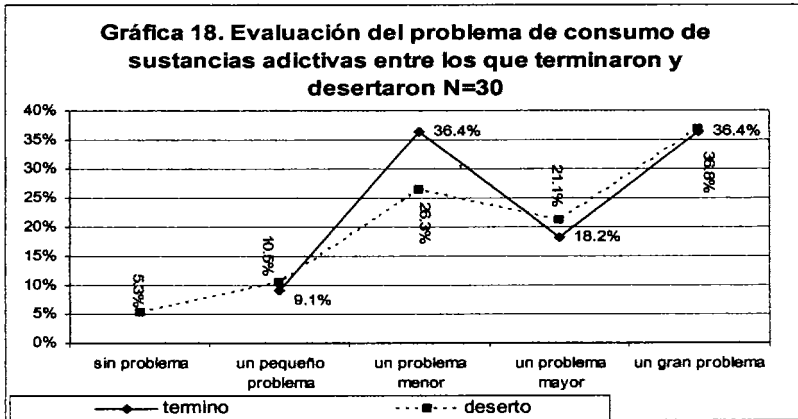
Los usuarios que terminaron tratamiento (N=11) el 45.5% reporto haber sentido presión por algún grupo para consumir drogas y el 21.1% de los que desartaron (N=19) indican lo mismo.

Estilo de Vida en relación con la deserción del tratamiento

En la grafica 17 se observa que los que terminaron el tratamiento (N=11) el 45.5% se muestran inseguros respecto al estilo de vida que llevan, a diferencia de los que desartaron (N=19) el 31.6% indico estar satisfechos con su estilo de vida y el 21.1% es un porcentaje que se repite en inseguros y en muy insatisfechos. La comparación realizada a través de medias indica que no existen diferencias significativas ya que el grupo que desartó tuvo una media de 3.21 y los que terminaron de 3.09.



La Grafica 18 muestra la evaluación que hicieron los sujetos (N=30) sobre la dimensión de su problema de consumo de sustancias adictivas. El 36.8% de los usuarios que desartaron indican que es un gran problema. El 36.4% de los que terminaron tratamiento lo evalúan como un gran problema y este porcentaje se repite en un problema menor. La comparación realizada con las medias indica que no se presentan diferencias significativas, el grupo que terminó presenta una media de 3.82 y el que desartó de 3.74.

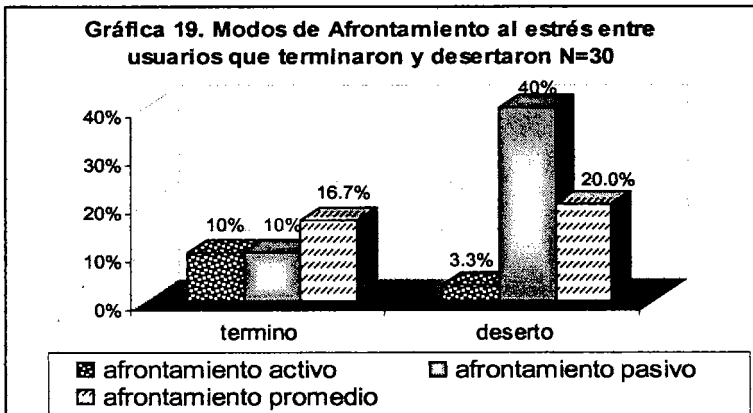


Tanto los que desartaron como los que terminaron tratamiento, indicaron estar insatisfechos con su estilo de vida la mayoría percibió su adicción como un gran problema y los que reportaron sentirse inseguros manifestaron en su mayoría tener un problema menor.

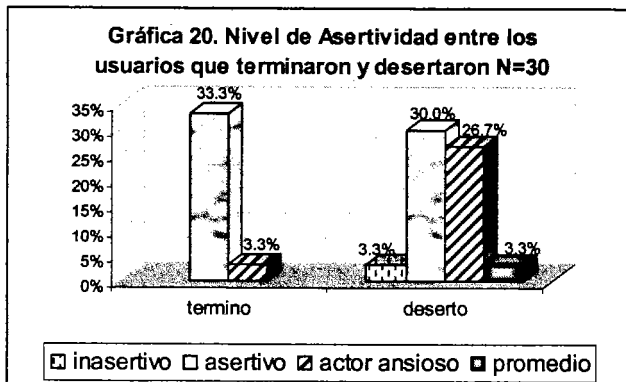
El grupo que terminó el tratamiento sentía el apoyo principalmente por parte de la pareja (36.4%) seguido por el de toda la familia (27.3%) y en el grupo que desartó percibía el apoyo en su mayoría por parte de toda la familia (52.6%) y la pareja (21.1%). El 81.8% de los que terminaron y el 57.9% de los que desartaron indican que su pareja o familiares se quejaban constantemente por su involucramiento con el uso de drogas.

Afrontamiento y asertividad relacionado con la deserción

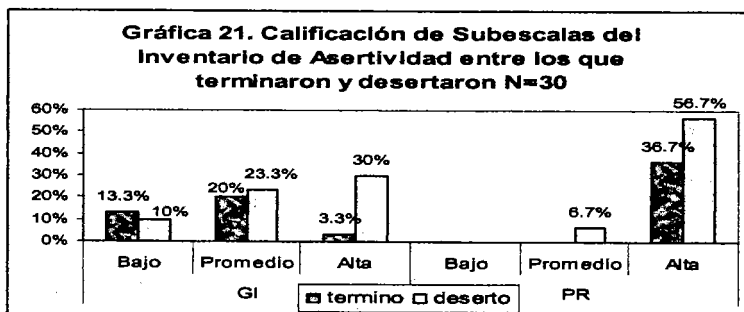
En la grafica 19, se observa los Modos de Afrontamiento al Estrés en relación a los que terminaron y desartaron del tratamiento. De los que terminaron el tratamiento el 16.7% tienen un afrontamiento promedio y el 40% de los que desartaron presentaron un afrontamiento pasivo.



La grafica 20, muestra el nivel de Asertividad entre los usuarios que desartaron y terminaron el tratamiento. El 30% de los desertores es asertivo y el 26.7% es actor ansioso. EL 33.3% de los que terminaron tratamiento es asertivo.



En la Gráfica 21 se encuentra la subescala de Grado de incomodidad en los usuarios que terminaron tratamiento el 20% obtuvo una calificación promedio y el 13.3% de bajo; respecto a los que desartaron el 30% tiene un alto grado de incomodidad y el 23.3% es promedio. En la Subescala de Probabilidad de respuesta el 36.7% de los que terminaron tratamiento tiene una alta probabilidad de respuesta a igual que el 56.7% de los que desartaron.



En la tabla 26 se observan los porcentajes obtenidos en cada escala de afrontamiento al estrés. Encontrándose que tanto los desertores como los que terminaron tratamiento en su mayoría presenta niveles promedio en las escalas de flexibilidad, pensamiento mágico, dirigido a lo positivo, dirigido al problema y distanciamiento. En el caso de la escala de Revaloración Positiva se observan diferencias en los puntajes de las normas, el 20% de los que terminaron tiene un nivel promedio en cambio los que desartaron el 43.3% tiene un nivel bajo. Se encontró que no hay diferencias significativas respecto en las medias obtenidas en cada una de las escalas. Los que terminaron tuvieron medias más altas en las escalas de flexibilidad, revaloración positiva, dirigido a lo positivo y dirigido al problema a diferencia de los que desartaron; estos últimos tiene mayores medias en las escalas de pensamiento mágico y distanciamiento; respecto a la búsqueda de apoyo social los que terminaron tratamiento tuvieron un puntaje mayor que los desartaron.

Tabla 26. Prueba T para muestras Independientes en las escalas de Afrontamiento al Estrés entre los usuarios que terminaron y desartaron del tratamiento N=30

ESCALAS DE AFRONTAMIENTO	Significancia	NIVEL	TERMINO		DESERTO	
			PORCENTAJE	MEDIA	PORCENTAJE	MEDIA
Escala de flexibilidad	0.479	Bajo	6.7%	19.64	20%	19.26
		Medio	23.3%		36.7%	
		Alto	6.7%		6.7%	
Escala de pensamiento mágico	0.494	Bajo	3.3%	13.55	10%	14.05
		Medio	23.3%		30%	
		Alto	10 %		23.3%	
Escala de revaloración positiva	0.285	Bajo	10 %	5.45	43.3%	4.21
		Medio	20%		16.7%	
		Alto	6.7%		3.3%	
Escala dirigido a lo positivo	0.772	Bajo	6.7%	22.45	13.3%	21.05
		Medio	23.3%		43.3%	
		Alto	6.7%		6.7%	
Escala dirigido al problema	0.234	Bajo	3.3%	13.27	20%	12.63
		Medio	30%		36.7%	
		Alto	3.3%		6.7%	
Escala de distanciamiento	0.453	Bajo	10%	8.27	13.3%	9.37
		Medio	20%		43.3%	
		Alto	6.7%		6.7%	
Escala Total de Afrontamiento	0.62			82.64		80.58
Búsqueda de Apoyo Social				13.64		12.47

Tabla 27. Prueba de Friedman por escalas de afrontamiento entre los que terminaron y desartaron del tratamiento N=30.

	TERMINO (n=11)	DESERTO (n=19)
Escalas de Afrontamiento	Medias de rango	Medias de rango
Flexibilidad de afrontamiento	5.09	5.11
Afrontamiento dirigido a lo positivo	5.64	5.42
Pensamiento mágico	3.41	3.71
Afrontamiento dirigido al problema	3.45	3.11
Escala de revaloración positiva	1.18	1.08
Distanciamiento	2.23	2.58

En la tabla 27 se utilizó la prueba de Friedman para encontrar el estilo de afrontamiento al estrés más utilizado entre lo usuarios que terminaron y desartaron del tratamiento. Los usuarios que terminaron tratamiento utilizan principalmente Dirigido a lo positivo, en segundo lugar Flexibilidad de afrontamiento y en tercero el afrontamiento dirigido al problema. En el los usuarios que desartaron siguen el mismo orden excepto dirigido al problema en lugar de éste usan más el pensamiento mágico.

Tabla 28. Medias de las Escalas de afrontamiento y Asertividad en relación con la deserción en las etapas de admisión-evaluación (n=7) y sesiones de intervención (n=12).

Escalas	Deserción			
	Admisión- evaluación		Sesiones de intervención	
	Media	DS	Media	DS
Flexibilidad de afrontamiento	18	6.06	20	6.65
Afrontamiento dirigido a lo positivo	19.71	5.77	21.83	6.16
Pensamiento mágico	14.14	5.58	14	4.35
Afrontamiento dirigido al problema	11.43	3.41	13.33	4.36
Escala de revaloración positiva	3.86	2.41	4.42	2.47
Distanciamiento	9.57	3.99	9.25	3.19
Total de afrontamiento	76.71	17.45	82.83	17.17
Probabilidad de respuesta	108	15.7	105.58	22.37
Grado de incomodidad	76.71	17.45	82.83	17.17

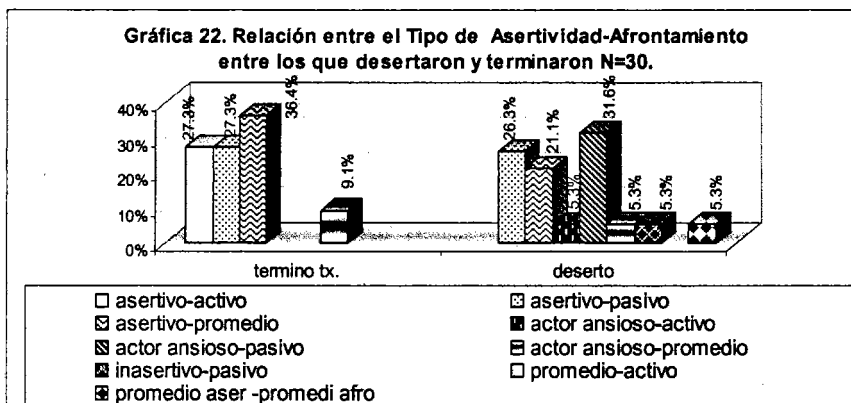
Como se observa en la tabla 28 las medias de las escalas de afrontamiento (flexibilidad de afrontamiento, dirigido a lo positivo, dirigido al problema y revaloración positiva) son más altas en los usuarios que desertaron en las sesiones de intervención que los que se fueron en la admisión-evaluación. Y los que desertan en admisión evaluación presentaron un puntaje más alto en distanciamiento y pensamiento mágico.

En las subescalas de Asertividad los usuarios que desertaron en admisión-evaluación obtuvieron una mayor probabilidad de respuesta y menor en grado de incomodidad que los usuarios que se fueron en las sesiones de intervención. Y se observa en la tabla 29 que los usuarios que desertan en admisión evaluación en su mayoría son actores ansiosos (42.9%) y los que se fueron en las sesiones de intervención el 58.3% son asertivos.

Tabla 29, nivel de asertividad en relación con la deserción en las etapas de admisión-evaluación (n=7) y sesiones de intervención (n=12).

Nivel de asertividad	Fases de deserción	
	Admisión- evaluación	Sesiones de intervención
Inasertivo	14.3%	---
Asertivo	28.6%	58.3%
Actor ansioso	42.9%	41.7%
Promedio	14.3%	---

En la Grafica 22 se muestra la relación entre las categorías de asertividad y los modos de afrontamiento al estrés entre los usuarios que terminaron y desertaron del tratamiento. El 36.4% de los que terminaron el tratamiento son asertivos y con un afrontamiento promedio; cabe destacar que solamente en este grupo se presentó en 23.7% de la población dentro de la clasificación asertivos con afrontamiento activo. Entre los desertores el 31.6% son actores ansiosos con un afrontamiento pasivo y el 26.3% son asertivos con afrontamiento pasivo.



Diferencias entre el pretest y postest

Se realizó una segunda aplicación a 11 usuarios, 6 de ellos terminaron el tratamiento y 5 desartaron del mismo, a los primeros se realizó al finalizar las sesiones de intervención y en el segundo grupo un periodo después de haber sido considerados de baja.

En la tabla 30 se observa la comparación de medias de las escalas entre las aplicaciones de las pruebas hechas en dos momentos. En las escalas de Afrontamiento al Estrés se encuentran diferencias significativas en las escalas de Flexibilidad (0.044), Pensamiento mágico (0.021), Dirigido al problema (0), Distanciamiento (0.014), Escala Total de Afrontamiento (0.002), a excepción de la Revaloración Positiva que tiene una significancia de 0.151 y Dirigido a lo positivo (0.066). En todas las escalas de afrontamiento se observa una disminución en los puntajes de la primera aplicación a la segunda, sin embargo, solo en Dirigido a lo positivo, Dirigido al problema y Distanciamiento se observa una diferencia respecto a las normas de medio a bajo. En cuanto a las Subescalas de Asertividad se presenta una diferencia significativa solo en Grado de Incomodidad (0.021) el cual disminuyó de promedio a Inferior al promedio.

Tabla 30. Prueba T para muestras relacionadas en las escalas de Afrontamiento al Estrés y Asertividad en el pretest y postest N=11

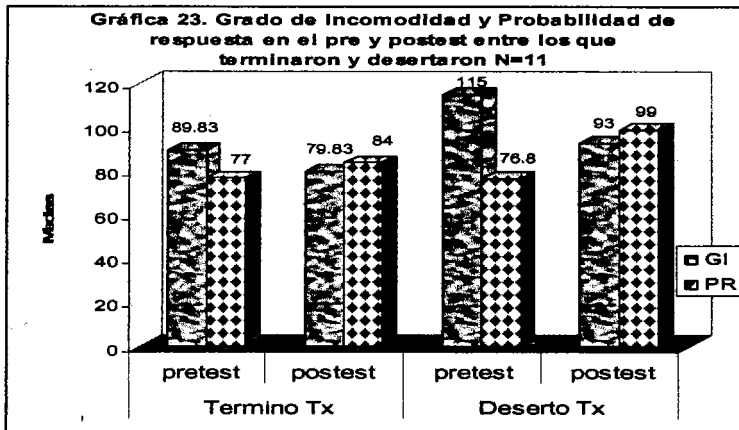
ESCALAS	MEDIA	DS	SIGNIFICANCIA
Flexibilidad de afrontamiento 1	20.18	6.81	0.044
Flexibilidad de afrontamiento 2	17.09	4.3	
Dirigido a lo positivo 1	21.36	5.89	0.066
Dirigido a lo positivo 2	18.36	7.88	
Pensamiento mágico 1	14.27	4.78	0.021
Pensamiento mágico 2	11.91	4.39	
Revaloración positiva 1	4.82	3.06	0.151
Revaloración positiva 2	3.45	1.75	
Dirigido al problema 1	13	4.71	0
Dirigido al problema 2	9.64	4.01	
Distanciamiento 1	8.91	3.83	0.014
Distanciamiento 2	6.64	3.2	
Escala Total de Afrontamiento 1	82.55	22.65	0.002
Escala Total de Afrontamiento 2	67.09	17.79	
Probabilidad de respuesta 1	76.91	9.32	0.062

ESCALAS		MEDIA	DS	SIGNIFICANCIA
Probabilidad de respuesta	2	90.82	22.93	0.021
Grado de incomodidad	1	101.27	22.66	
Grado de incomodidad	2	85.82	22.44	

Tabla 31. Significancias obtenidas por la prueba T para muestras medidas en dos momentos en las escalas de afrontamiento y asertividad entre los que terminaron y desertaron del tratamiento.

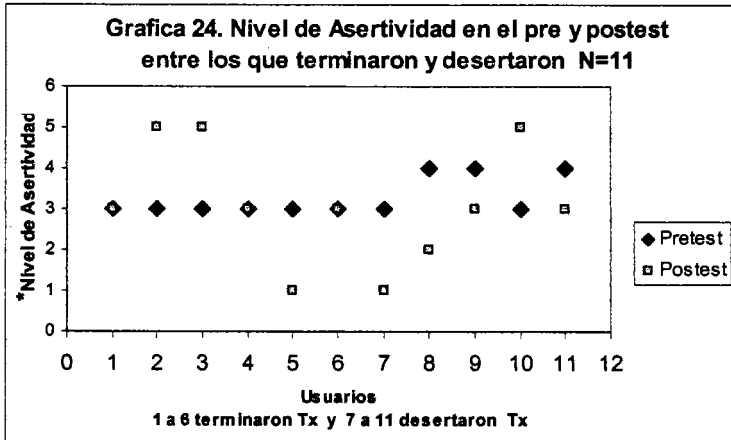
Escala	TERMINO	DESERTO
	Significancia	Significancia
Flexibilidad	0.012	0.74
Dirigido a lo positivo	0.024	0.511
Pensamiento mágico	0.036	0.374
Dirigido al problema	0.014	0.003
Revaloración positiva	0.233	0.528
Distanciamiento	0.047	0.227
Probabilidad de respuesta	0.519	0.042
Grado de incomodidad	0.23	0.066

En la gráfica 23 se presentan las medias de las Subescalas de Asertividad en el pretest y postest entre los usuarios que terminaron y desertaron del tratamiento. Respecto a los que terminaron tratamiento en el pretest en la subescala Grado de Incomodidad (GI) obtuvieron una media de 89.93 que corresponde promedio y en el postest una media 79.83 que es inferior al promedio. En Probabilidad de Respuesta (PR) los que terminaron tratamiento en el pretest obtuvieron una media de 77 y en el retest una media de 84 que de acuerdo a las normas son superiores al promedio. En el grupo que deserto de tratamiento en la subescala GI en el pretest obtuvieron una media de 115 que implica que es superior al promedio y en postest una media de 93 que es promedio de acuerdo a las normas. En la escala de PR hay una diferencia significativa de 0.042, en el grupo que desertó en el pretest tiene una media de 76.8 que corresponde a inferior al promedio y en el postest un media de 99 que se encuentra en promedio.



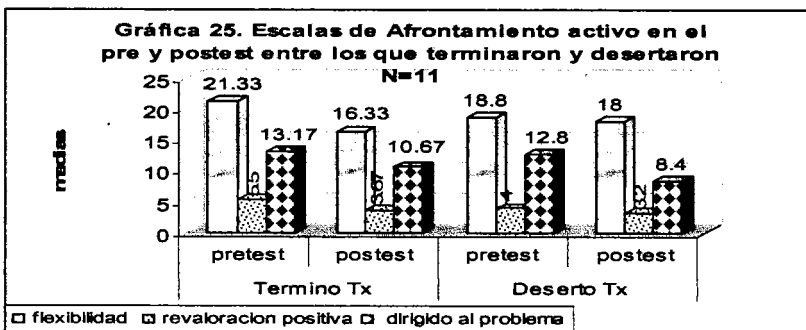
En la Gráfica 24 muestra los niveles de asertividad que presenta cada sujeto en el pretest y postest. En el grupo que terminó, 3 usuarios, se mantuvieron asertivos como en la primera aplicación. Dos usuarios de asertivos en el pretest cambiaron a promedios en retest. En el grupo que desertó se presentaron cambios en todos los casos. Dos usuarios clasificados como actores ansiosos en el

pretest se muestran asertivos en el postest. Un tercer actor ansioso cambio a inasertivo. Dos usuarios que inicialmente se presentaron como asertivos, cambiaron, uno a nivel de indiferente y el otro a promedio.



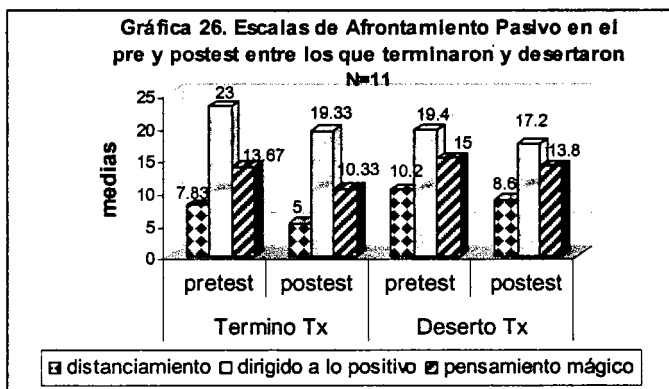
*Nivel de Asertividad: 1= Indiferente, 2= Inasertivo, 3= Asertivo, 4= Actor Ansioso y 5= Promedio

La Gráfica 25 muestra las escalas de Afrontamiento activo en el pretest y postest entre los usuarios que desartaron y terminaron el tratamiento. El grupo que terminó tratamiento en la escala de Flexibilidad de Afrontamiento hay diferencias significativas de 0.012, en el pretest obtuvieron una media de 21.33 y en el postest una media 16.33 que son nivel medio de acuerdo a las normas; en la escala de revaloración positiva inicialmente obtuvieron una media de 5.5 que corresponde a un nivel medio y en el postest una media de 3.67 que baja con respecto a las normas; en la escala de Dirigido al problema hay diferencias significativas de 0.014, presentan inicialmente una media de 13.17 a una media 10.67 que son promedio. En el Grupo que desartó del tratamiento en la escala de flexibilidad obtuvieron una media de 18.8 y en la segunda aplicación una media de 18 que corresponde promedio; en la escala de Revaloración positiva obtuvieron una media de 4 y en el postest 3.2 que se clasifican en las normas como bajo; y en la escala de Dirigido al Problema hay diferencias significativas de 0.003 de una media 12.8 que es promedio y en el retest una media de 8.4 que es bajo de acuerdo a las normas.

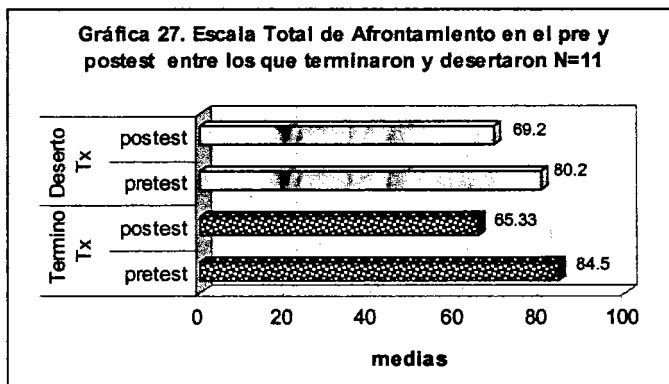


En la Gráfica 26 se presentan las Escalas de afrontamiento pasivo en el pretest y postest entre los usuarios que terminaron y desartaron del tratamiento. En el grupo que terminó tratamiento muestra

en la escala de Distanciamiento diferencias significativas de 0.04, con una media de 7.83 es promedio y en el postest una media de 5 que es bajo; en la escala de Dirigido a lo Positivo hay diferencias significativas de 0.024, se observa una media de 23 en la primera aplicación y posteriormente una media de 19.33 que se mantiene en nivel bajo; en la escala de Pensamiento Mágico hay diferencias significativas de 0.036, obtuvieron una media de 13.67 y después obtuvieron una media de 10.33 que corresponde a un nivel promedio. En lo que respecta al grupo que desertó, en distanciamiento presentan una media de 10.2 en el pretest y 8.6 en postest que corresponden a un nivel promedio; en la escala de dirigido a lo Positivo presentaron una media de 19.4 y posteriormente una media de 17.2 que están dentro del nivel bajo; en cuanto a la escala de Pensamiento Mágico de una media de 15 cambian una media de 13.8 que corresponde a un nivel promedio de acuerdo a las normas.

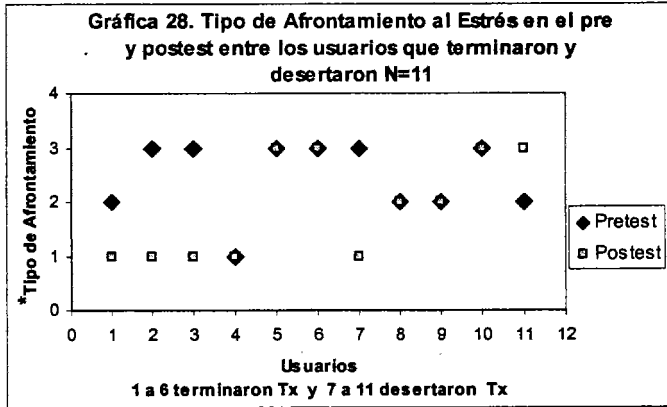


La Gráfica 27 presenta la Escala Total de Afrontamiento en el pretest y postest entre los usuarios que desertaron y terminaron tratamiento. Se encuentra que tanto el grupo que terminó tratamiento como el grupo que desertó en la primera y segunda aplicación mantuvieron un afrontamiento promedio.



En la gráfica 28 representa el tipo de afrontamiento en el pretest y postest por caso. Entre los que terminaron se presentaron 3 casos que mantuvieron su nivel de afrontamiento, dos de ellos en promedio y uno en activo, dos usuarios de promedio pasaron a afrontamiento activo y un tercero cambio de pasivo a activo. En el grupo que desertó, tres sujetos mantuvieron su nivel de afrontamiento, dos de ellos permanecieron en afrontamiento pasivo y uno en promedio, un usuario

de afrontamiento pasivo cambio a afrontamiento activo y finalmente un usuario de afrontamiento pasivo cambio a promedio.



*Tipo de Afrontamiento: 1= Activo, 2 = Pasivo y 3= Promedio

De los 5 usuarios que desartaron indican que los principales motivos para dejar el tratamiento fueron los relacionados con el trabajo (25%) y otros (25%) entre los que se mencionaron recaídas y expectativas negativas sobre el control de su consumo. El 80% indicó que el tratamiento si les ayudó en algo, específicamente en la disminución del consumo (60% de los sujetos), emocionalmente, a identificar situaciones de riesgo e incrementar su motivación al cambio. Respecto a las áreas que consideraron que les ayudó el tratamiento fue en salud el 37.5%, laboral y familiar el 25% respectivamente y otros en 12.5%. No presentaron sugerencias acerca del tratamiento todos indican que es bueno, solo hubo una recomendación acerca de que debería haber más horarios de atención

Tabla 32. Medias de las áreas afectadas en el pretest y postest de los usuarios que desartaron del tratamiento. N=5

Áreas Afectadas	Pretest		Postest	
	Media	DS	Media	DS
Amistades	2.2	1.1	2.2	1.3
Laborales	3.2	1.3	2.4	1.67
Familiares	3.4	0.55	3.4	1.82
Académicas	1.2	1.64	2.8	1.64
Sexuales	2.2	1.3	2.2	1.64
Salud	3.4	1.52	3.8	1.64
Todas las áreas	15.6	4.16	16.8	7.36

Los usuarios que desartaron del tratamiento y se les aplicó retest en las áreas de amistades, familiares y sexuales se mantiene igual la percepción del problema, en cambio en lo académico y la salud aumentó la percepción de problemas; y en el área laboral disminuyó esta percepción.

CAPÍTULO 8.
DISCUSIÓN Y
CONCLUSIONES

DISCUSIÓN

Las conductas adictivas representan un gran problema social que se ha incrementado a lo largo del tiempo, puesto que ha disminuido la edad de inicio y aumenta el consumo en mujeres y adolescentes, se incrementa el consumo por el bajo nivel de percepción de riesgo (ENA, 2002); lo que implica, un gran costo de recursos de salud pública para contener este problema, que afecta indudablemente la salud de los individuos. El abuso de drogas es un factor de riesgo para enfermedades con elevada tasa de mortalidad prematura que afecta la calidad de vida como son el cáncer, daño cerebral, psicosis orgánica, alteraciones gastrointestinales, alteraciones respiratorias y cardiovasculares, trastornos psiquiátricos entre otros. Además se relaciona con manifestaciones de conductas sexuales riesgosas, actos de violencia, conductas delictivas y accidentes que los puede llevar a perder la vida. El consumo de drogas repercute negativamente en todas las áreas de vida, familiar, económica, laboral, académica y social.

Con fin de evitar que este problema siga creciendo existen diversos tratamientos en adicciones, pero la mayoría se enfocan en personas que tiene un alto nivel de dependencia que representan un porcentaje mínimo de la población, la mayor proporción de consumidores se concentra entre dependencia baja a media (Ayala et al., 2001). De ahí la necesidad de tratamientos más específicos para esta población. Es así que surgieron los programas de prevención secundaria, son tratamientos breves con enfoque cognitivo conductual que son considerablemente menos costosos y muy efectivos. Estos representan a las conductas adictivas como hábitos maladaptativos, sobreprendidos que pueden ser analizados y modificados de manera similar a otros hábitos, este enfoque enseña a ver objetivamente lo que hacen y no lo que son, el individuo se convierte en el agente principal para dirigir y regular su propio comportamiento. En el Centro Acasulco se han desarrollado tratamientos de intervención motivacional específicos por la droga de mayor consumo que tienen el objetivo de lograr la moderación o abstinencia del uso de las drogas.

Estos tratamientos han encontrado una gran limitante para lograr su objetivo, que es la deserción de los usuarios. Este problema afecta tanto al sujeto porque en lugar de resolver el problema lo mantiene o incrementa, y para las instituciones de salud representa un gasto poco útil que a mediano o largo plazo repercutirá tanto en la salud y socioeconómico como son en los recursos materiales y humanos. La deserción es un fenómeno pluricausal (Rubinstein Baunfield, 1997). Ya que las estrategias que se utilizan dentro de los tratamientos de intervención motivacional, son las más adecuadas para lograr disminuir la conducta adictiva y evitar la deserción de acuerdo a diversas investigaciones (Miller y Rollnick, 1999; Sobell y Sobell, 1991; Ayala Velázquez et al., 2001). Por lo tanto el presente estudio se enfoca en las variables individuales las cuales en diversas investigaciones se han encontrado mas relacionadas con la deserción que con el esquema terapéutico.

Los modos de afrontamiento al estrés y la asertividad son variables inherentes al usuario que influyen en el probable inicio y mantenimiento de la conducta adictiva, es decir, la recuperación del individuo dependerá principalmente de elegir y explorar formas alternas de afrontamiento y de interacción social.

Las características de la población con que se trabajó son similares a las presentadas a la ENA 2002, en donde se indica que el consumo de drogas se da en su mayoría en la población masculina, y la muestra estuvo compuesta por el 85% de individuos del sexo masculino. Respecto a la edad de mayor índice de consumo en drogas legales e ilegales los resultados de la muestra difieren de la ENA 2002, puesto que dicha encuesta indica que en drogas legales el mayor índice se presenta entre los 18 y 29 años y en las ilegales entre los 35 y 65 años; en cuanto a la muestra obtenida en las drogas ilegales se presentó el mayor índice de consumo entre los 15 y 20 años y los 21 a 30 años, y en las legales de 31 a 40 años de edad. Esta diferencia se debe posiblemente a que el consumo de drogas legales es muy tolerado por la sociedad por lo que el individuo tarda en percatarse de que es un problema hasta que se manifiestan serias pérdidas y por lo cual tardan en llegar al tratamiento, lo que se refleja en el promedio de años que tienen consumiendo que es de 17 años y de considerarlo un problema es de 6.8 años. En cuanto a la población atendida por drogas ilegales la tendencia de

consumo se da a edades más tempranas debido a que hay mayor accesibilidad a estas y las consecuencias del consumo se evidencian a corto plazo, como se observa que el promedio de años de consumo es de 6.7 y de percibirlo como un problema es de 3.7 años.

Las drogas de mayor consumo para esta población son principalmente el alcohol y tabaco, seguidas por la cocaína, marihuana y estimulantes, el orden difiere de la ENA 2002 entre la marihuana y cocaína. El incremento en el consumo de drogas ilegales se debe a que los jóvenes tienen una mayor percepción de accesibilidad a las mismas (Andrade Hernández, Díaz Negrete, Wagner Echeagaray y Pérez Islas, 2004).

La mayoría de la población percibe su consumo como un gran problema y otro porcentaje como un problema menor, y las áreas que percibe como más afectadas son la familia, la salud y el área laboral. Se encontró que existe relación entre el nivel de afectación en las áreas de vida y la percepción del problema, es decir, entre mayor número de consecuencias mayor es la percepción del problema.

Respecto a como los individuos perciben su estilo de vida, se encuentra que un 29.4% indica sentirse satisfecho, mientras que la mayor parte de la población evalúa sentirse, con su estilo de vida, desde la inseguridad (29.4%) hasta considerarse insatisfechos y muy insatisfechos (38.2%).

Las principales redes de apoyo que consideran los sujetos para cambiar su consumo de sustancias son toda la familia (44.1%) y la pareja (23.5%), solo el 6.7% se percibía sin apoyo alguno, lo que implica que casi en su totalidad esta población tiene un medio de contención emocional e informativo.

Los usuarios que ingresaron al tratamiento para adicciones presentaron la mayor parte un afrontamiento de tipo pasivo y promedio, datos que se apoyan en la investigación de Cárdenas y cols. (1991), hallaron que el estilo de afrontamiento de los bebedores es fundamentalmente pasivo y de evitación; a diferencia de un estudio llevado a cabo en España por Arjona Arcas y Guerrero Manzano (2003), que encontraron que el estilo más usado por los adolescentes es el activo. Respecto a las estrategias utilizadas la flexibilidad de afrontamiento, el pensamiento mágico, el distanciamiento, dirigido al problema y dirigido a lo positivo, la mayoría de los usuarios presenta un nivel promedio y en la escala de revaloración positiva la mayor parte de la población presenta un bajo afrontamiento, lo que implica que no se esfuerzan por reflexionar o crear resultados positivos en su crecimiento personal, de aprender sobre sus estilos para poder afrontar una situación futura.

En las escalas de afrontamiento no se mostró una relación estadísticamente significativa con respecto a la edad. Se observa a través de las medias que el rango de edad entre 15 y 30 años tiene puntajes más altos en las escalas de flexibilidad de afrontamiento y distanciamiento que los del grupo de 31 a 40 años. Es decir los más jóvenes tienen mayor capacidad de intercambiar estrategias dependiendo de la situación y tienden a evadir el problema y su solución, reduciendo así la angustia.

Respecto a las diferencias de género en revaloración positiva hubo diferencias significativas (0.045), los hombres obtuvieron una calificación promedio, mientras que las mujeres calificaron como baja. Sotelo Arias et al. (1999) encontró que los hombres recurren más al distanciamiento, al pensamiento mágico y flexibilidad de afrontamiento que las mujeres. Por su parte Santamaría Miranda (2001) y Góngora Coronado (2000) no encuentran diferencias significativas por sexo.

Los resultados obtenidos en la prueba de Gambrill y Richey muestran que la mayoría de los usuarios califica como Asertivo, con un grado de Incomodidad promedio y alta probabilidad de respuesta, es decir, que cuentan con un repertorio conductual apropiado para mantener relaciones interpersonales apropiadas; y solo el 29.4% calificó como actor ansioso, es decir tienen una alta probabilidad de presentar una conducta asertiva, pero experimentan altos niveles de Incomodidad. A diferencia de la estandarización realizada por Guerra Ramos (1996) del Inventario de Asertividad donde la mayor parte de la población obtuvo una calificación promedio, esta diferencia tal vez se deba a que la población con conductas adictivas suelen ser más individualistas, es decir, no se preocupan tanto por

lo que piensa el grupo en cambio la población mexicana suele tener un estilo automodificador porque son más complacientes para lograr metas grupales (Flores, 1987).

El hecho de que el 64.7% de los usuarios se mostrara asertivo se refuerza con su respuesta de que no se siente presionados por algún grupo a consumir drogas y solo el 32.3% indica sentir presión principalmente por parte de las amistades.

La mayoría de los usuarios asertivos se mostraron inseguros e insatisfechos y los actores ansiosos en su mayoría se muestran muy insatisfechos con su estilo de vida.

Se encontraron diferencias significativas entre los rangos de edad y la subescala de probabilidad de respuesta de Asertividad ($\text{sig } 0.048$), los más jóvenes calificaron más bajos que los mayores de 31 años y en la subescala de grado de incomodidad no se mostró una relación estadísticamente significativa, más en el rango de edad entre 15 y 30 años tiene puntajes más altos que los de 31 a 40 años. Respecto a las diferencias de género en las subescalas de asertividad no se encontraron diferencias significativas ambos calificaron como promedio.

De una población de 30 personas que ingresaron al tratamiento el 63.3% desertó del tratamiento, de los cuales 36.8% lo hicieron entre la admisión y evaluación, y el 63.2% fue durante las sesiones de intervención. Silberfeld y Glaser (1978); Reese, Beech y Hore (1984) (citados por Ledesma Tinoco, 2000) también encontraron altas tasas de abandono en los tratamientos de conductas adictivas. Respecto a la fase en que se retiran los resultados de Clarac (1985; citado por Quijano Barahona 2001) son similares puesto que refieren que los usuarios se van en las sesiones de intervención; lo que difiere de las investigaciones de Martínez Martínez (2003); Maciel Rocha y Romero Santana (1996) y Bernal Pérez (2004).

En el programa de Bebedores Problema y Adolescentes desertaron principalmente entre la admisión-evaluación a diferencia de los programas de Cocaína, Tabaco, Marihuana y CRA que se fueron en las sesiones de intervención. Esto se apoya con las investigaciones de Bernal Pérez (2004) y Martínez Martínez (2003) que trabajaron con el programa de tratamiento en adicciones para adolescentes; Jiménez Silvestre (1998) y Maciel Rocha y Romero Santana (1996) que trabajaron con Bebedores Problema y encontraron que los usuarios desertan en las primeras sesiones del tratamiento. En el programa de Cocaína Robles Soto (2003) encontró que el 88% de los sujetos abandonaron el tratamiento antes de la primera mitad de este, principalmente en la sesión 1, lo que es contrario a los datos recabados en este estudio.

Hubo una mayor proporción de mujeres que desertaron del tratamiento (80%) que los hombres (60%), lo que concuerda con los datos obtenidos por Robles Soto (2003); y difiere de lo dicho por Jiménez Silvestre (1998) y Maciel y Romero (1996). Cabe destacar que la población femenina de este estudio fue muy reducida por lo que no se pueden generalizar estos datos.

En cuanto al estado civil se encontró que hay una mayor proporción de sujetos casados que desertan en comparación con los solteros, estos últimos hubo mayor porcentaje que termino el tratamiento. Además hay una alta proporción de casados que abandonan durante la admisión - evaluación y los solteros durante las sesiones de intervención. Craig, Rogalski y Veltri (1982, citado por Robles Soto, 2003) también encontraron una relación entre la tasa de abandono al tratamiento y estatus marital. Sayre, Schmitz, Stotts y Averill (2002) y Robles Soto (2003) contrario a este estudio presentan que los desertores en su mayoría son solteros o separados de sus pareja en cambio Maciel y Romero (1996) indican que los que terminaron representan el 43% de solteros.

Los que terminaron el tratamiento tienen una media de edad mas alta (34.9) que el grupo que desarto (28.47), resultados similares fueron encontrados por Monras y Gual (2000); Baekeland, Lundwall, Joe (1975; citado por Maciel, 1996); Newman y Tamerín (1971, citado por Rubinstein, 1997) y Mejía, Moreno, Pérez y Reyes (1984, citado por Quijano Barahona, 2001) donde los más jóvenes tiende a desertar más que los adultos, para los mas jóvenes representa una pérdida más que una ganancia cambiar su consumo ya que es el vínculo con amistades, en cambio en los adultos

las experiencias de pérdidas relacionadas con su consumo los motivaba a responder favorablemente al tratamiento y concluirlo.

Los usuarios que terminaron tratamiento tienen mayor grado de escolaridad (bachillerato a licenciatura) que los que desartaron. Esto datos son contrarios a los encontrados por Robles Soto (2003), donde el grupo que no termino tiene mayor nivel de escolaridad y sin embargo Sayre, Schmitz, Stotts y Averill (2002, citado por Robles Soto, 2003) y Maciel (1996), indican que el nivel de estudios es menor en los desertores respecto a los que concluyeron.

Los usuarios que manifestaron tener trabajo, en su mayoría termino el tratamiento (90.9%), y los que lo abandonaron, la mayor parte no tenían empleo (56.2%), esta relación resulta estadísticamente significativa (Sig. 0.017). Este resultado se apoya en las investigaciones de Baekelland y Lundwall (1975), Craig, Rogalski y Veltri (1982), Beckman y Rardsley 1986, citados por Maciel (1996) y Adrade Martínez (2001), observaron que los sujetos que no tenían un estatus laboral estable tendían a desertar más del tratamiento. Los que manifestaron solo ser estudiantes el 80% abandono el tratamiento.

Respecto al patrón de consumo, el grupo que termino tratamiento tiene más años de consumo y años de considerarlo un problema que los desertores. Estos últimos han tenido más intentos por dejar de consumir y mayores periodos de abstinencia. Acerca del nivel de dependencia no hay diferencias significativas en ambos grupos. Robles Soto (2003), Maciel Rocha (1996) y Bernal Pérez (2004) encontraron, que los que terminaron tratamiento tuvieron patrones de consumo más problemáticos que los desertores.

El grupo que desarto del tratamiento presento mayor nivel de consumo en tabaco, marihuana y cocaína a diferencia de los que terminaron que presentaron un mayor nivel de consumo en alcohol y estimulantes; sin embargo, aunque el grupo que termino tiene menores consumos utilizan mayor número de sustancias adictivas que los desertores. En cuanto a la frecuencia de consumo de sustancias adictivas no se muestran grandes diferencias entre el grupo que termino y desarto del tratamiento.

En las áreas de vida los usuarios que desartaron revelan mayor afectación en comparación con los que terminaron el tratamiento, sobre todo en el área familiar, laboral, amistades y académicas. El grupo que termino indicó tener mayores problemas respecto a los que desartaron en las áreas de salud y sexual. Respecto a sí se han sentido alguna vez mal o culpables acerca del uso de drogas todos los que terminaron respondieron que sí, a diferencia de los que desartaron que aunque la mayoría se siente culpable un 16.7% reporta no tener culpa. Existe un mayor porcentaje de pérdidas: de empleo, hospitalizaciones y arrestos en relación con el consumo de sustancias en el grupo que desartó. Maciel (1996) encontró de forma similar los que abandonan el tratamiento en su mayoría, tenían más daños afectivos y problemas interpersonales.

La mayoría de los usuarios que desartaron asistieron a tratamientos anteriores por consumo de drogas, y el 63.6% de los que terminaron programa no recibieron ningún tratamiento anterior, al igual que encontrado por Robles Soto (2003). Bernal Pérez (2004) indica que los usuarios que desartaron de un programa de adicción dirigido a adolescentes no tenían ningún tratamiento anterior en cambio los que terminaron si.

La presión grupal para consumir drogas se presenta en la mitad de la población que finalizo tratamiento y solamente en el 21.1% de los que desartaron, posiblemente los usuarios que desartaron perciben mayor autocontrol.

Los que concluyeron el tratamiento en su mayoría se muestran inseguros respecto al estilo de vida que llevan, a diferencia de los que desartaron que el 31.6% indica que estar satisfechos y el 63.3% van de lo inseguro a muy insatisfecho, sin embargo la comparación realizada a través de medias indica que no existen diferencias significativas. Maciel Rocha et al (1996), encontraron que en el

grupo que no terminó tratamiento se mostraban inseguros con su estilo de vida en cambio los que terminaron se mostraron más insatisfechos.

En ambos grupos, la mayoría, percibe un gran problema respecto a su consumo no mostrándose diferencias significativas. Mas los que indicaron estar insatisfechos con su estilo de vida, la mayoría, percibieron su adicción como un gran problema y los que reportaron sentirse inseguros manifestaron, en su mayoría, tener un problema menor.

El apoyo percibido en el grupo que concluyó provenía principalmente por parte de la pareja y los que abandonaron de toda la familia, sin embargo, haya una mayor proporción en los que terminaron en comparación de los que desertaron que informan que su pareja o familiares se quejaban constantemente por su involucramiento con el uso de drogas, lo cual implica, que hay mayor presión del grupo de apoyo para cambiar su consumo.

De los que terminaron el tratamiento el 45.5% tienen un afrontamiento promedio, lo cual implica, que el individuo es capaz de manejar de igual forma las estrategias que van dirigidas a la emoción como las dirigidas al problema; y el 63.2% de los que desertaron presento un afrontamiento pasivo, de acuerdo con Torestad (1990, citado por Sotelo Arias et al 1999), se enfocan en las emociones y no se hace nada para cambiar la situación.

Los modos de afrontamiento al estrés en ambos grupos, presentan niveles promedio en las escalas de flexibilidad, pensamiento mágico, dirigido a lo positivo, dirigido al problema y distanciamiento. En el caso de la escala de Revaloración Positiva hay diferencias puesto que los desertores presentaron un nivel bajo y los que terminaron un nivel promedio, lo que implica, que los terminaron aprenden mas de sus estrategias utilizadas anteriormente y retoman lo positivo de ellas para un futuro.

Los que finalizaron obtuvieron medias más altas en flexibilidad, revaloración positiva, dirigido a lo positivo y dirigido al problema, a diferencia de los que desertaron; estos últimos tienen medias más altas en pensamiento mágico y distanciamiento; respecto a la búsqueda de apoyo social los que terminaron tratamiento tuvieron un puntaje mayor que los desertaron. Esto es indicador de que los desertores tienden a utilizar fantasías de solución y evasión de la situación problemática.

Los usuarios que terminaron tratamiento utilizan principalmente las estrategias de afrontamiento dirigido a lo positivo, en segundo lugar flexibilidad de afrontamiento y en tercero el afrontamiento dirigido al problema. En el los usuarios que desertaron siguen el mismo orden excepto dirigido al problema en lugar de éste usan más el pensamiento mágico. Lo cual significa que los sujetos inicialmente ante la situación estresante tratan de retomar lo positivo de si mismos y del problema, en segundo termino empiezan decidir que estrategias usar. Y por último en el caso de los que terminaron tratamiento toman acciones para resolver el problema a diferencia de los que desertaron que se van por fantasías sobre la solución del problema. Es decir, los que terminaron tratamiento tienden a ser más activos que los que desertaron. Santamaría Miranda (2001) encontró igualmente que las estrategias más utilizadas son dirigido a lo positivo, en segundo lugar flexibilidad de afrontamiento y en tercer lugar el afrontamiento dirigido al problema.

El nivel de asertividad utilizado por la mayor parte de los que desertaron varía entre asertivos y actores ansiosos, y el 90.9% de los que terminaron tratamiento son asertivos, lo que significa que son capaces de expresarse honestamente y de establecer limites en sus relaciones sin presentar incomodidad subjetiva, emitiendo solo aquellas conductas que son reforzadas positiva o negativamente.

Los usuarios que desertaron en admisión-evaluación obtuvieron un mayor puntaje en probabilidad de respuesta y menor en grado de incomodidad que los usuarios que se fueron en las sesiones de intervención.

El 36.4% de los que terminaron el tratamiento son asertivos y con un afrontamiento promedio; cabe destacar que solamente en este grupo se presento asertivos con afrontamiento activo que

representan el 23.7%. Entre lo desertores el 31.6% son actores ansiosos con un afrontamiento pasivo y el 26.3% son asertivos con afrontamiento pasivo. Los actores ansiosos tiene reacciones emocionales de miedo y culpa ya sea por el temor al rechazo social, por lo que se le dificulta el establecimiento de relaciones interpersonales, y agregado el hecho de que sus estrategias de afrontar sean pasivas los lleva a evadir el problema de su consumo y no resolverlo, abandonando el tratamiento.

Se encuentran diferencias significativas entre la primera y segunda aplicación del Cuestionario de Modos de afrontamiento al Estrés, en las estrategias de Flexibilidad (0.044), Pensamiento mágico (0.021), Dirigido al problema (0), Distanciamiento (0.014), Escala Total de Afrontamiento (0.002), a excepción de la Revaloración Positiva que tiene una significancia de 0.151 y Dirigido a lo positivo (0.066). En todas las escalas de afrontamiento se dio una disminución en los puntajes de la primera aplicación a la segunda, sin embargo, solo en Dirigido a lo positivo, Dirigido al problema y Distanciamiento se observa una diferencia respecto a las normas donde pasaron de medio a bajo. El afrontamiento es cambiante con las demandas y los conflictos específicos como indica Lazarus, 1984; es decir no son los mismos estresores los que tenían los sujetos al ingresar al tratamiento que al finalizarlo o abandonarlo.

En cuanto a las Subescalas de Asertividad se presenta una diferencia significativa solo en Grado de Incomodidad (0.021) el cual disminuyó de promedio a inferior al promedio, lo que les permite ser más eficaces en sus interacciones.

En el retest los que terminaron tratamiento disminuyeron su puntaje en la subescala Grado de Incomodidad de una media de 89.93 que corresponde promedio a una media de 79.83 que es inferior al promedio, de acuerdo las normas; en la Probabilidad de Respuesta su puntaje se mantuvo en superior al promedio de una media de 77 a 84, lo que implica que el tratamiento reforzó sus conductas de interacción eficaces y adecuadas. En el grupo que deserto en la subescala GI disminuyo su puntaje de una media de 115 que corresponde a superior al promedio a una media de 93 que es promedio de acuerdo a las normas; en PR hay una diferencia significativa de 0.042, cambio de una media de 76.8 que corresponde a inferior al promedio a una media de 99 que es promedio. Se evidencia entre le grupo que termino y deserto que el nivel de incomodidad sigue siendo más alto en los desertores, aunque este disminuyo en el retest.

Hubo cambios en el nivel de asertividad entre las dos aplicaciones, en el grupo que finalizo, 3 usuarios se mantuvieron asertivos, dos de asertivos cambiaron a promedio. Y dentro del grupo que abandono se presentaron cambios en todos los casos, dos actores ansiosos se muestran asertivos en el postest y un tercero cambio a no asertivo, dos asertivos cambiaron uno a nivel de indiferente y el otro a promedio. En el grupo que terminó tratamiento todos cuentan con un repertorio conductual apropiado para actuar asertivamente cuando es pertinente. En el grupo que desertó debido a que sus conductas fueron reforzadas parcialmente, es decir, se fueron durante las sesiones de intervención, no aprendieron a generalizar sus respuestas asertivas.

Las estrategias de afrontamiento revisadas en el pretest y postest en los que acabaron el tratamiento se encontraron diferencias significativas en Flexibilidad (sig 0.012), Dirigido al problema (sig 0.014), Pensamiento Mágico (sig 0.036), las cuales cualitativamente se mantienen en nivel promedio; Dirigido a lo Positivo (sig 0.024) que se mantiene en nivel bajo, Distanciamiento (sig 0.04) que paso de promedio a bajo. A nivel descriptivo se mostraron diferencias en las medias de las estrategias de revaloración positiva que cambio de nivel medio a bajo (12.8 a 8.4). El tratamiento reforzó el hecho de evitar que las personas se alejen del problema y lo enfrenten directamente.

En el grupo que deserto en la primera y segunda aplicación presentan diferencias significativas en la estrategia Dirigido al Problema que obtuvo una sig. De 0.003, cualitativamente paso de promedio a bajo. En las demás escalas no muestran diferencias estadísticamente significativas ni cualitativas. Al abandonar el tratamiento los usuarios no integraron estrategias que los lleve a resolver con acciones adecuadas sus conflictos.

El tipo de afrontamiento en el pretest y postest entre los usuarios que concluyeron se presentaron 3 casos que mantuvieron su nivel de afrontamiento, dos de ellos en promedio y uno en activo, dos usuarios de promedio pasaron a afrontamiento activo y un tercero cambio de pasivo a activo. En el grupo que desertó, tres sujetos mantuvieron su nivel de afrontamiento, dos de ellos permanecieron en afrontamiento pasivo y uno en promedio, un usuario de afrontamiento pasivo cambio a afrontamiento activo y finalmente un usuario de afrontamiento pasivo cambio a promedio. El grupo que terminó tratamiento logró cambios positivos en sus modos de afrontamiento al estrés, utilizando más estrategias dirigidas al afrontamiento activo respecto a sus problemas de adicción.

De los 5 usuarios que desertaron y se les aplicó el postest indican que los principales motivos para dejar el tratamiento fueron los relacionados con el trabajo y otros entre los que se mencionaron recaídas y expectativas negativas sobre el control de su consumo. El 80% indicó que el tratamiento si les ayudo en algo, específicamente en la disminución del consumo (60% de los sujetos), emocionalmente, a identificar situaciones de riesgo e incrementar su motivación al cambio. Respecto a las áreas en que mejoraron gracias al tratamiento fueron la salud, laboral y familiar. No presentaron sugerencias acerca del tratamiento todos indican que es bueno, solo hubo una recomendación acerca de que debería haber más horarios de atención

La percepción de cómo su consumo afecta en las áreas de vida en el postest se encontró que en las áreas de amistades, familiares y sexuales se mantiene igual la percepción de afectación que en la primera aplicación, en cambio en lo académico y la salud aumentó la percepción de problemas; y en el área laboral disminuyó esta percepción.

Conclusiones:

Se encontró que no existe una relación estadísticamente significativa entre los Modos de Afrontamiento al Estrés y el nivel de Asertividad en relación con la deserción al tratamiento para adicciones. Mas cualitativamente si hay diferencias entre los que terminaron tratamiento y los que desertaron. En principio se demuestra el alto índice de deserción sobre todo en las sesiones de intervención, en estos programas a pesar de cumplir con los criterios de eficacia del NIDA.

La mayoría de los que desertan presentan menor nivel de escolaridad, son más jóvenes, inestabilidad laboral (que resultó estadísticamente significativa), mayor número de tratamientos anteriores por el consumo de drogas, más intentos y mayores periodos de abstinencia, mas perdidas en sus áreas de vida y se muestran más insatisfechos con su estilo de vida. Los que terminaron tratamiento en su mayoría son solteros, respecto al patrón de consumo tiene más tiempo consumiendo y de considerarlo un problema, aunque sus consumos son en menor nivel utilizan un mayor número de drogas, se muestran inseguros con su estilo de vida, y reportan sentir culpa por su uso de drogas y no han recibido tratamientos anteriores por su adicción.

Cualitativamente se mostraron diferencias entre los modos de afrontamiento al estrés y el nivel de asertividad. Los que terminan tratamiento la mayoría tienen un afrontamiento promedio y los que desertan un afrontamiento pasivo y utilizan menos las estrategias de revaloración positiva. Las estrategias de afrontamiento más usadas por ambos grupos son Dirigido a lo positivo y Flexibilidad de afrontamiento, en tercer lugar en el caso de los que terminaron tratamiento es Dirigido al problema y los que desertaron Pensamiento Mágico, lo que implica que los que terminaron tienden a mostrarse más activos. Los que terminan tratamiento casi en su totalidad son asertivos y los desertores varían entre asertivos y actores ansiosos principalmente. Solamente en el grupo que terminó se observaron sujetos con afrontamiento activo y asertivo; y en el grupo que desertó en su mayoría, son actores ansiosos con un afrontamiento pasivo, esta combinación no se encontró en el grupo que finalizo.

Se encuentran diferencias significativas entre la primera y segunda aplicación. En lo que terminaron tratamiento la Asertividad fue reforzada y disminuyó el grado de incomodidad y en afrontamiento se disminuyó el distanciamiento del problema y utilizan más estrategias de afrontamiento activo. En el grupo que desertó también disminuyó su grado de incomodidad, pero sigue siendo más alto de los que concluyeron y aumentó su probabilidad de respuesta, respecto al afrontamiento solo hubo

cambios significativos en Dirigido al problema de forma negativa ya que esta disminuyó. El principal motivo para dejar el tratamiento fueron los relacionados con el trabajo. En general indicaron que el tratamiento si les ayudo en algo, específicamente en la disminución del consumo a identificar situaciones de riesgo e incrementar su motivación al cambio. Aunque siguen manteniendo los problemas ocasionados por su consumo en sus áreas de vida.

Es importante que en los tratamientos se consideren los factores de riesgo de abandono, tales como los encontrados en este estudio. Puesto que, los usuarios que muestran un afrontamiento pasivo, o son actores ansiosos, y las drogas son un medio para facilitar las interacciones sociales, son una población en riesgo de desertar. En el caso de los asertivos que consumen drogas, es importante, detectar si lo hacen para cambiar sus sensaciones y reducir el tedio por lo que posiblemente pueden abandonar el tratamiento.

Otro factor que se debe tomar en cuenta es aquellos usuarios que tengan inestabilidad laboral y esta sea una prioridad, mostrarle que existe mayor flexibilidad de horarios para que pueda continuar el tratamiento, y este no se convierta en el motivo de resistencia para realizar el cambio.

Se sugiere dar continuidad a los seguimientos para obtener mas información de cómo se encuentra el usuario después de haber terminado o abandonado el tratamiento y que esto permita mejorar los programas para evitar la deserción.

Además se podría incluir en los tratamientos el apoyo a familiares de los usuarios de drogas, ya que estos en su totalidad mantienen aún un grupo que los apoye más no cuentan con las herramientas suficientes para ayudar en el mantenimiento del cambio.

Limitaciones:

La muestra de estudio fue reducida, debido a que el proceso de tratamiento no da inicio al mismo tiempo para todos, sino como estos solicitan la ayuda, lo cual implica más tiempo de espera y recursos.

Además de que no todos los usuarios contaban con el tiempo suficiente para dar respuesta a todos los instrumentos usados a parte de la Entrevista Inicial o porque implica un gran desgaste.

No se logró realizar el retest al total de la población inicial debido a que hubo cambios de domicilio o de teléfono, e incluso hubo varios casos de personas que fueron internadas por sus recaídas, además de su falta de disposición.

No se pudo retomar en el Cuestionario de Asertividad las situaciones que le conflictuaba más al sujeto debido a cuestiones de tiempo.

En el Cuestionario de Modos de Afrontamiento al estrés se sugiere que en las instrucciones se pregunte específicamente sobre su problema de consumo de drogas.

BIBLIOGRAFÍA
Y
ANEXOS

BIBLIOGRAFÍA

Andrade Martínez, A. M. (2001). Una propuesta Motivacional para lograr la permanencia de bebedores problema durante un tratamiento. Tesis para obtener el título de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Arjona Arcas, J. F. y Guerrero Manzano, S. (2003). Un estudio sobre los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con la variable de adaptación en adolescentes de secundaria. *Psicología Científica.Com*. España, Málaga. Recuperado el 7 de octubre del 2003 de <http://www.psicologiacientifica.com/articulos/ar-arjona01.htm>

Agullar Ramírez, (1995). Estandarización de la escala de asertividad de Michelson y Wood en una muestra mexicana de niños de 8 a 16 años de edad. Tesis para obtener el grado de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México.

Arellanez Hernández, J. L.; Díaz Negrete, D. B.; Wagner- Echeagaray, F. y Pérez Islas, U. V. (2004). Factores Psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis divariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental*, Vol. 27, No. 3, junio, pp:54-64.

Ayala, H.; Echeverría San Vicente, L. (2001). Tratamiento de Conductas Adictivas. Entidades participantes: Facultad Psicología UNAM; Addiction Research Foundation Toronto, Canadá; Internacional Development Research Centre Ottawa, Canadá. Editorial Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Ayala, H. A.; Cárdenas L., G.; Echeverría S., L. y Gutiérrez L., M. (1995). Los resultados Iniciales de un Programa de Autocontrol de Bebedores Problema en México. *Salud Mental* V.18, No.4, Diciembre.

Beck, A. T., Freeman, A. y otros (1995). *Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad*. Editorial Paidós, Barcelona.

Beck, J. S. (2000). *Terapia Cognitiva, conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa. Barcelona, España.

Belsasso, G. (Julio, 2001), La Farmacodependencia en México. *Boletín Especial. CONADIC*. Recuperado el 10 de Febrero del 2004 de <http://www.conadic.gob.mx/redir.asp?link=doctos/bolfar.htm>

Bernal Pérez, R. P. (2004). La deserción a un tratamiento para adolescentes consumidores de alcohol y otras drogas. Tesis para obtener el título de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Berruecos Villalobos, L.; Castro Sariñana, M. E.; Díaz-Leal Aldana, L.; Medina Mora, M. E.; Reyes Del Olmo, P. (1994) *Curso Básico Sobre Adicciones*, Centro Contra Las Adicciones (Cenca) Fundación "Ama La Vida" IAP. 1ª Edición, Editorial Cenca, México, DF.

Berruecos Villalobos; Castro Sariñana; Díaz Lean Aldana; Medina Mora; Reyes Del Olmo; (1994). *Curso Básico Sobre Adicciones*, Centro Contra Las Adicciones (Cenca) Fundación "Ama La Vida" IAP. Editores: Luis Berruecos Villalobos, Laura Díaz – Leal Aldana; México, DF.

Caballo, E. V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales; Siglo Veintiuno de España Editores*, Madrid

Cabrera Arteaga, T. (2004). Tesis para obtener el título de Lic. En Psicología; Diferencias de

asertividad en estudiantes de nivel medio superior con diferentes patrones de consumo de alcohol; Facultad de Psicología UNAM.

Cárdenas, G.; Vite, A.; Aduna, A.; Echeverría, L. y Ayala, H. (1991, marzo). Estrés y Estilos de Afrontamiento en Bebedores Excesivos del Alcohol. Artículo presentado en el XI Congreso Mexicano de Análisis de la conducta social. México. DF.

Caro Gabalda, I. Compiladora (1997). Manual de psicoterapias Cognitivas, Estado de la cuestión y procesos terapéuticos. Editorial Paidós, Barcelona

CIJ (s/f) Centros de Integración Juvenil. Recuperado el 15 de abril del 2004.
<http://www.cij.gob.mx/tratamientoFiles/tratamiento.htm>

Cohen, M. y Woerner, M. (1976). Variables Related to Length of Stay in Day Programs for Drug Abusers. *Drug alcohol abuse*, 3(2), pp. 303-313

CONADIC (2002), Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y Otras Drogas 2002. Recuperado el 16 de Enero del 2004 de
http://www.conadic.gob.mx/redir.asp?link=doctos/observatorio_2002/obs_index.htm

CONADIC (2002). Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Tabaco Alcohol y otras Drogas. Resumen Ejecutivo. México, DF.

CONADIC (s/f) Tratamiento y rehabilitación en el Sector Salud. Recuperado el 20 de Abril del 2004 <http://www.salud.gob.mx/conadic/progfar%20cap2.htm>

Concha Gutiérrez (2001). Asertividad en estudiantes de ciudad universitaria un enfoque epidemiológico. Tesis para obtener el grado de licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México

Córdova Alcaraz, J. (2000). Correlatos Psicosociales de Prevalencia del uso, abuso y dependencia de Drogas en Adolescentes. Tesis para obtener el grado Maestría en Psicología Social. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Cruz Zárate, R. y Ledesma Tinoco, J. (2000). Factores que determinan la deserción al tratamiento de pacientes alcohólicos en la clínica de neurología y psiquiatría "Tlatelolco" del ISSSTE. Tesis para obtener el grado de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM.

De la Fuente Muñiz, J. R. (1992) Prueba de Identificación de Trastornos Derivados del Consumo de Alcohol. Manual de Utilización.

First, M. B.; Frances, A.; Pincus, H. A.; Massana Montejo, G. y Massana Montejo E. (1996) DSM-IV Manual de diagnostico diferencial. Editorial Masson, Barcelona.

Echeburúa, E. (1992). Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. Editorial Pirámide, Madrid.

Egozcue Romero (1997). Asertividad y género en jóvenes estudiantes de Ciudad Universitaria. Tesis para obtener el grado de licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México

Escamilla Díaz, A. (2002). Los mecanismos de enfrentamiento utilizados por mujeres y varones coadictos de un centro de atención a la farmacodependencia. Tesis para obtener el grado de

licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México

Espinoza Mendoza, G. E. (2003). Estrategias de Afrontamiento y Niveles de Ansiedad en Pacientes con Psoriasis. Tesis para obtener el grado de Maestría en Psicología Experimental. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Fernández Ballesteros, R. (1994). Introducción a la Evaluación Psicológica. Editorial Pirámide. Madrid

FLACT (s/f) Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas. Recuperado el 14 de marzo del 2004, <http://www.flact.org/>

Flores Galaz M. M. (1994). Conceptualización medición y su relación con otras variables. Tesis de para obtener el grado de Doctor en Psicología Social; Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Flores Galaz, M. M. y Díaz Cortés, R. (2002). Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones interpersonales. Editado por Miguel Ángel Porrúa; México DF.

Freeman, K. (2003). Health and well-being outcomes for drug-dependent offenders on the NSW Drug Court programme. Drug and Alcohol Review. Diciembre, Vol.22, Pp: 409 – 416

Fukushima Taniguchi, E. (2003). Validación social de un tratamiento breve para usuarios de cocaína. Tesis para obtener el grado de Licenciado en Psicología; Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Galván-Reyes J, Ortiz-Castro A y González-Urbe L. (1997) El Sistema de Registro de Información sobre Drogas. Un auxiliar diagnóstico en la evaluación de la farmacodependencia. Salud Pública México. No. 39 Pp: 61-68.

Gil, F. y León, J. M. (1998). Habilidades Sociales Teoría investigación e intervención. Editorial Síntesis. España.

Goldfried, M. R. (1996). De la Terapia Cognitivo-Conductual a la Psicoterapia de Integración. Editorial Descleé de Broker. España

Goldstien, M. F.; Deren, S.; Kang, S. Y.; Jarlals, D. C. y Mangura, S. (2002). MMTP drop-outs need not be lost the drug treatment system if special efforts are made to engage them in interventions developed to encourage treatment reentry, the researches conclude. Drug and Alcohol Dependence. Vol. 66 (2), Pp:181-187

Góngora Coronado, E. A. (2000). El Enfrentamiento a los Problemas y el papel del control: una visión etnopsicológica en un ecosistema con tradición. Tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

González Forteza, C.; Villatoro, J.; Pick, S. y Collado, M. E. (1998). El estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento y malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de la ciudad de México: Análisis según su nivel socioeconómico. Salud Mental V., Vol.21, No. 2, abril, pp: 37-44.

Guerra Ramos (1996). Estandarización del inventario de asertividad de Gambrell y Richey para la población de México. Tesis para obtener el grado de licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México

Gutiérrez Fernández, M. R. (1994). Asertividad herramienta para mejorar la calidad de vida.

Tesina para obtener el grado de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Hernández Sampieri, R; Fernández Collado, C y Baptista Lucio, P. (2000). Metodología de la investigación. Editorial Mc Graw Hill, México.

Jiménez Silvestre, K. (1998). Diferencias por Género en un grupo de personas que acuden a un Tratamiento para Bebedores Problema. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM.

Katz, E. C.; Brown, B. S; y Schwartz R. P. (2004). Role Induction: A Method for Enhancing Early Retention in Outpatient Drug-Free Treatment. *Journal of Consulting and Clinican Psychology*, Vol. 72., No. 2-234

Krasnoff, A. (1977). Failure of MMPI Scales to Predict Treatment Completion. *Journal of Studies on Alcohol*, Vol. 38, No.7,

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1991). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Tercera Edición. Editorial Martínez Roco. México, DF.

Lega, L. I.; Caballo, V. E. y Ellis, A. (2002). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo – Conductual*. Siglo Veintiuno de España Editores. España.

Lira Mandujano, J. (2002). Desarrollo y Evaluación de un programa de Tratamiento para Adicción a la Nicotina. Tesis para obtener el grado de Maestría en Psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Estado de México.

Macías López, M. A. (1993). Propuesta técnica para la admisión y canalización en una institución universitaria de apoyo a la docencia y servicio de salud mental. Tesis para obtener el grado de Doctorado en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM.

Maciel Rocha M. I. y Romero Santana, A. (1996). Características de bebedores problema que abandonan un tratamiento; Tesis para obtener el grado de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM.

Macrady, B.; Rodríguez Villarino, R. y Otero, J. M. (1998). Los problemas de la bebida: Un sistema de tratamiento paso a paso; manual del terapeuta, manual de autoayuda. Editorial Psicología Pirámide, Madrid.

Malpica, K. (20 de febrero del 2003), Las Drogas tal Cual. Una Investigación de Karina Malpica. Recuperado el 20 de Enero del 2004, de <http://Www.MindSurf.Net/Drogas/Adicciones.Htm>

Martínez Martínez, K. (2003) Desarrollo y Evaluación de un Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician en el consumo de alcohol y otras drogas. Tesis para obtener el grado de Doctora en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM. México, D. F.

Medina Mora, M. E.; Natera, G.; Borges, G.; Cravioto, P.; Fleiz, C. y Tapia Conyer, R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las Adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental*, Vol. 24, No. 4, Agosto 2001.

Messina, N. P.; Wish, E. D.; Hoffman, J. A. y Nemes, S. (2002). Antisocial Personality Disorder and TC Treatment Outcomes. *Drug alcohol abuse*, 28(2), 197-212

Miller, R. W.; Rollnick, S. (1999). La Entrevista Motivacional: preparar para el cambio de

Conductas Adictivas. Editorial Paidós. Barcelona, España.

Monras, M. y Gual, A. (2000). Attrition in group therapy with alcoholics: a survival analysis. *Drug and Alcohol Review*. Vol. 19, 55-63

Murillo García, (1998). Exploración de la asertividad y la motivación al logro en el delincuente. Tesis para obtener el grado de licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México

Narcóticos Anónimos. Introducción. Recuperado el 12 de Febrero del 2004 de <http://www.adicciones.org.mx/na/experiencia.html>

NIDA (May 19, 2003). Principios de Tratamientos para La Drogadicción: Una Guía Basada en Investigaciones. Enfoques con Base Científica Para los Tratamientos de la Drogadicción. National Institute on Drug Abuse. Recuperado el 14 de marzo 2004, de <http://165.112.78.61/PODAT/Spanish/PODAT10.html>

Ordaz Carrillo (2000). Personalidad y nivel de asertividad en pacientes con trastorno límite de la personalidad. Tesis para obtener el grado de licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México

Oropeza, Tena, R. (2003). Desarrollo, aplicación y evaluación de un Programa de Tratamiento Breve Cognoscitivo Conductual para usuarios de Cocaína. Tesis para obtener el grado de Doctorado en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Pacheco Gil, M. (2004). Ansiedad y Estilos de Afrontamiento en Internos del Reclusorios del Distrito Federal. Tesis para obtener el grado de licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Papua, J. (1996). Técnicas de investigación aplicadas a las Ciencias Sociales. Fondo de Cultura Económica, México.

Predictors of Outcome in Treatment of Opiate Addicts: Evidence for the Multidimensional Nature of Addicts Problems.

Puente Silva, F. (1984). Adherencia Terapéutica implicaciones para México.

Quijano Barahona, E. M. (2001). El perfil psicológico y el diagnóstico del adolescente farmacodependiente. Tesis para obtener el grado de maestría en psicología clínica. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Richard de Minzi, M. C. Barrionuevo, D. y Mussi, C. (2001). Estilo de afrontamiento en relación con los estadios de cambio intencional de la conducta adictiva. *Revista Electrónica de Psicología*, Vol.5, Nº 2, editada en España.

Robles Soto, N. (2003). Comparación de las Características de los pacientes que finalizan y abandonan un Tratamiento Cognitivo Conductual de Adicción a la Cocaína. Tesis para obtener el grado de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM. México, D.F.

Rounsaville, B. J.; Tierney, T.; Crits-Christoph, K.; Weissman, M. M.; y Kleber, H. D. (1982). Predictors of Outcome in treatment of opiate addicts: Evidence for the multidimensional nature of addicts problems. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 23 No.5, septiembre-octubre.

Rubinstein Baunfield, E. (1997). Algunas consideraciones sobre la deserción del tratamiento de la farmacodependencia. Tesis para obtener el grado de maestría en psicología clínica. Facultad

de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México

Sánchez Huesca, R.; Guisa Cruz, V. C.; Ortiz Encinas, R. M. y De León Pantoja, G. (2002). Detección temprana de factores de Riesgo para el consumo de sustancias ilícitas. *Salud Mental*, Vol. 25, No. 3, Junio.

Santamaría Miranda, M. C. (2001). Los Estilos de Afrontamiento al Estrés del personal en una empresa metal mecánica. Tesis para obtener el grado de licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Sarason, I. G. y Sarason, B. G. (1990). *Psicología anormal; los problemas de la conducta desadaptada*. Tercera edición. Editorial Trillas. México.

Saucedo Ávila, M. E.; Cortés Rosales, M. E.; Salinas García, F. (1997). Frecuencia y Causas de Deserción de los pacientes que asisten a consulta subsecuente de la División de Servicios Clínicos del Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Salud Mental* Vol. 20, Suplemento octubre.

Secretaría de Salud (1999) Diagnóstico y tendencias del uso de drogas en México. Recuperado el 20 de Abril del 2004, <http://www.salud.gob.mx/doctos/CDM%201-5..htm>

Siegal, H. A; Li, L. y Rapp, R. C. (2002). Abstinence trajectories among treated crack cocaine users. *Addictive behaviors*. Vol. 27, Pp: 437-449

Simpson, D.D. y Knight, K. (2001). Overview of drug treatment in correctional settings. Manuscrito de Texas Christian University.

Solis-Cámara Resendiz, P. (1984). El desarrollo de las habilidades y estrategias adaptativas del hombre como ente social. *Salud Mental*, Vol. 7, No. 4, invierno, pp: 24-32.

Sotelo Arias, C. y Maupome Santillán, V. (1999). Traducción y una estandarización del Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés de Lazarus Y Folkman para una población de Adolescentes Mexicanos. Tesis para obtener el grado de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México

Stanton, T. C. y Cols. (1988). *Terapia Familiar del Abuso y Adicción a las Drogas*. Editorial Gedisa, Barcelona España.

Tapia Conyer, R. (2001). *Las Adicciones. Dimensión, Impacto y Perspectivas*. Segunda Edición. Editorial Manual Moderno, México, DF.

Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1998). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Editorial Paidós, Barcelona.

Tenorio Tangle, F. (1992). *El control social de las drogas en México; Instituto de Investigaciones penales*. México.

Vázquez Reyes, A. M. (2002). Efectos del programa de entrenamiento asertivo sobre la calidad de vida en estudiantes universitarios. Tesis para obtener el grado de licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México

Villagomez García, (1994). *Asertividad herramienta para mejorar la calidad de vida*. Tesis para obtener el grado de licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México

Velázquez Romo, M. T. (2000). *Deserción de pacientes psiquiátricos*. Tesis para obtener el

grado de licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México

Wickizer, T.; Maynard, C.; Atherly, A.; Frederick, M.; Koepsell, T.; Krupski, A. y Stark, K. (1994) Completion Rates of Clients Discharged from Drug and Alcohol Treatment Programs in Washington State. *AmJ Public Health.*; 84, pp:215-221

CENTRO DE RESIDENCIA EN ADICCIONES ACASULCO

FICHA DE ADMISIÓN

Es personal Administrativo de la UNAM ___ Estudiante de la UNAM ___ Público general ___

Nombre: _____

Dirección: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

_____ Calle Número Colonia

Delegación _____ C.P. _____ Teléfono casa / oficina _____ Celular _____ E-mail _____

Sexo: (M) (F) Edad: _____

Estudia: (SI) (NO) Escolaridad: _____

Edo. Civil: _____ Carrera: _____
 Semestre: _____

Trabaja: (SI) (NO) Donde trabaja: _____

Si es menor de edad, nombre del responsable: _____

Motivo de la consulta: (si falta espacio utilice el reverso de la hoja) _____

¿Cómo se enteró del Centro de Servicios? _____

Horario de preferencia: () Matutino () Vespertino

¿Sus dificultades actuales están afectando o limitando alguna de las siguientes áreas?:
 (Marque con una X el número que describa mejor su situación)

Áreas	Nunca	Algunas veces	Ocasionalmente	Frecuentemente	Siempre
Amistades	1	2	3	4	5
Laborales	1	2	3	4	5
Familiares	1	2	3	4	5
Académicas	1	2	3	4	5
Sexuales	1	2	3	4	5
Salud	1	2	3	4	5

Para ser llenado en el Centro de Servicios Psicológicos:

Terapeuta asignado: _____

Tipo de terapia: _____

Canalización: _____ Baja: _____

ENTREVISTA INICIAL DE INCLUSIÓN DEL CENTRO ACASULCO

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. Principal problema por el que esta buscando ayuda (Marque solo uno)

- (1) ___ Alcohol (5) ___ Heroína: _____
 (2) ___ Tabaco (6) ___ Pastillas. Nombre: _____
 (3) ___ Marihuana/Cannabis (7) ___ Otras (drogas) _____
 (4) ___ Cocaína (8) ___ Tengo varios problemas con las drogas que considero de igual importancia: _____

2. ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento o ayuda para resolver problemas de alcohol o droga? (1) ___ No, nunca (2) ___ Si

Tipo de tratamiento/ ayuda	Alcohol	Drogas	Tipo de tratamiento/ ayuda	Alcohol	Drogas
(3) Centro de desintoxicación			(6) Tratamiento médico		
(4) Tratamiento de consulta externa			(7) Tratamiento psiquiátrico		
(5) Tratamiento de consulta interna			(8) Grupos de Auto-ayuda		

3. ¿Está siendo atendido por algún problema de salud en la actualidad?

(1) ___ No (2) ___ Si ¿Cuál?: _____

4. ¿Está tomando algún medicamento por prescripción médica o se está auto-medicando?

(1) ___ No (2) ___ Si ¿Cuál (Cada cuándo, por qué?): _____

5. ¿Cuánto pesa? _____ Kg.

6. ¿Qué actividades realiza en su tiempo libre?

- (1) ___ No, ninguna (4) ___ Ir al cine o teatro (7) ___ Ir a fiestas
 (2) ___ leer (5) ___ Ir a los museos (8) ___ Otro
 (3) Hacer deporte (6) ___ Ir a discotecas o bares

7. ¿Estas actividades están relacionadas al abuso de alcohol o al uso de drogas?

(1) ___ No (2) ___ Si

8. ¿Cuándo está con amigos o familiares estos lo presionan a beber en exceso o a usar drogas?

- (1) ___ No (3) ___ Si, pero sólo mi familia
 (2) ___ Si, pero sólo mis amigos (4) ___ Si, tanto mis amigos como mi familia

9. Entre sus amigos o familiares, ¿quiénes lo ayudarían a cambiar su consumo de alcohol o de drogas? _____

10. ¿Qué tan satisfecho está con "su forma (estilo) de vida" en este momento?

- (1) ___ Muy satisfecho (2) ___ Satisfecho (3) ___ Inseguro
 (4) ___ Insatisfecho (5) ___ Muy insatisfecho

SITUACIÓN LABORAL

11. Situación laboral (marque solo una opción):

- (1) ___ Tiempo completo (4) ___ Trabajo ocasional (7) ___ Estudiante
 (2) ___ Medio tiempo (5) ___ Sin empleo (8) ___ Jubilado
 (3) ___ Trabaja por su cuenta (6) ___ Incapacitado (9) ___ Labores del hogar

12. Ocupación actual u ocupación que ha desempeñado con más frecuencia: _____

13. Número de años trabajando en ocupación actual: _____

14. En los últimos 12 meses, ¿cuántas semanas, estuvo desempleado? _____

15. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días no trabajó?, como resultado de consumir bebidas alcohólicas o drogas (0 a 360): _____

16. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces perdió el empleo?, como resultado de consumir bebidas alcohólicas o drogas (0 a 360): _____

17. Ingreso personal aproximado durante el mes pasado: _____

18. En promedio, ¿qué porcentaje de su salario lo utiliza en alcohol o drogas? _____

HISTORIA DE CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS

19. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días estuvo en el hospital por problemas relacionados con el consumo de alcohol o drogas? _____

20. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces fue arrestado (detenido) por el abuso en el consumo de alcohol o drogas? _____

21. ¿Por cuántos años ha consumido alcohol o drogas? _____
22. ¿Desde cuando considera que el consumo de alcohol o drogas se ha convertido en un problema?

23. En la siguiente escala, marca la opción que mejor describa su consumo de alcohol o drogas durante el año pasado (marque sólo una opción):
- _____ 1) **Sin problema**
 _____ 2) **Un pequeño problema** (estoy preocupado al respecto, pero no he tenido ninguna experiencia negativa).
 _____ 3) **Un problema menor** (he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse seria).
 _____ 4) **Un problema mayor** (he tenido algunas consecuencias, una de las cuales puede considerarse seria)
 _____ 5) **Un gran problema** (he tenido algunas consecuencias negativas, dos de las cuales pueden considerarse serias)
24. Desde que el CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS se ha convertido en un problema, ¿Cuántas veces ha intentado seriamente dejar ó reducir su consumo? _____
25. Desde que el CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS se ha convertido en un problema ¿cuál es el mayor número de veces consecutivos en que se ha propuesto no consumir, y no ha consumido nada de alcohol o drogas? (mayor periodo de abstinencia. Si nunca de ha abstenido marque "0"). _____ ¿Cuándo ocurrió? _____ (Mes y año)
- ¿Porqué se abstuvo en esa ocasión?

CONSUMO DE TABACO

26. ¿Fumas? (para ex fumadores estas preguntas deben contestarse en pasado)
- (1) _____ Nunca he fumado (2) _____ Actualmente fumo
- (3) _____ Ex fumador (menos de un año)
- (4) _____ Ex fumador más de un año, No. de años: _____
27. ¿Por cuanto tiempo has sido un fumador regular? _____
28. Promedio de cigarros fumados diariamente _____
(para ex fumadores este dato debe ser antes de dejar de fumar)
29. SUSTANCIAS CONSUMIDAS: (si el cuadro "consumo" se contesta con NO, el resto de la fila debe permanecer en blanco)

Tipo de Droga	Consumo ♠ 1= No 2= Si	Forma de Consumo Oral Fumada Inhalada Inyectada Otras	Último año de consumo	♠ Frecuencia de consumo (durante los últimos 90 días)	Cantidad consumida con más frecuencia durante los últimos 90 días
Alcohol					
Mariguana					
Inhalables					
Alucinógenos					
Cocaína y derivados					
Heroína					
Estimulantes tipo anfetamínicos					
Otras					
♠ Si el cuadro "Consumo" e contesta "NO" el resto del cuadro debe permanecer en blanco	♠ CODIGO DE FRECUENCIA DE CONSUMO				
	0= No consume 1= esporádicamente		2= 1 vez al mes 3= 1 a 2 veces a la semana		4= 3 a 6 veces a la semana 5= Diariamente

Nombre del entrevistador: _____

Firma: _____

DERECHOS RESERVADOS: FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**"USO RESPONSABLE DEL ALCOHOL Y PREVENCIÓN DEL RIESGO EN
JÓVENES Y FAMILIAS MEXICANAS".**

Edad: _____

Sexo: _____

¿Cómo puedo identificar que estoy bebiendo en forma excesiva?

-Para saberlo necesitas contestar tres preguntas.

1. ¿Qué tan frecuente consumo bebidas alcohólicas?
 0. Una vez al mes o menos
 1. Dos o cuatro veces al mes
 2. Dos o tres veces a la semana
 3. Cuatro o más veces por semana

2. ¿Cuándo bebo, cuántas copas estándar me tomo?
 4. Una o dos
 5. Tres o cuatro
 6. Cinco o seis
 7. Siete a nueve
 8. Diez o más.

3. ¿Qué tan frecuentemente tomo cinco o más copas estándar, en una misma ocasión? (en un mismo día o reunión)
 0. Nunca
 1. Una vez al mes o menos
 2. Mensualmente
 3. Semanalmente
 4. Diario o casi diario

SUMA TUS PUNTOS _____

8 o más puntos ¡ALTO! Te estás excediendo.

De 4 a 7 puntos ¡PRECAUCIÓN! Es conveniente que recibas mayor información, para evitar problemas futuros.

De 0 a 3 puntos ¡ADELANTE! sabes manejar responsablemente tú consumo.

CUESTIONARIO DE ABUSO DE DROGAS (CAD)

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario tiene como objetivo obtener información acerca de su involucramiento potencial con las drogas (sin incluir bebidas alcohólicas ni tabaco) durante los últimos 12 meses. Lea cuidadosamente cada afirmación y decida si su respuesta es SÍ o NO.

Con "Abuso de droga" nos referimos al uso excesivo de drogas médicas prescritas o cualquier uso de drogas no médicas, que trae consigo consecuencias adversas significativas y recurrentes en diversas áreas de su vida, relacionadas con el consumo de esta sustancia, pero no tan graves que empleen la mayor parte de su tiempo en el consumo y que acarree problemas fisiológicos.

En las drogas que se pueden incluir están: cannabis (ej. marihuana, hashis), solventes (ej. Pegamento), tranquilizantes (ej. Vallium), Barbitúricos, cocaína, estimulantes (ej. Speed), alucinógenos (ej. LSD) o narcóticos (ej. heroína). Recuerda que los reactivos incluyen bebidas alcohólicas.

Por favor responda a todos los reactivos. Si tiene alguna dificultad con las afirmaciones escoja la respuesta más adecuada a su caso.

Le agradecemos su participación.

Recuerde que estos reactivos se refieren a los últimos 12 meses.

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

MODOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

Sexo: (1) Masculino
(2) Femenino

Edad: _____ **Fecha:** _____

No. de Expediente: _____ **Grado de Escolaridad:** _____

Asistes a tratamiento por problemas con consumo de drogas incluyendo tabaco y alcohol Sí _____ No _____

Instrucciones: El siguiente cuestionario tiene la finalidad de conocer que es lo que hacen las personas como tú, *te pedimos que recuerdes algún problema que hayas tenido recientemente*, y contestes a los reactivos siguientes escogiendo de una a cuatro opciones de respuesta; la que más se acerque a tu caso.

Recuerda que solo puedes elegir una de las cuatro opciones, encerrando en un círculo o tachando el número de la opción que elegiste y de acuerdo al número de reactivo.

	No de ninguna manera	En alguna medida	Generalmente, usualmente	Siempre, en gran medida
1. Sólo me concentre en lo que tenía que hacer próximamente.	0	1	2	3
2. Traté de analizar el problema para entenderlo mejor.	0	1	2	3
3. Me puse a trabajar o a realizar otra actividad para olvidarme del problema	0	1	2	3
4. Creí que el tiempo resolvería el problema y lo único que tenía que hacer era esperar.	0	1	2	3
5. Me propuse a sacar algo positivo del problema.	0	1	2	3
6. Hice algo en lo que no creía pero al menos no me quede sin hacer nada.	0	1	2	3
7. Traté de encontrar al responsable del problema para que cambiará su actitud.	0	1	2	3
8. Hablé con alguien para averiguar más sobre el problema.	0	1	2	3
9. Me criticqué o cuestioné a mí mismo.	0	1	2	3
10. No agoté las posibilidades de solución sino que deje alguna posibilidad abierta-	0	1	2	3
11. Espere que ocurriera un milagro-	0	1	2	3
12. Seguí adelante con mi destino (simplemente algunas veces tengo mala suerte)-	0	1	2	3
13. Seguí adelante como si no hubiera pasado nada-	0	1	2	3
14. Intente guardar para mí mis sentimientos.	0	1	2	3
15. Busque un poco de esperanza, intente ver a las cosas por su lado bueno-	0	1	2	3
16. Dormí más de lo acostumbrado-	0	1	2	3
17. Exprese mi enojo a la (s) persona (s) que creí responsable (s) del problema.	0	1	2	3
18. Acepte la lastima y la comprensión de los demás.	0	1	2	3
19. Me dije cosas que me ayudarían a sentirme mejor	0	1	2	3
20. Me inspire para hacer algo creativo.	0	1	2	3
21. Trate de olvidarme por completo del problema.	0	1	2	3
22. Busque ayuda de un profesional.	0	1	2	3
23. Cambie y maduré como persona	0	1	2	3
24. Esperé a ver que pasaba antes de hacer algo.	0	1	2	3
25. Me disculpe o hice algo para compensar el problema.	0	1	2	3
26. Desarrollé un plan y lo seguí.	0	1	2	3
27. Acepté la segunda posibilidad después de la que yo quería.	0	1	2	3
28. Hice mis sentimientos a un lado.	0	1	2	3
29. Me di cuenta que yo mismo (a) causé el problema.	0	1	2	3
30. Me sentí más fuerte después de resolver el problema, que antes de tenerlo.	0	1	2	3
31. Platiqué con alguien que podía hacer algo concreto con el problema.	0	1	2	3
32. Me "escape" por un rato, trate de descansar o tomar vacaciones.	0	1	2	3
33. Intente sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos más de lo acostumbrado.	0	1	2	3
34. Hice algo muy arriesgado.	0	1	2	3
35. Intente no actuar impulsivamente o hacer lo primero que se me	0	1	2	3

	No de ninguna manera	En alguna medida	Generalmente, usualmente	Siempre, en gran medida
ocurriera.				
36. Tuve fe en algo nuevo.	0	1	2	3
37. Mantuve mi orgullo y puse "al mal tiempo buena cara".	0	1	2	3
38. Pensé en las cosas buenas de la vida.	0	1	2	3
39. Hice cambios para que las cosas volvieran a la normalidad.	0	1	2	3
40. Evite estar con la gente.	0	1	2	3
41. No permití que el problema me venciera pensando mucho en él.	0	1	2	3
42. Le pedí consejo a algún amigo o familiar a quién respeto.	0	1	2	3
43. Evité que los demás se enteraran de lo mal que estaban las cosas.	0	1	2	3
44. Tomé lo positivo del problema y lo demás no lo tome en cuenta.	0	1	2	3
45. Le platiqué a alguien cómo me sentía.	0	1	2	3
46. Me mantuve firme y luche por lo que quería.	0	1	2	3
47. Me desquite con los demás.	0	1	2	3
48. Pensé en experiencias pasadas y me di cuenta que ya había vivido algo parecido.	0	1	2	3
49. Sabía lo que tenía que hacer así que me esforcé más para que las cosas funcionarían.	0	1	2	3
50. Me negué a creer lo que estaba pasando.	0	1	2	3
51. Me prometí que las cosas serían diferentes la próxima vez.	0	1	2	3
52. Pensé en algunas soluciones al problema.	0	1	2	3
53. Lo acepte, no había nada que pudiera hacer al respecto.	0	1	2	3
54. Traté de que mis sentimientos no interfirieran con otras cosas.	0	1	2	3
55. Deseaba poder cambiar lo que estaba pensando o la forma como me sentía.	0	1	2	3
56. Cambie algo de mí mismo (a).	0	1	2	3
57. Soñé o imagine que las cosas eran mejores.	0	1	2	3
58. Tuve el deseo de que el problema se acabara o terminara.	0	1	2	3
59. Tuve fantasías o imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas.	0	1	2	3
60. Recé.	0	1	2	3
61. Me preparé para lo peor.	0	1	2	3
62. Repasé mentalmente lo que haría o lo que diría.	0	1	2	3
63. Pensé lo que haría en mi lugar la persona quien más admiro y lo tome como modelo.	0	1	2	3
64. Traté de ver las cosas desde el punto de otra persona.	0	1	2	3
65. Me consolé pensando que las cosas podrían ser peores.	0	1	2	3
66. Salí a correr o hice ejercicio.	0	1	2	3

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN



FECHA DE APLICACIÓN: _____ No. DE EXPEDIENTE: _____

EDAD: _____ AÑOS SEXO: (1) MASCULINO (2) FEMENINO

ESTADO CIVIL: _____ - GRADO DE ESCOLARIDAD: _____

LUGAR DE RESIDENCIA ___ D.F. ___ EDO. DE MÉXICO ___ OTRO ESTADO: _____

CONSIDERAS QUE TIENES UN PROBLEMA DE CONSUMO DE DROGAS, INCLUYENDO ALCOHOL Y TABACO

SÍ ___ NO ___

INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE GAMBRILL Y RICHEY

ALGUNAS PERSONAS TIENEN PROBLEMAS PARA MANEJAR SITUACIONES EN LAS QUE ES NECESARIO EXPRESAR SINCERAMENTE SUS IDEAS, DEFENDER SUS DERECHOS O MOSTRAR SEGURIDAD EN SÍ MISMOS, POR EJEMPLO: RECHAZAR UNA PETICIÓN, PEDIR UN FAVOR, HALAGAR A ALGUIEN, EXPRESAR DESAPROBACIÓN O APROBACIÓN, ETC. POR FAVOR INDIQUE SU GRADO DE INCOMODIDAD O ANSIEDAD EN EL ESPACIO QUE ESTÁ A LA IZQUIERDA DE CADA SITUACIÓN DE LA SIGUIENTE LISTA. UTILICE LA SIGUIENTE ESCALA PARA INDICAR EL GRADO DE INCOMODIDAD:

- 1= Nada
- 2= Un poco
- 3= Regular
- 4= Mucho
- 5= Demasiado

DESPUÉS LEA LA LISTA POR SEGUNDA VEZ E INDIQUE EN EL ESPACIO DE LA DERECHA LA PROBABILIDAD DE QUE USTED ACTÚE ASÍ SI REALMENTE SE LE PRESENTARA ESA SITUACIÓN (*). POR EJEMPLO, SI USTED MUY RARA VEZ PIDE UNA DISCULPA, MARCARÍA UN "4" DESPUÉS DE LA SITUACIÓN. UTILICE LA SIGUIENTE ESCALA PARA INDICAR LA PROBABILIDAD DE RESPUESTA:

- 1= Siempre lo haría
- 2= Usualmente lo haría
- 3= Lo haría la mitad de las veces
- 4= Rara vez lo haría
- 5= Nunca lo haría

***Nota:** ES IMPORTANTE TAPAR LA COLUMNA IZQUIERDA (GRADO DE INCOMODIDAD) MIENTRAS CONTESTA LA COLUMNA DERECHA (PROBABILIDAD DE RESPUESTA). DE OTRA MANERA UN PUNTAJE PUEDE CONTAMINAR AL OTRO Y LA EVALUACIÓN NO SERÁ ADECUADA. PARA EVITAR ESTO, COLOQUE UN PEDAZO DE PAPEL SOBRE LA PRIMERA COLUMNA MIENTRAS CONTESTA LA SEGUNDA.

TRATE DE RESPONDER CON LA MAYOR SINCERIDAD POSIBLE Y NO DEJE NINGUNA SITUACIÓN SIN CONTESTAR.

- 1= Nada
 2= Un poco
 3= Regular
 4= Mucho
 5= Demasiado

- 1= Siempre lo haría
 2= Usualmente lo haría
 3= Lo haría la mitad de las veces
 4= Rara vez lo haría
 5= Nunca lo haría

GRADO DE INCOMODIDAD	SITUACIÓN	PROBABILIDAD DE RESPUESTA
	1. DECIRLE A ALGUIEN QUE LE PIDE SU COCHE QUE NO PUEDE PRESTÁRSELO.	
	2. HALAGAR A UNA AMIGO (A).	
	3. PEDIR UN FAVOR A ALGUIEN.	
	4. RESISTIR LA TENTACIÓN DE COMPRAR ALGO EN OFERTA.	
	5. PEDIR UNA DISCULPA.	
	6. RECHAZAR UNA PETICIÓN DE ALGUIEN PARA TENER UNA REUNIÓN O UNA CITA.	
	7. ADMITIR QUE TIENE MIEDO Y PEDIR COMPRENSIÓN.	
	8. DECIRLE A UNA PERSONA, CON QUIEN ESTÁ INTIMAMENTE RELACIONADO(A), QUE A USTED LE MOLESTA LO QUE DICE O HACE.	
	9. PEDIR UN AUMENTO DE SUELDO.	
	10. ACEPTAR QUE NO SABE SOBRE ALGUN TEMA.	
	11. NEGARSE A PRESTAR DINERO.	
	12. HACER PREGUNTAS PERSONALES.	
	13. CORTAR LA PLÁTICA CON UN AMIGO QUE HABLA MUCHO.	
	14. PEDIR UNA CRÍTICA CONSTRUCTIVA.	
	15. INICIAR UNA CONVERSACIÓN CON UN EXTRAÑO.	
	16. HALAGAR A UNA PERSONA CON LA CUAL ESTÁ USTED INVOLUCRADO (A) SENTIMENTALMENTE O INTERESADO (A) EN ÉL/ELLA.	
	17. SOLICITAR UNA REUNIÓN O CITA.	
	18. INSISTIR AL PEDIR UNA REUNIÓN O CITA QUE LE NEGARON LA PRIMERA VEZ, QUE LA SOLICITÓ.	
	19. ADMITIR CONFUSIÓN ACERCA DE UN PUNTO EN DISCUSIÓN Y SOLICITAR ACLARACIÓN.	
	20. SOLICITAR EMPLEO.	
	21. PREGUNTAR SI USTED HA OFENDIDO A ALGUIEN.	
	22. DECIRLE A ALGUIEN QUE LE CAE MUY BIEN.	
	23. RECLAMAR UN SERVICIO POR EL CUAL USTED HA ESPERADO SIN SER ATENDIDO, POR EJEMPLO EN UN RESTAURANTE.	
	24. DISCUTIR ABIERTAMENTE CON UNA PERSONA QUE CRITICA SU CONDUCTA.	
	25. DEVOLVER PRODUCTOS DEFECTUOSOS, POR EJEMPLO EN UNA TIENDA O RESTAURANTE.	
	26. EXPRESAR UNA OPINIÓN CONTRARIA A LA DE LA PERSONA CON LA QUE USTED ESTÁ HABLANDO.	
	27. RESISTIR PROPOSICIONES SEXUALES CUANDO USTED NO ESTÁ INTERESADO(A).	
	28. DECIRLE A UNA PERSONA QUE USTED SIENTE QUE HA HECHO ALGO INJUSTO PARA USTED.	
	29. ACEPTAR UNA CITA ROMÁNTICA.	
	30. CONTARLE A ALGUIEN QUE A USTED LE HA IDO MUY BIEN.	
	31. RESISTIR LA PRESIÓN DE ALGUIEN QUE INSISTE EN QUE USTED TOME BEBIDAS ALCOHÓLICAS.	
	32. DECIRLE A UNA PERSONA IMPORTANTE PARA USTED, CUANDO LE HACE UN RECLAMO INJUSTO, QUE NO TIENE RAZÓN	
	33. RENUNCIAR A SU TRABAJO.	
	34. RESISTIR LA PRESIÓN DE ALGUIEN QUE QUIERE HACERLO ENOJAR	
	35. DISCUTIR ABIERTAMENTE CON UNA PERSONA QUE CRITICA SU TRABAJO	
	36. SOLICITAR LA DEVOLUCIÓN DE COSAS PRESTADAS.	
	37. RECIBIR HALAGOS	
	38. CONTINUAR LA CONVERSACIÓN CON ALGUIEN QUE ESTÁ EN	

1= Nada
2= Un poco
3= Regular
4= Mucho
5= Demasiado

1= Siempre lo haría
2= Usualmente lo haría
3= Lo haría la mitad de las veces
4= Rara vez lo haría
5= Nunca lo haría

GRADO DE INCOMODIDAD	SITUACIÓN	PROBABILIDAD DE RESPUESTA
	DESACUERDO CON USTED.	
	39. DECIRLE A UN COMPAÑERO O COMPAÑERA DE TRABAJO QUE ALGO QUE DICE O HACE LE MOLESTA A USTED.	
	40. PEDIRLE A UNA PERSONA QUE LO ESTÁ MOLESTANDO ANTE OTRAS PERSONAS QUE DEJE DE HACERLO	

FINALMENTE, POR FAVOR INDIQUE LAS SITUACIONES EN LAS QUE LE GUSTARÍA CONDUCTIRSE CON MÁS SEGURIDAD, ENCERRANDO EN UN CÍRCULO EL NÚMERO DE LA SITUACIÓN CORRESPONDIENTE.

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN.



Sondeo sobre los motivos de Deserción al tratamiento

1. ¿Por qué motivo no regresó al tratamiento? (puede señalar una o más opciones)

1. Económicos ()
2. Laborales ()
3. Familiares ()
4. Salud ()
5. Distancia ()
6. Personales ()
7. Otros () ¿Cuáles? _____

2. ¿Le ayudaron a mejorar en algo las sesiones a las que asistió?

- * Sí ()
* No ()

3. ¿En qué le ayudo el tratamiento?

- a) A Mejorar su salud
- b) A Mejorar su relación familiar
- c) A Mejorar en el área laboral
- d) Otras describa: _____

4. ¿Considera que ha disminuido el consumo de sustancias después de las sesiones de tratamiento?

- * Sí ()
* No ()

5. Actualmente el consumo de sustancias le causa problemas

Áreas	Nunca	Algunas veces	Ocasionalmente	Frecuentemente	Siempre
Familiar	1	2	3	4	5
Laboral	1	2	3	4	5
Salud	1	2	3	4	5
Sexual	1	2	3	4	5
Académica	1	2	3	4	5
Amistad	1	2	3	4	5

6. Tiene alguna observación respecto al tratamiento: _____

