

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**DESARROLLO Y CONFIABILIDAD DE LA ENTREVISTA DE  
RECAÍDAS EN USUARIOS DE SUSTANCIAS ADICTIVAS (ERSA)**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
PRESENTA: LIZBETH ROBERTA GARCÍA QUEVEDO**

**DIRECTOR DE TESIS: MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA  
REVISOR DE TESIS: LIC. LETICIA ECHEVERRÍA SAN VICENTE  
ASESOR DE TESIS: DR. ROBERTO OROPEZA TENA**

**MEXICO, D. F.,**

**2006**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## ÍNDICE

### Resumen

### Introducción

#### Capítulo 1. Epidemiología del consumo de drogas en México

- 1.1 Epidemiología de las drogas ilegales en el ámbito internacional
- 1.2 Fuentes de información
- 1.3 Encuestas Nacionales de Adicciones
  - 1.3.1 Alcohol
  - 1.3.2 Tabaco
  - 1.3.3 Drogas ilegales
  - 1.3.4 Drogas médicas

#### Capítulo 2. Características y consecuencias del uso de drogas

- 2.1 Definición de droga
- 2.2 Características y efectos de las drogas
- 2.3 Uso, abuso y dependencia

#### Capítulo 3. Tratamientos para el manejo de drogas en México

- 3.1 Modelos teóricos en adicciones
  - 3.1.1 Modelo de enfermedad
  - 3.1.2 Modelo de aprendizaje
  - 3.1.3 Modelo psicodinámico
  - 3.1.4 Modelo familiar
  - 3.1.5 Modelo psicosocial
- 3.2 Tratamientos en México para el consumo de drogas
  - 3.2.1 Norma Oficial Mexicana (NOM-028-SSA2-1999)
  - 3.2.2 Programas de tratamientos para el consumo de sustancias

#### Capítulo 4. El estudio de las recaídas

- 4.1 Índices y definición de recaída
- 4.2 Abstinencia y recaída
- 4.3 Modelos de recaída
  - 4.3.1 Valoraciones cognitivas
  - 4.3.2 Interacción persona-situación
  - 4.3.3 Expectativas de autoeficacia y de resultado
  - 4.3.4 Etapas de cambio
  - 4.3.5 Predictores de recaídas
  - 4.3.6 Proceso de recaída en cocaína
  - 4.3.7 Prevención de recaídas
- 4.4 Disparadores asociados a recaídas
- 4.5 Instrumentos de evaluación en conductas adictivas

### Método

### Resultados

**Discusión y Conclusión**

**Referencias**

**Apéndice 1**

**Apéndice 2**

## **RESUMEN**

El reciente aumento en el consumo de drogas y la creciente demanda de tratamientos efectivos para el manejo y reducción de conductas adictivas, ha creado la necesidad de desarrollar instrumentos diagnósticos eficaces que permitan tener una mejor comprensión del fenómeno de las recaídas en el consumo de sustancias, incluyendo la evaluación de situaciones asociadas con la reanudación de consumo entre usuarios que desean modificar su consumo. El objetivo de esta investigación fue desarrollar la Entrevista de Recaídas para Sustancias Adictivas (ERSA, García, Oropeza, Vázquez e Ibarra, 2005), un instrumento basado en la taxonomía de disparadores de recaída de Marlatt y Gordon (1985). Para estimar la confiabilidad de la ERSA se utilizó el procedimiento test-retest entrevistando a 73 usuarios dependientes de distintas sustancias en ocho instituciones dedicadas al manejo de conductas adictivas. Para el análisis de consistencia temporal de los ítems se empleó el procedimiento estadístico V de CRAMER a través de Crosstabs (tablas de contingencia). Los resultados muestran un nivel de consistencia temporal en V de CRAMER mayor a 0.70 con un nivel de significancia menor a 0.0001, mostrando que la relación entre pre y pos test es significativa. Por lo que se considera que el instrumento tiene confiabilidad alta y justifica su posterior validación. Por otro lado, en cuanto a las principales situaciones asociadas con recaídas se reportaron las negativas 45.2%, seguidas por las de tentación 37.0% y finalmente las positivas 17.8%. Además, como principales disparadores del consumo, se destacan las categorías de tentación de consumo (83.6%), afectos displacenteros (64.4%) y control personal (61.6%). Estos resultados son similares a los reportados en otros estudios (Marlatt & Gordon, 1985; Litman, 1986; Mckay, Rutherford, Alterman, Cacciola & Kaplan, 1995; El, El, Sheik & Bashir, 2004). Se concluye que la ERSA mostró ser una entrevista confiable y útil para evaluar situaciones que rodean a una recaída. La ERSA es una aportación que puede servir como un instrumento diagnóstico en un marco de intervención oportuna en la prevención de recaídas.

## **INTRODUCCIÓN**

El consumo de drogas legales e ilegales es un problema de salud a nivel mundial que, en México, se agudiza. Actualmente se considera como un problema de salud pública en nuestro país. Este consumo ha mostrado variaciones importantes a partir de la década de los 70. En los primeros estudios prevalecía el consumo de inhalables entre menores, marihuana entre los jóvenes y algunos grupos de la población adulta; ahora se suma un consumo cada vez mayor de cocaína que ha llegado a los niños y a sectores con bajos recursos económicos de la población. Se detecta consumo de heroína en algunas regiones de la frontera norte y aparecen nuevas drogas como son las metanfetaminas (Medina-Mora, 2002).

Como se describe a lo largo de esta investigación, el abuso de drogas tiene consecuencias adversas en el ámbito de la salud individual y repercuten en la familia, en la escuela, en el trabajo y en la sociedad (Secretaría de Salud, 2000).

El consumo de sustancias representa una preocupación creciente en México. Por tal motivo, se han desarrollado e implementado estrategias y acciones de investigación, prevención, tratamiento, normatividad y legislación, así como de sensibilización y capacitación, para controlar y disminuir el uso de sustancias y beneficiar a la población (Secretaría de salud, 2000).

Sin embargo, la investigación muestra que uno de los principales problemas que enfrentan las personas que desean modificar su consumo de sustancias adictivas, es la dificultad de lograr el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo (Miguez & Becoña, 1997). El fenómeno de la recaída afecta a consumidores de cualquier sustancia, mostrando altos índices después de tratamientos en alcohol, cocaína y opioides; por tal motivo, el análisis de recaídas es objeto de diversos estudios, centrándose tanto en sus factores determinantes como en el desarrollo de programas de prevención que potencien la efectividad de los tratamientos (Quesada, Carreras & Sánchez, 2002).

La actual demanda de tratamientos efectivos impone la necesidad de tener una mejor comprensión del fenómeno de las recaídas para el manejo y prevención de las conductas adictivas. Por tal motivo, en este estudio se presenta la información del desarrollo y confiabilidad de un instrumento para la evaluación de situaciones que rodean a la recaída. Este brinda información que auxilia en estrategias para prevención de recaídas en los tratamientos de adicciones.

A continuación se describe la información que se expone en cada capítulo:

En el primer capítulo se presenta un panorama general sobre la epidemiología del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales en el ámbito nacional e internacional. Para lo cual se reportan principalmente los datos de las últimas encuestas nacionales de adicciones.

En el segundo capítulo se definen conceptos básicos relacionados con el consumo de sustancias. También se describen de manera general las características

psicofarmacológicas de las sustancias más utilizadas en México, según la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2002).

En el tercer capítulo se exponen los modelos explicativos de la dependencia. Además, se muestra un panorama general de los tratamientos desarrollados actualmente por diversas organizaciones para contrarrestar las adicciones.

En el cuarto capítulo se describen índices de recaída en tratamientos de diferentes sustancias, así como los modelos psicológicos y biológicos que se han desarrollado en torno a la recaída, entre los cuales se destaca el de Prevención de Recaídas desarrollado por Marlatt y Gordon (1985), que ha demostrado ser uno de los más completos para evaluar situaciones asociadas con recaídas. En este capítulo también se describen brevemente las características de algunos instrumentos de evaluación dentro del ámbito de las conductas adictivas.

A continuación se presenta el método utilizado en esta investigación, donde se describe: objetivos, sujetos, escenario, instrumentos utilizados y procedimiento. Finalmente se presentan los resultados obtenidos en el estudio y se expone el apartado de discusión.

## **CAPITULO 1**

### **EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE DROGAS EN MÉXICO**

El consumo de drogas legales e ilegales es un problema de salud a nivel mundial que, en México, cada día se agudiza. Actualmente se considera como un problema de salud pública en nuestro país. Por tal motivo, en este capítulo se presenta un panorama general sobre la epidemiología del consumo de alcohol, tabaco, drogas ilegales y médicas en el ámbito nacional e internacional, esta información permitirá a los lectores conocer el estado actual y desarrollo del problema. Para lo cual se reportan los datos de las últimas encuestas nacionales de adicciones; el observatorio nacional de alcohol, tabaco y otras drogas; los sistemas de información más importantes y datos de los centros de integración juvenil (CIJ). Esta información también es una guía que indica el camino a seguir para implementar diferentes estrategias de prevención y tratamientos en el tema.

#### **1.1 EPIDEMIOLOGÍA DE LAS DROGAS ILEGALES EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL**

La demanda de sustancias adictivas ilícitas surge como problema mundial de salud pública a finales de los años sesenta. En los Estados Unidos de Norteamérica y otros países se observó un aumento acelerado del consumo de drogas. Estas tendencias tuvieron impacto en México, donde se comenzó a observar un crecimiento en el uso de dichas sustancias en ciertos sectores, con los consecuentes resultados negativos en la salud y en el bienestar de la población (Conadic, 2001).

De acuerdo con datos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ya en el año 2000, era difícil encontrar un país en el que no se observe el uso de drogas. Las drogas de mayor consumo siguen proviniendo de plantas naturales tipo cannabis (96% de los países reportan su consumo), opiáceos (87%) y derivados de la hoja de coca (81%) (Medina- Mora, 2002).

Los índices de abuso en cada país muestran variaciones en la extensión y el tipo de sustancias utilizadas. De acuerdo con estadísticas de demanda de tratamiento, el abuso de opiáceos se concentra en Asia, Europa y Australia. En América prevalece el abuso de cocaína. En África la mayor demanda de tratamiento se asocia con cannabis y en Japón, Filipinas y Corea, con anfetaminas y otros estimulantes (Medina- Mora, 2002).

Hasta hace poco se afirmaba que el problema del consumo de drogas se presentaba fundamentalmente en países muy desarrollados y con alto ingreso per cápita, como los países occidentales y del hemisferio norte (Secretaría de Salud, 1999). Sin embargo, el abuso de drogas en los años noventa continuó extendiéndose, particularmente en los países localizados en las principales vías de tráfico de drogas. Actualmente, estos países tradicionalmente productores o de tránsito, comienzan a



registrar incrementos en su consumo interno y otros, que eran consumidores, están produciendo drogas. Esta tendencia internacional, se observa también en México, que ha dejado de ser un país de tránsito de drogas para convertirse en un país consumidor (Medina- Mora, 2002).

En México, el consumo de drogas ha mostrado variaciones importantes a partir de la década de los 70, cuando se realizaron las primeras encuestas y otros estudios de carácter epidemiológico y social con el interés de conocer la distribución de consumo de drogas en el país. En los primeros estudios prevalecía el consumo de inhalables entre menores, marihuana entre los jóvenes y algunos grupos de la población adulta; ahora se suma un consumo cada vez mayor de cocaína que ha llegado a los niños y a sectores con bajos recursos económicos de la población. En los adultos se incrementa su uso por vía intravenosa, se detecta un brote epidémico de heroína en algunas regiones de la frontera norte y aparecen nuevas drogas como son las metanfetaminas (Medina- Mora, 2002).

## **1.2 FUENTES DE INFORMACION**

En el estudio dentro del ámbito social y en particular en problemas de salud pública, las medidas de prevención y tratamiento de las adicciones, para ser eficaces, deben estar sustentadas en información científica, confiable y completa sobre la magnitud y características del fenómeno (Oropeza, 2003).

Los estudios llevados a cabo en México, utilizan metodologías, indicadores e instrumentos aceptados internacionalmente como los más adecuados para estimar la magnitud y características del uso y abuso de drogas. La sistematización de las herramientas metodológicas permite, además, la comparación entre regiones y países y la evaluación de las tendencias a través del tiempo (Conadic, 1999).

Entre los métodos cuantitativos más importantes para recopilar información están las encuestas en población general o de hogares, encuestas en población estudiantil y sistemas de registro de información, es decir, monitoreo de tendencias en el uso de drogas por medio de indicadores sociales y de salud, como son los datos sobre morbilidad y mortalidad, homicidios, accidentes, violencia intrafamiliar, suicidios y otros delitos relacionados con el consumo de sustancias adictivas (Oropeza, 2003).

Dentro de los sistemas de registro existentes en nuestro país, destacan: el sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones (SISVEA). Es el sistema de mayor cobertura en nuestro medio; bajo la responsabilidad de la DGE. Tiene como principal objetivo mantener actualizado el diagnóstico del consumo de drogas, mediante la recopilación sistemática, en diversas fuentes institucionales, da información continua sobre cinco indicadores: población en tratamiento, urgencias médicas y traumáticas asociadas al consumo, mortalidad por causas asociadas, detenidos por delitos contra la salud y menores infractores con consumo de drogas. Recibe información de 20 ciudades del país, entre los datos recopilados y analizados, destacan los proporcionados por centros de integración juvenil (CIJ), institución que actualmente

integra una red de más de 70 unidades de atención preventiva y curativa para la farmacodependencia en 28 entidades federativas (Conadic, 1999).

Otro medio de registro es el sistema de reporte de información en drogas (SRID). Este sistema, diseñado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), 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 de manera sistemática, el consumo de drogas de los individuos que captan (Conadic, 1999). Otro sistema de información confiable es el Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas, este sistema también mantiene un diagnóstico actualizado del problema de consumo de drogas (Medina-Mora, Natera & Borges, 2002).

La información sobre el consumo de drogas permite obtener indicadores del comportamiento de la población de interés tales como la prevalencia o la incidencia. El conocimiento de las características demográficas, hábitos de consumo y entorno social de los grupos, arroja información para diseñar programas selectivos que tienen como fin la prevención del uso problemático (Oropeza, 2003).

Por otro lado, en todas las encuestas hechas en México en los últimos 30 años, se ha observado un aumento importante del consumo de drogas legales e ilegales, situación por la cual es importante tomar medidas preventivas para tratar de controlar de alguna manera el aumento en el consumo (Oropeza, 2003). A continuación se presentan los datos epidemiológicos generales de las últimas encuestas acerca del uso de alcohol, tabaco, drogas ilegales y médicas en México.

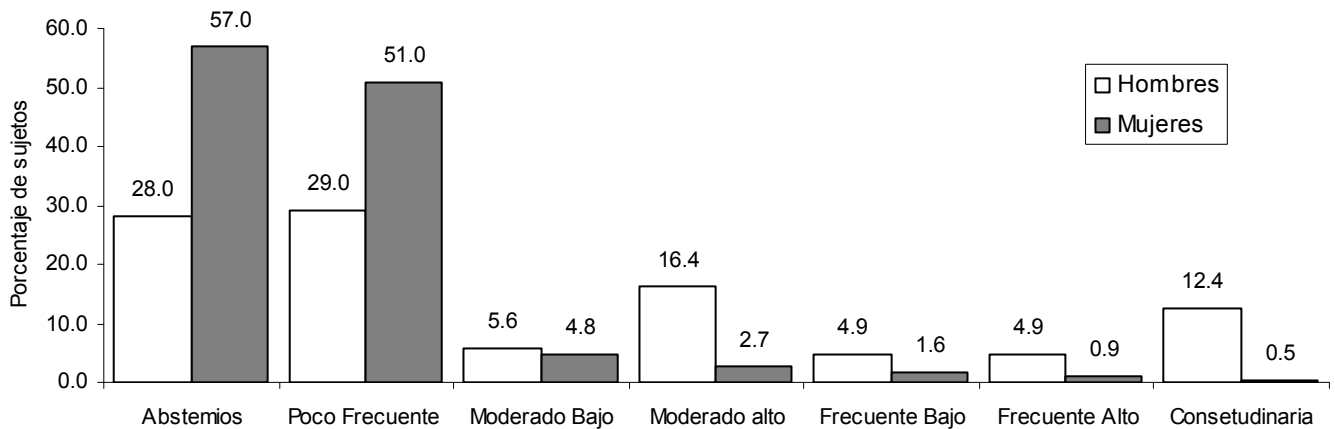
### **1.3 ENCUESTAS NACIONALES DE ADICCIONES**

#### **1.3.1 ALCOHOL**

##### **Patrón de consumo de alcohol por sexo**

En la población urbana existen 13, 581,107 hombres y 10, 314,325 mujeres entre 18 y 65 años, que reportaron haber consumido alcohol en los doce meses previos al estudio. Los patrones de consumo mas característicos de los varones son el moderado alto (consumo mensual con cinco copas o más por ocasión) (16.9 %) y el consuetudinario, que es el consumo de cinco copas o más al menos una vez por semana (12.4 %). Entre las mujeres es más frecuente el consumo mensual con menos de cinco copas por ocasión (4.8 %). Cabe hacer mención que el segundo patrón de consumo fue moderado alto con 2.7 % de las mujeres adultas urbanas consumiendo bajo este patrón (Figura 1) (ENA, 2002).

En general, el patrón de consumo en México se ha descrito como episódico y explosivo, ya que se observa con poca frecuencia pero con grandes cantidades consumidas en cada ocasión, este patrón ha aumentado principalmente entre las mujeres (Medina-Mora & cols., 2002).



Fuente: ENA 2002

Figura 1. Patrón de consumo descrito en frecuencia y cantidad de copas por sexo en población urbana entre 18 y 65 años

### Problemas asociados al consumo de alcohol

Los problemas más frecuentes asociados al consumo de alcohol entre los varones son, haber iniciado una discusión o pelea con su esposa o compañera mientras estaban bebiendo (11.6 %); en segundo lugar, los problemas con las autoridades sin incluir los de tránsito (8.4 %), y el haber sido arrestados mientras conducían después de haber consumido (3.2 %), estos problemas son menos frecuentes entre las mujeres, sólo los reportaron menos del 3 % de las bebedoras (ENA, 2002).

Datos de la encuesta nacional de adicciones (ENA, 2002) señalan que 29% de las mujeres adultas, habitantes de zonas urbanas del país y que tienen o han tenido pareja, han sufrido violencia física por parte de ésta. En el 60% de los casos de este tipo de violencia, el alcohol estuvo involucrado. Se ha estimado que el consumo de alcohol incrementa en casi siete veces el riesgo de ingresar a un servicio de urgencia por traumatismo independientemente de su origen; incrementa 30 veces el riesgo cuando el ingreso está relacionado con violencia infligida por otros y 58 veces, cuando el ingreso es por una violencia auto infligida (Medina-Mora & cols., 2002).

Los estudios realizados en diferentes ciudades del país muestran que uno de cada cinco ingresos a salas de urgencia por eventos traumáticos, presentan niveles positivos de alcohol en sangre (Medina-Mora & cols., 2002).

El abuso de este producto representa un elevado costo para el país, por su contribución en mortalidad prematura debida a problemas de salud y como resultado de accidentes y violencia. Se ha estimado que el abuso de alcohol, por sí solo representa el 9% del peso total de la enfermedad en México. Los padecimientos asociados al consumo de alcohol que más pérdida de días de vida saludable provocan, son la cirrosis hepática (39%), lesiones por accidente de vehículo de motor

(15%), dependencia alcohólica (18%) y homicidios (10%) (Medina-Mora & cols., 2002).

### 1.3.2 TABACO

#### **Distribución del uso de tabaco por edad y sexo.**

Los resultados obtenidos en el ámbito nacional, muestran que en población urbana el 26.4% de los individuos de 12 a 65 años son fumadores, lo que representa casi 14 millones de individuos (13, 958,232). En población rural el 14.3% (2, 408,340) son fumadores. La prevalencia de fumadores en población urbana masculina de 12 a 65 años es de 39.1%, lo que equivale a más de 9 millones de individuos con éste hábito (9, 271,488). Entre mujeres, la prevalencia fue de 16.1%, lo que se traduce en más de 4 millones de fumadoras (4, 686,744). Mientras que la prevalencia de varones en población rural fue del 27.1% (2, 083, 110), la prevalencia en mujeres fue de tan solo el 3.5% (325,230).

La prevalencia total de fumadores de poblaciones urbanas de 18 a 65 años fue de 30.2%, lo que equivale a casi 13 millones de fumadores adultos (12, 959,151), lo que supera a la media nacional (26.4%) para la población de 12 a 65 años. La mayor prevalencia (45.3%) corresponde a la población masculina con 8, 514,471 fumadores y solamente el 18.4% a la femenina, que equivale a 4, 444,680 fumadoras; es decir, fuman 2.5 varones por cada mujer. En cuanto a la distribución por edad actual de los fumadores de zonas urbanas, la mayor frecuencia se concentró entre personas de 18 a 29 años (40.8%), seguida del grupo de 30 a 39 (25.1%) y conforme avanza la edad, las proporciones tienden a disminuir (ENA, 2002).

Por otra parte, en lo que se refiere a la cantidad y frecuencia de consumo de cigarros en fumadores que lo hacen a diario, 64% indicó fumar de 1 a 5 cigarrillos, el 19% consume de 6 a 10 y 6.3% más de una cajetilla diaria.

Los resultados de la encuesta señalan que la prevalencia nacional para fumadores de población urbana de 12 a 65 años fue del 26.4%. Según la Encuesta Nacional de las Adicciones (ENA, 2002), la región norte fue la que presentó una prevalencia de tabaquismo por arriba de la media nacional (28.4%). Cercana a esta se ubica la región centro con 27.6% y por debajo del promedio nacional se encuentra la región sur con 16.2%.

### 1.3.3 DROGAS ILEGALES

En la Republica Mexicana, 3.5 millones de personas entre 12 y 65 años han usado drogas sin incluir tabaco y alcohol; 1.31 % usó drogas en el año previo al estudio y casi 570,000 personas lo habían hecho en los treinta días previos a la encuesta. El uso de drogas ilegales (mariguana, cocaína y otros derivados de la hoja de coca, alucinógenos, metanfetaminas, heroína e inhalables usados con fines de intoxicación)

es mayor que el consumo fuera de prescripción de drogas con utilidad médica (opiáceos, sedantes, tranquilizante, anfetaminas y otros estimulantes), 2.8 millones han usado drogas ilegales y más de 840 mil personas han usado drogas con utilidad médica (Tabla 1) (ENA, 2002).

Tabla 1. Población mexicana que ha hecho uso ilícito de drogas

|                  | <b>Drogas médicas</b> | <b>%</b> | <b>Drogas ilegales</b> | <b>%</b> |
|------------------|-----------------------|----------|------------------------|----------|
| Últimos 30 días  | 233,707               | 0.33     | 340,703                | 0.49     |
| Últimos 12 meses | 349,017               | 0.50     | 574,335                | 0.82     |
| Total Alguna Vez | 848,996               | 1.22     | 2,887,900              | 4.14     |

Fuente: ENA 2002.

### Distribución del consumo de drogas por región, sexo y edad.

Como se indica en la Figura 2, la región norte del país es la más afectada (7.45 %), le siguen las regiones del Centro (4.87 %) y Sur (3.08 %) (ENA, 2002).

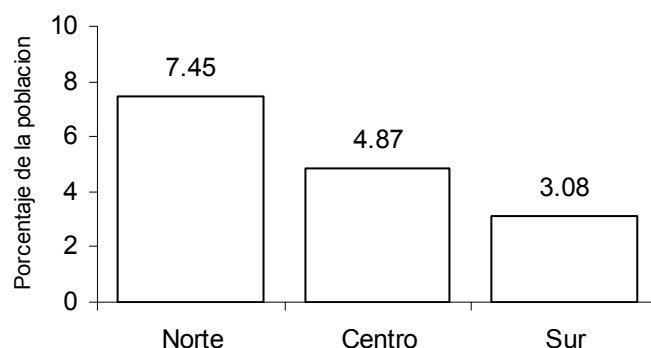


Figura 2. Porcentaje de la población que ha usado drogas alguna vez por región geográfica.

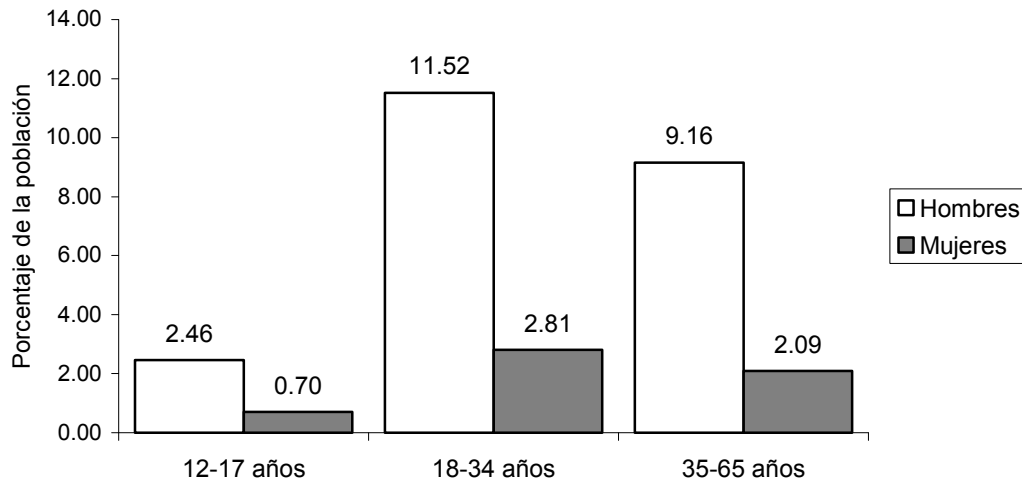
Con respecto a la distribución del consumo de drogas ilegales por sexo, éste es más frecuente entre los varones con una proporción de 4 varones por cada mujer (Tabla 2). Sin embargo, es importante mencionar que hay un aumento significativo en las mujeres que consumen drogas ilegales entre la encuesta de 1998 (.87%) (ENA, 1998) y la del 2002 (2.11%) (ENA, 2002).

Tabla 2. Población que ha hecho uso ilícito de drogas por sexo

|                  | <b>Hombres</b> | <b>%</b> | <b>Mujeres</b> | <b>%</b> |
|------------------|----------------|----------|----------------|----------|
| Últimos 30 días  | 408,705        | 1.30     | 160,330        | 0.42     |
| Últimos 12 meses | 700,970        | 2.23     | 210,389        | 0.55     |
| Total Alguna Vez | 2,696,406      | 8.59     | 810,196        | 2.11     |

Fuente: ENA 2002

En el país, tomando en cuenta población urbana y rural, 215,634 adolescentes entre 12 y 17 años (167, 585 varones y 48,049 mujeres) han usado drogas alguna vez, el índice entre los adultos jóvenes entre 18 y 34 años alcanza al 1, 795,577 (1, 351,138 varones y 449,439 mujeres) y entre 35 y 65 años, 1, 495,391 (1, 177,683 hombres y 317,708 mujeres). El índice de consumo mayor se observa entre los varones de 18 a 34 años (Figura 3) (ENA, 2002).



Fuente: ENA 2002.

Figura 3. Porcentaje de población urbana y rural por edad y sexo que usó drogas alguna vez

### Drogas ilegales de mayor consumo

La droga ilegal de mayor consumo en México es la marihuana, 2.4 millones de personas la han probado alguna vez en una proporción de 7.7 hombres por 1 mujer. 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. De la población total, el 1.23 % del uso se da en forma de polvo, 0.04 % en forma de pasta y 0.10 % en forma de crack (ENA, 2002).

Después de la marihuana y la cocaína, siguen en orden de preferencia, los inhalables y los estimulantes de tipo anfetamínico (EsTA). Entre las sustancias inhalables reportadas se encuentran: acetona, activo, aerosoles, barniz de uñas, benceno. Además están las sustancias denominadas cemento, cemento 5000 y cemento de bicicleta. Otras sustancias son: disolvente, gasolina, pintura de zapatos, PVC, removedor, resistol, solvente, thinner, tolueno, entre otras (Ortiz, Soriano & Galván, 2001).

En último lugar se encuentran la heroína y los alucinógenos. Este orden de preferencia es igual en poblaciones rurales y urbanas, con excepción del consumo de heroína que no fue detectado en zonas rurales (Tabla 3) (ENA, 2002).

Tabla 3. Porcentaje de la prevalencia total, anual y actual, del uso de drogas ilegales.

| Sustancia                      | Uso alguna Vez* | Uso en el último año* | Uso en el último mes* |
|--------------------------------|-----------------|-----------------------|-----------------------|
| Mariguana                      | 3.48            | 0.60                  | 0.31                  |
| Inhalables                     | 0.45            | 0.08                  | 0.08                  |
| Alucinógenos                   | 0.25            | 0.01                  | 0.01                  |
| Cocaína y otros derivados      | 1.23            | 0.35                  | 0.19                  |
| Heroína                        | 0.09            | 0.01                  | -                     |
| Estimulantes tipo anfetamínico | 0.08            | 0.04                  | 0.01                  |

\*Porcentaje del total de la población  
Fuente: ENA 2002.

Los alucinógenos continúan siendo una droga experimental, 73 % de sus usuarios lo han consumido de una a dos veces; la mitad de las personas que han usado mariguana se han limitado a experimentar con sus efectos una o dos veces; esto ocurre con menos frecuencia entre quienes han experimentado con inhalables (39 %) o cocaína (4 %), en tanto que sólo una quinta parte de los usuarios de heroína y de estimulantes tipo anfetamínico se limitaron a un uso experimental. Las drogas con mayor número de usuarios fuertes son la cocaína, la heroína y los EsTa (Tabla 4) (ENA, 2002).

Tabla 4. Numero de veces que han usado drogas ilegales

| Sustancia                      | % que la ha usado 1-2 veces | % que la ha usado 3-5 veces | % que la ha usado 6-10 veces | % que la ha usado 11-49 veces | % que la ha usado de 50 o + veces |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| Mariguana                      | 53.73                       | 12.76                       | 11.28                        | 9.28                          | 12.41                             |
| Inhalables                     | 39.49                       | 11.52                       | 24.01                        | 5.40                          | 19.58                             |
| Alucinógenos                   | 73.42                       | 22.84                       | 1.58                         | 2.16                          | -                                 |
| Cocaína y otros derivados      | 40.55                       | 18.97                       | 8.05                         | 16.87                         | 15.58                             |
| Heroína                        | 24.68                       | 44.90                       | -                            | 20.99                         | 9.42                              |
| Estimulantes tipo anfetamínico | 20.58                       | 18.54                       | 16.37                        | 22.13                         | 22.38                             |

\*Porcentajes obtenidos del total de usuarios de cada droga  
Fuente: ENA 2002.

Con respecto a la información recabada por Centros de Integración Juvenil, se observa similitud a los datos de la encuesta nacional de adicciones. En la tabla 5 se puede observar la prevalencia total del uso de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en los centros de integración juvenil (1990-1998) tanto en el DF como en el ámbito nacional. De los usuarios de este servicio se puede observar que en primer lugar están los consumidores de marihuana, seguidos de los inhalables, la cocaína, el DUM, la heroína y en último lugar las metanfetaminas (CIJ, 2002).

Tabla 5. Prevalencia total del uso de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en los Centros de Integración Juvenil del Distrito Federal y de la República (1990-1998).

| <b>Droga</b>   | <b>Distrito Federal</b> | <b>Nacional</b> |
|----------------|-------------------------|-----------------|
|                | N= 26,815               | N= 78,009       |
| Mariguana      | 66.90*                  | 70.4            |
| Inhalables     | 46.3                    | 47.9            |
| Cocaína        | 40.8                    | 37.8            |
| DUM            | 19.4                    | 23.3            |
| Heroína        | 1.2                     | 4.9             |
| Metanfetaminas | 0.6                     | 4.0             |

Fuente: CIJ 2002)

\*Datos expresados en porcentajes

### Fuentes de obtención de las drogas ilegales.

El principal vector del uso inicial de drogas son los amigos (la marihuana, 57 %, la cocaína, 69 % y los alucinógenos, 66%), sin embargo, cabe destacar que una parte importante mencionó haber obtenido las drogas en la calle, proporción que llega a representar a casi la mitad de los usuarios de heroína (46 %) y de estimulantes tipo anfetamínico (46 %), señalándose que la fuente principal en el caso de los inhalables fue la calle (59 %) (Tabla 6) (ENA, 2002).

Tabla 6. Fuente de obtención de drogas ilegales.

| <b>Sustancia</b>               | <b>% que obtuvo la droga en la calle</b> | <b>% que obtuvo la droga en la casa</b> | <b>% que obtuvo la droga con amigo</b> | <b>otro</b> |
|--------------------------------|--|---|--|-------------|
| Mariguana                      | 34.22                                    | 1.92                                    | 57.30                                  | 3.54        |
| Inhalables                     | 59.23                                    | 3.67                                    | 24.63                                  | 12.48       |
| Alucinógenos                   | 8.63                                     | -                                       | 66.53                                  | 24.32       |
| Cocaína y otros derivados      | 26.55                                    | 0.89                                    | 69.57                                  | 2.78        |
| Heroína                        | 46.41                                    | -                                       | 36.95                                  | -           |
| Estimulantes tipo anfetamínico | 46.34                                    | -                                       | 46.16                                  | 11.50       |

\*Porcentajes obtenidos del total de usuarios de cada droga.

Fuente: ENA 2002

### Tendencias del consumo de drogas

Al observar como ha evolucionado el consumo de drogas en los últimos años, con referencia a las drogas ilegales se observa que los inhalables, la cocaína, los alucinógenos y la heroína han mantenido su nivel de consumo; sin embargo, en el caso de la mariguana se obtuvo una ligera disminución (Tabla 7) (ENA, 2002).



Tabla 7. Tendencias del consumo de sustancias ilegales: Uso en el último año.

| Sustancia              | ENA 1998 | ENA 2002 |
|------------------------|----------|----------|
| Mariguana              | 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     |

\*Datos expresados en porcentajes  
Fuente: ENA 2002.

### 1.3.4 DROGAS MÉDICAS

En el consumo de drogas médicas fuera de prescripción, destacan los tranquilizantes (0.68 %), en segundo lugar están 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 es similar por sexo (Tabla 8) (ENA, 2002).

Tabla 8. Características de usuarios de drogas médicas fuera de prescripción

| Sustancia                        | % que ha usado* | Proporción de usuarios urbanos** | Proporción que son hombres** |
|----------------------------------|-----------------|----------------------------------|------------------------------|
| Tranquilizantes                  | 0.68            | 87.20                            | 50.53                        |
| Sedantes                         | 0.24            | 95.61                            | 50.56                        |
| Anfetaminas y otros estimulantes | 0.34            | 91.21                            | 41.21                        |

\*Porcentaje del total de la población

\*\*Porcentajes del total de consumidores

Fuente: ENA 2002

### Prevalencia del uso de drogas médicas por grupos de edad y fuente de obtención.

En lo que respecta a la prevalencia del uso de drogas médicas fuera de prescripción por grupos de edad, los individuos entre 35 y 65 años de edad son quienes principalmente consumen tranquilizantes, sedantes y anfetaminas (Tabla 9) (ENA, 2002).

Tabla 9. Prevalencia del uso de drogas medicas por grupos de edad, expresado en porcentaje.

| Uso alguna vez                   | 12 a 17 años | 18 a 34 años | 35 a 65 años |
|----------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| Tranquilizantes                  | 0.09         | 0.66         | 0.99         |
| Sedantes                         | 0.08         | 0.22         | 0.34         |
| Anfetaminas y otros estimulantes | 0.02         | 0.42         | 0.43         |

\*Porcentaje del total de la población

Fuente: ENA 2002

Las fuentes de obtención de las drogas médicas fuera de prescripción, son principalmente los médicos asociado con un consumo en mayor cantidad, tiempo o por razones diferentes a las indicadas y las farmacias. En cambio, los consumidores de anfetaminas las obtienen principalmente con amigos (Tabla 10) (ENA, 2002).

Tabla 10. Fuente de obtención de drogas medicas usadas fuera de prescripción.

| <b>Sustancia</b>                 | <b>Medico %</b> | <b>Calle %</b> | <b>Casa %</b> | <b>Amigo %</b> | <b>Farmacia %</b> | <b>Otro %</b> |
|----------------------------------|-----------------|----------------|---------------|----------------|-------------------|---------------|
| Opiáceos                         | 53.76           | 1.06           | 7.55          | 19.95          | 12.42             | -             |
| Tranquilizantes                  | 40.20           | 8.57           | 6.38          | 16.19          | 4.11              | 24.12         |
| Sedantes                         | 31.49           | 4.20           | 3.18          | 4.54           | 25.12             | 31.47         |
| Anfetaminas y otros estimulantes | 4.09            | 6.77           | 2.05          | 36.42          | 32.10             | 17.08         |

\*Porcentajes de total de consumidores de cada droga.

Fuente: ENA 2002.

### Problemas derivados del consumo de drogas ilegales

Es importante mencionar que el 0.44 % de la población total entrevistada (12 a 65 años) presenta 3 síntomas o más de dependencia (0.55 % de la población urbana). Cabe destacar que los principales problemas físicos de dependencia presentes en la población en los últimos 12 meses son las convulsiones o las infecciones (Tabla 11) (ENA, 2002).

Tabla 11. Problemas físicos asociados con el consumo de drogas.

| <b>Problemas asociados al consumo de drogas</b>                     | <b>Alguna vez*</b> | <b>Síntoma presente en los últimos 12 meses**</b> |
|---|--------------------|---|
| Uso una droga de tal forma que pensó que dependía de ella           | 7.82               | 26.4  |
| Trató de reducir el uso de la droga pero no ha podido               | 9.73               | 41.34   |
| Necesitó mayor cantidad de droga para hiciera efecto                | 5.85               | 37.24   |
| Se ha sentido enfermo al reducir el uso de la droga                 | 5.54               | 42.12   |
| Malestar general al suspender uso de drogas                         | 5.57               | 40.16   |
| Problemas de salud, convulsiones o infecciones por el uso de drogas | 4.6                | 66.18   |
| Por lo menos un problema físico                                     | 16.51              | 43.06   |

\*Porcentaje del total de la población.

\*\*Porcentajes del total que experimentó el problema.

Fuente: ENA 2002.

### Tendencias del consumo de drogas médicas

En la identificación de nuevas sustancias se encuentra el rhyphol que se ha incrementado desde principios de los años 90 aunque ya se empleaba anteriormente; el uso de crack se reporta desde 1992 con dos menciones, mientras que en 1999 se reporta 64 veces, manteniendo una tendencia consistente a la alza; el refractil ofteno, por su parte, se reporta desde 1993, el éxtasis desde 1994 con dos menciones, mientras que en 1999 tiene ocho, indicador de que el consumo está aumentando (Ortiz & cols., 2001).

Por otro lado, los Centros de Integración Juvenil (CIJ, 2002) muestran un incremento en la demanda de tratamiento por consumo de metanfetaminas en el Distrito Federal de 1990 a 2001. Datos que demuestran un aumento en el consumo de drogas médicas en la población.

Como se observa a lo largo de este capítulo, el consumo de drogas en México ha aumentado en los últimos años. Este es más alto entre hombres, sin embargo, las últimas encuestas nacionales reportan un aumento importante entre mujeres. Otro aspecto que se resalta es el consumo de drogas a edades cada vez más tempranas.

Debido a las repercusiones negativas que el uso de drogas tiene en los consumidores y en la sociedad en general. El aumento del consumo en diversos sectores de la población ha creado una demanda de tratamientos efectivos que atiendan el problema.

En el siguiente capítulo se describe de manera general las consecuencias del uso de sustancias así como las definiciones de uso, abuso y dependencia. También se describe las características de las principales sustancias utilizadas en México según la Encuesta Nacional de Adicciones (2002), y sus efectos sobre las personas que las consumen.

## **CAPÍTULO 2**

### **CARACTERÍSTICAS Y CONSECUENCIAS DEL USO DE DROGAS**

Las sustancias adictivas han sido utilizadas por la mayoría de las culturas desde tiempos prehistóricos. Durante siglos, estas sustancias han tenido muchas funciones individuales y sociales. A nivel individual, han proporcionado estimulación, liberación tanto de estados emocionales adversos como de síntomas físicos indeseables y estados alterados de conciencia. A nivel social las sustancias adictivas han facilitado los rituales religiosos, ceremonias y han tenido finalidades médicas (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999).

Sin embargo, el abuso y dependencia de sustancias ha alcanzado, en las últimas décadas, gran importancia por su difusión, consecuencias sociales y sanitarias (Martín del Moral & Lorenzo, 2003). El problema del abuso de drogas tiene consecuencias adversas en la salud individual, en la integración familiar y en el desarrollo y la estabilidad social. Este problema se ha convertido en un fenómeno global que afecta a todos los países, aumentando la demanda por estas sustancias, generando un incremento en su producción y con esto el aumento en el consumo.

En éste capítulo se definen conceptos básicos relacionados con el consumo de sustancias, también se describen de manera general las características psicofarmacológicas de las sustancias más utilizadas en México, según la Encuesta Nacional de Adicciones (2002): alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, inhalables, alucinógenos, heroína y algunos estimulantes tipo anfetamínico. Esta información pretende exponer de manera general el fenómeno de la dependencia de sustancias adictivas.

#### **2.1 DEFINICIÓN DE DROGA**

El término droga<sup>1</sup> es amplio y ambiguo. En 1969 la Organización Mundial de la Salud (OMS), manteniendo un criterio clínico, la definió como “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones” (pág. 4, Martín del Moral & Lorenzo, 2003). Desde la perspectiva médica y científica, se utiliza el vocablo droga para referirnos a un gran número de sustancias que cumplen las siguientes condiciones:

1. Ser sustancias que introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de éste.
2. Inducen a las personas que las toman a repetir su administración, por el placer que generan.

---

<sup>1</sup> En esta investigación se emplean los términos droga, sustancia y sustancia adictiva como sinónimos.

3. El cese de su consumo puede dar lugar a un gran malestar somático y/o psíquico.
4. No tienen ninguna aplicación médica y si la tienen, pueden utilizarse con fines no terapéuticos.

En el contexto que nos ocupa, el término droga se aplica a “sustancias con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia física, psíquica o ambas y que ocasionan, en muchos casos, un grave deterioro psicoorgánico y de conducta social” (Pág. 4, Martín del Moral & Lorenzo, 2003).

Las convenciones de las Naciones Unidas para el control de sustancias no establecen una definición entre drogas legales o ilegales; sólo señalan el uso como lícito o ilícito. Pero en general se emplea el término “droga ilegal” o “ilícita” al hablar de aquellas que no están bajo un control internacional, que pueden o no tener un uso médico legítimo, pero que son producidas, traficadas y/o consumidas fuera del marco legal (ENA, 1998).

El alcohol y el tabaco, en estas organizaciones internacionales, son generalmente mencionadas como “sustancias” más que drogas, debido a que no están sujetas al control político internacional, con lo que se trata de pasar por alto que, además de sus fuertes propiedades adictivas, son las que causan mayores daños a la salud individual y pública en prácticamente todo el mundo.

Por otra parte, en algunas poblaciones las drogas médicas usadas fuera de un adecuado control terapéutico son la principal causa de abuso y adicción; los solventes volátiles, aunque no están dentro del mencionado control internacional, son frecuentemente usados con fines de intoxicación en México (ENA, 1998).

A continuación se presenta un panorama general de las características de las drogas más utilizadas en México según la Encuesta Nacional de Adicciones (2002): alcohol, marihuana, cocaína, inhalables, alucinógenos, heroína y estimulantes tipo anfetamínico.

## **2.2 CARACTERÍSTICAS Y EFECTOS DE LAS DROGAS**

Existen varias formas de clasificar las drogas. Hay diferencias en los criterios para enmarcar los tipos de sustancias atendiendo a su capacidad adictiva, a la acción que ejercen en el organismo, a las respuestas que provocan en el psiquismo, etc. Una de las clasificaciones más completas es la que expone Velasco (1997). En ésta, organiza a las drogas por su efecto sobre el organismo y esta compuesta por cinco grupos (Tabla 12):

Tabla 12. Clasificación de sustancias adictivas por sus efectos.

| <b>Clasificación</b>  | <b>Sustancias</b>                        | <b>Efectos sobre el organismo</b>   |
|-----------------------|--|---|
| 1. Estimulantes       | Cocaína, nicotina y anfetaminas.         | Activan el sistema nervioso central. Incrementan el estado de alerta y aceleran las respuestas a los estímulos que provienen del exterior. Producen exaltación, e hiperactividad.   |
| 2. Depresoras         | Alcohol, inhalables, heroína y sedantes. | Disminuyen el funcionamiento del sistema nervioso central. Reducen la atención a los estímulos del exterior y las reacciones son más lentas. Disminuyen todas las funciones mentales superiores (atención, juicio, razonamiento, memoria, coordinación e inteligencia) y deprimen el estado de ánimo. |
| 3. Alucinógenos       | LSD, Peyote y mezcalina                  | Pueden disminuir o activar el sistema nervioso central, su característica principal es que provocan una percepción distorsionada de la realidad. Alteran el estado de conciencia y pueden producirse alucinaciones. También se les llama sustancias psicotomicinéticas.                               |
| 4. Canabinoles        | Mariguana                                | Su efecto sobre el sistema nervioso central generalmente es depresor, sin embargo en ocasiones, tras algunos estímulos puede ser estimulante. Si se consumen en dosis altas pueden provocar alucinaciones.  |
| 5. Drogas de "diseño" | Éxtasis                                  | Estimulan el sistema nervioso central. Son un conjunto de nuevas drogas diseñadas y elaboradas clandestinamente.  |

FUENTE: Velasco, 1997.

En la tabla 13 se describe a grandes rasgos algunos de los principales efectos a corto plazo (también denominado el efecto agudo del consumo inmediato) y largo plazo (periodos de consumo prolongados y/o con grandes cantidades) de las sustancias reportadas con mayor índice de consumo en México, según la Encuesta Nacional de las Adicciones (ENA, 2002).

Es importante mencionar que los efectos de las sustancias varían dependiendo de las características de la droga (pureza, vía de administración, cantidad, frecuencia de uso, etc.) y las características de quién las consume (físicas, psicológicas y afectivas).

Tabla 13. Efectos a corto y a largo plazo de las sustancias adictivas.

| Sustancia                 | Efectos a corto plazo  | Efectos a largo plazo   |
|---------------------------|--|---|
| Alcohol                   | Deprime centros nerviosos que controlan la conducta. Dificulta la coordinación muscular y equilibrio. Entorpece funciones mentales superiores. | Produce daño en corazón, hígado, aparato digestivo, y sistema nervioso. Periodos de amnesia, con alteración de la conciencia.   |
| Tabaco                    | Provoca hipertensión arterial, taquicardia, acidez gástrica, pérdida de apetito y disminución de agudeza olfatoria y degustadora.              | Produce infarto miocárdico, deterioro de circulación sanguínea en cerebro y extremidades, problemas infecciosos del aparato respiratorio y enfisema pulmonar.                     |
| Mariguana                 | Relaja, dificulta la coordinación muscular e inhibe los reflejos. La memoria y atención se obstaculizan.                                       | Produce bronquitis, cáncer y enfisema pulmonar. Sentimientos de pánico, despersonalización y angustia. Síndrome amotivacional, caracterizado por pasividad, conformismo y apatía. |
| Inhalables                | Provoca desinhibición, sensación de ligereza, euforia y agitación. Disminuye reflejos. Hay mareo y desorientación.                             | Produce debilidad muscular, alteraciones del lenguaje, delirio y alucinaciones con conductas alteradas. Arritmias cardíacas y anemia. Daños en sistema nervioso, irreversibles.   |
| Alucinógenos              | Afectan percepción visual, imagen corporal. Labilidad emocional. Disminuye memoria reciente y capacidad de atención y concentración.           | Problemas gastrointestinales respiratorios, neurológicos, cardiovasculares y psiquiátricos como psicosis esquizoafectivas. Síndrome amotivacional similar al de mariguana.        |
| Cocaína y otros derivados | Euforia, energía y alerta. Se agudizan particularmente las sensaciones de la vista, el oído y el tacto.  | Comportamiento extravagante, errático y violento. Paranoia, irritabilidad y ansiedad. Problemas cardiovasculares, respiratorios, neurológicos y altera el apetito y el sueño.     |

|                                |   |   |
|--------------------------------|---|---|
| Heroína                        | Produce somnolencia. La función cardiaca y la respiración disminuyen. Suprime dolor y produce euforia, sensación de bienestar y relajación. | Venas colapsadas, infecciones bacterianas, infección del endocardio y las válvulas del corazón, artritis y otros problemas reumatológicos. VIH/SIDA, y hepatitis B y C,       |
| Estimulantes tipo anfetamínico | Aumentan actividad motora concentración y estado de ánimo, disminuyen sensación de fatiga, el sueño y el hambre.                            | Provocan confusión, agresividad, ansiedad, delirio, estados de pánico e intentos de suicidio u homicidios. Alteraciones cardiovasculares, en el aparato digestivo y anorexia. |

Fuente: Brailowsky, 2002;  
Lorenzo, Ladero, Leza & Lizasoain, 2003.

Existen diferencias importantes entre los efectos de cada sustancia. De igual manera es necesario identificar las diferentes formas de uso que las personas hacen de las drogas, para tener una mejor comprensión sobre la forma de consumo y sus consecuencias en el usuario.

### 2.3 USO, ABUSO Y DEPENDENCIA.

El *uso* de una sustancia no tiene ninguna significación clínica ni social; es decir, el término uso significa sencillamente consumo, utilización de la sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales o familiares. En ausencia de otras especificaciones debe entenderse un consumo aislado, ocasional, episódico, sin que produzca tolerancia o dependencia. Por otro lado, el *abuso* se refiere a cualquier consumo de sustancia que dañe o amenace con dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo. Se trata de un uso inadecuado por su cantidad, frecuencia o finalidad (Martín del Moral & Lorenzo, 2003). El abuso puede implicar un riesgo para el siguiente paso que es la dependencia.

La OMS define *dependencia* como un “síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad por el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes” (Pág. 7, Martín del Moral & Lorenzo, 2003).

Los criterios de diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (DSM-IV, 1994) definen a la dependencia como un patrón desadaptativo en el consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los síntomas siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:



1. *Tolerancia*: necesidad de consumir cantidades mayores de la sustancia para conseguir el efecto deseado. O que el efecto de las mismas cantidades disminuya con su consumo continuado.
2. *Abstinencia*: se presenta un cuadro denominado síndrome de abstinencia agudo o de retirada, caracterizado por una serie de signos y síntomas físicos y psíquicos de gravedad y perfil variable, cuando se suspende bruscamente el consumo de la droga.
3. La sustancia es administrada en cantidades o periodos mayores de lo que se pretendía.
4. Hay esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención, el consumo o la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Hay reducción de actividades sociales, laborales o recreativas.
7. Se continúa usando la sustancia a pesar de consecuencias negativas causadas o exacerbadas por el consumo.

Después de un consumo continuo, en la persona puede instaurarse la *dependencia física*, que también recibe el nombre de neuroadaptación, este es un estado caracterizado por la necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo droga-organismo. Sus dos componentes principales son: la tolerancia y el síndrome de abstinencia agudo (Martín del Moral & Lorenzo, 2003).

Martín del Moral y Lorenzo (2003) describen dos tipos de dependencia, además de la física, que se pueden presentar en consumidores de sustancias adictivas: la dependencia psicológica y la dependencia social. La *dependencia psicológica* viene determinada por el deseo irresistible (*craving*) de repetir la administración de una sustancia para sentir los efectos agradables, placenteros y/o evasivos (sedación, euforia, alucinaciones) y/o evitar el malestar que se tiene con la ausencia de ésta. Los efectos reforzadores positivos y negativos provocan cambios conductuales en la persona, es decir, manifiestan una acción irresistible de búsqueda, obtención y consumo de droga. Estos efectos constituyen la mayor parte de la dependencia psicológica, también denominada dependencia conductual.

La *dependencia social*, está determinada por la necesidad de consumir la sustancia como signo de pertenencia a un grupo social que proporciona una clara señal de identidad personal. El abandono del consumo puede generar en el consumidor problemas en la relación con otras personas capaces de provocar la reanudación de su consumo con el objeto de restablecer el equilibrio social en el que se encontraba confortable (Martín del Moral & Lorenzo, 2003).

El consumo de sustancias adictivas puede progresar de un uso hasta convertirse en abuso o dependencia, con todas las consecuencias negativas que implica. La dependencia es un consumo problemático ya que produce alteraciones en la vida del consumidor, dando como resultado un desempeño inadecuado dentro de los distintos ámbitos en los cuales se desenvuelve (escolar, familiar, laboral, etc.) y la aparición de un desajuste en sus procesos fisiológicos.

La dependencia se considera desde la década de los setenta como una auténtica epidemia y uno de los graves problemas sociosanitarios debido al coste de vida que éste representa en el aspecto de patología médica y psíquica, delitos contra la sociedad, descenso de la productividad laboral y conflictos familiares, entre otros (Martín del Moral & Lorenzo, 2003).

En este capítulo se describieron, a grandes rasgos, algunas de las principales características de las sustancias adictivas más utilizadas en México así como los efectos que provocan a corto y largo plazo entre quienes las utilizan. El contar con información que permita a los profesionales de la salud conocer características de las sustancias es fundamental para crear estrategias de evaluación e intervención adecuadas en el tratamiento de conductas adictivas, incluyendo la prevención de recaídas.

En lo que respecta al objetivo de esta investigación, es importante conocer la interacción entre los efectos de la sustancia y el tipo de consumo que tiene la persona en la recaída.

Como se mencionó en el capítulo 1, el consumo de sustancias es un tema prioritario de salud pública, por tal motivo en México se realizan acciones preventivas así como en materia de tratamiento y rehabilitación en esta área. El conocimiento de cómo el tipo de sustancia afecta al usuario es un elemento para este propósito.

Debido a la complejidad de las conductas adictivas, el abuso y dependencia de sustancias requiere de un tratamiento especializado y multidisciplinario, enfocado a las características y necesidades de los usuarios. En el siguiente capítulo se presentan algunos ejemplos de atención al consumo de sustancias a nivel del gobierno federal así como la descripción de algunos tratamientos psicológicos para el manejo del consumo de sustancias adictivas.

## **CAPITULO 3**

### **TRATAMIENTOS PARA EL MANEJO DE DROGAS EN MÉXICO**

Actualmente el abuso y dependencia de sustancias adictivas constituyen un problema de salud pública con importantes consecuencias negativas, que trascienden en el ámbito de la salud individual y repercuten en la familia, en la escuela, en el trabajo y en la sociedad (Secretaría de Salud, 2000).

El uso problemático de sustancias adictivas requiere de un tratamiento especializado, ya que algunas personas dependientes de drogas pueden experimentar un gran sufrimiento físico, psicológico y se ven aislados de la sociedad de diversas maneras (Guisa, 2001).

El consumo de sustancias, representa una preocupación creciente en México, tanto para las entidades federativas como para la sociedad en general. Esta problemática exige contar con una variedad de recursos humanos y técnicos, así como con la coordinación de las instituciones y programas disponibles en el país, de tal modo que permita implantar estrategias y acciones de investigación, prevención, tratamiento, normatividad y legislación, así como de sensibilización y capacitación, para garantizar que las acciones beneficien a la población (Secretaría de Salud, 2000).

En el presente capítulo se exponen los modelos teóricos más representativos que explican la dependencia, también se muestra un panorama general de tratamientos desarrollados actualmente por diversas organizaciones para contrarrestar las adicciones.

#### **3.1 MODELOS TEÓRICOS EN ADICCIONES**

Dentro de los modelos explicativos de las conductas adictivas, los más representativos son: el modelo de enfermedad, el modelo de aprendizaje, el modelo psicoanalítico, el modelo familiar y el modelo psicosocial. A continuación se describe brevemente cada uno.

##### **3.1.1 MODELO DE ENFERMEDAD**

Este modelo, al basarse en aspectos orgánicos, también ha sido denominado modelo médico. Fue aplicado por Jellineck en 1952 al alcohol y propuesto para otras drogas por Dole y Nyswander en 1965. Los autores postulan que existe una predisposición genética que, junto con las dificultades en el proceso madurativo personal, provocan una susceptibilidad a la dependencia, todo ello asociado a la intervención de factores facilitadores como pueden ser el estrés ambiental y la

exposición a las drogas. Las características de la adicción, de acuerdo a este modelo, son la pérdida de control en el consumo y uso continuado a pesar de consecuencias negativas, como problemas familiares, sociales y patrones constantes de recaída (Martín del Moral & Lorenzo, 1998).

Para este modelo la adicción es considerada como una enfermedad que se caracteriza por cronicidad y dependencia fisiológica; además es progresiva y degenerativa. En la terapia se considera al individuo como una víctima donde la abstinencia es la única meta y el tratamiento en muchos casos se apoya en la confrontación y conversación de apoyo grupal (De León & Pérez, 2001).

### 3.1.2 MODELO DE APRENDIZAJE

Este modelo abarca principios del aprendizaje como el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el modelamiento, así como la teoría cognitivo social. La Teoría Cognitivo Social (Bandura, 1977), señala que un factor importante para los sujetos que inician el consumo y el abuso de sustancias es que aprenden a hacerlo. El modelo indica que la conducta humana es aprendida y determinada en menor medida por factores genéticos. La perspectiva que enfatiza esta teoría es que existe una interacción multideterminada entre los factores biológicos, medio ambientales, cognoscitivos, emocionales y psicológicos, y esta interrelación de factores es la que favorece el aprendizaje de determinadas conductas, asimismo permite el reaprendizaje de aquellas conductas que no favorecen el desarrollo del individuo o que son poco adaptativas.

La Teoría Cognitivo Social toma en cuenta eventos externos en los cuales se centra el condicionamiento clásico, así como contingencias de reforzamiento importantes para el condicionamiento operante, debido a que tienen la misma importancia la cognición y el comportamiento. El aprendizaje social estudia las relaciones particulares donde influye la observación, la memoria y la reproducción de lo que se observa. Las experiencias previas y las características del individuo, determinan el repertorio conductual de una persona.

El modelo asume que los individuos aprenden a hacerse consumidores de drogas a través de una relación compleja de modelamiento, condicionamiento clásico y operante y los principios de la teoría cognitivo social. El conocer estos principios es útil para ayudar al paciente a detener su abuso (Oropeza, 2003):

#### **Modelamiento**

Las personas pueden aprender conductas observando a otros y tratando de hacer lo mismo. En adicciones, los usuarios de sustancias al observar a sus padres consumir alcohol, pueden aprender a enfrentar los problemas bebiendo. En ocasiones los adolescentes fuman al ver a sus amigos fumar. En el tratamiento, el modelamiento ayuda a que los pacientes aprendan nuevas conductas observando al terapeuta como modelo y practicando las estrategias durante la terapia y en situaciones

externas a la misma. Se pueden incluir nuevas conductas tales como rechazar el ofrecimiento de drogas o romper la relación con sujetos asociados con las mismas.

### **Condicionamiento operante**

El uso de drogas puede verse como una conducta que se refuerza por sus consecuencias positivas. Las sustancias pueden usarse para mejorar el estado de ánimo (la persona se siente alegre, relajada, eufórica) o físico (la persona se siente con más energía o fuerza). Las consecuencias positivas y negativas percibidas del consumo de cocaína varían de individuo a individuo.

En el condicionamiento operante, a través de un examen detallado de los antecedentes y las consecuencias del abuso de sustancias, el terapeuta identifica las situaciones de alto riesgo donde es más probable que abuse de las drogas. Una vez identificadas, el usuario puede probar conductas de enfrentamiento que sean efectivas en esos contextos.

### **Condicionamiento clásico**

Pavlov demostró que al aparear un estímulo condicionado con un incondicionado se produce una respuesta condicionada. El consumo de sustancias se relaciona con distintos lugares, personas, momentos del día, estados de ánimo o situaciones y eventualmente la exposición a uno de esos disparadores es suficiente para elicitar deseos muy intensos a los que normalmente sigue el consumo de la droga.

Por otro lado, la exposición repetida a los estímulos condicionados sin el estímulo incondicionado podría, después de un tiempo, extinguir la respuesta condicionada del paciente. Por lo tanto el terapeuta puede ayudar a los pacientes a entender y a reconocer el deseo condicionado, al identificar y evitar los propios disparadores condicionados, para enfrentarlos de forma efectiva.

### **Autoeficacia**

Este concepto explica como el pensamiento afecta a la acción, y como los patrones de conducta son seleccionados por los individuos; se refiere a la percepción de la propia capacidad para realizar una conducta y enfrentar efectivamente una demanda (Bandura, 1977). En el tratamiento uno de los objetivos es lograr que el paciente desarrolle una buena autoeficacia a partir del conocimiento de diversas estrategias de enfrentamiento.

### **Determinismo recíproco**

Bandura (1977) llama determinismo recíproco a la interacción entre la persona y el medio ambiente, estableciendo que estas variables interactúan constantemente. Los tratamientos psicológicos basados en los principios de aprendizaje exponen que las conductas problemáticas incluyen pensamientos, sentimientos y cambios

psicológicos; que pueden ser modificados mediante el mismo proceso de aprendizaje por el que fueron adquiridas en un primer momento. De acuerdo con lo anterior, las conductas adictivas representan hábitos desadaptativos que son susceptibles de ser cambiados, analizados y modificados mediante la aplicación de los principios de aprendizaje por los cuales fueron adquiridas (Margolis, 1998).

Estos modelos ven, además, a las conductas adictivas como un continuo que va del uso controlado al uso compulsivo o adictivo. Esto significa que hay sujetos que, como resultado de los efectos reforzadores que produce el consumo de la droga, llegan a adoptar patrones disfuncionales de abuso, mientras que otros pueden ser capaces de usar las sustancias de manera moderada (Robles, 2003).

### 3.1.3 MODELO PSICODINÁMICO

La terapia psicodinámica se sustenta en la suposición de que los problemas con las sustancias están arraigados en el inconsciente y en los conflictos pasados no resueltos, especialmente en las relaciones familiares tempranas. Su meta es ayudar al paciente a lograr insight en las causas subyacentes de los problemas manifiestos, entender qué función tiene el abuso de sustancias y fortalecer las defensas presentes para trabajar en el problema. En estos modelos, la alianza terapéutica fuerte con el terapeuta ayuda al cliente a hacer cambios positivos (Oropeza, 2003).

Las terapias psicodinámicas se enfocan en los procesos inconscientes. Las metas de estos modelos son fortalecer la conciencia del paciente así como entender la influencia del pasado en la conducta actual. En su forma breve, la aproximación psicodinámica capacita al paciente a analizar los conflictos no resueltos y los síntomas que surgen de relaciones disfuncionales pasadas, que se manifiestan en la necesidad o deseo de consumir sustancias (Oropeza, 2003).

La terapia psicodinámica breve es recomendada para usuarios: con psicopatología coexistente con el abuso de sustancias; internos que han tenido una hospitalización o desintoxicación; cuya recuperación es estable; y aquellos que no tienen daño cerebral orgánico o limitaciones en su capacidad mental.

### 3.1.4 MODELO FAMILIAR

Para este modelo la familia es la mejor unidad de análisis, ésta es vista como una unidad gobernada por reglas. Normalmente estas reglas mantienen un balance u homeostasis dentro de la familia. La homeostasis se refiere a que la familia intenta siempre mantener un balance dentro del sistema. Cualquier acción o conducta de un miembro de ésta puede afectar el sistema entero. Para evitar que estas conductas desestabilicen a la familia, esa última se ajusta al cambio con la finalidad de recuperar la homeostasis. En familias donde algún miembro es alcohólico o adicto, tradicionalmente los límites o patrones de relación se encuentran seriamente dañados (Margolis, 1998).

La terapia familiar es una modalidad que o trata al cliente como parte de un sistema familiar o considera a toda la familia como un cliente, ya que las interacciones entre los miembros de la familia con el consumidor pueden agravar el problema o ayudar de manera sustancial para resolverlo. El apoyo familiar puede ser crítico para el éxito en el tratamiento de los trastornos de abuso de sustancias especialmente en los casos donde la familia es parte del problema.

La terapia familiar se sugiere cuando el cliente muestra signos de que su abuso de sustancias está fuertemente influenciado por las conductas o la comunicación con los miembros de la familia. Al contrario, esta terapia está contraindicada cuando otros miembros de la familia son consumidores activos de la sustancia, son violentos, niegan que el consumo de sustancias del cliente sea problemático o permanecen muy enojados.

El papel del terapeuta es ayudar a los miembros de la familia a descubrir como operan sus propios sistemas, a mejorar su comunicación y sus habilidades de solución de problemas, y a aumentar el intercambio de reforzamientos positivos entre los miembros.

### 3.1.5 MODELO PSICOSOCIAL

Los modelos sociológicos puros son pocos, y la mayoría comparten elementos de los modelos psicológicos. Los modelos psicosociales se construyen en el supuesto de que los procesos psicológicos en relación con los sociales, son los principales responsables del desarrollo de problemas de consumo de sustancias. Las intervenciones psicosociales han sido diseñadas para ayudar al cliente a confrontar y cambiar sentimientos, pensamientos e interacciones con otros significativos (familiares, amigos, compañeros de trabajo, conocidos), que disparan el uso de drogas (Martín del Moral & Lorenzo, 1998).

Los cambios en la esfera psicosocial se conceptualizan en función de tres dominios: bienestar emocional, funcionamiento cognoscitivo y recursos sociales. El bienestar emocional se enfoca en los sentimientos y emociones de los sujetos. El funcionamiento cognoscitivo describe la habilidad del consumidor para hacer una evaluación racional de las probables alternativas y se enfoca en la manera de pensar de la gente. El más importante dominio de progreso del cliente son los recursos sociales, que enfatizan la importancia de “estar al pendiente”, la confianza, las emociones y la forma en como se relaciona el consumidor con su medio ambiente externo (Oropeza, 2003).

Actualmente en el ámbito clínico se sabe que en algunos casos se necesita más de una aproximación para lograr éxito en el tratamiento. En este sentido se toman en cuenta factores orgánicos, desórdenes de la personalidad, factores condicionados o de aprendizaje, y factores familiares o sociales que contribuyen a la iniciación y el mantenimiento de conductas adictivas (Margolis, 1998).

Con base en los modelos teóricos descritos, se han podido desarrollar diversas modalidades de tratamientos para enfrentar las conductas adictivas. Sin embargo, es importante mencionar que en México algunas modalidades terapéuticas desarrolladas e implementadas, como se verá a continuación, no necesariamente siguen los principios de los modelos anteriormente descritos.

Una desventaja que tienen los tratamientos en México en general, a excepción de los desarrollados en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), es que no tienen datos disponibles y objetivos sobre los lineamientos bajo los que trabajan, por ejemplo, criterios de inclusión y exclusión para la aceptación de los pacientes o información sobre la eficacia del tratamiento e índices de recaída. Esta desventaja impide la comparación entre los tratamientos así como el análisis de sus resultados. A continuación se hace una descripción breve de los principales tratamientos y del esfuerzo del gobierno mexicano con respecto al control y manejo del consumo de sustancias adictivas.

### **3.2 TRATAMIENTOS EN MÉXICO PARA EL CONSUMO DE DROGAS**

Para el gobierno Mexicano, el control del consumo de drogas y el combate al tráfico de sustancias constituye una prioridad en la protección de la salud pública con miras a salvaguardar la seguridad nacional, para lo cual, creó un instrumento denominado Programa Nacional para el Control de Drogas, elaborado con la participación de las dependencias del Poder Ejecutivo Federal y cuya esfera de acción se relaciona con la prevención y el combate del problema. El interés principal es proporcionar una atención integral al fenómeno del consumo de drogas, abarcando las esferas de prevención, tratamiento y rehabilitación de los usuarios, así como las estrategias para evitar el delito, es decir, lo que corresponde a los aspectos jurídicos-penales (Velasco, 1997).

Como se describió en el capítulo 1, los datos epidemiológicos condicionan los esfuerzos que deben hacerse en materia de adicciones, diversas dependencias e instituciones, tanto oficiales como no gubernamentales, realizan labores de recolección de datos, los cuales se plantean y se coordinan en el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), este se crea en 1986 con el objeto de promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado, tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por las adicciones, así como para proponer y evaluar los programas nacionales contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, el tabaquismo y la farmacodependencia (Velasco, 1997).

En 1993 se creó el Instituto Nacional para el Combate a las Drogas (INCD), un órgano técnico desconcentrado dependiente de la Procuraduría General de la República (PGR). El INCD tiene por objetivo programar, ejecutar, supervisar y evaluar las acciones para combatir el consumo y tráfico de drogas en el ámbito



nacional, y preservar, en coordinación con las dependencias competentes, la salud integral de los habitantes del país (Velasco, 1997).

### 3.2.1 NORMA OFICIAL MEXICANA (NOM-028-SSA2-1999)

En el caso de las adicciones se ha ido presentando un elevado número de iniciativas de prevención y tratamiento como parte del interés creciente que este problema ha despertando en distintos sectores sociales y privados. Por ello, se vio en la necesidad de establecer criterios y lineamientos básicos para el adecuado desarrollo de las acciones. Para este objetivo CONADIC convocó a especialistas y representantes de más de 50 organismos e instituciones vinculadas con las acciones de reducción de la demanda, para elaborar el Proyecto de Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (Secretaría de Salud, 2000).

Se elaboró y publicó esta Norma Oficial Mexicana (NOM-028-SSA2-1999), con el objetivo de establecer los procedimientos y criterios para la prevención y tratamiento de las adicciones. La Norma fue publicada el 15 de septiembre de 2000 en el Diario Oficial de la Federación. Establece y uniforma los principios y criterios mínimos de calidad en la atención de las adicciones logrando el consenso y la colaboración de todos los sectores interesados. Esta norma define y establece los principios y criterios de operación en materia de prevención, detección temprana, referencia de casos, tratamiento, investigación, vigilancia epidemiológica, seguimiento y evaluación, capacitación y enseñanza, así como de los derechos de los usuarios (Oropeza, 2003).

La NOM establece que el objetivo del tratamiento en adicciones es el logro y mantenimiento de la abstinencia y el fomento de estilos de vida saludables. Esta norma reconoce cuatro modalidades terapéuticas:

- ♦ *Modelo profesional:* ofrece diferentes servicios de atención, a través de consulta externa, urgencias y hospitalización. Está manejado por profesionales de la salud a través de modalidades farmacológicas y psicosociales.
- ♦ *Modelo de ayuda mutua:* es ofrecido por agrupaciones de adictos en recuperación, su propósito fundamental es apoyar al adicto en la resolución de su problema. Los programas de ayuda mutua más comúnmente utilizados tienen su fundamento en los llamados "Doce Pasos de AA". Se caracteriza por no ofrecer servicios profesionales de atención.
- ♦ *Modelo mixto:* ofrece servicios profesionales de tratamiento como médicos, psiquiatras, psicólogos y de ayuda mutua en diversos establecimientos, tales como clínicas, comunidades terapéuticas y casas de medio camino.

- ♦ *Modelos alternativos*: son terapias basadas en la medicina tradicional, el uso de la herbolaria y de alimentos con propiedades para el control del consumo de sustancias. También se utilizan otro tipo de intervenciones basadas en la fe, como las “juras”, las cuales involucran la acción de creencias religiosas como elemento fundamental para la abstinencia. En general, son aquellos que brindan servicios de tratamiento a través de diversas técnicas y métodos sin poner en riesgo la integridad física y psicológica de la o el usuario (Secretaría de Salud, 2000).

### 3.2.2 PROGRAMAS DE TRATAMIENTOS PARA EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

El gobierno Mexicano cede amplio margen para la intervención de instituciones no gubernamentales, organismos privados, asociaciones, etc., en el tratamiento de las adicciones. De acuerdo al directorio de organismos del 2000 elaborado por el Conadic (s/f), a ese año se contaba con un registro de 2,034 organizaciones, ubicadas en 507 localidades del país, municipios y delegaciones en el D. F. De éstas 1,006 (el 50%) pertenecen al sector público; 964 (el 47%) al social y 64 (el 3%) al privado. En estas organizaciones se llevan a cabo acciones tanto de prevención como de tratamiento y rehabilitación.

En algunos servicios predomina el modelo médico psiquiátrico y se da especial atención a la comorbilidad; en otros, se utiliza el enfoque psicosocial y muchos basan su programa en el modelo de Doce Pasos; por otro lado, se han desarrollado programas cognitivo conductuales diseñados para trabajar las adicciones. En algunos centros se desarrollan actividades de desintoxicación y acciones encaminadas a la reinserción social de los adictos. Entre los principales tratamientos se encuentran:

#### **Sector Público**

Secretaría de salud (SSA)

La SSA cuenta con 199 unidades de servicio especializado en el país: 80 en centros de salud, 7 clínicas especializadas, 72 en hospitales generales, 3 en servicio de internamiento, 28 en hospitales de psiquiatría, 8 en institutos nacionales y 1 unidad de rehabilitación. Aunque estas unidades están abiertas a todos los trastornos mentales, cuentan también con recursos para atender adicciones, principalmente cuando hay comorbilidad psiquiátrica (Robles, 2003).

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

centros se da atención con diferentes tipos de psicoterapias; se cuenta con servicios ambulatorios y de internamiento.

### Centros de Integración Juvenil.

Es una organización de participación pública mayoritaria. Apoya a la atención de problemas de adicción a drogas ilegales. Trabaja con el usuario y su familia, promoviendo la rehabilitación y reinserción social del paciente. Probablemente es la institución con mayor número de servicios dedicados específicamente a casos de drogadicción. Cuenta con 54 centros (en 26 entidades federativas), donde ofrecen servicios preventivos y terapéuticos. En 4 centros cuentan con servicios de tratamiento ambulatorio del uso de drogas y otros 3 cuentan con internamiento. La principal modalidad terapéutica es la psicoterapia breve (con un formato individual, grupal, familiar o de pareja), así como la farmacoterapia en los casos que lo requieran.

El modelo de atención es operado por psiquiatras, médicos generales, psicólogos clínicos, trabajadores sociales y enfermeros. La consulta externa es la forma de servicio más frecuente, ya que en México (a diferencia de otros países) la mayor parte de los usuarios consume marihuana, cocaína, inhalables, alcohol y tabaco, problemática que puede atenderse a nivel ambulatorio. En esta variante de atención es posible proporcionar servicios de bajo costo. En hospitalización se atiende a pacientes que presentan cuadros de intoxicación por uso de sustancias adictivas, pacientes que requieren manejo de síndromes de abstinencia y por la gravedad del cuadro o por el tipo de sustancias utilizadas. El modelo tanto para consulta externa como para hospitalización consta de 4 etapas:

- ♦ *Recepción:* se trabaja en la motivación, expectativas del paciente y en la aceptación del consumo de drogas como problema de salud que requiere atención.
- ♦ *Diagnóstico:* permite identificar factores orgánicos, psicológicos, familiares y sociales que influyen en el consumo de drogas, así como trastornos coexistentes que deben ser tratados en otras instituciones de salud. Se elabora de acuerdo con los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales en su cuarta versión (DSM-IV).
- ♦ *Tratamiento y rehabilitación:* se utilizan diversos enfoques terapéuticos que han mostrado eficacia: farmacoterapia, terapia individual, grupal y familiar, además en grupos de padres. En terapia individual, se maneja el enfoque breve cognitivo conductual, en la familia el sistémico y en la grupal el psicodinámico, entre otros.
- ♦ *Seguimiento:* se realiza al término del tratamiento con el propósito de prevenir recaídas o en su caso atenderlas oportunamente.

Las funciones del tratamiento de consumo de drogas son suprimir o reducir su uso; acortar el curso y evolución de la conducta adictiva asociada; identificar y tratar otros trastornos físicos y mentales; identificar y tratar relaciones familiares que propician la adicción y reintegrar al usuario a una vida productiva (Oropeza, 2003).

#### Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP)

El IMP, en apoyo al tratamiento de adicciones cuenta con el Modelo de Intervención Breve para Familiares de Consumidores de Alcohol y Drogas. Este modelo está dirigido a las comunidades rurales y se centra en la prevención de los problemas asociados con el abuso de sustancias de algún miembro de la familia. Este modelo, junto con otros que se enfocan a atender a familiares, es desarrollado en el Centro de Atención al Alcohólico y sus Familiares (CAAF) (Robles, 2003).

#### **Servicios de Tratamiento Privados**

Diversos organismos de sectores privado y social ofrecen distintas modalidades terapéuticas para los adictos, como el Hospital Español, la Clínica San Rafael, el Centro de Rehabilitación Terapéutica para las Adicciones (CRETA) y la Clínica Especializada en Solucionar Alcoholismo y Dependencia (CESAD), en la ciudad de México. El Centro Integral de Atención a la Juventud, en el estado de Guanajuato, el Instituto Mexicano de Psicoterapia, en el estado de Morelos, la fundación Ama la Vida; el centro Cáritas para la atención de dependencia y situaciones críticas asociadas, entre otros.

Algunas instituciones privadas ofrecen programas de tratamiento y recuperación que incluyen una estancia prolongada con servicios profesionales y un programa de recuperación inspirado en el de Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos; también brindan atención a la familia y prevención de recaídas. Ejemplos de estas clínicas son: Fundación Oceánica y Monte Fénix (Oropeza, 2003).

#### Fundación Oceánica

La Fundación Cambio Oceánica A.C. es una institución privada de asistencia social que apoya a la sociedad en general, mediante investigación, educación, prevención y tratamiento en el uso, abuso y dependencia del alcohol y de otras drogas, así como la solución de problemas emocionales y de conducta del ser humano (Oceánica, s/f). El centro de tratamiento Oceánica se fundó en 1993, en Mazatlán (Sinaloa). El tratamiento ofrecido en Oceánica esta basado en el modelo Betty Ford Center, adaptado a la cultura mexicana.

Una de sus metas es educar sobre la dependencia de sustancias adictivas. Busca crear conciencia en la sociedad de que la adicción es una enfermedad primaria, progresiva y mortal, que puede ser tratada exitosamente (Oropeza, 2003). El Modelo

de Betty Ford Center ofrece programas especializados y específicos para mujeres y hombres, además de un programa de recaída.

*Programa de recaída.* En este programa la recaída se concibe como parte de la enfermedad adictiva. Algunas personas recaen de inmediato cuando vuelven sus problemas, mientras otros permanecen sobrios. Este programa es para pacientes que recaen después de concluir el tratamiento o mientras asisten a grupos de 12 pasos. Los pacientes que entran en este programa, reciben servicios psicológicos y psiquiátricos adicionales para identificar y tratar cualquier condición co-existente que podría agravar la adicción o actuar como barrera al tratamiento y sobriedad. Cuando los pacientes progresan, tienen oportunidad de moverse a niveles menos estructurados de cuidado, dónde pueden comprometerse a “el mundo real”, llevando a cabo sus actividades y practican la prevención de recaída mientras continúan recibiendo apoyo del tratamiento. También se invita a los familiares y otras personas significativas a servicios educativos que consisten en prevención de recaídas (Fukushima, 2003).

## Monte Fénix

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

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

- ♦ *Fase I. Valoración:* Se evalúan las necesidades físicas y emocionales del paciente para desarrollar su plan de tratamiento individual. Se supervisa la desintoxicación y estabilización física del paciente, y el equipo terapéutico detecta las áreas que tanto el paciente como su familia necesitan trabajar. Su duración aproximada es de 7 a 10 días.
- ♦ *Fase II. Hacia la recuperación:* Durante el programa de rehabilitación, el paciente participa en terapia individual y grupal, actividades terapéuticas y dinámicas familiares. También asiste a pláticas educativas y grupos de autoayuda que promueven su interacción con otros y ayudan a elevar su

autoestima. Simultáneamente, la familia recibe apoyo terapéutico, se le sugiere que participe en actividades para prevenir recaídas, y favorecer la recuperación. En esta fase, el tratamiento es intensivo y su duración aproximada es de 4 a 6 semanas.

- ♦ *Fase III. Cuidado continuo:* Al completar exitosamente la Fase II, el paciente participa durante un año en sesiones (semanales) grupales y de prevención de recaída durante seis meses. En esto también participa la familia (Fukushima, 2003).

## **Asociaciones Civiles**

### Grupos de ayuda mutua

Los grupos de ayuda mutua, inspirados en el programa de Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos, desempeñan un papel importante dentro de los recursos de atención a los adictos en México. Tienen programas para la atención de personas con problemas de alcoholismo o adicción a otras drogas. Estos grupos tienen albergues y granjas que brindan servicio las 24 horas del día. Algunos de estos han desarrollado una red de centros en diferentes estados de la república.

Entre éstos grupos destacan: Drogadictos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Jóvenes Oceanía, Fundación Sergio Berumen Torres, Grupo Jóvenes AA de 24 horas de Servicio Gratuito, Centro de Recuperación y Rehabilitación para Enfermos de Alcoholismo y Drogadicción (CREAD), entre otros. También colaboran en el campo de la prevención de la dependencia mediante el desarrollo de sesiones de información pública con la presentación de testimonios, entre otras actividades (Oropeza, 2003).

### Drogadictos anónimos.

Es un grupo orientado a rehabilitar adictos con base en la observación y vigilancia de su sobriedad. Proporcionan terapias que ofrecen apoyo emocional. Adicionalmente cuentan con talleres de lectura, panadería, imprenta, herrería, etc. Tienen 153 instalaciones en 64 localidades. Trabajan con base en el programa de Doce Pasos (Robles, 2003).

### Narcóticos anónimos.

Es una asociación comunitaria de usuarios de sustancias que están en recuperación. El movimiento se derivó de Alcohólicos Anónimos al final de los años 40. Se formaron grupos en varios países (Brasil, Colombia, Alemania, India, Japón). Su primer folleto, "El Librito Blanco", describe a Narcóticos Anónimos como una "confraternidad de hombres y mujeres, sin fines lucrativos, para quien las drogas se habían convertido en un problema grave", "adictos en recuperación que se reúnen para ayudarse los unos a los otros a mantenerse limpios". La afiliación a Narcóticos

Anónimos es abierta a cualquier persona, independientemente del tipo de drogas consumidas. Los miembros contribuyen regularmente con pequeñas sumas que ayudan a cubrir los gastos de los grupos.

La base del programa de recuperación es una serie de actividades personales conocida como Doce Pasos, adaptados de Alcohólicos Anónimos. Estos "pasos" incluyen la aceptación de que existe un problema, la búsqueda de ayuda, la auto-evaluación, compartir a nivel confidencial, reparar los daños causados y trabajar con otros adictos que se quieran recuperar. Algo importante del programa es el énfasis en lo que llaman "despertar espiritual", resaltando su valor práctico y no su importancia filosófica o metafísica, lo que facilitó la traducción del programa, incluso teniendo en cuenta las barreras culturales. Narcóticos Anónimos no es un programa religioso y anima a cada miembro a cultivar un entendimiento personal, religioso o no, de ese "despertar espiritual" (Narcóticos Anónimos, s/f).

Alcohólicos anónimos.

Es una comunidad internacional de hombres y mujeres que en un tiempo tenían un problema con el alcohol. Sus servicios no son profesionales. Su objetivo primordial es llevar su mensaje de recuperación al alcohólico que busca ayuda. Su fundamento es que se puede servir como fuente de experiencias personales y como un sistema de apoyo constante a los alcohólicos en recuperación. La meta final es tratar de ayudar al alcohólico a mantener su sobriedad.

Los grupos de 24 horas terapia intensiva tienen 422 establecimientos a nivel nacional; cada centro de atención cuenta con albergues. Su funcionamiento se rige por tres lineamientos: servicio gratuito, estancia voluntaria y respeto a la integridad humana. Alcohólicos Anónimos es una asociación auto mantenida, no está afiliada a ninguna secta religiosa, es multirracial y apolítica (Alcohólicos Anónimos, s/f).

Comunidad Terapéutica

Este modelo fue desarrollado por Jones en 1947. Ha contribuido de manera importante al desarrollo de la terapia social y al uso del medio ambiente como un recurso que promueve el cambio deseado en los pacientes. El modelo de la comunidad terapéutica implica un programa de trabajo en el cual los pacientes participan activamente para satisfacer las necesidades de la comunidad donde viven. El trabajo desempeñado en el modelo es necesario e importante para la integridad del grupo, donde la satisfacción personal es equiparable con los objetivos grupales.

En la Comunidad Terapéutica se realizan una serie de actividades (laboraterapia, terapia recreativa, ocupacional, de grupo, etc.) que permiten mantener ocupado productivamente al paciente, haciéndolo sentir útil y dándole la oportunidad de utilizar sus partes sanas. Se concibe a la psicoterapia como un proceso de aprendizaje emocional diseñado para facilitar e incrementar la capacidad de adaptación del individuo. Este enfoque no es una forma adjunta de psicoterapia sino

un complemento de tratamiento que se combina con la psicoterapia individual y la psicoterapia grupal (Comunidad Terapéutica, 2005).

El modelo de comunidad terapéutica, muy difundido en otros países para la atención de los adictos, constituye una modalidad poco aplicada en México, con ejemplos como la Fundación Hogar Integral de Juventud; la Comunidad Terapéutica para Mujeres, de la Fundación Ama la Vida, y algunas otras que están iniciando su funcionamiento (Oropeza, 2003).

## **Universidad Nacional Autónoma de México**

Como parte de distintas investigaciones que se desarrollan en la Universidad Nacional Autónoma de México, han surgido programas especializados para trabajar la dependencia a sustancias específicas. En estos programas predomina el enfoque cognitivo conductual, bajo la modalidad de tratamiento breve. Estos tratamientos son brindados en el Centro de Servicios Psicológicos Acasulco, que depende de la Facultad de Psicología de la UNAM. Estos programas son:

- ♦ *Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema* (Ayala, Echeverría, Sobell, & Sobell, 2001). Este modelo de tratamiento está basado en el Modelo de Auto-cambio dirigido para bebedores problema; tiene como objetivo incidir en el patrón de consumo y en el funcionamiento psicosocial del usuario.
- ♦ *Modelo de detección temprana e intervención breve para adolescentes de comunidades urbanas y rurales que se inician en el consumo de alcohol y/o drogas* (Martínez, 2003). Este modelo está dirigido a los adolescentes de comunidades urbanas y rurales que inician el consumo de sustancias como alcohol y/o drogas, buscando incidir en la disminución del patrón de consumo y de los problemas relacionados con el.
- ♦ *Modelo de detección temprana e intervención breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína* (Oropeza, 2003). Este programa está dirigido a usuarios con dependencia a cocaína. Busca disminuir o eliminar el patrón de consumo de cocaína, así como los problemas relacionados con el mismo.
- ♦ *Modelo de intervención para usuarios crónicos de alcohol y drogas* (Barragán, Morales, & Ayala, 2002). Es un programa intensivo cuyo objetivo es ofrecer tratamiento a aquellos usuarios o poliusuarios de drogas que presentan varios años de consumo y/o el uso de grandes cantidades de droga, un consumo crónico.
- ♦ *Modelo de detección temprana e intervención breve para fumadores* (Lira & Ayala, 2002). Este modelo de tratamiento está basado en el Modelo de Auto-cambio dirigido para fumadores, el cual consiste en identificar situaciones de



alto riesgo, desarrollar conductas alternativas para incrementar la autoeficacia y de esta manera promover un cambio en la conducta de fumar.

El aumento en el consumo de sustancias requiere para su atención de tratamientos especializados. El desarrollo de diversos modelos explicativos de la adicción, así como la continua creación de diferentes programas de tratamiento y prevención intentan satisfacer esta demanda.

Aunque la mayoría de los tratamientos descritos para el manejo de las adicciones no mencionan los índices de recaída ni la forma en que trabajan con ellas, sí mencionan que es importante tener un área dedicada a este problema. Esto es debido a la presencia continua de recaídas en personas que entran a un tratamiento. Lo cual hace evidente la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de tratamiento en el área de prevención y manejo de recaídas. Actualmente el análisis de recaídas es objeto de diversos estudios, centrándose tanto en sus factores determinantes como en el desarrollo de programas de prevención que potencien la efectividad de los tratamientos (Quesada & cols., 2002).

En el siguiente capítulo se describe los índices de recaída en tratamientos de distintas sustancias, así como los modelos desarrollados para comprender la presencia y el desarrollo de la recaída en las conductas adictivas. También se muestran los resultados de diversas investigaciones realizadas en el área y los instrumentos creados para la evaluación de factores asociados a las recaídas.

## **CAPÍTULO 4**

### **EI ESTUDIO DE LAS RECAÍDAS**

Cuando el usuario de una sustancia adictiva modifica la forma en que la usa, aparece un nuevo reto, mantener el cambio. Es relativamente sencillo para muchas personas cambiar las conductas indeseables durante un tiempo; sin embargo, mantener los cambios conductuales es más difícil (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999).

En el tratamiento de conductas adictivas, más que el abandono de la sustancia, lo difícil de lograr es el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo (Miguez & Becoña, 1997). El fenómeno de la recaída afecta a consumidores de cualquier sustancia, mostrando altos índices después de tratamientos en alcohol, cocaína y opioides; por tal motivo, el análisis de recaídas es objeto de diversos estudios, centrándose tanto en sus factores determinantes como en el desarrollo de programas de prevención que potencien la efectividad de los tratamientos (Quesada, Carreras & Sánchez, 2002).

En éste capítulo se describen índices de recaída en tratamientos de diferentes sustancias, así como modelos teóricos desarrollados en torno a la recaída. Entre estos modelos se destaca el de Prevención de Recaídas creado por Marlatt y Gordon (1985), que ha demostrado ser uno de los más completos para evaluar situaciones asociadas a recaídas al involucrar aspectos que se suscitan dentro del individuo y aspectos del ambiente. Actualmente este modelo es el más utilizado en investigación y ámbito clínico. En este estudio se presenta un instrumento basado en el modelo de estos autores diseñado para evaluar disparadores de recaída en usuarios de sustancias adictivas. También se presentan los principales disparadores de recaída encontrados por diversos investigadores.

#### **4.1 ÍNDICES Y DEFINICIÓN DE RECAÍDA.**

Una característica importante de las conductas adictivas es la presencia constante de recaídas (Miller, Westerberg, Harris & Tonigan 1996). Las investigaciones indican tasas de recaída similares entre distintas sustancias, como alcohol, tabaco, heroína y cocaína (Saunders, 1993).

Madux y Desmond, (1986) citan varios estudios sobre índices de recaída, por ejemplo, Vaillant en 1983, realizó un seguimiento de 685 alcohólicos y observó que a los 2 años del tratamiento, el 63% volvió a su conducta adictiva; y al final del seguimiento de 8 años, el 95% de la muestra había reanudado el consumo ocasionalmente. Gottheil, Thornton, Skoloda y Alterman en 1982, informaron que de un total de 499 alcohólicos, solo el 18% permaneció abstinentemente durante 6 meses después del tratamiento.

Después del tratamiento en opioides Duball, Locke y Brill (1963, citados en Maddux & Desmond, 1986) encontraron que el 97% de 43 consumidores recayó en algún momento, en los cinco años siguientes al tratamiento. En el seguimiento de 2,099 adictos a opioides, dentro del reporte de un programa de abuso de drogas, Simpson y Sells (1982, citados en Maddux & Desmond, 1986) reportaron que del 56% al 77% de los participantes reanudaron el consumo durante el año siguiente al tratamiento.

Una revisión de recaída entre heroinómanos, alcohólicos y fumadores (Echeburua & De Corral, 1986), muestra tasas muy similares entre estas sustancias: dos tercios, aproximadamente, de todas las recaídas, tienen lugar en los tres primeros meses después del tratamiento. En estudios de tratamiento con dependientes a cocaína, los índices de recaída, dentro de los 6 meses a un año siguientes a la terminación del tratamiento exceden el 45% (McKay, Alterman, Mulvaney & Koppenhaver, 1999).

Las investigaciones muestran tasas elevadas de recaída, independientemente de la definición utilizada (Saunders, 1993). Uno de los principales obstáculos con el que se enfrentan personas interesadas en el estudio de recaídas es el poco acuerdo en la definición del término. La ausencia de un criterio general ha requerido que los investigadores desarrollen definiciones y criterios basados en sus propias preguntas de investigación y métodos. Estos criterios, además de las diferencias en la metodología, han contribuido a una amplia variedad en reportes e índices de recaídas, y de alguna manera impiden la comparación de los hallazgos de diferentes estudios sobre el tema (Maddux & Desmond, 1986).

En la mayoría de los estudios realizados, se usan dos definiciones de recaída. Por un lado, la definen, como el uso de cualquier cantidad de droga después de un periodo de abstinencia. Por otro lado una definición médica más convencional es el regreso de consumo a niveles presentados antes de un tratamiento. Entre estas definiciones Marlatt y George propusieron una definición intermedia; plantean que la recaída es una ruptura o falla en el intento de una persona de alcanzar cualquier conducta meta. Desde ésta perspectiva, una recaída es vista como un proceso de transición, una serie de eventos que pueden o no regresar a los niveles de línea base de la conducta antes del tratamiento (Saunders & Allsop, 1987).

Siguiendo con la definición de recaída, Marlatt y Gordon (1985) hicieron una distinción entre una caída (o desliz) y una recaída. Definen una caída como una o dos ocasiones de uso. Por otro lado, la recaída representa un regreso significativo a los patrones problemáticos de consumo. En los estudios en recaídas, el índice de éstas depende de tres factores:

1. La definición de recaída utilizada.
2. El método empleado para detectar la recaída. La literatura reporta que los métodos comúnmente utilizados son la entrevista, el autorreporte o autorregistros y pruebas biológicas de orina o sangre.
3. El método utilizado para calcularlas. Para el cálculo de las recaídas se utilizan dos estructuras de tiempo: el uso de la sustancia en un intervalo de tiempo específico terminado el tratamiento, por ejemplo, 3 meses después del

tratamiento o el consumo de la droga en cualquier momento después del tratamiento (Wesson, Havassy & Smith, 1986). Ya que los usuarios a menudo tienen periodos de abstinencia mezclados con consumo, el segundo método produce mayores índices de recaída.

## 4.2 ABSTINENCIA Y RECAÍDA.

Por otro lado, se ha observado dificultad en establecer la relación entre recaída y abstinencia, especialmente cuando se presentan uno o varios episodios de esta combinados con periodos de uso de droga, la evaluación de la abstinencia y cómo se presenta después de los tratamientos es una tarea complicada. Aunque existen desacuerdos en la definición del término abstinencia, es considerada la meta principal para algunos tratamientos en sustancias adictivas. De hecho la efectividad de los tratamientos ha sido evaluada mediante el logro de la abstinencia a largo plazo y el mejoramiento en la calidad de vida de los pacientes (Siegal, Li, & Rapp, 2002).

La literatura ha identificado diferentes patrones de abstinencia, por ejemplo, Rounsaville, Kosten y Kleber (1987) en el estudio de los resultados de un tratamiento para usuarios de opioides, compararon tres grupos de abstinentes: los que tuvieron una abstinencia duradera, los que presentaron una abstinencia a corto plazo y los que nunca estuvieron abstinentes. De estos grupos el que demostró una mejora en la calidad de vida es el que presentó la abstinencia duradera durante el seguimiento después del tratamiento.

En otro estudio Siegal y cols. (2002) evaluaron la trayectoria de abstinencia entre 229 usuarios de crack (cocaína) en tratamiento. Les realizaron tres entrevistas después del tratamiento: a los 6, 12 y 18 meses. El patrón de abstinencia de estos usuarios fue clasificado en tres grupos: *abstinencia sostenida*, usuarios que no reportaron consumo durante las tres entrevistas; *falta de abstinencia*, usuarios que reportaron uso de crack durante los seis meses previos a alguna de las entrevistas y, por otro lado, las personas que cambiaban al menos una vez entre abstinencia y uso o uso y abstinencia se clasificaron en *abstinencia inconsistente*.

Al final de 18 meses, el grupo de 229 pacientes mostró la siguiente trayectoria de abstinencia: 71 (31.0%) se mantuvieron en abstinencia sostenida, 66 (28.8%) en falta de abstinencia y 92 (40.2%) en abstinencia inconsistente. Es importante mencionar que después del tratamiento el número de usuarios que reanudaron el consumo en algún momento durante los 18 meses aumentó (Siegal & cols., 2002).

En su estudio Siegal y cols. (2002) demostraron que la abstinencia sostenida está asociada a la participación en programas de cuidado después del tratamiento y asistencia a reuniones en grupos de autoayuda (Doce Pasos) durante los primeros 6 meses después del tratamiento. En promedio los sujetos con abstinencia sostenida participaron aproximadamente 11 semanas en programas de cuidado, casi el doble que los del grupo de falta de abstinencia. De manera similar, el grupo de la

abstinencia sostenida reportó asistir a reuniones en grupos de Doce Pasos más a menudo que los otros dos grupos.

Estos estudios sugieren que los periodos de abstinencia que presentan los usuarios después del tratamiento son inestables y pueden ser cíclicos. Por otro lado, la forma en que se presente la abstinencia y su mantenimiento esta relacionada con la forma en que inicia la recaída.

De la misma forma que se han desarrollado definiciones y métodos para evaluar la recaída, se han creado modelos teóricos que explican los factores que la provocan, estos modelos fueron desarrollados, en su mayoría, a partir de los años 70, y han evolucionado conforme a los hallazgos encontrados en los trabajos de cada uno de los investigadores. Un ejemplo de ésta evolución es que a principios de los años 70 había pocos estudios con información documentada sobre agentes distales y proximales como factores de recaída, magnitud del episodio (caída versus recaída), o las reacciones cognitivas y afectivas del paciente hacia la recaída (Marlatt, 1996). A continuación se describen algunos modelos de recaídas.

### **4.3 MODELOS DE RECAÍDA**

Hasta mediados de los años setenta, el tema de la recaída recibió poca atención en la literatura sobre conductas adictivas y en ámbitos clínicos. Una de las causas principales fue la aplicación del modelo de enfermedad, hecho debido especialmente al uso de dos conceptos básicos: deseos irresistibles y pérdida de control (Saunders, 1993).

El deseo irresistible se definió como una necesidad incontrolable del usuario abstinentes por utilizar la droga. La pérdida de control se describió como una consecuencia fisiológica del consumo que producía la eliminación de la voluntad del individuo de detener el uso. Ante esto, la única estrategia disponible con la que contaba el clínico era animar al paciente a que no tomara la primera copa ó dosis de droga (Saunders, 1993). Esta idea de enfermedad ha sido retomada por algunos investigadores para fundamentar sus hallazgos y también modificada por otros, de tal manera que se han creado diversos modelos teóricos que explican el proceso de la recaída.

Es importante mencionar que, de acuerdo con los modelos explicativos de la adicción (ver capítulo 3) y recaída, en general se observa una estrecha relación entre los motivos que originan el consumo de drogas y los factores que mantienen el consumo o disparan las recaídas. Por ejemplo, en los modelos explicativos de las adicciones enfocados en el aprendizaje se habla de deficiencias en habilidades necesarias para enfrentarse a situaciones generales de estrés, motivo por el cual la persona utiliza la sustancia como una forma de enfrentamiento. En la recaída, por otro lado también se habla de deficiencias de la persona para enfrentar satisfactoriamente las situaciones de alto riesgo.

Una diferencia importante entre los modelos de adicción y de recaída es que en estos últimos se hace énfasis en los factores inmediatos que repercuten en la recaída una vez que el usuario permanece abstinentes, es decir, se enfocan a determinantes más específicos dentro del contexto de la recaída.

En los modelos de recaída existe una división entre las aproximaciones biológicas y psicológicas. Las personas que trabajan en el área biológica han hecho una importante contribución para la comprensión de la recaída. Ejemplos de éstos modelos son: Craving y pérdida de control de Ludwing y Wikler; Síndrome de abstinencia post-agudo (SAPA) de Gorski y Miller; Proceso oponente y motivación adquirida de Solomon; Síndrome de abstinencia de Mossberg Liljerberg y Borg; Roelofs y Dikkenberg y Abstinencia/umbral límbico de Adinoff, O'Neil y Ballenger (Connors, Maisto & Donovan, 1996).

Estos modelos se enfocan en las características fisiológicas de las personas y los procesos del consumo (por ejemplo, deseo intenso, pérdida de control, procesos automáticos asociados al consumo, síndrome de abstinencia ante la retirada de la sustancia y cambios a nivel neuronal provocados por el uso de sustancias). Estos modelos también hablan de alteraciones en el estado de ánimo debido a cambios a nivel físico. En general los modelos biológicos explican la forma en que las sustancias afectan el funcionamiento del sistema nervioso central (Connors, Maisto & Donovan, 1996).

Por otro lado, los modelos psicológicos de recaída, como se verá en seguida, desarrollan sus teorías tomando como referencia la constante integración e interacción de aspectos psicológicos y ambientales, con la intención de dar una explicación más clara sobre el fenómeno de las adicciones y en particular de las recaídas. En estos modelos se pasa del enfoque en los aspectos internos fisiológicos a aspectos emocionales y ambientales. A continuación se describen seis de éstos modelos:

#### 4.3.1 VALORACIONES COGNITIVAS (SANCHEZ-CRAIG, 1976).

Estos autores sugieren que la percepción individual y la interpretación de una situación, tienen más influencia en determinar una conducta que la situación por sí misma. Las personas pueden valorar una situación como positiva, negativa o neutral y responder acorde con esta valoración. Estas interpretaciones pueden ser precisas o no y están sujetas a cambio si hay información disponible. Las valoraciones también son afectadas por la percepción de disponibilidad de estrategias de afrontamiento efectivas en una situación determinada. Si estas estrategias no están disponibles, el individuo puede experimentar un estrés severo y emociones negativas (Sánchez-Craig, 1976).

Para las personas con problemas en el consumo de sustancias, el uso puede concebirse, por un lado, como una manera de enfrentarse a situaciones negativas o, por otro lado, como una actividad de valor en sí misma. Los problemas se presentan

cuando las personas usan la sustancia habitualmente para afrontar situaciones negativas, en lugar de desarrollar conductas de afrontamiento efectivas. El tratamiento puede iniciarse cuando la persona aprecia las consecuencias negativas que le trae el consumo de la sustancia y la recaída puede prevenirse con la consolidación de esas valoraciones negativas (Sánchez-Craig, 1976).

#### 4.3.2 INTERACCIÓN PERSONA SITUACIÓN (LITMAN, 1986).

Litman (1986) condujo a un grupo de alcohólicos a evaluar situaciones en las cuales era probable que se presentara una recaída; a través de éste análisis, fueron derivadas cuatro situaciones primarias de alto riesgo:

1. Estados de ánimo negativos como depresión y ansiedad
2. Situaciones externas asociadas previamente con el consumo
3. Ansiedad por las relaciones sociales interpersonales y
4. Una disminución en la vigilancia cognitiva y el uso de racionalizaciones para justificar tomar una copa.

Para Litman la recaída es un proceso que toma lugar dentro del individuo e involucra una interacción entre una situación percibida como amenazante, las habilidades de afrontamiento y la percepción de efectividad de estas habilidades ante una situación de alto riesgo. Según esto, las personas con diversidad en habilidades de afrontamiento y la flexibilidad para adaptarlas a sus necesidades son más probables de mantener la abstinencia. En éste sentido, la recaída es más probable que ocurra en situaciones en las que la persona carece de habilidades de afrontamiento adecuadas para enfrentar situaciones amenazantes (Donovan, 1996).

#### 4.3.3 EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA Y DE RESULTADO (ANNIS, 1990).

Este modelo de Annis (1990, citado en Connors, 1996) retoma los fundamentos de la teoría cognitivo social de Bandura (1977). Se enfoca en dos elementos principales, expectativa de resultados y expectativas de autoeficacia. La expectativa de resultados es la apreciación que tiene un individuo sobre las consecuencias más probables de una conducta. Las expectativas de autoeficacia consisten en el juicio del individuo sobre su capacidad de producir una conducta en una situación particular, esta se liga al repertorio de habilidades personales y de afrontamiento de la persona. Así, los pacientes que creen que pueden afrontar de forma positiva las situaciones de alto riesgo asociadas con el consumo, lo harán con más probabilidad que los pacientes que no se consideran seguros de lograrlo.

Los resultados positivos, negativos y expectativas de autoeficacia, interactúan afectando el proceso de recaída. Un ejemplo de expectativa de resultado positiva es tener la idea de que la abstinencia seguirá al tratamiento o el creer que la persona

podrá afrontar con éxito una determinada situación de alto riesgo. Por otro lado una expectativa de resultado negativa es pensar que una recaída total ocurrirá al primer contacto con la sustancia.

Entre más fuerte es el nivel de expectativas negativas que experimenta la persona y la sensación de poco control, hacen más probable una recaída. Por otro lado un adecuado repertorio de habilidades de afrontamiento y la disponibilidad de un apoyo externo disminuyen la probabilidad de recaída (Tejero, Trujols & Casas, 1993).

#### 4.3.4 ETAPAS DE CAMBIO (PROCHASKA & DICLEMENTE, 1982).

Los autores describieron una serie de etapas por las que cruza una persona en el proceso de cambio de una conducta; al modelo le llamaron, Rueda de Cambio. En este modelo la persona puede girar varias veces antes de alcanzar un cambio estable. En sus investigaciones con fumadores, encontraron que estos giraban alrededor de la rueda entre tres y siete veces (con una media de cuatro) antes de abandonar el consumo. El modelo considera a la recaída como un acontecimiento normal o un estado más del cambio (Prochaska & DiClemente, 1982).

El punto de entrada del proceso de cambio es la etapa de *precontemplación*; en ésta, la persona aún no comprende que tiene un problema o que necesite introducir un cambio en su vida. Una vez que aparece la conciencia del problema, la persona entra en un periodo de ambivalencia; denominado fase de *contemplación*. La persona contempladora considera y rechaza el cambio a la vez. Después, aparece la etapa de *determinación*, considerada como una ventana para una oportunidad. Si durante éste tiempo la persona entra en un periodo de *acción*, el proceso de cambio continúa. Si no, la persona puede retroceder a la etapa de contemplación. Finalmente en la fase de *acción* se intenta producir un cambio en el problema que se desea resolver.

La intención de cambiar, sin embargo, no garantiza que el cambio se mantenga a través del tiempo. Durante la etapa de *mantenimiento*, el reto consiste en mantener el cambio obtenido en la etapa anterior, y el de prevenir la recaída (Marlatt & Gordon, 1985). Mantener un cambio puede requerir un grupo de habilidades y estrategias diferentes de las que fueron necesarias para conseguir el cambio inicial. Finalmente si la recaída se produce, la tarea del individuo consiste en empezar a girar de nuevo alrededor de la rueda antes que permanecer inmóvil en dicha etapa. Los tropezones o las recaídas son normales, hechos esperables cuando una persona intenta cambiar cualquier patrón de conducta de larga duración (Miller & Rollnick, 1991).

#### 4.3.5 PREDICTORES DE RECAÍDAS (SHIFFMAN, 1989)

Shiffman (1989) presentó un modelo heurístico determinando un nivel múltiple para la valoración de predictores potenciales de recaída. Argumenta que deben considerarse tres niveles de evaluación para una descripción adecuada y predecir la recaída. Estos incluyen:



1. Factores distales personales: Los cuales describen características relativamente distantes en el tiempo, estables e inmóviles, por ejemplo, abordan información de historia familiar y consumo así como factores de personalidad y situaciones de alto riesgo.
2. Variables intermedias: que fluctúan en el tiempo y operan juntas para establecer el escenario e incrementar la probabilidad de recaída, por ejemplo, eventos de la vida cotidiana, soporte social, estrés, etc.
3. Precipitantes proximales: Son aquellos que ocurren inmediatamente antes de la recaída dentro del contexto de una situación de alto riesgo, por ejemplo, estados emocionales negativos, deseo o urgencias, problemas interpersonales, etc. (Donovan, 1996).

#### 4.3.6 PROCESO DE RECAÍDA EN COCAÍNA (MCKAY, RUTHERFORD, ALTERMAN, CACCIOLA & KAPLAN, 1995).

Estos investigadores analizaron las experiencias de recaída de 95 pacientes dependientes de cocaína. Para evaluar los factores asociados con el inicio, curso y la terminación de los episodios de recaída utilizaron la Entrevista de Recaídas en Cocaína.

Sus resultados indican que las situaciones que ocurrieron con mayor frecuencia entre los pacientes inmediatamente en el inicio de la recaída fueron: falta de drogas, estar solo, tener dinero y sentimientos de soledad y aburrimiento. Las situaciones más frecuentes que siguieron al inicio de la recaída fueron: afectos desagradables y las reacciones positivas también fueron relativamente comunes. Los factores más importantes identificados en la terminación de recaída fueron: estados internos desagradables, conductas de búsqueda de ayuda y otras respuestas de enfrentamiento.

Estos investigadores también identificaron tres patrones de recaídas en la población estudiada:

1. Afecto displacentero. Las personas experimentan un afecto displacentero al inicio de la recaída y a su vez experimentan estados internos desagradables o dolorosos a través de la recaída y al final de la misma.
2. Estados afectivos positivos. Estos estados pueden presentarse antes y a lo largo de toda la recaída y se asocian fuertemente con experiencias sociales placenteras. El curso de este patrón de recaída transcurre relativamente sin problemas; sin embargo en ocasiones las experiencias sociales placenteras anteriores a la recaída también se han asociado con una terminación de la misma acompañada de problemas interpersonales.
3. Búsqueda de sensaciones y problemas interpersonales. En este patrón, al inicio de la recaída la persona busca nuevas sensaciones acompañados con reacciones emocionales mezcladas y conductas antisociales durante la recaída, al final de la recaída se presentan problemas interpersonales.

Los investigadores concluyen que la mayoría de los pacientes estudiados recayeron cuando tenían la motivación (deseo de usar drogas acompañados con sentimientos de soledad y aburrimiento), los medios (dinero) y la oportunidad (tiempo libre sin supervisión) (McKay & cols., 1995).

En la descripción de cada modelo psicológico se observa que difieren en el enfoque que le dan a la influencia de la persona, la situación y/o la interacción entre ambas en la recaída. Este enfoque permite hacer una descripción de algunos de los principales disparadores de recaída como se muestra en la tabla 14.

Tabla 14. Modelos psicológicos de recaída: enfoque y disparadores de recaída

| Modelo   | Enfoque en persona, situación o ambas   | Precipitantes de recaída.  |
|--|---|--|
| <b>Valoraciones cognitivas (Sanchez &amp; Craig, 1976).</b>      | <p>Ambas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Principalmente las valoraciones que la persona hace de la situación.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Valoraciones inexactas o inapropiadas, como enfocarse en los beneficios del consumo ignorando las consecuencias negativas a largo plazo.</li> <li>♦ Estrategias de afrontamiento insuficientes combinadas con valoraciones negativas de la situación y valoraciones positivas del alcohol como una herramienta de afrontamiento.</li> <li>♦ Situaciones asociadas con el consumo pasado.</li> </ul> |
| <b>Interacción persona situación (Litman, 1986).</b>             | <p>Ambas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Situaciones de alto riesgo</li> <li>♦ Repertorio de habilidades de afrontamiento y</li> <li>♦ Percepción de efectividad de estas habilidades.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Situaciones de alto riesgo combinadas con la falta de habilidades de afrontamiento o la percepción de poca efectividad de estas.</li> </ul>   |
| <b>Expectativas de Autoeficacia y de resultado (Annis, 1990)</b> | <p>Persona:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Como la persona interpreta y da valor a sus estados emocionales y físicos.</li> <li>♦ Expectativas de resultado.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Expectativa de pérdida de control con el primer consumo</li> <li>♦ Baja percepción de autoeficacia para enfrentar problemas con el consumo.</li> </ul>  |
| <b>Etapas de cambio (Prochaska &amp; DiClemente, 1982).</b>      | <p>Persona:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ La persona atraviesa por un proceso de cambio de 4 fases.</li> <li>♦ La persona tiene que hacerse conciente de su problema, tomar la decisión de cambiar y realizar acciones para mantener su</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Ambivalencia en la decisión de cambio.</li> <li>♦ Poca efectividad en las estrategias de afrontamiento para mantener el cambio conductual.</li> </ul>   |

---

cambio.

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>Predictores de recaídas (Shiffman, 1989)</b>                | Ambas: <ul style="list-style-type: none"><li>♦ Evaluación de un nivel múltiple (tres niveles).</li><li>♦ Historia familiar, de consumo, factores de personalidad y situaciones de alto riesgo.</li><li>♦ Variables del contexto.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>♦ Situaciones de alto riesgo.</li><li>♦ Combinación de variables del contexto y personales.</li></ul>   |
| <b>Proceso de recaída en cocaína (McKay &amp; cols., 1995)</b> | Ambas: <ul style="list-style-type: none"><li>♦ La persona experimenta afectos positivos y negativos.</li><li>♦ Variables del contexto.</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>♦ Situaciones de alto riesgo.</li><li>♦ Relación con otras personas.</li><li>♦ Combinación entre la motivación, los medios y la oportunidad de consumir</li></ul> |

El siguiente modelo psicológico de recaída se describe con mayor detalle debido a que en la presente investigación se desarrolla un instrumento para evaluar situaciones asociadas a recaídas basado en ese modelo.

#### 4.3.7 PREVENCIÓN DE RECAÍDAS (MARLATT & GORDON, 1985).

Estos investigadores han conducido uno de los estudios más sistemáticos realizados en el ámbito de recaídas. Su modelo ha tomado gran importancia en el campo de las adicciones por su desarrollo y extensión en el uso clínico y programas de investigación (Connors, Longabaugh & Miller, 1996).

Este modelo se fundamenta en la teoría cognitivo social de Bandura (1977) e integra aspectos orgánicos del individuo así como factores ambientales que pueden influir en el inicio de una recaída (Rohsenow & Monti, 2001). A continuación se describe el trabajo de Marlatt y Gordon (1985) que dio lugar a una taxonomía de disparadores de recaída y al modelo de prevención de recaídas.

#### **Taxonomía de recaída.**

Los primeros estudios de Marlatt empezaron entre los años 1970-1972 (Marlatt, 1996). Su interés inicial en evaluar factores situacionales asociados con recaída parte de un estudio que condujo para determinar la efectividad de un tratamiento aversivo para alcoholismo. En este estudio, 65 hombres en tratamiento fueron asignados aleatoriamente a recibir una terapia con electrochoques o una condición de control, recibiendo únicamente el programa usual de tratamiento.

Los resultados mostraron que la terapia aversiva produjo decrementos significativos en el consumo de alcohol e índices de recaída en los 3 meses posteriores al tratamiento. Sin embargo, un año después, no se encontraron diferencias significativas entre los sujetos que recibieron la terapia aversiva y la condición de control. Esto demostró claramente que era necesario agregar algo a la terapia de

aversión para mantener los beneficios encontrados en los tres primeros meses después del tratamiento.

Marlatt evaluó cuidadosamente los factores asociados con el primer consumo en estos pacientes después del tratamiento. Entrevistó a cada uno obteniendo información acerca del lugar donde se presentó la recaída, hora del día, presencia o ausencia de otras personas, tipo de bebida consumida, la descripción de algún evento interno o externo ocurrido en el momento, además de las percepciones de sentimientos y emociones que tuvieron los pacientes el día que se presentó el primer consumo (Marlatt, 1996).

Toda la información se obtuvo a través de una entrevista de cuatro preguntas realizada al paciente, mediante la cual, se investigó la razón principal que causó el consumo, las situaciones o eventos que pudieron dispararlo, así como los pensamientos, sentimientos y emociones asociados. La finalidad fue determinar las circunstancias asociadas con el episodio del consumo (Marlatt, 1996).

Las respuestas de la entrevista, fueron clasificadas y asignadas a una tipología de cinco categorías preliminares: frustración y enojo; presión social; tentación intrapersonal; estado emocional negativo; otras situaciones, como sentirse bien y situaciones que no recordaron. En esta clasificación se mostró que los disparadores de mayor incidencia para la presencia de recaídas fueron sentimientos de frustración y enojo (29%), seguida de presión social (23%), tentación interpersonal (21%) y finalmente estado emocional negativo y otras situaciones (10%).

Uno de los objetivos iniciales del trabajo de Marlatt fue refinar la taxonomía preliminar de precipitadores de recaída y ampliarla a otras conductas adictivas (Marlatt, 1978). Para llevar a cabo la ampliación, Marlatt analizó una muestra de 137 personas en programas de tratamiento para alcoholismo, tabaco y heroína. La muestra de alcohol consistió en 70 hombres alcohólicos crónicos. Los datos de recaída en fumadores se obtuvieron de 35 sujetos, hombres y mujeres, en edad escolar, quienes participaron en un programa para dejar de fumar. Las descripciones de episodios de recaída también se obtuvieron de 32 mujeres adictas a heroína. Todos los sujetos fueron contactados y entrevistados en los 90 días siguientes a la terminación del tratamiento. Las razones de recaída se evaluaron con las mismas cuatro preguntas derivadas del cuestionario inicial para bebedores (Marlatt, 1996).

Las descripciones de caídas iniciales (primer uso de la sustancia seguida al tratamiento) se utilizaron para revisar y aumentar la taxonomía preliminar. Las respuestas se clasificaron en dos categorías principales. La primer categoría, *determinantes intrapersonales-ambientales*, se usó en episodios de recaída que involucraron principalmente una respuesta a eventos psicológicos o físicos (estados emocionales negativos, deseo o tentación de consumir) o respuestas a eventos ambientales (problemas económicos, accidentes). El énfasis fue en casos en los que otra persona o personas no se reportaron como un disparador significativo.

La segunda categoría, *determinantes interpersonales*, se aplicó en casos en los que el episodio de recaída incluyó la influencia significativa de otras personas (conflictos

interpersonales o presión social). Dentro de las categorías principales se encuentran ocho subcategorías (5 en la primera categoría y 3 en la segunda), estas son brevemente descritas en la tabla 15 (Marlatt, 1996).

Tabla 15. Categorías para la clasificación de episodios de recaída

---

**I. Determinantes Intrapersonales-Ambientales.** Determinantes asociados con factores intrapersonales (dentro del individuo), y/o reacciones hacia eventos ambientales no personales. Incluye reacciones a eventos interpersonales en un pasado distante.

**A) Estados emocionales negativos.** Enfrentarse con un estado de ánimo, sentimental, o emocional negativo:

- *Frustración y/o enojo.* Respuestas a sentimientos de frustración, enojo ó eventos ambientales no personales. Incluye referencias de culpa.
- *Otros estados emocionales negativos.* Enfrentar otros estados emocionales (además de frustración y enojo) desagradables, como miedo, ansiedad, tensión, depresión, soledad, tristeza, aburrimiento, preocupación, aprehensión, pena, pérdida, y reacciones al estrés (hablar en publico), dificultades en el ambiente laboral o económicas, pobreza ó accidentes.

**B) Estados físicos/fisiológicos negativos.** Enfrentar reacciones físicas o fisiológicas desagradables o dolorosas:

- *Estados físicos asociados previamente al uso de la sustancia.* Enfrentar estados físicos relacionados con el uso previo de la sustancia, como el síndrome de abstinencia ó el deseo intenso por consumir a partir de la incomodidad física.
- *Otros estados físicos negativos.* Enfrentarse con dolor, enfermedad, lesiones, fatiga y padecimientos específicos (por ejemplo, dolor de cabeza) que no se encuentran asociados con el uso previo de la sustancia.

**C) Incremento de estados emocionales positivos.** Uso de la sustancia para incrementar sentimientos de placer, regocijo, libertad, celebración, etc. Incluye el uso de la sustancia para experimentar los efectos estimulantes de la droga.

**D) Prueba de control personal.** Uso de la sustancia para probarse así mismo la habilidad de comprometerse con un uso controlado ó moderado. Probar los efectos de un tratamiento o el compromiso con la abstinencia.

**E) Tentación o urgencia de consumo.** Uso de la sustancia en respuesta a urgencias internas, tentaciones u otras señales. Incluye referencias de deseo intenso subjetivo en ausencia de factores interpersonales.

- *En presencia de señales asociadas al consumo.* El uso ocurre en presencia de señales asociadas con el consumo, por ejemplo, tener un paquete de cigarros.
- *En ausencia de señales asociadas al consumo.* La necesidad ó tentación de uso viene “de repente” y es seguida del intento del individuo en consumir.

**II. Determinantes Interpersonales.** Determinantes asociados con factores interpersonales, a la presencia ó influencia de otros individuos como parte de un evento precipitante

- A) Problemas Interpersonales.** Enfrentarse a un actual o relativamente reciente conflicto asociado con cualquier relación interpersonal como el matrimonio, la amistad, relación con familiares, relación jefe-empleado.
- *Frustración y/o enojo.* Respuestas a sentimientos de frustración y enojo desencadenados de una fuente interpersonal. Incluye discusiones, desacuerdos, peleas, celos, discordias, disputas, culpar a otros, etc.
  - *Otros conflictos interpersonales.* Enfrentar otros estados emocionales (además de frustración y enojo) desencadenados de una fuente interpersonal o conflictos con otras personas como ansiedad, miedo, tensión, preocupación, aprehensión, reacciones al estrés, etc.
- B) Presión Social.** Respuesta a la influencia de otra persona ó grupo de personas que ejercen presión (directa ó indirecta) sobre el individuo para consumir:
- *Presión social directa.* Hay contacto directo (usualmente con interacción verbal) con otra persona ó personas quienes ejercen presión sobre el usuario ó proveen la sustancia. Se distingue la situación en la que la sustancia es obtenida por alguien más a petición del usuario.
  - *Presión social indirecta.* Respuesta a la observación de otra persona ó personas que usan la sustancia ó sirven como modelos de uso para el usuario.
- C) Aumento Experiencias Sociales Placenteras.** Uso de la sustancia en una situación interpersonal, para incrementar sentimientos de placer, celebración, excitación sexual, libertad y/ó bienestar.

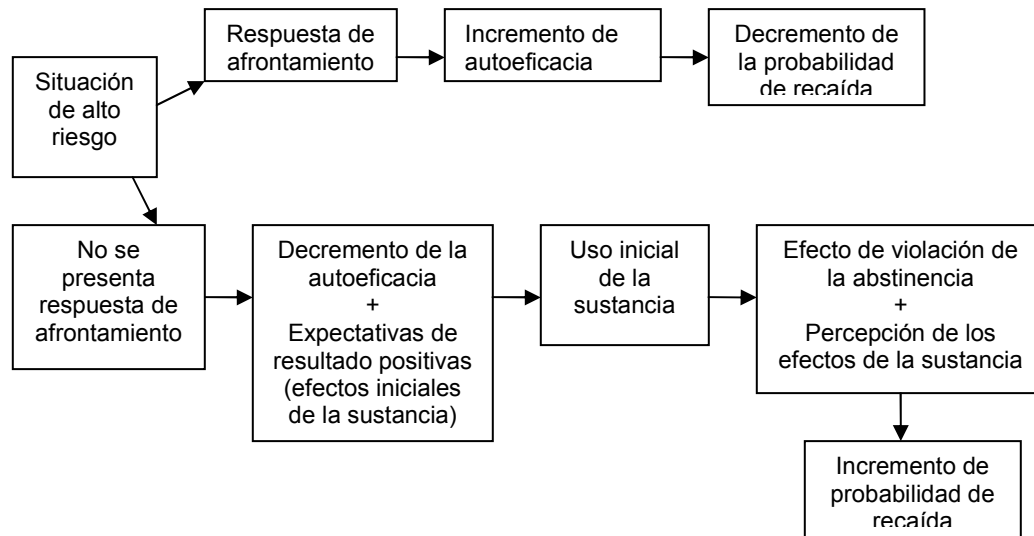
---

Fuente: Marlatt, 1996.

Para fines prácticos, esta taxonomía de Marlatt puede ser utilizada en una clasificación de tres tipos de situaciones de recaída: 1. *Situaciones Negativas*, donde se agrupan: Estados Emocionales Negativos, Estados Físicos Negativos y Problemas Interpersonales. 2. *Situaciones Positivas*, donde se agrupan: Búsqueda de Sensaciones Placenteras y Experiencias Sociales Placenteras. 3. *Situaciones de Tentación*, donde se agrupan: Control Personal, Tentación de Consumo y Presión Social.

### **Modelo cognitivo conductual del proceso de recaída**

Otro de los objetivos del trabajo de Marlatt fue construir un modelo teórico del proceso de recaída, basado en una orientación cognitivo conductual. Este modelo se aplica en casos en los que la persona ha hecho un compromiso por un periodo de abstinencia, seguido a la terminación voluntaria del uso de una sustancia adictiva como alcohol, cigarro o drogas ilícitas. Una representación esquemática de éste modelo es presentada en la fig. 4.



Fuente: Marlatt & Gordon, 1985.

Fig. 4. Modelo cognitivo del proceso de recaída.

De acuerdo a lo expuesto en la fig. 4, el individuo experimenta una sensación de control mientras se mantiene abstinentes. La conducta que pretende cambiar está bajo control en la medida que no se produce durante éste periodo. Cuanto más largo es el periodo de abstinencia, mayor es la percepción de autocontrol y esta continuará hasta que la persona se encuentre con una situación de alto riesgo. Una situación de alto riesgo se define en términos generales como cualquier situación (incluyendo reacciones emocionales) que representa una amenaza para la sensación de control del individuo y aumenta el riesgo de una recaída (Marlatt, 1993).

Si el individuo ejecuta una respuesta de afrontamiento eficaz en la situación de alto riesgo (por ejemplo, dar una respuesta asertiva a una presión social), experimenta una percepción de control. Esta expectativa se relaciona con la noción de autoeficacia de Bandura (1977), definida como la expectativa del individuo sobre la capacidad de afrontar una situación. La sensación de confianza en la propia capacidad para afrontar de forma eficaz una situación de alto riesgo (incremento de la percepción de autoeficacia) disminuye la probabilidad de recaída.

Por otro lado, si la persona no ha adquirido habilidades de afrontamiento necesarias o su respuesta no es próxima o apropiada, es probable que experimente un decremento en la autoeficacia, y la expectativa de afrontar satisfactoriamente la próxima situación problemática también disminuye (Marlatt, 1980). La tentación o urgencia de consumir, se incrementará, aunada a las expectativas positivas de los efectos de la sustancia. La persona puede recalcar selectivamente los aspectos positivos del uso de la sustancia en el pasado y anticiparlos en las situaciones de alto riesgo, ignorando las consecuencias negativas a largo plazo. De ésta manera, se puede presentar el primer consumo.

Una vez que alguien ha cruzado la línea de la abstinencia, no hay vuelta atrás. Solo una copa o un cigarro son suficientes para violar la regla de abstinencia. Para dar razón de la reacción a la trasgresión de una regla absoluta, Marlatt (1978) postuló un mecanismo llamado el efecto de violación de la abstinencia (EVA). El EVA se caracteriza por dos elementos cognitivos (Echeburua & De Corral, 1986), primero, hay un efecto de disonancia cognoscitiva la conducta adictiva es disonante con la definición cognitiva de uno mismo como abstinentes. El primer consumo que sigue a un periodo de abstinencia suscita un estado emocional negativo de conflicto o culpa que puede ser reducido por la repetición de la conducta adictiva y por una reestructuración cognitiva de la autoimagen en relación con la recaída (Marlatt, 1985).

El segundo componente del EVA es un efecto de atribución personal según el cual, el sujeto atribuye la ocurrencia de la conducta adictiva a una debilidad interna y/o a fallos personales (por ejemplo, falta de voluntad o insuficiente capacidad de control). El sujeto atribuye su primera recaída a fallos internos, más que a factores ambientales, en la misma medida que también se sentía responsable de la abstinencia (Marlatt, 1985).

Un factor final que debe ser considerado en el proceso de recaída es el efecto subjetivo de la sustancia experimentado por el usuario. Por ejemplo, el alcohol y el tabaco producen un estado inicial de excitación fisiológica (incremento en los latidos del corazón y otras reacciones autónomas) la cual puede ser experimentada como un incremento en la energía. Estando juntos los efectos acumulativos del EVA acompañados por el reforzamiento de los efectos percibidos de la droga, incrementan considerablemente la probabilidad de una recaída (Marlatt, 1985).

Como puede observarse, el modelo de prevención de recaídas (Marlatt & Gordon, 1985) ha sido uno de los más extensos y detallados dentro del estudio de las conductas adictivas. Este modelo cognitivo conductual ha permitido tener elementos para la evaluación de situaciones potenciales de provocar una recaída y lograr su prevención dentro del tratamiento. Los resultados de su trabajo han influido de manera importante en posteriores investigaciones sobre adicciones, y en particular en recaída.

#### **4.4 DISPARADORES ASOCIADOS A RECAÍDAS**

Los trabajos desarrollados por diversos investigadores han permitido identificar algunos de los disparadores más comunes de recaída. Un disparador es una situación de alto riesgo de provocar o inducir consumo que ocurre inmediatamente antes de la recaída. Estas situaciones pueden ser emocionales o ambientales (Larimar, Palmer & Marlatt, 1999). Entre los disparadores se han encontrado: sentimientos de frustración y enojo (Marlatt, 1996); estrés y estados emocionales positivos (Gordon, 2003); confianza excesiva en habilidades de afrontamiento (cando no se tienen), comorbilidad psiquiátrica (los desórdenes más comunes: personalidad antisocial, ansiedad, desórdenes psicosexuales y afectivos como depresión) y



severidad de la adicción (Weiss, Griffin & Hufford, 1992); presión social y señales asociadas al consumo (Marlatt, 1996).

Por otro lado, en relación con los datos sociodemográficos, se observa que el género también es un factor importante en recaídas. Las investigaciones han encontrado que las mujeres en tratamiento tienden a recaer menos frecuentemente que los hombres, en parte porque es más probable que se enganchen en un grupo de tratamiento que los hombres, es importante mencionar que el nivel de consumo no está especificado en estos resultados (Gordon, 2003).

La literatura describe que hombres y mujeres presentan diferentes disparadores de recaída. En un estudio de adicción a cocaína, las mujeres reportaron emociones negativas y problemas interpersonales antes de la recaída. Por otro lado, los hombres reportaron sentimientos positivos antes de la recaída. En un estudio de tratamiento de alcohol (Gordon, 2003), los hombres tenían más probabilidad de recaer mientras estaban solos y las mujeres era más probable que tomaran su primer trago cuando estaban con otras amigas o una pareja.

Por otro lado, la taxonomía de disparadores de recaída de Marlatt y Gordon (1985) ha servido de base para el desarrollo de diversos instrumentos que evalúan recaída, incluyendo el creado en la presente investigación. A continuación se describen algunos de los instrumentos creados para la evaluación de conductas adictivas, especialmente de las recaídas.

#### **4.5 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN EN CONDUCTAS ADICTIVAS.**

La demanda de tratamientos eficaces en el manejo de las conductas adictivas ha creado la necesidad de desarrollar instrumentos de evaluación que faciliten la comprensión de las adicciones, estos instrumentos se utilizan en el ámbito clínico e investigación:

- ♦ **Índice de Severidad de la Adicción (ASI)**, McLellan, Luborsky, Woody & O'Brien, 1980, citado en Oropeza, 2003). Mide la severidad del problema de cada paciente a través del análisis de seis áreas generales que comúnmente resultan en problemas de tratamiento. Estas seis áreas son abuso químico, médico, psicológico, legal, familiar/social y empleo/manutención.
- ♦ El **inventory of drinking situations (IDS)**, Annis, 1982). El IDS es un cuestionario de 42 reactivos, el cual evalúa situaciones en las que una persona bebe excesivamente.
- ♦ El **Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ)**, Annis, Sklar & Turner, 1990). Es un cuestionario de 50 preguntas de autorreporte, diseñado para evaluar la autoconfianza en la habilidad que tiene el sujeto de resistir la necesidad de consumir drogas en diferentes situaciones.

- ♦ **El Inventory of Drug Taking Situations (IDTS, Annis, Graham & Martin, 1991).** Es un cuestionario de auto informe que consta de 50 reactivos donde se describen situaciones en las que la persona consumió drogas durante el año pasado. El inventario sigue el sistema de clasificación basado en el trabajo de Marlatt y Gordon (1985).
- ♦ **El Reasons for drinking questionnaire (RFDQ, Heather, Stallard & Tebbutt, 1991, citados en Maisto, Connors & Zywiak, 1996)** los autores transformaron las categorías de recaída de Marlatt en un cuestionario autoaplicable de 16 reactivos para evaluar situaciones de recaída en alcohol y heroína.
- ♦ **Cocaine relapse interview (CRI, Mckay, Rutherford, Alterman, Cacciola & Kaplan, 1995)** esta entrevista fue realizada para obtener información sobre el inicio, el curso y la terminación en recaídas de consumidores de cocaína.
- ♦ **Cuestionario diagnóstico del DSM-IV.** Es un cuestionario que da indicadores de dependencia a drogas según el DSM IV (Oropeza, 2000). Esta constituida por 13 reactivos dicotómicos que señala los síntomas que el usuario puede presentar en los últimos 12 meses de consumo.
- ♦ **Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD, De las Fuentes, Villalpando, Oropeza, Vázquez & Ayala, 2001).** Este instrumento se adaptó a población mexicana a partir del Drug Abuse Screening Test (DAST, Skinner, 1982). Arroja un índice cuantitativo de problemas de drogas, incluyendo algunos síntomas de dependencia y otras consecuencias del abuso de drogas experimentadas en un periodo de 12 meses. Este instrumento ha demostrado gran validez y confiabilidad. Esta constituido por 20 reactivos con respuestas dicotómicas.
- ♦ **Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD, De León, Pérez, Oropeza & Ayala, 2001).** Este instrumento se adaptó a población mexicana a partir del Inventory of Drug Taking Situations (IDTS, Annis & Martin, 1985). Arroja perfiles del uso de drogas de los últimos 12 meses. Su objetivo es detectar las principales situaciones de consumo de drogas de los usuarios de cocaína. Se basa en la taxonomía de Marlatt y Gordon (1985). Tiene 60 reactivos divididos en 8 subescalas: emociones placenteras, emociones displacenteras, control personal, incomodidad física, necesidad y tentación de consumo, tiempo placentero con otros, conflicto con otros y presión social. La evidencia sugiere que el ISCD es una prueba confiable y válida.
- ♦ **Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD, De León, Pérez, Oropeza & Ayala, 2001).** Este instrumento se adaptó a población mexicana a partir del Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ, Annis & Graham, 1988). Mide la percepción de autoeficacia al observar qué tanta confianza percibe el usuario para enfrentarse a una situación de alto riesgo. Consta de 60 reactivos divididos en 8 categorías de riesgo. La evidencia señala que tiene validez y

confiabilidad, y que es sensible a los cambios en la autoeficacia conforme avanza el tratamiento.

La mayoría de los instrumentos descritos reportan sus datos de confiabilidad y validez, información importante para determinar la calidad de las evaluaciones realizadas. Por ejemplo el ISCD reporta una consistencia interna con un coeficiente Alfa de Cronbach de .9861, indicando que el inventario es confiable en la evaluación de situaciones de riesgo relacionadas al consumo de sustancias. La estabilidad temporal del instrumento tuvo un nivel de significancia en Phi para cada ítem de .000, mostrando un alto nivel de consistencia temporal (De León & cols., 2001).

Con respecto al CACD, los autores reportaron una consistencia interna con un Alpha de .9941, que demuestra que es confiable en la medición de la auto-confianza de resistirse al consumo de drogas. La estabilidad del instrumento a través del tiempo tuvo una significancia en Phi para cada reactivo de .000, lo cual indica que el cuestionario mantiene una buena estabilidad temporal (De León & cols., 2001).

Ya que uno de los objetivos de la presente investigación es evaluar la confiabilidad de una entrevista para identificar situaciones asociadas a recaídas, se dará mayor atención al proceso de confiabilidad. La confiabilidad es la exactitud y precisión de un procedimiento de medición. En este sentido, los índices de confiabilidad nos señalan el grado en que una medición determinada es adecuada y reproducible (Thorndike & Hagen, 1975). Existen diversos procedimientos para calcular la confiabilidad de un instrumento de medición. Todos utilizan fórmulas que producen coeficientes de confiabilidad, estos coeficientes pueden oscilar entre 0 y 1. Donde un coeficiente de 0 significa nula confiabilidad y 1 representa un máximo de confiabilidad (confiabilidad total). Entre más se acerque el coeficiente a cero (0), hay mayor error en la medición (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

Uno de los procedimientos principalmente utilizados para la evaluación de confiabilidad es el método test-retest o repetición del mismo test con intervalo de tiempo. En este procedimiento un mismo instrumento de medición es aplicado dos o más veces a un mismo grupo de personas, después de cierto periodo de tiempo. Si la correlación entre los resultados de las diferentes aplicaciones es altamente positiva, el instrumento se considera confiable (Hernández & cols., 1998).

El conocer los principales disparadores de recaída identificados en diversas investigaciones, así como el tener herramientas apropiadas para la evaluación de las recaídas, nos acerca más a la comprensión del fenómeno y al desarrollo de mejores técnicas de intervención fundamentadas en las características de cada paciente.

A lo largo de los capítulos se ha expuesto las consecuencias negativas que el consumo de sustancias adictivas representa. Y que este consumo se ha incrementado en México en los últimos años. Aspecto que ha mostrado la necesidad de crear estrategias y herramientas más efectivas para la evaluación de situaciones asociadas con la reanudación de consumo entre usuarios que desean modificar su consumo.

La creciente demanda de tratamientos efectivos, para el manejo de las conductas adictivas, impone la necesidad de contar con instrumentos de medición que nos permitan una mejor comprensión del fenómeno de las recaídas. El objetivo de esta investigación fue desarrollar un instrumento confiable que pueda ser planteado como una alternativa para la evaluación de situaciones que rodean a las recaídas y guiar el tratamiento.

## MÉTODO

### OBJETIVOS:

1. Desarrollar la Entrevista de Recaídas para Sustancias Adictivas (ERSA, García, Oropeza, Vázquez e Ibarra, 2005).
2. Evaluar la confiabilidad de la ERSA

### DESARROLLO DE LA ERSA.

Para el desarrollo de la ERSA, primero se creó el Cuestionario de Recaídas en Usuarios de Sustancias Adictivas (CURSA, Ibarra, García, Oropeza y Vázquez, 2004). Este cuestionario surgió del análisis de la literatura en adicciones, especialmente en recaídas. El CURSA, basado en la taxonomía de disparadores de recaída de Marlatt y Gordon (1985), estaba constituido por 82 reactivos distribuidos en 10 subcategorías, dos de ellas, ajenas a las propuestas por Marlatt: Eventos de Vida Estresantes y Afecto Positivo Previo al Consumo (McKay y cols., 1995). Tenía un formato autoaplicable. En cada reactivo los usuarios escogían una opción dentro de un grupo de afirmaciones en una escala tipo likert que iba de nada importante a muy importante.

Para la evaluación del CURSA se solicitó la colaboración de 10 jueces terapeutas en adicciones e investigadores, quienes evaluaron que tan claras y excluyentes son las definiciones de cada subcategoría. De la misma forma 13 jueces evaluaron la redacción del CURSA.

También 13 jueces expertos en adicciones estimaron la Validez de Contenido y aparente del CURSA, la cual se refiere a estimar los propósitos y objetivos del cuestionario a partir de cada uno de los reactivos y en su conjunto, a este tipo de validez también se le conoce como racional o lógica. Asimismo, 13 jueces analizaron la distribución de reactivos en las subescalas del cuestionario. Una vez concluidas las etapas anteriores se realizaron 2 estudios piloto con usuarios de sustancias adictivas, el primero con 6 y el segundo con 50 usuarios con la intención de cuidar la redacción final del instrumento, para que fuera adecuada y de fácil comprensión.

En los resultados del segundo estudio piloto se identificaron algunas limitaciones del CURSA que complicaban la aplicación y la obtención de información objetiva. Las principales desventajas fueron: que los usuarios consideraron la definición de recaída compleja, las instrucciones y el formato del cuestionario les parecieron confusas y mencionaron que el instrumento era muy extenso.

Debido a las dificultades encontradas en la aplicación del CURSA, se replanteó el instrumento original rescatando las observaciones hechas por los usuarios entrevistados. Y se diseñó la Entrevista de Recaídas para Sustancias Adictivas (ERSA, García & cols., 2005). La ERSA, basada en la Taxonomía de Marlatt y Gordon (1985), cuenta con un factor adicional: Afecto Positivo Previo al Consumo

(McKay y cols., 1995). La diferencia principal entre el CURSA y la ERSA es que la Entrevista es más breve, las instrucciones son más claras y es aplicada por entrevistadores previamente capacitados.

Para la evaluación de la ERSA se realizó el mismo procedimiento utilizado en el CURSA, un primer estudio piloto con 4 consumidores de sustancias y 4 no consumidores para evaluar la redacción inicial de la ERSA.

Se diseñó un cuestionario para que 10 jueces expertos en adicciones, evaluaran la redacción de la entrevista en términos de la claridad del contenido. También se creó un cuestionario para que 12 jueces expertos en adicciones evaluaran el contenido y objetivo de la ERSA. El propósito fue obtener la validez de contenido, la cual se refiere a estimar los propósitos y objetivos de la entrevista a partir de cada uno de los reactivos y en su conjunto. La validez de contenido se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide, es el grado en que la medición representa al concepto medido.

También se solicitó la colaboración de 12 jueces terapeutas e investigadores en adicciones para analizar la distribución de los reactivos en las subescalas en las que se divide el instrumento. Para esto se solicitó a los jueces que distribuyeran los ítems sin conocer la asignación original hecha por los autores. Finalmente se realizó un segundo piloteo a 10 usuarios de sustancias adictivas para evaluar la redacción en términos de claridad y comprensión del contenido final de la entrevista.

La evaluación realizada por los expertos y los resultados de los estudios piloto dieron como resultado que la ERSA quedara constituida por dos categorías generales y 9 subcategorías: I. Determinantes Intrapersonales-Ambientales (Afecto displacentero, Estados físicos negativos, Búsqueda de sensaciones positivas, Control personal, Tentación y necesidad de uso y Afecto positivo previo al consumo) y II. Determinantes Interpersonales (Problemas interpersonales, Presión social, Experiencias sociales placenteras).

A lo largo de toda la entrevista se especifican las instrucciones que sirven como guía para la persona que aplica la entrevista. La ERSA está organizada en cuatro secciones: 1. Contexto de la recaída (6 ítems), 2. Principales disparadores de recaída (27 ítems), 3. Información específica de disparadores principales (9 ítems) y 4. Otras recaídas (4 ítems).

La ERSA también incluye un apartado de *entrevista sociodemográfica*, el cual está integrado por tres áreas: datos generales, patrón de consumo y recaída. En datos generales se obtiene información como edad y sexo de los usuarios, en patrón de consumo se pregunta sobre la principal sustancia consumida, historia de consumo, cantidad y frecuencia de uso; y en recaída, se conoce la fecha de la última recaída, el tiempo de abstinencia anterior y sus causas. En esta etapa de evaluación, La ERSA quedó lista para evaluar su confiabilidad.

## CONFIABILIDAD DE LA ERSA.

### SUJETOS

Para estimar la confiabilidad de la ERSA, se entrevistó a 73 usuarios de sustancias adictivas, 69 hombres (94.5%) y 4 mujeres (5.5%), quienes en el momento de la aplicación estaban en abstinencia. La edad promedio de los participantes es de 32 años con un rango de 19 a 65 años.

### ESCENARIO

La aplicación de la entrevista se realizó en las zonas norte, centro y sur del Distrito Federal y en el Estado de México. Se contó con el apoyo de 8 instituciones dedicadas al manejo de conductas adictivas: "Centro de Servicios Psicológicos Acasulco, de la Facultad de Psicología de la UNAM", "Grupo 24 horas Viviendo sanamente", "Grupo Jóvenes Loma Linda de Alcohólicos y Narcóticos Anónimos", "Grupo Unidad Año 2000 de Alcohólicos Anónimos", "Grupo Amor y Servicio de Alcohólicos Anónimos", "Grupo Renacimiento de Alcohólicos Anónimos", "Grupo Loma Linda de Alcohólicos Anónimos" y "Centro Tzol Internacional". En todas las instituciones se buscó el ambiente adecuado para la entrevista como un espacio iluminado, ventilado y privado.

### INSTRUMENTOS

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. Cuestionario diagnóstico del consumo de sustancias: es un instrumento constituido por 13 preguntas dicotómicas elaboradas con base en los criterios del DSM-IV para la dependencia de sustancias. El cuestionario da información sobre el patrón desadaptativo del consumo de sustancias en un periodo de 12 meses, mostrando indicadores de dependencia a drogas (Oropeza, 2000). El cuestionario ha sido utilizado en el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (Oropeza, 2003) mostrando gran utilidad en la evaluación de dependencia a sustancias (Apéndice 1). En este estudio, este cuestionario se utilizó para evaluar la dependencia a sustancias de los usuarios entrevistados.
2. Entrevista de Recaídas para Sustancias Adictivas (ERSA, García, Oropeza, Vázquez e Ibarra, 2005) (Apéndice 2).

### MATERIAL DE APLICACIÓN

Cuestionario diagnóstico del consumo de sustancias, ERSA, tarjetas de respuesta y lápiz.

## PROCEDIMIENTO

Antes de iniciar con la aplicación se entrevistó a cuatro expertos en construcción de instrumentos (Profesores de la Facultad de Psicología de la UNAM) sobre el mejor procedimiento para estimar la confiabilidad de la ERSA. Los profesores determinaron que el mejor método es test-retest o repetición del mismo test con intervalo de tiempo. Debido a las características de la entrevista y la muestra estudiada, los profesores indicaron que el periodo de tiempo adecuado entre la primera y segunda aplicación es de una semana.

La aplicación de la entrevista se llevó a cabo del septiembre de 2005 a marzo de 2006. Se buscó la participación voluntaria de consumidores de distintas sustancias adictivas. La aplicación de la ERSA fue realizada por terapeutas en adicciones previamente capacitados en la entrevista. Primero se aplicó el cuestionario diagnóstico del consumo de sustancias y después la ERSA. Al hacer la primera aplicación se acordaba con los usuarios la cita para la segunda aplicación. En los casos en que los usuarios estaban internos en tratamiento, se solicitó autorización a las personas encargadas de las instituciones.

Para los fines de esta investigación se definió recaída como el primer uso de una droga (incluyendo alcohol y tabaco), rompiendo con la abstinencia. Se entrevistó a los usuarios sobre la recaída más reciente en los últimos dos años, después de permanecer en abstinencia, al menos por una semana. El objetivo de esta entrevista, fue identificar las principales causas del inicio de la recaída.

Durante las aplicaciones los entrevistadores registraron información del contexto que pudiera afectar las respuestas del usuario como la presencia de personas ajenas o la participación involuntaria. La aplicación se suspendió en casos en los que el usuario estaba bajo los efectos de la sustancia, presentaba síntomas del síndrome de abstinencia o alteraciones del pensamiento o la sensopercepción, expresadas mediante un lenguaje incoherente e incongruente, alucinaciones, ideas delirantes y errores de juicio.



## **RESULTADOS**

Los resultados de la presente investigación se dividen en tres secciones. En la primera, se describe la validez de contenido obtenida y estructura de la Entrevista de Recaídas para Sustancias Adictivas (ERSA, García, Oropeza, Vázquez e Ibarra, 2005). En la segunda, se presentan los resultados de confiabilidad de la entrevista y en la tercera, se describen las características de la muestra evaluada y los resultados de la aplicación de la ERSA.

### **1. EVALUACIÓN Y ESTRUCTURA DE LA ERSA**

#### **1.1 EVALUACIÓN POR JUECES EXPERTOS EN ADICCIONES**

Para evaluar la estructura y redacción inicial de la entrevista, se realizó un primer estudio piloto con 4 personas consumidoras de sustancias adictivas y 4 no consumidoras. De este estudio piloto se mejoró la redacción cuidando que fuera clara y comprensible. Se diseñó un cuestionario para que 12 jueces expertos en adicciones evaluaran el contenido y objetivo de la ERSA. El propósito fue obtener la validación de contenido por jueces, la cual consistió en estimar los propósitos y objetivos de la entrevista a partir de cada uno de los reactivos y en su conjunto. La validez de contenido se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide.

La validez de contenido mostró que el 91.6% (n=11) de los expertos estuvo de acuerdo en que el objetivo del instrumento es evaluar situaciones que rodean a la recaída y que obtiene información sobre los principales disparadores de recaída.

Se solicitó la colaboración de 12 jueces terapeutas e investigadores en adicciones para realizar una distribución de reactivos en las subescalas en las que se encuentra dividido el instrumento, cuidando que los expertos no conocieran la asignación original de reactivos. De esta evaluación se obtuvo el 90% de coincidencia en la distribución de reactivos con la subescala original.

Finalmente se realizó un segundo piloteo a 10 usuarios de sustancias adictivas para evaluar la redacción en términos de claridad y comprensión del contenido final de la entrevista. De los usuarios encuestados, a 9 les pareció clara toda la entrevista, sin problemas de comprensión. Un usuario marcó como confuso el ítem 4 de la sección dos de la ERSA.

De las observaciones del segundo estudio piloto, se realizaron correcciones necesarias para obtener un instrumento adecuado y de fácil comprensión para la población a la que va dirigido.

## 1.2 ESTRUCTURA DE LA ERSA

La evaluación de los expertos dio por resultado un instrumento con las siguientes características:

La ERSA quedó formada por dos categorías generales y 9 subcategorías (Tabla 16). A diferencia de la taxonomía de Marlatt, la ERSA evalúa una subcategoría más: Afecto Positivo Previo al Consumo (McKay y cols., 1995). A lo largo de toda la entrevista se especifican las instrucciones que sirven como guía para la persona que aplica (ver apéndice 2).

Tabla 16. Áreas que conforman la ERSA

| I. Determinantes Intrapersonales-Ambientales | II. Determinantes Interpersonales     |
|--|---------------------------------------|
| 1. Afecto displacentero.                     | 1. Problemas interpersonales.         |
| 2. Estados físicos negativos.                | 2. Presión social.                    |
| 3. Búsqueda de sensaciones positivas.        | 3. Experiencias sociales placenteras. |
| 4. Control personal.                         |                                       |
| 5. Tentación y necesidad de consumo.         |                                       |
| 6. Afecto positivo previo al consumo         |                                       |

La ERSA tiene 46 ítems organizados en cuatro secciones:

- ♦ **Sección 1.** Contexto de la recaída: esta sección esta formada por 6 preguntas abiertas que indagan sobre la situación que vivió el usuario cuando ocurrió la recaída, preguntan sobre el lugar, el día, la hora y la presencia o ausencia de otras personas en el momento de la recaída.
- ♦ **Sección 2.** Principales disparadores de recaída: esta sección consta de 27 ítems. Dentro de éstos, hay 9 específicos, cada uno evalúa una subcategoría de la ERSA. Identifica los principales disparadores de recaída y la influencia que tuvieron en ella. Las opciones de respuesta a estos ítems son dicotómicas. Para conocer la influencia de los disparadores se otorga al usuario una tarjeta con una escala que va desde un 0% (no influyó) hasta un 100% (influyó totalmente). Y se escribe el porcentaje dado por el usuario.
- ♦ **Sección 3.** Información específica de disparadores principales: esta sección esta formada por 9 ítems relacionados con los ítems de la sección 2. Una vez identificados los principales disparadores de recaída, el objetivo es conocerlos a fondo. Mediante esta sección se obtiene información más específica.
- ♦ **Sección 4.** Otras recaídas: esta sección está conformada por 4 ítems con opción de respuesta dicotómica. Los reactivos evalúan que tan representativa es la recaída de otras que ha tenido el usuario. Preguntan qué tanto se parece la recaída evaluada a otras que ha tenido el usuario, para esto se da una tarjeta al usuario con una escala que va desde un 0% (no se parecen) hasta un 100% (se parecen totalmente).

La ERSA también incluye un apartado llamado *entrevista sociodemográfica*, el cual está integrado por tres áreas: datos generales, patrón de consumo y recaída. En datos generales se obtiene información como edad y sexo de los usuarios, en patrón de consumo se pregunta sobre la principal sustancia consumida, historia de consumo, cantidad y frecuencia de uso; y en recaída, se conoce la fecha de la última recaída, el tiempo de abstinencia anterior y sus causas.

## 2. CONFIABILIDAD DE LA ERSA

Para estimar la confiabilidad del instrumento, se entrevistó a 73 usuarios de sustancias adictivas utilizando el procedimiento Test–retest. Mediante este procedimiento se obtiene la estabilidad temporal del instrumento. El intervalo de tiempo entre la primer y segunda aplicación fue de una semana +/- un día.

Se utilizó el procedimiento estadístico V de CRAMER a través de Crosstabs o tablas de contingencia del programa estadístico SPSS para analizar la consistencia temporal del instrumento. Mediante Crosstabs es posible comparar cada ítem antes y después, generando una correlación. En todos los ítems de la entrevista se obtuvo un nivel de significancia menor a .0001 (Tabla 17).

Para estimar el grado de relación existente entre la aplicación antes y después, se utilizó la medida de asociación V de CRAMER. Con esta medida se obtuvieron puntajes mayores a 0.70 donde el máximo es 1.00 (Tabla 17), con una moda de 0.943 y una media de .861. Los resultados indican que la relación entre pre y pos test es significativa en  $p = 0.0001$ , mostrando alta confiabilidad.

Tabla 17. Estabilidad temporal de los ítems de la ERSA

| Ítem | Contenido  | CRAMER | Significancia |
|------|--|--------|---------------|
| 1    | Se sintió mal emocionalmente   | .943   | .000          |
| 1a   | Esta situación influyó en la recaída   | .719   | .000          |
| 1b   | Qué tanto considera que influyó  | .847   | .000          |
| 2    | Se sintió mal físicamente  | .943   | .000          |
| 2a   | Esta situación influyó en la recaída   | .746   | .000          |
| 2b   | Qué tanto considera que influyó  | .723   | .000          |
| 3    | Quiso cambiar o mejorar su estado de ánimo o físico  | .919   | .000          |
| 3a   | Esta situación influyó en la recaída   | .784   | .000          |
| 3b   | Qué tanto considera que influyó  | .888   | .000          |
| 4    | Quiso probar que podía controlar el consumo, en situaciones donde era probable que consumiera. | .861   | .000          |
| 4a   | Esta situación influyó en la recaída   | .747   | .000          |
| 4b   | Qué tanto considera que influyó  | .731   | .000          |
| 5    | Sintió deseo o necesidad de consumir   | .950   | .000          |
| 5a   | Esta situación influyó en la recaída   | .950   | .000          |
| 5b   | Qué tanto considera que influyó  | .734   | .000          |
| 6    | Estaba tranquilo o tenía un buen estado de ánimo   | .718   | .000          |
| 6a   | Esta situación influyó en la recaída   | .766   | .000          |
| 6b   | Qué tanto considera que influyó  | .903   | .000          |
| 7    | Se sintió mal emocionalmente debido a problemas en su relación con otras personas              | .970   | .000          |
| 7a   | Esta situación influyó en la recaída   | .863   | .000          |
| 7b   | Qué tanto considera que influyó  | .905   | .000          |
| 8    | Sintió algún tipo de presión de otras personas para  | .943   | .000          |

|      |   |       |      |
|------|---|-------|------|
|      | consumir  |       |      |
| 8a   | Esta situación influyó en la recaída  | .763  | .000 |
| 8b   | Qué tanto considera que influyó   | .807  | .000 |
| 9    | Estaba contento en compañía de otras personas y quiso mantener o aumentar esa sensación.              | .888  | .000 |
| 9a   | Esta situación influyó en la recaída  | .727  | .000 |
| 9b   | Qué tanto considera que influyó   | .895  | .000 |
| I    | Qué emoción desagradable tuvo   | .876  | .000 |
| II   | Cuál fue el malestar físico que tuvo  | .881  | .000 |
| III  | Qué cambio o mejora quiso sentir en su estado de ánimo o físico                                       | .954  | .000 |
| IV   | Como quiso probar que podía controlar el consumo  | .956  | .000 |
| V    | Que le provocó el deseo o necesidad de consumir   | .937  | .000 |
| VI   | Que estado de ánimo agradable sintió  | .919  | .000 |
| VII  | Qué emoción desagradable tuvo por problemas en la relación con otras personas                         | .934  | .000 |
| VIII | De qué forma lo presionaron otras personas para consumir  | .775  | .000 |
| IX   | Cuál fue la sensación agradable que quiso mantener o aumentar al estar conviviendo con otras personas | 1.000 | .000 |
| 10   | Se parece esta última recaída a otras que ha tenido   | .972  | .000 |
| 10a  | Que tanto considera que se parece   | .792  | .000 |
| 11   | Se parecen las situaciones que iniciaron esta última recaída a las que han iniciado otras recaídas    | 1.000 | .000 |
| 11a  | Qué tanto considera que se parecen  | .815  | .000 |

### 3. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

#### 3.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES.

En la aplicación de la entrevista participaron 73 usuarios de sustancias adictivas, 69 hombres (94.5%) y 4 mujeres (5.5%), los cuales cumplieron con la aplicación pre y post de la ERSA.

Los participantes reportaron una edad promedio de 32 años con un rango de 19 a 65 años. El mayor número de usuarios se agrupan entre los 19 a 38 años (Fig. 5).

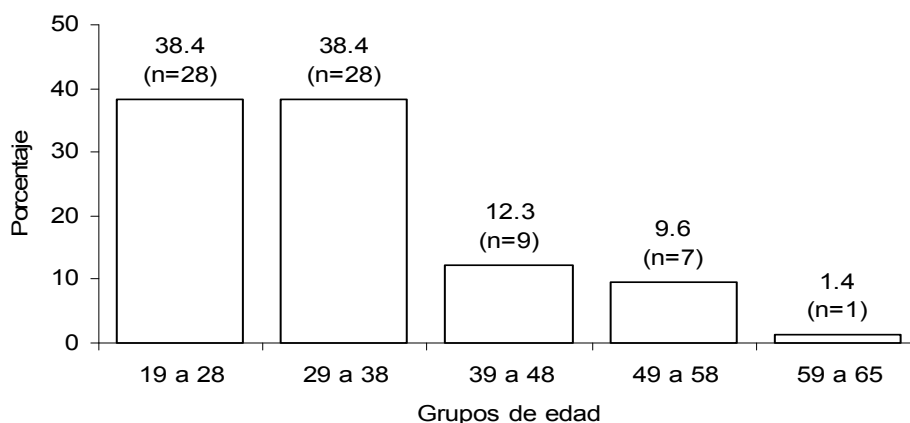


Figura 5. Edad de usuarios entrevistados

El 100% de las entrevistas se realizaron dentro de 8 instituciones que brindan servicios para el manejo de conductas adictivas. En todos los casos se cuidó el

contexto de la aplicación; buscando siempre un ambiente adecuado para la entrevista como un espacio iluminado, ventilado y privado.

En el momento de la entrevista todos los participantes estaban en abstinencia de consumo de drogas. El promedio de abstinencia entre los usuarios fue de 21 semanas en un rango de 2 a 104 semanas. En la figura 6 se observa que la mayoría de los usuarios tenían entre 2 y 22 (71.2 %) semanas de abstinencia.

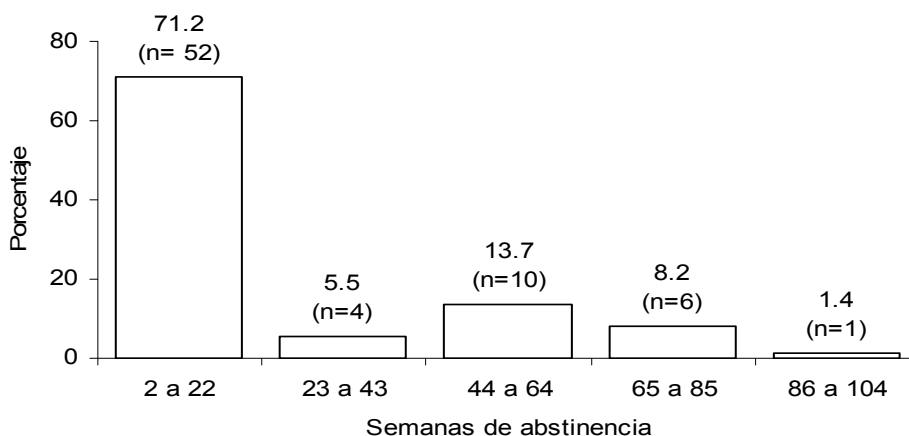


Figura 6. Tiempo de abstinencia de los usuarios en la aplicación de ERSA

### 3.2 PATRÓN DE CONSUMO

#### Sustancia principal

Como sustancia principal se determinó la que causa más problemas al usuario o por la que estaba en tratamiento en el momento de la entrevista. Las sustancias principales de mayor consumo reportadas fueron: crack (piedra) (39.7%), seguida de alcohol (27.4%). Los inhalables (activo) (2.7%) y los estimulantes tipo anfetamínico (EsTa) (cristal) (2.7%) fueron las menos consumidas. En la tabla 18 se presentan las sustancias principales utilizadas por las personas entrevistadas.

Tabla 18. Sustancia principal.

| Sustancia                             | No. de usuarios | Porcentaje |
|---------------------------------------|-----------------|------------|
| Crack <sup>1</sup>                    | 29              | 39.7       |
| Alcohol                               | 20              | 27.5       |
| Mariguana                             | 7               | 9.6        |
| Tabaco                                | 7               | 9.6        |
| Cocaína <sup>2</sup>                  | 6               | 8.2        |
| Inhalables                            | 2               | 2.7        |
| Estimulantes tipo anfetamínico (EsTa) | 2               | 2.7        |
| <b>Total</b>                          | <b>73</b>       | <b>100</b> |

1. Cocaína en piedra  
2. Cocaína en polvo

## Tiempo de consumo de la sustancia principal

El tiempo de consumo de la sustancia principal mencionado por los participantes fue, en promedio, de 10 años, con un rango de 1 a 38 años. El tiempo de consumo mas reportado fue de 1 a 8 años (58.9%) (Fig. 7).

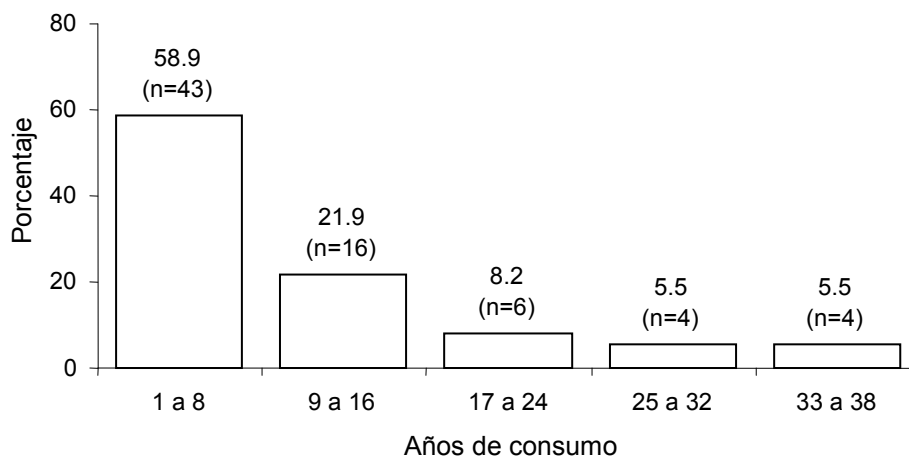


Figura 7. Tiempo de consumo de la sustancia principal

## Frecuencia de consumo de la sustancia principal

La frecuencia de consumo mas reportada fue “diario” con un 56.2%, seguida de “2 a 3 veces por semana” con 26%, en la tabla 19 se presentan las frecuencias de consumo reportadas por los usuarios entrevistados.

Tabla 19. Frecuencia de consumo de sustancia principal

| Frecuencia de consumo  | No. de usuarios | Porcentaje |
|------------------------|-----------------|------------|
| Diario                 | 41              | 56.2       |
| 4 veces por semana     | 7               | 9.6        |
| 2 a 3 veces por semana | 19              | 26.0       |
| 1 vez por semana       | 2               | 2.7        |
| 2 a 3 veces al mes     | 4               | 5.5        |
| <b>Total</b>           | <b>73</b>       | <b>100</b> |

## Cantidad de consumo

Para estimar la cantidad de sustancia que los usuarios emplearon por ocasión de consumo, se tomó como referencia la tabla 20.

Tabla 20. Unidades de referencia para estimar la cantidad de consumo

| Sustancia         | Referencia | Cantidad aproximada                               |
|-------------------|------------|---|
| Crack y cocaína   | Grapa      | 0.25 gr.  |
| Alcohol           | Copa       | Destilados (whisky, ron, tequila, brandy): 43 ml. |
| Mariguana         | Cigarro    | 2.00 gr.  |
| Tabaco (nicotina) | Cigarro    | 0.75 gr.  |
| Inhalables        | Mona       | 7 ml.   |
| EsTa              | Globos     | 0.25 gr.  |

La cantidad por ocasión de consumo, se refiere al número de grapas, copas, cigarras, monas y globos utilizados durante un día de consumo. Estas cantidades se reportan en un rango de 1 a 48 referencias, con variación entre una y otra droga (Tablas 21 a la 27).

Tabla 21. Cantidad por ocasión de consumo (crack)

| <b>Crack</b>          |                |              |                |              |               |               |                 |
|-----------------------|----------------|--------------|----------------|--------------|---------------|---------------|-----------------|
| Referencia (cantidad) | 2<br>(0.5 gr.) | 4<br>(1 gr.) | 6<br>(1.5 gr.) | 8<br>(2 gr.) | 12<br>(3 gr.) | 16<br>(4 gr.) | 18<br>(4.5 gr.) |
| Sujetos (%)           | 3<br>(4.2)     | 7<br>(9.7)   | 2<br>(2.8)     | 4<br>(5.6)   | 1<br>(1.4)    | 2<br>(2.8)    | 1<br>(1.4)      |

| <b>Crack (continuación)</b> |               |               |               |                 |               |              |
|-----------------------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|
| Referencia (cantidad)       | 20<br>(5 gr.) | 24<br>(6 gr.) | 28<br>(7 gr.) | 30<br>(7.5 gr.) | 32<br>(8 gr.) | Total        |
| Sujetos (%)                 | 3<br>(4.2)    | 3<br>(4.2)    | 1<br>(1.4)    | 1<br>(1.4)      | 1<br>(1.4)    | 29<br>(39.7) |

Tabla 22. Cantidad por ocasión de consumo (alcohol)

| <b>Alcohol</b>        |                |                 |                 |               |                 |               |              |
|-----------------------|----------------|-----------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|
| Referencia (cantidad) | 6<br>(250 ml.) | 12<br>(500 ml.) | 17<br>(750 ml.) | 24<br>(1 lt.) | 36<br>(1 ½ lt.) | 48<br>(2 lt.) | Total        |
| Sujetos (%)           | 2<br>(2.8)     | 3<br>(4.2)      | 1<br>(1.4)      | 6<br>(8.3)    | 2<br>(2.8)      | 6<br>(8.3)    | 20<br>(27.5) |

Tabla 23. Cantidad por ocasión de consumo (mariguana)

| <b>Mariguana</b>      |              |              |              |               |                |                |                |            |
|-----------------------|--------------|--------------|--------------|---------------|----------------|----------------|----------------|------------|
| Referencia (cantidad) | 1<br>(2 gr.) | 2<br>(4 gr.) | 3<br>(6 gr.) | 6<br>(12 gr.) | 10<br>(20 gr.) | 16<br>(32 gr.) | 20<br>(40 gr.) | Total      |
| Sujetos (%)           | 1<br>(1.4)   | 1<br>(1.4)   | 1<br>(1.4)   | 1<br>(1.4)    | 1<br>(1.4)     | 1<br>(1.4)     | 1<br>(1.4)     | 7<br>(9.6) |

Tabla 24. Cantidad por ocasión de consumo (tabaco)

| <b>Tabaco</b>         |              |                  |                  |                |                |            |
|-----------------------|--------------|------------------|------------------|----------------|----------------|------------|
| Referencia (cantidad) | 4<br>(3 gr.) | 14<br>(10.5 gr.) | 18<br>(13.5 gr.) | 20<br>(15 gr.) | 28<br>(21 gr.) | Total      |
| Sujetos (%)           | 1<br>(1.4)   | 3<br>(4.2)       | 1<br>(1.4)       | 1<br>(1.4)     | 1<br>(1.4)     | 7<br>(9.6) |

Tabla 25. Cantidad por ocasión de consumo (cocaína)

| <b>Cocaína</b>        |           |           |            |            |             |         |
|-----------------------|-----------|-----------|------------|------------|-------------|---------|
| Referencia (cantidad) | 4 (1 gr.) | 8 (2 gr.) | 16 (4 gr.) | 20 (5 gr.) | 40 (10 gr.) | Total   |
| Sujetos (%)           | 2 (2.8)   | 1 (1.4)   | 1 (1.4)    | 1 (1.4)    | 1 (1.4)     | 6 (8.2) |

Tabla 26. Cantidad por ocasión de consumo (inhalables)

| <b>Inhalables</b>     |            |              |         |
|-----------------------|------------|--------------|---------|
| Referencia (cantidad) | 2 (14 ml.) | 17 (250 ml.) | Total   |
| Sujetos (%)           | 1 (1.4)    | 1 (1.4)      | 2 (2.7) |

Tabla 27. Cantidad por ocasión de consumo (EsTa)

| <b>Estimulantes tipo anfetamínico</b> |             |           |         |
|---------------------------------------|-------------|-----------|---------|
| Referencia (cantidad)                 | 2 (0.5 gr.) | 4 (1 gr.) | Total   |
| Sujetos (%)                           | 1 (1.4)     | 1 (1.4)   | 2 (2.7) |

### **Sustancia secundaria y terciaria**

El 42.5% (n=31) de los participantes reportaron consumir una segunda sustancia, entre las mencionadas están: alcohol 13.7% (n=10), crack 11% (n=8), cocaína 5.5% (n=4), marihuana 5.5% (n=4), estimulantes tipo anfetamínico 4.2% (n=3) y tabaco 1.4% (n=1).

El 12.3% (n=9) de los participantes reportó consumir una tercera sustancia, entre ellas: marihuana, crack, inhalables y alcohol.

### **Diagnóstico de dependencia**

En el Cuestionario Diagnóstico de Consumo de drogas (Oropeza, 2000), los participantes reportaron en promedio 10 síntomas de dependencia al abuso de drogas, con un rango de 6 a 13 (Tabla 28). El diagnóstico para todos los casos fue dependiente.

Tabla 28. Número de síntomas de dependencia a sustancias

| <b>No. síntomas</b> | <b>No. de usuarios</b> | <b>Porcentaje</b> |
|---------------------|------------------------|-------------------|
| De 6 a 8            | 16                     | 21.9              |
| De 9 a 11           | 30                     | 41.2              |
| De 12 a 13          | 27                     | 36.9              |
| <b>Total</b>        | <b>73</b>              | <b>100</b>        |



### 3.3 RECAÍDA

Todos los participantes tenían presente el recuerdo de la última recaída. Las cuales tuvieron lugar en los últimos dos años, de enero del 2004 a febrero del 2006.

#### Abstinencia anterior a la recaída

Antes de la recaída, el 83.6% (n=61) de los participantes tuvieron una abstinencia voluntaria y el 16.4% (n=12) tuvieron una abstinencia forzada (fig. 8). En los casos de abstinencia forzada se mencionan situaciones en las que los usuarios estuvieron anexados contra su voluntad en instituciones públicas o privadas para el manejo de las adicciones o, en las que los usuarios fueron amenazados con ser despedidos de sus empleos y/o corridos de sus hogares.

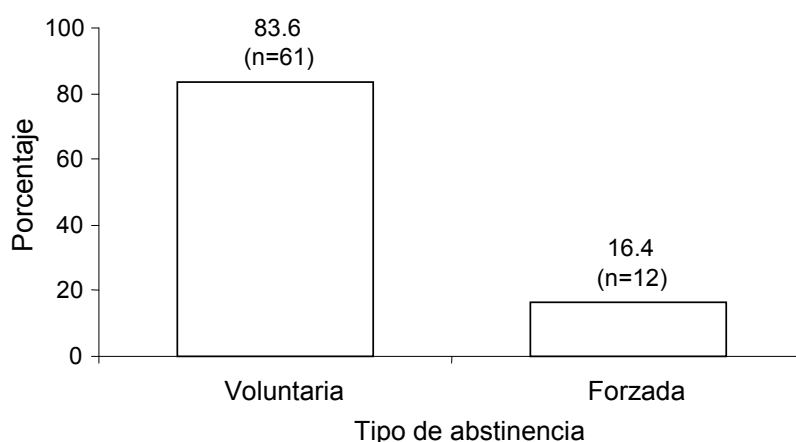


Figura 8. Tipo de abstinencia anterior a la recaída.

La duración de la abstinencia anterior a la recaída se reportó en un rango de 1 a 260 semanas (fig. 9). El 90.4% de los usuarios, mencionó tener entre 1 a 51 semanas de abstinencia antes de la recaída.

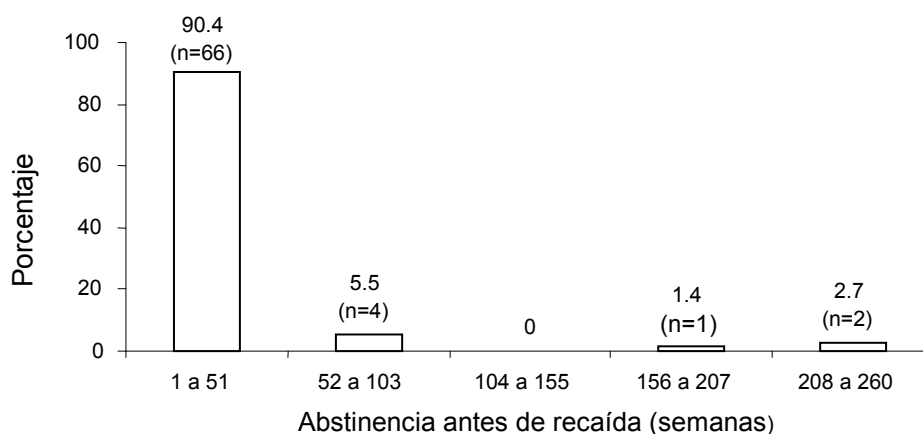


Figura 9. Tiempo de abstinencia anterior a la recaída

## Contexto de la recaída

Las situaciones de recaída principalmente reportadas son las negativas (45.2%), seguidas por las de tentación (37.0%) y finalmente las positivas (17.8%) (fig. 10). Dentro de las *Situaciones Negativas* de recaída se agruparon: Afecto displacentero, Estados físicos negativos y Problemas Interpersonales. En *Situaciones Positivas* se clasificaron: Afecto Positivo Previo al Consumo, Búsqueda de Sensaciones Positivas y Experiencias Sociales Placenteras. Y en *Situaciones de Tentación* se ordenaron: Control Personal, Tentación de Consumo y Presión Social.

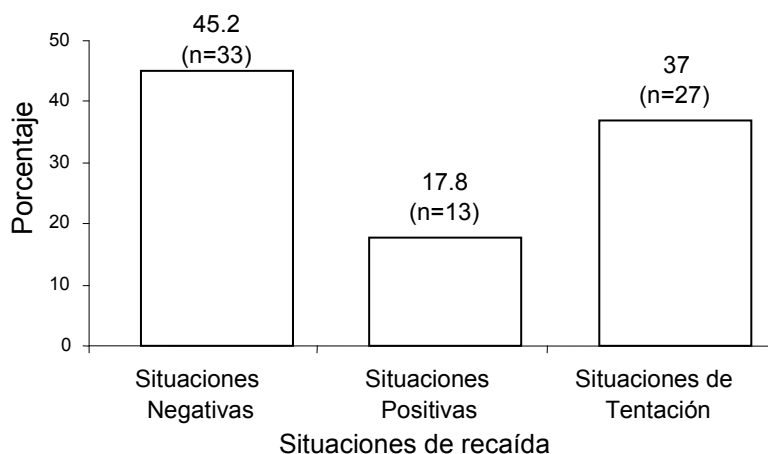


Figura 10. Situaciones de Recaída

Las *Situaciones Negativas* que obtuvieron mayor puntaje fueron las relacionadas con **Afecto displacentero (64.4%)** (Fig. 11). Los afectos displacenteros más reportaron fueron: depresión, soledad y frustración.

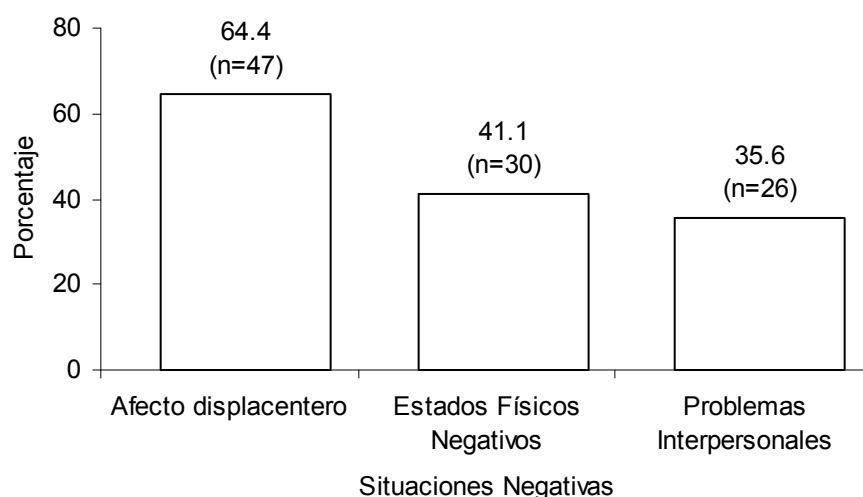


Figura 11. Situaciones Negativas de Recaída

Los *estados físicos negativos* más mencionados fueron: tensión, dolor (cabeza, pecho y riñones) y cansancio o sueño. Las principales emociones negativas desencadenadas por problemas interpersonales fueron: menosprecio, enojo (principalmente con familiares) y frustración.

Dentro de las *Situaciones Positivas*, las que obtuvieron mayor puntaje fueron las relacionadas con **Búsqueda de Sensaciones Positivas (43.8%)** (Fig. 12). Las sensaciones positivas que más buscaban los usuarios al consumir fueron: sentirse mejor de lo que se sentían, sentirse contentos, quitar dolor y olvidar.

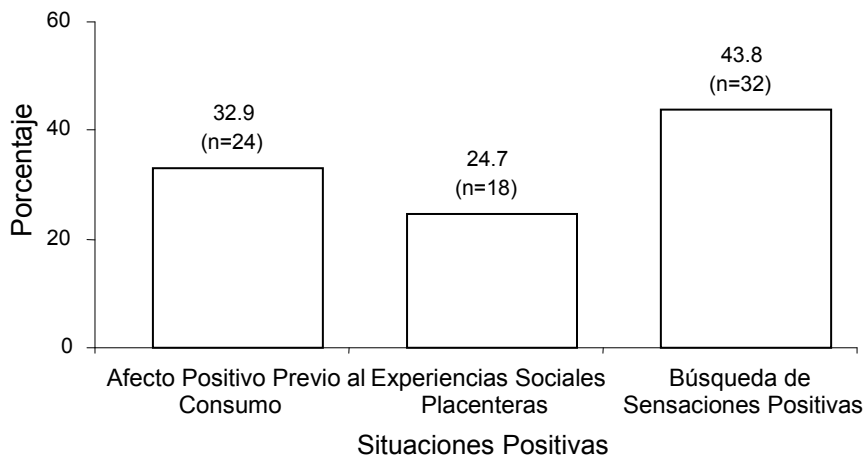


Figura 12. Situaciones Positivas de Recaída

Los principales afectos positivos previos al consumo fueron: buen humor o alegre, feliz por como salían las cosas y confiado en que nada pasaba. Las experiencias sociales placenteras que más reportaron fueron: estar feliz pasando un buen rato en reunión con amigos y familiares, el festejo de algún evento especial con amigos y familiares y sentirse integrado a un grupo de amigos en una reunión.

En las *Situaciones de Tentación*, la categoría que más se reportó fue **tentación de consumo (83.6%)** (Fig. 13). Los factores que se mencionaron como principales disparadores de deseo fueron: ver a los antiguos compañeros de consumo, estar cerca o en el lugar donde anteriormente consumía y ver objetos relacionados con el consumo.

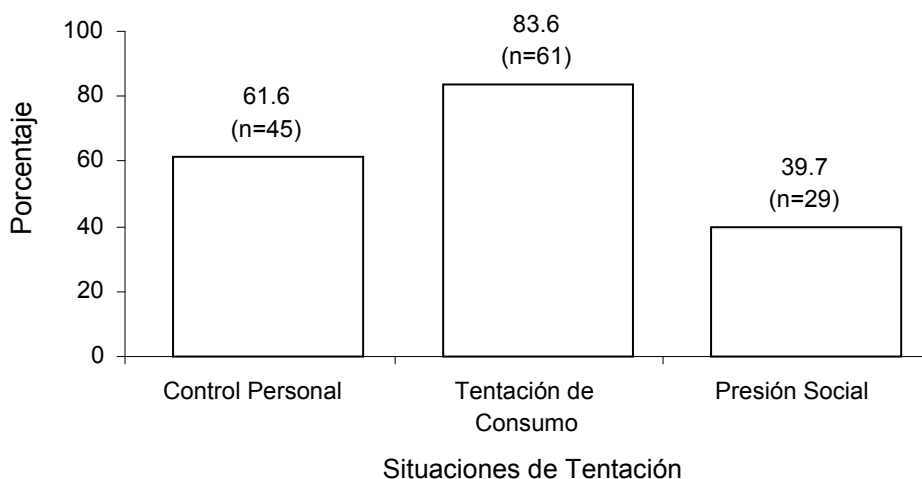


Figura 13. Situaciones de Tentación de Recaída

En control personal, se mencionó: consumir un poco de la sustancia y detener el consumo, a fuerza de voluntad poder estar en lugares donde consumía y no consumir, y controlar situación de riesgo por estar en tratamiento. En presión social se reportó: alguien lo invitó a consumir; estaba con un grupo de personas que lo presionaron para consumir y sintió que no podía negarse; y encontró a la persona que le vendía drogas y lo presionó a consumir.

Las situaciones de recaída en relación con la edad, se observa que entre los usuarios de 19 a 28 años las principales situaciones de recaída fueron las negativas, a diferencia del grupo de 29 a 38 años quienes mencionaron las de tentación (tabla 29).

Tabla 29. Situaciones de recaída y edad (frecuencias)

| Situaciones de recaída | Grupos de edad |           |          |          |          | total     |
|------------------------|----------------|-----------|----------|----------|----------|-----------|
|                        | 19 a 28        | 29 a 38   | 39 a 48  | 49 a 58  | 59 a 65  |           |
| Negativas              | 19             | 5         | 5        | 4        | 0        | 33        |
| Positivas              | 3              | 7         | 2        | 1        | 0        | 13        |
| Tentación              | 6              | 16        | 2        | 2        | 1        | 27        |
| <b>Total</b>           | <b>28</b>      | <b>28</b> | <b>9</b> | <b>7</b> | <b>1</b> | <b>73</b> |

Los usuarios con 1 a 8 años de consumo de sustancias, reportaron como situaciones principales de recaída las negativas. Los usuarios con 9 a 16 años de consumo mencionaron con similar probabilidad de ocurrencia las situaciones negativas, positivas y de tentación (tabla 30).

Tabla 30. Situaciones de recaída y tiempo de consumo de sustancia principal (frecuencias)

| Situaciones de recaída | Tiempo de consumo (años) |           |          |          |          | total     |
|------------------------|--------------------------|-----------|----------|----------|----------|-----------|
|                        | 1 a 8                    | 9 a 16    | 17 a 24  | 25 a 32  | 33 a 38  |           |
| Negativas              | 23                       | 5         | 0        | 2        | 3        | 33        |
| Positivas              | 5                        | 5         | 2        | 1        | 0        | 13        |
| Tentación              | 15                       | 6         | 4        | 1        | 1        | 27        |
| <b>Total</b>           | <b>43</b>                | <b>16</b> | <b>6</b> | <b>4</b> | <b>4</b> | <b>73</b> |

Con respecto a los síntomas de dependencia a sustancias, los usuarios con 6 a 8 síntomas reportaron como principales situaciones de recaída las de tentación, y los usuarios con 9 a 11 y 12 a 13 síntomas las negativas (Tabla 31).

Tabla 31. Situaciones de recaída y síntomas de dependencia (frecuencias)

| Situaciones de recaída | Número de síntomas |           |           | total     |
|------------------------|--------------------|-----------|-----------|-----------|
|                        | 6 a 8              | 9 a 11    | 12 a 13   |           |
| Negativas              | 6                  | 16        | 11        | 33        |
| Positivas              | 2                  | 4         | 7         | 13        |
| Tentación              | 8                  | 10        | 9         | 27        |
| <b>Total</b>           | <b>16</b>          | <b>30</b> | <b>27</b> | <b>73</b> |

Con respecto al día de la semana en que inició la recaída, el de mayor frecuencia fue sábado 26%, seguido de viernes 19.2%, estos datos se observan en la tabla

32. Cabe mencionar que un 17.8% de la muestra mencionó no recordar el día en que inició la recaída.

Tabla 32. Día de inicio de la recaída

| Día de la semana | No. de usuarios | Porcentaje |
|------------------|-----------------|------------|
| Lunes            | 3               | 4.1        |
| Martes           | 4               | 5.5        |
| Miércoles        | 10              | 13.4       |
| Jueves           | 6               | 8.2        |
| Viernes          | 14              | 19.2       |
| Sábado           | 19              | 26.0       |
| Domingo          | 4               | 5.5        |
| No recuerda      | 13              | 17.8       |
| <b>Total</b>     | <b>73</b>       | <b>100</b> |

La hora del día mencionada por los usuarios va de un rango de 02:00 a 23:00 hrs. Con un promedio de 16:00, y una moda de 21:00 hrs. Cuatro usuarios reportaron no recordar la hora en que inició la recaída.

Por otro lado, el 78.1% (n=57) de los usuarios reportaron estar con otras personas cuando inició la recaída. La tabla 33 indica con qué otras personas estaban los usuarios. El 21.9% (n=16) de los participantes estaban solos en el inicio de la recaída.

Las categorías utilizadas para clasificar a las personas fueron 5: 1. Conocidos y compañeros de trabajo (compañeros de trabajo, conocido, otros consumidores, vecinos), 2. Amigo (amigo de AA, cuates, banda musical, amigos de escuela, cuates de consumo, amigo), 3. Familiar (hermano, hijas, compadre), 4. Pareja (novia, esposa) y Proveedor o cualquier persona (proveedor, dealer, cliente, desconocidos).

Tabla 33. Personas en el momento de la recaída

| Personas                           | No. de usuarios | Porcentaje |
|------------------------------------|-----------------|------------|
| Amigo                              | 30              | 41.1       |
| Solo                               | 16              | 21.9       |
| Pareja                             | 11              | 15.1       |
| Conocido o compañero de trabajo    | 8               | 11.0       |
| Familiar                           | 7               | 9.6        |
| Proveedor o cualquier otra persona | 1               | 1.4        |
| <b>Total</b>                       | <b>73</b>       | <b>100</b> |

Los usuarios que estaban con otra persona cuando ocurrió la recaída, reportaron las situaciones negativas y las de tentación con similar probabilidad de ocurrencia en la recaída. Los usuarios que se encontraban solos reportaron las negativas (Tabla 34).

Tabla 34. Situaciones de recaída y presencia de otras personas (frecuencias)

| Situaciones de recaída | Presencia de otras personas |           | Total     |
|------------------------|-----------------------------|-----------|-----------|
|                        | Si                          | No        |           |
| Negativas              | 21                          | 12        | 33        |
| Positivas              | 12                          | 1         | 13        |
| Tentación              | 24                          | 3         | 27        |
| <b>Total</b>           | <b>57</b>                   | <b>16</b> | <b>73</b> |

Con respecto al lugar en el que se encontraban los usuarios al presentarse la recaída, mencionan la casa en primer lugar 35.6% (n=26), seguida de lugares públicos 34.2% (n=25).

En la tabla 35 de presentan los lugares mencionados por los usuarios: Casa (casa donde siempre consumía, su casa, departamento, casa de un familiar, casa de amigo o conocido, cuando no es reunión), Automóvil: (camioneta y taxi), Escuela y trabajo (trabajo, saliendo de trabajar y escuela), Al aire libre (calle, campo de fútbol abandonado, parque, cerca de donde el vivía) y Lugar publico (auditorio, iglesia, salón de fiestas, cantina, antro, bar, hotel, vecindad, taller mecánico, deportivo, reunión, fiestas y casa de conocido, cuando es reunión).

Tabla 35. Lugar de consumo en el momento de la recaída

| Lugar             | No. de usuarios | Porcentaje |
|-------------------|-----------------|------------|
| Casa              | 26              | 35.6       |
| Lugar público     | 25              | 34.2       |
| Al aire libre     | 14              | 19.2       |
| Escuela o trabajo | 5               | 6.8        |
| Automóvil         | 3               | 4.1        |
| <b>Total</b>      | <b>73</b>       | <b>100</b> |

Los usuarios que se encontraban en casa reportaron principalmente las situaciones de recaída negativas y los que estaban en lugares públicos las positivas. Por otro lado, los usuarios que estaban al aire libre mencionaron con similar probabilidad de ocurrencia las negativas y las de tentación (Tabla 36).

Tabla 36. Situaciones de recaída y lugar (frecuencias)

| Situaciones de recaída | Lugar     |               |            |                   |           | total     |
|------------------------|-----------|---------------|------------|-------------------|-----------|-----------|
|                        | Casa      | Lugar público | Aire libre | Escuela o trabajo | Automóvil |           |
| Negativas              | 15        | 7             | 6          | 2                 | 3         | 33        |
| Positivas              | 2         | 10            | 1          | 0                 | 0         | 13        |
| Tentación              | 9         | 8             | 7          | 3                 | 0         | 27        |
| <b>Total</b>           | <b>26</b> | <b>25</b>     | <b>14</b>  | <b>5</b>          | <b>3</b>  | <b>73</b> |

Es importante mencionar que los resultados observados en las tablas 29, 30, 31, 34 y 36, deben ser tomados con precaución ya que estos análisis no se realizaron con grupos homogéneos, lo cual limita la calidad del análisis.

### **Otras recaídas**

Finalmente en la pregunta de otras recaídas, el 58.9 de los sujetos entrevistados mencionó que la recaída evaluada es similar a otras que han tenido (Tabla 37).

Tabla 37. Similitud de la recaída evaluada con otras recaídas

| <b>Otras recaídas</b> | <b>No. de usuarios</b> | <b>Porcentaje</b> |
|-----------------------|------------------------|-------------------|
| Si                    | 43                     | 58.9              |
| No                    | 30                     | 41.1              |
| <b>Total</b>          | <b>73</b>              | <b>100</b>        |

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue el desarrollo y confiabilidad de la Entrevista de Recaídas para Sustancias Adictivas (ERSA, García, Oropeza, Vázquez e Ibarra, 2005). La discusión de las implicaciones de los hallazgos de este estudio está organizada en cinco secciones: confiabilidad de la ERSA; comparación con otras entrevistas de recaída; resultados de la ERSA y comparación con estudios semejantes; limitaciones, sugerencias y finalmente la conclusión del estudio.

Respecto a la confiabilidad de la ERSA, los resultados de este estudio, muestran que la entrevista tiene consistencia temporal. Por lo anterior, se puede afirmar que las respuestas dadas por los usuarios no se debieron a la casualidad. Revelando confiabilidad en la estabilidad del instrumento. Obtener la confiabilidad en un instrumento de medición es importante debido a que, actualmente, en el ámbito de la psicología, los instrumentos de evaluación requieren dos propiedades psicométricas para una medición objetiva; confiabilidad y validez. Confiabilidad entendida como la exactitud y precisión de un procedimiento de medición y validez, concebida como el grado en que un instrumento mide lo que pretende medir realmente (Thorndike & Hagen, 1975).

Si bien la confiabilidad no es la única característica de los instrumentos de medición, sí es una condición necesaria para el análisis de los resultados de la investigación científica y su interpretación. Además de ésta es necesario contar con validez. Con respecto a este tema, la ERSA cuenta con un tipo de validez llamada, aparente y de contenido para evaluar situaciones de recaída.

De la ERSA también se debe evaluar la validez relacionada con el criterio (validez predictiva). De esta manera se obtendría un estándar o criterio sobre el cual comparar las recaídas de un usuario con las del resto de la población. Esta comparación con una distribución, ayudaría en el ámbito terapéutico a la evaluación de disparadores de recaída porque permitiría conocer la tipicidad de la recaída del usuario con respecto a otras.

Además de contar con características psicométricas como la confiabilidad y validez, La ERSA debe contar con una utilidad clínica. Este aspecto es muy importante ya que se trata de un instrumento que tiene por objetivo la evaluación de recaídas en usuarios que asisten a tratamiento para el manejo de conductas adictivas. Este instrumento será utilizado principalmente en el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC, Oropeza, 2003).

Mediante la ERSA, se puede obtener información sobre los principales disparadores de recaída en usuarios que intentan modificar su consumo. Esta información servirá para mejorar la calidad de las intervenciones terapéuticas, haciéndolas más eficaces en el área de prevención de recaídas.

El conocer la utilidad clínica de la ERSA es otra forma en que se puede evaluar el instrumento, aspecto que se obtendrá mediante su utilización en la práctica.



Estimar la confiabilidad de la ERSA es un primer paso en la evaluación del instrumento, el siguiente paso es obtener la validez, aspecto que se lograría con el aumento en la cantidad de casos.

Con respecto a la ERSA en comparación con otras entrevistas de recaída, se observó que en la literatura relacionada con el tema de las recaídas, se describen dos entrevistas desarrolladas con el mismo propósito que la ERSA, la Cocaína Relapse Interview (CRI, McKay, Rutherford, Alterman, Cacciola, & Kaplan, 1994) y la Relapse Interview (RI, Miller & Marlatt 1996).

La CRI es una entrevista estructurada que examina factores asociados con el inicio, curso y terminación de episodios de recaídas. Su aplicación dura aproximadamente 30 minutos. Consta de 100 ítems distribuidos en seis secciones que evalúan: información de la recaída, experiencias del sujeto un día y una semana antes de la recaída y atribuciones de la causa principal del inicio, curso y terminación de la recaída. La CRI es fundamentada en el trabajo de Marlatt y Gordon (1985). En su estudio McKay y cols. (1995) la aplicaron a una muestra de 95 usuarios dependientes de cocaína.

Miller y Marlatt (1996) desarrollaron la relapse interview (RI). Una entrevista estructurada de 23 ítems que indagan sobre la abstinencia, día de la recaída, hora de inicio, la principal razón del inicio de la recaída, los factores del contexto, pensamientos, emociones y sentimientos que pudieron disparar el consumo, el lugar y presencia de otras personas.

La ERSA en comparación con la CRI es más corta. Su aplicación dura aproximadamente 15 minutos y es menos cansada para el entrevistado ya que consta de 46 ítems. Otra ventaja práctica es que solo evalúa los aspectos relacionados con el inicio de la recaída a diferencia de la CRI que indaga también sobre el curso y su terminación.

En comparación con la RI, la ERSA evalúa las ocho subcategorías de Marlatt (1985), además de afecto positivo previo al consumo. Factor que se ha mencionado en la literatura y en la clínica de las adicciones como un disparador importante de recaídas. En este estudio el 32.9% (n=24) de los usuarios mencionó el afecto positivo previo al consumo como principal situación de recaída.

A diferencia de la CRI y la RI, la ERSA obtiene puntajes sobre la influencia de las situaciones sobre la recaída. Estos puntajes son dados por los usuarios con base en su perspectiva de cuanto consideran que influyó cada situación en su recaída. Es decir, se da la oportunidad al usuario de que evalúe su recaída e identifique los disparadores que más influyeron. Además la ERSA los analiza a profundidad estos disparadores.

Otra diferencia importante es que la ERSA indaga la representatividad de la recaída evaluada de otras que ha tenido el usuario. Es decir, pregunta si se parecen los disparadores de esta recaída a los de otras y qué tanto se parecen, el puntaje nuevamente lo da el usuario dependiendo de sus experiencias de recaída.

Una ventaja en la información diagnóstica del usuario es que en la ERSA se presentan los datos de patrón de consumo (sustancia, frecuencia, cantidad, y tiempo de consumo) de la muestra estudiada lo que no está considerado en la CRI y la RI. El conocer esta información nos amplía el contexto clínico en el que ocurre la recaída.

Por tanto, la ERSA, en comparación con las otras entrevistas mencionadas cuenta con ventajas prácticas, de aplicación y de obtención de información diagnóstica que permiten conocer de manera rápida y a profundidad el patrón de recaídas en los usuarios evaluados.

Es interesante analizar los disparadores mas frecuentes de recaída encontrados en este estudio y compararlos con los descritos en otras investigaciones. Como se describió en el método y resultados, para estimar la confiabilidad de la ERSA se entrevistó a 73 usuarios de diferentes sustancias adictivas.

El análisis de edad en relación con situaciones de recaída muestra que los usuarios con 19 a 28 años reportaron como principales situaciones de recaída las negativas mientras que los del grupo de 29 a 38 años las situaciones de tentación. Esto sugiere que a menor edad, los disparadores de recaída están más asociados con afectos displacenteros y problemas en la relación con otras personas. Por otro lado a mayor edad, el consumo se va asociando a más factores (lugares, personas, situaciones) provocando que la reanudación del consumo esté ligado a la presencia de señales asociadas al uso de sustancias.

Los datos del patrón de consumo indican que a pesar de que la mayoría de los usuarios tiene relativamente pocos años de consumo (1 a 8 años) este es muy frecuente (diario) y en grandes cantidades (crack de .5 a 8 gr., alcohol de 250 ml. a 2 lt., marihuana de 2 a 40 gr., tabaco de 3 a 21 gr., cocaína de 1 a 10 gr., inhalables de 14 a 250 ml. y EsTa de .5 a 1 gr.). Los usuarios con 1 a 8 años de consumo, mencionaron como situaciones principales de recaída las negativas, mientras que los usuarios entre 9 a 16 años mencionaron con similar probabilidad de ocurrencia los tres tipos de situaciones (negativas, positivas y tentación).

El número de síntomas de dependencia también marca diferencias en cuanto a las situaciones de recaída se refiere, por ejemplo, los usuarios con 6 a 8 síntomas reportaron como principales situaciones de recaída las de tentación, y los usuarios con 9 a 13 síntomas las negativas. Esto sugiere que en un nivel de dependencia leve las recaídas se asocian con deseo disparado por factores relacionados con el consumo. Por otro lado, en un nivel de dependencia mayor, las recaídas se asocian a emociones desagradables que surgen de los problemas relacionados con el consumo por ejemplo, problemas interpersonales, laborales, afectivos, etc.

Es importante mencionar que las conclusiones derivadas sobre la edad, tiempo de consumo y síntomas de dependencia; y su relación con situaciones de recaída, de este estudio deben tomarse con cautela ya que los grupos de análisis no son homogéneos.

Algunas relaciones encontradas en la aplicación de la ERSA pueden ser de gran utilidad en el manejo del usuario. Por ejemplo, el conocer la abstinencia anterior a

la recaída es importante. La forma en que se presente y su mantenimiento esta relacionada con los disparadores que inician la recaída. Por ejemplo, en casos de abstinencia forzada, al salir los usuarios de anexos, inmediatamente buscan la droga para “desquitarse” de quién los internó contra su voluntad. El 10.9% de los usuarios con abstinencia forzada estuvo relacionado con situaciones negativas de recaída, sobre todo con emociones desagradables.

A nivel general, las situaciones de recaída más reportadas por la población estudiada en esta tesis son las negativas, seguidas por las de tentación y finalmente las positivas. Dentro de las áreas que evalúa la ERSA las más mencionadas fueron: tentación de consumo, afectos displacenteros, control personal, búsqueda de sensaciones positivas, estados físicos negativos y presión social.

Cabe mencionar que los datos obtenidos en este estudio, coinciden con los descritos por Litman (1986). Litman evaluó situaciones de recaída entre alcohólicos, derivando cuatro situaciones de alto riesgo: estados emocionales negativos; emociones desagradables por relaciones sociales interpersonales; situaciones externas asociadas previamente con el consumo y control personal con disminución en la vigilancia cognitiva y uso de racionalizaciones para justificar el tomar una copa (Donovan, 1996). En los resultados de la ERSA, a diferencia de los de Litman las emociones negativas desencadenadas de Problemas interpersonales fueron de las menos reportadas como disparador de recaída.

Mckay y colaboradores (1995) también reportan resultados similares a los presentados en esta investigación. Ellos indican que las situaciones que ocurrieron con mayor frecuencia entre usuarios de cocaína en el inicio de la recaída fueron: falta de drogas, estar solo, tener dinero y sentimientos de soledad y aburrimiento. Los resultados de la ERSA indican que en la población que consume cocaína (incluyendo crack) mencionaron como principales situaciones de recaída las negativas, seguidas por las de tentación.

Marlatt y Gordon analizaron una muestra de 137 usuarios en programas de tratamiento para alcoholismo, tabaco y heroína. Evaluaron los factores asociados con el primer consumo después del tratamiento (Connors & cols., 1996). En su estudio, mostraron que los disparadores de mayor incidencia para la presencia de recaídas son afectos displacenteros, seguida de presión social, conflictos interpersonales y situaciones asociadas con urgencia y tentación de uso (Marlatt, 1996). Es importante resaltar que en los resultados de la ERSA, los Afectos displacenteros y la tentación de consumo, generada por señales asociados al consumo, también fueron los principales disparadores de recaída.

Así mismo, los resultados de este estudio son comparables con los presentados en diversas investigaciones, las cuales han encontrado que los disparadores más comunes de recaída son: estrés y estados emocionales positivos (Gordon, 2003); confianza en habilidades de afrontamiento y depresión (Weiss & cols, 1992).

En otro estudio donde se analizó una muestra de 180 usuarios de alcohol y heroína, los investigadores reportaron que entre las principales disparadores de

recaída están las emociones negativas, control personal, presión social y tentación de consumo (El, El, Sheik & Bashir, 2004).

Los datos del día de la semana y hora en que inició la recaída dejan observar que se presentan más recaídas en fin de semana, al término de actividades escolares y laborales cuando los usuarios disponen de periodos de tiempo libre y pueden recuperarse de los efectos de la sustancia. En este sentido, McKay y cols. (1995) también concluyen que la mayoría de los usuarios recaen cuando tienen la motivación (deseo, sentimientos de soledad y aburrimiento), los medios (dinero) y la oportunidad (tiempo libre sin supervisión).

Los usuarios que estaban con otra persona cuando ocurrió la recaída, reportaron como principales situaciones de recaída las de tentación. Los que se encontraban solos, las negativas. Lo anterior indica que el estar con amigos, sobre todo si son compañeros de consumo, son disparadores importantes de recaída. Con respecto al lugar en que ocurrió la recaída, los que estaban en casa mencionaron las situaciones de recaída negativas. Los que estaban en lugares públicos, las positivas y los que estaban al aire libre, las de tentación.

Un último factor de análisis que se desea mencionar en esta discusión, es el referente a la representatividad de la recaída evaluada respecto a otras que ha tenido el usuario. En este punto se observó que en la mayoría de los casos la recaída evaluada es similar a otras. Sin embargo no se investigó qué es lo que hace la diferencia entre una recaída y otras. Esta sería una línea interesante de investigación.

El formato de la ERSA en forma de entrevista, permitió conocer más de cerca, el contexto y la manera en que se enlazan los diferentes factores que disparan la recaída. En las entrevistas realizadas se observó que normalmente, interviene más de un factor y que estos se presentan en relación a la presencia o ausencia de otros y a un lugar específico.

Finalmente, es necesario mencionar algunas limitaciones de este estudio:

1) El escaso acceso a la población consumidora de sustancias. Por un lado, debido a políticas de instituciones dedicadas al manejo de las conductas adictivas, públicas como privadas, y, por otro lado a la poca disponibilidad de los usuarios para participar en el estudio. Este hecho provocó que no se respetaran las proporciones de sexo y número de usuarios por sustancia como lo refiere la Encuesta Nacional de las Adicciones (ENA, 2002). Es decir, se obtuvo una muestra pequeña y no totalmente representativa de la población.

Si bien los resultados de esta investigación son sugerentes y coinciden con lo expuesto en otros estudios, sería interesante aumentar la muestra para homogeneizar los grupos y analizar los disparadores de recaída con respecto a edad, sexo, escolaridad, ocupación y sustancia de consumo. Ya que la capacidad de hacer inferencias es limitada debido a que las categorías de análisis no cuentan con datos homogéneos. Asimismo, el ampliar la base empírica permitiría evaluar la validez del instrumento, elemento deseable en todos los instrumentos

de medición. Y, de esta manera obtener un estándar de comparación para población mexicana.

2) No se cuenta con medidas estándar de consumo para todas las sustancias adictivas. Este hecho dificulta la evaluación objetiva de la cantidad de sustancia en la determinación del patrón del consumo, así como la comparación entre sustancias. La dificultad en la medición de la cantidad de consumo, crea la necesidad de innovar procedimientos e instrumentos para medir y comparar los patrones de consumo de manera clara y objetiva.

3) En nuestro país no se cuenta con instrumentos de evaluación desarrollados con el mismo objetivo que la ERSA. Este aspecto, impide la comparación sistemática de nuestros resultados con los obtenidos en otros estudios hechos en población mexicana. Por lo que los resultados de esta tesis son sólo un inicio y se sugiere seguir con esta línea de investigación en el desarrollo de instrumentos de evaluación en recaídas que permitan realizar intervenciones eficaces y oportunas, además de conocer más sobre el tema.

4) Las críticas que se hacen a los estudios retrospectivos. Por ejemplo, la falla en la memoria de los usuarios al relatar el episodio de recaída. En este estudio la evaluación de la integridad cognitiva de los usuarios fue aparente. En este sentido, se sugiere que quien desee aplicar la ERSA evalúe, con anterioridad, de manera objetiva las capacidades cognitivas de los usuarios mediante la utilización de un instrumento diseñado para ese fin puesto que esta evaluación permitiría contar con respuestas más confiables por parte de los usuarios.

Finalmente, en esta tesis se obtuvo una entrevista confiable que puede auxiliar en la evaluación general de situaciones de recaída en usuarios de sustancias adictivas, la ERSA. Este instrumento satisface una parte de la necesidad de crear instrumentos adecuados, en términos psicométricos, para el análisis y comprensión del fenómeno de la recaída. Además de contribuir a mejorar la calidad de los tratamientos en conductas adictivas ya que es un instrumento diagnóstico que, en combinación con otros instrumentos, permite realizar una intervención oportuna en la prevención de recaídas.

## REFERENCIAS

- Alcohólicos Anónimos (s/f). [www.aa24horas.org](http://www.aa24horas.org). Página de Internet. México.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fourth edition)*. Washington: APA.
- Annis, H., Graham, J. & Martin, G. (1991). Inventory of Drug Taking situations. Canada.
- Annis, H. (1982). Inventory of Drinking Situations (IDS). *Addiction Research Foundations of Ontario*. Toronto, Canada.
- Annis, H., Sklar, S. & Turner, N. (1990). Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ). *Addiction Research Foundation*. Toronto, Canada.
- Ayala, H., Echeverría, L. Sobell, M. y Sobell, L. (2001). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. En H. Ayala y L. Echeverría (eds.) *Tratamiento de Conductas Adictivas*. Facultad de Psicología, UNAM.
- Bandura, A. (1977). Self efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Barragán, L., Morales, S. y Ayala, H. (2002). *Modelo de Intervención para usuarios crónicos dependientes de alcohol y otras drogas*. Coloquio 2002 de la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C. & Liese, B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. España: Madrid Paidós.
- Brailowsky, S. (2002). *Las sustancias de los sueños: Neuropsicofarmacología*. 3ª ed. México: Fondo de Cultura Económica.
- CIJ (2002). *Estudios epidemiológicos del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ*. México: CIJ.
- Comunidad Terapéutica. (2005). [www.comunidadterapeutica.com](http://www.comunidadterapeutica.com). Página de Internet. México.
- Conadic. (2001). *Boletín Conadic informa: 15 años de trabajo*. México: Secretaría de Salud.
- Conadic. (1999). La Naturaleza de la información y las metodologías. *El consumo de drogas en México: Diagnóstico, tendencias y acciones*, 19-22.
- Conadic. (s/f). [www.conadic.gob.mx](http://www.conadic.gob.mx). Página de internet. México

- Connors, G., Longabaugh, R. y Miller, W. (1996). Clinical commentary on replications and extensions of Marlatt's relapse research. Looking forward and back to relapse: implications for research and practice. *Addiction*, 91 (Supplement), 191-196.
- Connors, G., Maisto, S. & Donovan, D. (1996). Conceptualizations of relapse: a summary of psychological and psychobiological models. *Addiction*, 91 (Supplement), 5-13.
- De las Fuentes, M. E., Villalpando, J., Oropeza, R., Vázquez, F. y Ayala, H. (2001). *Cuestionario de Abuso de Drogas. Adaptación de un instrumento de tamizaje para población mexicana que consume drogas*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- De León, L. & Pérez, L. (2001). *Adaptación, validación y confiabilidad del Inventory of Drug Taking Situations (IDTS) y el Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ)*. Tesis de licenciatura, Facultad de psicología, UNAM.
- Donovan, D. (1996). Assessment issues and domains in the prediction of relapse, Section 1 theoretical perspectives on relapse. *Addiction* 91, (Supplement), 29-36.
- Echeburua, E. & De Corral, P. (1986). Predicción de la recaída en las conductas adictivas: estrategias de intervención. *Drogalcohol*, XI (1), 16- 24.
- El, S., El G., Sheik y Bashir, T. (2004). High risk relapse situations and self efficacy: Comparison between alcoholics and heroin addicts. *Addictive behaviors*. 29 (4), 753-758.
- ENA. (1998). México: Secretaría de salud.
- ENA. (2002). Resumen ejecutivo. México: Secretaría de salud.
- Fukushima, E. (2003). *Validación Social de un Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína*. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología. UNAM.
- Gordon, S. (2003). *Relapse & Recovery: Behavioral Strategies for change*. Caron Foundation.
- Guisa, V. (2001). Modelos de tratamiento en adicciones. *Conadic informa. Si tú quieres la vida es la neta. Boletín especial de farmacodependencia*. Consejo Nacional contra las Adicciones, 23-25.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Larimer, M., Palmer, R. & Marlatt, G. (1999). Relapse Prevention: An Overview of Marlatt,s Cognitive-Behavioral Model. *Alcohol Research and Health*. 23(2), 151-160.

- Lira, J. y Ayala, H. (2002). *Desarrollo y evaluación de un programa de tratamiento para la adicción a la nicotina*. Tesis de Maestría. ENEP Iztacala, UNAM.
- Litman, G. (1986). Alcoholism survival, the prevention of relapse. In W. Miller & N. Heather (eds.) *Treating Addictive Behaviors*. New York, 391-405.
- Lorenzo, P. Ladero, J. M., Leza, J. C. y Lizasoain, I. (2003). *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*. 2ª ed. Madrid: Médica Panamericana.
- Maddux, J. & Desmond, D. (1986). Relapse and recovery substance abuse careers. *Research analysis and utilization system. Relapse and recovery in drug abuse, Monograph Series 72*, National institute on drug abuse, 49-71.
- Maisto, S., Connors, G. & Zywiak, W. (1996). Construct validation analyses on the Marlatt Typology of relapse precipitants. Section IIA Replication and extension of Marlatt's taxonomy. *Addiction*, 91, (Supplement), 121-130.
- Margolis, R. & Zwebn, J. (1998). *Treatment patients with alcohol and other drug problems: an integrated approach*. American Psychological Association. Washington, D. C.
- Marlatt, G. A. (1978). Craving for alcohol, loss of control, and relapse: A cognitive behavioral analysis. En P. E. Nathan, G. A. Marlatt, y T. Loberg, (eds.), *Alcoholism: New directions in behavioral research and treatment*, New York: Plenum, 271-314.
- Marlatt, G. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: Un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En Miguel Casas B & Michel Gossop (eds.). *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Ediciones de neurociencias SITGES. 137-159.
- Marlatt, G. (1996). Taxonomy of high-risk situation for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model, Section I theoretical perspectives on relapse. *Addiction*, 91 (Supplement), 37-49.
- Marlatt, G. & Gordon, J. (1980). Determinants of relapse: implications for the maintenance of behavior change. En: P. Davidson y S. M. Davidson, (eds.) *Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles*. New York: Brunner/Mazel, 410-452.
- Marlatt, G. & Gordon, J. (1985). *Relapse prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of addictive Behaviors*. New York: Guilford.
- Martín del Moral, M. & Lorenzo, P. (2003). Conceptos fundamentales en drogodependencias. En P. Lorenzo, J. M. Ladero, J. C. Leza & I. Lizasoain (eds.). *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*. 2ª ed. Madrid: Médica Panamericana. 3-25.



- Martínez, K. (2003). *Desarrollo y evaluación de un modelo de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología, UNAM.
- McKay, J., Alterman, A., Mulvaney, F., & Koppenhaver, J. (1999). Predicting proximal factors in cocaine relapse and near miss episodes: clinical and theoretical implications. *Drug and Alcohol Dependence*, 56 (1) pp.67-78.
- McKay, J., Rutherford, M., Alterman A., Cacciola, J. & Kaplan M. (1995). An examination of cocaine relapse process. *Drug and Alcohol Dependence*, 38, 35 – 43.
- Medina-Mora, M. E. (2002). Tendencias del Abuso de Drogas en México. *Conadic Informa: si tú quieres la vida es la neta*. Consejo Nacional contra las Adicciones, 12-15.
- Medina-Mora, Natera & Borges, (2002) Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas. *Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas*. Consejo nacional contra las adicciones. México: Secretaria de salud, 15-26.
- Miguez, M. & Becoña, E. (1997). El proceso de recaída y sus causas en ex-fumadores. *Adicciones*, 9 (3), 405 – 435.
- Miller, W. & Rollnick, S., (1991). *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de las conductas adictivas*. España: Paidós.
- Miller, W., Westerberg, V., Harris, R. & Tonigan, J. (1996). What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. *Addiction*, 91 (Supplement), 155-171.
- Monte Fénix (s/f). [www.super.net.mx./monte\\_felix/México.Monte Fénix](http://www.super.net.mx./monte_felix/México.Monte_Fénix)
- Narcóticos Anónimos (s/f). [www.narcoticosanonimos.org.mx](http://www.narcoticosanonimos.org.mx).Página de internet. México.
- Oceánica. (s/f). [www.oceánica.gob.mx.página](http://www.oceánica.gob.mx.página) de internet. México.
- Oropeza, R. (2000). *Instrumentos diseñados específicamente para el Tratamiento Breve Cognitivo conductual para usuarios de cocaína*.
- Oropeza, R. (2003). *Desarrollo, aplicación y evaluación de un programa de tratamiento breve cognoscitivo conductual dirigido a consumidores de cocaína*. Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM.
- Ortiz, A., Soriano, A. & Galván. (2001). *El sistema de reporte de información en Drogas (SRID)*. Consejo Nacional contra las Adicciones, 16-19.

- Prochaska, J. & DiClemente, C. (1982) Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy. Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.
- Quesada, M., Carreras, J. & Sánchez, L. (2002). Recaída en el abandono del consumo de tabaco: una revisión. *Addictions*, 14 (1), 65 – 78.
- Robles, N. (2003). *Comparación de las características de los pacientes que finalizan y abandonan un tratamiento cognitivo conductual de adicción a la cocaína*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Rohsenow, D. & Monti, P. (2001). Relapse among cocaine abusers: theoretical, methodological, and treatment considerations. En Frank M. Tims, Carl G. Leukefelc & Jerone J. Platt (Eds.). *Relapse and Recovery in Addictions*. Yale University Press.
- Rounsaville, B., Kosten, T. & kleber, H. (1987). The abstinence and benefits of achieving abstinence in opioid addicts: a 2.5 year follow-up study. *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 13 (3), 213-229.
- Sanchez-Craig, M. (1976). Cognitive and behavioural coping strategies in the reappraisal of stressful social situations. *Journal of Counselling Psychology*, 23, 7-12.
- Saunders, B. (1993). Conductas adictivas y recaída. Una visión de conjunto. En Miguel Casas B. & Michel Gossop (eds.). *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Ediciones de neurociencias SITGES. 45-83.
- Saunders, B. & Allsop, S. (1987). Relapse: a psychological perspective. *British journal of addiction*, 82, 417-429.
- Secretaría de Salud. (1999). Situación de México en el contexto internacional. *Guía para el diseño y desarrollo de programas preventivos en materia de adicciones*. Consejo Nacional contra las Adicciones, 65-76.
- Secretaría de salud. (2000). *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones*. Diario Oficial de la Federación, Primera Sección, 44-60.
- Shiffman, S. (1989). Conceptual issues in the study of relapse. In: M. Gossop (Ed) *Relapse and Addictive Behavior*. London Routledge, 149-179.
- Siegal, H., Li, L. & Rapp, R. (2002). Abstinence trajectories among treated crack cocaine users. *Addictive Behaviours*, 27, 437-449.
- Tejero, A., Trujols, J. & Casas, M. (1993). Prevención de recaídas: su aplicación en un contexto clínico. En Miguel Casas B & Michel Gossop (eds.). *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Ediciones de neurociencias SITGES. 295-350.

Thorndike, R. & Hagen, E. (1975). Tests y técnicas de medición en psicología y educación. México: trillas.

Velasco, R. (1997). *Las adicciones: manual para maestros y padres*. México: Trillas.

Weiss, R., Griffin, H. & Hufford, C. (1992). Severity of Cocaine Dependence as a Predictor of Relapse to Cocaine Use. *clinical and Research Report. Am J. Psychiatry*, 149, 11.

Wesson, R., Havassy, B. & Smith, D. (1986). Theories of relapse and recovery and their implications for drug abuse treatment. *Research analysis and utilization system. Relapse and recovery in drug abuse, Monograph Series 72*. National Institute on Drug Abuse, 5-19.

## Cuestionario Diagnóstico del Consumo de Sustancias

El objetivo de este cuestionario es conocer algunas de las situaciones relacionadas con su consumo de drogas en los últimos 12 meses. Conteste si o no a las siguientes preguntas.

| <b>Reactivos</b>   | <b>Si</b> | <b>No</b> |
|--|-----------|-----------|
| 1. Su consumo de sustancias es recurrente y ha dado lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o la casa.   |           |           |
| 2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.  |           |           |
| 3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.  |           |           |
| 4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o problemas interpersonales causados o incrementados por los efectos de la sustancia. |           |           |
| 5. Tiene una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de la sustancia para conseguir el efecto deseado.   |           |           |
| 6. El efecto de la misma cantidad de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.   |           |           |
| 7. Presenta síntomas de malestar físico y psicológico después de un tiempo de dejar de consumir la sustancia.  |           |           |
| 8. En ocasiones consume la sustancia (o una muy similar) para aliviar los síntomas de malestar físico y psicológico que aparecen si no se la administra.                   |           |           |
| 9. Consume la sustancia frecuentemente en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.   |           |           |
| 10. Los esfuerzos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia han resultado ineficaces.   |           |           |
| 11. Emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención, el consumo de la sustancia, la recuperación de los efectos de la misma.                              |           |           |
| 12. Ha reducido actividades sociales, laborales o recreativas importantes debido al consumo de la sustancia.   |           |           |
| 13. Continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos persistentes, que parecen causados o incrementados por su consumo.       |           |           |

Folio: \_\_\_\_\_

Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

### ENTREVISTA SOCIODEMOGRÁFICA

**Instrucciones para el entrevistador (IE): las IE, están dirigidas al entrevistador; son una guía para organizar las entrevistas: sociodemográfica y de recaída. Es necesario conocer todas las IE para tener un mejor manejo de las entrevistas.**

La Facultad de Psicología de la UNAM, está realizando una investigación sobre recaídas en usuarios de sustancias adictivas. Los resultados de este trabajo, serán utilizados para mejorar la calidad de tratamientos para adicciones. Toda la información que usted proporcione será confidencial, anónima y solo se usará con fines de investigación.

Una recaída se define, como el primer uso de una droga (incluyendo alcohol y tabaco), rompiendo con la abstinencia. El objetivo de esta entrevista, es identificar las principales causas del inicio de la **recaída más reciente** en los últimos dos años, después de que usted estuvo en abstinencia, al menos por una semana. Esta entrevista evalúa tres áreas: datos generales, patrón de consumo e información de la recaída.

#### DATOS GENERALES

|                    |                  |
|--------------------|------------------|
| 1. - Sexo: (M) (F) | 2. - Edad: _____ |
|--------------------|------------------|

#### PATRÓN DE CONSUMO

3. - ¿Cuál es la sustancia principal por la que actualmente está en tratamiento?

**IE: Marcar la sustancia y especificar el tipo. Si es poliusuario, pedirle que jerarquice las sustancias en orden descendente, de la que causa más (1) a la que causa menos problemas (3) y realizar las entrevistas retomando la sustancia asignada con el número 1. En caso de detectar varias sustancias de igual impacto, ubicar las entrevistas en la sustancia con la que inició la última recaída.**

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alcohol. Tipo: _____    | <input type="checkbox"/> Marihuana   |
| <input type="checkbox"/> Inhalables. Tipo: _____ | <input type="checkbox"/> Tabaco.     |
| <input type="checkbox"/> Cocaína. Tipo: _____    | <input type="checkbox"/> Cristal.    |
| <input type="checkbox"/> Pastillas. Tipo: _____  | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

4. - ¿Por cuánto tiempo ha consumido esta sustancia? \_\_\_\_\_ días \_\_\_\_\_ semanas \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ años

**IE: Escribir el número de días o semanas o meses, etc.**

5.- ¿Cuánto fue la última vez que consumió esta sustancia? \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

6. - ¿Con qué frecuencia usó esta sustancia en los últimos 3 meses de consumo?

- 1 ó 2 veces al mes     1 vez por semana     2 a 3 veces por semana     Diario    Otra: \_\_\_\_\_

7. - Aproximadamente, ¿qué cantidad de esta sustancia usó en cada ocasión durante éstos 3 meses?

**IE: De acuerdo con la tabla de cantidades estándar, convertir lo más objetivamente posible, a tragos, cigarros, gramos o mililitros**

#### RECAÍDA

Considerando la sustancia por la que está en tratamiento, trate de recordar la **recaída más reciente**, en los últimos dos años, y responda las siguientes preguntas.

8. - ¿Recuerda la fecha aproximada del inicio de la recaída?

- No     Si    \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

9 - Aproximadamente, ¿cuánto tiempo duró la abstinencia anterior a ésta recaída?

**IE: Escribir el número de días o semanas o meses, etc.**

\_\_\_\_\_ días    \_\_\_\_\_ semanas    \_\_\_\_\_ meses    \_\_\_\_\_ años

10.- ¿Cómo fue la abstinencia anterior a esta recaída?

**IE: Describir al usuario las opciones de respuesta.**

- Voluntaria     Forzada u obligada     No recuerda     Otra: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

**ENTREVISTA DE RECAÍDAS EN SUSTANCIAS ADICTIVAS (ERSA)****SECCIÓN 1**

**IE: Pedir al usuario que describa cómo fue su recaída más reciente. Solicitando información sobre la situación en la que se encontraba, la fecha y la presencia o ausencia de otras personas en el momento de la recaída.**

Describe brevemente la situación en la que se encontraba cuando inició la recaída más reciente.

|                              |                     |              |
|------------------------------|---------------------|--------------|
| Situación: _____             |                     |              |
| Día de la semana: _____      | Hora del día: _____ | Lugar: _____ |
| ¿Había otras personas? _____ | ¿Quiénes? _____     |              |

**SECCIÓN 2**

**IE: Preguntar los reactivos 1 al 9. Para obtener las respuestas del inciso b), dar al usuario la tarjeta 1 que tiene una escala que va desde un 0% (no influyó) hasta un 100% (influyó totalmente). Escribir sobre la línea el porcentaje dado por el usuario.**

A continuación, le haré unas preguntas sobre las situaciones que pudieron originar la recaída. Conteste **si** o **no**. Ubique cada pregunta **momentos antes de la recaída**.

Momentos antes de la recaída....

|  |  |   |
|--|--|---|
| 1. - ¿Se sintió mal emocionalmente?                      | <input type="checkbox"/> Si -- preguntar inciso a) | <input type="checkbox"/> No -- pasar a reactivo 2 |
| a) ¿Esta situación influyó en la recaída?                | <input type="checkbox"/> Si -- preguntar inciso b) | <input type="checkbox"/> No -- pasar a reactivo 2 |
| b) ¿Que tanto considera que influyó?      0 a 100% _____ |  |   |

|  |  |   |
|--|--|---|
| 2. - ¿Se sintió mal físicamente?                         | <input type="checkbox"/> Si -- preguntar inciso a) | <input type="checkbox"/> No -- pasar a reactivo 3 |
| a) ¿Esta situación influyó en la recaída?                | <input type="checkbox"/> Si -- preguntar inciso b) | <input type="checkbox"/> No -- pasar a reactivo 3 |
| b) ¿Que tanto considera que influyó?      0 a 100% _____ |  |   |

|  |  |   |
|--|--|---|
| 3. - ¿Quiso cambiar o mejorar su estado de ánimo o físico? | <input type="checkbox"/> Si -- preguntar inciso a) | <input type="checkbox"/> No -- pasar a reactivo 4 |
| a) ¿Esta situación influyó en la recaída?                  | <input type="checkbox"/> Si -- preguntar inciso b) | <input type="checkbox"/> No -- pasar a reactivo 4 |
| b) ¿Que tanto considera que influyó?      0 a 100% _____   |  |   |

|  |  |   |
|--|--|---|
| 4. - ¿Quiso probar que podía controlar el consumo, en situaciones donde era probable que consumiera? | <input type="checkbox"/> Si -- preguntar inciso a) | <input type="checkbox"/> No -- pasar a reactivo 5 |
| a) ¿Esta situación influyó en la recaída?  | <input type="checkbox"/> Si -- preguntar inciso b) | <input type="checkbox"/> No -- pasar a reactivo 5 |
| b) ¿Que tanto considera que influyó?      0 a 100% _____   |  |   |

|  |  |   |
|--|--|---|
| 5. - ¿Sintió deseo o necesidad de consumir?              | <input type="checkbox"/> Si -- preguntar inciso a) | <input type="checkbox"/> No -- pasar a reactivo 6 |
| a) ¿Esta situación influyó en la recaída?                | <input type="checkbox"/> Si -- preguntar inciso b) | <input type="checkbox"/> No -- pasar a reactivo 6 |
| b) ¿Que tanto considera que influyó?      0 a 100% _____ |  |   |

|  |  |   |
|--|--|---|
| 6. - ¿Estaba tranquilo o tenía un buen estado de ánimo?  | <input type="checkbox"/> Si -- preguntar inciso a) | <input type="checkbox"/> No -- pasar a reactivo 7 |
| a) ¿Esta situación influyó en la recaída?                | <input type="checkbox"/> Si -- preguntar inciso b) | <input type="checkbox"/> No -- pasar a reactivo 7 |
| b) ¿Que tanto considera que influyó?      0 a 100% _____ |  |   |

|  |  |   |
|--|--|---|
| 7. - ¿Se sintió mal emocionalmente debido a problemas en su relación con otras personas? | <input type="checkbox"/> Si -- preguntar inciso a) | <input type="checkbox"/> No -- pasar a reactivo 8 |
| a) ¿Esta situación influyó en la recaída?  | <input type="checkbox"/> Si -- preguntar inciso b) | <input type="checkbox"/> No -- pasar a reactivo 8 |
| b) ¿Que tanto considera que influyó?      0 a 100% _____                                 |  |   |

|  |  |   |
|--|--|---|
| 8.- ¿Sintió algún tipo de presión de otras personas para consumir? | <input type="checkbox"/> Si -- preguntar inciso a) | <input type="checkbox"/> No -- pasar a reactivo 9 |
| a) ¿Esta situación influyó en la recaída?                          | <input type="checkbox"/> Si -- preguntar inciso b) | <input type="checkbox"/> No -- pasar a reactivo 9 |
| b) ¿Que tanto considera que influyó?      0 a 100% _____           |  |   |

- 9.- ¿Estaba contento en compañía de otras personas y quiso mantener o aumentar esa sensación?  Si -- preguntar inciso a)  No – terminan reactivos
- a) ¿Esta situación influyó en la recaída?  Si -- preguntar inciso b)  No – terminan reactivos
- b) ¿Que tanto considera que influyó? 0 a 100% \_\_\_\_\_

### SECCIÓN 3

**IE: En la sección 2 identificar los tres reactivos con las respuestas más altas de la opción b). Después, en la sección 3, responder las preguntas relacionadas con los reactivos seleccionados.**

**En ésta sección 3 realizar las preguntas abiertas y escribir textualmente la respuesta del usuario. Después se le mencionarán las opciones de la pregunta pidiéndole que diga a cual se parece más la respuesta que dio.**

**Si el usuario menciona mas de una situación por pregunta pedirle que las jerarquice en orden descendente, de la que más influyó (1) a la que menos influyó (3) en la recaída.**

Ahora le haré unas preguntas más específicas sobre las situaciones que vivió antes de la recaída.

Momentos antes de la recaída....

- 1.- ¿Qué emoción desagradable tuvo? \_\_\_\_\_
- Soledad  Frustración  Poca confianza en sí mismo  Enojo  Depresión
- Observaciones: \_\_\_\_\_

- 2.- ¿Cuál fue el malestar físico que tuvo? \_\_\_\_\_
- Tensión o ansiedad  Cansancio o sueño  Molestias estomacales
- Algún dolor. Cuál?  Problemas para dormir
- Observaciones: \_\_\_\_\_

- 3.- ¿Qué cambio o mejora quiso sentir en su estado de ánimo o físico? \_\_\_\_\_
- Quiso...
- Estar mas alerta  Sentirse mejor de lo que se sentía  Sentirse mas prendido o acelerado
- Sentirse contento  Sentirse con mas energía
- Observaciones: \_\_\_\_\_

- 4.- ¿Cómo quiso probar que podía controlar el consumo? \_\_\_\_\_
- Quiso probar que:
- A fuerza de voluntad, podía estar en lugares donde antes consumía y no consumir
- Podía consumir un poco de la sustancia y detener el consumo
- No consumiría en una situación donde tuviera la sustancia a la mano
- Podía controlar cualquier situación de riesgo de consumo, por estar en tratamiento
- Era suficiente su confianza de no consumir, exponiéndose a situaciones de riesgo de consumo
- Observaciones: \_\_\_\_\_

- 5.- ¿Qué le provocó el deseo o necesidad de consumir? \_\_\_\_\_
- Estaba consumiendo otra sustancia y esto lo llevo a consumir la droga de preferencia
- Sintió deseo de consumir por tener dinero
- De pronto sintió un deseo de usar la sustancia al ver objetos relacionados con el consumo
- Vio a los antiguos compañeros de consumo
- Se encontraba cerca o en el lugar donde anteriormente consumía
- Observaciones: \_\_\_\_\_

- 6.- ¿Qué estado de ánimo agradable sintió? \_\_\_\_\_
- Se sentía satisfecho con su vida en general  Se sentía de buen humor o alegre
- Estaba feliz por como le estaban saliendo las cosas  Sentía que no tenía preocupaciones
- Confiaba que nada malo iba a pasar
- Observaciones: \_\_\_\_\_

7.- ¿Qué emoción desagradable tuvo por problemas en la relación con otras personas? \_\_\_\_\_

- Sentía que otras personas lo menospreciaban
- Se sintió enojado tras involucrarse en discusiones con su pareja, familiares o amigos
- Se sintió enojado tras involucrarse en discusiones con compañeros de trabajo o escuela
- Se sintió frustrado por la desconfianza que le mostraba su familia
- Sentía que era difícil relacionarse con los demás

Observaciones: \_\_\_\_\_

8.- ¿De qué forma lo presionaron otras personas para consumir? \_\_\_\_\_

- Estaba con un grupo de personas que lo presionaban a consumir y sintió que no podía negarse
- Usó la droga para integrarse y sentirse parte del grupo de personas que estaban consumiendo
- Vio a alguna persona consumir drogas
- Alguien lo invitó a consumir
- Se encontró con la persona que le vendía la droga y lo forzó a comprar o consumir.

Observaciones: \_\_\_\_\_

9.- ¿Cuál fue la sensación agradable que quiso mantener o aumentar al estar conviviendo con otras personas? \_\_\_\_\_

- Estaba feliz, pasando un buen rato en una reunión familiar o con amigos
- Quería sentirse más integrado a un grupo de amigos en una reunión
- Buscaba incrementar el placer sexual en sus relaciones íntimas
- Quería festejar algún evento especial con amigos o familiares
- Buscaba desenvolverse mejor en un grupo de personas

Observaciones: \_\_\_\_\_

#### SECCIÓN 4

**IE: Para obtener las respuestas del inciso a), en los siguientes dos reactivos, dar al usuario la tabla 2 que tiene una escala que va desde un 0% (no se parecen) hasta un 100% (se parecen totalmente). Escribir sobre la línea el porcentaje dado por el usuario.**

Para terminar la entrevista, le haré dos preguntas, en la primera piense en sus recaídas en general y en la segunda, específicamente en las situaciones que han iniciado las recaídas.

#### Otras recaídas

1) ¿Se parece esta última recaída a otras que ha tenido?  Si -- preguntar inciso a)  No -- pasar a reactivo 2  
a) ¿Qué tanto considera que se parece? 0 a 100% \_\_\_\_\_

2) ¿Se parecen las situaciones que iniciaron esta última recaída a las que han iniciado otras recaídas?  Si -- preguntar inciso a)  No --terminan reactivos  
a) ¿Qué tanto considera que se parecen? 0 a 100% \_\_\_\_\_

IE: Lugar de aplicación: \_\_\_\_\_

IE: Observaciones generales durante la aplicación de las entrevistas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.



## TARJETAS DE RESPUESTA DE LA ERSA

### TARJETA 1

#### Tarjeta de respuesta de la sección 2

b) ¿Qué tanto considera que influyó la situación en la recaída?

0%-----25%-----50%-----75%-----100%

|               |                 |                          |                  |                       |
|---------------|-----------------|--------------------------|------------------|-----------------------|
| no<br>Influyó | influyó<br>poco | influyó<br>moderadamente | influyó<br>mucho | influyó<br>totalmente |
|---------------|-----------------|--------------------------|------------------|-----------------------|

### TARJETA 2

#### Tarjeta de respuesta de la sección 4

a) ¿Qué tanto considera que se parecen?

0%-----25%-----50%-----75%-----100%

|                  |                    |                             |                     |                          |
|------------------|--------------------|-----------------------------|---------------------|--------------------------|
| no se<br>parecen | se parecen<br>poco | se parecen<br>moderadamente | se parecen<br>mucho | se parecen<br>totalmente |
|------------------|--------------------|-----------------------------|---------------------|--------------------------|