



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS DE  
LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN USUARIOS CON DEPENDENCIA  
A SUSTANCIAS ADICTIVAS”

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

PALOMA ALEJANDRA BAUTISTA GUTIERREZ

OMAR DEL VALLE TENA

JURADO:

DIRECTORA DE TESIS: DRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES  
REVISORA DE TESIS: LIC. LETICIA ECHEVERRÍA SAN VICENTE

MÉXICO, D.F. 12 DE ABRIL DEL 2011





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.

## AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México,  
Facultad de Psicología,  
a través del Sistema de Universidad Abierta.

A la Dra. Lydia Barragán por dirigirnos durante nuestro servicio social en el Programa de Satisfactores Cotidianos y durante todo el desarrollo de esta tesis.

A la Mtra. Leticia Echeverría por recibirnos en el CEPREAA, sus valiosos comentarios, observaciones y tiempo dedicado a la revisión de este trabajo.

Al Mtro. José Luis Sánchez por sus excelentes clases de estadística y el apoyo que siempre nos ha brindado.

A la Mtra. Gabriela Romero por introducirnos el fascinante mundo de las técnicas de modificación de la conducta y su gran ayuda incondicional.

A la Mtra. Guadalupe Inda Sáenz por guiarnos durante el desarrollo de nuestras prácticas de psicología clínica y aceptar ser parte de nuestro jurado.

A todas muchas gracias.

"El agradecimiento es la memoria del corazón." – Lao-tse

## DEDICATORIAS

A mis padres: Antonio y Yolanda  
Por su incondicional apoyo, guía, y confianza  
para la realización de mis sueños, soy afortunada  
por tener siempre, su amor, comprensión y ejemplo.  
Esta tesis es suya.

A mis hermanos:  
Por su cariño, y apoyo que  
me impulsaron a ser un mejor  
ejemplo.

A Héctor:  
Por compartir los sueños y sacrificios  
Por tu inagotable apoyo, gracias por compartir  
Mi vida y mis logros. Te amo.

A mis amigos:  
Por siempre estar conmigo,  
en este recorrido.

Alejandra Paloma Bautista Gutiérrez.

Dedico este trabajo a mis padres: Maru y Juan  
Por el gran esfuerzo que siempre realizaron para  
brindarme todo lo necesario durante mi desarrollo y educación.  
Gracias por enseñarme a ser dedicado y responsable.

A Luz por el camino que hemos recorrido juntos,  
Gracias por quererme y apoyarme siempre.

A Luchis, Mauri, Abril y Xochitl,  
Por motivarme a seguir adelante.

Y a todos los que a diario  
se esfuerzan por superar su condición  
aun a pesar de estar cruzando tiempos de infortunio.

Omar Del Valle Tena.

## ÍNDICE

TEMA	PAGINA
1. Resumen	7
2. Introducción	9
3. Marco teórico	13
3.1 Adicciones	13
3.1.2 Adicciones y salud	14
3.1.3 Dependencia en consumo de alcohol	17
3.1.4 Drogas psicoactivas	20
3.1.5 Panorama epidemiológico	24
3.1.5.1 Drogas	24
3.1.5.2 Alcohol	29
3.1.6 Tratamiento cognitivo conductual	31
3.1.7 Programa de satisfactores cotidianos	35
3.2 Adherencia terapéutica	39
3.2.1 Entrevista motivacional	43
3.2.2 Adherencia y deserción en los tratamientos para las adicciones	46
3.2.3 Variables relacionadas a la adherencia terapéutica	47
3.2.4 Variables psicológicos y sociodemográficos	50
3.2.4.1 Sexo	50
3.2.4.2 Familiar y social	52
3.2.4.3 Salud mental	55
3.2.4.4 Tratamientos previos	59

3.2.4.5 Educación	60
3.2.4.6 Situación laboral	61
3.2.4.7 Historia de consumo	62
3.2.4.8 Años de consumo	64
3.2.4.9 Cantidad	64
3.2.4.10 Severidad de la adicción	66
3.2.4.11 Edad y Estado civil	67
3.2.4.12. Percepción de la problemática	69
3.2.4.13 Funcionamiento cognitivo	71
4. Planteamiento del problema	73
5. Hipótesis	73
5.1 Hipótesis general	74
5.2 Hipótesis específicas	74
6. Objetivos	74
6.1 Objetivo general	74
6.2 Objetivos específicos	74
7. Método	75
7.1 Tipo de estudio y población de estudio	75
7.2 Variables de estudio	77
7.3 Definición de variables	78
7.4 Técnicas e instrumentos	81
8. Análisis estadístico	88
9. Resultados	88
9.1.2 Variables sociodemográficas	88
9.1.3 Variables psicológicas	90
10. Conclusión	101

11. Discusiones	102
12. Referencias	108



## 1. RESUMEN

Este trabajo de tesis se realizó con el objetivo de Identificar las diferencias psicológicas y sociodemográficas de los usuarios con dependencia a sustancias adictivas de acuerdo a la adherencia terapéutica presentada durante el tratamiento.

Se llevó a cabo un estudio no experimental, descriptivo y comparativo. Con una muestra no probabilística por conveniencia. La muestra estuvo conformada por 82 usuarios del Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC), del Centro de prevención y atención de adicciones (CEPREAA) de la Facultad de Psicología de la UNAM. Dicha muestra se dividió en dos grupos (A) pacientes que terminaron el tratamiento del Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC), y (B) pacientes que no concluyeron el tratamiento en el Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) con 41 usuarios en cada grupo respectivamente.

Los datos fueron procesados con el paquete estadístico SPSS 12,0 (SPSS Inc. Michigan, IL, USA). Como medidas descriptivas se obtuvieron los promedios  $\pm$  desviación estándar (DE); se empleo la prueba t-Student para establecer diferencias entre las medias por grupo. Para esta prueba se consideró una significancia estadística con un valor de  $p < 0,05$ . Así mismo, se utilizó el coeficiente de r de Pearson para determinar la correlación entre variables psicológicas con un nivel de significancia  $\alpha$  0.05.

Respecto a las características de los usuarios con dependencia a sustancias adictivas, se presentaron diferencias psicológicas y sociodemográficas de acuerdo a la adherencia terapéutica presentada durante el tratamiento. Los resultados de nuestra investigación indican que los usuarios que concluyeron su tratamiento (Grupo A) presentaron un puntaje mayor en depresión, ansiedad, auto eficacia, funcionamiento cognitivo, dependencia al alcohol, dependencia a las drogas, años de educación, la percepción de la problemática, tratamientos previos, meses de abstinencia, edad, años de consumo, años de educación, cantidad de consumo por ocasión de alcohol y drogas en comparación con el Grupo B.

Las diferencias sociodemográficas encontradas fueron específicamente la edad, el estado civil, los años de estudio y la ocupación. Ya que los usuarios que terminaron el tratamiento (Grupo A) al ingresar al tratamiento tenían una mayor edad en promedio 30 años, reportando en su gran mayoría ser solteros, así mismo tenían una estabilidad laboral y contaban con un mayor nivel educativo concluido o en curso.

Con este estudio se ha permitido identificar las características que se presentan en esta población, en dos niveles: psicológico y sociodemográfico, los cuales resultan relevantes y de suma importancia debido a la necesidad de contar con indicadores referentes a la permanencia en el tratamiento del sujeto, y a fin de dotar de elementos que retroalimenten el diseño y planeación de los servicios de atención terapéutica del programa de satisfactores cotidianos del "Centro de prevención y atención de adicciones" (CEPREAA).

## 2. INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas, tanto legales como ilegales, constituye un problema de salud pública en México. La Encuesta Nacional de Adicciones (2008) reveló que en sólo seis años creció 50% el número de personas adictas a las drogas ilegales y 30% la cifra de quienes alguna vez las han consumido.

Uno de los aspectos más preocupante que se reveló en dicha encuesta fue la alta disponibilidad de las drogas para los adolescentes. Hasta 43% de los jóvenes de entre 12 y 25 años de edad están expuestos a ellas. De éstos, la mitad llega a consumir la sustancia de manera experimental, 13% de manera frecuente y 2% de los hombres, y 1.2% de las mujeres llegan a niveles de dependencia.

Asimismo, la encuesta reveló que en los últimos seis años, el número de adictos a drogas ilegales aumentó 51%, al ubicarse en alrededor de casi 500 mil personas. En tanto, los mexicanos que han probado en alguna ocasión alguna droga pasó de 3.5 millones, que se reportaban en 2002, a 4.5 millones en 2008, y el consumo experimental creció en un 28.9% en este periodo.

Lo más nuevo en el consumo de drogas, según el estudio, es la propagación de la cocaína, el crack y las metanfetaminas con varias combinaciones.

El número de consumidores de cocaína se duplicó en los últimos seis años al pasar de 1.23% a 2.5%. Asimismo, de 2002 a la fecha, el consumo de drogas legales como el alcohol y el tabaco se elevó de 5.03% a 6%. El resto de las drogas ilegales se usan con mucha menor frecuencia, tal es el caso de los alucinógenos, los inhalables y la heroína.

Por otro lado, según la encuesta, las tasas detectadas en el consumo de marihuana se dispararon de 1.1% a 3.3% en mujeres y de 4.5% a 8.3% en hombres. Los jóvenes de

12 a 17 años representan la parte más vulnerable de la ampliación de los mercados de estimulantes en general (desde el cigarro hasta las metanfetaminas). En los últimos 10 años se ha incrementado la cantidad de adictos en general, y de adictos a drogas químicas en particular.

La vinculación de las adicciones y la salud mental se denomina comorbilidad psiquiátrica, es decir, la presencia simultánea de un trastorno mental más la dependencia sustancias adictivas o drogas.

Estudios de corte nacional como la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina- Mora y cols., 2003), revelan que cuatro de las diez enfermedades más discapacitantes, son neuropsiquiátricas (esquizofrenia, depresión, obsesión compulsión y alcoholismo). Por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (14.3% alguna vez), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%). Se espera que el índice de enfermos se incremente debido a problemas tales como la pobreza, la violencia, el aumento en el abuso de drogas y el envejecimiento de la población, entre otros factores.

En el país existen 9.3% hombres y 0.7% mujeres con abuso/dependencia al alcohol en poblaciones urbanas y 10.5% y 0.4% respectivamente en poblaciones rurales; la dependencia a drogas representa tan sólo 0.44% de la población adulta entre 18 y 65 años.

En el caso de México y en materia de adicciones, se ha documentado la existencia de una relación entre consumo y factores sociodemográficos como la edad, el sexo, el estado civil, el nivel socioeconómico, la escolaridad, la ocupación y el lugar de residencia (Castro, 2001; Medina-Mora et al., 2006).

Para analizar lo que motiva esta moderna multiplicación y crecimiento de la problemática que nos ocupa en cuanto a adicciones es necesario detallar sus formas, y considerar sus causas sociodemográficas en este sentido el Sistema de Reporte de Información en Drogas y Tendencias en el Área Metropolitana No. 45. Ed. Instituto

Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. (Ortiz A., Martínez R., Meza D. Noviembre del 2008) muestra la siguiente proporción de las características sociodemográficas de los casos atendidos y monitoreados en el área metropolitana:

Sexo: el 80.8% del total de los usuarios son hombres. Edad: la mayoría de los usuarios están en los rangos 15 a 19 años con un 34.7% y de 30 o más años: 23.5%

Estado civil: solteros: 72.4%, unión libre: 12.1% y casados: 8.2% Nivel socioeconómico: medio en el 70.2%, bajo en el 29.1% de los casos y alto en el 0.7%

Escolaridad: la mayoría de los casos tiene secundaria incompleta: 32.4%, le sigue la preparatoria incompleta: 19.5% y la secundaria completa: 14.7% Ocupación: la mayoría de los casos es estudiante: 37.2%, subempleado o eventual: 22.8%, empleado o comerciante: 21.6%, y sin ocupación: 15.7%.

Finalmente, Mondragón y cols. (1998) comentan sobre la necesidad de crear programas de prevención para el comportamiento suicida, en especial la ideación suicida, sobre todo cuando los resultados en su estudio muestran una estrecha relación entre ésta y la desesperanza incrementada por el consumo de alcohol y drogas.

Debido a lo anterior es de suma importancia desarrollar investigaciones que permitan medir de forma cualitativa y cuantitativa los resultados de los programas de intervención enfocados a la atención de este grave problema de salud como lo es el consumo de drogas y su estrecha relación con la depresión o el suicidio en México, y de esta manera optimizar los recursos destinados por los sistemas de salud para atender esta problemática; generando las adecuaciones o mejoras necesarias a los programas existentes encargados de brindar la atención a la población afectada.

En este sentido es necesario que las intervenciones favorezcan la adherencia terapéutica que hace referencia a una gran diversidad de conductas, las que transitan desde acudir a las citas con los profesionales de salud, formar parte en un programa de tratamiento y continuar con él, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo.

Este no es un fenómeno unitario, sino múltiple y complejo por los numerosos factores implicados como determinantes de la conducta de cumplimiento, entre los que se incluyen los aspectos psicosociales del paciente.

La adherencia deficiente al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de alarmante magnitud. La adherencia al tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas en los países desarrollados promedia 50%; en los países en desarrollo, las tasas son aun menores. Es innegable que para muchos pacientes es difícil seguir las recomendaciones del tratamiento debido a la pobreza y la desigualdad social.

La repercusión de la adherencia terapéutica deficiente crece a medida que se incrementa la carga de la enfermedad crónica a escala mundial. Las enfermedades no transmisibles y los trastornos mentales, el virus de la inmunodeficiencia humana síndrome de inmunodeficiencia adquirida y la tuberculosis, juntos, representan 54% de la carga mundial de todas las enfermedades en 2001 y sobrepasarán 65% en todo el mundo en 2020. Los pobres son afectados desproporcionadamente.

La adherencia terapéutica es influida simultáneamente por varios factores, la capacidad de los pacientes para seguir los planes de tratamiento de una manera óptima con frecuencia se ve comprometida por varias barreras, generalmente relacionadas con diferentes aspectos del problema. Estas son: los factores sociales y económicos, el equipo o sistema de asistencia sanitaria, las características de la enfermedad, los tratamientos y los factores relacionados con el paciente. Para mejorar la adherencia de los pacientes a los tratamientos, es obligatorio resolver los problemas relacionados con cada uno de estos factores.

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1 LAS ADICCIONES.

Hoy el primer elemento relevante en las adicciones es delimitar que entendemos que es una adicción. A pesar de que hay criterios específicos para los distintos trastornos, como la dependencia de sustancias psicoactivas, el juego patológico, etc., todos parten de los criterios de dependencia de sustancias psicoactivas, dado que además en las adicciones, sean con o sin sustancia, se dan los fenómenos de pérdida de control, tolerancia, síndrome de abstinencia, etc.

En esta línea, la American Psychiatric Association en su Manual Diagnóstico y Estadístico de Desordenes Mentales versión cuarta (DSM – IV) (First,1996) la dependencia de sustancias psicoactivas se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres o más de los síntomas que indicamos a continuación, y durante un periodo continuado de 12 meses. Estos síntomas son los siguientes:

Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado; b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia; b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo mas largo de lo que inicialmente se pretendía.

Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de las sustancias, en el consumo de las sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas, debido al consumo de la sustancia, y se continua tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el consumo.

El DSM IV también considera el abuso de sustancias que es una condición menos grave que la dependencia.

### 3.1.2 ADICCIONES Y SALUD

La historia de las adicciones va unida a la historia de la humanidad: fumar cigarrillos, beber alcohol, mascar hojas de coca, respirar preparados psicoactivos ,consumir pócimas, fumar marihuana, utilizar el opio para el dolor, etc; son ejemplos bien conocidos por algunas de las sustancias que el hombre ha utilizado a lo largo de la historia o sigue utilizando.

En los tiempos actuales, junto a las anteriores, y sus derivados industriales o químicos, destacan las nuevas adicciones, unas derivadas de sustancias, como es el caso de la heroína, la cocaína, la drogas de diseño, el LSD, entre las más importantes, y otras adicciones comportamentales, sin sustancia, como resultado de nuestra sociedad tecnológica, como la adicción a internet, al juego de azar, al teléfono móvil, a los teléfonos eróticos, al sexo, a las compras, y a un amplio etcétera de conductas que pueden llegar a ser adictivas (Becoña,1998).



Por ello, en los últimos años se incluyen distintas conductas bajo la denominación genérica de conductas adictivas. Basadas inicialmente en el concepto de dependencia (física y psíquica), y evolucionando a partir del mismo, se aplicaban inicialmente a sustancias psicoactivas que ingeridas por un individuo tenían la potencialidad de producir dependencia. Con el transcurrir de los años se observó que también existían conductas, que sin haber sustancia de por medio, tenían la capacidad de producir dependencia y el resto de las características que tenían las dependencias a las sustancias psicoactivas (Bernal, 2004).

Una característica central a las conductas adictivas, es la pérdida de control. La persona con una conducta adictiva no tiene control sobre esa conducta, aparte de que la misma le produce dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y una incidencia negativa muy importante en su vida, que va a ser en muchos casos la causa de que acuda en busca de tratamiento o le fuercen a buscarlo.

Gossop (2008) definió como elementos característicos de una adicción: un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible); la capacidad deteriorada para controlar la conducta (especialmente, en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o nivel en el que ocurre); malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o la deja de hacer; persistir en la conducta a pesar de la clara evidencia de que le está produciendo graves consecuencias al individuo.

En la misma línea, (Echeburúa, 1992) considera como características principales de las conductas adictivas, la pérdida de control, la fuerte dependencia psicológica, la pérdida de interés por otras actividades gratificantes y la interferencia grave en la vida cotidiana. Si se tuviesen que señalar las diferencias entre las adicciones del pasado y las actuales, se podrían resaltar tres diferencias fundamentales entre unas y otras.

Estas son: la disponibilidad y comercialización (sea de tipo legal) a lo largo de todo el planeta de sustancias o productos que producen adicciones en los individuos; la pérdida del sentido simbólico y del valor cultural que tenían en el pasado muchas de las adicciones actuales, que en aquel contexto se consumían controladamente de un modo normalizado y ritualizado, y el cambio social que facilita el individualismo, la búsqueda del placer inmediato y la satisfacción de todas las necesidades que piensa el individuo que le son imprescindibles, facilitando con ello caer más fácilmente en las adicciones (Becoña, 1998).

Respecto a la primera, hoy es indudable que la disponibilidad de sustancias y conductas con poder adictivo es enorme. Además, las sustancias se han miniaturizando, en el sentido comercial y físico, consiguiéndose con ello una posibilidad de transporte de las mismas, fácil y casi ilimitado en cantidad.

Por ejemplo, no es lo mismo el número de dosis para el consumo que se obtiene de una tonelada de hoja de coca, que de una tonelada de cocaína. La segunda permite multiplicar el número de dosis para el consumo por varias cifras respecto de la primera.

La pérdida del sentido simbólico de muchas sustancias ha facilitado un incremento de las adicciones. En muchas culturas la sustancia o la conducta tenía un valor simbólico o ritual, y tal valor estaba sometido a las normas y al control social. Ese control social, en muchos casos, precisamente servía para evitar excesos frecuentemente. Esto lleva a que una parte de los individuos de ese sistema social tenga problemas con esa sustancia (Becoña, 1998).

Y finalmente, los cambios sociales, económicos, tecnológicos y de todo tipo que hemos vivido en los últimos 50 años, han facilitado el cambio de un tipo de hombre a otro, en el más amplio sentido. Desaparece la ritualización y se incrementa la urbanización, y se cambia el modo de producción, de intercambio de bienes, el modelo económico, produciendo falta de referentes en muchos individuos, etc.

En otros casos, ante la disponibilidad de dinero que permite adquirir bienes, algunos optarán por la adquisición de aquellos más inmediatos que producen ese placer inmediato. Y en ese placer inmediato, están la mayoría de las adicciones.

El mayor problema que tienen las adicciones no son habitualmente los efectos que producen a corto plazo; el problema está en los efectos que se producen a medio y largo plazo. Así muchos fumadores de cigarrillos morirán años después de fumar interrumpidamente de cáncer de pulmón o enfermedades cardiovasculares, muchos bebedores excesivos de alcohol o alcohólicos morirán de enfermedades hepáticas o de accidentes; muchas personas dependientes de la heroína o de la cocaína de enfermedades causadas por ellas, como ha ocurrido y está ocurriendo con el sida, la hepatitis, infecciones, etc., aparte de los problemas sociales que causan en forma de robo, extorsión, problemas legales, familiares, etc. (Bernal, 2004).

Todo ello, origina la atención médica ya sea en casos de emergencia por intoxicaciones agudas o bien por tratamientos de los daños ocasionados y las enfermedades causadas por las adicciones, con erogaciones ya sean privadas o públicas. Los servicios de salud tienen que reforzar su infraestructura para la atención de este problema emergente de salud.

### 3.1.3 DEPENDENCIA EN CONSUMO DE ALCOHOL

Los manuales de diagnóstico internacionales de clasificación (DSM-IV y CIE-10) distinguen entre "abuso" y "dependencia" del alcohol. Por un lado existen individuos que consumen alcohol reiteradamente de forma excesiva, pero que nunca llegan a mostrar el síndrome de abstinencia (cuadro sintomático que aparece en un sujeto consumidor de alcohol debido a la disminución de los niveles en sangre de la sustancia); por otro lado, hay individuos que, abusando igualmente del alcohol, muestran síntomas de abstinencia cuando dejan de beber. Estas diferencias definen el abuso y la dependencia. Aunque estos dos patrones de consumo parecen evidentes, y pueden ser observados independientemente en la población humana, hoy por hoy no

se tienen suficientes datos para defender su existencia como categorías nosológicas separadas. Uno de los problemas es la temporalidad, es decir, no sabemos si un individuo que abusa del alcohol necesariamente se convertirá en un individuo dependiente o si el abuso no lleva inevitablemente a la dependencia. Lo que sí es evidente es que para desarrollar dependencia del alcohol es necesario abusar de él. Además, ambos síndromes presentan características comunes (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10), sólo menciona como requisito para el abuso de alcohol, la aparición de daño psicológico o físico, sin especificar el tipo de daño. Mientras tanto, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM IV) desglosa los síntomas que se esperan ante el abuso de alcohol. Estos síntomas se refieren a: 1) La disminución del rendimiento en las actividades de la persona. Este punto lo podemos interpretar como una pérdida o disminución de la vida productiva, en momentos en los que se espera que la persona cumpla con sus obligaciones. 2) También se sabe que ciertas conductas son inadecuadas y hasta peligrosas en algunas circunstancias, por lo que el segundo criterio se refiere al consumo en momentos inadecuados como por ejemplo, al manejar un coche o accionando una maquinaria. 3) Otro criterio es la presencia de problemas legales, como arrestos por comportamiento escandaloso, asaltos, conducir bajo los efectos del alcohol, etc. 4) Finalmente se menciona la presencia de dificultades con el entorno social, debido a la manera de beber. Todos estos criterios del DSM IV nos hablan acerca de las consecuencias dañinas que se presentan cuando se abusa del alcohol. Estas consecuencias afectan tanto al entorno como al individuo.

El etanol altera fundamentalmente el sistema nervioso central (SNC) al modificar la "fluidez" biometabólica de las membranas neuronales. Lo más significativo es que las membranas modifican su permeabilidad en el sentido de alterar la "fluidez" y transformarse en más "rígidas", adquiriendo por lo tanto una nueva permeabilidad. Esta nueva situación que significa un cambio en la composición lipídica de la membrana altera la actividad bioquímica neuronal y, en consecuencia, la actividad de la sinapsis. Las membranas neuronales sometidas de forma continua al consumo de alcohol no

sólo son menos permeables, sino que modifican su funcionalidad, incluso después de dejar este hábito no recuperan su estado anterior (Martínez, 2002).

La dependencia al alcohol no solo afecta el sistema nervioso también puede aumentar el riesgo de cáncer de laringe, esófago, hígado, y colon. El consumo del alcohol durante el embarazo puede ocasionar problemas severos en el desarrollo del feto, produciéndole retardo mental y problemas de comportamiento; a esta condición se le denomina Síndrome Alcohólico Fetal (Goldman,2004).

Así mismo las mujeres con dependencia al alcohol sufren el riesgo específico de cáncer de mama, son también más susceptibles al desarrollo de cirrosis hepática y tienen un mayor riesgo de enfermedad vascular (Peña–Corona, Feria y Medina, 2000).

A pesar de las consecuencias sociales tan serias que son producto del abuso y/o la dependencia al alcohol es importante mencionar que el alcohol es considerado como una droga legal, o sea que es permitida por las leyes (pero desde los 18 años), por lo que su uso no amerita un castigo. Su consumo es aceptado en lugares públicos, como bares, discotecas, restaurantes, reuniones sociales, por lo cual se ha llegado a asociar con la falsa idea de que "si su uso está permitido y es socialmente aceptado, entonces no hace daño". El consumo de esta droga es promovido en los medios de comunicación asociándolo con valores deseables como el poder, el dinero, la juventud, la elegancia, etc. (Medina-Mora, Natera y Borges, 2002).

En México el consumo de bebidas alcohólicas constituye uno de los principales factores de riesgo, entre las principales causas de muerte asociadas al consumo de alcohol en la población de edad reproductiva se encuentran los accidentes, seguido de la cirrosis y otras enfermedades agudas del hígado, también el homicidio y las lesiones, las enfermedades del corazón y cerebro vasculares, los suicidios y el síndrome de dependencia del alcohol. (Medina-Mora, Natera y Borges, 2002).

Estudios en México han demostrado que el 9% de las personas con abuso del alcohol tiene también un desorden afectivo y este porcentaje aumentaba el doble, cuando se consideraban los casos de dependencia al alcohol, Medina Mora (2001).

### 3.1.4 DROGAS PSICOACTIVAS

Los efectos de las drogas psicoactivas varían conforme a su cantidad o dosis utilizada, vía de administración, así como la edad, peso factores hereditarios del individuo, y de otros factores como desarrollo de tolerancia, combinación con otras sustancias, etc. Los daños a la salud, se relacionan conforme al tipo de sustancias ya sea que actué como depresor o como estimulante del sistema nervioso central, como opiáceos o como alucinógenos (Bernal,2004).

Las sustancias adictivas alteran el funcionamiento natural de la comunicación neuronal y éstas pueden ser estimulantes o inhibitorias. De acuerdo con Cruz (2001) clasifica a las sustancias adictivas en cuatro grupos: 1) *Depresores* del SNC: se refleja deterioro de las funciones motoras y mentales, se presenta depresión generalizada menor coordinación motora, sueño, letargo y labilidad emocional. 2) *Estimulantes* del SNC: presentan mayor energía, menor sueño, aumento de presión arterial y frecuencia cardiaca, disminución del apetito y alucinaciones. 3) *Opiáceos* hay euforia, relajación y depresión respiratoria. 4) *Alucinógenos* hay principalmente alucinaciones, distorsiones espacio-tiempo, euforia y paranoia.

#### *Depresores del SNC*

Entre los depresores del sistema nervioso central, se encuentran los inhalables, los barbitúricos y las benzodiazepinas, estas sustancias en un inicio presentan excitación, fatiga y agitación en el individuo, después puede desarrollar ataxia y mareos en intoxicaciones extremas: insomnio, debilidad muscular, alucinaciones. El uso crónico de estas sustancias puede derivar hacia problemas de atención, falta de coordinación, debilidad muscular y algunos estados psicóticos entre otros problemas (Bernal,2004)

Los solventes son sustancias accesibles como el thinner, estos se encuentran en algunos pegamentos, pinturas y correctores líquidos. Los primeros efectos que producen son: mareos, dolores de cabeza y ocasionalmente vómito, estos síntomas generalmente anteceden a los efectos agradables, como una sensación de bienestar, disminución del hambre y frío. En cantidades muy concentradas puede ocurrir un paro cardíaco y la muerte a los pocos minutos (NIDA, 2005).

### *Estimulantes del SNC*

Los estimulantes del sistema nervioso central como la cocaína, a corto plazo producen aumento del estado de alerta y de energía, supresión del hambre, contracción de los vasos sanguíneos, aumento de la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea. Su uso repetido produce ansiedad, hiperactividad e irritabilidad, estados psicóticos similares a la esquizofrenia, cuando ocurre una sobredosis puede convulsionar y producir depresión respiratoria y paro cardíaco (NIDA, 2005).

En el caso de las anfetaminas y las metanfetaminas, al igual que la cocaína se consideran altamente adictivas, en especial estas sustancias interfieren con la serotonina, un transmisor, por lo que pueden producir cambios en el estado de ánimo, deterioro en el aprendizaje y la memoria, así como alucinaciones (Bernal, 2004)

Como droga estimulante, la anfetamina produce efectos iniciales tales como elevación del estado de ánimo, disminución de la sensación de fatiga, así como del apetito, se agudiza la atención, la presión arterial y el ritmo cardíaco. También se corre el riesgo de sufrir un paro respiratorio, enfermedades cardiovasculares o convulsiones, hay también delirios paranoides y alucinaciones visuales y auditivas (Ramírez, 2008).

La metanfetamina mejora el estado de ánimo y el movimiento del cuerpo, hay prolongación del estado de vigilia, mayor actividad física, disminución del apetito, aumento de la frecuencia respiratoria y cardíaca, hipertermia y euforia, así como irritabilidad, confusión, temblores, convulsiones, ansiedad, paranoia y agresividad

(NIDA, 2005).

## Opiáceos

Son sustancias que activan el sistema límbico produciendo sensaciones de placer, bienestar y relajación, elevándose el estado de ánimo. Son utilizados como analgésicos y anestésicos: los más conocidos son la morfina y la heroína. La primera, si es administrada en personas con alguna dolencia física, hay una sensación de bienestar y disminución del dolor. La heroína es similar a la morfina solo que su potencia es 10 veces mayor, produciendo inmediatamente alta dependencia (Ramírez, 2008).

Entre a morfina y la heroína que poseen grandes efectos analgésicos y la sensación del llamado "Rush" (una oleada de sensaciones agradables), estas sustancias provocan una dependencia severa, su suspensión desencadena el síndrome de abstinencia, con la presentación de una terrible sintomatología (espasmos, temblores, mialgias, anorexia, náuseas, vómitos, ansiedad, lagrimeo, diaforesis (sudoración), midriasis (dilatación de pupila), pilo erección (contracción de músculos), etc.(NIDA,2005).

Los efectos a corto plazo son euforia, enrojecimiento de la piel, sequedad bucal y pesadez en las extremidades. Los usuarios crónicos pueden sufrir oclusión de las vena, infección en el corazón, patologías hepáticas y del sistema respiratorio. En el caso de las personas que se inyectan la sustancia, existen mayores riesgos en contraer enfermedades infecciosas como el VIH o hepatitis (NIDA. 2005).

La principal consecuencia de la dependencia a los opiáceos es la alta tasa de mortalidad debido a las sobredosis ya sea deliberada o dosis de alta pureza que el adicto no las detecta o bien que combine su uso con alcohol o barbitúricos los cuales la potencializan.



## *Alucinógenos*

Por lo que respecta a los alucinógenos, bajo los efectos de estas sustancias se producen cambios en la percepción y el estado de ánimo, los "viajes", estos pueden durar varias horas en los que son sensaciones agradables o aterradoras. Sus efectos van desde alteraciones del sueño, aumento de la presión arterial y de la frecuencia cardiaca, emociones intensas que pueden desencadenar en posible presentación de reacciones agudas de pánico y estados psicóticos prolongados (Cruz, 2001).

La marihuana es una mezcla de color café verdoso de flores, tallos, semillas y hojas secas y picadas de la planta de cáñamo, *Cannabis sativa*. La principal sustancia química activa en la marihuana es el delta-9-tetrahydrocannabinol, también conocido por sus siglas, THC. Los efectos a corto plazo: deterioro de los procesos relacionados con la memoria y el aprendizaje, distorsión en la percepción visual, auditiva, táctil y del sentido del paso del tiempo, deterioro de la capacidad de concentración, menor coordinación física, ansiedad, ataques de pánico y aumento de la frecuencia cardiaca. Un consumo frecuente además de tener consecuencias orgánicas, también genera resultados conductuales negativos, como el uso de violencia o aislamiento, provocando problemas en sus actividades diarias (NIDA, 2004).

Por último el LSD (dietilamida del ácido lisérgico-d): Es una de las sustancias químicas más potentes que alteran el estado de ánimo. Fue descubierta en 1938 y se fabrica a partir del ácido lisérgico, que se encuentra en el cornezuelo, un hongo que crece en el centeno y otros granos. Con el abuso de este alucinógeno pueden presentarse mareos, debilidad, náuseas, visión borrosa, hay alteración en formas y colores, dificultad para enfocar objetos, dilatación de las pupilas, sudoración, falta de apetito, insomnio, sequedad en la boca, temblores, aumento de la temperatura corporal, la frecuencia cardiaca y la presión arterial. Hay alteraciones del estado de ánimo, dificultad para expresar pensamientos, despersonalización, delirio, pánico y alucinaciones visuales. (NIDA, 2005).

### 3.1.5 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

#### 3.1.5.1 CONSUMO DE DROGAS

Los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2008, consistentes con los estudios que se hacen en poblaciones especiales, indican que el consumo de drogas ilegales y médicas en la población rural y urbana de entre 12 y 65 años de edad ha aumentado de un 5% observado en 2002 a un 5.7% en este periodo. Las drogas ilegales (mariguana, cocaína y sus derivados, heroína, metanfetaminas, alucinógenos, inhalables y otras drogas) aumentaron de 4.6 a 5.2%; el consumo de drogas médicas con potencial adictivo, usadas fuera de prescripción, mantuvieron los niveles observados en 2002.

Por grupos de población, se observa que, si bien el consumo de drogas ilegales es mayor en los hombres (en una proporción de 4.6 hombres por cada mujer), el índice de crecimiento es mayor en las mujeres entre las cuales el consumo de drogas ilegales se duplicó, aumentando de 1% en 2002 a 1.9% en 2008, mientras que el consumo en hombres solamente se incrementó de 8 a 8.8%

La mariguana y la cocaína son las sustancias preferidas por la población. El consumo de la aumentó de 3.5 a 4.2%; el aumento en el consumo de la segunda fue mayor: pasó de 1.2% en 2002 a 2.4% en 2008, es decir, que se duplicó entre ambas mediciones. El consumo de otras drogas muestra índices muy inferiores. Sin embargo, también ocurren incrementos importantes, como en el caso del crack y las metanfetaminas, cuyo consumo aumentó seis veces. En contraste, el crecimiento de los alucinógenos no es significativo, mientras que los inhalables, que habían mostrado una tendencia hacia el decremento, vuelven a repuntar.

La incidencia acumulada de uso de drogas entre la población de 12 a 65 años que habita en zonas rurales y urbanas de México es de 5.7%; esta proporción aumenta a 9.1% si sólo se considera a los hombres y desciende a 2.6% si se considera sólo a las

mujeres, quienes históricamente han estado menos expuestas al consumo de estas sustancias en una razón de 3.5 hombres por cada mujer.

Por grupos de edad, la mayor proporción se ubica entre la población de 18 a 34 años de ambos sexos: 12.1% para los hombres y 3.3% para las mujeres. Entre los hombres el siguiente grupo más afectado corresponde a aquéllos de 35 años o más (8.6%) y posteriormente se sitúa el de los adolescentes de 12 a 17 años (3.7%). Para las mujeres, la incidencia se da por igual entre las adolescentes y las que tienen 35 años o más (2.1%).

Casi una tercera parte de quienes notificaron haber usado drogas alguna vez lo había hecho durante el último año. El índice de casos activos durante el año anterior a la encuesta en la población de entre 12 y 65 años, fue de 1.6%. Esta cifra aumenta a 2.5% cuando sólo se considera a los hombres y a 3.4% cuando sólo se considera a los hombres jóvenes (18 -34 años).

Entre los hombres, el consumo más alto se presentó entre aquéllos de 18 a 34 años (3.4%), seguidos por los adolescentes (2.1%) y finalmente por aquéllos de más de 35 años (1.7%). Entre las mujeres, el mayor índice se presentó entre las adolescentes (1.3%) y disminuye conforme aumenta la edad (1% entre aquéllos de 18 a 34 años y sólo 0.4% entre aquellos mayores de 35). Se trata, por tanto, de un fenómeno que afecta principalmente a los grupos más jóvenes. Entre las mujeres, el uso de drogas es un fenómeno con menos historia. Los jóvenes de hoy consumen drogas en mayor proporción que las generaciones anteriores.

La marihuana es la droga de preferencia en la población. Su incidencia acumulada alcanza 4.2%, seguida en orden por la cocaína con 2.4% (una cuarta parte de los usuarios de cocaína consumen *crack*). En tercer lugar, se sitúan los inhalables (0.7%), seguidos muy de cerca por las metanfetaminas (0.5%), los alucinógenos (0.4%) y la heroína (0.1%).

Sin tomar en cuenta las drogas médicas, hombres y mujeres tienen el mismo orden de preferencia. Hay 1.8 hombres que usan marihuana por cada uno que usa cocaína; en el caso de las mujeres, la razón es de 2 a 1.

En relación con las drogas médicas, los hombres presentan un mayor consumo que las mujeres. Ambos grupos prefieren los tranquilizantes y a continuación, las anfetaminas. Los hombres de edad media (entre 26 y 34 años) son los que presentan la mayor incidencia acumulada en relación con todas las drogas. Entre las mujeres, el consumo de cocaína, *crack* y metanfetaminas es mayor entre las más jóvenes (de 12 a 25 años) y los datos también señalan la menor historia de consumo en este grupo, especialmente de las sustancias de más reciente introducción al país.

Los hombres también aventajan a las mujeres en el consumo de drogas médicas fuera de prescripción. Ambos prefieren los tranquilizantes y aquéllos de entre 26 y 34 años de edad son los que más han usado este tipo de sustancias. Entre las mujeres, el mayor consumo se observa entre las mayores de 35 años. Los datos señalan una historia más reciente de incorporación de los hombres al consumo de este tipo de sustancias.

Es importante definir la manera en que se presenta el consumo, dada la oportunidad de usar drogas; a esto se le llama prevalencia condicionada. Los datos indican que, si bien más hombres (9.1%) que mujeres (2.6%) han usado drogas, esto se debe principalmente a que han tenido más oportunidades de hacerlo. Cuando se controla la exposición a las drogas, las diferencias en el consumo entre hombres y mujeres, desaparecen. Alrededor de la mitad de quienes han estado expuestos a la venta o compra de marihuana u otras drogas la ha consumido (58% de los hombres y 53.1% de las mujeres). Las estimaciones de razones de momios indican que las mujeres tienen mayor probabilidad de probar marihuana si se la ofrecen, que los varones.

La probabilidad de pasar del uso a la dependencia variaba entre hombres y mujeres dada la oportunidad de usar. Los resultados indican que, una vez expuestos, ambos tienen la misma probabilidad de progresar al uso (13% de cada grupo consume dada la

oportunidad) y a la dependencia (1.9% de los hombres y 1.1% de las mujeres que experimentan con drogas progresan a la dependencia). Las diferencias en los índices de consumo entre hombres y mujeres se derivan de diferencias en la oportunidad de usar drogas, así mismo los adolescentes tienen más probabilidad de usar drogas cuando han sido expuestos a la oportunidad y de progresar hacia la dependencia cuando han usado drogas. Es por esto que los esfuerzos preventivos deben de orientarse a reducir la probabilidad de que estén expuestos al uso de drogas.

La edad de inicio para el consumo de drogas es típicamente temprana: la mitad de los usuarios de marihuana (55.7%) se inicia antes de la mayoría de edad. La edad de inicio de la cocaína es más tardía: sólo 36.4% la había usado por primera vez antes de los 18 años; esto se observó para 50.8% de los usuarios de drogas. En total, 89.7% de los usuarios de drogas lo habría hecho antes de cumplir los 26 años.

Con base en la edad de inicio, se encontraron dos grupos de drogas: aquéllas con un inicio más temprano (anterior a los 18 años) y aquéllas con un inicio en la edad adulta. En el primer grupo encontramos los sedantes (50.9% de quienes informaron haber usado estos medicamentos fuera de prescripción médica lo hicieron por primera vez en la adolescencia), la marihuana (55.7%), los inhalables (63.3%), y las metanfetaminas (46.5%).

En el segundo grupo encontramos los estimulantes usados fuera de prescripción cuyo uso inicia más frecuentemente entre los 18 y los 25 años (35.9%). A esta edad también se suele iniciar el uso de cocaína (48.5%), alucinógenos (53.1%), y heroína (45.7%). Cabe mencionar que alrededor de la misma proporción de las personas que notificaron sobre el uso de *crack*, habían iniciado antes de los 18 años (42.2%) y después de esta edad, entre los 18 y 25 años (41.9%). Solamente 6.9% de los usuarios informó haberse iniciado en el uso de drogas entre los 26 y los 34 años, y 3.3% después de esta edad. Las drogas médicas usadas fuera de prescripción y la heroína mostraron índices de inicio relativamente más elevados que otras drogas. El consumo de los tranquilizantes, la marihuana, los inhalables, y las metanfetaminas se inicia con más frecuencia en la adolescencia. En total, 89.8% de los usuarios habrá iniciado el consumo antes de

cumplir los 26 años. Esto señala el grupo en que deben de concentrarse los esfuerzos preventivos.

Los resultados confirman que un inicio del consumo de tabaco y de alcohol anterior de los 18 años incrementa la probabilidad de usar otras drogas. Por ejemplo, 14.2% de las personas que empezó a fumar antes de los 18 años experimentó con marihuana, en comparación con sólo 5.4% de quienes fumaron por primera vez entre los 18 y 25 años. La proporción para cocaína fue de 7.6% *versus* 3.8%; esta misma tendencia se observa para todas las drogas. En conjunto, 17% de quienes fumaron antes de llegar a la mayoría de edad experimentó también con otras drogas; esto ocurrió solamente en 6.9% de quienes empezaron a fumar entre los 18 y 25 años, y en 1.4% de quienes fumaron después de los 26 años.

Esta misma situación se observa para el alcohol: 15.8% de quienes bebieron alcohol antes de llegar a la mayoría de edad experimentó también con otras drogas. Esto ocurrió solamente en 4.7% de quienes empezaron a beber entre los 18 y 25 años y en 1.2% de quienes lo hicieron después de los 26 años.

Reforzar las medidas que limitan el acceso a tabaco y alcohol para los menores de edad tiene un impacto importante en la reducción de la probabilidad de uso de otras drogas. Los datos de la encuesta también permiten conocer algunas características de las personas que consumen drogas. Los resultados indican que es 4.5 veces más probable que una persona se involucre en el consumo de las drogas si su papá o hermanos usan drogas; sin embargo, la probabilidad se incrementa hasta 10.4 veces si quien las usa es el mejor amigo. El consumo en el entorno es el factor de riesgo más importante para el inicio en el consumo de drogas.

Los resultados de la ENA 2008, confirman estudios previos que señalan que sólo una pequeña proporción de los usuarios (16.1%) acude a tratamiento y que los grupos de ayuda mutua son recursos importantes (11.6%). Los psicólogos (5.5%) y psiquiatras (4%) ocupan el segundo y tercer lugar, respectivamente, como fuentes de ayuda. Los resultados también permiten conocer cuáles son las necesidades de intervención. Se

sabe que, sin incluir las necesidades de tratamiento para tabaco y alcohol, existen 428 819 personas que requieren de atención especializada y 3 869 093 que requieren de intervenciones breves. El 80.7% de la población requiere de prevención de drogas. Dada la importante relación entre el consumo de alcohol y el de drogas, es importante realizar programas de prevención integrados, que incluyan todos los tipos de sustancias.

### 3.1.5.2 CONSUMO DE ALCOHOL

Los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 confirman lo que se había observado en encuestas previas. La población mexicana no bebe diario o casi diario: 8 de cada 1 000 personas informaron consumir todos los días, en una proporción de 7.5 hombres por cada mujer. Este tipo de consumo aumenta con la edad; por ejemplo, es 3.4 veces más frecuente en hombres mayores de 50 años que en aquellos que tienen entre 18 y 29.

La cerveza es la bebida de preferencia de la población mexicana. Le siguen los destilados y, en una proporción significativamente menor, el vino de mesa y las bebidas preparadas. El pulque es consumido por una proporción menor de la población, pero su consumo prevalece. El consumo de alcohol de 96° y de aguardiente es bajo. El orden de preferencia por tipo de bebida es similar entre hombres y mujeres. La mayor diferencia entre sexos se observa en el consumo de aguardiente y de alcohol de 96°: 8.5 hombres los consumen por cada mujer que lo hace. En los adolescentes, el orden de preferencia cambia, ya que prefieren bebidas preparadas más que el vino. Las diferencias entre hombres y mujeres son menores que en la población mayor de 17 años, con excepción de las bebidas preparadas, el pulque y el aguardiente/alcohol de 96°; en relación con éstas, se observa una mayor diferencia entre hombre y mujeres adolescentes.

Las cifras de consumo por tipo de bebida varían según los grupos de edad. El consumo de aguardiente y alcohol de 96° aumenta con la edad. El mayor consumo de cerveza, de destilados, de vino y de bebidas preparadas ocurre entre los 18 y los 29

años. El gusto por las bebidas preparadas disminuye en forma importante después de los 29 años. El mayor consumo de pulque ocurre entre los 30 y los 39 años.

Como se había observado en estudios previos, el patrón de consumo típico es de grandes cantidades por ocasión de consumo. En total, casi 27 millones de mexicanos (26 828 893) entre 12 y 65 años beben con este patrón y presentan frecuencias de consumo que oscilan entre menos de una vez al mes y diario. Esto significa que, aunque beban con poca frecuencia, cuando lo hacen ingieren grandes cantidades. Casi 4 millones (3 986 461) beben grandes cantidades una vez a la semana o con mayor frecuencia (usuarios consuetudinarios).

El consumo consuetudinario es más frecuente entre hombres que entre mujeres, en una proporción de 5.8 hombres por cada mujer. Entre ellas, sin embargo, esta manera de beber está aumentando, especialmente entre las adolescentes. La diferencia entre mujeres adultas y adolescentes (una mujer entre 12 y 17 años, por cada 1.9 mujeres adultas mayores de 18 años) es menor que la que se observa entre los hombres (un adolescente entre 12 y 17 años por cada cinco adultos mayores de 18 años).

Tanto en hombres como en mujeres, el grupo de edad que muestra los niveles más altos de consumo es el de 18 a 29 años. Los niveles descienden después conforme aumenta la edad. Los resultados indican que la población adolescente está copiando los patrones de consumo de la población adulta.

La proporción de la población que presenta abuso/dependencia al alcohol es muy elevada. Poco más de cuatro millones de mexicanos (4 168 063) cumple con los criterios para este trastorno; de éstos, tres y medio millones (3 497 946) son hombres y poco más de medio millón (670 117) son mujeres.

Esta forma de beber se asocia con una proporción importante de problemas. Las dificultades más frecuentes ocurren con la familia (10.8%), a continuación aparecen las peleas (6%). Los problemas con la policía son menos frecuentes (3.7%), pero en una proporción importante (41.3%) se encontraron personas que fueron detenidas bajo los



efectos del alcohol. Los problemas laborales no son muy comunes (3.7%) y en una proporción aun menor los problemas derivaron en la pérdida del empleo o en la posibilidad de perderlo (1.4%).

Los problemas con la familia son más frecuentes en los hombres, especialmente entre los mayores de edad (3.8 hombres por cada mujer). Entre los adolescentes, estas diferencias son menos marcadas (1.3 hombres por cada mujer). Más mujeres adolescentes (7.8%) que mujeres adultas (3.9%) informaron haber tenido problemas con la familia. Como era de esperarse, la población que calificó para el trastorno abuso/dependencia tiene más problemas que aquella que no presenta este problema.

### 3.1.6 TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL

La dependencia en el consumo de alcohol y drogas constituye un problema de Salud Pública debido a la severidad de los daños y alteraciones que impactan diferentes áreas del funcionamiento como la salud física: en la que ocasiona cirrosis, pancreatitis, diabetes, alteraciones cardiacas, hígado graso, lagunas mentales, insomnio, alteraciones en la alimentación, accidentes mortales; en lo psicológico: ansiedad, depresión, ideas e intentos suicidas, conducta impulsiva, dificultad en toma de decisiones; en lo familiar: separaciones, divorcio, agresión intra-familiar, insatisfacción conyugal; en lo laboral: inasistencia, desempleo, suspensiones; en lo social: aislamiento, pérdida de redes de apoyo de amigos, conflictos; en lo personal: alteraciones en hábitos de cuidado personal, ejercicio físico; en lo legal: robo, lesiones, demandas; en lo económico: deudas, presiones económicas, pérdida de bienes, etc. (McCrary, Rodríguez & Otero-López, 1998; Medina-Mora, 2001; Tapia, 2001; Velasco, 2001; Wallgreen & Barry, 1970).

Diversos estudios basados en la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales reportan resultados favorables en la disminución del comportamiento adictivo (Allen, Litten & Fertig, 1995; Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell, 1997; Botvin, Barker, Dusenbury, Botvin & Díaz, 1995; Eggert, Thompson, Herting, Nicholas & Dicker, 1994; O'Donell, Hawkins, Catalano, Abott & Day, 1995; Pentz, et al., 1989). El

comportamiento adictivo se explica desde esta perspectiva como una conducta aprendida mal adaptativa; los constructos que las teorías del aprendizaje social y de la economía conductual utilizan para explicar el paso del uso experimental y recreativo de la sustancia adictiva son el modelamiento (Caudill, & Marlatt, 1975); el género (Cooper, Waterhouse & Sobell, 1979); la historia previa de consumo (Lied y Marlatt, 1979); la interacción con los compañeros consumidores (Collins, Parks & Marlatt, 1985); el grado de control y de capacidad que el individuo percibe tener frente a otros, la auto-percepción de poder enfrentar situaciones de la vida diaria; las habilidades alternativas de afrontamiento; las expectativas frente a los efectos del consumo (Marlatt & Gordon, 1985); la historia de reforzamiento del individuo que en estos individuos generalmente se caracteriza por la obtención de reforzadores asociados al consumo (Bickel, DeGranpre & Higgins, 1993; De Granpre & Bickel, 1996; Epstein, Bulik, Perkins, Caggiula & Rodefer, 1991; Epstein, Smith, Vara & Rodefer, 1991); la disponibilidad y aceptación social de la sustancia de consumo, así como el precio y el costo de oportunidad (Vuchinich & Tucker, 1988).

No obstante, el individuo al asumir su responsabilidad y compromiso hacia el cambio puede modificar esta conducta, al aprender otras conductas de no consumo que favorezcan su adaptación al ambiente y la obtención de consecuencias positivas en su vida cotidiana.

Uno de los modelos desarrollados para intervenir en la conducta de consumo dependiente es el *Community Reinforcement Approach (CRA)*, desarrollado por Hunt y Azrin en 1973. El objetivo de este programa era que los usuarios llegaran a la abstinencia del alcohol al organizar su vida cotidiana mediante el acceso a otros reforzadores alternativos que compitieran con el consumo.

El CRA ha sido considerado en diversos estudios comparativos como un tratamiento altamente efectivo para individuos con dependencia en su consumo de sustancias adictivas, a partir de sus resultados para modificar el patrón de consumo.

En la primera evaluación hecha por Hunt y Azrin en 1973 se comparó al CRA con un modelo de tratamiento tradicional; en este estudio los usuarios que recibieron el tratamiento del CRA tuvieron mejores resultados que los usuarios que recibieron el tratamiento tradicional, ya que las personas que recibieron el CRA bebieron menos y con menor frecuencia, estuvieron menos días internados en alguna institución, se mantuvieron más días empleados y estuvieron mayor tiempo con la familia que los pacientes del modelo tradicional.

En 1976, Azrin trabajó en el mejoramiento del CRA agregándole procedimientos como el uso del Disulfiram y el involucramiento del otro significativo como monitor para la administración del Disulfiram. También se hizo una comparación entre los usuarios del CRA y los de un modelo tradicional; en este caso, la diferencia entre los resultados de los dos tratamientos a los seis meses se incrementó favoreciendo a los usuarios del CRA; por ejemplo: los días de consumo en usuarios del grupo del CRA disminuyeron al 2% del total de los días en comparación con el 55% del total de días de los usuarios del tratamiento tradicional. Esta versión modificada del CRA también se comparó con otro modelo tradicional llamado Minnesota y resultó más efectiva implicando mejores resultados para los usuarios del CRA (Azrin et al 1982; en Miller & Meyers, 1999).

Esta terapia se reporta entre las más efectivas para el tratamiento del alcoholismo de acuerdo con tres meta-análisis (Finney & Monahan, 1996; Holder, Longbaugh, Miller & Rubonis, 1991; Miller et al 1995 en Wolfe & Meyers, 1999). Higgins et al, 1998 (en Abbott, Weller, Delaney & Moore, 1998) demostraron la efectividad del CRA en combinación con la dirección de contingencias en el tratamiento del abuso de la cocaína y también lo reportan como un modelo reconocido por el National Institute on Drug Abuse y el National Institute of Alcohol Abusers de mayor eficacia para consumidores crónicos de sustancias adictivas.

En 1982 Azrin, Sisson, Meyers y Godley, realizaron un estudio comparativo entre tres condiciones de tratamiento: 1) el programa tradicional de 12 Pasos, 2) el programa tradicional con Disulfiram y 3) el CRA con Disulfiram. Encontrando que los resultados a seis meses de seguimiento indicaron que el porcentaje de días de abstinencia fue del

45% en el grupo tradicional, 74% en el grupo tradicional con Disulfiram y del 97% en el grupo del CRA con Disulfiram.

En un estudio realizado por Smith, Meyers y Delaney (1998) en donde aplicaban el CRA con usuarios dependientes de alcohol, encontraron que los participantes del CRA comparados con un grupo control obtuvieron mejores resultados en los tres primeros rubros sobre las medidas de alcohol: 1) número de tragos (contenido de etanol) por semana, 2) número de días semanales de consumo, y 3) cantidad de alcohol en sangre.

En forma similar, Abbott, Weller, Delaney y Moore (1998), evaluaron el CRA combinado con Metadona en usuarios de opiáceos y lo compararon con un tratamiento estándar combinado con Metadona, encontrando que los participantes del CRA obtuvieron en su mayoría muestras de antidoping negativas en los análisis de orina a seis meses de seguimiento.

Todavía no existen pruebas suficientes para abogar por el tratamiento farmacológico de la adicción a la cocaína u otros psicoestimulantes. Sin embargo, en su completo examen de la bibliografía sobre el uso de farmacoterapias en consumidores de psicoestimulantes, Shearer y Gowing (2004) concluyen que la terapia de sustitución, que ha cosechado el éxito en el caso de la adicción a los opiáceos y la nicotina y posee el potencial de atraer y retener a los consumidores en tratamiento, todavía no ha sido probada de forma conveniente entre los consumidores de estimulantes. El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías OEDT ha publicado recientemente un examen (158) de las bibliografías sobre la reacción y la efectividad del tratamiento de los consumidores de cocaína, incluidas las respuestas a los trastornos mentales de los consumidores de crack.

En estos momentos, la opción de tratamiento para los consumidores de cocaína y otros psicoestimulantes que se considera más prometedora es la combinación de varios tratamientos psicosociales específicos. La combinación del enfoque de refuerzo comunitario (Community reinforcement approach, CRA) y el contrato de contingencias

han demostrado reducir el consumo de cocaína a corto plazo (Higgins et al., 2003; Roozen et al., 2004)

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

Goldestien, Deren, Kang, Jarlais Y Mansura (2000), realizaron un estudio de Programa de Mantenimiento de Metadona Alternativo (MMTP) en el cual se les dio seguimiento de 6 meses a sujetos tomados al azar que un año antes habían abandonado el tratamiento y se les ofreció una intervención a través del servicio social de calle con un modelo de consejería ( de una o dos sesiones) cognitivo conductual grupal o individual y se encontró que los que recibieron este apoyo retomaron su tratamiento a comparación de los que no decidieron tomarlo.

### 3.1.7 PROGRAMA DE SATISFACTORES COTIDIANOS.

El Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) es la adaptación del CRA a población mexicana, este tratamiento ha sido desarrollado dentro del marco conceptual del análisis conductual aplicado. Inicialmente, el programa busca reestablecer y mejorar la calidad de los reforzadores recreativos, sociales, familiares y vocacionales que rodean a los usuarios. La meta consiste en que los reforzadores sean operacionales y de alta calidad cuando el usuario se encuentre sobrio o abstinente de drogas, además de ser retirados o no estar disponibles si el individuo consume.

De manera general, el Programa de Satisfactores Cotidianos tiene como objetivo hacer que un estilo de vida sin alcohol o drogas sea más probable que el de uno con el alcohol o las drogas como eje primordial. En conjunto con el establecimiento de metas

y el involucramiento motivacional, el Programa de Satisfactores Cotidianos enseña al usuario las habilidades necesarias para crear los estilos de vida prosociales deseados.

Por lo tanto, el programa está integrado por 12 componentes, que giran en torno a identificar, establecer y alcanzar metas que el usuario se proponga. Más que forzar al usuario a aceptar su problema de alcohol, el programa se enfoca en los problemas percibidos durante la evaluación. En la mayoría de los casos, al no desarrollar las habilidades necesarias y lidiar con estos problemas el usuario recurriría inevitablemente al uso de sustancias por lo que se espera que ahora él decida enfrentar este problema favoreciendo su aprendizaje y aplicación de nuevos hábitos.

El primer componente, es el análisis funcional de la conducta de consumo, éste es un cuestionario estructurado que permite al terapeuta y al usuario identificar los antecedentes y las consecuencias de la conducta de consumo. Así, se logran identificar situaciones de alto riesgo, las consecuencias que pueden reforzar la conducta de consumo y pueden ser elegidas como metas a alcanzar mediante conductas alternativas de cambio. También se hace un análisis funcional de una conducta que no tenga que ver con el consumo y que el usuario disfrute; analizar esta conducta le permite al usuario identificar aquellas conductas placenteras y pro – sociales que ya utiliza y que puede incrementar.

El siguiente componente del programa, es la Muestra de Abstinencia. A través de ésta, el usuario experimenta los beneficios de mantenerse sin consumo y se facilita la negociación del mantenimiento de la abstinencia. Un componente adicional, es el uso del Disulfiram (medicamento disuasivo del consumo del alcohol) este componente se integra cuando el usuario no ha sido capaz de cumplir con la muestra de abstinencia haciendo uso de los planes de acción delimitados entre él y el terapeuta. El Disulfiram se utiliza a partir del trabajo Interinstitucional al requerir el trabajo del psiquiatra especializado en la problemática del comportamiento adictivo y puede complementarse con el involucramiento de otras personas no consumidoras e importantes para el usuario. La pareja o un familiar monitorean este proceso.

El componente de Metas de Vida Cotidiana, involucra al usuario tanto en la identificación de las áreas de vida que desea cambiar, como en la estructuración de planes de acción específicos para alcanzar las metas. El objetivo principal en este componente es incrementar el placer de las actividades en abstinencia y reducir el poder del consumo como una fuente de satisfacción.

Los siguientes componentes del programa, enfatizan la variedad de habilidades que el usuario puede necesitar para mantenerse sin consumo. Cada componente se enfoca en un paquete de habilidades específicas: habilidades de rehusarse al consumo, habilidades de comunicación, habilidades de solución de problemas, búsqueda de empleo, consejo marital, habilidades sociales y recreativas y control de emociones.

El componente de Prevención de Recaídas consiste en entrenar al usuario a reconocer los signos que indiquen posibles recaídas y a desarrollar estrategias apropiadas de enfrentamiento. Adicionalmente se incluye un componente para el otro significativo en caso de que el usuario haya decidido que un familiar o amigo suyo no consumidor participe en el tratamiento, para favorecer cambios en su ambiente inmediato y propiciar interacciones familiares y sociales favorables y de apoyo.

Es importante mencionar al terapeuta, que los componentes de habilidades no tienen un orden estricto en la impartición del entrenamiento. El orden en que el terapeuta proporciona el entrenamiento en los diferentes componentes de intervención, depende de las necesidades del usuario identificadas por el terapeuta por medio de la evaluación, del componente de Metas de Vida Cotidiana y del reporte del usuario respecto a situaciones específicas de riesgo que necesite enfrentar en ese momento. También, es importante mencionar que en algunos casos no todos los componentes van a ser usados; por ejemplo, si un usuario ya tuviera empleo y no tuviera problemas relacionados con éste, no requiere que el terapeuta imparta el componente de Búsqueda de Empleo.

En primera instancia se desarrolló un estudio piloto del programa en México, el objetivo en esta investigación preliminar fue adaptar, sistematizar, instrumentar y evaluar el

impacto del modelo de intervención *Community Reinforcement Approach*, en la disminución del patrón de consumo en usuarios dependientes de alcohol y otras drogas en población mexicana.

Este modelo se instrumentó en 9 usuarios crónicos, los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 18 años, saber leer y escribir, tener un nivel de dependencia media y severa al alcohol y/o un nivel de dependencia sustancial y severa a otras drogas, uno o más tratamientos o internamientos previos y pérdidas asociadas al consumo en diferentes áreas de vida cotidiana. La duración del tratamiento fue de 15 a 24 sesiones y la duración de las sesiones fue de una hora y media a dos horas por semana. Se utilizó un diseño de caso único con réplicas y seguimientos. La adaptación del modelo original (CRA) incorporó cambios: 1) inclusión de otras habilidades de comunicación, 2) evaluación de variables predictoras de recaídas: auto-eficacia y precipitadores, 3) se añadieron habilidades de rehusarse al consumo de acuerdo al contexto ambiental de los usuarios mexicanos. Los instrumentos de evaluación pre-post test fueron: línea base retrospectiva (LIBARE), auto-registro, cuestionario de confianza situacional y/o cuestionario de auto-confianza de consumo de drogas, escala de satisfacción general, inventario de situaciones de consumo de alcohol y/o inventario de situaciones de consumo de drogas.

Los cambios significativos identificados en esta investigación constatan la efectividad del modelo en los nueve usuarios dependientes de sustancias adictivas: decremento en el patrón de consumo durante y al año después de terminado el tratamiento, incremento en el nivel de satisfacción de vida cotidiana y en el nivel de auto-eficacia después de tratamiento y en seguimientos; y disminución de la cantidad de precipitadores al consumo después de tratamiento y en seguimientos. Los usuarios aprendieron a generarse un estilo de vida más satisfactorio, al incluir actividades incompatibles con el consumo (Barragán, González, Medina-Mora & Ayala, 2005).

Posteriormente, y con base en los resultados del piloteo se evaluó la eficacia del modelo en una muestra intencional no probabilística de 20 usuarios con dependencia a sustancias adictivas a partir de las siguientes modificaciones: añadir el componente de



autocontrol emocional, incluir registros de evaluación de observación directa de los componentes solución de problemas, rehusar el consumo y comunicación, impartición de la intervención en dos sesiones semanales, inclusión de usuarios al club social al alcanzar la abstinencia durante el tratamiento, se añadió como criterio de inclusión tener un nivel de funcionamiento cognitivo de 6 puntos (Sayre, Schmitz, Stotz, Averill, Rhoades & Grabowski, 2002). El patrón de consumo de 18 usuarios mostró cambio significativo a seis meses de terminado el tratamiento mediante el análisis de series temporales interrumpidas (Barragán, 2005).

### 3.2 ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Encontramos diferentes términos para referirnos a este concepto. En la literatura anglosajona los más utilizados son el de cumplimiento (compliance) y adherencia (adherence), aunque se han propuesto muchos otros como: cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia.

Si nos referimos, primeramente, al término "cumplimiento", encontramos que la definición de mayor aceptación es la propuesta por *Haynes*, como "el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario" (*Haynes 1979*).

Si buscamos el significado del término en nuestro idioma, según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española vemos que se define como: "Acción y efecto de cumplir", "ejecutar o llevar a efecto".

En la práctica médica este concepto, suele circunscribirse casi exclusivamente al uso de los medicamentos por parte del paciente, de una forma determinada, pero debe ser considerado como un concepto amplio, que incluye aspectos higiénico sanitarios, como seguir una dieta, no fumar, realizar ejercicios físicos regularmente, evitar el estrés, no tomar o al menos no abusar del alcohol, usar cinturón de seguridad, realizar visitas médicas periódicas o cumplir con las de seguimiento, programadas como parte del propio tratamiento.

Este término ha sido cuestionado y sobre todo se señala un restringido alcance, en cuanto a la complejidad del fenómeno que pretende abarcar. Concretamente se sugiere que el término "compliance", suele emplearse para hacer referencia a la obediencia del paciente al seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional de la salud y que este tendría un rol pasivo y sumiso, creyendo que el enfermo es incapaz de tomar sus propias decisiones al seguir fielmente las recomendaciones que se le proponen (Ferrer 1995).

En relación con ella, (Karoly 1993), considera que se trata de una definición técnica con importantes deficiencias:

a) Tiende a ser unidimensional. Las personas son cumplidoras o no cumplidoras, a pesar de las múltiples posibilidades que pueden existir en relación con el cumplimiento.

b) Está centrada en el profesional de la salud y en un modelo de salud, básicamente autoritario, con tendencia a lograr una estabilidad en la conducta de cumplimiento.

c) Es reduccionista, sólo tiene en cuenta el aspecto relacional y no considera aspectos subjetivos como por ejemplo, las motivaciones del paciente.

A nuestro modo de ver, con el fin de superar estas limitaciones se introducen otros términos, que tratan de reflejar el mismo concepto, pero aportando elementos diferentes. Así por ejemplo *Blackwell* (citado por *Basterra 1999*), propuso los vocablos adherencia o alianza terapéutica, con objeto de expresar una relación más interactiva entre el profesional sanitario y el paciente.

Asimismo aparece, la discusión acerca del vocablo adherencia, en cuanto a sus implicaciones semánticas para la Lengua Española. Adherencia se define como "convenir en un dictamen o partido utilizando un recurso entablado por la parte contraria", aquí se le confiere indiscutiblemente un papel al profesional que da la indicación, como la "parte contraria", lo cual haría depender la conducta del paciente, no sólo de su propia responsabilidad, sino también, de las acciones, efectuadas por el

médico, en cuanto a claridad de las indicaciones, uso adecuado de los recursos de la comunicación y tiempo dedicado a este acto, entre otras cosas. Por otro lado la adhesión, se define como "acción y efecto de adherir o adherirse". Como definición "adhesión", se refiere a una acción y el de "adherencia" se refiere a una propiedad.

En la literatura, se recoge la definición del término "adherence" dada por (*DiMatteo y DiNicola 1989*) como "una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado," la que a nuestro juicio representa un considerable avance en la comprensión de la naturaleza psicológica del problema discutido.

Los vocablos alianza, colaboración, cooperación y adherencia parecen permitir una mayor participación del paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud. Se supone que el paciente se adhiere a un plan con el que está de acuerdo y en cuya elaboración ha podido contribuir o, al menos, ha aceptado la importancia de realizar acciones concretas que se incluyen en el programa a poner en práctica, de ese modo involucraría una consideración activa de la persona.

Sin embargo, los términos cumplimiento o incumplimiento siguen siendo los más utilizados en la práctica médico farmacéutica (*Basterra 1999*), además es muy frecuente encontrar el uso de cumplimiento y adherencia indistintamente y como sinónimos.

Los autores interesados en este tema se adhieren a uno u otro término (*Friedman y DiMatteo 1989*), prefieren hablar de "cooperación" para enfatizar la naturaleza bilateral de las interacciones profesional de la salud-enfermo. Algunos se deciden por el término cumplimiento como (*Rodríguez Marin 1995*), otros consideran que el cumplimiento es una parte de la adherencia terapéutica, entre ellos (*Maciá y Méndez 1996*), y (*Ferrer 1995*) emplea indistintamente los conceptos de "cumplimiento o adherencia terapéutica".

Según *Ferrer*, en nuestro idioma ninguno de los términos parece recoger exactamente el sentido que se pretende en cuanto a ajuste a las prescripciones del profesional de la salud y simultáneamente, implicación activa del paciente a estas y parece necesario

dedicar a este tema cierta reflexión con vistas a lograr una denominación de consenso que posteriormente sea empleada de forma habitual, evitando confusiones al respecto, desconocimiento e incompreensión.

Consideramos adecuado analizar el hecho que nos ocupa como una conducta compleja, que se desarrolla en la interacción del enfermo y los agentes de salud, aunque no existe consenso respecto a los componentes de la conducta de cumplimiento o adhesión, ni en las condiciones que la explican (Amigó 1998).

El adecuado cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica, involucra realizar una serie de tareas que requieren: saber qué hacer cómo hacer y cuándo hacer. El paciente debe disponer de una serie de habilidades con diferente grado de complejidad. Por otro lado, es importante conseguir que los pacientes adquieran y mantengan a lo largo del tiempo un hábito de adhesión estricto a los medicamentos y al cumplimiento de todas las indicaciones (Bayés 2000).

Como ya comentamos, la adhesión al tratamiento es un asunto comportamental, en tanto depende de la conducta del paciente pero también se relaciona estrechamente con la conducta del médico, al menos en la medida en que este ofrezca verbalmente las instrucciones con la claridad requerida, se asegure de su comprensión y dedique a esto todo su tiempo.

Por otro lado, la adherencia terapéutica hace referencia, no a una sola conducta, sino a un conjunto de conductas, entre las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada las indicaciones de este, evitar comportamientos de riesgo, incorporar al estilo de vida conductas saludables (Zaldívar 2003) .

Nosotros consideramos que es adherencia terapéutica, el término más adecuado, dentro de los propuestos hasta el momento por el sentido psicológico que este entraña y la definimos como una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la

consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado.

Proponemos que para que se produzca la adhesión al tratamiento es necesario que se vislumbren en este proceso los momentos siguientes:

- a) Aceptación convenida del tratamiento, entre el paciente y su terapeuta, entendida como la relación de colaboración establecida entre terapeuta y paciente, con vistas a elaborar la estrategia comportamental que garantiza el cumplimiento y la aceptación de esta por ambos.
- b) Cumplimiento del tratamiento. Medida en que la persona ejecuta todas las prescripciones indicadas por el terapeuta.
- c) Participación activa en el cumplimiento. Grado de participación del paciente en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento.
- d) Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento, entendido como la medida en que la persona participa en la ejecución de las acciones realizando los esfuerzos necesarios para garantizar el cumplimiento de las prescripciones.

Quizás en el futuro sea necesario, recurrir a otras formas de conceptuar el problema de la adhesión terapéutica, pero en estos momentos no se cuenta con herramientas teóricas y metodológicas claramente establecidas para hacerlo, sin embargo la práctica médica impone la necesidad de su abordaje, su investigación y la solución de las dificultades que en este terreno se presentan.

### 3. 2. 1 ENTREVISTA MOTIVACIONAL

El concepto de Entrevista Motivacional (E.M.) surge de la experiencia de tratamiento de bebedores problema; fue descrita por primera vez por William Miller en 1983 en un artículo publicado en "Behavioural Psychotherapy". Posteriormente (1991) William Miller y Stephen Rollnick realizan una descripción más detallada de esta intervención en la clínica. La experiencia de Rollnick proviene de su trabajo con equipos de atención primaria en salud, estudiando los procesos de conductas de cambio en salud y estilos de vida. La E.M se define como un método directivo centrado en el paciente que tiene

como objetivo promover la motivación intrínseca al cambio, a través de la exploración y resolución de la ambivalencia. Busca comprender el marco de referencia de la otra persona, elicitando y reforzando de manera selectiva el "discurso de cambio" en el paciente. El estilo de E.M. es en general empático y elicitador (no confrontacional). La disposición al cambio no es vista como un rasgo del paciente, sino más bien como un producto de la interacción cliente/terapeuta. La motivación es un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar de un momento a otro o de una situación a otra.

Un modelo útil para comprender cómo se produce el cambio lo han elaborado dos psicólogos: James Prochaska y Carlo DiClemente (1982). Estos autores han elaborado una serie de etapas por las que cruza una persona en el proceso de cambio de un problema. Dentro de este enfoque, la motivación se puede entender como el estado presente de una persona o la etapa de preparación hacia el cambio.

La "rueda del cambio" que surge del modelo de Prochaska y DiClemente (1982) admite el dibujo de hasta seis etapas. El hecho de que la rueda sea un círculo refleja la realidad de que en cualquier proceso de cambio la persona gira alrededor del proceso varias veces antes de alcanzar un cambio estable. Este modelo también considera que un terapeuta debe utilizar diferentes tácticas con un paciente, dependiendo del momento del proceso de cambio en que éste se encuentre.

El punto de entrada del proceso de cambio es la etapa de "pre contemplación". Una persona que se aproxima a esta etapa y a la que se le indica que tiene un problema se puede sentir más sorprendida que defensiva. El uso correcto del término "pre contemplador" indica que alguien sabe que tiene un problema pero no es consciente de él. Una persona que se sitúa en esta etapa necesita información y retroalimentación, a fin de que pueda aumentar su conciencia del problema y la posibilidad de cambiar.

La siguiente es la fase denominada de "contemplación". La persona contempladora probablemente discurrirá entre las razones por las que debe preocuparse de su problema y las razones que cree tener para no preocuparse. La experiencia de la

persona contempladora queda descrita como un tipo de oscilación entre las razones para cambiar y las razones para continuar de la misma manera. La tarea del terapeuta en esta etapa consiste en ayudar a que la balanza se decante a favor del cambio. De vez en cuando la ventana se decanta a favor, y durante este periodo de tiempo los comentarios de la persona reflejan un buen grado de motivación, esto es el inicio de la etapa de determinación en la que se abre la entrada a un nuevo periodo de tiempo.

La tarea de un terapeuta cuando un paciente esta en esta etapa de determinación no es la de motivarle sino la de aconsejarle el recurso terapéutico más adecuado, accesible, apropiado y efectivo.

La siguiente etapa es la de "acción". Aquí la persona se implica en acciones que le llevarán a un cambio. El objetivo es el de producir un cambio en el problema que se desea resolver. Siguiendo a dicha etapa se encuentra la de "mantenimiento", el reto de la misma consiste en mantener el cambio conseguido en la etapa anterior, y el de prevenir la recaída.

Si la "recaída" se produce, la tarea del individuo consiste en empezar a girar de nuevo alrededor de la rueda. Aquí la tarea del terapeuta es ayudar a la persona a evitar el desconsuelo y la desmoralización, continuar el cambio inicialmente planteado, renovar la determinación, y poner de nuevo a punto los esfuerzos realizados para volver a alcanzar la etapa de acción y mantenimiento.

Desde un enfoque pragmático otra forma de definir la motivación es como; la probabilidad de que una persona inicie, continúe, y se comprometa con una estrategia específica para cambiar. Esto plantea una pregunta práctica: ¿ que estrategias puede utilizar un terapeuta para aumentar la motivación respecto al cambio?. Por la anterior definición de motivación, sería razonable buscar las técnicas específicas para aumentar la probabilidad de conductas que promuevan el cambio.

Ocho estrategias son básicas para promover la motivación hacia al cambio:

- Ofrecer consejo: Un consejo dado con claridad es un elemento que estimula el cambio. Como mínimo, el consejo debe: 1) identificar claramente el problema o el área problemática, 2) explicar por qué el cambio es importante, y 3) recomendar un cambio específico. Promover a las personas con estrategias alternativas concretas para cambiar, le puede ayudar a seguir el curso del cambio recomendado.

- Eliminar obstáculos: Identificar y eliminar obstáculos importantes que existen en los esfuerzos hacia el cambio. Un consejo motivacional efectivo ayuda a que un paciente identifique y supere esos factores inhibidores. Una vez que esos obstáculos se han identificado, la tarea del terapeuta es ayudar al paciente a resolver los problemas prácticos.

La mayoría de esos problemas tienen que ver con el acceso al tratamiento o con otras estrategias para el cambio. Otros factores de acceso son menos tangibles pero también significativos: los retrasos en el horario en la sala de espera, grado de confort, un sentimiento de pertenencia al grupo y la adecuación cultural son obstáculos para el proceso de cambio.

Finalmente, algunos obstáculos para el cambio son más actitudinales que manifiestos. Una persona puede tener miedo a que el cambio produzca consecuencias aversivas en su vida o le prive de oportunidades importantes para recibir refuerzo positivo.

### 3.2.2 ADHERENCIA Y DESERCIÓN EN LOS TRATAMIENTOS PARA LAS ADICCIONES.

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

Los estudios sobre interrupciones de tratamiento por parte de pacientes fármaco dependientes durante el periodo 1981-1982, realizados por Clarac (1985; citado por



Quijano, 2001) con la población atendida en Centros de Integración Juvenil, en la población que abandono su tratamiento en dichas fechas, a los cuales se les entrevisto y se les aplicaron las cedula para obtener información sobre datos generales, su tratamiento y la deserción; los resultados presentados son: el 37% desertó en la etapa diagnóstica , y el 60% durante la etapa de tratamiento ,entre la primera y la octava sesión un (44%), mientras que en la etapa seguimiento los desertores fueron muy escasos; una tercera parte de los que acudieron bajo presión o engaño procedente de algún familiar para asistir al centro, mientras que el resto ( dos terceras partes) reporta haber llegado por voluntad propia. Los motivos que brindaron los sujetos que pueden explicar su deserción se clasificaron en personales, familiares, sociales e institucionales.

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

### 3.2.3 VARIABLES RELACIONADAS CON LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

La investigación acerca de los resultados del tratamiento sea vuelto mas rigurosa con el paso del tiempo. Existen diversos estudios( McLellan, Matzger, Grissom, Woody, Luborsky, & O Brién, 1994; McCance, Carroll, & Rousville, 1999; Ferri, et al 2002; Washton, & Stone, 2002; Nunes & Barth, 1993; Sart, et al, 2005; McKay, et al, 2001; Muth, 1997; Sartz , et al, 2005; Mathias, 1997; Killen, et al, 2007; Carroll, 1997; Stockers, s/f; McKay, 2001), con relación a los resultados de usuarios dentro de diversos tipos de tratamiento, este tipo de estudios han desencadenado la posibilidad de observar diferentes factores que resultan relevantes a la hora de evaluar los resultados de las personas así como de los tratamientos. Estos factores incluyen el costo efectividad, ciertas características de los pacientes, tales como edad, sexo, nivel educativo, etc, los síntomas y áreas problemáticas que presentan cambios durante y al finalizar el tratamiento así como los beneficios a corto y largo plazo entre otros (Carroll, 1997)

La investigación entorno a este tipo de factores ha arrojado que según Carroll (1997), los tratamientos dirigidos para el tratamiento de las drogas, sin tomar en cuenta el modelo del que se hable, resulta en una reducción del consumo y es tan efectiva como algunos de los tratamientos enfocados a los desordenes orgánicos (como la diabetes o el asma), asimismo menciona que cierto tipo de tratamientos pueden ser mas efectivos con algunos grupos de pacientes específicos. Finalmente, en el caso de E.U. cada dólar que se invierte en tratamientos para las adicciones puede, a largo plazo, ahorrar de 4 a 12 dólares en diversas áreas, como la legal, laboral, social.

Se sabe que los tratamientos para las drogas, aun sin hablar de los modelos específicos, pueden reducir el uso de las mismas, así como la actividad criminal y las conductas de riesgo, entre otras, asociadas al consumo (De la Fuente, 1997). No obstante, la necesidad de tratamientos efectivos es creciente debido al mismo aumento que se ha dado en el consumo de diversas sustancias. En este sentido, el uso de nuevas drogas, sumadas a las ya existentes, se ha expandido y tomando en cuenta los índices de consumo, se están convirtiendo en un fenómeno epidemiológico. Sin embargo, debido a la falta de recursos y por otros motivos metodológicos, como la falta de investigación los tratamientos aun no han sido del todo desarrollados ni evaluados como en el caso de aquellos enfocados especialmente a los poliusuarios. La identificación de los factores que predicen el resultado de la persona dentro de un tratamiento así como el uso posterior de las sustancias son de suma importancia ya que pueden derivar en modelos teóricos que expliquen el fenómeno, lo que, a su vez, resulta en la posibilidad de mejorar y desarrollar intervenciones más adecuadas y funcionales.

En la actualidad existe investigación que intenta observar el éxito o fracaso de los usuarios basándose en la evaluación de diversas esferas ( McLellan, Matzger, Grissom, Woody, Luborsky, & O Brién, 1994; McCance, Carroll, & Rousville, 1999; McKay, et al, 2001; Carroll, 1997; Stocker, 1999; McKay, 2001), entre las que se encuentran la familiar, social, laboral y los cambios en la conducta de consumo, en la que se esperaría alcanzar la abstinencia o por lo menos la reducción debida al

tratamiento. En este sentido, los mismos factores que son útiles para evaluar las mejorías o cambios ocasionados por el tratamiento, pueden, a su vez, ser usados como predictores asociados al resultado del usuario. Entre los más importantes están los familiares, de salud física y/o mental, laboral o educativa, la historia de consumo del usuario y aquellos clasificados dentro del rubro denominado indicadores sociodemográficos, es decir, edad, sexo, raza, estado civil, etc, de la persona.

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

### 3.2.4 VARIABLES PSICOLÓGICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS

Se sabe que el resultado de un tratamiento para las adicciones, puede verse influido por diversos factores, sin embargo, algunas de las diferencias más estudiadas y reportadas como significativas se observan entre las condiciones psicológicas y sociodemográficas de los usuarios (Stocker, 1998, Hubbard, & Mariden, 1994; Vaillant, 1988). De esta forma, características tales como el sexo, grupo étnico, el estado civil, las redes de apoyo tanto social como familiar, entre otras, han sido usadas para observar su asociación con el resultado de algunos tratamientos.

El propósito de este tipo de investigaciones es identificar cuáles son las variables tanto psicológicas como sociodemográficas que pudieran estar asociadas con la adherencia terapéutica, así como la creación de estrategias que permitan una intervención adecuada basada en características personales de los usuarios. Por ejemplo en el caso específico de la identificación de las diferencias por sexo en cuanto a diversos factores, se sabe que pueden brindar un amplio conocimiento acerca del inicio, mantenimiento y los posibles cambios en la conducta del consumo de diversas sustancias (McCance, Carroll & Rounsaville, 1999).

#### 3.2.4.1 SEXO

Existen muchas variables relacionadas al sexo, que van desde las anatómicas, fisiológicas, hasta las psicológicas, sin embargo, el papel de las mismas no ha sido completamente investigado dentro del área de las adicciones, es decir, no suelen usarse para adaptar los tratamientos a las características de la persona, en este caso si es hombre o mujer. Esta situación resalta la importancia de realizar más estudios que ayuden a evaluar cómo es que este factor puede influir sobre los resultados del tratamiento en términos de cambios dirigidos a la recuperación del estado saludable.

Stocker (1999) ha mencionado que las mujeres en tratamiento de drogas recaen menos frecuentemente que los hombres, esto lo explica señalando que las mujeres

tienen más probabilidad de comprometerse con un tipo de tratamiento, es decir, una vez que entran a éste suelen asistir de manera regular y es probable que finalicen el mismo. Según este mismo autor las mujeres y hombres adictos difieren ampliamente en los resultados que tienen después del tratamiento. Esta situación pone énfasis en el hecho de que hombres y mujeres pueden verse beneficiados de diferentes estrategias para mejorar sus resultados.

La situación propuesta por Stocker (1999) se ha visto apoyado por estudios realizados por Fiorentine (1997), en el que se evaluó a un total de 182 mujeres y 148 hombres, usuarios de cocaína, inscritos en programas de tratamiento, ya fuese con una modalidad grupal, individual, etc. Los resultados indican que las mujeres asistieron a más sesiones que los hombres (con 10.9 sesiones en promedio mujeres y tan solo un 7.9 para los hombres). Esta situación fue interpretada por Fiorentine (1997) como la probabilidad de compromiso con el tratamiento. Los resultados parecen atribuirse a que las mujeres son más comprometidas y se les facilita aceptar que necesitan ayuda, sin embargo, al evaluar el consumo al final del tratamiento no se encontraron diferencias significativas entre ambos sexos.

En otro estudio realizado por Weiss (1997, citado en Stocker, 1999) se encontró una situación semejante al evaluar a 74 usuarios de cocaína hospitalizados. Los usuarios fueron entrevistados seis meses después del internamiento y se observó que, en promedio, 51% de las mujeres se habían mantenido en abstinencia, en comparación con 25% de los hombres que así lo habían hecho.

Tanto Weiss (1997, citado en Stocker, 1999) como Fiorentine (1997) encontraron algunas diferencias entre los sexos, en la mayoría de los casos se reportó que las mujeres que asisten a tratamiento tienen más reportes emocionales negativos y problemas interpersonales como disparadores para recaer, mientras que los hombres reportan las experiencias positivas del mismo consumo. En esta situación se pone énfasis en la necesidad de usar diferentes estrategias de prevención dependiendo de las características de los usuarios, tales como el sexo (Stocker, 1999).

Sobre esta misma línea, según De la Fuente (1997) una de las metas del tratamiento para las adicciones, aún cuando están basados en diferentes modelos, es que el individuo vuelva a funcionar productivamente dentro del trabajo, la familia, y la comunidad, situación por la cual, estos factores se han usado para evaluar el resultado del tratamiento y, así mismo, para observar la forma en la que estos mismos factores pueden estar influyendo sobre el resultado del tratamiento en el que se encuentra el usuario.

Jiménez (1998), encontró diferencias por género en un grupo de personas que acude a un tratamiento para bebedores problema en donde es mayor el número de hombres que deserta en la primera y segunda sesión mientras que más mujeres deciden concluir el tratamiento. Observó que mientras más pierden más tienden a buscar ayuda y a obtener mejores resultados en el tratamiento. Las mujeres que concluyeron el tratamiento a diferencia de las que no terminaron tienen un mayor grado de estudios y son más independientes, manteniéndose la mayor parte del tiempo en la abstinencia y con un consumo moderado. El patrón de consumo en los hombres es de 16.8 años de consumo, 11.2 años de beber en exceso y 8.9 años de consumo problemático y en las mujeres es de 14.7 años de consumo, 7.7 años en consumir en exceso y 6.7 de consumo problemático.

#### 3.2.4.2 FAMILIAR Y SOCIAL

Los tratamientos especializados en drogas, en muchas ocasiones, pueden apoyarse del conocimiento de los problemas a nivel legal, social y familiar que se presentan al usuario para poder, hasta cierto punto, predecir el resultado de la persona que ha asistido en busca de ayuda. Esta situación puede darse al conocer más a detalle las características que presenta y como es que éstas se han asociado con los cambios no solo en el consumo sino en el bienestar general al finalizar el tratamiento.

Muestra de lo anterior es el estudio llevado a cabo por Hubbard, & Mariden (1994), quienes reportaron resultados basados en mediciones de funcionamiento, tanto social

como familiar. Los investigadores evaluaron a una muestra de pacientes dependientes de cocaína que participaron en un tratamiento residencial. Los principales hallazgos arrojaron que, en un seguimiento de 12 meses, aproximadamente un 12% de los pacientes reportaron abstinencia total, ninguna actividad criminal, y ningún problema de tipo psiquiátrico o familiar. En contraste con estos casos "exitosos" después de 12 meses, aproximadamente 18% estaban en la cárcel, 29% habían tenido un uso significativo de drogas y un 13% habían entrado nuevamente a algún tratamiento.

En el estudio llevado a cabo por Vaillant (1988) se ha puesto en evidencia la facilidad con que aquellos usuarios que se encuentran en situaciones de estabilidad social y empleo gratificante, apoyo comunitario, y relaciones estables (incluyendo la afiliación a grupos religiosos), tiene mayor posibilidad de cambiar su patrón de consumo a largo plazo, hacia una reducción.

En este mismo sentido el cambio del patrón de consumo representa una de las principales metas de los tratamientos, sin embargo, no es la única ni la más importante. De manera general se puede decir que la finalidad es la recuperación u obtención de un estilo de vida saludable, es decir, mejorías observables en la salud física y mental del individuo para, de esta forma, mejorar de manera paralela algunos otros rubros como lo es el funcionamiento social y familiar.

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

Siegal, Li y Rapp (2002), reportan conclusiones de los resultados de un tratamiento concluido de usuarios de crack y cocaína, en el cual participaron tres grupos: (1) aquellos quienes reportaron en el curso una abstinencia estable de crack/cocaína, (2)

aqueños quienes constantemente la usaron durante el periodo; y (3) aquellos quienes reportaron ciclos entre abstinencias y el uso de drogas durante el periodo de seguimiento. Los resultados muestran que los sujetos que lograron sostener una abstinencia de crack y cocaína, también hicieron mejorías en otros dominios tales como el empleo, la familia, legales, y psiquiátricos y otros más.

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

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

Mejia, Moreno, Pérez y Reyes (1984, citado por Quijano 2001), realizaron un estudio revelando que un mayor índice de deserción se da entre estudiantes adolescentes entre 15 y 19 años de edad, que son curiosamente el grupo de mayor demanda de atención. Las malas relaciones familiares provocan un alto porcentaje de deserción, al igual que ciertas condiciones de la población de clase media baja, que tienen dificultades económicas y suelen llegar a un estado de crisis, una vez superada ésta no tienen interés de continuar en el tratamiento. De los motivos de la deserción concluyeron que el paciente que ingresa al centro no está plenamente consciente de su enfermedad, tiene el deseo real de seguir en tratamiento, comienza su rechazo y su existencia se va reduciendo, hasta que deja de asistir definitivamente, además la familia solo muestra interés cuando éste se encuentra intoxicando y una de vez ingresado al centro descarga su responsabilidad en el terapeuta.



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

Motivos personales: 1) rechazó tratamiento (desinterés, indiferencia, designan la parte de tratamiento, que no quiere dejar la droga); 2) relativos a la misma enfermedad (mencionada exclusivamente por el terapeuta) en la que la enfermedad impide al sujeto enfrentarse a sus problemas, ser constante tratamiento; y el que a veces no tiene conciencia de la enfermedad); 3) mejoría (al sentirse mejor y empezar a funcionar, el paciente cree que esta curado y que no necesita continuar el tratamiento); 4) horario muy cargado, al sentirse mejor, empieza a trabajar y/o estudiar, tiene menos tiempo, otros intereses y deserta. %) Motivos de fuerza mayor (la enfermedad, hospitalización, encarcelamiento, vivía muy lejos del centro)

Motivos familiares: 1) sabotaje familiar; 2) dinámica familiar conflictiva; 3) problemas económicos y de organización familiar.

Motivos sociales: 1) influencia de los amigos, vecinos y compañeros y, 2) miedo a ser identificado como paciente del centro local.

Motivos institucionales. 1) Administración organización del centro local; 2) ambiente y trato en el centro; 3) deficiencia en la transmisión de información y 4) inconformidad con la atención terapéutica.

### 3.2.4.3 SALUD MENTAL

En la búsqueda de investigaciones respecto de la salud mental y su relación con el consumo de sustancias así como con el resultado de usuarios que presentan un diagnóstico de enfermedad mental paralelo al de dependencia de alguna sustancia, tan solo se encontraron aquellos realizados por Carrá, Scioli, Monti, & Marinoni (2006) y Kim, Dennerstein, & Guthrie (2005). Por lo que existe poca investigación dedicada a estudiar los efectos que pueden tener este tipo de factores sobre resultados de un tratamiento para las adicciones. Es por esto que es importante poner énfasis en la

necesidad de expandir la investigación enfocada al estudio de la comorbilidad de la adicción con otro tipo de problemas de índole psiquiátrico.

La comorbilidad de alguna enfermedad mental y el uso de sustancias es una situación que debe preocupar principalmente a los especialistas, ya que, al parecer, el diagnóstico de un trastorno, además de la dependencia de alguna sustancia, es un factor de riesgo que puede verse como un pronóstico mucho más negativo que aquellos que tan solo presentan dependencia. Aquellos pacientes con desórdenes mentales mayores así como con uso de sustancias han mostrado tener resultados menos favorecedores que aquellos usuarios en el tratamiento que no presentan desórdenes de tipo mental; sin embargo es necesario enfatizar que estos últimos presentan otro tipo de desventajas en el funcionamiento psicosocial y en la salud entre otras (Carrá, Scioli, Monti, & Marinoni 2006).

En el estudio realizado por Carrá, Scioli, Monti, & Marinoni (2006), se planteó el objetivo de encontrar algunas de las diferencias entre los usuarios, dentro un tratamiento, (del que no se especifica modelo, encuadre ni formato) con diversos diagnósticos de trastornos psiquiátricos para así poder tener un pronóstico, basado en la severidad del trastorno, mucho más confiable acerca del tratamiento enfocado a las drogas. El diagnóstico de trastornos, tanto de dependencia como los trastornos mentales se realizó por medio del DSM-IV. Dentro de los resultados se encontró que aquellos usuarios que participaron en un tratamiento no especificado, con diagnóstico de esquizofrenia puntuaron mucho más bajo en la severidad de problemas asociados con el uso de sustancias (la severidad se evaluó con ayuda del ASI). No obstante, cabe mencionar que dentro de dicha investigación no se menciona el momento de la evaluación, es decir no se especifica si el ASI se aplicó antes, durante o después del tratamiento. Por otro lado, no existe una evolución previa que permita afirmar de manera confiable que existe algún cambio en los puntajes con relación al mismo sujeto y que sean debidos al tratamiento.

En el caso de la investigación llevada a cabo por Kim, Dennerstein, & Guthrie (2005) los datos arrojados hacen mayor referencia a las diferencias entre un grupo de 438

mujeres ( con un rango de 45 a 55 años de edad ) con un diagnóstico de enfermedad mental con base en los criterios del DSM-IV y aquellas que al parecer no padecen ningún trastorno. En este sentido, se encontró dentro de la muestra, que el 47.3% tenía un desorden de tipo psiquiátrico y que dentro de este porcentaje, aquellas que presentaron algún trastorno de ansiedad o depresión, presentaron un mayor consumo de alcohol que aquellas que presentaban otro desorden o ninguno. El estudio no hace referencia a un tratamiento para adicciones en especial y las evaluaciones son llevadas a cabo en la admisión de las mujeres a un centro de salud médica por razones diversas, por lo que es difícil hacer conclusiones, con respecto a la posible relación entre un desorden psiquiátrico y el consumo de drogas, así como la influencia de los mismos en el resultado después de un tratamiento.

En nuestro país, Díaz R y cols., en 1990 llevaron a cabo su primer estudio de comorbilidad en el que sus resultados indicaron que la prevalencia del consumo excesivo de alcohol (más de 12 copas por semana para hombres y más de 9 copas por semana para mujeres) entre la población psiquiátrica rebasó los porcentajes obtenidos para la población no psiquiátrica , obteniéndose un 24% para hombres y un 17% para las mujeres. El 42% de los hombres y el 11% de las mujeres presentaron el diagnóstico de dependencia al alcohol. En cuanto a la asociación de otros diagnósticos con el de dependencia al alcohol se encontró en primer lugar para los hombres a los trastornos de ansiedad, en segundo lugar los trastornos de sexualidad, seguidos de los trastornos afectivos; en mujeres, los trastornos afectivos ocuparon el primer lugar en más del 40%.

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

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

La evidencia disponible para apoyar los modelos que explican las abstinencia en el uso de sustancias entre aquellos con enfermedades mentales severas aún permanece limitada, por lo que hay gran interés de expandir la investigación acerca de la comorbilidad psiquiátrica en los desordenes de abuso de sustancias. La comorbilidad de la enfermedad mental y el uso de sustancias es causa de preocupación ya que se ha visto asociada con un gran número de variables que representan factores de riesgo para un pronóstico pobre. Los pacientes con desórdenes mentales y un desorden de uso de sustancias han sido constantemente mostrados con resultados más negativos que aquellos que no tienen problemas de tipo mental, es decir, desventajas en términos del funcionamiento social, y estado de salud; por lo que requieren tratamientos más adecuados a sus necesidades especiales, situación que debe enfatizarse debido a su necesidad de disponer de habilidades y competencias diferentes a aquellos que no están diagnosticados con enfermedades mentales.

#### 3.2.4.4 TRATAMIENTOS PREVIOS

Las diferencias individuales en las historias de tratamiento para el abuso de drogas pueden estar asociadas con diferentes tipos de capacidad de respuesta a intervenciones muy particulares. Es posible que aquellos pacientes que entran por primera vez tengan características y problemas diferentes a aquellos pacientes que tienen experiencias de tratamientos anteriores múltiples.

La necesidad de observar la relación existente entre los tratamientos previos y los resultados del sujeto han llevado a los investigadores a profundizar en el conocimiento de dicho fenómeno, tal es el caso de Killen, Carter, Copersino, Petra, & Stitzer (2007) quienes realizaron un estudio para evaluar las características y los resultados de 410 usuarios diagnosticados con dependencia, basados en los criterios del DSM-IV, con menos tratamientos y aquellos que tenían una cantidad mayor de los mismos, inscritos en un modelo de incentivos motivacionales ( manejo de contingencia). Los resultados muestran que aquellos participantes con mayor experiencia en tratamientos previos tenían mayor edad, en promedio, y fueron representados, en su mayoría, por mujeres, a diferencia de aquellos que presentaban una menor cantidad de tratamientos previos.

Con respecto al uso de la sustancia, los que respondieron tener menor experiencia previa en cuanto a los tratamientos, presentaron menor consumo de la misma así como un perfil de problemas asociados menos severo ( evaluado por el ASI ) que aquellos que ya habían participado en más tratamientos anteriores. En este sentido, se observó que estos últimos, al finalizar el tratamiento actual, tenían más probabilidades de continuar el consumo o de no reducirlo, así como de abandonarlo antes de terminarlo, en comparación con el grupo que no tenía experiencia previa en el mismo, o en otro tipo de tratamiento.

En otro estudio con una muestra de 313 usuarios, donde el 90% eran hombres con un promedio de edad de 26 años, un 44% no tenían empleo en el momento de la entrevista y en su mayoría presentaban un consumo de cocaína inhalada. Aquellos

cuya droga de preferencia era la cocaína, fueron diagnosticados con dependencia basados en criterios diseñados para fines de la propia investigación; es decir, aquellos quienes respondieron de forma afirmativa a un consumo de por lo menos dos días a la semana dentro de un periodo de seis meses fueron incluidos en el estudio como el grupo de usuarios con dependencia. La muestra se dividió entre aquellos con 0 o 1 tratamiento y aquellos con 2 o más tratamientos previos al actual. El análisis de datos demostró que aquellos con más tratamientos anteriores puntuaron en las escalas del ASI con mayor severidad de dependencia así como con una mayor cantidad en el consumo de cocaína. Finalmente, se concluye que los usuarios con más tratamientos suelen tener más dificultades al dejar su uso de cocaína y es probable que reingresen constantemente a diversos tipos de tratamiento (Ferri, Gossop, Rabe, & Laranjeira, 2002).

En este sentido se hace necesario poner énfasis en la importancia de la evaluación previa y posterior de las características sociodemográficas de los usuarios de drogas asociadas con sus propios resultados en el tratamiento, sin importar el modelo del que se hable.

#### 3.2.4.5 EDUCACIÓN

El factor educativo parece ser importante ya que puede, de cierta forma y hasta cierto punto, inferir con el proceso terapéutico. El nivel de educación del usuario tiene que ver con ciertas habilidades y conocimiento que pueden facilitar o dificultar el avance de las sesiones, así como la comprensión de los contenidos. Se debe subrayar la importancia de que el tratamiento se adecue a las características y necesidades de los usuarios para brindarles a éstos mayores oportunidades de un buen resultado.

Existen estudios que hablan acerca de la influencia del nivel educativo sobre los resultados del tratamiento. Entre los más destacados ya que las conclusiones resultan ser significativas, está el desarrollado por Knight, Logan, & Simpson (2001). De manera general, el estudio, intenta examinar algunas características antes del tratamiento para usar como posibles predictores de la finalización o abandono de un tratamiento al que

entraron 87 mujeres adictas a diversas sustancias, de la que el 79% usaban crack o clorhidrato de cocaína, con un promedio de 30 años de edad. Los factores que resultaron significativos como predictores, fueron el nivel educativo y la situación legal en términos de haber sufrido o no algún arresto en los seis meses previos a la entrevista. Los resultados muestran que aquellas que completaron de manera exitosa el programa (61%) tuvieron más alto grado escolar, ya fuese de preparatoria o equivalente y no habían tenido ningún arresto en los meses anteriores a la aplicación de las entrevistas.

#### 3.2.4.6 SITUACIÓN LABORAL

Dentro de la misma muestra estudiada por Knight, Logan, & Simpson (2001) se evaluaron otros predictores posibles como el caso de la situación laboral de los usuarios al momento de la evaluación, se encontró que el 56% con un empleo de por lo menos medio tiempo no completaron y el 44% con por lo menos medio tiempo de empleo si completaron su tratamiento, sin embargo, este factor no resulto significativo.

Las investigaciones anteriores muestran la probabilidad de que los usuarios presenten características personales, que pueden ayudar a que el tratamiento tenga un resultado considerado como exitoso, es decir que reduzca y si es posible interrumpa por completo el consumo de diversas sustancias. Con respecto a esta situación se sabe que el hecho de que el usuario tenga un empleo, nos habla no solo de la probabilidad de que su nivel de dependencia no sea tan elevado, sino además de que aún tiene actividades alternas que pueden ayudarlo a evitar el consumo en la medida de lo posible.

Las suposiciones anteriores se basan en investigaciones como la que iniciaron Roll, Prendergast, Richardson, Burdon, & Ramírez (2001), en ésta, se reportó el caso de 99 usuarios (65.7% usaban metanfetaminas, 14.1% cocaína y el resto usaban marihuana, opiáceos o alcohol) que participaron en el programa de una corte de California, al cuál fueron mandados por haber cometido algún tipo de delito, de manera general, se encontró que la situación laboral representó en predictor significativo. Es decir,

aquellos que estaban empleados al entrar al tratamiento, los análisis estadísticos asociaron de manera significativa esta variable con un buen resultado en el tratamiento.

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

#### 3.2.4.7 HISTORIA DE CONSUMO

Como se ha mencionado anteriormente, los diversos tratamientos tienen metas semejantes dentro de las que se encuentra el mantenimiento o recuperación del bienestar físico, psicológico y social, situación que puede lograrse a través de la reducción del consumo de la sustancia, o la abstinencia total, lo que su vez, reduce de manera directa los riesgos asociados. La historia de consumo (años de consumo, intentos de abstinencia, frecuencia, cantidad, situaciones en las que consume, etc.) de cada usuario es diferente por lo que es necesario hacer énfasis en las necesidades particulares de cada persona en cuanto al tratamiento adecuado además de tomar en cuenta que los resultados pueden ser versátiles.

En este sentido se llevo a cabo un estudio que evalúa los resultados de un tratamiento basado en el modelo cognitivo conductual, los análisis arrojaron que dicho enfoque parece ser uno de los más prometedores ya que alcanza porcentajes elevados de abstinencia con periodos más prolongados así como reducciones significativas en el consumo de cocaína (McKay 2001). Dentro de este estudio se evaluaron los resultados de 121 usuarios de cocaína (79% de sexo masculino) que cumplieron con el diagnóstico de dependencia a la misma, con base en los criterios del DSM-IV, por lo que se sometieron a un tratamiento cognitivo conductual de 12 semanas. El análisis sugiere que los pacientes, alcanzaron una reducción en el consumo de un 70% al finalizar el tratamiento (Government Accountability Office, 1996).



El estudio realizado por Wells (1992, en GAO, 1996) indica que el resultado obtenido en un tratamiento cognitivo conductual de 6 meses fue de un 71% de abstinencia en el promedio total del tiempo. La muestra usada en esta investigación fue de 110 usuarios, dentro de los que el 64% era de sexo masculino. Los resultados, con base en investigaciones previas, parecen ser confiables.

En el estudio realizado por McKay y colaboradores (2001), se evaluó a un grupo de 132 veteranos de los Estados Unidos, con una edad promedio de 41 años cuyo consumo principal era de heroína y/o cocaína. Este estudio concluye con la suposición de que el predictor más relevante del uso subsecuente de cocaína es su uso actual así como su historia de consumo, es decir, años de consumo, cantidad, frecuencia, etc.

Bernal (2004) realizó una investigación con adolescentes estudiantes de nivel medio superior que asistieron a un programa para adolescentes que consumen alcohol o drogas, su muestra estuvo conformada por 63 desertores y 30 usuarios que terminaron el tratamiento, de los que abandonaron el tratamiento el 53% lo hizo entre la primera y la segunda visita, en los cuales difiere el patrón de consumo, en el grupo que desertó se presenta un consumo menos problemático, menores cantidades de sustancias, menor frecuencia de consumo y menor número de consecuencias negativas en comparación del grupo que terminó tratamiento.

En el grupo que terminó tratamiento se mostraron períodos más largos de abstinencia; en cuanto a recibir tratamientos por consumos de drogas previos, los usuarios que desertaron no tenían ningún tratamiento anterior en cambio los que terminaron sí; hay una mayor proporción de conductas antisociales en el grupo que terminó el tratamiento. En cuanto a los adolescentes que abandonaron de forma prematura el tratamiento mostraron pocos problemas en cuanto a su consumo a diferencia de quienes abandonaron 1 o 2 citas más adelante; los primeros mostraron estar menos deprimidos que los que desertaron en las siguientes sesiones.

#### 3.2.4.8 AÑOS DE CONSUMO

Se ha observado que los años de consumo están fuertemente asociados con el nivel de dependencia y por lo tanto con el resultado del tratamiento (Sartz, Winter & Samet, 2005; McKay, Merikle, Mulvaney, Weiss, & Haver, 2001; Muth 1997). Esta situación resulta digna de considerarse ya que, como se ha mencionado anteriormente, es importante tomar en cuenta cualquier factor que pueda estar afectando el resultado del usuario en cuanto al tratamiento en el que participa para de esta forma reducir el número de abandonos así como mejorar el pronóstico en diversas áreas de la vida de la persona así como lograr los objetivos, en términos del consumo, establecido de manera inicial.

En el estudio realizado por Kleinman, Millery, Scimeca, & Polinizar (2002) 279 pacientes que entraron a un centro de desintoxicación, los cuales fueron entrevistados en cuantos sus factores sociodemográficos y datos de su consumo personal de la sustancia de preferencia. Dentro de los resultados, se encontró que aquellos con mayor probabilidad de éxito en el tratamiento tenían, a su vez, menos años de consumo, sobre esta misma línea, permanecieron por mayor tiempo dentro del tratamiento. Es importante mencionar que en esta investigación, no se menciona el criterio con el que se evalúan los resultados, es decir, si es que hizo en términos del consumo o de mejorías dentro de alguna esfera en particular, ya sea laboral, legal, social, familiar de salud, etc.

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

#### 3.2.4.9 CANTIDAD CONSUMIDA O PATRON DE CONSUMO

Como se ha visto hasta el momento, el resultado en el uso del alcohol así como de otras drogas después del tratamiento se relaciona con una gran variedad de factores, entre los que podemos encontrar los interpersonales, intrapersonales y situacionales.

La identificación de factores antes y después del tratamiento puede ayudar a predecir el resultado y el uso de sustancias posteriores, además de que son importantes ya que pueden derivar en la generación de modelos teóricos que expliquen el resultado del tratamiento y como una forma para desarrollar intervenciones cada vez más eficaces.

En este sentido, el estudio realizado por Muth (1997) se evaluó a 1605 usuarios de cocaína que participaron en diversos tipos de tratamientos brindados por el NIDA. Cada usuario fue clasificado, según su consumo y con base en un promedio de consumo, en una severidad que iba desde bajo, medio y llegaba a alto. Se realizaron seguimientos después del año de haber sido dados del alta. Entre los pacientes con una severidad baja, el uso de consumo semanal se redujo en un 80% sin importar el tipo de programa de en el que participaron. Aquellos usuarios con problemas moderados y severos fueron capaces de reducir el consumo semanal en un 85%, pero solo con la condición de que el tratamiento durara por lo menos 90 días, ya que en el caso de aquellos que permanecieron menos de 90 días la reducción alcanzada fue de un 60 a 70%, en promedio.

El patrón de consumo de cocaína suele usarse como predictor debido a que es un resultado que puede comprobarse por medio de análisis de orina. Sin embargo otra medida que puede resultar apropiada es la severidad o el nivel de dependencia que presenta el usuario. En este mismo sentido hay que resaltar la importancia de utilizar instrumentos cuya confiabilidad y validez han sido demostradas y de esta manera asegurar que la evaluación es adecuada y por tanto útil con fines de diagnóstico sino además de tratamiento.

Robles (2003), realizó una comparación entre un grupo que término y otro que abandono el tratamiento breve para consumidores de cocaína; y observa que en general en ambos grupos no existen diferencias clínicamente significativas entre las variables sociodemográficas y patrón de consumo. Mas descriptivamente se entiende que el grupo que no termino el tratamiento estuvo integrado por personas más jóvenes, con mayor nivel de escolaridad, y hay una mayor proporción de solteros y mujeres; en comparación con los que si terminaron el tratamiento, estos últimos presentaban un

consumo moderado a diferencia de los que abandonaron que tenía un mayor consumo sustancia.

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

#### 3.2.4.10 SEVERIDAD DE LA ADICCIÓN

La severidad de la adicción puede medirse con diversos instrumentos, sin embargo, la aplicación de alguno en especial depende del enfoque así como del terapeuta o las necesidades de investigación. La severidad de la adicción suele usarse como medida de resultados del tratamiento ya que al finalizar el mismo se esperaría una reducción sin importar el instrumento o el modelo de terapia del que se hable. En este sentido, no solo se usa para evaluar los resultados sino puede usarse para predecir el resultado del individuo en particular. Generalmente el diagnóstico del patrón de abuso de sustancias puede basarse en diferentes instrumentos, dentro de los más usados se encuentra el ASI (Addiction Severity Index) (McLellan, Kushner, Metzger, Peters, Smith, Grissom, Pettinati, Argeriou, 1992) y el DSM-IV.

Los diversos perfiles de adicción y las necesidades relacionadas que tienen los usuarios deben tener un buen diagnóstico para poder usar evaluaciones y habilidades

que se requieren específicamente para mejorar la probabilidad de un buen resultado del usuario en tratamiento.

Una de las investigaciones realizadas con respecto de esta situación evaluó a 391 usuarios de cocaína cuya severidad de la adicción se evaluó por medio del ASI (Addiction Severity Index) (McLellan, et al., 1992) y se encontró que aquellos que recibieron más días de tratamiento tuvieron más probabilidad de reducir los puntajes en las diversas esferas y, así mismo, la severidad predijo de manera mucho más adecuada la reducción del consumo de la sustancia, es decir, a menor puntaje en el ASI mayor probabilidad de disminuir el consumo (Sartz, Horton, Larson, Winter, & Samet, 2005).

#### 3.2.4.11 EDAD Y ESTADO CIVIL

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

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

Craig, Rogalski y Veltri (1982, citados por Robles, 2003), encontraron una relación entre la tasa de abandono al tratamiento con varias variables del sujeto como el estatus del empleo y estatus marital, y variables del centro, el número de pacientes que

son atendidos al mismo tiempo, el número de días en que el equipo terapéutico no asistía, si en este tratamiento se prescribía metadona.

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

Maciel y Romero (1996), hacen énfasis en que una de las causas del abandono es la recuperación espontánea debido a que en muchos casos el cambio hacia la abstinencia o moderación ocurrió sin terapia, es decir, como un proceso de vida. En el caso de los bebedores problema que abandonaron un tratamiento al investigar se observó que en múltiples casos las sesiones de terapia le sirvieron a los usuarios para mantener el cambio determinado, ya sea, por múltiples eventos a las fases de recuperación descritas por Prochaska y Di Clement (1982). En cuanto a la sesión de abandono del tratamiento observaron que el grupo de recuperación espontánea en su mayoría abandono en la primera sesión y el grupo que no termino tratamiento en su mayoría lo abandono en la evaluación. El 53.3% del total del grupo que no termino tratamiento lo hizo en la evaluación y el 29.7% en la primera sesión.

El grupo que termino tratamiento estuvo constituido por un 43% de solteros a diferencia del grupo que no termino donde solo el 27% eran solteros, además tenían un mayor grado de estudios y reporto mas consecuencias adversas lo cual implica que apoya la adherencia terapéutica se da más cuando se presentan más pérdidas. El grupo que no termino tratamiento en su mayoría no tenían una estabilidad laboral, tenían más daños efectivos, problemas interpersonales, un patrón de consumo más severo y se mostraban inseguros con su estilo de vida en cambio los que terminaron se mostraron más insatisfechos con su estilo de vida. Un aspecto que influye en la deserción son las expectativas del cliente acerca del tratamiento, ya que el 26.6% reporta que el método no era lo que esperaba.

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

#### 3.2.4.12 PERCEPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

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

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

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

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

Cohen y Woerner (1976), encontraron que las únicas variables que diferencian a los hombres que abandonaron tempranamente el tratamiento de aquellos que permanecieron más tiempo en el mismo son aquellas relacionadas con la fuente que las remitió al programa, aquellos hombres que abandonaron el programa tempranamente habían sido remitidos al programa por una agencia, escuela o policía o enviados por su familia más que por ellos mismos. Y las variables que diferencian entre las mujeres que abandonaron o terminaron el programa tienen que ver con estatus



familiar (las que desertaron no vivían con su familia), el uso de alcohol y comportamiento antisocial.

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

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

#### 3.2.4.13 FUNCIONAMIENTO COGNITIVO

La literatura científica indica que los modelos de intervención cognitivo conductuales para usuarios con dependencia, son eficaces en la disminución del patrón de consumo del usuario (Allen, Litten & Fertig, 1995; Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell, 1998; Botvin, Barker, Dusenbury, Botvin & Díaz, 1995; Eggert, Thompson, Herting, Nicolas & Dicker, 1994; O'Donnell, Hawkins, Catalano, Abott & Day, 1995; Organización Mundial de la Salud, 2004; Pentz, et al., 1989). Desde la perspectiva cognitivo conductual, el consumo dependiente es un comportamiento aprendido, un hábito desadaptativo debido a las consecuencias negativas que a mediano plazo y largo plazo afecta el funcionamiento del individuo en las diferentes áreas de la vida: física, social, laboral, emocional, cognitiva, personal, económica, recreativa, legal y familiar (Hunt & Azrin, 1973). Las técnicas diseñadas en este marco conceptual posibilitan la modificación de la conducta; es decir, la disminución y el mantenimiento del patrón de consumo. El usuario es el responsable de su conducta de consumo, es parte activa del cambio y aprende a funcionar como su propio terapeuta modificando su conducta "blanco".

Los alcohólicos muestran déficits en sus habilidades sociales y competencias interpersonales. Miller señala que tienen dificultades en las habilidades de asertividad y comunicación, sobre todo en la expresión de sentimientos negativos (Miller, 1992). Autores representativos en el estudio de habilidades interpersonales e intrapersonales señalan que la conducta desadaptativa implica deficiencias en la competencia social, en la que se incluye la solución de problemas (D´Zurilla, 1986; D´Zurilla y Nezu 1982 en Nezu, A y Nezu, Ch., 1995). Allsop, Saunders y Phillips (2000) señalan que un funcionamiento cognitivo pobre afecta la adquisición de habilidades y el desarrollo de conductas de enfrentamiento. El sub test de símbolos y dígitos del WAIS, posee un alto poder discriminante de la disfunción cognitiva asociada al consumo. Las variables cuyo incremento a los 6 meses predijeron el mantenimiento en abstinencia de los usuarios fueron la autoeficacia y el funcionamiento cognitivo (Echeverría, Carrascoza, Reidl, 2007). En un estudio de 311 factores asociados a recaídas iniciales se detectaron, entre los mas frecuentes: los estados emocionales negativos en un 35%; los conflictos interpersonales en un 16%; y la presión social en un 20% (Cummings, Gordon & Marlatt, 1980), por lo que hay déficits en habilidades para hacer frente a emociones desagradables, resolver problemas y rehusarse al consumo.

#### 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En respuesta a la necesidad de contar con indicadores referente a la permanencia en el tratamiento del sujeto, y a fin de dotar de elementos que retroalimenten el diseño y planeación de los servicios de atención terapéutica del programa de satisfactores cotidianos del "Centro de prevención y atención de adicciones" (CEPREAA) de la Facultad de Psicología de la UNAM, se pretende explorar las variables psicológicas y sociodemográficas que puedan estar asociados con la adherencia y terminación del tratamiento.

Por tal motivo se consideró necesario investigar cuáles son las diferencias en las características psicológicas y sociodemográficas que se presentan en los usuarios, y cómo influyen en la adherencia al tratamiento en el Programa de Satisfactores Cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas (PSC) en el Centro de servicios psicológicos (CEPREAA) de la facultad de psicología.

Actualmente se tratan pacientes cuyo cuadro clínico y sociodemográfico han indicado que deben incluirse en el programa, pero esto no garantiza que el término de su tratamiento sea exitoso, o peor aún, sea concluido. Si logramos identificar diferencias en las características psicológicas y sociodemográficas en los usuarios con abuso de sustancias, mejorara la intervención y el manejo de su tratamiento proponiendo que su base terapéutica sea la adecuada, además de mejorar la adherencia que tenga durante el transcurso de su tratamiento.

#### PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las diferencias en las características psicológicas y sociodemográficas de los usuarios con dependencia a sustancias adictivas de acuerdo a la adherencia terapéutica presentada durante el tratamiento?

## 5. HIPOTESIS

### 5.1 HIPÓTESIS GENERAL

Existen diferencias psicológicas y sociodemográficas de los usuarios con dependencia a sustancias adictivas de acuerdo a la adherencia terapéutica presentada durante el tratamiento.

### 5.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- Existen diferencias sociodemográficas entre usuarios según su adherencia terapéutica.
  
- Existan diferencias psicológicas entre usuarios según su adherencia terapéutica.

## 6. OBJETIVOS

### 6.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las diferencias psicológicas y sociodemográficas de los usuarios con dependencia a sustancias adictivas de acuerdo a la adherencia terapéutica presentada durante el tratamiento.

### 6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características psicológicas y sociodemográficas de la población de usuarios con dependencia a sustancias adictivas.

- Identificar las diferencias sociodemográficas entre usuarios según su adherencia terapéutica.
  
- Identificar las diferencias psicológicas entre usuarios según su adherencia terapéutica.

## 7. MATERIAL Y MÉTODO

### 7.1 TIPO DE ESTUDIO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se llevó a cabo un estudio no experimental, descriptivo y comparativo. Con una muestra no probabilística por conveniencia. La muestra estuvo conformada por 82 usuarios del Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC), del Centro de prevención y atención de adicciones (CEPREAA) de la Facultad de Psicología de la UNAM. Dividida en dos grupos específicos:

Grupo A: 41 usuarios los cuales concluyeron el tratamiento del *Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC)*, del Centro de prevención y atención de adicciones (CEPREAA).

Grupo B: 41 usuarios los cuales NO concluyeron el tratamiento del *Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC)*, del Centro de prevención y atención de adicciones (CEPREAA).

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

Criterios de Inclusión	Especificación del Criterio	Instrumentos, Herramientas de Evaluación
<u>1.a Nivel de Dependencia</u>	Alcohol: <u>Medio</u> <u>Severo</u>  Drogas: <u>Substancial</u>	Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) 22-30 puntos 31-47 puntos  Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD)

<p><u>1.b Cantidad de Consumo</u></p>	<p><u>Severo</u></p> <p>Patrón de Consumo:</p> <p><u>Hombres:</u> 12 ó más tragos estándar</p> <p><u>Mujeres:</u> 9 ó más tragos estándar</p>	<p>11-15 puntos 16-20 puntos</p> <p>Línea Base Retrospectiva (LIBARE)</p>
<p><u>2. Recaídas, Internamientos, Tratamientos previos</u></p>	<p>SI</p>	<p>Entrevista Conductual</p>
<p><u>3. Pérdidas en Diferentes áreas de Vida Cotidiana</u></p>	<p>Tener pérdidas/daños/alteraciones al menos en 3 áreas.</p> <p>Física: Gastritis, Úlcera, Arritmias cardíacas, cirrosis u otras alteraciones en hígado, pancreatitis, lesiones, accidentes, várices esofágicas, ascitis, neumonías, tuberculosis, avitaminosis, diabetes.</p> <p>Laboral/ Académico: Desempleo, Suspensiones laborales, accidentes laborales, fallas en la calidad del trabajo, deserción escolar, años escolares reprobados, ausentismo.</p> <p>Familiar: Divorcio, separaciones, violencia física y verbal, conflictos recurrentes.</p> <p>Social: Aislamiento, pérdida de amigos, pleitos.</p> <p>Legal: Demandas, detenciones, encarcelamientos, homicidios, robos.</p> <p>Psicológico: Insomnio, Ansiedad, Depresión, ideas y/o intentos suicidas, lagunas mentales, culpa.</p> <p>Económico: Deudas.</p> <p>Personal: Falta de conductas de autocuidado.</p>	<p>Entrevista Conductual</p>
<p><u>4. Edad</u></p>	<p>Tener 18 años ó más</p>	<p>Entrevista Conductual</p>
<p><u>5. Rendimiento</u></p>	<p>Saber leer y escribir</p>	<p>Entrevista Conductual</p>
<p><u>6. Funcionamiento Cognitivo</u></p>	<p>6 puntos o superior</p>	<p>Escalas de WAIS: Retención de Dígitos y Símbolos y Dígitos.</p>
<p><u>7. Escolaridad</u></p>	<p>Secundaria en adelante</p>	<p>Entrevista Conductual</p>

Nota. En el DSM IV se señalan como criterios diagnósticos de Dependencia a la sustancia adictiva tener 3 o más de los 7 síntomas en un período de 12 meses (1.

Tolerancia, 2. Manifestación del Síndrome de Abstinencia, 3. Consumir la sustancia adictiva en grandes cantidades por períodos de duración más prolongados de los que se pretendía hacerlo, 4. Deseo persistente de consumir la sustancia y esfuerzos infructuosos para abstenerse del consumo de la sustancia adictiva, 5. Se invierte gran cantidad de tiempo en actividades que le permitan obtener la sustancia adictiva, consumirla o recuperarse de sus efectos, 6. Hay una disminución y reducción de las actividades sociales, ocupacionales o recreativas que se efectuaban debido al consumo de la sustancia, 7. Se continúa consumiendo la sustancia adictiva a pesar de saber que se tiene un problema recurrente de salud física o psicológica que puede ocurrir o empeorar a partir de dicha ingesta).

Criterio de Exclusión:

Presentar un cuadro Psicótico.

Presentar expediente con los componentes de Admisión y Evaluación incompletos.

## 7.2 VARIABLES DE ESTUDIO

Variable dependiente	Variables independientes
Adherencia terapéutica	<p><b>Psicológicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ansiedad</li> <li>Antecedentes familiares de consumo</li> <li>Años de consumo</li> <li>Autoeficacia</li> <li>Cantidad de consumo de alcohol</li> <li>Cantidad de consumo de droga</li> <li>Depresión</li> <li>Dependencia a alcohol</li> <li>Dependencia a drogas</li> <li>Percepción de la problemática</li> <li>Tratamiento previos</li> <li>Tiempo de abstinencia</li> <li>Tipo de usuario</li> </ul>

	<p><b>Socio demográficas</b></p> <p>Escolaridad</p> <p>Edad</p> <p>Edad de inicio</p> <p>Estado civil</p> <p>Funcionamiento cognitivo</p> <p>Ocupación</p> <p>Sexo</p>
--	--

### 7.3 Definición de variables

Variable	Definición conceptual	Nivel de medición	Categoría de medición
<b>Adherencia terapéutica</b>	Una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado.	Cualitativa ordinal	Alta o baja
<b>Ansiedad</b>	Anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo.	Cuantitativa discreta	De 0 a 5 puntos Ansiedad Mínima De 6 a 15 puntos Ansiedad Leve De 16 a 30 puntos Ansiedad Moderada De 31 a 63 puntos Ansiedad Severa
<b>Antecedentes familiares de consumo</b>	Familiares directos que refiere el usuario con problemáticas asociadas consumo de sustancias adictivas.	Cualitativa nominal	Sin antecedentes o con antecedentes
<b>Años de consumo</b>	Años que el usuario lleva consumiendo una o más sustancias adictivas.	Cuantitativa discreta	Numero de años de consumo
<b>Cantidad de consumo de alcohol</b>	Cantidad de bebidas alcohólicas que consume el usuario por ocasión medida en tragos estándar.	Cuantitativa discreta	Numero de tragos estandar
<b>Cantidad de consumo de</b>	Cantidad de sustancia adictiva que consume el usuario por ocasión medida en cigarrillos, gramos, pastillas o mililitros.	Cuantitativa discreta	Numero de cigarrillos, pastillas, gramos o mililitros



<b>droga</b>			
<b>Depresión</b>	Trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundas.	Cuantitativa discreta	De 0 a 9 puntos como Depresión Mínima. De 10 a 16 puntos como Depresión Leve. De 17 a 29 puntos como Depresión Moderada. De 30 a 63 puntos como Depresión Severa
<b>Dependencia a alcohol</b>	En el DSM IV se señalan como criterios diagnósticos de Dependencia a la sustancia adictiva tener 3 o más de los 7 síntomas en un período de 12 meses (1. Tolerancia, 2. Manifestación del Síndrome de Abstinencia, 3. Consumir la sustancia adictiva en grandes cantidades por períodos de duración más prolongados de los que se pretendía hacerlo, 4. Deseo persistente de consumir la sustancia y esfuerzos infructuosos para abstenerse del consumo de la sustancia adictiva, 5. Se invierte gran cantidad de tiempo en actividades que le permitan obtener la sustancia adictiva, consumirla o recuperarse de sus efectos, 6. Hay una disminución y reducción de las actividades sociales, ocupacionales o recreativas que se efectuaban debido al consumo de la sustancia, 7. Se continúa consumiendo la sustancia adictiva a pesar de saber que se tiene un problema recurrente de salud física o psicológica que puede ocurrir o empeorar a partir de dicha ingesta).	Cuantitativa discreta	De 0 = No hay dependencia  De 1 a 13 = Dependencia Baja  De 14 a 21 = Dependencia Moderada  De 22 a 30 = Dependencia Media  De 31 a 47 = Dependencia Severa
<b>Dependencia a drogas</b>	En el DSM IV se señalan como criterios diagnósticos de Dependencia a la sustancia adictiva tener 3 o más de los 7 síntomas en un período de 12 meses (1. Tolerancia, 2. Manifestación del Síndrome de Abstinencia, 3. Consumir la sustancia adictiva en grandes cantidades por períodos de duración más prolongados de los que se pretendía hacerlo, 4. Deseo persistente de consumir la sustancia y esfuerzos infructuosos para abstenerse del consumo de la sustancia adictiva, 5. Se invierte gran cantidad de tiempo en actividades que le permitan obtener la sustancia adictiva, consumirla o recuperarse de sus efectos, 6. Hay una disminución y reducción de las actividades	Cuantitativa discreta	De 0 = No reportó  De 1 a 5 = Nivel bajo  De 6 a 10 = Nivel Moderado  De 11 a 15 = Nivel Sustancial  De 16 a 20 = Nivel Severo

	sociales, ocupacionales o recreativas que se efectuaban debido al consumo de la sustancia, 7. Se continúa consumiendo la sustancia adictiva a pesar de saber que se tiene un problema recurrente de salud física o psicológica que puede ocurrir o empeorar a partir de dicha ingesta).		
<b>Escolaridad</b>	Nivel de instrucción formal	Cualitativa ordinal	Bachillerato Posgrado Carrera Técnica Licenciatura Secundaria
<b>Edad</b>	Tiempo de vida que refiere el usuario en el momento de la entrevista	Cuantitativa discreta	Años cumplidos
<b>Edad de inicio</b>	Edad en la que inicia el consumo	Cuantitativa discreta	Años cumplidos al iniciar el consumo
<b>Estado civil</b>	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles, sobre todo en lo que hace relación a su condición de soltería, matrimonio, viudez, etc.	Cualitativa nominal	Casa do Soltero
<b>Funcionamiento cognitivo</b>	Nivel de deterioro de las funciones mentales superiores, tales como: memoria, lenguaje, orientación, cálculo y orientación.	Cuantitativa discreta	Escalas de WAIS: Retención de Dígitos y Símbolos y Dígitos.
<b>Ocupación</b>	Condición social y/o laboral que refiere el individuo.	Cualitativa nominal	Estudiante  Empleado
<b>Percepción de la problemática</b>	Nivel de percepción de la problemática asociada al consumo referida por el usuario en entrevista conductual.	Cualitativa ordinal	Sin problemática  Mínima  Leve  Moderada  Severa
<b>Tratamiento previos</b>	Tratamientos previos que ha recibido el usuario respecto a su problemática con sustancias adictivas.	Cuantitativa discreta	Numero de tratamientos previos
<b>Tiempo de abstinencia</b>	Meses en el que usuario mantuvo la abstinencia al consumo.	Cuantitativa discreta	Numero de meses en abstinencia
<b>Tipo de usuario</b>	Numero de sustancias a las que es a las que es dependiente el usuario.	Cualitativa nominal	Monousuario  Poliusuario
<b>sexo</b>	<i>Status</i> biológico de una persona en cuanto varón, hembra o incierto. Esta determinación puede basarse en la apariencia de los genitales externos o del cariotipo.	Cualitativa nominal	Hombre  Mujer

## 7.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para llevar a cabo el estudio se recolectaron los expedientes clasificándose en altas y bajas. Posteriormente se revisaron los componentes de Admisión y Evaluación para obtener los datos correspondientes a las variables psicológicas y sociodemográficas de los usuarios, los cuales se dividieron para su comparación en dos grupos: los que terminaron el tratamiento (Grupo A) y los usuarios que no lo concluyeron (Grupo B).

Los instrumentos utilizados para la valoración de los usuarios fueron los siguientes:

**La Escala de Dependencia al Alcohol**, fue desarrollada a partir de un instrumento más amplio llamado Inventario de Consumo de Alcohol desarrollado por Horn y Wanberg en 1969. Este instrumento mide desde dependencia baja hasta severa. Estudios psicométricos sugieren que la escala tiene confiabilidad test-retest y consistencia interna, así como validez para medir dependencia. Parece probable que sea sensible para medir cambios de dependencia (Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutiérrez, 1998).

En 1981 Skinner identificó un factor general en el inventario de Consumo de Alcohol que correspondía al Síndrome de Dependencia definido por Edwards y Gross (1976). Este factor de dependencia esta compuesto por cuatro escalas que se encontraban en el Inventario: pérdida del control conductual, síntomas de retiro psicofisiológicos, síntomas de retiro psicoperceptuales y estilo obsesivo-compulsivo para beber. Se realizó una evaluación inicial del EDA utilizando 29 reactivos que median los cuatro factores (Skinner & Allen, 1982). Una versión final eliminó 7 reactivos y añadió tres, dejando una versión formada por 25 reactivos. La mayoría de los reactivos se clasifican en una escala de tres puntos, se incluyen varios reactivos dicotómicos y algunos de cuatro puntos.

La versión revisada del EDA correlacionó muy alto con la versión original ( $r = 0.96$ ). Los datos de confiabilidad test-retest los obtuvieron Skinner y Horn (1984), utilizando el Inventario de Consumo de Alcohol y estimaron la confiabilidad test-retest en 0.92, con 76 personas a las que se les aplicó nuevamente el instrumento después de una semana de terapia. La consistencia interna fue reportada como alta en el trabajo de Skinner, 1982 ( $\alpha = 0.92$ ) y en el de Kivlahan et al. 1989 ( $\alpha = 0.85$ ).

En cuanto a los resultados de validez del EDA Skinner y Allen en 1982 y Ross et al. (1990) demostraron que este instrumento se asocia positivamente con medidas similares del MAST ( $r = 0.69$ ) asociadas con el consumo excesivo y no con dependencia. La escala también se relaciona con otras medidas de dependencia como el DSM – III ( $r = 0.58$ ).

En cuanto a los resultados de validez del EDA Skinner y Allen en 1982 y Ross et al. (1990) demostraron que este instrumento se asocia positivamente con medidas similares del MAST ( $r = 0.69$ ) asociadas con el consumo excesivo y no con dependencia. La escala también se relaciona con otras medidas de dependencia como el DSM – III ( $r = 0.58$ ).

La Escala de Dependencia al Alcohol puede ser administrada como cuestionario y como parte de una entrevista estructurada. Requiere menos de 10 minutos para ser contestada. Las respuestas de los 25 reactivos tienen diferentes escalas, pero la calificación para cada respuesta siempre será:

a = 0            b = 1            c = 2            d = 3

Se suman los reactivos y se obtiene un solo puntaje que puede ir de 0 a 47 puntos y puede ser interpretado de la siguiente manera:

- a) De 0 = No hay dependencia
- b) De 1 a 13 = Dependencia Baja
- c) De 14 a 21 = Dependencia Moderada
- d) De 22 a 30 = Dependencia Media
- e) De 31 a 47 = Dependencia Severa

**Cuestionario de abuso de drogas**, este instrumento fue desarrollado por Skinner, H (1982) y adaptado por Fuentes y Villalpando en el 2001. Este instrumento de auto-informe está compuesto por 20 preguntas con respuestas dicotómicas. Proporciona un

índice cuantitativo del rango de problemas asociados con el abuso de drogas. El análisis factorial reportó cinco dimensiones de consecuencias:

1. Dependencia a las drogas
2. Problemas sociales
3. Problemas médicos
4. Poli-uso de drogas
5. Búsqueda de ayuda

El objetivo del instrumento es medir la percepción que el individuo tiene hacia las consecuencias que le está ocasionando su consumo de drogas, permitiendo discriminar clínicamente entre los más involucrados en el consumo y los menos, así como con fines de evaluación en el tratamiento.

El análisis psicométrico inicial se llevó a cabo con 256 sujetos que buscaban tratamiento por problemas relacionados al uso de drogas. Los índices reportados de confiabilidad han variado de .95 a .86 para usuarios de alcohol y drogas. En estudios de análisis factorial se han encontrado de dos a cinco componentes que explican más del 50% de la varianza total. Las puntuaciones han correlacionado significativamente con medidas del número de drogas usadas con frecuencia del uso de cannabis, de barbitúricos, de anfetaminas y heroína.

El CAD puede ser administrado tanto en forma de entrevista como en formato de auto-aplicación. No debe de administrarse a pacientes que se encuentren bajo la influencia de drogas. Puede ser contestado en cinco minutos, en formato de prueba de lápiz y papel.

Para calificarlo se suman las respuestas contestadas en la dirección crítica (que indican problemas en el uso de drogas), es decir, los reactivos 4 y 5 contestados negativamente valen un punto, y los demás contestados positivamente valen un punto. La calificación total es la suma aritmética de los puntajes de los 20 reactivos, la cual cae en un intervalo que va de 0 a 20.

Una calificación de cero indica que no se encontraron evidencias de problemas de abuso de drogas. Calificaciones más altas corresponden al incremento que el usuario reporta en el grado de problemas relacionados con el abuso de drogas:

- De 0 = No reportó
- De 1 a 5 = Nivel bajo
- De 6 a 10 = Nivel Moderado
- De 11 a 15 = Nivel Sustancial
- De 16 a 20 = Nivel Severo

**Inventario de depresión de Beck**, elaborado por Beck en 1988; este instrumento consta de 21 reactivos expuestos en grupos de cuatro aseveraciones que fluctúan de menor a mayor índice de depresión. El individuo selecciona una o varias que mejor reflejen cómo se sintió durante la semana pasada e inclusive el día de la aplicación. Se califica sumando los puntajes en cada uno de los reactivos y clasificando la sumatoria total de la siguiente manera:

- De 0 a 9 puntos como Depresión Mínima.
- De 10 a 16 puntos como Depresión Leve.
- De 17 a 29 puntos como Depresión Moderada.
- De 30 a 63 puntos como Depresión Severa.

La estandarización del instrumento en población mexicana fue realizada por Jurado, et al. 1998; implicó la obtención de confiabilidad por consistencia interna en una muestra de 1508 adultos de entre 15 y 65 años, obteniéndose un Alpha de Cronbach de .87, con una probabilidad de .000. el análisis factorial arrojó igual que en la versión original tres factores: actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento y alteración somática. La validez concurrente del instrumento con la Escala de Zung en una muestra de 120 personas en edades de entre 17 y 72 años con diagnóstico psiquiátrico de depresión arrojó una correlación estadística de  $r = .70$ , con una probabilidad menor que .000. En una evaluación posterior, se obtuvo una correlación entre el Zung y el Inventario de Depresión en 546 estudiantes de entre 15 y 23 años con una correlación de .65 con una probabilidad menor que .000

El puntaje final se convirtió a porcentual mediante una conversión en la que 63 puntos corresponden al 100% y el puntaje obtenido se multiplicó por 100 y se dividió entre 63.

**Inventario de Beck ansiedad**, es un cuestionario de 21 reactivos elaborado por Beck en 1988. Es de fácil aplicación y calificación y permite evaluar síntomas de ansiedad. La consigna de aplicación es: "En el recuadro de abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad; lee cuidadosamente cada afirmación e indica cuánto te ha molestado cada síntoma durante la última semana inclusive el día de hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia".

El tiempo de aplicación varía de entre cinco a diez minutos. Las respuestas se clasifican en: "Poco o nada", que se califica con cero puntos; "Más o menos", que se califica con un punto; "Moderadamente" que se califica con dos puntos y "Severamente" que se califica con tres puntos. Posteriormente se hace la sumatoria total y se obtienen el puntaje que indica el nivel de ansiedad; este nivel corresponde a:

- De 0 a 5 puntos Ansiedad Mínima
- De 6 a 15 puntos Ansiedad Leve
- De 16 a 30 puntos Ansiedad Moderada
- De 31 a 63 puntos Ansiedad Severa

El instrumento fue estandarizado a población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), en una muestra de 1000 sujetos obteniéndose la puntuación promedio, desviación estándar y las normas para la población mexicana; mostró una alta consistencia interna con un Alpha de Cronbach de .83 y una validez de constructo que arrojó cuatro factores principales congruentes con los referidos por los autores de la versión original: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico. En una muestra de 188 sujetos se obtuvo una alta confiabilidad test-retest de  $r = .75$  y en una muestra de 192 sujetos una validez convergente adecuada entre el Inventario de Beck de Ansiedad y el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) ya que los índices de correlación fueron moderados y positivos con una  $p < .05$ ; y una validez discriminante

que permite detectar pacientes con trastornos de ansiedad y normales ( $t = -19.11$ ,  $p < .05$ ).

**Línea base retrospectiva**, (Timeline follow-back) este instrumento fue desarrollado por Sobell y Sobell en 1992; es un registro retrospectivo de la cantidad de consumo del usuario un año antes de iniciado el tratamiento, aunque también puede utilizarse durante y después del tratamiento.

La LIBARE mide la conducta de consumo de sustancias adictivas antes, durante y después de tratamiento. Evalúa cambios específicos en el patrón antes del tratamiento; permite identificar datos como: los días/meses de mayor consumo y la frecuencia del consumo.

Aplicación: se le pide al usuario que registre la cantidad de tragos estándar que tomó día a día hasta un año antes de la fecha actual. Se puede auxiliar de apoyos como: días de asueto, fiestas, cumpleaños, celebraciones, vacaciones, periodos de abstinencia por juramento, internamientos. Sobell y Sobell recomiendan usar como medida universal el trago estándar, por lo que es indispensable que el usuario entienda y pueda aplicar dicha medida al reportar su cantidad de consumo. En el caso de otras sustancias como la marihuana se considero como criterio de cantidad estándar, el número de cigarrillos, en el de la cocaína la cantidad de gramos, en la de los inhalables la cantidad en mililitros y en otras sustancias como las benzodiazepinas y anfetaminas el número de pastillas.

Tiene una confiabilidad test-retest de .91. La correlación del consumo entre el reporte del individuo y el del colateral es de .82. La validez concurrente, con la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) y con el Cuestionario Breve de Tamizaje de Alcohol de Michigan (SMAST) muestra correlaciones de .53. Se reporta también validez concurrente con otras medidas como los días de internamiento al compararse con reportes oficiales de días de cárcel, hospitalizaciones o tratamiento de internamiento; con instrumentos de consecuencias del consumo de alcohol; con otros marcadores biológicos (gama-glutamil-transpeptidasa).



**Cuestionario de confianza situacional**, este instrumento fue elaborado por Annis y Graham en 1987, evalúa el nivel de auto-eficacia para resistirse al consumo de alcohol ante ocho categorías situacionales. Fue adaptado a población mexicana por Echeverría y Ayala en 1977. Las ocho categorías conformaron una distribución normal; la validez de constructo fue adecuada al correlacionar cada categoría con medidas de consumo pudiendo predecir situaciones de recaídas. Las ocho categorías fueron confiables para administrarse a individuos bebedores excesivos.

Este instrumento se fundamenta en la teoría de auto-eficacia de Bandura. La auto-eficacia es la percepción del individuo de su habilidad para afrontar en forma efectiva situaciones de alto riesgo que se desprenden de la clasificación de factores de riesgo de Marlatt (1978; Marlatt y Rohsenow, 1980). El desarrollar auto-eficacia se asocia con resultados positivos en el tratamiento (Annis & Davis, 1988; Coelho, 1984; Colleti, Supnick & Payne, 1985; Di Clemente, 1991; Marlatt et al. 1985 y Rist & Watzki, 1983).

Un cuestionario de auto-reporte de 100 reactivos se adaptó en una versión breve de ocho reactivos correspondiendo cada uno a los factores de riesgo: 1) Emociones Desagradables, 2) Malestar Físico, 3) Emociones Agradables, 4) Probando Autocontrol, 5) Necesidad Física, 6) Conflicto con Otros, 7) Presión Social y 8) Momentos Agradables con Otros.

Objetivo: valorar la auto-eficacia del usuario ante situaciones específicas de consumo de alcohol a partir del tratamiento.

Instrucciones de Aplicación: el cuestionario es auto-aplicable, en un tiempo estimado de 5 a 15 minutos, puede administrarse individual o grupalmente. Se le indica al usuario imaginarse a sí mismo en cada una de las ocho situaciones y señalar qué tan confiado está de resistirse a la necesidad de consumir alcohol ante esa situación.

La calificación será el puntaje directo escrito por el usuario ante cada situación. Se puede obtener un factor general obteniendo el promedio. Las puntuaciones de auto-

eficacia con un rango de 0% a 100% indican el nivel de confianza del individuo para resistirse al consumo de alcohol ante cada situación; por ejemplo, una puntuación de 20% indica que el usuario tiene poca confianza de resistirse al consumo ante esa situación; por lo que ese tipo de situaciones representan un alto riesgo para el individuo.

## 8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos fueron procesados con el paquete estadístico SPSS 12,0 (SPSS Inc. Michigan, IL, USA). Como medidas descriptivas se obtuvieron los promedios  $\pm$  desviación estándar (DE); se empleo la prueba t-Student para establecer diferencias entre las medias por grupo. Para esta prueba se consideró una significancia estadística con un valor de  $p < 0,05$ . Así mismo, se utilizó el coeficiente de r de Pearson para determinar la correlación entre variables psicológicas con un nivel de significancia  $\alpha$  0.05

## 9. RESULTADOS

### 9.1.2 Variables sociodemográficas

El Grupo A el presentó adherencia terapéutica, estuvo constituido por 41 usuarios, la edad promedio fue de 31 años. El 24%(10) eran del sexo femenino y el 76%(31) del sexo masculino; 32%(13) se encontraban casados y 68%(28) solteros. El 68% de los usuarios de este grupo reportaron tener antecedentes familiares de consumo de alcohol o drogas. (Cuadro 1).

La mayoría estudio licenciatura 42%(17), consecutivamente nivel bachillerato 34%(14), después secundaria y carrera técnica con 15%(6) y 5%(2) respectivamente; y solamente 5%(2) concluyó hasta nivel posgrado, reportando un promedio de casi 14

años de educación; el 61%(25) reporto tener empleo y el 39%(16) ser estudiante. (Cuadro 1).

Con relación al tipo de drogas consumidas por los usuarios del Grupo A, el 42% consumía alcohol, 19% cocaína, 19% marihuana, 14% crack, 2% benzodicepinas, 2% heroína y 2% rohypnol. El 32%(13) consumía más de una sustancia adictiva y el 68% (28) solamente una. (Cuadro 1).

Por otra parte el Grupo B que no presentó adherencia terapéutica, estuvo conformado por 41 usuarios, la edad promedio fue de 29 años. El 24%(10) eran del sexo femenino y el 76%(31) del sexo masculino; 41%(17) casados y 59%(24) solteros. El 59% afirmó tener antecedentes familiares de consumo de alcohol o drogas. (Cuadro 1).

El 25%(10) contaba con estudios de licenciatura, 39%(16) con bachillerato, 35%(14) secundaria y 2%(1) carrera técnica, este grupo reportó un promedio de 12 años de educación; el 59%(24) reporto tener un empleo, 27%(14) ser estudiante y el 14%(6) estar desempleado. (Cuadro 1).

El 50% de los usuarios del Grupo B consumía alcohol, 19% crack, 17% cocaína y 14% marihuana. El 37%(15) consumía más de una sustancia adictiva y el 63% (26) solamente una. (Cuadro 1).

**CUADRO 1. Variables Sociodemográficas**

<b>VARIABLE</b>	<b>GRUPO A (N=41)</b>	<b>GRUPO B (N=41)</b>
<b>Edad (años)</b>	30.80±9.38	28.70±7.65
<b>Sexo</b>		
Femenino	10 (24%)	10 (24%)
Masculino	31 (76%)	31 (76%)
<b>Estado civil</b>		
Casado	13 (32%)	17 (41%)
Soltero	28 (68%)	24 (59%)
<b>Nivel de estudios</b>		
Secundaria	6 (15%)	14 (34%)
Bachillerato	14 (34%)	16 (39%)
Carrera técnica	2 (5%)	1 (2%)
Licenciatura	17 (42%)	10 (25%)
Posgrado	2 (5%)	0 (0%)

<b>Ocupación actual</b>		
Estudiante	25 (61%)	24 (59%)
Empleado	16 (39%)	14 (27%)
Desempleado	0 (0%)	6 (14%)
<b>Consumo de drogas</b>		
Alcohol	(42%)	(50%)
Cocaína	(19%)	(17%)
Marihuana	(19%)	(14%)
Crack	(14%)	(19%)
Benzodiazepinas	(2%)	(0%)
Heroína	(2%)	(0%)
Rohyphol	(2%)	(0%)
<b>Tipo de usuario</b>		
Monousuario	28 (68%)	26 (63%)
Poliusuario	13 (32%)	15 (37%)

### 9.1.3 Variables psicológicas

Cabe destacar que dentro de los hallazgos de esta investigación se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables psicológicas entre el Grupo A y el Grupo B, como a continuación se describen.

#### Depresión

En la medición de esta variable el Grupo A tuvo un promedio  $21.73 \pm 9.55$  puntos, mientras que el Grupo B  $20.12 \pm 8.08$  puntos, es decir, ambos reportaron depresión moderada de acuerdo al Invetario de depresión de Beck . (Figura 1).

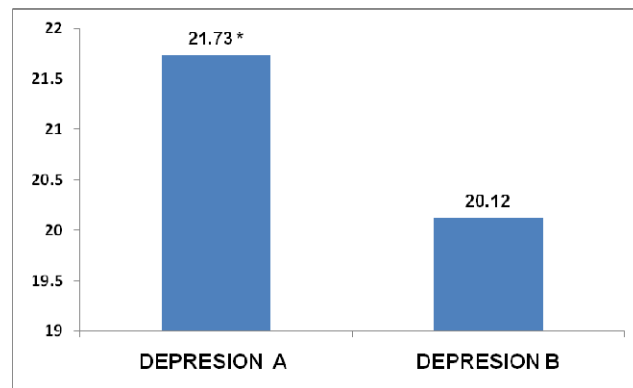


Figura 1. Promedio de depresión.

\* $p < 0.05$   $t_{calculada} = 1.823 > t_{tablas} = 1.664$

## Ansiedad

El Grupo A reportó un promedio de  $21.09 \pm 10.50$  puntos y el Grupo B  $16.41 \pm 11.03$  puntos, que de acuerdo al Inventario de Ansiedad de Beck corresponden ambos a ansiedad moderada. (Figura 2).

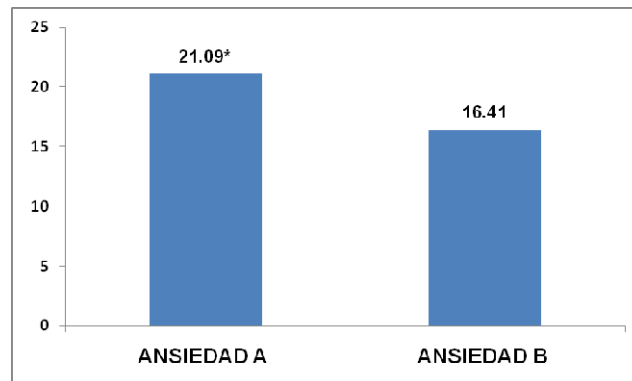


Figura 2. Promedio de ansiedad.

\* $p < 0.05$   $t_{calculada} = 1.968 > t_{tablas} = 1.664$

## Años de educación

Respecto a esta variable el Grupo A reportó en promedio  $13.58 \pm 2.91$  años de educación y el Grupo B  $11.95 \pm 2.67$ , siendo mayor el nivel educativo del primer grupo. (Figura 3).

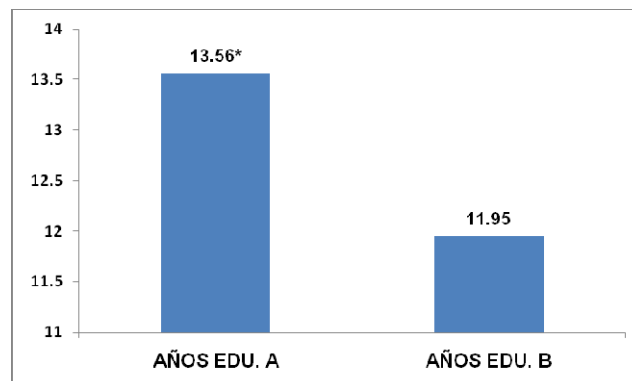


Figura 3. Promedio de años de educación.

\* $p < 0.05$   $t_{calculada} = 2.645 > t_{tablas} = 1.664$

### Años de consumo

En el Grupo A se encontro un promedio de  $12.28 \pm 9.10$  años de consumo siendo este mayor al del Grupo B el cual promedió  $10.60 \pm 6.43$  (Figura 4).

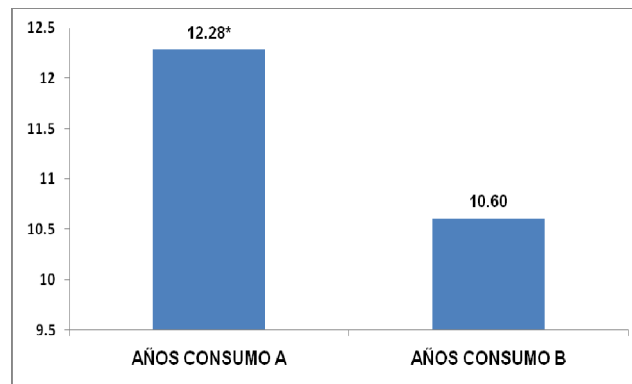


Figura 4. Promedio de años de consumo.

\* $p < 0.05$   $t_{calculada} = 1.960 > t_{tablas} = 1.664$

### Edad de inicio en el consumo de alcohol

Para el Grupo A la edad promedio de inicio en el consumo de alcohol fue a los  $16.80 \pm 4.36$  años y para el Grupo B a los  $17.30 \pm 2.03$ , (Figura 5).

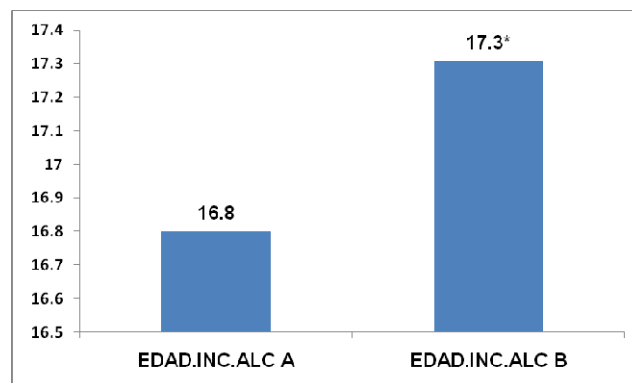


Figura 5. Promedio edad de inicio en consumo de alcohol.

\* $p < 0.05$   $t_{calculada} = 1.695 > t_{tablas} = 1.676$

### Edad de inicio en el consumo de drogas

Para el Grupo A la edad promedio de inicio en el consumo de drogas fue a los  $19.44 \pm 5.33$  años y para el Grupo B a los  $19.96 \pm 4.22$  (Figura 5).

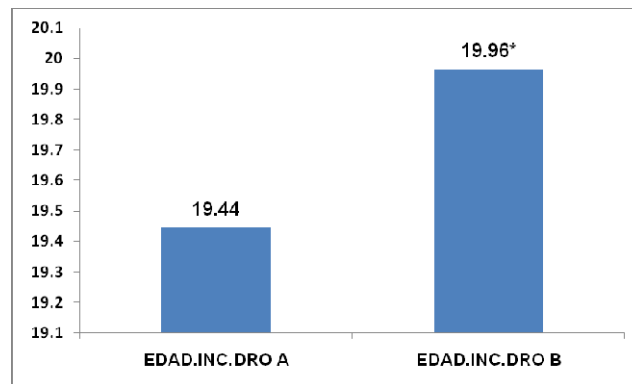


Figura 6. Promedio edad de inicio en consumo de drogas.

\* $p < 0.05$   $t_{calculada} = 1.701 > t_{tablas} = 1.674$

### Dependencia al alcohol

En esta variable el Grupo A presento un promedio de  $21.28 \pm 8.02$  puntos, mientras que el Grupo B  $19.64 \pm 7.79$  de acuerdo con la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA), es decir, ambos grupo reportaron en promedio un nivel de dependencia moderada al alcohol. (Figura 7).

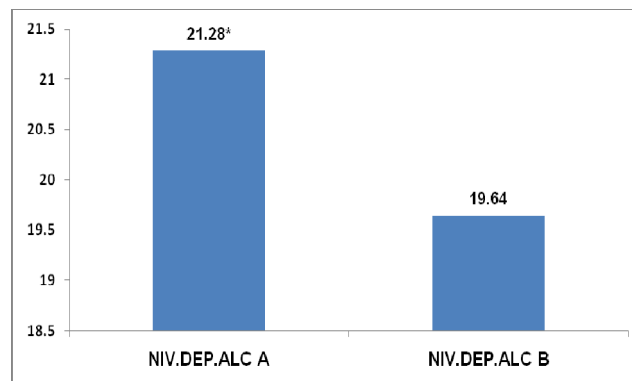


Figura 7. Promedio del nivel de dependencia al alcohol.

\* $p < 0.05$   $t_{calculada} = 1.753 > t_{tablas} = 1.676$

### Dependencia a drogas

En cuanto al nivel de dependencia a las drogas el Grupo A presentó un promedio de  $14.48 \pm 4.15$  puntos y el Grupo B de  $12.23 \pm 4.01$  acuerdo al Cuestionario de abuso de drogas (CAD), es decir, ambos grupos reportaron un nivel de dependencia sustancial a las drogas. (Figura 8).

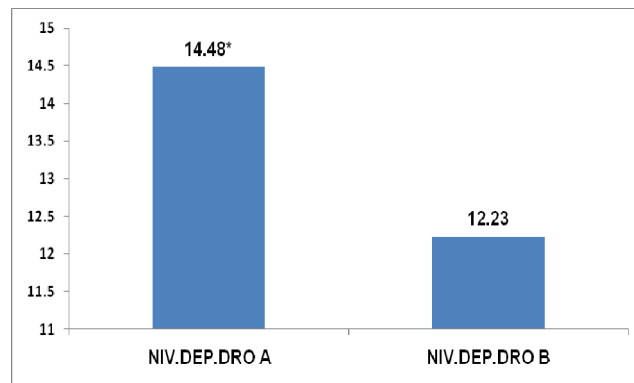


Figura 8. Promedio del nivel de dependencia a las drogas.

$$*p < 0.05 \quad t_{\text{calculada}} = 2.005 > t_{\text{tablas}} = 1.664$$

### Patrón de consumo alcohol

Para el Grupo A la cantidad de consumo por ocasión de alcohol tuvo un promedio de  $13.59 \pm 8.67$  tragos estandar, mientras que para el Grupo B fue de  $13.07 \pm 7.58$ , (Figura 9).

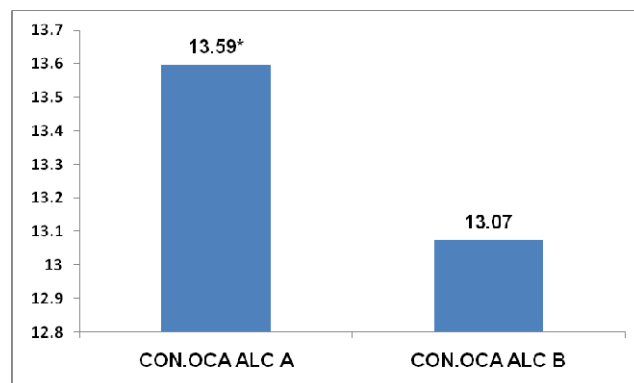


Figura 9. Promedio de la cantidad de consumo por ocasión alcohol.

$$*p < 0.05 \quad t_{\text{calculada}} = 1.731 > t_{\text{tablas}} = 1.675$$



### Patron de consumo drogas

En cuanto a la cantidad de consumo por ocasión en drogas de acuerdo con el criterio de cantidad estándar (número de cigarros, cantidad de gramos, cantidad de mililitros y número de pastillas) propuesta por Sobell y Sobell (1992) para la LIBARE, el Grupo A reportó un consumo promedio de  $3.32 \pm 2.14$  cantidades estándar por ocasión, mientras que el Grupo se presento un promedio  $2.64 \pm 2.04$ , (Figura 10).

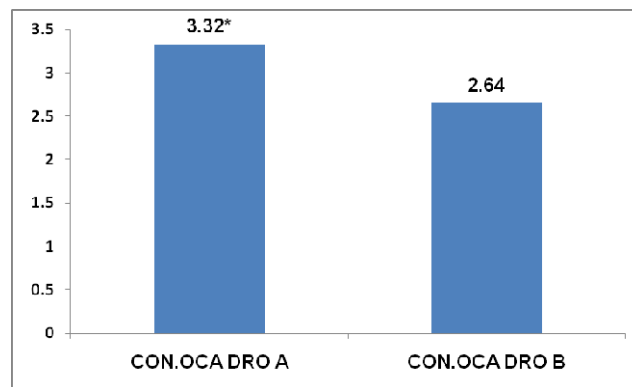


Figura 10. Promedio de la cantidad de consumo por ocasión drogas.

\* $p < 0.05$   $t_{calculada} = 1.894 > t_{tablas} = 1.673$

### Meses de abstinencia

El Grupo A reportó haber tenido un promedio de  $3.74 \pm 5.27$  meses de abstinencia previos al tratamiento, a diferencia del Grupo B el cual solo reportó  $2.80 \pm 2.36$  meses. (Figura 11).

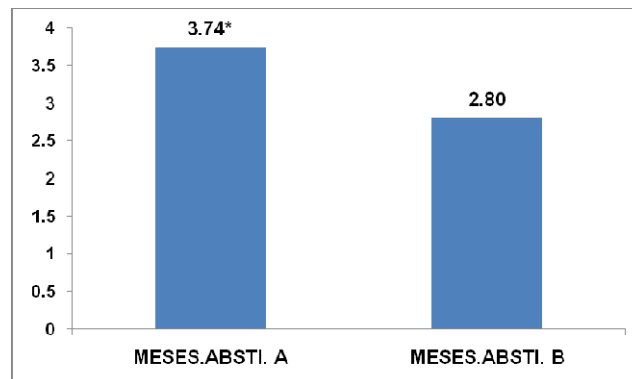


Figura 11. Promedio de meses de abstinencia.

\* $p < 0.05$   $t_{calculada} = 1.740 > t_{tablas} = 1.664$

### Tratamientos previos

El número de tratamientos previos que en promedio reportó el Grupo A fue de  $1.39 \pm 1.37$  a diferencia del Grupo B que tuvo un promedio de  $0.95 \pm 0.89$ , (Figura 12).

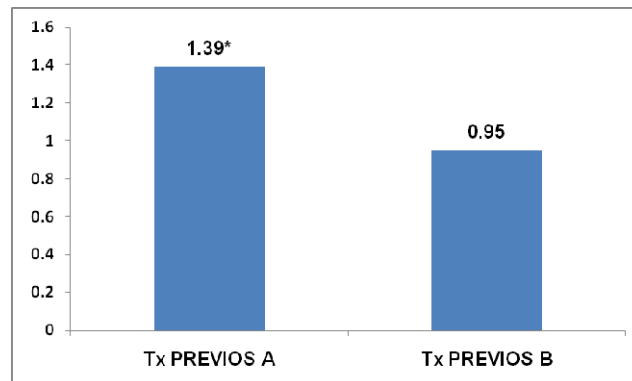


Figura 12. Promedio de tratamientos previos.

\* $p < 0.05$   $t_{calculada} = 1.714 > t_{tablas} = 1.664$

### Funcionamiento cognitivo

De acuerdo a las Escalas de WAIS de retención símbolos y dígitos, el Grupo A presento un promedio de  $8.86 \pm 1.98$  puntos y el Grupo B  $7.92 \pm 1.51$ , (Figura 13).

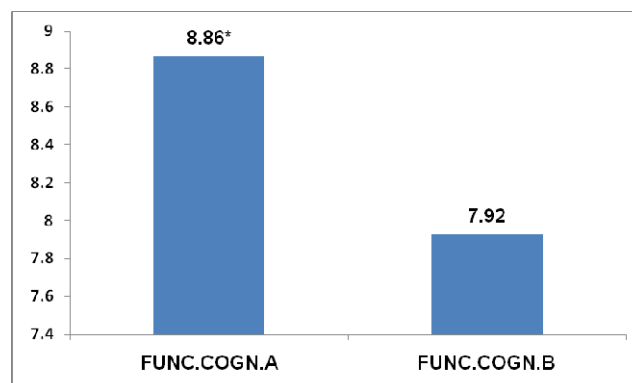


Figura 13. Promedio de Funcionamiento cognitivo.

\* $p < 0.05$   $t_{calculada} = 2.411 > t_{tablas} = 1.664$

## Auto-eficacia

De acuerdo con Cuestionario de confianza situacional, el cual indica el nivel de confianza que tiene el individuo para resistirse al consumo de alcohol o drogas ante cada situación que pudiera generarle una recaída, el Grupo A reportó en promedio  $67.11 \pm 18.20\%$  de confianza y Grupo B  $55.50 \pm 18.96\%$ , (Figura 14).

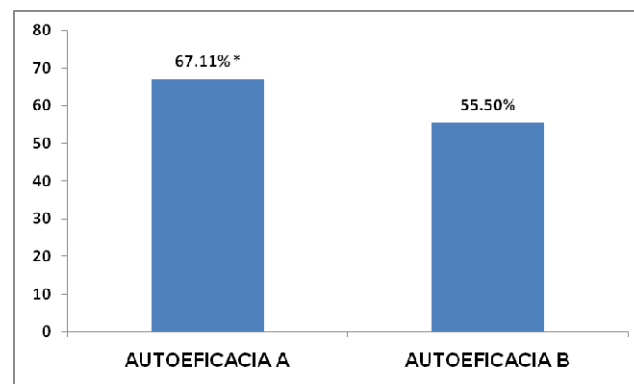


Figura 14. Promedio de auto eficacia.

\* $p < 0.05$   $t_{calculada} = 2.828 > t_{tablas} = 1.664$

## Percepción de la problemática

Por último, para esta variable el Grupo A reportó en promedio  $4.26 \pm .70$ , es decir, percibió su problemática asociada al consumo de alcohol o drogas como un problema mayor reconociendo haber tenido consecuencias serias, a diferencia del Grupo B que percibió su consumo como un pequeño problema manifestando estar preocupado al respecto, pero sin considerar haber tenido ninguna experiencia negativa. (Figura 15).

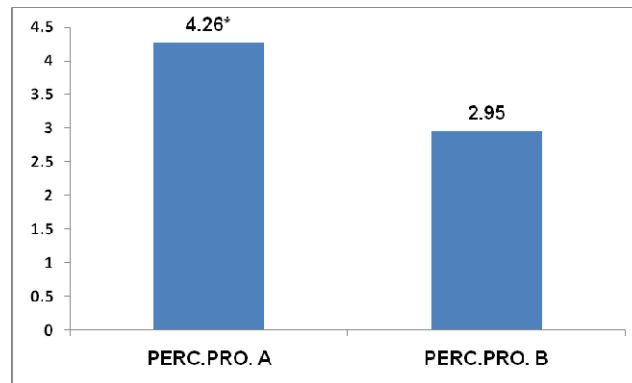


Figura 15. Promedio de percepción de la problemática.

\* $p < 0.05$   $t_{calculada} = 7.400 > t_{tablas} = 1.664$

## Correlaciones

Otro hallazgo relevante de esta investigación fueron las asociaciones encontradas entre las siguientes variables:

- Existe una correlación estadísticamente significativa entre la depresión y la ansiedad con un valor de  $r$  de Pearson de 0.633 al nivel de significancia de  $\alpha$  0.01. Es decir a mayor nivel de depresión mayor nivel de ansiedad.
- Entre la ansiedad y la percepción de la problemática con un valor de  $r$  de Pearson de 0.393 al nivel de significancia de  $\alpha$  0.01. Es decir a mayor ansiedad mayor percepción de la problemática.
- La edad y los años de consumo obtuvieron un valor de  $r$  de Pearson de 0.858 al nivel de significancia de  $\alpha$  0.01. Es decir a mayor edad más años de consumo.
- La correlación encontrada fue de a mayor funcionamiento cognitivo más años de educación con un valor de  $r$  de Pearson de 0.419 al nivel de significancia de  $\alpha$  0.01. Es decir
- A mayor nivel de dependencia al alcohol mayor cantidad de consumo por ocasión, con una correlación estadísticamente significativa entre el nivel de dependencia al alcohol y la cantidad de consumo por ocasión de alcohol con un valor de  $r$  de Pearson de 0.504 al nivel de significancia de  $\alpha$  0.01.
- Existe una correlación estadísticamente significativa Es decir a mayor percepción de la problemática más meses de abstinencia con un valor de  $r$  de Pearson de 0.424 al nivel de significancia de  $\alpha$  0.01.

- A mayor número de tratamientos previos mayor percepción de la problemática esto se ve reflejado en nuestro estudio en el que se muestra un valor de  $r$  de Pearson de 0.408 al nivel de significancia de  $\alpha$  0.01.

## 10. CONCLUSIONES

Tomando en cuenta los resultados estadísticos respecto a las características de los usuarios con dependencia a sustancias adictivas, se parte del supuesto que se presentaron diferencias psicológicas y sociodemográficas de acuerdo a la adherencia terapéutica presentada durante el tratamiento.

Concluyendo que:

- Existen diferencias psicológicas entre el Grupo A que termino el tratamiento y el Grupo B que no lo concluyó, esta diferencias fueron encontradas en las mediciones que se realizaron al ingresar al tratamiento en los componentes de admisión y evaluación. En específico el Grupo A presentó al ingresar al tratamiento un puntaje mayor en depresión, ansiedad, auto eficacia, funcionamiento cognitivo, dependencia al alcohol, dependencia a las drogas, años de educación, la percepción de la problemática, tratamientos previos, meses de abstinencia, edad, años de consumo, años de educación, cantidad de consumo por ocasión de alcohol y drogas en comparación con el Grupo B.
  
- Existen diferencias sociodemográficas entre el Grupo A que termino el tratamiento y el Grupo B que no lo concluyo. Específicamente en la edad, el estado civil, los años de estudio y la ocupación. Ya que los usuarios que terminaron el tratamiento (Grupo A) al ingresar al tratamiento tenían una mayor edad en promedio 30 años, reportando en su gran mayoría ser solteros, así mismo tenían una estabilidad laboral y contaban con un mayor nivel educativo concluido o en curso.

Como se ha mencionado , la adherencia terapéutica hace referencia, a un conjunto de conductas, entre las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada las indicaciones de éste, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables (Zaldívar 2003) . Es importante recordar que la adherencia terapéutica no es un fenómeno unitario, sino múltiple y complejo por los numerosos factores implicados como determinantes de la conducta de cumplimiento, entre los que se incluyen los aspectos psicosociales de los usuarios.

En este sentido, el presente estudio ha permitido identificar las características que se presentan en esta población, en dos niveles: psicológico y sociodemográfico, los cuales resultan relevantes debido a la necesidad de contar con indicadores referente a la permanencia en el tratamiento del sujeto, y a fin de dotar de elementos que retroalimenten el diseño y planeación de los servicios de atención terapéutica del programa de satisfactores cotidianos del "Centro de prevención y atención de adicciones" (CEPREAA) .

## 12. DISCUSIÓN

En la actualidad existe investigación que intenta observar el éxito o fracaso de los usuarios basándose en la evaluación de diversas esferas ( McLellan, Matzger, Grissom, Woody, Luborsky, & O Brién, 1994; McCance, Carroll, & Rousville, 1999; McKay, et al, 2001; Carroll, 1997; Stocker, 1999; McKay, 2001), entre las que se encuentran la familiar, social, laboral y los cambios en la conducta relacionadas con el de consumo. En este sentido, los mismos factores que son útiles para evaluar las mejorías o cambios ocasionados por el tratamiento, pueden, a su vez, ser usados o asociados al resultado del usuario dentro del tratamiento. Entre los más notables están los familiares, de salud física y/o mental, laboral o educativa, la historia de consumo del usuario y aquellos clasificados dentro del rubro denominado indicadores sociodemográficos, es decir, edad, sexo, estado civil.

A este respecto, los resultados de nuestra investigación indican que los usuarios que concluyeron su tratamiento (Grupo A) presentaron un mayor número de tratamientos



previos, una mayor escolaridad y más meses de abstinencia. Lo anterior coincide con Gossop et al., 2003, quien trabajo con usuarios con dependencia a sustancias adictivas encontrando que los pacientes con más educación y más experiencias terapéuticas previas, tuvieron, en general, mejores resultados. Jiménez (1998) también menciona que los usuarios que concluyeron el tratamiento a diferencia de los que no terminaron tienen un mayor grado de estudios y son más independientes, manteniéndose la mayor parte del tiempo en la abstinencia.

Es importante señalar que en esta investigación los usuarios que terminaron su tratamiento al momento de ingresar al tratamiento, reportaron un mejor funcionamiento cognitivo, un mayor porcentaje de auto eficacia o confianza de mantenerse sin consumo ante diversas situaciones y por ende un mayor numero de meses de abstinencia. En este sentido autores representativos en el estudio de las habilidades interpersonales e intrapersonales coinciden con nuestros hallazgos, ya que señalan que la conducta de consumo o desadaptativa implica deficiencias en la competencia social en la que se incluye la solución de problemas (D'Zurrilla, 1986; D'Zurrilla y Nezu, 1982 en Nezu, A y Nezu, Ch.,1995) Allsop, Saunders y Phillips (2000) señalando que un funcionamiento cognitivo pobre afecta la adquisición de habilidades y el desarrollo de conductas de enfrentamiento. Por lo que para nuestra investigación se utilizaron los resultados obtenidos en el sub test de símbolos y dígitos del WAIS que se aplicó a los usuarios al ingresar al tratamiento , el cual posee un alto poder discriminante de la disfunción cognitiva asociada al consumo (Echeverría, Carrascoza, Reidl, 2007). Como lo reporta Barragán, *et al*,(2005) quienes en su estudio encontraron que las variables cuyo incremento a los 6 meses predijeron el mantenimiento en abstinencia de los usuarios fueron la autoeficacia y el funcionamiento cognitivo.

Relacionado con lo anterior, otro hallazgo significativo de nuestra investigación, se ubico en la variable percepción de la problemática medida en los usuarios al ingresar al tratamiento, en la cual los usuarios que terminaron el tratamiento obtuvieron un mayor puntaje, aceptando que su problemática asociada al consumo de alcohol o drogas era un problema mayor reconociendo haber tenido consecuencias negativas a nivel cognitivo, interpersonal, afectivo, laboral, legal, económico y de salud. A diferencia de

los usuarios que no concluyeron el tratamiento, cuya problemática al ingresar al tratamiento era percibida como menor, manifestando estar preocupados al respecto, pero sin considerar haber tenido ninguna experiencia negativa. Así mismo, se encontró una correlación positiva entre los tratamientos previos, los meses de abstinencia, la ansiedad y la percepción de la problemática. Es decir los usuarios que ya habían participado en otros tratamientos con anterioridad, eran más conscientes de las consecuencias negativas de su consumo y es probable que por esta razón hayan se hayan mantenido más tiempo sin consumir alcohol o drogas, siendo un factor muy importante para concluir con el tratamiento.

En este sentido nuestros resultados coinciden con los de Ibáñez y Álvarez (2009) quienes analizaron una muestra de 208 usuarios que acudieron a un tratamiento para la adicción a cocaína basado en el modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente, encontrando que factores como el estadio motivacional, el rendimiento neuropsicológico, tenían relación con el resultado final del tratamiento. Los resultados del trabajo mostraron datos relevantes y dieron valor notable a una de las tres variables sobre motivación, el reconocimiento o conciencia de problema, observando que de las personas que abandonan el programa antes de dos meses son casi siete de cada diez (69,5%) teniendo una puntuación baja en reconocimiento del problema y un 43% de aquellos que finalizaron el tratamiento con el Alta Terapéutica reportaron un puntuación alta en el reconocimiento del problema.

Por otra parte, si bien es cierto que hasta el momento se conocen algunas de las consecuencias psicofisiológicas del abuso de las drogas en el cerebro, se ha investigado poco sobre la salud mental del individuo antes de consumirlas, Lejoyeux y Cardot (2001), hallaron que la adicción al alcohol y otras sustancias adictivas es raramente una patología que aparece de una manera aislada. Concluyendo que la depresión y la ansiedad son los dos trastornos psiquiátricos más frecuentes en las personas con adicciones. Estudios en México han demostrado que el 9% de las personas con abuso del alcohol tiene también un desorden afectivo y este porcentaje aumentaba el doble, cuando se consideraban los casos de dependencia al alcohol, Medina Mora (2001). En este sentido los usuarios que participaron en nuestra

investigación no fueron la excepción ya que presentaron comorbilidad, pero paradójicamente los usuarios que terminaron el tratamiento fueron los que reportaron un mayor nivel de depresión y ansiedad a diferencia de los usuarios que no concluyeron el tratamiento.

Con relación a la cantidad de consumo por ocasión de alcohol y drogas los usuarios que terminaron el tratamiento, en las mediciones que se realizaron al ingresar al tratamiento, tuvieron también un promedio mayor al de los usuarios que lo abandonaron, observándose un resultado similar en el estudio de Bernal (2004), quien realizó una investigación con estudiantes de nivel medio superior que asistieron a un programa para personas que consumen alcohol o drogas, encontrando que quienes desertaron del tratamiento presentaban un consumo menos problemático, menores cantidades consumidas de sustancias, menor frecuencia de consumo y menor número de consecuencias negativas en comparación del grupo que terminó tratamiento. Como podemos observar en ambos estudios es muy probable que los usuarios que comienzan a ingerir alcohol o drogas, aun nos son muy conscientes de las problemáticas asociadas al consumo y por esta razón es más fácil que abandonen el tratamiento.

Así mismo, es importante señalar que en esta investigación se encontró que los usuarios que terminaron el tratamiento, reportaron en promedio haber iniciado su consumo de alcohol a los 16 años de edad y el de drogas a los 19 años, promediando 13 años de consumo previos al tratamiento, a diferencia de los que no lo concluyeron quienes reportaron un periodo menor. Lo anterior se relaciona con lo publicado por Sayre, Schmitz, Stoss y Avenil (2002, citado por Robles, 2003), quienes encontraron que los sujetos con un consumo previo al proceso terapéutico más prolongado (9.6 años en promedio) permanecían más tiempo en el tratamiento.

En cuanto a las características sociodemográficas como la edad, el estado civil, los años de estudio y la ocupación; los resultados de esta investigación indican que existen diferencias entre los usuarios que terminaron el tratamiento (Grupo A) y los que no lo concluyeron (Grupo B). Los usuarios que presentaron adherencia terapéutica en

su mayoría tenían en promedio 30 años de edad al ingresar al tratamiento, reportando en su gran mayoría ser solteros, así mismo tenían una estabilidad laboral y contaban con un mayor nivel educativo concluido o en curso.

En resumen, a un nivel descriptivo y comparativo se encontró, que los usuarios que presentaron adherencia terapéutica reportaron en las mediciones que realizaron al ingresar al tratamiento un mayor nivel de ansiedad, depresión, dependencia alcohol o drogas, más años de consumo y más cantidades estándar de consumo por ocasión; es decir, estos usuarios al momento de ingresar al tratamiento experimentaban afectaciones o consecuencias negativas en todo su esfera biopsicocial como producto de su dependencia y la exacerbación de sus síntomas ansiosos o depresivos. De acuerdo con la literatura y los resultados del tratamiento, llegamos a la conclusión de que estas características fueron factores importantes de motivación para lograr la adherencia terapéutica de los usuarios ya que como señalan Miller y Rollnick (1991) la motivación es la suma de los factores que influyen a un individuo a comportarse de cierta manera, y esta puede ser entendida no como algo que uno tiene, sino como algo que uno hace, involucrando reconocer un problema, buscar una forma de cambiar y entonces empezar, continuar y completar la estrategia de cambio.

Ahora bien, si el aprender es un proceso que dura prácticamente toda la vida, por el cual una persona sufre cambios relativamente permanentes en sus competencias y conductas, a partir de su interacción con el medio físico y sociocultural (Bonvecchio, 2006). Entonces, si el aprendizaje es un cambio: luego de logrado un aprendizaje, el sujeto está en condiciones de sentir, conocer, hacer, algo de lo que antes no era capaz en este caso la abstinencia.

En este sentido llegamos a la conclusión de que las variables que fueron factores importantes para el mantenimiento de abstinencia durante el tratamiento fueron el funcionamiento cognitivo, la autoeficacia, los tratamientos previos y la percepción de la problemática; aunado a condiciones sociodemográficas favorables.

Para finalizar, con base a los resultados de esta investigación, se propone la integración al componente de Admisión del Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC), la escala: The Stages Change Readiness and Treatment Eagernes Scale (SOCRATES 7D) de Miller (1994), debido a que esta permite determinar el probable comportamiento de los usuarios que se someten a tratamiento según los estadios de motivación al cambio, basados en el modelo transteórico de Proschaska y Di Clemente (1982). Esto debido a que la adherencia terapéutica que puedan presentar de los usuarios de un tratamiento a sustancias adictivas, dependerá de la disposición y la motivación al cambio que estos presenten.

También es importante, mantener como hasta el momento, la capacitación constante de todos los terapeutas del (PSC) en el manejo de la Entrevista motivacional (Miller y Rollnick 1991). Ya que como hemos podido observar, los resultados de los estudios en cuanto a las características de los usuarios que permanecen en un tratamiento son inconsistentes y varían de una población a otra, pero un factor que frecuentemente hace la diferencia es el profesional con quien el usuario es asignado, en donde ciertas características del profesional son asociadas con tratamiento exitoso.

En esta investigación, se han descrito y comparado las características psicológicas y y sociodemográficas de los usuarios que presentaron adherencia terapéutica al Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC), pero consideramos que es muy necesario continuar realizando estudios que permitan conocer, que explica la adherencia al tratamiento de nuestra población, sabemos que para responder a esta cuestión es necesario otro tipo de estudio con una muestra probabilística y un análisis factorial que nos permita inferir en cuales de las variables se concentra un mayor porcentaje de la varianza explicada para poder así determinar los factores de la adherencia terapéutica.

## 12. REFERENCIAS

Amigó I, Fernández C, Pérez M. la adhesión a los tratamientos terapéuticos. En Amigó I, ed. Manual de Psicología de la Salud. Madrid: Pirámide; 1998.p. 229-270.

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

Arellanez Hernandez, J.L; Diaz Negrete .D.B; Wager-Evhegaray,F y Perez ISLAS ,U.V (2004).Factores Psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis divariados en un estudio de casos y controles. Salud Mental. Vol.27, No.3, junio, pp: 54-64

Ayala, H. A.; Cárdenas L.,G.; Echeverría S.,L y Gutiérrez L.,M.(1995).Los resultados iniciales de un programa de autocontrol de bebedores problema en México. Salud mental V.18, No.4, Diciembre.

Ayudo Gutiérrez, J. L. (1980). Trastornos afectivos. En J. L. Rivera y otros (1980), Manual de psiquiatría. Madrid: Karpos.

Barragán, L. (2005). Modelo de intervención cognitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, UNAM.

Barragán, L. (2005). Modelo de intervención cognitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, UNAM.

Barragán, L., González, J., Ayala, H. (2004). Un modelo de consejo marital basado en solución de conflictos y reforzamiento recíproco. *Revista Salud Mental*, 27, (3).

Barragán, L., González, J., Medina-Mora, M.E., Ayala, H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. *Salud Mental*, 28 (1), pp. 61-71.

Barragán, L., González, J., Medina-Mora, M.E., Ayala, H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. *Salud Mental*, 28 (1), pp. 61-71.

Basterra Gabarró M. El cumplimiento terapéutico. *Pharmaceutical Care* 1999: 1:97-106.

Bayés R. Aspectos psicológicos de la adherencia terapéutica. En: Yubero S, Larrañaga E, eds. *SIDA: una visión, multidisciplinar*. La Mancha: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha; 2000.p. 95-103.

Beck, A. T ,Freeman, A. y otros (1995).*terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Editoriales Piados, Barcelona.

Beck, J.S. (2000) . *Terapia cognitiva, conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa. Barcelona, España.

Bernal Pérez, R.P. (2004). La deserción a un tratamiento para adolescentes consumidores de alcohol y otras drogas. Tesis para obtener el grado de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México.

Berruecos Villalobos, L.; Castro Sariñana, M.E.; Díaz –Leal , L; Medina Mora, M. E.; Reyes Del Olmo ,P.(1994) Curso básico sobre adicciones, centro contra las adicciones (cenca) fundación

Cabaleiro, A., Fernández Mugetti, G. y Sáenz, M.: Depresión y subjetividad: Tesis. (Consultado en [1].)

Cárdenas , G.,; Vite, A.; Aduna ,A.; Echeverría ,L y Ayala.(1991).Estrés y estilos de afrontamiento en bebedores excesivos del alcohol. Artículo presentado en el XI Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta Social. México, DF.

CIJ(s/f) Centros de integración juvenil .recuperado el 14 de abril del 2010.

Cohen, M y Woerner, M. (1976). Variables related to Length of stay in day programs for Drug Abusers. Drug alcohol abuse, 3(2), pp.303-313.

CONADIC (2002), Observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas 2002.recuperado el 16 de enero del 2010 de [http://www.conadic.gob.mx/redir.asp?link=doctos/observatorio\\_2002/obs\\_index.htm](http://www.conadic.gob.mx/redir.asp?link=doctos/observatorio_2002/obs_index.htm).

CONADIC(s/f)tratamiento y rehabilitación en el sector salud. Recuperado el 20 de abril del 2010. <http://www.salud.gob.mx/conadic/progfar%20cap2.htm>.

Córdova Alcaraz, J.(2000) correlatos psicosociales de prevalencia del uso, abuso y dependencia de drogas en adolescentes. Tesis para obtener el grado de Maestría en Psicología Social, Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México.



Cruz Zarate, R. y Ledesma Tinoco.(2000). Factores que determinan la deserción al tratamiento de pacientes alcohólicos en la clínica de neurología y psiquiatría "Tlatelolco" del ISSTE. Tesis para obtener el grado de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México.

De la Fuente Muñiz, J.R. (1992) prueba de identificación de trastornos derivados del Consumo de Alcohol .Manual de Utilización.

DiClemenet, C.C., & Prochaska, J.O. (1982). Self change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behavior*. &: 133-142.

Echeverría , E.(1992). Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. Editorial Pirámide, Madrid.

Escamilla Díaz, A. (2002). Los mecanismos de enfrentamiento utilizados por mujeres y varones adictos de un centro de atención a la farmacodependencia. Tesis para obtener el grado de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México.

Fernández Ballesteros, R.(2004). Instrucción a la evaluación psicológica. Editorial pirámide. Madrid.

Ferrer VA. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. *Rev Psicol Salud* 1995; (7):35-61.

First, M, B.; Frances , A.; Pincus, H. A.; Massana Montejo, G. y Massana Montejo e. (1996) DSM IV Manual de diagnóstico diferencial. Editorial Mansson, Barcelona.

FLACT(s/f) Federación latinoamericana de comunidades terapéuticas. Recuperado el 14 de marzo del 2010,<http://wwwflact.org/>.

Freeman, K.(2003).Health and well-being outcomes for drug-dependent offenders on the NSW Drug Court programmed. Drug and Alcohol Review.Diciembre, Vol.22, Pp: 409-416.

Freidman HS, DiMatteo MR. Adherente and practitioner patient relationship. En : Freidman HS, DiMatteo MR, eds. Health Psychology. New York : Prentice Hall; 1989.p. 68-100.

Galván –reyes J, Ortiz –castro A y González –Uribe L.(1997) El sistema de registro información sobre drogas .Un auxiliar diagnostico en la evaluación de la farmacodependencia. Salud pública mexico.No.39 Pp:61-68.

Goldestien , M.F.;Deren , S.; Kang, S.Y.; Jariais, D.C y Mangura ,S.(2002).MMTP drop-outs need not be lost the drug treatment system if special efforts are made to engage them in interventions developed to encorurage treatment reentry, the researchers conclude. Drug and Alcohol Dependence. Vol. 66(2), Pp: 181-187.

Goldfried. M.R.(1996).De la terapia Cognitivo- Conductual a la Psicoterapia de Integración .Editorial Desclee de Broker. España.

Haynes RB. Introducción. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL,eds. Compliance in health care Baltimore: John Hopkins University Press; 1979.p.1-

Hernández Sampieri, R; Fernández Collado, y Bapstida Lucio.(2000).Metodología de la investigación . Editorial Mc Graw Hill, México.

Ibáñez, Álvarez; Motivación y retención en un tratamiento de adicción a la cocaína, (TAC Asturias, 2009) 11º Congreso virtual de psiquiatría, interpsiquis 2010.

Jackson, Stanley W. (1986). Historia de la melancolía y la depresión. Madrid: Turner.

Jiménez Silvestre, K. (1998).Diferencias por género en un grupo de personas que acuden a un tratamiento para bebedores problema. Tesis para obtener el grado de

Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México.

Karoly P. en larging the scope of the complaince conctruct toward developmental and motivational relevante. En: Krasnegor NA, Epstein L, Bennett\_Johnson S, Yaffe SJ, eds. Developmental aspecto f health complaince. Hillsdale: LEA; 1993.p. 11-27.

Katz, E. C . , Brown, B.S; Y Schwatz R.P.(2004).Role Induction: A Methodic for Enhancing Early Retention in Outpatient Drug-Free Treatment. Journal of Consulting and clinical psychology, Vol. 72. No. 2- 234.

Kramer, P. D. (2006). Contra la depresión. Barcelona: Seix Barral.

Krasnoff, A.(1997).Failure of MMPI Scales to predict Treatment Completion. Journal of Studies on Alcohol, Vol.38, No.7.

Lazarius , R. S y Folkman,S (1991).Estrés y procesos cognitivos. Tercera Edición. Editorial Martínez Roco. México. DF.

Lega, L.I.; Caballo, V.E. Yellis , A.(2002).Teoría y Práctica de la terapia racional emotiva conductual. Siglo veintiuno de España Editores, España.

Lejoyoux M., Cardot H(2001) Alcoolisme, anxiété et depression. Sante Mentale a Québec 26(2) pp. 47-61

Macia D, Méndez FX. Evaluación de la adherencia al tratamiento. En: Buela-Casal G, Caballo VE, Sierra JC, eds. Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid : Siglo XXI; 1996.

Macías López, M.A.(1993).Propuesta técnica para la admisión y canalización en una institución universitaria de apoyo a la docencia y servicio de salud mental. Tesis para obtener el grado de Doctorado en Psicología, Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México.

Maciel Rocha M.I. Y Romero Santana, A.(1996).Características de bebedores problema que abandonan el tratamiento; Tesis para obtener el grado de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México.

Macrady, B.; Rodriguez Villarino,R. y Otero, J.M.(1998).Los problemas de la bebida: Un sistema de tratamiento paso a paso; Manual del Terapeuta, Manual de Autoayuda. Editorial psicología Pirámide, Madrid.

Malpica,K.(20 DE FEBRERO DEL 2003).Las drogas tal cual.Una investigación de Karina Malpica.Recuperado el 20 de enero del 2010. De <http://MindSurf.Net/Drogas/Adicciones.Htm>

Martínez Martínez , K.(2003) .Desarrollo y evaluación de un programa de intervención breve para adolescentes que indican en el consumo de alcohol y otras drogas. Tesis para obtener el grado de Doctorado en Psicología, Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México.

MedinaMora,M.E.;Natera,G.;Borges.;Cravioto,P.;Fleiz,CTapia,Conyer,R.(2001). el siglo XX al tercer milenio. Las Adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. Salud Mental, Vol.24, No.4, Agosto 2001.

Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco y cols.: Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultado de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud mental*, 26(4):1-16, 2003.

Messina, N.P .;Wish ,E.D .; Hoffman ,J.A y Nemes ,S.(2002).Antisocial Personality Disorder and TC Treatment Outcomes, Drug alcohol abuse,28(2), 197-212.

Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior. New York: Guilford Publications.192-237.

Miller, R.W.; Rollnick, S. (1999). La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas. Editoriales Piados. Barcelona, España.

Monras, M y Gual, A. (2000). Attrition in group therapy with alcoholics: a survival analysis. Drug and alcohol review. Vol. 19, 55-63.

Narcóticos anónimos. Introducción. Recuperado el 12 de febrero del 2010 de <http://www.adicciones.org.mx/na/experiencia.htm>.

Neve RJM, Lemmens PH, Drop MJ. Gender differences in alcohol use and alcohol problems: Mediation by social roles and gender role attitudes. Subst Use Misuse 1997;32(11):1439-1459.

NIDA (Mayo 19 2003). Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en investigaciones. Enfoques con bases científicas para los tratamientos de drogadicción. National Institute on Drug Abuse. Recuperado el 14 de marzo del 2004, de <http://165.112.78.61/POSDAT/SPANISH/PODAT.html>.

Oropeza Tena, R. (2003). Desarrollo, aplicación y evaluación de un programa de tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína. Tesis para obtener el grado de Doctorado en Psicología, Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México.

Perez, B. La deserción a un tratamiento para adolescentes consumidores de alcohol y otras drogas. México Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología: Tesis Licenciatura. 2004

Puente Silva. (1984). Adherencia terapéutica implicaciones para México.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1982) Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 19: 276-288.

Quijano Barahona, E.M (2001). El perfil psicológico y el diagnóstico del adolescente farmacodependiente. Tesis para obtener el grado de Maestría en Psicología Clínica, Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México.

Rodríguez Marin J. efectos de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Satisfacción del paciente. Cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. En: Rodríguez Marin J, ed *Psicología Social de la Salud*. Madrid Síntesis; 1995.p. 151-60.

Sánchez Huesca, R.; Guisa Cruz, V.C.; Ortiz Encinas ,R.M.; y De león Pantoja ,G.(2002). Detección temprana de factores de riesgo para el consumo de sustancias ilícitas. *Salud mental*, Vol. 25, No.3, Junio.

Santon, T.C. y Cols. (1998). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Editorial Gedisa , Barcelona España.

Saucedo Ávila, M.E.; Cortes Rosales, M.E.; Salinas García, F.(1997). Frecuencia y causas de la deserción de los pacientes que asisten a consulta subsecuente de la deserción de servicios clínicos de instituto mexicano de psiquiatría. *Salud mental* Vol. 20, Suplemento de Octubre.

Shearer, J. and Gowing, L.R. (2004), «Pharmacotherapies for problematic psychostimulant use: a review of current research», *Drug and alcohol review* 23, pp.

Secretaría de salud (1999). Diagnóstico y tendencias del uso de drogas en México. Recuperado el 20 de Abril del 2010, <http://www.salud.gob.mx/doctos/CDM%201-5.htm>

Siegal , H.A ;Li ,L. y Rapp ,R .C.(2002). Abstinence trajectories among treated crack cocaine user . Addictive behaviors.Vol.27,Pp: 437-439.

Simpson ,D.D. y Knight,K.(2001). Overviews of drug treatment in correctional setting. Manuscrito de Texas Crithian University.

Tapia Conyer. R. (2001). Las adicciones. Dimensión, impacto y perspectivas. Segunda Edición. Editorial moderno, México, DF.

Taylor, S.J. y Bogdan , R.(1998). Introducción social de las drogas en México; instituto de investigaciones penales. México.

Tenorio Tangle, F.(1992).El control social de las drogas en México ;instituto de investigaciones penales. México.

Vara Horna, Arístides A. (2006). Aspectos generales de la depresión: Una revisión empírica. Asociación por la Defensa de las Minorías: Lima. (Consultado en [2].)

Velázquez Romo, M.T.(2000). Deserción de pacientes psiquiátricos. Tesis para obtener el grado de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México.

Wickizer, T.; Maynard, C.; Atherly, A.; Federick, M .;Koepsell ,T.; Krupski, A. y Stark, K. (1994). Completion Rates of Clients Discharged from Drug and Alcohol Treatment Programs in Washinton State. Am 3 Public Health. 84.pp: 215-221.

Zaldivar D. adherencia terapéutica y modelos explicativos. Salud para la vida. 2003. Disponible en: [www.infomed.sld.cu](http://www.infomed.sld.cu), [4 abril 2003].

000000