



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

**DESERCIÓN DE USUARIOS DE UNA INTERVENCIÓN BREVE PARA  
CONSUMIDORES DE MARIHUANA**

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

**YOLANDA PAZ RODRÍGUEZ**

DIRECTORA:  
LIC. LETICIA ECHEVERRÍA SAN VICENTE

**México. D. F. Noviembre de 2010**



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.



UNAM.276  
2010

M  
TPs.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	IV
<b>RESUMEN</b>	V
<b>1. DATOS GENERALES Y OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL</b>	1
<b>2. CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL</b>	1
2.1. Breve reseña histórica	1
2.2. Descripción del servicio	2
2.3. Programas de intervención que ofrece el CEPREAA	3
2.4. Misión y visión del CEPREAA	3
<b>3. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS</b>	4
3.1. Capacitación en programas de intervención para diferentes adicciones	4
3.2. Observación de casos	4
3.3. Atención a una usuaria bajo supervisión con el Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC)	5
3.4. Capacitación en entrevista y en actividades de seguimiento de usuarios	5
3.5. Trabajo de campo	6
3.6. Análisis de las características de los usuarios que desertaron del programa de Intervención Breve para Usuarios de Marihuana (IBUM)	6
<b>4. OBJETIVO DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL</b>	6
<b>5. SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO</b>	7
5.1. Intervención Breve para Usuarios de Marihuana (IBUM)	7
5.1.1. Breve historia de la marihuana	7
5.1.2. Características de la marihuana	9

	Pág.
5.1.3. Efectos del consumo de marihuana	10
5.1.4. Epidemiología del consumo	14
5.1.5. Bases teóricas de la IBUM	16
5.1.6. Sesiones de la IBUM	22
5.2. Deserción en el tratamiento de adicciones	46
5.3. Metodología	52
<b>6. RESULTADOS</b>	<b>54</b>
6.1. Resultados obtenidos	54
6.2. Discusión y conclusiones	64
6.3. Sugerencias	70
<b>7. HABILIDADES ADQUIRIDAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL</b>	<b>71</b>
<b>8. SUGERENCIAS AL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL</b>	<b>72</b>
<b>9. COMENTARIOS FINALES</b>	<b>73</b>
<b>10. REFERENCIAS</b>	<b>75</b>
<b>ANEXO 1. INSTRUMENTOS DE ADMISIÓN</b>	<b>83</b>
<b>ANEXO 2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN</b>	<b>97</b>
<b>ANEXO 3. ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO DEL USUARIO</b>	<b>111</b>

## **AGRADECIMIENTOS**

A la UNAM, por haber hecho realidad un viejo sueño.

A mis amores Daniel, Clarita y Dany. Por su solidaridad a toda prueba

A mi maestra, Lic. Leticia Echeverría San Vicente, por su motivación y apoyo incondicional para la realización de este informe, y por ser con su ejemplo, una muestra de congruencia con el enfoque psicológico que desarrolla.

Al maestro Miguel Ángel Medina Gutiérrez y a la doctora Lydia Barragán Torres, por sus enseñanzas que guiaron mi aprendizaje en los modelos que coordinan.

A la doctora María de los Ángeles Mata Mendoza y a la maestra Francisca Cruz Serrano, por su asesoría y sugerencias que enriquecieron la realización de este informe.

# DESERCIÓN DE USUARIOS DE UNA INTERVENCIÓN BREVE PARA CONSUMIDORES DE MARIHUANA

## RESUMEN

En este Informe Profesional de Servicio Social se presentan las actividades realizadas durante el servicio social en el programa "Evaluación de Programas de Intervención en el Campo de las Adicciones en Población Universitaria", realizado en el Centro de Prevención y Atención de Adicciones (CEPREAA) de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. El objetivo fue analizar las características de los usuarios que desertaron de una Intervención Breve para Usuarios de Marihuana (IBUM). En relación al soporte teórico metodológico, la IBUM se sustenta en el enfoque de la Teoría Conductual, la Teoría Cognitiva y principalmente, en la Teoría Cognitivo Social, y utiliza herramientas de la *entrevista motivacional*. En el informe se describen las sesiones de la IBUM, así como la epidemiología, características y efectos del consumo de marihuana. También se revisaron las investigaciones realizadas sobre los factores que intervienen en la deserción de usuarios consumidores de drogas. Para realizar la investigación sobre la deserción, se utilizó una entrevista de seguimiento con 20 preguntas que se aplicó a usuarios de la IBUM; se compararon los resultados de la entrevista del grupo que desertó (19 usuarios) con los del grupo que terminó (16 usuarios). Entre los principales resultados se encontró una alta deserción de la IBUM (69.2%), con el mayor número de abandonos (42.3%) en la segunda sesión de tratamiento. La falta de motivación al tratamiento fue el factor más importante en la deserción del 47.2% de los usuarios, quienes se encontraban en la etapa de pre-contemplación. El estado civil, el sexo, la edad, la situación laboral y escolar también influyeron en la deserción, aunque en menor proporción. Se sugiere crear un instrumento que mida la motivación al cambio en la que se encuentra el usuario que inicia la IBUM, así como reforzar y mejorar la utilización de técnicas de la *entrevista motivacional* por parte de los terapeutas.

**Palabras clave:** marihuana, deserción, motivación al tratamiento

## **1. DATOS GENERALES Y OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL**

El programa de Servicio Social lleva por título “Evaluación de Programas de Intervención en el Campo de las Adicciones en Población Universitaria” y se encuentra basado en la Teoría Conductual (Skinner, 1938; Staddon, 2001), la Teoría Cognitiva (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999) y fundamentalmente, en la Teoría Cognitivo Social (Bandura, 1986).

Es un programa unidisciplinario, en el que participan investigadores, estudiantes de maestría y doctorado en adicciones, así como estudiantes y prestadores de servicio social de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); el programa impacta mayormente a la población del campus universitario de la UNAM, que es principalmente a quien se dirige, aunque también se extiende a la población en general.

El objetivo del programa “Evaluación de Programas de Intervención en el Campo de las Adicciones en Población Universitaria” es la investigación, evaluación y aplicación de programas de prevención y tratamiento de conductas adictivas en universitarios, y en población en general, implementando aquellos que mejor apoyen a los jóvenes que deseen modificar su consumo, a través de la adquisición de habilidades para enfrentar situaciones cotidianas sin recurrir al uso de sustancias, disminuyendo el riesgo de consecuencias negativas y promoviendo una vida libre de consumo.

## **2. CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL**

### **2.1. Breve Reseña Histórica**

En 1993, el Dr. Héctor Ayala Velázquez, (profesor–investigador de la Facultad de Psicología de la UNAM), junto con un grupo de colaboradores preocupados por el problema de las conductas adictivas en México, firmaron un convenio de



colaboración entre la Facultad de Psicología de la UNAM y la Addiction Research Foundation (ARF) de Canadá (Ayala, H., Cárdenas, G. Echeverría, L. & Gutiérrez, M., 1995). En este mismo año y también como resultado del trabajo del Dr. Ayala inició sus actividades de enseñanza, investigación y prestación de servicios psicológicos, el Centro de Prevención y Atención de Adicciones (CEPREAA), de la Facultad de Psicología de la UNAM. La ARF brindó apoyo al CEPREAA, por medio de los Drs. Mark y Linda Sobell, a través de asesoramiento y supervisión en la adaptación transcultural y validación empírica del Modelo de Auto Cambio Dirigido para Bebedores Problema (Sobell & Sobell, 1993).

Tiempo después en 1997, el Dr. Ayala desarrolló la primera Maestría en Adicciones en México y Latinoamérica, convirtiendo al CEPREAA, en el espacio más importante de residencia en dicha maestría. En el Centro se generaron diversos programas de atención en adicciones de corte breve dirigidos a la reducción del daño, y a evitar el desarrollo de la dependencia severa, orientados a la atención de diferentes poblaciones, diversas sustancias y grados de dependencia.

Estos programas están sustentados principalmente en la Teoría Cognitivo Social (Bandura, 1986) y han demostrado su efectividad a nivel internacional, a través de numerosas investigaciones. En la actualidad, el CEPREAA ofrece tratamientos para personas con consumos crónicos de diversas sustancias y para aquellas que han desarrollado dependencia severa.

## 2.2. Descripción del Servicio

El CEPREAA ofrece sus servicios a la población en general y en particular a la población universitaria (estudiantes, administrativos y académicos). Los integrantes del CEPREAA participan en eventos especializados nacionales e internacionales, y generan publicaciones científicas como libros, manuales y artículos científicos. El personal que integra el equipo de trabajo del CEPREAA se organiza en cinco áreas:

1) Coordinación, 2) Apoyo administrativo, 3) Coordinaciones de los programas de atención, 4) Atención terapéutica y 5) Docencia.

Al solicitar un usuario el servicio del CEPREAA, asiste primero a una sesión de admisión donde se determina si cumple con los criterios que establece el Centro, o de lo contrario se le canaliza al servicio adecuado. El siguiente paso es una sesión de evaluación para conocer su patrón de consumo, daños a la salud, presencia de ansiedad, depresión, etc. A continuación se establece día y hora en la que se llevarán a cabo las sesiones semanales de tratamiento, después de las cuales se realizarán seguimientos al mes, a los tres meses, seis meses y al año. Todas las actividades realizadas se registran en un expediente que maneja el área del programa de atención que corresponda.

### 2.3. Programas de Intervención que ofrece el CEPREAA

- Programa de Entrenamiento en Habilidades para Adolescentes
- Intervención Breve para Adolescentes que Inician en el Consumo de Alcohol u Otras Drogas.
- Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores.
- Programa de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema.
- Programa de Intervención Breve para Usuarios de Marihuana (IBUM).
- Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína.
- Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC).
- Programa de Intervención Breve para Problemas de Alcohol y Drogas en la Familia.

### 2.4. Misión y visión del CEPREAA

El Centro de Prevención y Atención de Adicciones, es un espacio financiado por la UNAM para la investigación y la evaluación de programas de prevención, tratamiento y rehabilitación de conductas adictivas. Una de las actividades más

importantes del CEPREAA es la formación de estudiantes, quienes participan en el Centro realizando: a) Servicio Social, b) Residencia en Adicciones, c) Tesis y d) Prácticas Profesionales.

Se espera que en el 2015, el CEPREAA sea considerado un espacio líder en investigación, prevención, tratamiento, rehabilitación y formación de recursos humanos en el área de las adicciones, y que las investigaciones permitan contribuir al establecimiento de políticas nacionales de salud, con énfasis en el área de las adicciones.

### **3. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS**

A continuación se enlistan las actividades que realicé durante el período del servicio social, comprendido del 27 de abril al 30 de octubre de 2009.

#### **3.1. Capacitación en los programas de Intervención para diferentes adicciones**

Uno de los objetivos del CEPREAA es el de capacitar a los prestadores de servicio social en los diferentes programas de tratamiento que ofrece, por lo que durante el desarrollo de mi servicio recibí capacitación en la Intervención Breve para Usuarios de Marihuana (IBUM), en la Intervención Breve para Bebedores Problema y en el Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC).

#### **3.2. Observación de casos**

La observación de casos, complementa la capacitación en los programas de atención, ya que puntualiza en la importancia de la lectura, análisis y aplicación de la *entrevista motivacional* (Miller & Rollnick, 2002) durante todo el tratamiento y en la detección de la etapa de cambio en la que se encuentra el usuario al momento de solicitar el servicio.

Durante mi capacitación observé en cámara de Gesell 6 sesiones de la Intervención Breve para Usuarios de Marihuana y 6 sesiones de la Intervención Breve para Bebedores Problema, así como 8 sesiones del Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC), en las que realicé ensayos conductuales de los componentes del programa con alumnos de maestría en adicciones de la UNAM.

En los ensayos conductuales representé al usuario en los componentes de "Muestra de abstinencia" (Meyers & Smith, 1995) y "Metas de vida cotidiana" (Welsh, Buchsbaum & Kaplan, 1993), así como el papel de terapeuta en los componentes de "Solución de problemas" (Nezu & Nezu, 1995) y "Control de ansiedad" (Davis, McKay & Eshelman, 1985; Méndez y Romero, 1993).

### 3.3. Atención a una usuaria bajo supervisión con el PSC

Actualmente doy atención como terapeuta a una usuaria consumidora de alcohol con el Programa de Satisfactores Cotidianos. La aplicación de la terapia está siendo supervisada por la doctora Lydia Barragán, responsable de dicho programa en el CEPREAA.

### 3.4. Capacitación en entrevista y actividades de seguimiento de usuarios

Recibí capacitación enfocada al seguimiento de usuarios al mes, tres, seis y doce meses, y al seguimiento de usuarios que desertaron de la IBUM. Temas importantes abordados durante la capacitación fueron aspectos éticos, como la confidencialidad de los datos proporcionados (garantizada por el CEPREAA a los usuarios), así como el consentimiento del usuario para la utilización de éstos con fines de investigación.

Habilidades en la aplicación de la entrevista de seguimiento, como el manejo de la ansiedad en el entrevistado y en el entrevistador y habilidades de comunicación como son: iniciar conversaciones, saber escuchar, ofrecer entendimiento y ofrecer ayuda (Monti, Abrhams, Kadden, & Cooney, 1989) fueron fortalecidas durante la

capacitación; también se señaló la importancia de ser creativos para ofrecer alternativas a los entrevistados sobre las formas y lugares donde podrían contestar a la entrevista de seguimiento (CEPREAA, correo electrónico, teléfono, casa, trabajo, universidad, etc.).

### 3.5. Trabajo de campo

Los conocimientos y habilidades adquiridos durante la capacitación en entrevista y seguimiento de usuarios, se aplicaron ampliamente en el trabajo de campo. La entrevista de seguimiento fue realizada de diferentes maneras, por teléfono, por correo electrónico, así como por medio de visitas al centro de trabajo del participante y en citas acordadas en el CEPREAA.

### 3.6. Análisis de las características de los usuarios que desertaron de la Intervención Breve para Usuarios de Marihuana (IBUM)

Esta fue la principal actividad desarrollada durante el servicio social; el marco teórico y metodológico en el cual se basó la investigación, se describe detalladamente en el apartado 5 (pág. 8) mientras que los resultados obtenidos, discusión, conclusiones y sugerencias, se presentan en el apartado 6 (pág. 53).

## **4. OBJETIVO DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL.**

El objetivo del informe de servicio social fue analizar las características de los usuarios que abandonaron la Intervención Breve de Usuarios de Marihuana en el CEPREAA, como una forma de conocer mejor la complejidad del fenómeno de la deserción y de los factores relacionados con ésta, lo que permitirá implementar acciones que reduzcan el abandono terapéutico.

## 5. SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO

### 5.1. Intervención Breve para Usuarios de Marihuana (IBUM)

#### 5.1.1. Breve historia de la marihuana.

El origen de la planta *Cannabis sativa* (marihuana) se sitúa en Asia Central. Fue utilizada en China hace unos cinco mil años y su cultivo estuvo relacionado con la obtención de fibra y aceite de sus semillas. En la India, la *Cannabis* formaba parte del acervo religioso de los arios, nómadas que invadieron ese país hacia el 2000 a.C.

El uso de la *Cannabis* se extendió desde la India a Persia y Asiria en el siglo VIII antes de Cristo, con evidencias de que su utilización religiosa fue considerable (Chopra & Chopra, 1957). Tanto los griegos como los romanos cultivaron la *Cannabis* por su fibra en la fabricación de cuerdas y velas, también conocieron algunas propiedades medicinales de la planta, que son mencionadas desde la Era Cristiana. Plinio "el viejo" (23-79 d.C.) describió su uso detalladamente en su obra *Nature historianum Libri XXXVII* (Brunner, 1973).

En la Edad Media, su uso se expandió en los territorios conquistados por el Islam hacia Persia por un lado, y a la Península Ibérica por el otro. "Hashish", que significa hierba en árabe, fue el nombre utilizado para designar el extracto de la *Cannabis*. El hachís ha ocupado un papel importante en la literatura árabe, aunque ha estado prohibido en diversos períodos a lo largo de su historia (Nahas, 1985).

En la Era Moderna, siglo XIX, es cuando aparecen los primeros datos contrastados sobre la *Cannabis*. Su uso se populariza en Europa y Estados Unidos gracias a O'Shaughnessy, el divulgador de su aplicación terapéutica, (Nahas, 1985). Las propiedades intoxicantes de la *Cannabis* fueron descritas en 1840 por Jacques-Joseph Moreau, quien es considerado como el padre de la psicofarmacología, en su libro "Du Hashish et de L'alienation mentale" (Moreau, 1973). En este período, entre

1840 y 1900, se produjo también el apogeo de su utilización por la medicina occidental.

Más avanzado el siglo XX los usos medicinales fueron desapareciendo, entre otros motivos porque la potencia de las preparaciones de la *Cannabis* era muy variable, y las respuestas individuales a las dosis orales de esta droga parecían erráticas e impredecibles. El desarrollo de drogas sintéticas como la aspirina, el hidroclorato y los barbitúricos, químicamente más estables, y por tanto más fiables, aceleraron su declive como medicamento.

A principios del siglo XX, el uso de la *Cannabis* se relacionaba a esclavos e inmigrantes, lo que favoreció su inclusión en el sistema de control internacional de los «narcóticos» que se había desarrollado originalmente para luchar contra el comercio de opio (Nahas, 1985). Su prohibición se consolidará entre 1911 y 1941, con la promulgación de la «Marihuana Tax Act» en 1937. Más tarde, la convención de Naciones Unidas sobre «Narcotic Drugs» de 1961, prohibió la utilización psicoactiva de la *Cannabis* en todo el mundo, y se puso como meta erradicar su consumo en el planeta en 30 años.

De manera paradójica, en la segunda mitad de los 60 comenzó una marea de expansión como droga de masas. Así, antes de 1967 en Estados Unidos, menos del 2% de la población general y poco menos del 5% de los estudiantes universitarios habían experimentado alguna vez con la marihuana. En 1977, el 25% de la población mayor de 18 años y un 64% de los estudiantes habían consumido alguna vez esa droga (Nahas, 1985).

El consumo de derivados de esta planta, se ha convertido en las últimas cuatro décadas en una conducta cotidiana, aceptada e incluso esperada en la vida de muchos europeos, americanos y australianos. La *Cannabis* es la droga ilícita más cultivada y la más sujeta a tráfico y uso indebido. La Oficina de las Naciones Unidas

contra la Droga y el Delito (ONUDD, 2009) estima el consumo de *Cannabis* a nivel mundial entre 143 y 190 millones de personas que la consumieron por lo menos una vez en la vida, seguida de las anfetaminas entre 16 y 51 millones, cocaína entre 16 y 21 millones y de los opiáceos entre 15 y 21 millones de personas a nivel mundial.

#### 5.1.2. Características de la marihuana

La marihuana que comúnmente se consume, es una combinación de hojas, tallos, semillas y flores secas desmenuzadas de la planta *Cannabis sativa*, y puede ser de color verde, café o gris. Otros términos que se utilizan para referirse a ella son: "mota", "yerba", "moy", "pasto", "churro", "mari", "toque", "quemar", "las tres". La marihuana generalmente se fuma en cigarrillos hechos a mano o en pipas especialmente diseñadas (a veces con cañas largas o pequeños depósitos de agua para enfriar el humo, que suele alcanzar altas temperaturas). También se come en pasteles o galletas, en donde se requiere de mayor cantidad de marihuana para sentir los efectos deseados.

En todas sus modalidades la marihuana altera las funciones normales del cerebro, que son provocadas por el ingrediente activo químico llamado THC (delta-9-tetrahidrocanabinol), que actúa en receptores específicos ampliamente distribuidos en el cerebro humano. La marihuana es una droga psicoactiva porque provoca cambios en la psique (en las funciones mentales superiores como razonamiento, juicio, memoria, etc.) y modifica la manera de pensar, sentir y actuar (NIDA, 2010).

Además del THC, la marihuana contiene otras 400 sustancias químicas adicionales, aunque el efecto ocasionado por su consumo depende de la cantidad de THC que contenga. Aproximadamente 3% de THC se encuentra en la marihuana común, pero la variedad denominada "sin semilla" puede llegar a tener hasta 20%, con un promedio de 7.5%.



Desde la década de los setenta, el consumo de marihuana se ha incrementado de la misma manera que la cantidad de THC, por la mezcla de variedades. Cuando se extrae el aceite de las flores y de otras partes de la planta, se obtiene una pasta oscura llamada "hashish" o "hachís", que es fumada por los consumidores, los cuales obtienen efectos más potentes que con la planta desmenuzada de la marihuana (NIDA, 2010).

### 5.1.3. Efectos del consumo de marihuana

#### Efectos psicoactivos

El consumo frecuente de *Cannabis* se asocia a una conducta desadaptativa. Es común que los consumidores sientan gran interés por estímulos visuales, auditivos o gustativos que de otra manera serían ordinarios. Los sucesos triviales les pueden parecer sumamente interesantes o graciosos. El tiempo parece pasar muy lentamente, y a veces, se tienen sensaciones intensas de sed o hambre.

La marihuana deteriora la memoria a corto plazo y, por lo tanto, dificulta la realización de tareas complejas. Con el uso de variedades más potentes de la droga, pueden surgir problemas para realizar incluso tareas sencillas. Debido a los efectos de la droga sobre las percepciones y los reflejos, puede ser causa de accidentes de tráfico (CONADIC, 2009).

El consumo de marihuana aumenta la propensión a conductas de riesgo para adquirir enfermedades de transmisión sexual, como el VIH. Existe una fuerte relación entre el uso de drogas y prácticas sexuales peligrosas (Liau *et al.*, 2002). El seguimiento de jóvenes expuestos a THC desde el inicio de la adolescencia demostró que 5 años después eran más propensos a abandonar los estudios, no percibir peligro en otras drogas y a involucrarse con mayor frecuencia en actividades delictivas (Brook, Balka & Whiteman, 1999).

*Dependencia y síndrome de abstinencia.* Diversos autores cuestionan que la *Cannabis* produzca dependencia física, síndrome de abstinencia y fenómenos de tolerancia. Posiblemente esta dificultad para reconocer el síndrome de abstinencia se deba a que el cuadro es poco específico y no demasiado abrupto. Sin embargo, investigaciones como las de Gruber, Pope, Hudson & Yurgelun-Todd (2003), encontraron en consumidores diarios de marihuana durante más de 70 meses, síndrome de abstinencia que consistía en ansiedad, tensión, insomnio, anorexia, cansancio, dificultad de concentración, irritabilidad, disforia y agresividad, así como síntomas y signos físicos (sudoración, temblor, mialgias, náuseas y diarreas), junto con un deterioro social, laboral y físico que provocó un menor logro educativo y un empeoramiento de la calidad de vida. Por su parte Wiesbeck *et al.* (1996), también describieron signos y síntomas de abstinencia en los usuarios crónicos de *Cannabis*, dependiendo de la dosis y la duración del uso. Estos consistieron en temblor, sudoración, náuseas, vómitos, diarrea, irritabilidad, anorexia, nistagmus, pérdida de peso y alteraciones del sueño.

*Síndrome amotivacional.* El síndrome amotivacional se define como un estado de pasividad e indiferencia, caracterizado por disfunción generalizada de las capacidades cognitivas, interpersonales y sociales debido al consumo de *Cannabis* durante años y que persistiría una vez interrumpido dicho consumo. El consumidor se vuelve apático, sin energía, sin interés, suele ganar peso y parece extremadamente perezoso, con desgano para cualquier actividad que requiera atención o tenacidad. La mayoría de ellos tienen pobre desempeño escolar y laboral, ya que suelen presentar dificultades para el estudio y aprendizaje (Quiroga, 2000).

#### Trastornos inducidos por marihuana

*Intoxicación aguda por marihuana.* En la Tabla 1 se presentan los criterios diagnósticos del DSM-IV para la intoxicación por *Cannabis*.

*Trastorno psicótico breve por Cannabis.* Las características clínicas del trastorno psicótico breve inducido por *Cannabis*, se resumen en la Tabla 2.



*Efectos de la marihuana en pacientes con predisposición esquizofrénica.* La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) señala que el consumo persistente de THC precipita el inicio de la esquizofrenia, sobre todo en quienes empezaron a exponerse a *Cannabis* antes de los 18 años, aumenta el número de recaídas en los siguientes 15 años y también la gravedad de las mismas, reconociendo que ello es más factible cuando el THC se consume sobre una predisposición esquizofrénica. El consumo de *Cannabis* aumenta el riesgo de sufrir síntomas psicóticos en especial las alucinaciones, e incrementa los trastornos de conducta y la agresividad.

*Depresión y trastornos de ansiedad.* Para diagnosticar un trastorno de ansiedad inducido por *Cannabis*, los síntomas de ansiedad han de traspasar los límites normales de la fase de intoxicación o abstinencia. Las urgencias médicas por consumo de *Cannabis* se caracterizan por crisis de ansiedad y crisis de pánico, y suelen afectar más a consumidores noveles. Los estudios transversales señalan una asociación entre los trastornos de ansiedad, depresión y consumo de *Cannabis*, sobre todo en mujeres (Núñez, 2001).

*Alteraciones de la conducta.* Las conductas agresivas en consumidores de marihuana están más relacionadas con los síntomas de abstinencia. En consumidores crónicos, la agresividad aumenta tras la supresión del THC; algunos datos observados en investigaciones, sugieren que el alto consumo de *Cannabis* tiene efectos adversos en la formación familiar, la salud mental e implicaciones en los delitos relacionados con la droga. Por su parte, la agresividad preadolescente es un factor de riesgo para el consumo de marihuana, alcohol, otras drogas y para realizar conductas delictivas en la adolescencia (Newcombe & Bentler, 1988).

En la Tabla 3, se presenta un resumen de los principales efectos adversos del consumo de marihuana.

**Tabla 3. Efectos adversos del consumo de marihuana**

<b>A)</b>	<p><b>Efectos agudos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ansiedad, disforia, pánico y paranoia. Especialmente en nuevos consumidores.</li> <li>2. Alteración de la atención y de la memoria y déficit psicomotor.</li> <li>3. Posibilidad o aumento de riesgo de accidente de tráfico</li> </ol>
<b>B)</b>	<p><b>Efectos crónicos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Síndrome de dependencia psicológica que se caracteriza por incapacidad para abstenerse o para controlar el consumo de droga.</li> <li>2. Formas sutiles de alteración cognitiva que afectan la atención y la memoria que persisten mientras los consumidores permanecen crónicamente intoxicados.</li> <li>3. Alteración en la formación y educación de los adolescentes, pues su aprendizaje puede estar limitado.</li> <li>4. Entre los que comienzan a edades tempranas aumenta el riesgo de progresar a un uso duro de <i>Cannabis</i> o de otras drogas ilegales.</li> <li>5. Aumento del riesgo de esquizofrenia y psicosis graves.</li> <li>6. Aumento del riesgo de trastornos depresivos y síndrome amotivacional</li> </ol>

Tomada de Gutiérrez, Irala & Martínez, 2006

#### 5.1.4. Epidemiología del consumo

La Encuesta Nacional de Adicciones 2008 presenta datos sobre el consumo de marihuana en México, señalando que entre las drogas ilegales, ésta ha ocupado los primeros lugares de preferencia en la población, desde la Encuesta Nacional de 1988. Siendo la droga a la que la población se encuentra más expuesta (16.6%), su consumo aumentó de 3.5% en 2002 a 4.2% en 2008. Los datos señalan que 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.

Los datos de la encuesta también 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

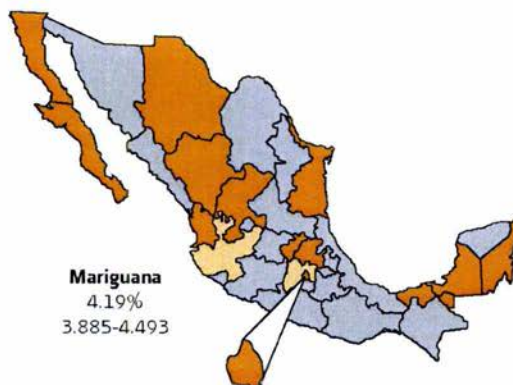
diferencias en el consumo entre hombres y mujeres, desaparecen. Alrededor de la mitad de quienes han estado expuestos a la venta o compra de marihuana u otras drogas la ha consumido (58% de los hombres y 53.1% de las mujeres). Las estimaciones indican que las mujeres tienen mayor probabilidad de probar marihuana si se la ofrecen, que los varones.

La edad de inicio para el consumo de drogas en México es típicamente temprana: la mitad de los usuarios de marihuana (55.7%) se inicia antes de la mayoría de edad; también el consumo de tranquilizantes, inhalables y 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 (CONADIC, 2009).

Los datos de la encuesta también indican que entre las mujeres el consumo crece en mayor proporción que entre los hombres; que los adolescentes de entre 12 y 17 años de edad son los que están en mayor riesgo y que las generaciones actuales están más expuestas a la oportunidad de usar drogas, las consumen en mayor proporción y progresan hacia el abuso en un porcentaje mayor que las generaciones anteriores.

En el Mapa 1 se presentan los estados de la República Mexicana con mayor consumo de marihuana, tomando en cuenta el consumo de alguna vez en la vida, con intervalo de confianza de 95% (3.885 – 4.493).

**Mapa 1. Consumo de marihuana (alguna vez en la vida) en población total.  
(ENA, 2008)**



- Estados con porcentajes más elevados
- Estados cerca del promedio
- Estados con porcentajes más bajos

#### 5.1.5. Bases Teóricas de la IBUM

##### Teoría Conductual

La teoría conductual (Skinner, 1938; Staddon, 2001) aplicada a las adicciones, supone que la conducta de consumo de drogas se origina, desarrolla y mantiene a través de dos principios de aprendizaje: el condicionamiento clásico y el

condicionamiento operante. El condicionamiento clásico se explica a partir de la existencia de dos tipos de reflejos: incondicionados que provocan respuestas incondicionadas y los condicionados y su respuesta condicionada.

En la IBUM se enseña al usuario a relacionar consecuencias negativas del consumo con el deseo; por ejemplo, cuando se experimenta el deseo por la marihuana, se puede pensar en la pérdida de confianza por parte de su familia que ocurriría luego del consumo. De manera alternativa, se enseña al usuario a superar los episodios de deseo mediante relajación o imaginación guiada, rompiendo de esta manera la asociación condicionada al consumo (CONADIC, 2009).

Con el condicionamiento operante, las conductas aprendidas cambian en función de sus consecuencias, como puede ser: obtener una consecuencia agradable (refuerzo positivo), evitar una consecuencia aversiva (refuerzo negativo) o sufrir una consecuencia negativa (castigo) (Skinner, 1938).

En la IBUM se utilizan herramientas basadas en la Teoría Conductual, como el contrato terapéutico y el diseño de planes de acción alternativos al consumo que reorganicen el ambiente del usuario.

#### Teoría Cognitiva

Esta teoría centra su atención en los pensamientos, las actitudes y las creencias que influyen en la conducta, y a su vez, regulan la relación entre el estímulo evocador del consumo y sus consecuencias (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999). Con base en esta teoría, el terapeuta entrena al paciente para que evalúe y considere las formas en que su pensamiento erróneo produce estrés y angustia, le ayuda a modificar estos pensamientos de forma que pueda conseguir una mayor comprensión de sus problemas reales y desarrollar creencias de control, esto es, creencias que disminuyen la probabilidad de tomar drogas o abusar de las mismas.



El objetivo de la terapia cognitiva es facilitar el proceso mediante el cual las creencias de control del paciente acaban siendo más influyentes que sus creencias sobre la adicción; Gálvez (2008) propone para ello un proceso en seis fases: 1) evaluar las creencias; 2) orientar al paciente hacia la comprensión del modelo de terapia cognitiva; 3) examinar y probar las creencias adictivas; 4) desarrollar creencias de control sobre la abstinencia; 5) practicar la activación de creencias de control de la conducta sin drogas, y 6) asignar actividades entre sesiones para fomentar estas creencias.

### La Teoría Cognitiva-Social (TCS)

La TCS tiene en cuenta tanto los acontecimientos externos, en los cuales se centra el condicionamiento clásico así como las contingencias de reforzamiento relevantes para el condicionamiento operante. Sin embargo, considera que estas relaciones no son autónomas al organismo y están fuertemente reguladas por procesos interpretativos de naturaleza cognitiva. De hecho la TCS se basa en el principio de determinismo, donde el ambiente, la conducta y la cognición se afectan de manera recíproca (Bandura, 1986).

Esta teoría ha tenido gran aceptación, porque integra la experiencia, el contexto social en el que la persona se desarrolla y su individualidad. La base del aprendizaje social es el modelado, el cual se lleva a cabo a través del simple hecho de observar a un modelo, lo cual nos da la pauta de imitar su comportamiento. Bajo este enfoque, aprender a consumir marihuana es parte del proceso de socialización dentro de una cultura. Este aprendizaje se da de manera indirecta, por las actitudes, expectativas y creencias que los individuos tienen acerca de la marihuana, y de forma directa por el modelamiento o aprendizaje observacional del consumo.

En el caso de las conductas adictivas, dos vertientes del modelado son la expectativa de resultado y la autoeficacia. La expectativa de resultado, lleva al usuario a considerar que el consumo de drogas es lo único que puede ayudarles a

mejorar su estado de ánimo o a enfrentar situaciones sociales desafiantes (Abrams & Niaura, 1987). La autoeficacia está relacionada con la capacidad o confianza que percibe el usuario de realizar una tarea. En las adicciones, la expectativa de resultado y la autoeficacia son producto de experiencias concretas del consumo.

En definitiva, los principios conductuales, cognitivos y cognitivo-sociales permiten una aproximación clara y sistemática para la comprensión del comportamiento adictivo. Estos principios son útiles para fundamentar el tratamiento del consumo de sustancias y de los problemas asociados; así como para entender la naturaleza de las recaídas y su manejo terapéutico (Llorente & Iraurgi, 2008).

#### Características de la Intervención Breve

El término Intervención Breve, incluye una extensa gama de actividades que varían en contenido, duración, intensidad, metas, escenarios, especialistas involucrados y otras. Babor & Higgins-Biddle (2001, p. 7), la definen como: “una intervención limitada en el tiempo de duración siempre inferior a la de un tratamiento específico, que incluye una evaluación global, un asesoramiento breve, y un cierto seguimiento”.

Este tipo de intervención está dirigida a personas que consumen drogas en forma de abuso o con bajo nivel de dependencia, y ha mostrado resultados promisorios en el fundamento de acciones de prevención indicadas para problemas de adicción (Echeverría, Carrascoza & Reidl, 2007).

La Intervención Breve de Usuarios de Marihuana está basada en los principios del Modelo de Intervención Breve para Bebedores Problema, en el cual Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell (1998) señalan las siguientes características:

- Son tratamientos de consulta externa.

- Son flexibles, pues permiten al usuario elegir la meta, moderación o abstinencia, (aunque en el caso de drogas siempre se recomienda la abstinencia).
- Tiene un bajo costo para el sector salud.
- Las intervenciones breves están centradas en los principios básicos de la *entrevista motivacional*, que señalan la importancia de la motivación para el cambio, como elemento importante en el usuario para alcanzar sus metas y mantenerlas.
- En este tipo de intervención los usuarios participan en forma activa elaborando planes de acción, lo cual incrementa su motivación para el cambio y trae consigo resultados más positivos.
- El usuario se hace responsable de su cambio.
- Ofrece consejo breve y advierte sobre los riesgos de continuar con la forma de consumo actual, lo que puede alertar al usuario respecto a su consumo.
- Aprovecha las habilidades y recursos del usuario para obtener resultados positivos en el tratamiento.
- La intervención breve ha mostrado ser tan efectiva como otro tipo de tratamientos más prolongados.
- Se restringe a un número determinado de sesiones.

#### Entrevista Motivacional.

La *entrevista motivacional* es una herramienta fundamental en la intervención breve. Miller & Rollnick (2002) la consideran como un método no directivo centrado en la persona para promover la motivación intrínseca hacia el proceso de cambio terapéutico. El concepto de motivación, señalan los autores, es un estado de disposición al cambio, el cual puede variar de un momento a otro, o de una situación a otra a lo largo del tratamiento.

Los principios básicos de la *entrevista motivacional* son:

- a) Expresar empatía. Escucha reflexiva del terapeuta y sin juzgar.

- b) Crear discrepancia. Disonancia Cognitiva (dónde está - dónde quiere llegar) aclarar objetivos, analizar consecuencias, identificar razones del usuario para cambiar.
- c) Evitar la discusión. El terapeuta debe ser persuasivo, pero no discutir ni etiquetar.
- d) Dar un giro a la resistencia. Ayudar al usuario a encontrar posibles soluciones, considerando sus recursos.
- e) Fomentar la autoeficacia. Énfasis en la responsabilidad del usuario para el cambio.

En el proceso de cambio terapéutico que promueve la *entrevista motivacional*, Prochaska & DiClemente (1983) señalan que la motivación es un proceso que guía el cambio en las personas, y que tiene una forma cíclica que todas las personas recorren antes de lograr la estabilización de su meta.

Según los mismos autores, las etapas de cambio forman parte de un círculo que se divide en:

- a) *Pre contemplación*: (Ignorancia). La persona todavía no considera que tiene un problema, ni menos la posibilidad de cambiar. Necesita información y retroalimentación.
- b) *Contemplación*: (Duda sobre el consumo). Es un período caracterizado por la ambivalencia. Es decir, la persona piensa en el cambio y a la vez lo rechaza ("sí, pero..."). La tarea del terapeuta es ofrecer un balance entre los pros y los contras.
- c) *Determinación*: (Interés por recibir información). Es una ventana de oportunidades para el terapeuta. La persona considera que tiene un problema, el terapeuta ayuda a la persona a encontrar estrategias accesibles, apropiadas y efectivas. (¿Qué cree usted que necesito para cambiar?).
- d) *Acción*: (Está informado). Aquí la persona no sólo reconoce el problema, además se encuentra comprometida con una acción para lograr el cambio.

e) *Mantenimiento*: (Se da el cambio). La persona ya dio una serie de pasos para resolver su problema, pero puede requerir habilidades y estrategias para el mantenimiento del cambio.

f) *Recaídas*: El terapeuta debe estar atento al retorno de la conducta sujeta al cambio, a reasumir la acción, o la etapa de cambio que se identifique en el usuario.

El terapeuta debe identificar la etapa en la que se encuentra el usuario al iniciar el tratamiento, con el objetivo de emplear la estrategia de motivación más adecuada.

#### Espectro de Consumidores

En el proceso de adicción podemos diferenciar tres etapas. Los consumidores de marihuana pueden ser ubicados en estas etapas de la siguiente manera:

*Uso*. Existe una cantidad y frecuencia mínima en el uso de la marihuana, que se da por curiosidad, diversión, o por reunirse con amigos que la consumen.

*Abuso*. Se consume por una búsqueda de los efectos de la marihuana. El consumo se vuelve hábito, se requieren mayores cantidades para lograr el efecto deseado (tolerancia), por lo que hay un aumento en la cantidad y frecuencia de consumo de la sustancia.

*Dependencia*. Se mantiene una cantidad y frecuencia de consumo alto, el cual puede ir aumentando. El abstenerse del consumo provoca el síndrome de abstinencia.

#### 5.1.6. Sesiones de la IBUM

La Intervención Breve para Usuarios de Marihuana (IBUM), es una intervención para la atención de adultos consumidores de marihuana que reportan usar, abusar o depender de la sustancia, y tiene como objetivo que los usuarios de marihuana alcancen la abstinencia de esta sustancia al final del tratamiento.

La IBUM busca desarrollar en el usuario una serie de habilidades que le ayude a enfrentar de manera efectiva la abstinencia en el consumo de marihuana. Esta intervención está constituida por las siguientes sesiones:

- 1) Admisión. Determinar si el usuario cumple con los criterios de admisión
- 2) Evaluación. Información sobre características del consumo
- 3) Paso 1. "Decidir cambiar y establecimiento de metas".
- 4) Paso 2. "Identificar situaciones de riesgo que llevan al consumo de marihuana".
- 5) Paso 3. "Opciones y Planes de Acción".
- 6) Paso 4. "Prevención de Recaídas".
- 7) Paso 5. "Mantenimiento de la Meta".
- 8) Sesiones Adicionales. Cuando el usuario manifiesta inseguridad o no alcanza la meta del tratamiento.
- 9) Sesiones de Apoyo. Tienen como objetivo que el usuario aprenda a manejar el deseo cuando éste es un obstáculo para alcanzar la meta de abstinencia.
- 10) Seguimiento. Al mes, 3 meses, 6 meses y un año de finalizadas las sesiones de intervención.

A continuación se describen cada una de las sesiones de la IBUM, presentando las características particulares que las definen.

### **Admisión**

La admisión es el primer paso en la IBUM y el primer contacto con el usuario, es el momento en el que se recibe información valiosa para ser utilizada en la intervención y en donde se determina si el usuario es candidato o no a ella. Por lo cual, es necesario que la interacción con el usuario sea positiva y cordial. Durante la entrevista, el terapeuta debe encontrar la oportunidad de dar un reconocimiento al usuario felicitándolo por haber acudido al programa (Echeverría, Ruiz & Medina, 2007).

*Objetivos:*

- Precisar las características del consumo del usuario y lograr una comprensión de la problemática, de acuerdo con el protocolo terapéutico.
- Motivar al usuario para que se comprometa en su cambio.
- Determinar si cumple el usuario con los criterios de admisión al programa. Definir si la IBUM es la mejor opción, o si hay otra forma de tratamiento más recomendable.

*Actividades de la sesión:* Se recibe al usuario, cuidando la comunicación verbal y no verbal como una forma de incentivar la empatía. El primer paso es obtener toda la información básica acerca de las características del consumo, así como identificar en qué etapa de cambio se encuentra el usuario. La aplicación de la Entrevista Motivacional se lleva a cabo desde el inicio y durante toda la sesión.

La primera pregunta se refiere a los motivos del usuario para asistir al tratamiento; a partir de su respuesta, se indaga acerca de su historia de consumo (años consumiendo, tiempo de consumo excesivo y problemático, principales características y consecuencias del consumo, etc.) y de esta forma detectar en qué etapa de cambio se encuentra el usuario y responsabilizarlo de la decisión que tome en el futuro.

El siguiente paso es presentar al usuario las características de la intervención, explicando las diferencias entre consumidores que tienen una dependencia baja, media o severa y las responsabilidades que tendrá hacia el tratamiento. A continuación se aplican los siguientes instrumentos:

*Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD 20)* (De las Fuentes & Villalpando 2001) (ver anexo1). Este cuestionario tiene como objetivo obtener información acerca del involucramiento potencial del usuario con las drogas (sin incluir bebidas alcohólicas ni tabaco) durante los últimos 12 meses. Se sugiere que el instrumento se califique durante la sesión, para darle al usuario retroalimentación adecuada al

puntaje obtenido. Al calificar el instrumento, los reactivos 4 y 5 contestados negativamente suman un punto, los demás reactivos contestados positivamente suman también un punto. La suma total indica el grado de problemas relacionados con el abuso de drogas:

De 1 a 5 = Nivel bajo. De 6 a 10 = Nivel Moderado. De 11 a 15 = Nivel Sustancial. De 16 a 20 = Nivel Severo.

*Aplicación Pistas "A" y "B" de la Batería Halstead-Reitan (1955), Retención de Dígitos y Símbolos y Dígitos del Wechsler Adults Intelligence Scale (WAIS-R 1981) (ver anexo1).* Estas pruebas se utilizan para diagnosticar el probable daño neuropsicológico debido al uso de sustancias, así como problemas de atención y concentración, ya que estudios han encontrado que en personas que abusan de drogas por largo tiempo, las funciones cognoscitivas (dificultad de concentración) presentan deficiencias. Esto es importante en la planeación del tratamiento, ya que los usuarios que tengan deficiencias en las habilidades cognoscitivas no son buenos candidatos para el tratamiento.

En la prueba de pistas, la parte "A" se aplica pidiendo al usuario que una con una línea los números impresos, iniciando por el número uno y continuando en orden consecutivo hasta el número 15. El terapeuta pide al usuario que cuando inicie no separe el lápiz del papel y lo haga lo más rápido que pueda. Para la parte "B" el usuario unirá el uno con la letra A y después el siguiente número con la siguiente letra y así sucesivamente. El terapeuta debe recordarle no separar el lápiz del papel. La parte "A", debe hacerla en un tiempo máximo de 60 segundos, y la parte "B" en un tiempo máximo de 120 segundos.

*Cuestionario de Ansiedad y Depresión de Beck (Beck 1999) (ver anexo 1).* Estos instrumentos se aplican para conocer el nivel de ansiedad y depresión del usuario y explorar qué tanto pueden estar influenciando el consumo, así como



también en el caso de puntajes muy altos o ideación suicida, canalizar al usuario a psiquiatría.

*Cuestionario de Preselección* (ver anexo 1). El cuestionario presenta respuestas de "Sí" o "NO", a preguntas sobre características del usuario y de su patrón de consumo, algunas de las cuales se encuentran subrayadas. Se sugiere que el terapeuta califique el instrumento durante la sesión observando si el usuario marca alguna de las respuestas subrayadas, de ser así, el usuario no es candidato para el programa y se le debe canalizar a un tratamiento alternativo.

*Formato de Consentimiento* (elaborado de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 1999, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones). En este formato se le describen al usuario sus derechos y obligaciones dentro del tratamiento, así como los del terapeuta; el usuario expresa su consentimiento de participar voluntariamente en la IBUM y proporciona los datos de dos colaterales a fin de corroborar la información que el usuario va a proporcionar durante los cuatro seguimientos.

Es importante señalar que la *entrevista motivacional* se aplica durante toda la sesión, de tal manera que en caso de ser necesario (por falta de tiempo), la sesión de admisión se realiza en dos sesiones.

Al cierre de la sesión se entrega al usuario un folleto informativo que le explica sobre los efectos de la marihuana y las consecuencias en la salud y se programa la cita para evaluación. Se despide al usuario y se le acompaña a la recepción.

### **Evaluación**

La evaluación debe verse como un proceso continuo e interactivo que ocurre antes, durante y después del tratamiento que cuantifica el problema que quiere modificarse y mide la respuesta a la intervención. Esta información proporciona al

terapeuta una base de datos que permite estimar la viabilidad de las estrategias iniciales, establecer junto con el usuario la meta del tratamiento, y medir la precisión de la valoración inicial (Echeverría, Ruiz & Medina, 2007).

La evaluación busca conocer el patrón de consumo de marihuana (cantidad, frecuencia e intensidad), y bajo qué circunstancias se presenta, así como la presencia de síndrome de abstinencia, indicativos de tolerancia, y si existen problemas médicos asociados o exacerbados por el consumo, así como la severidad del uso y abuso de marihuana.

Se interroga al usuario sobre el uso de otras drogas, historia de tratamientos previos y períodos de abstinencia, las consecuencias positivas y adversas del consumo y los pensamientos y estados de ánimo predominantes durante el mismo. Es importante conocer la auto-eficacia del usuario para controlar el consumo, a fin de planear adecuadamente el tratamiento y determinar la meta más adecuada.

*Objetivos:*

- Conocer las características del consumo de marihuana y de otras drogas, así como las dificultades asociadas, a través de la aplicación de una serie de instrumentos.

*Actividades:* Se recibe al usuario cuidando la comunicación verbal y no verbal como una forma de incentivar la empatía. Se lleva a cabo un resumen de la sesión de admisión y se aplican al usuario los siguientes instrumentos:

- Entrevista Inicial (EI) (ver anexo 2).
- Línea Base Retrospectiva (LIBARE) (ver anexo 2).
- Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD) (ver anexo 2).
- Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS) (ver anexo 2).

*Entrevista inicial.* Es una entrevista semiestructurada que permite obtener información sobre datos sociodemográficos del usuario (estado civil, edad, sexo, etc.), el área de salud física, situación laboral, historia de consumo de alcohol (si consume) historia de consumo de marihuana y de otras drogas (si es que ha consumido o consume), consumo de tabaco, patrón de consumo de sustancias y consecuencias relacionadas con el consumo del alcohol, marihuana y otras drogas (daño físico, daño cognitivo, afectivo, problemas interpersonales, agresión, problemas legales y financieros). La aplicación de esta entrevista tiene como objetivo ayudar en la planeación del tratamiento, así como conocer las consecuencias del consumo.

*Línea Base Retrospectiva (LIBARE)* (Sobell & Sobell, 1992). Es un calendario que permite valorar el patrón de consumo de marihuana del usuario durante los seis meses previos a la intervención. Es decir, permite estimar el número de cigarrillos consumidos durante los últimos seis meses, el consumo máximo y mínimo, así como los períodos de abstinencia y días de mayor y menor consumo. Los datos arrojados por la LIBARE se analizan con el usuario durante la primera sesión, lo cual puede ayudar como un elemento motivacional para el cambio.

*Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD)* (Annis, Graham & Martín 1988). El ISCD fue desarrollado para medir situaciones específicas de consumo de drogas que pueden ser identificadas en un individuo como situaciones de alto riesgo para una recaída. El ISCD es un cuestionario de 60 reactivos que miden ocho situaciones que precipitan el consumo de drogas, divididas en dos grupos:

- 1) Situaciones personales (emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol y necesidad o tentación de consumo).
- 2) Situaciones que involucran a terceras personas (conflicto con otros, presión social y momentos agradables).

*Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS)* (Annis & Graham 1987) adaptado a población mexicana por Echeverría, Oviedo & Ayala (1998). El CCS mide la confianza del usuario para controlar su consumo de drogas en situaciones de riesgo. Es un instrumento de ocho reactivos, cada uno representando un conjunto homogéneo de situaciones, ante las cuales el usuario indica cuál es su porcentaje de confianza (0 -100%) para no consumir drogas ante una situación de riesgo específica.

Con el ISCD y el CCS, se identifican las situaciones de mayor riesgo de consumo, así como la confianza que tiene el usuario ante ellas. Los resultados se analizarán con el usuario en el paso 2 del tratamiento.

El siguiente paso es la presentación al usuario del auto-registro, el cual señalan Echeverría, Ruiz & Medina (2007), es una técnica que proporciona retroalimentación al usuario, pues además de registrar y monitorear la conducta puede producir un cambio en el comportamiento registrado y la facilidad de observar el progreso dentro del tratamiento. Llevar un auto-registro de cero consumo de marihuana puede ser muy motivante para mantener la conducta de abstinencia.

*Auto-registro* (ver anexo 2). Es un registro diario que lleva el usuario para informar si hubo o no consumo. En caso de consumir, especifica la vía de administración, la cantidad consumida, si estaba solo o con otros, el lugar de consumo y los pensamientos relacionados; en el caso de no consumo deberá informar los pensamientos relacionados. El auto-registro se realiza durante todo el tratamiento.

La actividad final de la sesión es la explicación de la primera lectura "Decidir dejar de consumir marihuana" y de los ejercicios "Decisión de cambiar", "Balance decisional", "Razones para cambiar" y "Razones para dejar de consumir marihuana" que el usuario realizará en casa y que presentará para la sesión del Paso 1.

El terapeuta confirmará que el usuario no tenga dudas sobre la tarea. A continuación se programa la sesión del Paso 1, se despide al usuario y se acompaña a la recepción.

### **Paso 1 "Decidir Cambiar y Establecimiento de Metas"**

#### *Objetivos:*

- Ayudar al usuario a reflexionar sobre su consumo de marihuana y a encontrar las razones para moderar o suspender su consumo.
- Explorar y reducir la ambivalencia que experimentan los individuos cuando contemplan un cambio importante en su estilo de vida.
- Establecer su primera meta de consumo.

*Actividades:* Recibir al usuario en recepción de manera cordial utilizando comunicación verbal y no verbal. Resumen de la sesión anterior. Desde esta sesión en adelante la revisión del auto-registro será una de las primeras actividades. El terapeuta analizará con el usuario los puntos más relevantes de su consumo o de su no consumo.

Se analiza la primera lectura, "Decidir dejar de consumir marihuana" y los ejercicios realizados, puntualizando al usuario su descripción de las ventajas y desventajas de dejar de consumir o de continuar con su consumo. El objetivo del ejercicio "Decisión de cambiar", es observar la ambivalencia y aumentar la motivación para el cambio, al darse cuenta el usuario que las desventajas (costos) de su consumo son más perjudiciales que las ventajas. La ambivalencia, se refiere a la indecisión entre dos alternativas que se perciben igualmente atractivas, pero que no son compatibles. Subrayar la ambivalencia como un proceso normal, establece un clima de aceptación de las necesidades del usuario.

En el ejercicio "Balance decisional", se hace un análisis entre las ventajas y desventajas del consumo y no consumo, y se emplea para crear o aumentar la discrepancia entre las consecuencias del consumo y de la abstinencia. El terapeuta debe subrayar las consecuencias del consumo a largo plazo, esto ayuda al usuario a no centrarse sólo en los beneficios. Se cuestionan los beneficios reales del consumo señalando que, lo que en un principio podía ser una ventaja, no lo es actualmente, o lo es a un costo muy alto.

En seguida se discuten las razones para cambiar su consumo con el ejercicio "Razones para cambiar". Si el usuario no tiene motivos suficientes para el cambio, el terapeuta promoverá un análisis de las consecuencias del consumo a largo plazo. Se invita a los usuarios a que identifiquen sus razones de cambio; con este propósito el terapeuta puede recurrir a las cinco habilidades clínicas propuestas por Miller & Rollnick (2002):

- 1) *Hacer preguntas abiertas* que crean confianza y propician el habla del usuario
- 2) *Escucha reflexiva*, parafraseando el mensaje original, para que el usuario corrija o ratifique la información.
- 3) *Afirmaciones positivas* que muestren comprensión.
- 4) *Resúmenes de la información* reunida a lo largo de la sesión.
- 5) *Provocar afirmaciones automotivadoras* para ayudar a los usuarios a resolver su ambivalencia, mediante estas afirmaciones se espera que el usuario reconozca su problema e intente cambiarlo.

Cuando se revisan las razones para el cambio, si éstas son descritas de manera negativa deben modificarse, a fin de que se describan resultados positivos, por ejemplo: "Quiero estar saludable, y poder desempeñarme bien en la escuela ", en lugar de "No quiero perder mi capacidad de concentración y memoria". Es importante apoyar las razones de cambio identificadas por el usuario y enfocarse en ellas.

El establecimiento de la meta es el siguiente paso. La IBUM ofrece la posibilidad de llegar a la abstinencia a través de dos opciones: la reducción gradual del consumo, donde el usuario logra la abstinencia al aprender durante las sesiones otras conductas de no consumo que favorezcan su adaptación al ambiente y que irá implementando paulatinamente junto con la reducción del consumo hasta llegar a la abstinencia, y la segunda opción que es el abandono total del consumo desde el inicio del tratamiento.

A continuación, se pregunta al usuario si se ha propuesto la meta de reducción del consumo o de la abstinencia en otras ocasiones y por cuánto tiempo la ha logrado, ya que en la IBUM se aumentarán la probabilidad de que la meta se cumpla. Se deben verificar los datos de la historia y del auto-registro de consumo para saber qué tan factible es la meta propuesta. En todo caso, es fundamental que sea el usuario quien proponga la meta.

Durante esta sesión se entrega y analiza con el usuario los resultados de la LIBARE, lo cual brinda al usuario más información para el establecimiento de su meta. Finalmente se entrega y explica al usuario la segunda lectura y ejercicios para la identificación de situaciones de riesgo. Se programa la siguiente cita y se acompaña al usuario a recepción.

## **Paso 2 “Identificar Situaciones de Riesgo que Llevan al Consumo de Marihuana”**

### *Objetivos:*

- Guiar al usuario a identificar y manejar las situaciones de riesgo que lo llevan a consumir y las consecuencias de ese consumo.
- Que el usuario comprenda qué es una recaída.

*Actividades:* Recibir al usuario en recepción de manera cordial, utilizando comunicación verbal y no verbal. Resumen del Paso 1, revisión del auto-registro y análisis de la segunda lectura, "Identificar las situaciones que me ponen en riesgo de consumo de marihuana". El terapeuta comenta con el usuario los aspectos que llamaron su atención de la lectura.

A continuación, se analizan con el usuario los resultados del ISCD Y CCS identificando las tres principales situaciones de consumo, el perfil de consumo del usuario y las tres principales situaciones en las cuales es menor su confianza para controlar el consumo, y se comparan con las respuestas del usuario al ejercicio "Situaciones en la que ha consumido marihuana". En el caso de que en la comparación no existan coincidencias, se analizan con el usuario las situaciones derivadas de los instrumentos (ISCD Y CCS), y si éste considera que también estas situaciones son de riesgo para su consumo, entonces se sugiere realizar el mismo ejercicio con ellas.

El terapeuta aclara al usuario que existen disparadores de situaciones de riesgo para el consumo, y que éstos están relacionados con el estado emocional, el estado físico, la presencia de otros, el tener marihuana a mano, el lugar de consumo, la presión social, las actividades y los pensamientos.

Después de que el usuario ha identificado sus situaciones de riesgo para el consumo, el terapeuta expone la relación entre éstas y las recaídas, explicando a continuación qué es una recaída y cómo prevenirlas. Con este propósito, el terapeuta se enfoca en dar al usuario una imagen de la abstinencia como una meta a largo plazo reflexionando en que el hábito de consumir marihuana no se desarrolla de un día para otro y el dejarlo requiere de tiempo y esfuerzo constante y consistente.

El abandono del consumo se compara con escalar una montaña, la "Montaña del éxito", la meta es alcanzar la cima, si hay una caída, hay que analizar cuánto se



ha avanzado, la razón de la caída y tratar de evitarla en un futuro. Este análisis permitirá llegar a la cima de la montaña.

A continuación se presentan algunas estrategias para combatir recaídas:

- Pensar en la recaída como un error. Analizarlo, corregirlo y evitar hacerlo de nuevo.
- Reconocer que la recaída no significa regresar a mi forma anterior de consumo.
- Recordar las razones que me llevaron a decidir un cambio y comprometerme de nuevo.

Es importante también señalarle al usuario que no debe interpretar lo anterior como un permiso para tener recaídas. Finalmente se explica y entrega la lectura "Enfrentar los problemas relacionados con el consumo de marihuana" y los ejercicios de la misma, se programa la tercera sesión, se despide y acompaña al usuario a la recepción.

### **Paso 3 "Opciones y Planes de Acción"**

*Objetivo:*

- El usuario desarrollará estrategias para enfrentarse con las situaciones de alto riesgo, a fin de evitar en el futuro problemas de consumo.

*Actividades:* Resumen de la sesión anterior y revisión del auto-registro. A continuación se analiza la lectura "Enfrentar los problemas relacionados con el consumo de marihuana", preguntando al usuario los aspectos que más llamaron su atención en la lectura y enfatizando la importancia de tener opciones que le permitan desarrollar estrategias detalladas para controlar su consumo ante situaciones específicas.

En el ejercicio 3A “Opciones y probables consecuencias” y el ejercicio 3B “Planes de acción”, se le solicita al usuario que presente opciones al consumo de marihuana para cada una de las tres situaciones de riesgo que describió en el ejercicio “Situaciones en la que ha consumido marihuana”.

Es oportuno señalar al usuario que las opciones no deben limitarse a aquellas que lo hacen sentirse cómodo; ya que experimentar incomodidad a corto plazo, puede llevarlo a una buena recompensa a largo plazo. Puede ser de gran ayuda considerar consecuencias a corto y largo plazo, tanto positivas como negativas para cada opción, ya que una opción que es efectiva a corto plazo puede tener consecuencias negativas a largo plazo.

Para crear un plan de acción, el usuario debe pensar actividades alternas al consumo y elegir la que crea que es más probable de llevar a cabo. Es necesario crear un plan de acción para cada una de las situaciones de riesgo de consumo de marihuana. En la IBUM se trabajan cinco pasos para cada plan de acción, los cuales se señalan a continuación:

- 1) Pensar en una situación relacionada con el consumo de marihuana.
- 2) Identificar algunas actividades alternas al consumo.
- 3) Hacer una jerarquía de actividades alternas, de mayor a menor interés.
- 4) Elegir la opción que tenga más probabilidades de ejecución.
- 5) Señalar cómo, cuándo y dónde va a llevar a cabo la actividad alterna.

El terapeuta recomienda al usuario que tenga presente la analogía de la montaña de la recuperación, que analice los disparadores, las consecuencias y los riesgos de consumo.

Para finalizar la sesión se le reitera al usuario su meta de consumo, motivándolo hacia el cumplimiento de la misma. Se le entrega la lectura del Paso 4 “Prevención de recaídas y consecuencias”, se le recuerda la importancia de que

continúe con su auto-registro, se programa la siguiente cita, se despide y acompaña al usuario a la recepción.

#### **Paso 4 “Estrategias de Prevención de Recaídas: Habilidades de Rechazo y Asertividad”**

##### *Objetivo:*

- El usuario pondrá en práctica estrategias de rechazo por medio de una representación con su terapeuta (ensayo conductual), con el objetivo de aprender a manejar el deseo y enfrentar adecuadamente situaciones de riesgo de consumo de marihuana.

*Actividades:* Resumen de la sesión anterior y revisión del auto-registro. Se analiza con el usuario la lectura: “Prevención de recaídas y consecuencias” y el ejercicio “Prevención de recaídas”.

En esta sesión se mencionan al usuario las siguientes recomendaciones:

- a) Revise sus planes de acción y prevención de recaídas antes de que surja una situación de riesgo en la que pueda haber un posible consumo.
- b) Ponga en práctica cada uno de los pasos de su estrategia.
- c) Evalúe el éxito de sus planes.
- d) Cambie aquellos pasos que no le resulten favorecedores.
- e) Continúe practicando.

Es importante analizar con el usuario las características y algunos ejemplos de respuestas agresivas, pasivas y asertivas, así como algunas situaciones de riesgo de consumo identificando las fuentes de acceso a la marihuana. El usuario debe estar preparado para dar respuestas prácticas y asertivas a los proveedores; se sugiere hacer una lista de posibles respuestas al ofrecimiento de consumo.

Las respuestas asertivas son respuestas verbales que se caracterizan por ser claras, contundentes, adecuadas y oportunas; son indispensables para obtener éxito al rechazar el ofrecimiento de marihuana.

Para ejercitar las habilidades de rechazo, se sugiere que el usuario realice un guión o diálogo de manera detallada de una situación de riesgo de consumo de marihuana, a continuación terapeuta y usuario realizarán un ensayo conductual donde el terapeuta juegue el papel del proveedor.

El usuario podrá identificar disparadores del consumo, disponibilidad de la marihuana, estado emocional, relación con otras personas si es buena o mala y los lugares de riesgo y ensayará sus respuestas de rechazo ante los proveedores. El terapeuta debe moldear y retroalimentar la ejecución del usuario, así como recordarle la elaboración de planes de acción ante situaciones de riesgo que pueden incluir habilidades de rechazo.

Al final se recuerda al usuario la importancia del llenado del auto-registro, se entrega y explica el nuevo ejercicio para la siguiente sesión "Mantenimiento de la meta", se programa la siguiente cita y se acompaña al usuario a la recepción.

#### **Paso 5 "Mantenimiento de la Meta"**

##### *Objetivo:*

- Analizar el progreso del usuario, con el propósito de decidir la conclusión del tratamiento o de considerar sesiones adicionales.
- Que el usuario defina por segunda ocasión su meta de consumo.

*Actividades:* Resumen del tratamiento y revisión del auto-registro. En el paso final del tratamiento, el terapeuta debe analizar el progreso del usuario durante su participación en la IBUM, por lo que elabora la gráfica del consumo durante el

tratamiento, con el objetivo de que el usuario observe gráficamente sus avances durante el mismo.

Se analiza con el usuario la confianza para tener control sobre el deseo de consumo, las circunstancias que lo llevan a consumir y las consecuencias de su consumo, así como las estrategias, planes de acción y prevención de recaídas. Por su parte, el usuario define por segunda ocasión su meta de consumo.

El usuario evalúa sus metas a lo largo del tratamiento, analiza, con el terapeuta el control que tiene en este momento sobre su forma de consumo, si aprendió a identificar las circunstancias y eventos que lo llevan a consumir, así como las consecuencias inmediatas y a largo plazo, positivas y negativas de dicho consumo. Evaluará también qué tanto funcionaron los planes de acción. Es importante durante la sesión, preguntar al usuario qué otras necesidades identifica para mantener su cambio o para lograr su meta.

Una vez que se ha discutido el cambio logrado a lo largo del tratamiento, si no se han programado sesiones adicionales, se analiza el ejercicio "Nuevo establecimiento de metas", donde se le pide al usuario que defina nuevamente la meta de consumo. Se espera que el usuario esté dispuesto a establecer o reestablecer la meta de abstinencia. Como parte del ejercicio, se comparan las respuestas del usuario al comienzo del programa, respecto a la importancia que tienen para él en este momento lograr la meta de abstinencia y qué tan confiado se siente para el logro de ésta.

A continuación, el terapeuta explora la autoeficacia del usuario para enfrentar las diferentes situaciones de consumo. Con este propósito aplica nuevamente al usuario el CCS y compara las respuestas con las de la primera aplicación. Lo importante es que el usuario observe en qué porcentaje ha incrementado su

autoeficacia para cada situación, en especial para las que lo ponían en riesgo de consumir.

El terapeuta revisa junto con el usuario la factibilidad de lograr la meta planteada a partir de esta sesión hasta la primera sesión de seguimiento (en un mes), y para reforzar su compromiso invita al usuario a firmar el documento correspondiente con la meta de abstinencia.

Es importante enfatizar al usuario que si ocurre una recaída, debe enfrentarlo como una experiencia de aprendizaje. Pensar que es un tropiezo que tiene remedio, y emplear la experiencia para prevenir futuras recaídas. Para terminar la sesión se recuerda al usuario la importancia de las sesiones de seguimiento, y se da cita para su primer seguimiento en un mes. Se le informa al usuario que también se citará a su colateral (pareja, familiar o amigo no consumidor elegido por el usuario) en el seguimiento a seis meses, como testigo del cumplimiento de su meta de abstinencia.

### **Sesiones Adicionales**

Cuando las metas del programa no se han logrado y el usuario no alcanza la meta que se estableció al inicio del tratamiento, es decir cuando la gráfica muestra que el consumo del usuario se ha mantenido por arriba de la meta en la mayoría de las ocasiones, la intervención plantea la opción de sesiones adicionales, para las que el usuario debe dar su consentimiento y no sólo debe ser decisión del terapeuta.

#### *Objetivo:*

- Retomar el análisis de situaciones de riesgo, opciones y planes de acción, para reforzar la autoeficacia del usuario cuando éste manifiesta inseguridad para lograr el cambio, o no alcanza la meta del tratamiento.

*Actividades:* Revisión de situaciones de riesgo, opciones y planes de acción, así como la revisión del ejercicio "Resumen del tratamiento". El terapeuta realiza una

segunda aplicación del "Cuestionario Breve de Confianza Situacional" y compara los resultados con los obtenidos en la primera aplicación del instrumento.

El terapeuta analiza junto con el usuario las situaciones de riesgo, así como las opciones y los planes de acción que no dieron resultado y propone al usuario que realice nuevos planes de acción durante un mes poniendo atención en las deficiencias presentadas en los planes de acción fallidos.

El papel motivacional del terapeuta, al evaluar la factibilidad del plan de acción, y al hacer un reconocimiento del empleo adecuado de los recursos del usuario es esencial para aumentar la probabilidad del cumplimiento de la meta.

Al final se lleva a cabo un resumen de la sesión y se recuerda al usuario las sesiones de seguimiento programando la fecha del primer seguimiento (un mes). El número de sesiones adicionales, o sesiones de apoyo se extiende a las que se consideren necesarias para que el usuario logre la meta, o se incremente la confianza en sí mismo a fin de continuar por sí solo con su cambio.

### **Sesiones de Apoyo**

El terapeuta incluye sesiones de apoyo cuando observa dificultad del usuario en el manejo del deseo, o cuando el usuario le reporta tensión muscular, ansiedad o estrés que le impiden alcanzar la meta de abstinencia.

#### *Objetivo:*

- Que el usuario aprenda a manejar el deseo cuando representa un obstáculo para alcanzar la meta de abstinencia.

*Actividades:* Como una forma de manejar el deseo es útil explicar al usuario que cada episodio de deseo es como una ola de mar, que crece y toma fuerza hasta

llegar a su límite, después la ola (deseo) rompe y luego, se desvanece. El propósito de la analogía, es que aprenda a seguir el curso completo de un episodio de deseo, sin consumir.

Para el manejo del deseo se sugiere al usuario que ejercite lo siguientes pasos:

- 1) Tomar un registro de cómo se experimenta el deseo.
- 2) Enfocar el área del cuerpo donde se experimente la urgencia.
- 3) Repetir la focalización en cada parte del cuerpo donde se experimente el deseo.

La técnica de *Respiración Profunda* (Davis, McKay & Eshelman, 1985), y la técnica de *Relajación Progresiva* desarrollada originalmente por Jacobson en 1929 adaptada por diversos autores, como Méndez y Romero (1993) (de quienes se tomó para esta sesión), resultan muy útiles en la reducción de la ansiedad y la tensión muscular, por lo que se utilizan en el entrenamiento del usuario para su aplicación en el manejo del deseo.

A continuación se describen ambas técnicas:

*Relajación Progresiva.* La técnica esta dirigida a conseguir niveles profundos de relajación muscular a través de ejercicios de tensión y relajación de 16 grupos de músculos, estos grupos comprenden: mano y antebrazo derecho e izquierdo, brazo derecho e izquierdo, frente, ojos y nariz, boca, cuello, hombro, pecho y espalda, estómago, muslo derecho e izquierdo, pierna derecha e izquierda y pie derecho e izquierdo.

Las instrucciones de los ejercicios de tensión-distensión son las siguientes:

- 1) Tensar el grupo muscular. Por ejemplo, a la señal de ¡Ya! tensar su mano antebrazo derecho, apretando con fuerza su puño (no más de 10 segundos).
- 2) Focalizar la atención en el grupo muscular en tensión (mano y antebrazo derecho).
- 3) Relajar el grupo muscular a la señal de ¡Ya! (mano y antebrazo derecho).



4) Focalizar la atención en el grupo muscular en relajación, notar la diferencia de antes tensión y ahora relajación, experimentar las sensaciones agradables de relajación en esa zona (30-45 seg.).

5) Esta misma secuencia se realiza con cada uno de los grupos de músculos.

*Respiración Profunda.* Los pasos que integran esta técnica son los siguientes:

- Ponerse cómodo, de pie o sentado.
- Colocar la mano derecha en el abdomen (para percibir su movimiento).
- Respirar por la nariz.
- Al inspirar llenar primero las partes más bajas de los pulmones, la zona del abdomen y percibir cómo éste se expande.
- Llenar la parte media de los pulmones.
- Por último, llenar la parte superior de los pulmones mientras se eleva ligeramente el pecho y se mete el abdomen hacia dentro.

Se menciona al usuario que estos pasos pueden desarrollarse en una única inhalación suave y continuada que pueda llevarse a cabo, con algo de práctica en pocos segundos, así como también se le sugiere el entrenamiento cotidiano de ambas técnicas para lograr su dominio y así garantizar mejor resultados.

Por último, y como una estrategia más para enfrentar el deseo, se sugiere al usuario la elaboración de una tarjeta de consecuencias que pueda portar de manera permanente y consultar cuando llegue el deseo, en la que debe anotar en forma comparativa las consecuencias negativas y positivas de consumir. De la misma manera se solicita al usuario llevar un registro de la aplicación de las técnicas de *Relajación* y *Respiración* y de los resultados obtenidos.

## **Seguimiento**

El seguimiento es el contacto individual (terapeuta-usuario) a intervalos designados, sistemáticos y estructurados posteriores al tratamiento (1, 3, 6 y 12 meses).

### *Objetivos:*

- Obtener datos para evaluar la eficacia del modelo y el mantenimiento del cambio del usuario.
- Retroalimentar al terapeuta sobre el trabajo realizado y reforzar el proceso de tratamiento.

El seguimiento presenta ventajas importantes por las cuales debe llevarse a cabo. A continuación se presentan las razones principales que propone Miller (1989) para realizar un seguimiento:

- Medir la eficacia de las intervenciones a través de su retroalimentación, a fin de descubrir y evaluar nuevas propuestas.
- El impacto del seguimiento sobre los usuarios, al percibirlo como una preocupación constante y de cuidado que les ofrece el tratamiento.
- Reforzar el proceso de tratamiento mediante la planeación de seguimientos coincidentes con intervalos de riesgo pico, la identificación y prevención de posibles recaídas y el apoyo de los usuarios que recaen.
- Obtener información del cambio en el patrón de consumo y de los problemas relacionados con éste favoreciendo así, la evaluación de la eficacia en la aplicación del tratamiento de forma objetiva.
- Compartir nuevos conocimientos entre programas de tratamiento semejantes de manera que puedan ser útiles en el diseño de nuevas propuestas de intervención.

Es recomendable que las sesiones de seguimiento se realicen a través de entrevistas personales, con el fin de individualizar las preguntas y la intervención.

Cuando los usuarios no pueden o no quieren asistir, una alternativa son las entrevistas por teléfono.

En las actividades de *seguimiento de 1 y 3 meses* se realiza una entrevista con el usuario que puede ser telefónica, en donde se lleva a cabo el análisis del auto-registro y del patrón de consumo. El terapeuta analizará también junto con el usuario, los planes de acción utilizados así como la solución de la ocurrencia de recaídas y de los problemas relacionados con el consumo. El terapeuta deberá empeñarse en aclarar todas las dudas del usuario.

En cuanto a las actividades de *seguimiento a los 6 meses*, nuevamente se lleva a cabo la entrevista de seguimiento del usuario con todo los puntos analizados en el seguimiento anterior y se aplica la entrevista de seguimiento por primera ocasión al colateral (pareja, amigo o familiar no consumidor) propuesto por el usuario. El reporte del colateral tiene el propósito de verificar la información proporcionada por el usuario, como una manera de incrementar la validez del auto reporte.

En caso de que el reporte del colateral y el usuario no coincidan, puede sospecharse que el usuario no está dando información real, en este caso se recomienda al terapeuta comentarlo con el usuario enfatizando su responsabilidad en el cambio y la disposición del terapeuta para apoyarlo y guiarlo. A continuación se aplica al usuario la LIBARE de 6 meses atrás.

En lo que se refiere a las actividades de *seguimiento al año*, se realiza la misma estructura del seguimiento anterior aplicando los mismos instrumentos y los mismos puntos analizados. Se aplica de manera opcional el BEDA y el CCS, así como también de manera opcional los exámenes médicos. Si durante este seguimiento se observa un mantenimiento de la meta de abstinencia, así como la

disminución de los problemas asociados, se considera concluido el tratamiento y se da de alta al usuario.

De esta manera finaliza la Intervención Breve para Usuarios de Marihuana, no obstante siempre se le deja la invitación abierta al usuario para que acuda a buscar ayuda en caso de que de que exista una recaída que le sea difícil manejar y que lo exponga a regresar al consumo de marihuana.

## 5.2. Deserción en el tratamiento de adicciones

La deserción terapéutica en el ámbito de la investigación se nombra de diferentes maneras, tales como abandono, terminación prematura o temprana, incumplimiento de citas, no cumplimiento, no adherencia y discontinuidad terapéutica. En todos los casos se refiere a la no culminación de un proceso terapéutico luego de haber establecido contacto con un proveedor de servicios psicológicos, antes o durante el desarrollo formal del proceso terapéutico, sin notificar razón alguna (Mahoney, 1991).

Durante un tratamiento, el tiempo que el usuario del servicio psicológico permanece en los programas de intervención constituye uno de los mejores predictores de buenos resultados terapéuticos y de mejor evolución a mediano y largo plazo. Sin embargo, una de las grandes preocupaciones en el tratamiento de las adicciones es precisamente la deserción terapéutica.

Numerosos estudios han obtenido resultados que relacionan el abandono prematuro del tratamiento en adicciones con una mayor probabilidad de recaída y el mantenimiento en el mismo con un mejor pronóstico o con mejores resultados. Por lo tanto, la eficacia de un tratamiento de adicción está altamente correlacionada con la retención (Sirotnik & Roffe, 1978; Simpson, 1984).

En varios estudios se han encontrado tasas de abandonos muy superiores en los tratamientos de adicciones en comparación con otro tipo de problemas (por ejemplo, Swett & Noones, 1989; Mac-Nair & Corazzini, 1994). Algunos investigadores como Gossop (2002) mencionan tasas que oscilan entre el 60% y el 80% de los pacientes atendidos, tanto en los tratamientos residenciales como ambulatorios.

Silberfeld & Glaser (1978) reportan el 83% de abandono terapéutico durante los tres primeros meses de tratamiento, así como Beekeland & Lundwall (1975)

describen 82% de abandono en programas libres de drogas con tratamiento de psicoterapia, contra 26-29% en programas de desintoxicación ambulatoria y 23-24% en desintoxicación hospitalaria.

Por la importancia que implica la deserción en la efectividad del proceso terapéutico, una línea de investigación de gran interés es la de conocer los factores relacionados con este fenómeno. Existe una fuerte evidencia de que la mayoría de los abandonos ocurren en las primeras fases de tratamiento (Baekelend & Lundwall, 1975; De Leon, 1991; Secades, Fernández & Fernández, 1998), y de que estos abandonos son los que tienen peor pronóstico.

Las variables relacionadas con la deserción de los consumidores de drogas de los tratamientos, son numerosas y diversas, la mayoría de las investigaciones hacen referencia a variables de los pacientes y variables referidas al tratamiento (Secades & Fernández, 2000) (Ver Tabla 4).

**Tabla 4. Factores relacionados con el abandono terapéutico**

<b>Referidas a los sujetos</b>	<b>Referidas al tratamiento</b>
-Sociodemográficas	-Recursos del programa
-Personalidad	-Orientación teórica
-Psicopatología	-Relación terapéutica
-Historia de consumo (severidad de la adicción)	-Características del terapeuta
-Situación legal	-Experiencia y composición del equipo terapéutico
-Salud	-Estabilidad de los miembros del equipo
-Motivación para el tratamiento	-Apoyo familiar
	-Contexto terapéutico (residencial/ambulatorio)
	-Tratamiento farmacológico/psicológico
	-Tipo de fármaco y dosis

Tomada de Secades & Fernández, 2000

Existen un gran número de investigaciones realizadas en cada uno de los factores relacionados con la deserción al tratamiento de adicciones. A continuación se presentan sólo algunas de ellas.

*Factores sociodemográficos.*

Desde un punto de vista sociodemográfico, diversos estudios muestran que los pacientes varones y más jóvenes tienen una mayor probabilidad de abandono del tratamiento (Claus & Kindleberger, 2002; Maglione & Anglin, 2000). Rubinstein (1997), cita un estudio comparativo realizado por Newman y Tamerin (1971), en el cual compararon un grupo de adolescentes consumidores de drogas con un grupo de adultos consumidores de alcohol. El grupo de adolescentes presentó más abandonos y fracaso terapéutico en comparación con los adultos. Los autores explican que para los adolescentes cambiar el consumo representaba una pérdida más que una ganancia; para los adultos, las experiencias de pérdidas relacionadas con el consumo significaban una motivación para el tratamiento.

En otras investigaciones realizadas en la Ciudad de México sobre la deserción de los adolescentes en un programa de intervención breve, Bernal (2004) identificó que el porcentaje de deserción fue del 53%, y ésta se dio entre la primera y la segunda visita al terapeuta; a su vez, Martínez & Martínez (2003) encontraron que en un programa de intervención breve para adolescentes consumidores de alcohol y otras drogas, el 50% de los adolescentes atendidos abandonó el tratamiento principalmente en la sesión de admisión, inducción y evaluación.

Con respecto al estado civil, Baekeland & Lundwall (1975) identificaron que los usuarios solteros y sin estabilidad ocupacional son los que reportan mayor deserción al tratamiento. Por su parte Sayre *et al.* (2002) citado por Robles (2003), en una investigación con consumidores de cocaína, encontraron que el 65% de los que abandonaron el tratamiento eran solteros y con nivel de estudios menor con respecto a quienes concluyeron el tratamiento.

### *Psicopatología*

Investigaciones recientes han relacionado los trastornos psicopatológicos comórbidos con la deserción como Claus & Kindleberger (2002) y la existencia de trastornos de personalidad, como los investigados por Ball, Canning-Ball & Rounsaville (2006) y Fernández *et al.* (2004). Numerosas investigaciones observan como un factor importante de deserción a la presencia de depresión en los desertores (ej. Ravndal & Vaglum, 1994).

### *Historia de consumo (severidad de la adicción)*

Con respecto al consumo, Maglione & Anglin (2000) encontraron también ciertas variables asociadas con un mayor riesgo de abandono de la terapia como la gravedad de la adicción y la polidependencia. De la misma manera, Ryan, Plant, & O'Malley (1995) observaron niveles altos de severidad en la adicción en consumidores del alcohol que desertaron del tratamiento.

### *Motivación para el tratamiento*

Otros estudios (Callaghan *et al.*, 2005; Cunningham, Sobell, Sobell, Agrawal & Toneatto, 1993) se han centrado en las etapas de cambio y la motivación para el tratamiento como factores relacionados con el abandono. Particularmente, la falta de motivación para el tratamiento ha resultado una variable importante en la deserción en diferentes tipos de programas (Erickson, Stevens, McKnight & Figueredo, 1995; Joe, Simpson & Broome, 1998).

### *Recursos del programa*

Algunas investigaciones centran sus observaciones en la deserción que se relacionan en mayor medida, con aspectos del propio programa de intervención, como un mayor cansancio o desacuerdo con el funcionamiento del programa, o insatisfacción con el programa de tratamiento y con la ayuda recibida por parte de los terapeutas (Marrero *et al.*, 2005; Simpson, Joe, Rowan-Szal & Greener, 1997; Ravndal, Vaglum & Lauritzen, 2005).



### *Relación terapéutica*

Una causa común del abandono prematuro del tratamiento es la manifestación temprana de efectos de atenuación del padecimiento los cuales son interpretados por los usuarios 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 (Puente-Silva, 1984).

Por ejemplo en un estudio de seguimiento de abandono de pacientes en un centro de atención en adicciones, Puerta, Domínguez, Miranda, Pedrero & Pérez (2008) encontraron que el 29% de los que desertaron del tratamiento alegaron no requerir más tratamiento por haber alcanzado sus objetivos.

### *Factores situacionales*

Los factores ambientales como la distancia del centro de atención terapéutica, el nivel socioeconómico y motivos laborales fueron observados por Jo & Almas (2002) como determinantes de la asistencia y permanencia de usuarios de tratamientos psicoterapéuticos. Alcázar (2007), por su parte, identifica como obstáculos prácticos relacionados con el abandono, los problemas de horarios, problemas económicos y falta de tiempo para asistir a las sesiones de tratamiento.

### *Apoyo de la familia y/o amigos*

La implicación activa de la familia en el proceso terapéutico funciona también como un factor protector frente al abandono prematuro (Conner, Shea, McDermott, Grolling, Tocco & Baciewicz, 1998), de tal manera que los pacientes aislados socialmente y que no cuentan con redes de apoyo de familiares o amigos, tienen un mayor riesgo de abandono terapéutico que aquellos que tienen un contacto social continuo (Baekeland & Lundwall, 1975).

Con base en lo anterior, la deserción en las terapias para consumidores de drogas es un fenómeno complejo en el que participan múltiples variables. Por tanto,

se debe ser muy cauto al momento de ofrecer conclusiones sobre los factores que afectan al abandono. No obstante, parece evidente que la deserción tiene que ver con una combinación de las características individuales y situacionales, con especial énfasis en los procesos del tratamiento.

Es decir, los resultados obtenidos de las diferentes investigaciones realizadas ha llevado a los investigadores a concluir que la retención y el abandono son el resultado de una interacción compleja entre determinadas características de los pacientes y los parámetros del tratamiento (Secades & Fernández, 2000). En resumen existe una multideterminación en el proceso de deserción, que concuerda de algún modo con los múltiples factores que participan en la adquisición y mantenimiento de la conducta adictiva.

Conocer y aplicar los factores correlacionados con la deserción en protocolos de predicción de abandono pueden significar un excelente estrategia clínica, no sólo para conocer mejor al sujeto que acude a tratamiento, sino para hacer más eficaz el manejo terapéutico (Sirvent *et al.*, 2010).

Diversos estudios han demostrado que existen procedimientos eficaces para reducir las tasas de abandono, tanto en los tratamientos psicológicos en general como en los programas de abuso de drogas en particular. Estos procedimientos tienen que ver con diferentes manipulaciones relacionadas con determinadas características de los pacientes, con los parámetros del tratamiento y con las condiciones en que los clínicos realizan su trabajo (Secades & Fernández, 2000).

### 5.3. Metodología.

#### Participantes

La muestra estuvo conformada por 52 usuarios de una Intervención Breve de Usuarios de Marihuana (IBUM) en el CEPREAA, divididos en dos grupos. Uno de los grupos se integró por los 36 (69.2%) usuarios que abandonaron el tratamiento, de los que se localizaron 19 (36.5%), y el otro por los 16 (30.7%) usuarios que finalizaron el tratamiento.

#### Materiales

Entrevista de seguimiento para el usuario (ver anexo 3)

Teléfono

Computadora

Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS v. 15).

*Entrevista de seguimiento.* Es una entrevista semiestructurada que obtiene información de diferentes áreas en la vida del usuario: datos sociodemográficos, historia del consumo, consecuencias afectivas, emocionales, económicas, educativas, laborales y en la salud relacionadas con el consumo y preguntas sobre el tratamiento.

#### Procedimiento

Para identificar las características de los usuarios que desertaron del programa IBUM del CEPREAA, se compararon los datos obtenidos a través de la entrevista de seguimiento de los usuarios que terminaron la IBUM, con los de los usuarios que desertaron.

Los usuarios que abandonaron el tratamiento fueron seleccionados a partir de haber desertado después de la primera sesión y de haber sido aceptados en la Intervención Breve de Usuarios de Marihuana.

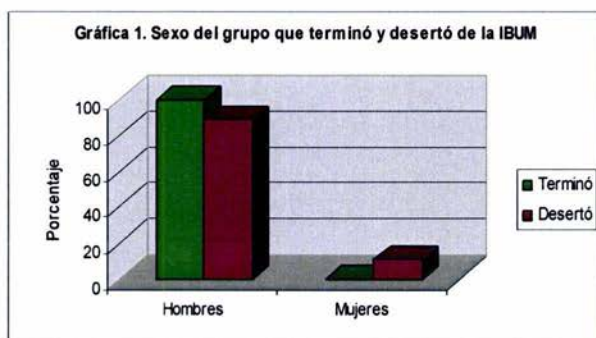
A los 19 usuarios que desertaron, les apliqué la entrevista de la siguiente manera: 13 respondieron a la entrevista de seguimiento por teléfono, ya que argumentaron falta de tiempo para asistir al CEPREAA, tres de ellos respondieron a la entrevista en el Centro, dos a través del correo electrónico, y uno más respondió a la entrevista, en mi visita a su centro de trabajo.

Los 16 usuarios que finalizaron el tratamiento respondieron a la entrevista en el CEPREAA aplicada por sus respectivos terapeutas. Estos datos fueron capturados y analizados con la versión 15 del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS).

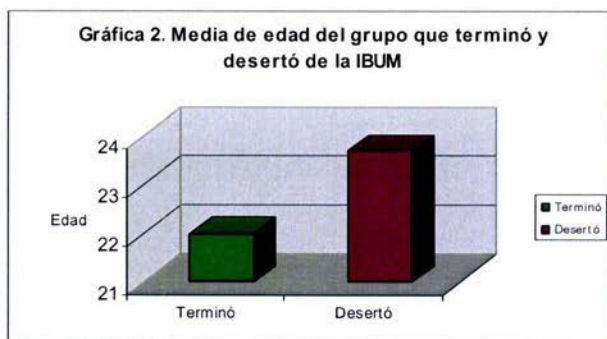
## 6. RESULTADOS

### 6.1. Resultados Obtenidos

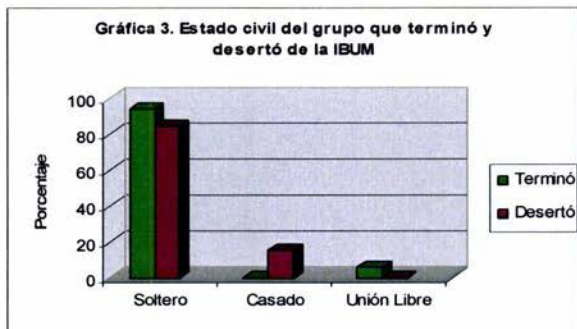
A continuación se presentan las características sociodemográficas de los dos grupos estudiados. Con respecto al sexo, el grupo que terminó la IBUM estuvo conformado únicamente por hombres (100%), a diferencia del grupo que desertó, en el que 88.8% fueron hombres y el 11.2% mujeres (Gráfica 1).



En el grupo que terminó, la edad promedio fue de 22 años, mientras que en el grupo que desertó fue de 23.27 años, por lo que las diferencias en cuanto a edad entre ambos grupos fue en promedio, de un año y tres meses (Gráfica 2).



El grupo que terminó la IBUM, lo conformaron en su mayoría jóvenes solteros (93.8%) y sólo el 6.3% reportó vivir en unión libre, mientras que en el grupo que desertó el 84.2% fueron solteros y el 15.8 casados (Gráfica 3).



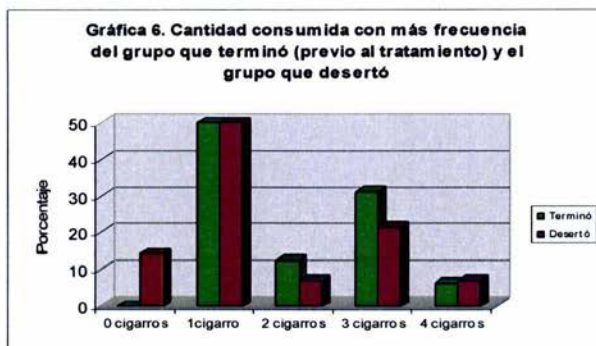
La situación laboral o escolar de los dos grupos estuvo conformada de manera principal por estudiantes, 75% en el grupo que terminó la IBUM y 52.6 % en el grupo que desertó, en donde el trabajo de tiempo completo ocupó el segundo lugar con 26.3%, en contraste con un 6.3% del grupo que terminó. Los desempleados representaron un 12.5% en el grupo que terminó, comparado con un 5.3% del grupo que desertó. El trabajo temporal tuvo cifras semejantes en ambos grupos, 6.3% en el que terminó y 5.3% en el que desertó (Gráfica 4).



En relación a las respuestas sobre la satisfacción con su calidad de vida, el 21.1% del grupo que desertó respondió "muy satisfecho", a diferencia de sólo el 6.3% del grupo que terminó. El porcentaje "satisfecho" fue similar entre el grupo que desertó (47.4%) y el que terminó (37.5%) y lo mismo sucedió con los "muy insatisfechos" 6.3% del grupo que terminó y 5.3% del que desertó, mientras que hubo una marcada diferencia entre los "insatisfechos" (50% de los que terminaron, contra el 26.3 % de los que desertaron) (Gráfica 5).



En cuanto a la cantidad de cigarros consumida con más frecuencia, el consumo de un cigarro presentó cifras iguales de 50% en ambos grupos. En el consumo de dos cigarros, el grupo que terminó presentó el 12.5% y el que desertó el 7.1%. El 31.3% del grupo que terminó señaló tener un consumo de tres cigarros y el que desertó el 21.4%. En el consumo de cuatro cigarros las cifras fueron similares (6.3% el que terminó y 7.1% el que desertó). En el grupo que desertó, 14.3% manifestó no consumir ningún cigarro, la causa reportada fue internamiento hospitalario por consumo (1 persona), internamiento en anexo por consumo (1) y la decisión de suspender el consumo por contraer matrimonio (1) (Gráfica 6).



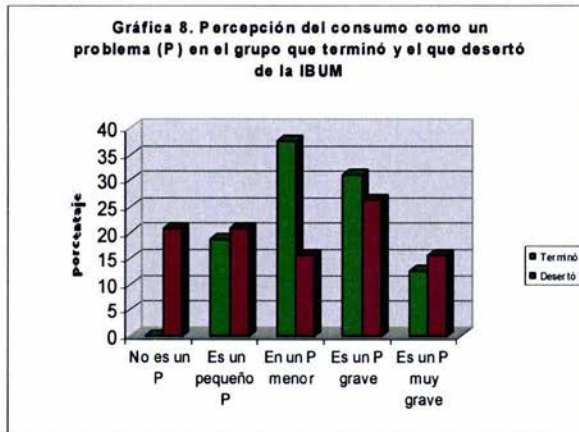
Con respecto a la frecuencia del consumo, el grupo que terminó reportó mayor frecuencia en el consumo diario (75%), a diferencia del 50% del grupo que desertó; hubo frecuencias similares en el consumo una vez a la semana (12.5% en el que terminó y 14.3% en el que desertó). El 21.4% del grupo que desertó señaló un consumo de 2 a 3 veces por semana, y 12.5% del grupo que terminó. En cero consumo el grupo que desertó presentó 14.3%. (Gráfica 7).



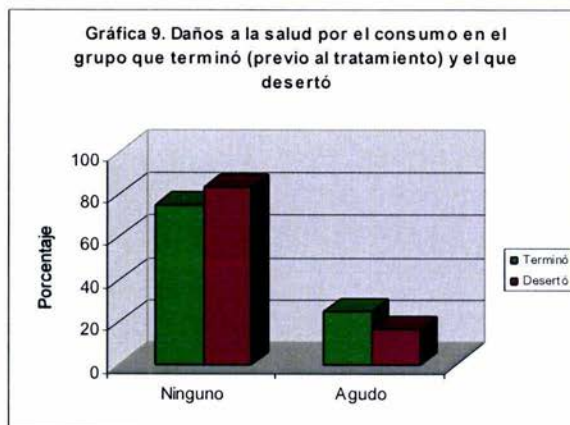
Como se muestra en la gráfica 8, el 21% del grupo que desertó consideró que su consumo no es un problema. El 21% del grupo que desertó y 18.8% de los que terminaron consideraron que es un pequeño problema. Que es un problema menor 37.5 % de los que terminó y el 15.8% de los que desertó. Que es un problema grave



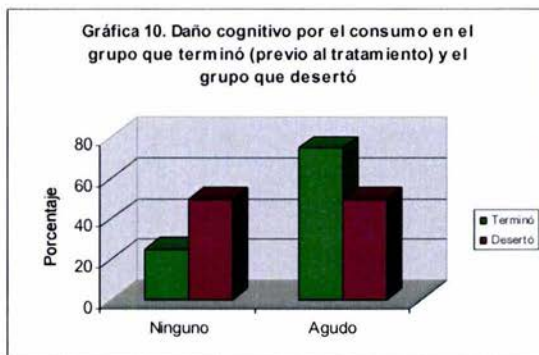
el 31.3% de los que terminó y el 26.3% de los que desartaron y que es un problema muy grave presenta porcentajes similares 12.5% de los que terminó contra el 15.8% de los que desartaron.



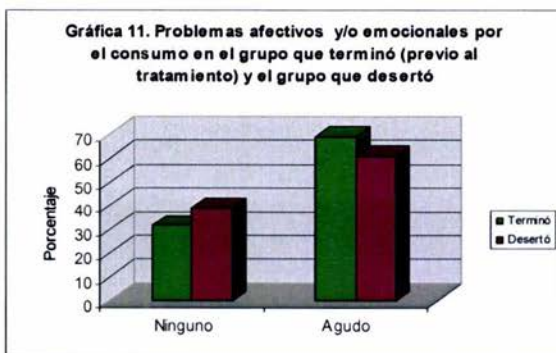
El 83.3% de los individuos que desartaron del tratamiento y el 75.% de los que terminaron, no reportaron daños a la salud, mientras que el 25% de los terminaron y el 16.7% de los que desartaron reportaron daño agudo a la salud (Gráfica 9).



El daño cognitivo agudo fue reportado por el 75% del grupo que terminó y el 50% de los que desertaron. No reportando ningún daño cognitivo el 25% de los que terminaron y el 50% de los que desertaron (Gráfica 10).

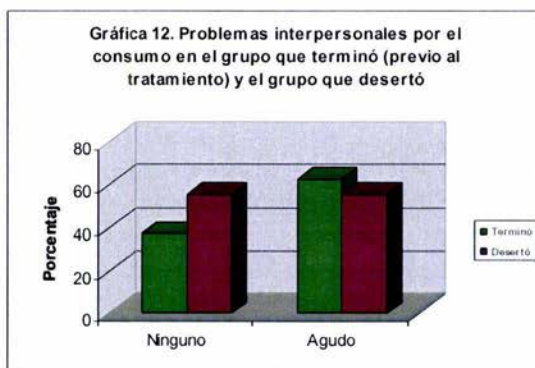


El 68.8% de los que terminaron y el 61.1% de los que desertaron reportaron problemas afectivos o emocionales agudos ocasionados por el consumo de marihuana. El 31.3% de los que terminaron y el 38.9% de los que desertaron reportaron no tener ningún problema afectivo o emocional ocasionado por su consumo (Gráfica 11).

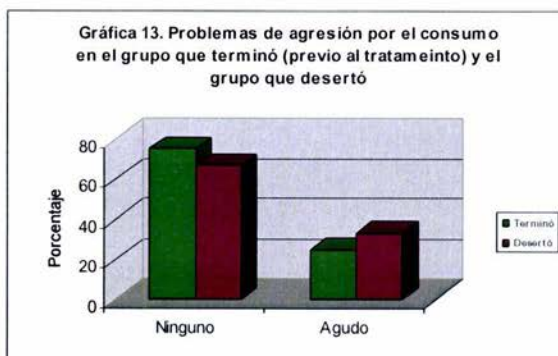


Respecto a problemas interpersonales ocasionados por el consumo, 62.5% de los que terminaron y el 55.4% de los que desertaron reportan problemas agudos,

mientras que el 55.6% de los que desartaron y el 37.5% de los que terminaron no reportaron problema alguno en esta área (Gráfica 12).

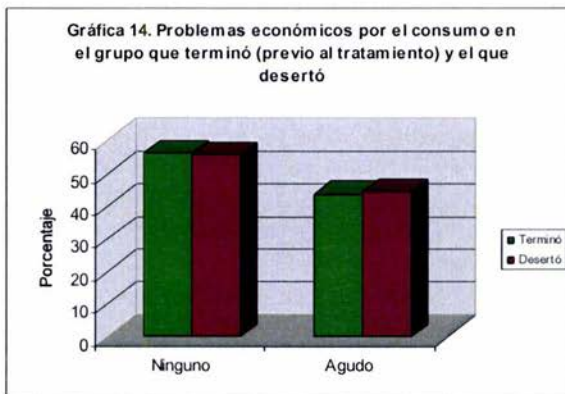


El 75% que terminó la IBUM y el 66.7% que desartó reportaron no tener problemas de agresión debido al consumo, mientras el 33.3% de los que desartó y el 25% de los que terminó reportaron problemas de agresión agudos ocasionados por el consumo (Gráfica 13).

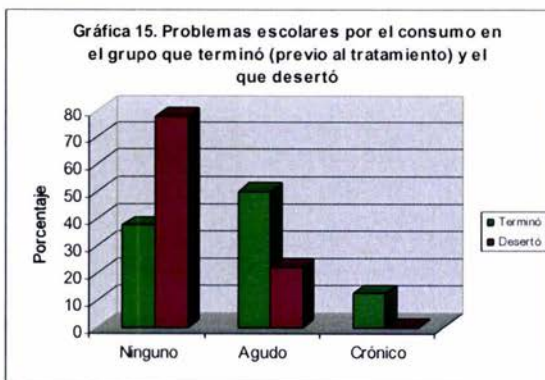


El reporte por problemas económicos ocasionados por el consumo fue muy similar en ambos grupos, el 43.8% de los que terminaron y el 44.4% de los que desartaron; de la misma manera, el 56.3% de los que terminaron y el 55.6% de los

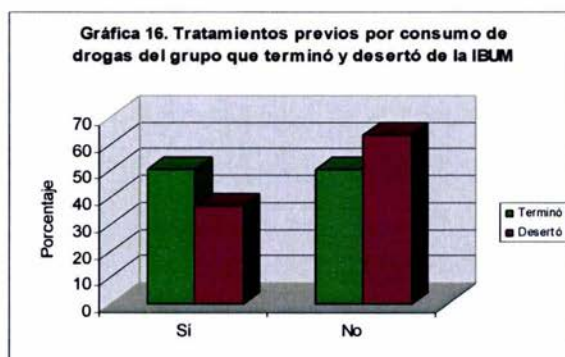
que desartaron reportaron no tener ningún problema económico ocasionado por el consumo (Gráfica 14).



El mayor porcentaje de la muestra reportó ser estudiante; en relación a lo anterior, hubo reportes de problemas escolares agudos ocasionados por el consumo en el 50% de los que terminaron y el 22.2% de los que desartaron, crónicos en el 12.5% de los que terminaron y ninguno de los que desartaron, mientras que el 77.8 % de los que desartaron y el 37.5% de los que terminaron reportó no tener ningún problema escolar debido al consumo (Gráfica 15).



La mitad de los que terminaron el tratamiento y el 36.8 % de los que desertaron, se habían sometido previamente a otro tratamiento para dejar el consumo. El 50% restante del grupo que terminó y el 63.2% del que desertó no había recurrido a ningún tratamiento previamente (Gráfica 16).



Sobre los principales motivos para abandonar la IBUM, el 31.5% del grupo que desertó manifestó abandonar la IBUM por su decisión de continuar el consumo, el 15.7% por la falta de tiempo para asistir a las sesiones, otro grupo del 15.7% argumentaron que el CEPREAA queda lejos de su casa y trabajo, otro 15.7% que la IBUM no cubrió sus expectativas de tratamiento, un último 15.7% suspendió el consumo debido a hospitalización, internamiento o casamiento, mientras que el 5.6% restante reportó la suspensión del tratamiento por falta de dinero (Gráfica 17).

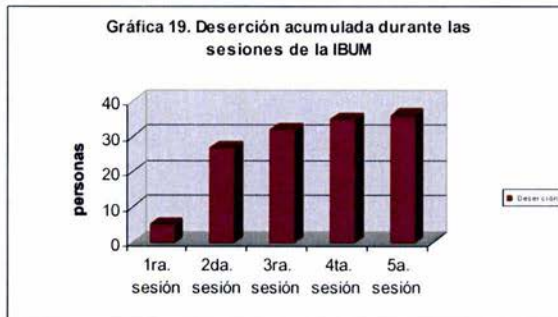


Respecto al uso de alguna técnica (aprendida en sesión) que hubiese utilizado el usuario después de abandonar la IBUM, el 77.8% reportó no haber utilizado ninguna técnica, el 11.2% haber utilizado balanza de decisiones, 5.6% cambio de amigos y otro 5.6% tips o ayudas para controlar el consumo (Gráfica 18).



En la gráfica 19, se presenta sesión por sesión el comportamiento de la deserción durante la IBUM; en la primera sesión abandonaron 5 personas, mientras

que en la segunda ocurrió la mayor deserción (22 personas), que sumadas a las 5 primeras dan un total de 27 personas. En la tercera sesión desertaron 5 más para un total de 32 personas. En la cuarta sesión 3 personas abandonaron el tratamiento, lo que da un total de 35, que sumadas a una persona más que abandonó en la quinta sesión dan un total de 36 personas que desertaron de la IBUM.



## 6.2. Discusión y conclusiones

La deserción del 69.2% (36 personas) en la muestra de 52 participantes que iniciaron el tratamiento, concuerda con el porcentaje de deserción que maneja Gossop (2002) citado en el presente informe. No sucede así con las características sociodemográficas, donde los resultados obtenidos no apoyan los datos de las investigaciones mencionadas en el marco teórico (Claus & Kindleberger, 2002; Maglione *et al.*, 2000; Newman & Tamerin, 1971), ya que los más jóvenes y solteros permanecieron en el tratamiento mientras los casados, las mujeres y los usuarios de mayor edad desertaron.

En cuanto a la situación laboral, es importante observar que en el grupo que abandonó la IBUM hubo un 26.3% de trabajadores de tiempo completo, lo que podría explicar el 15.7% que argumentó como motivo de deserción la falta de tiempo y otro

15.7% que respondió como motivo de abandono la lejanía del CEPREAA de su casa o trabajo. Esto no sucede en el grupo que terminó la IBUM, en donde el 75% fueron estudiantes universitarios, para quienes la cercanía del CEPREAA con la UNAM es una ventaja.

En lo que se refiere a la cantidad y frecuencia del consumo de marihuana, no se observaron grandes diferencias entre ambos grupos a excepción del apartado de cero consumo, en donde el grupo de desertores presentó porcentajes de 14.3%, lo que se explica por el reporte de cero consumo en tres usuarios. La suspensión del consumo fue explicada por los usuarios de la siguiente manera: uno de ellos suspendió el consumo por medicación e internamiento psiquiátrico ocasionado por el consumo, otro por internamiento en anexo a causa del consumo y el último por ser condición de su pareja para contraer matrimonio.

Con respecto a los resultados obtenidos en este informe sobre los motivos del abandono de la IBUM, éstos corresponden con los reportados en otras investigaciones. Por ejemplo, Marrero *et al.* (2005); Simpson, Joe, Rowan-Szal & Greener (1997) y Ravndal, Vaglum & Lauritzen (2005) reportaron resultados en aspectos relacionados con desacuerdos con el funcionamiento del programa, como los obtenidos en este informe con el 15.7% para quienes la IBUM no cubrió sus expectativas. Es pertinente mencionar que la investigación no profundizó sobre el tipo de expectativas que tenían los usuarios respecto al tratamiento, por lo que sería recomendable indagarlo en futuras investigaciones.

Un 15.7% de usuarios suspendió el consumo por diversas causas que los hicieron creer no necesitar ya el tratamiento, como también fue reportado por Puerta, Domínguez, Miranda, Pedrero & Pérez (2008). Los motivos económicos, que según Mateluna, Weldt, Almarza & Reyes (2005) se señalan en un menor grado pero también provocan algunos abandonos, especialmente provenientes de los niveles



socioeconómicos inferiores, fueron manifestados en el 5.6% de los desertores de este informe.

En los resultados obtenidos sobre satisfacción de vida y percepción del consumo como un problema (gráficas 5 y 8 respectivamente), se observó relación entre el 21.1% de los desertores que se encuentra muy satisfechos con su calidad de vida y el 21% del mismo grupo que reporta que su consumo no es un problema, a diferencia del 6.3 y 0% de los que terminaron; estos datos sugieren que este porcentaje de desertores se encuentra en etapa de pre-contemplación, en la que Prochaska & DiClemente (1982) señalan que la persona todavía no considera que tiene un problema, ni menos la posibilidad de cambiar. Otros datos que pueden ser relacionados con la misma etapa de pre-contemplación en el grupo de desertores, es la percepción de que el consumo no ha generado ningún daño o problemas cognitivos, en la salud, afectivos o emocionales, interpersonales, legales, económicos y escolares.

Fue muy significativo el alto número de abandonos (22 personas) observados en la segunda sesión de tratamiento, que significó el 42.3% del total que abandonaron la IBUM. Si sumamos el 31.5% de los desertores que señaló como motivo del abandono la decisión de continuar con el consumo, más el 15.7% que argumentó que la IBUM no cubrió sus expectativas de tratamiento, resulta un 47.2% que explicaría en parte el alto porcentaje de abandono en la segunda sesión y que, podría apoyar nuevamente la inferencia de la motivación como un factor importante en la deserción. Es necesario señalar que la decisión de continuar el consumo y abandonar la IBUM también podría estar relacionada con la severidad de la adicción, como lo han señalado Maglione, Chao & Anglin (2000).

Miller & Rollnick (1999) alertan sobre el riesgo más elevado (50%) de que un paciente abandone el tratamiento después de la primera sesión y recomiendan una estrategia utilizada por Koumans, Muller & Miller (1967) para reducir el abandono y

que aumentó en 44% el regreso de usuarios a continuar el tratamiento. La estrategia recomendada es una simple llamada telefónica después de la primera visita motivando al usuario a continuar su tratamiento.

En una investigación similiar Nierenberg, Sobell & Sobell (1980) observaron que cuando los usuarios no acudían a una sesión, una llamada telefónica personal reducía la probabilidad de abandono de un 92% a un 60%. Ambas estrategias son utilizadas en el CEPREAA, pero es fundamental recordar a los terapeutas la importancia de no pasarlas por alto.

Algunas investigaciones sobre la influencia de la motivación en la deserción (Callaghan *et al.*, 2005; Cunningham, Sobell, Sobell, Agrawal & Toneatto, 1993; Erickson, Stevens, McKnight & Figueredo, 1995 y Joe, Simpson & Broome, 1998) citados en el marco teórico de este informe observaron que la falta de motivación para el tratamiento ha resultado ser una variable importante en la deserción en las diferentes sesiones. Al respecto, Miller & Rollnick (1999, p. 38) señalan que la motivación es “el estado presente de una persona o la etapa de preparación para el cambio, un estado interno, influido por varios factores externos”. También consideran que la *entrevista motivacional* ayuda a las personas a reconocer, asumir responsabilidades y ocuparse de sus problemas actuales y potenciales y ha mostrado su efectividad con las personas que son reticentes a cambiar o se muestran ambivalentes para el cambio.

Cox (1987); Hester & Miller (1989), observaron que el impacto primario de las intervenciones breves es de tipo motivacional, y dado que este tipo de intervenciones probablemente agrupan un alto porcentaje de personas pre-contempladoras, el reto será favorecer la toma de decisión y de compromiso hacia el cambio, lo cual puede lograrse mediante la *entrevista motivacional*.

Por otra parte, ya que la etapa de pre-contemplación es la primera fase de motivación al cambio de las señaladas por Prochaska & DiClemente (1982) (pre-contemplación, contemplación, determinación, acción, mantenimiento y recaída), y es en la que se observó un porcentaje importante de los desertores de la IBUM, es imprescindible la detección de usuarios en pre-contemplación, diferenciándolos de los que se encuentran en otras etapas de motivación al cambio, ya que esta etapa es una situación de alto riesgo de incumplimiento del tratamiento.

Es muy importante que el terapeuta utilice estrategias adecuadas a este proceso de cambio, ya que las personas que se encuentran en pre-contemplación no han considerado que tienen un problema o que necesitan un cambio en su vida. Estas personas, nos dicen Rollnick & MacEwan (1991), necesitan información y *feedback* (retroalimentación) a fin de que puedan aumentar su conciencia del problema y la posibilidad de cambiar.

Con base en los resultados observados en este trabajo, respecto a los usuarios que se encuentran en pre-contemplación, los clínicos pueden ayudar a tomar medidas para modificar ese riesgo latente, ya que el objetivo del terapeuta en la etapa de pre-contemplación, es mover al usuario hacia la contemplación a través del aumento de la duda y de la percepción del usuario de los riesgos y problemas de su conductual actual. Es importante puntualizar que el dominio del *feedback*, la responsabilidad, consejo, menú de estrategias, empatía y autoeficacia por parte del terapeuta, los seis elementos básicos de la *entrevista motivacional* recomendados por Miller & Rollnick (1999), han demostrado mayor efectividad en las intervenciones breves.

Para los usuarios de la IBUM, estos seis elementos pueden ofrecer la oportunidad de ver su situación actual reflejada en detalle, poner énfasis en su responsabilidad para el cambio, tener un consejo claro a fin de modificar su consumo y un menú de estrategias alternativas para ello, que junto con la empatía

del terapeuta y la habilidad que éste muestre para potenciar la autoeficacia del usuario, pueden resultar fundamentales para el aumento de la adherencia terapéutica.

Los resultados obtenidos presentan algunos factores que tienen una alta influencia en la deserción de usuarios de la IBUM, sin embargo, no hay que olvidar que el abandono terapéutico es multifactorial y cambiante de acuerdo a la mezcla de características de los usuarios, del tratamiento en cuestión y del terapeuta responsable, por lo que las investigaciones al respecto deberán actualizarse constantemente con el fin de enfrentar adecuadamente la deserción.

De los resultados obtenidos en este informe se pueden resaltar las siguientes conclusiones:

- La IBUM presentó un alto porcentaje de deserción total (69.2%).
- En este estudio la edad, el estado civil y el sexo influyeron en la deserción de la IBUM, ya que los más jóvenes y solteros permanecieron en el tratamiento, mientras los casados, las mujeres y los usuarios de más edad desertaron.
- La situación laboral o escolar también influyó en el abandono del tratamiento; en el grupo que abandonó un 26.3% fueron trabajadores de tiempo completo, mientras que en el grupo que terminó el 75% fueron estudiantes universitarios, y 12.5% desempleados.
- No se observaron grandes diferencias en la cantidad y frecuencia del consumo de marihuana, entre los grupos que desertaron y terminaron la IBUM.

- En los apartados de satisfacción de vida y percepción del consumo como un problema (gráficas 5 y 8 respectivamente) se observó relación entre el 21.1% de los desertores que se encuentra muy satisfechos con su calidad de vida y el 21% del mismo grupo que reporta que su consumo no es un problema contra el 6.3 y 0% de los que terminaron.
- La etapa de motivación al tratamiento de los usuarios que desertaron provocó que 21% de ellos manifestaran estar muy satisfechos con su calidad de vida, no consideraran su consumo como un problema y no percibieran ningún daño o problema cognitivo, a la salud, afectivo o emocional, interpersonal, legal, económico y escolar provocado por el consumo.
- El 31.5% de los usuarios que desertaron reportó como motivo del abandono la decisión de continuar con el consumo y el 15.7% argumentó que la IBUM no cubrió sus expectativas de tratamiento, por lo que ambos factores también son importantes en la deserción.

### 6.3. Sugerencias

A partir de los resultados obtenidos, la discusión y conclusiones vertidas en el presente trabajo, se ofrecen las siguientes sugerencias con el objetivo de contribuir al análisis de las acciones que mejoren las tasas de adherencia terapéutica a la IBUM.

- La *entrevista motivacional* forma parte de la IBUM, no obstante, es necesario reforzar su utilización por parte del terapeuta, como una herramienta fundamental en la motivación del usuario durante toda la intervención.
- Crear un instrumento que mida la etapa de motivación al cambio en la que se encuentra el usuario y aplicarlo al inicio de la intervención con el objetivo de que el terapeuta implemente acciones desde la primera sesión.

- Que el terapeuta realice llamadas telefónicas a los usuarios de la IBUM después de su primera asistencia al CEPREAA, con tres objetivos: el primero corroborar su número telefónico (varios de los desertores dieron números falsos), segundo, confirmar su presencia a la próxima sesión y el tercero motivar la asistencia.
- En el CEPREAA se realizan llamadas telefónicas del terapeuta a los usuarios que no asisten a la sesión, sin embargo, es necesario que las llamadas se realicen inmediatamente después de la inasistencia utilizando estrategias para motivar al usuario a su siguiente cita.
- La creación de un programa permanente de seguimiento a los usuarios que abandonan la IBUM con el objetivo de identificar los factores que están influyendo en la deserción e implementar acciones para superarlos.

## **7. HABILIDADES ADQUIRIDAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL**

El CEPREAA me ofreció la capacitación, guía y apoyo necesario para desarrollar, fortalecer, y en su caso adquirir las habilidades necesarias para la realización de mi servicio social en el área de las adicciones y el fortalecimiento de mi ejercicio profesional, así como para la elaboración del presente informe. A continuación se presenta una descripción de estas habilidades.

Durante la capacitación en los modelos de tratamiento desarrollé habilidades de evaluación, mediante la aplicación e interpretación de instrumentos psicológicos en las sesiones de admisión y evaluación de los modelos de tratamiento. Al llevar a cabo la entrevista de seguimiento fortalecí habilidades de diseño y aplicación de entrevista, además de técnicas de investigación al realizar la captura, interpretación y análisis de la entrevista de investigación.

Desarrollé y adquirí habilidades de intervención, como el realizar un buen *rapport* y el manejo de la *entrevista motivacional*, así como la aplicación de tratamiento a través de la atención a una usuaria consumidora de alcohol con el Programa de Satisfactores Cotidianos; de la misma manera, desarrollé habilidades de observación mediante el análisis y detección de registros conductuales, expedientes clínicos y observaciones individuales.

El desarrollo del trabajo realizado en la aplicación del cuestionario de seguimiento a los desertores de la IBUM, me permitió adquirir y reafirmar habilidades de comunicación que son muy importantes para la integración a la comunidad, lo cual es un aspecto fundamental en la implementación de programas de prevención de adicciones.

La realización del presente informe me ayudó a ejercitar habilidades de investigación para la consulta de libros, manuales y revistas científicas, así como en la búsqueda de información generada por organismos nacionales e internacionales encargados del estudio y atención del problema de las adicciones.

## **8. SUGERENCIAS AL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL.**

La experiencia personal al desarrollar el servicio social y el informe del mismo como forma de titulación me motivan a realizar un par de sugerencias que considero importantes sobre el Programa de Servicio Social:

- Una promoción permanente entre los alumnos de la Facultad de Psicología para que realicen su servicio social en los Centros de Servicios Psicológicos de la UNAM y particularmente en el CEPREAA, pues es el centro que atiende uno de problemas sociales más graves en la actualidad y que afecta de manera principal a los jóvenes, el consumo de drogas. De esta manera, las actividades realizadas cumplirían cabalmente con los objetivos fundamentales del servicio social en la UNAM: reafirmar y contemplar la formación profesional

y personal de los estudiantes en beneficio de la sociedad, desarrollar en el prestador una conciencia de compromiso con la sociedad a la que pertenece, convirtiendo esta prestación en un acto solidario de reciprocidad, otorgando así prestigio a la UNAM.

- La elaboración de un programa para los alumnos que realicen su servicio social en los Centros de Servicios Psicológicos de la UNAM que incluya al Departamento de Servicio Social y otorgue la facilidad de presentar reportes mensuales supervisados por el director elegido (para quien opte por esta vía de titulación) y que puedan ser integrados al concluir el servicio dando forma al Informe de titulación, de esta manera, los trámites administrativos se realizarían también durante el desarrollo del servicio. Este programa sería particularmente atractivo para los alumnos del SUA, quienes como yo combinamos nuestro desarrollo académico con la jornada laboral.

## **9. COMENTARIOS FINALES**

El trabajo realizado durante el desarrollo de mi servicio social, representó un logro personal y profesional, pues además de que se cubrieron y se lograron los objetivos del programa de actividades originalmente propuesto, representó una experiencia sumamente enriquecedora. Los conocimientos teórico-científicos sobre el tema de las adicciones adquiridos en el CEPREAA, y el contacto directo con los usuarios contribuyeron de manera significativa a mi formación profesional y sobre todo, a un cambio de mis conceptos reduccionistas, prejuiciosos y moralistas sobre las drogas y sus consumidores.

Gracias a la experiencia vivida en el CEPREAA y a los modelos de atención veo ahora a los consumidores como individuos con un aprendizaje desadaptativo, que puede ser revertido y cambiado asumiendo conductas que minimicen el riesgo de consumo; también me queda claro que el consumo de drogas tanto legales como



ilegales, es un problema de salud pública en nuestro país y que para atenderlo de una forma eficaz, se requiere de la implementación de diversas estrategias, entre las que se encuentra la intervención clínica y por supuesto la prevención.

Concluyo también, que las políticas en torno a las adicciones deberán hacer énfasis en la prevención, que estará dirigida a evitar la aparición de los factores de riesgo, o en su caso a tratarlos de forma temprana, si ya han aparecido. Es importante subrayar entonces que en la prevención del consumo de drogas debemos participar todos, especialmente los profesionales de múltiples disciplinas, que organizados en programas de prevención primaria, secundaria o terciaria podamos ayudar a enfrentar un tema tan complejo y devastador para la población mexicana.

La Universidad Nacional Autónoma de México, involucrada en el problema que significa el consumo de drogas en México, participa activamente a través del CEPREAA y los profesionales especializados, en investigación y ejecución de programas preventivos, como en el que realicé mi Servicio Social.

## 10. REFERENCIAS

- Abrams, D.B. & Niaura, R. S. (1987). Social learning theory. En: Blane, H.T. & Leonard, K. E., (Eds.). *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*. New York, NY: Guilford Press.
- Alcázar, R. (2007). Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones. *Salud Mental*, 30(5), 55-62.
- Ayala, H., Cárdenas, G. Echeverría, L. Gutiérrez, M. (1995) Los resultados iniciales de un programa de auto control para bebedores problema en México. *Salud Mental*, 18, 4, 18 – 24
- Ayala, H., Echeverría, L., Sobell, M. & Sobell L. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores en México. *Acta Comportamental*, 6 (1), 71-93.
- Babor, T.F. & Higgins-Biddle, J.C. (2001). *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking. A Manual for Use in Primary Care*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Recuperado el 13 de septiembre de 2010 de: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_MSD\\_MSB\\_01.6b.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6b.pdf)
- Baekeland, F. & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 5, 738- 783. Recuperado el 13 de febrero de 2010 de: [www.apa.org/Publications/APA and Affiliated Journals](http://www.apa.org/Publications/APA and Affiliated Journals)
- Ball, S., Carroll, K., Canning-Ball, M. & Rounsaville, B. (2006). Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addict Behav.*, 31, 320-30. Recuperado el 9 de enero de 2010 de: [www.elsevier.com/wps/product/cws\\_home/471](http://www.elsevier.com/wps/product/cws_home/471).
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- Beck, A., Wright, F., Newman, C. & Liese, B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona, España: Paidós.
- Bernal, P. (2004). *La deserción a un tratamiento para adolescentes consumidores de alcohol y otras drogas*. Tesis de Licenciatura inédita, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. México D.F.

- Brook, J., Balka, E. & Whiteman, M. (1999). The risks for late adolescence of early adolescent marijuana use. *Am J Public Health*, 89,1549-54. Recuperado 16 de diciembre 2009 de:  
<http://ajph.aphapublications.org/cgi/content/abstract/89/10/1549>
- Bruner, T.F. (1973). Marijuana in ancient Greece and Roma The literary evidence *Bull. Hist.Med.*, 47,344-8. Recuperado 6 de enero 2009 de:  
[pubget.com/paper/4589521](http://pubget.com/paper/4589521)
- Callaghan, R., Hathaway, A., Cunningham, J. ,Vettese, L. ,Wyatt, S. & Taylor, L. (2005). Does stage-of-change predict dropout in a culturally diverse sample of adolescents admitted to inpatient substance-abuse treatment? A test of the transtheoretical model. *Addict Behav*, 30,1834-47.
- Claus, R. & Kindleberger, L. (2002). Engaging substance abusers after centralized assessment: Predictors of treatment entry and dropout. *J Psychoact Drugs*, 34, 25-31. Recuperado el 18 de marzo 2010 de:  
<http://external.doyma.es/pdf/182/182v10n02a13124768pdf001.pdf>.
- Conner, K., Shea, R., McDermott, M.,Grolling, R.,Tocco, R. & Baciewicz, G. (1998). The role of multifamily therapy in promoting retention in treatment of alcohol and cocaine dependence. *American Journal of Addictions*, 7, 61-73.
- CONADIC (2009). *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. México: Consejo Nacional Contra las Adicciones. (Recuperado 8 de febrero 2010 de:  
<http://conadic.salud.gob.mx/pie/ena2008.html>.
- Cox, W.M. (1987). *Treatment and prevention of alcohol problems: A resource manual*. Nueva York: Academic Press.
- Cunningham, J., Sobell, L., Sobell, M. Agrawal, A. & Toneatto, T. (1993). Barriers to treatment: Why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. *Addict Behav.*,18, 347-353
- Chopra, I. & Chopra R. (1957). The use of cannabis drugs in India *Bull. Narc.*,9, 4-29  
 Recuperado 11 de marzo de 2010 de:  
[www.psiquiatria.com.es/socidrogalcohol/cannabis](http://www.psiquiatria.com.es/socidrogalcohol/cannabis).
- De Las Fuentes,V., Villalpando, J., Oropeza, R., Vázquez, F. & Ayala, H. (2001). *Cuestionario de Abuso de Drogas. Adaptación de un instrumento de tamizaje para población mexicana que consume drogas*. Tesis de Licenciatura inédita, Facultad de Psicología, UNAM. México, D.F.
- De Leon, G. (1991). Retention in drug-free therapeutic communities. En R.W. Pickens, C. Leukefeld y C. Schuster (Eds.), *Improving drug abuse treatment*.

NIDA Research Monograph Series, Nº 106. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Recuperado 12 de marzo 2010 de: [archives.drugabuse.gov/pdf/monographs/106.pdf](http://archives.drugabuse.gov/pdf/monographs/106.pdf).

- Echeverría, L., Carrascoza, V.C. & Reidl, M.L. (2007). *Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas*. México: UNAM, Facultad de Psicología.
- Echeverría, L., Ruiz, T. & Medina, M. (2007). *Intervención breve para bebedores problema*. Manual para Profesionales de la Salud. México, D.F.: Secretaría de Salud del Distrito Federal.
- Echeverría, L., Oviedo, P. & Ayala H. (1998). *Cuestionario de confianza situacional: Traducción y Adaptación*. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México
- Erickson, J., Stevens, S., McKnight, P. & Figueredo, A. (1995). Willingness for treatment as a predictor of retention and outcomes. *Journal of Addictive Diseases*, 14, 135-150. Recuperado el 20 de febrero de 2010 de: [www.adicciones.es/files/365-371%20Original%205.pdf](http://www.adicciones.es/files/365-371%20Original%205.pdf).
- Gálvez, C. & Guerrero, M. (2008). Intervención psicológica En: Tirado, P. (Coord.). *Guía clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias estimulantes*. Sevilla, España: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social
- Godwin, H. (1967). Pollen analytic evidence for the cultivation of cannabis in England. *Rev. Palaeobot. Palynol*, 4, 71-80. Recuperado 22 de febrero de 2010 de: [www.scribd.com/doc/18643175/Monografia-cannabis](http://www.scribd.com/doc/18643175/Monografia-cannabis)
- Gossop, M., Stewart, D., Browne, N. & Marsden, J. (2002). Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses. *Addiction*, 97, 1259-67
- Gruber, A., Pope, H., Hudson, J. & Yurgelun-Todd. (2003). Características a largo plazo de los consumidores de cannabis: un estudio de casos y controles. *Psychological Med*, 33, 1415-1422
- Gutiérrez, L., De Irala, J. & Martínez, M. (2006). Efectos del cannabis sobre la salud mental en jóvenes consumidores. *Rev. Med. Univ. Navarra*, 50 (1), 3-10
- Hester, R. & Miller, W. (1989). *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives*. Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Jo, T. & Almas, S. (2002). Abandono de tratamiento en una consulta externa de psiquiatría y psicología clínica. *Revista Electrónica de Portales Médicos*, 10(5), 15-19. Recuperado el 17 de mayo de 2010 de:

[http://www.portlesmedicos.com/monografías/abandono\\_tratamiento/index.htm](http://www.portlesmedicos.com/monografías/abandono_tratamiento/index.htm).

- Joe, G.W., Simpson, D. & Broome, K. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction*, 93, (11),77-90.
- Kandel, D. (1980) Drug and drinking behaviour among youth. *Annual Review of Sociology*, 6, 235- 285.
- Koumans, A., Muller, J. & Miller (1967) Use of telephone calls to increase motivation for treatment in alcoholics. *Psychological Reports*, 21, 11-52
- Liau, A., Diclemente, R., Wingood, G., Crosby, R., Williams, K., Harrington, K., Davies S. & Hook, E. (2002). Associations between biologically confirmed marijuana use and laboratory confirmed sexually transmitted diseases among African American adolescent females. *Sex Transm Dis.*, 29, 387-90.
- López A., Juan, J. & Valdés, M. (dir.) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- LLorente del Pozo J.M. & Iraurgi-Castillo, I. (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabitación de cocaína. *Trastornos Adictivos*, 10(4), 252-74
- MacNair, R.R. & Corazzini, J.G. (1994). Client factors influencing group therapy dropouts. *Psychotherapy*, 31, 352- 362.
- Mahoney, M. (1991). *Human Change Processes: The Scientific Foundations of Psychotherapy*. New York, USA: Basic Book.
- Maglione, M., Chao, B. & Anglin MD. (2000). Correlates of outpatient drug treatment drop-out among methamphetamine users. *J Psychoact Drugs*, 32, 221-8
- Martínez & Martínez (2003). *Desarrollo y Evaluación de un Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician en el consumo de alcohol y otras drogas*. Tesis Doctoral inédita, Facultad de Psicología, UNAM. México D.F.
- Marrero CA, Robles RR, Colon HM, Reyes JC, Matos TD & Sahai, H. (2005). Factors associated with drug treatment dropout among injection drug users in Puerto Rico. *Addict Behav.*, 30, 397-402
- Mateluna, X., Weldt, C., Almarza, E. & Reyes, M. (2005). Medición de la calidad del servicio de Salud Mental de un servicio de salud universitario en función de los índices de satisfacción de un grupo de usuarios. *Terapia psicológica*, 23(2), 45-54. Recuperado el 10 de junio de 2010 de:  
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=78523205>

- Miller, W.R. (1989). Matching individuals with interventions. En: R.K. Hester & W.R. Miller (Comps.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives*. Elmsford, N.Y.: Pergamon Press.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1999). *Entrevista Motivacional*. Barcelona, España: Paidós.
- Monti, P., Abrams, D., Kadden, R. & Cooney. S. (1989). Treating Alcohol Dependence. *Treatment Manuals for Practitioners*. Nueva York: Guilford Press
- Moreau, J. J. (1973). *Hashish and mental illness*. Traducción del original publicado en francés en 1845. New York : Raven Press
- Nahas, G.G. (1985). Hashish and Drug abuse in Egypt during 14<sup>th</sup> 20<sup>th</sup> Century Bull. N.Y. *Acad. Med.*, 61, 428-444.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). *Drogas de Abuso / Temas relacionados Marihuana*. Recuperado 2 de marzo 2010 de: <http://www.nida.nih.gov/DrugPages/Marijuana.html>
- Newcombe, T. & Bentler, P. (1988). *Consequences of adolescent drug use: impact on the lives of young adults*. Newbury Park, CA: Sage
- Nezu, A. & Nezu, CH. (1995) Entrenamiento en Solución de Problemas. En Caballo, V. (Comp.), *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Madrid: Siglo XXI
- Nierenberg, T., Sobell, L. y Sobell, M. (1980). Effective and inexpensive procedures for decreasing client attrition in an outpatient alcohol treatment program. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 7, 73-82
- Norma Oficial Mexicana: NOM-028-SSA2-1999. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Secretaría de Salud. (2000). Diario Oficial de la Federación.
- Núñez, L. (2001). Deterioro cognitivo tras consumo de cannabis. *Rev Esp Neurol.*, 33, 482-6.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) (2010). *Informe Mundial Sobre las Drogas 2009*. Recuperado el 5 de marzo de 2010 de: [http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR\\_2009/Executive\\_summary\\_Spanish.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/Executive_summary_Spanish.pdf)



- Quiroga, M. (2000). Cannabis: efectos nocivos sobre la salud mental. *Adicciones*, 12, 135-148.
- Organización Mundial de la Salud (1992). "Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas". En *Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor
- Prochaska, J. & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- Puente-Silva, F. (1984). Adherencia terapéutica. Implicaciones para México. Simposium Adherencia Terapéutica XIII Congreso Internacional de Psicología. Recuperado 8 de mayo 2010 de: [www.saptel.org.mx/Articulos/AdherenciaTerapeutica](http://www.saptel.org.mx/Articulos/AdherenciaTerapeutica).
- Puerta C., Domínguez, A., Miranda M., Pedrero E. & Pérez M. (2008). Estudio de las causas de abandono del tratamiento en un centro de atención a drogodependientes. *Trastornos Adictivos*, 10, (2) ,112-120
- Ryan, R., Plant, R. & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement and dropout. *Addictive Behaviors*, 20, 279-297
- Ravndal, E., Vaglum, P. & Lauritzen, G. (2005). Completion of long-term inpatient treatment of drug abusers: A prospective study from 13 different units. *Eur Addict Res*.11,(4), 180-5. Recuperado el 15 de mayo 2010 de: Labome.org. University of Oslo [www.labome.org/expert/norway/university/.../per-vaglum-353479.html](http://www.labome.org/expert/norway/university/.../per-vaglum-353479.html)
- Rubinstein, E. (1997). *Algunas consideraciones sobre deserción del tratamiento de farmacodependencia*. Tesis de Maestría inédita, Facultad de Psicología, UNAM. México, D. F.
- Robles, N. (2003). *Comparación de las características de los pacientes que finalizan y abandonan un tratamiento cognitivo conductual de adicción a la cocaína*. Tesis de Licenciatura inédita, Facultad de Psicología, UNAM. México. D.F.
- Rollnick, S. & MacEwan, I. (1991). "Alcohol counselling in context". En R. Davison, S. Rollnick & I. MacEwan (comps.), *Counselling problema drinkers* (pp. 97-114). Londres: Tavistock/Routledge.

- Secades, R., Fernández, R. & Fernández, J. R. (1998). Factores asociados a la retención de heroinómanos en un programa libre de drogas. *Adicciones*, 10, 53-58.
- Secades, R. & Fernández, J. R. (2000). Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones*, 12 (3), 353- 363
- Simpson, D. (1984). National treatment system evaluation based on the Drug Abuse Reporting Program (DARP) followup research. En F.M. Tims & J.P. Ludford (Eds.), *Drug abuse treatment evaluation: Strategies, progress, and prospects*. NIDA Research Monograph, nº 51. Recuperado 2 de abril 2010 de: <http://archives.drugabuse.gov/pdf/monographs/51.pdf>
- Simpson, DD., Joe, GW., Rowan-Szal, G. & Greener, JM. (1997). Drug abuse treatment process components that improve retention. *J Subst Abuse Treat*, 14, 565-72
- Sirotnik, K. & Roffe, M. (1978). An investigation of the feasibility of predicting outcome indices in the treatment of heroin addiction. *International Journal of the Addictions*. 12, 755-775.
- Sirvent, C., Villa Moral, M., Blanco, P., Rivas, C., Linares, M. & Quintana, L. (2010). Predicción del abandono (vs. éxito) terapéutico en adicciones. (Presentación del cuestionario VPA-30 (© Sirvent, 2009) de variables predictoras de abandono y adherencia al tratamiento en adicciones). Trabajo presentado en: 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis 2010*. Recuperado 18 de febrero de 2010 de: <http://www.bibliopsiquis.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/754/3/1cof945612.pdf>
- Sobell, L. & Sobell, M. (1992). Timeline follow – back: A technique for assessing self-reported ethanol consumption. En Allen, J. y Litten, R. (Eds.). *Measuring alcohol consumption Psychosocial and Biological Methods*. New Jersey: Human Press.
- Sobell, M. & Sobell, L. (1993). *Problem Drinkers. Guided Self Change Treatment*. New York : The Guilford Press
- Staddon, J.E. (2001). *The new behaviorism: Mind, mechanism and society*. Philadelphia, PA: Psychology Press
- SPSS, 2006. *Statistical Package for the Social Sciences v.15.0*. SPSS Inc., Chicago, Illinois: USA .
- Skinner, B.F. (1938). *The behavior of organisms: An experimental analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.



- Swett, C. & Noones, J. (1989). Factors associated with premature termination from outpatients treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 947-951
- Wiesbeck GA, Schuckit MA, Kalmijn JA, Tipp JE, Bucholz KK, Smith TL (1996). An Evaluation of the History of a Marijuana Withdrawal Syndrome in a Large Population. *Addiction*, 91(10),1469- 1478.
- Welsh, J., Buchsbaum, D. & Kaplan, C. (1993). Quality of life of alcoholics and non alcoholics: Does excessive drinking make a difference in the urban setting. *Quality of life research: An International of quality of life aspects*, 2, (5), pp.335-340.

## ANEXO 1.

# INSTRUMENTOS DE ADMISIÓN



## CUESTIONARIO DE ABUSO DE DROGAS

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

Pre – tratamiento (  ) Post – tratamiento (  ) 1er seguimiento (  ) 2do  
seguimiento (  ) 3er seguimiento (  ) 4to seguimiento (  )

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

Con "abuso de droga" nos referimos al uso excesivo de drogas médicas prescritas o cualquier uso de drogas no médicas, que trae consigo consecuencias adversas significativas y recurrentes en diversas áreas de su vida, relacionadas con el consumo de estas sustancias, pero no tan graves que emplee la mayor parte de su tiempo en el consumo y que acarree problemas fisiológicos.

Entre las drogas que se pueden incluir están: Cannabis (marihuana, hashis), solventes (pegamento), tranquilizantes (Valium), barbitúricos, cocaína, estimulantes (speed), alucinógenos (LSD) o narcóticos (heroína). Recuerde que los reactivos no incluyen a las bebidas alcohólicas.

**Por favor responda a todos los reactivos.** Si tiene alguna dificultad con las afirmaciones, escoja la respuesta más adecuada a su caso.

*Le agradecemos su participación.*

<sup>1</sup> Recuerde que estos reactivos se refieren a los últimos 12 meses\*

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

<sup>1</sup> Skinner, (1982).



## REPETICIÓN DE DÍGITOS SÍMBOLOS Y DÍGITOS

Usuario: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Puntuación Normalizada		Conocimientos		Comprensión		Aritmética		Similitudes		Repetición de Dígitos		Vocabulario		Símbolos y Dígitos		Figuras Incompletas		Diseño con Cubos		Orden de Figuras		Ensamble de Objetos		Puntuación Normalizada	
19	29	27-28	26	17	78-80	87-90	76-77	83-86	21	48	36	44	18												
18	28	26	25	24	76-77	83-86	74-75	79-82	17	46	35	43	17												
17	27	25	18	24	71-73	76-78	67-70	72-75	20	47	34	42	16												
16	26	24	17	23	63-66	69-71	59-62	66-68	18	42-43	30-31	38-39	13												
15	25	23	16	22	54-58	62-65	47-53	58-61	15-16	35-38	26-27	34-35	11												
14	23-24	22	15	21	40-46	52-57	32-39	47-51	12-13	28-30	20-22	28-30	9												
13	21-22	21	14	19-20	26-21	41-46	22-25	35-40	8-9	21-24	15-17	22-24	7												
12	19-20	20	13	17-18	18-21	29-34	14-17	23-28	5	13-16	9-11	15-18	5												
11	17-18	19	12	15-16	11-12	14	9	9-10	4	10-12	8	11-14	4												
10	15-16	17-18	11	13-14	11-12	10	6	4-8	3	6-9	7	8-10	3												
9	13-14	15-16	10	11-12	7-8	5-6	3	2	2	2	4	2	2												
8	11-12	14	9	9-10	5-6	4	3	7	1	1	3	1	1												
7	9-10	12-13	7-8	7-8	3	2	1	6	0	0	0-2	0	0												
6	7-8	10-11	6	5-6	2	1	1	6	0	0	0	0	0												
5	5-6	8-9	5	4	1	1	1	6	0	0	0	0	0												
4	4	6-7	4	3	7	7	7	7	0	0	0	0	0												
3	3	5	3	2	10	10	10	10	0	0	0	0	0												
2	2	4	2	1	9	9	9	9	0	0	0	0	0												
1	1	3	1	1	4-8	12	8	12	0	0	0	0	0												
0	0	0-2	0	0	0-7	0-11	0-7	0-11	0	0-1	0-4	0-2	0												

REPETICIÓN DE DÍGITOS	CALIFICACIÓN
<i>Hacia adelante</i>	<i>Encierre</i>
5-8-2	3
6-9-4	3
6-4-3-9	4
7-2-8-6	4
4-2-7-3-1	5
7-5-8-3-6	5
6-1-9-4-7-3	6
3-9-2-4-8-7	6
5-9-1-7-4-2-8	7
4-1-7-9-3-8-6	7
5-8-1-9-2-6-4-7	8
3-8-2-9-5-1-7-4	8
2-7-5-8-6-2-5-8-4	9
7-1-3-9-4-2-5-6-8	9
<i>Hacia atrás</i>	
2-4	2
5-8	2
6-2-9	3
4-1-5	3
3-2-7-9	4
4-9-6-8	4
1-5-2-8-6	5
6-1-8-4-3	5
5-3-9-4-1-8	6
7-2-4-8-5-6	6
8-1-2-9-3-6-5	7
4-7-3-9-1-2-8	7
9-4-3-7-6-2-5-8	8
7-2-8-1-9-6-5-3	8
Ad__ + At__ =	

Mayor No. encerrado



SÍMBOLOS Y  
DÍGITOS



PUNTAJE

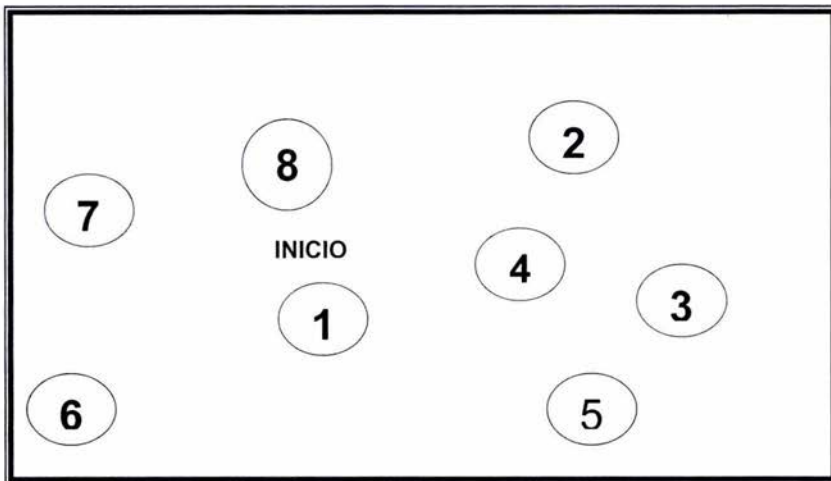
EJEMPLOS

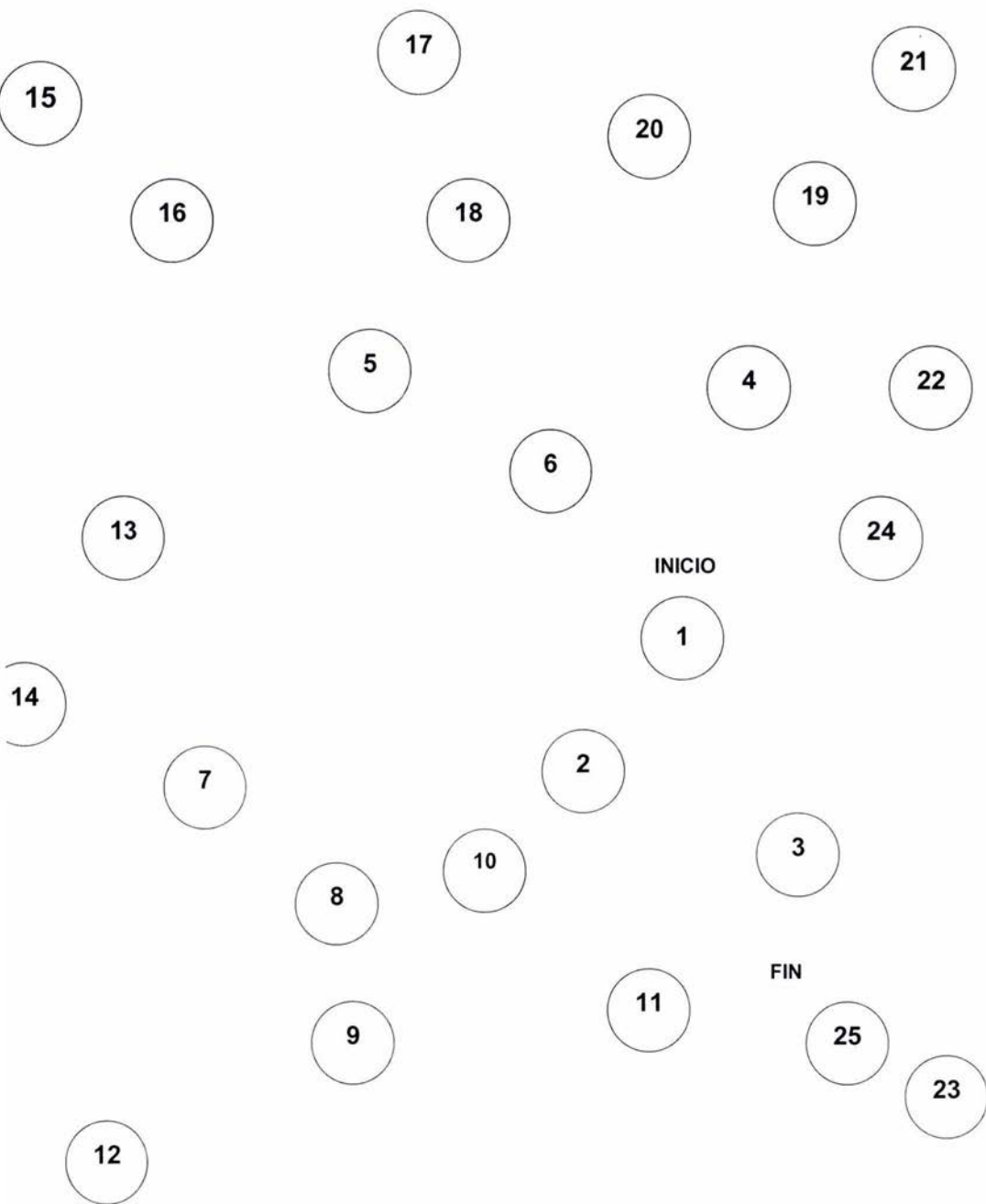
2	1	3	7	2	4	8	1	5	4	2	1	3	2	1	4	2	3	5	2	3	1	4	6	3
1	5	4	2	7	6	3	5	7	2	8	5	4	6	3	7	2	8	1	9	5	8	4	7	3
6	2	5	1	9	2	8	3	7	4	6	5	9	4	8	3	7	2	6	1	5	4	6	3	7
9	2	8	1	7	9	4	6	8	5	9	7	1	8	5	2	9	4	8	6	3	7	9	8	6



## PRUEBA PARTE A

### EJEMPLO



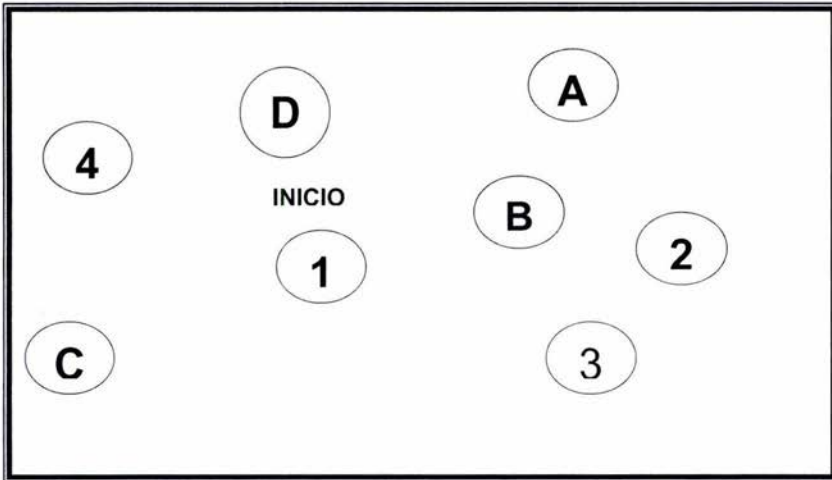






## PRUEBA PARTE B

### EJEMPLO



FIN

13

10

I

9

D

8

B

4

3

INICIO

7

5

H

1

C

12

G

A

J

L

2

6

K

F

E

11

## INVENTARIO DE BECK (BDI)

Usuario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Pre-tratamiento ( ) Post-tratamiento ( ) 1er. Seg. ( ) 2do. Seg. ( ) 3er. Seg. ( ) 4to Seg ( )

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que se **SINTIÓ LA SEMANA PASADA INCLUSIVE EL DÍA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

<p>0. Yo no me siento triste            1. Me siento triste            2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo            3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo</p>	<p>0. Yo no me siento que esté siendo castigado            1. Siento que podría ser castigado            2. Espero ser castigado            3. Siento que he sido castigado</p>
<p>0. En general no me siento descorazonado por el futuro            1. Me siento descorazonado por mi futuro            2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro            3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar</p>	<p>0. Yo no me siento desilusionado de mi mismo            1. Estoy desilusionado de mi mismo            2. Estoy disgustado conmigo mismo            3. Me odio</p>
<p>0. Yo no me siento como un fracasado            1. Siento que he fracasado más que las personas en general.            2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos            3. Siento que soy un completo fracaso como persona</p>	<p>0. Yo no me siento que sea peor que otras personas            1. Me critico a mi mismo por mis debilidades o errores            2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas            3. Me culpo por todo lo malo que sucede</p>
<p>0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo            1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo            2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada            3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo</p>	<p>0. Yo no tengo pensamientos suicidas            1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo            2. Me gustaría suicidarme            3. Me suicidaría si tuviera oportunidad</p>
<p>0. En realidad yo no me siento culpable            1. Me siento culpable en gran parte del tiempo            2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo            3. Me siento culpable todo el tiempo</p>	<p>0. Yo no lloro más de lo usual            1. Llora más de lo que solía hacerlo            2. Actualmente lloro todo el tiempo            3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo</p>
<p>0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar            1. Me enojo o me irrito más fácilmente que antes            2. Me siento irritado todo el tiempo            3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo</p>	<p>0. Mi apetito no es peor de lo habitual            1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo            2. Mi apetito está muy mal ahora            3. No tengo apetito de nada</p>

<p>0.<sup>2</sup> Yo no he perdido el interés en la gente</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar</li> <li>2. He perdido en gran medida el interés en la gente</li> <li>3. He perdido todo el interés en la gente</li> </ol>	<p>0. Yo no he perdido mucho peso últimamente</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. He perdido más de dos kilogramos</li> <li>2. He perdido mas de cinco kilogramos</li> <li>3. He perdido más de ocho kilogramos</li> </ol> <p>A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos. Sí _____ No _____</p>
<p>0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pospongo tomar decisiones más que antes</li> <li>2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes</li> <li>3. Ya no puedo tomar decisiones</li> </ol>	<p>0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estoy preocupado acerca de los problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación</li> <li>2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más</li> <li>3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa</li> </ol>
<p>0. Yo no siento que me vea peor de cómo me veía</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estoy preocupado (a) por verme viejo (a) o poco atractivo (a)</li> <li>2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a)</li> <li>3. Creo que me veo feo (a)</li> </ol>	<p>0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba</li> <li>2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora</li> <li>3. He perdido completamente el interés por el sexo</li> </ol>
<p>0. Puedo trabajar tan bien como antes</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Requiero de más esfuerzo para iniciar algo</li> <li>2. Tengo que obligarme para hacer algo</li> <li>3. Yo no puedo hacer ningún trabajo</li> </ol>	
<p>0. Puedo dormir tan bien como antes</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo</li> <li>2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir</li> <li>3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormir</li> </ol>	
<p>0. Yo no me canso más de lo habitual</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo</li> <li>2. Con cualquier cosa que haga me canso</li> <li>3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa</li> </ol>	

<p><b>Puntaje Crudo</b></p> <p>0 a 9 10 a 16 17 a 29 30 a 63</p>	<p><b>Nivel de depresión</b></p> <p>Mínima Leve Moderada Severa</p>	<p>Diagnóstico:</p>
		<p>Observaciones:</p>

## INVENTARIO DE BECK (BAI)

Usuario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Pre-tratamiento ( ) Post-tratamiento ( ) 1er. Seg. ( ) 2do. Seg. ( ) 3er. Seg. ( ) 4to. Seg. ( )

**Instrucciones:** En el recuadro de abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuanto te ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una x según la intensidad de la molestia.

	Poco o nada	Más o menos	Moderadamente	Severamente
1. Entumecimiento, hormigueo				
2. Sentir oleadas de calor (bochorno)				
3. Debilitamiento de las piernas				
4. Dificultad para relajarse				
5. Miedo a que pase lo peor				
6. Sensación de mareo				
7. Opresión en el pecho o latidos acelerados				
8. Inseguridad				
9. Terror				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo				
12. Manos temblorosas				
13. Cuerpo tembloroso				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Asustado				
18. Indigestión o malestar estomacal				
19. Debilidad				
20. Ruborizarse				
21. Sudoración (no debida al calor)				

Versión estandarizada por Rubén Varela Domínguez y Enedina Villegas Hernández. Facultad de Psicología UNAM (2001).

0 – 5	Mínima	
6 – 15	Leve	
16 – 30	Moderada	
31 – 63	Severa	Puntaje:



## Cuestionario de Pre-selección

- |   |  |           |           |
|---|--|-----------|-----------|
| 1 | Por lo menos 18 años de edad pero no mayor de 70 años  | SI        | <u>NO</u> |
| 2 | Sabe leer y escribir   | SI        | <u>NO</u> |
| 3 | Domicilio permanente   | SI        | <u>NO</u> |
| 4 | En la actualidad trabaja   | SI        | NO        |
| 5 | En la actualidad vive con su familia   | SI        | NO        |
|   | Después de algunos días de haber dejado de consumir marihuana, ha experimentado los siguientes síntomas: Ansiedad, insomnio, cansancio, dificultad de concentración y agresividad. | <u>SI</u> | NO        |
| 6 |  | <u>SI</u> | NO        |
| 7 | Consumo más de 5 cigarrillos al día  |           |           |

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, otorgo mi consentimiento para participar como usuario en la Intervención Breve para Usuarios de Marihuana (IBUM), la cual está integrada por 8 sesiones.

Estoy de acuerdo en que como parte del tratamiento contestaré algunos cuestionarios, leeré algunos materiales, realizaré ejercicios relacionados con las lecturas asignadas y llevaré registros diarios de mi consumo de marihuana. En el entendido de que la información y datos que proporcione durante el tratamiento y seguimiento, serán resguardados y considerados como confidenciales.

Estoy de acuerdo en participar en el seguimiento de mi tratamiento, por lo que me comprometo a asistir a las cuatro entrevistas que con este fin serán programadas al 1ro, 3ro, 6to y 12avo. mes posterior a la terminación del tratamiento. Se me ha informado que estas entrevistas tendrán como propósito evaluar la efectividad de la intervención, por lo que se me solicitará información acerca de mi consumo de marihuana y las conductas relacionadas con el mismo.

Estoy de acuerdo en proporcionar, nombre, dirección y teléfono de dos personas cercanas a mí para que puedan ser entrevistadas y proporcionen información de mi consumo reciente de marihuana, así como de algunas conductas relacionadas. Entiendo que la información se le pedirá sólo a una persona, la cual será informada de mi autorización para ser entrevistada. Doy el nombre de dos personas en caso de que una de ellas no pueda ser contactada o se rehúse a participar.

<b>NOMBRE</b> _____
<b>DIRECCIÓN:</b> _____ (calle) (número) (Colonia)
_____ (ciudad) (código Postal)
<b>TELÉFONO:</b> _____ (casa) (oficina)
<b>PARENTESCO:</b> _____

<b>NOMBRE :</b> _____
<b>DIRECCIÓN:</b> _____ (calle) (número) (Colonia)
_____ (ciudad) (código Postal)
<b>TELÉFONO:</b> _____ (casa) (oficina)
<b>PARENTESCO:</b> _____

## ANEXO 2.

# INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN



**ENTREVISTA INICIAL. CENTRO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN  
DE ADICCIONES (CEPREAA)**

No. de Expediente: _____	Fecha: _____
Nombre del terapeuta: _____	

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

- 1.- Nombre: (iniciales) \_\_\_\_\_ 2.- Edad: \_\_\_\_\_
- 2.- Sexo: \_\_\_\_ (1) Masculino \_\_\_\_ (2) Femenino
- 3.- Escolaridad \_\_\_\_ (años de estudio)  
(1) Primaria (2) Secundaria (3) Bachillerato (4) Carrera Técnica (5) Profesional (6) Posgrado
- 4.- Estado civil:  
\_\_\_\_ (1) Casado \_\_\_\_ (2) Soltero \_\_\_\_ (3) Separado \_\_\_\_ (4) Divorciado \_\_\_\_ (5) Unión libre \_\_\_\_ (6) Viudo
- 5.- Con quien vive actualmente (marque las opciones necesarias):  
\_\_\_\_ (1) Esposo(a) \_\_\_\_ (2) Hijos \_\_\_\_ (3) Padres \_\_\_\_ (4) Hermanos \_\_\_\_ (5) Amigos \_\_\_\_ (6) Parientes \_\_\_\_ (7) Solo
- 6.- ¿Vive más de una familia en la misma casa? (1) SI, ¿Cuántas? \_\_\_\_ (2) NO
- 7.- ¿Quién o quienes apoyan económicamente a la familia (aunque por el momento estén desempleados)? \_\_\_\_\_
- 8.- Lugar de residencia en la actualidad:  
\_\_\_\_ (1) Casa propia \_\_\_\_ (2) Depto. o casa rentada \_\_\_\_ (3) Cuarto \_\_\_\_ (4) Pensión \_\_\_\_ (6) Otra
- 9.- En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se ha cambiado de casa? \_\_\_\_\_
- 10.- Ocupación actual: \_\_\_\_\_
- 11.- ¿Cómo se enteró de este servicio? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 12.- Motivo de Consulta o causa por la cual solicita ayuda: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CONSUMO DE SUSTANCIAS**

- 13.- Principal sustancia de consumo (Marque sólo una)  
\_\_\_\_ (1) Alcohol \_\_\_\_ (2) Tabaco \_\_\_\_ (3) Marihuana \_\_\_\_ (4) Cocaína \_\_\_\_ (5) Crack \_\_\_\_ (6) Pastillas  
\_\_\_\_ (7) Otras (drogas): \_\_\_\_\_
- 14.- En caso de consumo de alcohol ¿en qué porcentaje (0 a 100%) consume las siguientes bebidas?

\_\_\_\_\_ 0-100% Cerveza \_\_\_\_\_ 0-100% Vino \_\_\_\_\_ 0-100% pulque \_\_\_\_\_ 0-100%(ron, ginebra, aguardiente, vodka, whisky, tequila, mezcal, etc.) \_\_\_\_\_ 0-100% Coolers

15.- Por cuantos años ha consumido alcohol / tabaco / drogas: \_\_\_\_\_

16.- Por cuantos años consume en forma excesiva alcohol/tabaco/drogas: \_\_\_\_\_

17.- Por cuantos años tiene problemas por su consumo de alcohol/tabaco/drogas: \_\_\_\_\_

18.- Normalmente consume: \_\_\_\_\_ (1) solo \_\_\_\_\_ (2) acompañado

19.- El lugar donde consume normalmente es: \_\_\_\_\_ (1) público \_\_\_\_\_ (2) privado.

20.- Una vez que empieza a consumir alcohol/tabaco/drogas ¿Puede detener su consumo voluntariamente? \_\_\_\_\_ (1) SI \_\_\_\_\_ (2) NO

21.- ¿Cuánto tiempo le lleva consumir (una dosis de esa sustancia por ejemplo una copa, un cigarro de marihuana, un gramo de cocaína, etc.)? \_\_\_\_\_

22.- ¿Cuánto tiempo pasa entre que se termina una copa (o una dosis de alguna otra droga) y consume la siguiente? \_\_\_\_\_

23.- ¿Cuánto tiempo dura en total el episodio de consumo de alcohol/tabaco/drogas? \_\_\_\_\_

24.- Mensualmente, qué porcentaje de su sueldo, utiliza en comprar:  
 \_\_\_\_\_ Alcohol \_\_\_\_\_ Tabaco \_\_\_\_\_ Drogas

De acuerdo con la siguiente escala, señale la opción que mejor describa su consumo de alcohol durante los últimos 12 meses (marque sólo una opción):

Tipo de problema	26. Alcohol	27. Tabaco	28. Drogas
1. Sin problema			
2. Un pequeño problema (estoy preocupado al respecto, pero no he tenido ninguna experiencia negativa).			
3. Un problema menor (he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que puede considerarse seria)			
4. Un problema mayor (he tenido algunas consecuencias, una de las cuales puede considerarse seria)			
5. Un gran problema (he tenido algunas consecuencias negativas, dos de las cuales pueden considerarse serias).			

25.- Desde que el consumo de alcohol/tabaco/drogas se ha convertido en un problema ¿cuál es el mayor tiempo en que se ha propuesto no consumir, y no ha consumido nada de alcohol/tabaco/drogas? (mayor periodo de abstinencia). Si nunca se ha abstenido marque "0"). \_\_\_\_\_ ¿Cuándo ocurrió? \_\_\_\_\_ (Mes y Año)

26.- ¿Por qué se abstuvo en esa ocasión? \_\_\_\_\_

27.- ¿Fuma? . \_\_\_\_\_ (1) Nunca he fumado \_\_\_\_\_ (2) Actualmente fumo

28.- Si fue fumador ¿Cuánto tiempo tiene de no fumar? \_\_\_(3) Menos de 1 año \_\_\_(4) Más de 1

29.- ¿Por cuanto tiempo ha sido un fumador regular? \_\_\_\_\_

30.- Promedio de cigarros fumados diariamente: \_\_\_\_\_

31.- Número de minutos que pasan desde que se despierta en las mañanas hasta que enciende su primer cigarrillo: \_\_\_ (Para ex fumadores, cuando fumaba).

32.- Actualmente ¿Qué tan importante es para usted dejar de consumir alcohol, tabaco o droga?

\_\_\_(1) Nada importante \_\_\_ (2) Poco importante \_\_\_ (3) Importante \_\_\_ (4) Muy importante

33.- Mencione dos razones por las cuales es importante para usted dejar de consumir:

\_\_\_\_\_

34.- ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento o ayuda para resolver problemas de alcohol, tabaco o droga? \_\_\_(1) No, nunca \_\_\_(2) Si

Tipo de tratamiento/ ayuda	Alcohol	Drogas	Tabaco	Duración	Fecha
Centro de desintoxicación					
Tratamiento de consulta externa					
Internamiento					
Tratamiento médico					
Tratamiento psiquiátrico					
Grupos de Auto-ayuda					

35.- ¿Está siendo atendido por algún problema de salud en la actualidad? \_\_\_(1)No \_\_\_(2)Si  
¿Cuál?: \_\_\_\_\_

36.- ¿Está tomando algún medicamento por prescripción médica o se está auto-medicando? \_\_\_(1)No \_\_\_(2)Si. ¿Cuál (Cada cuándo, por qué?): \_\_\_\_\_

37.- ¿Qué problemas de salud le ha generado el consumo del alcohol, tabaco o drogas?  
\_\_\_\_\_

38.- En los últimos 12 meses ¿Cuántos días estuvo en el hospital por problemas que se relacionan con el consumo de alcohol/tabaco/drogas? \_\_\_\_\_

39.-¿Cuándo está con amigos o familiares, éstos lo presionan a consumir alcohol, tabaco o drogas? \_\_\_(1) No \_\_\_ (2) Si, pero sólo mis amigos \_\_\_(3) Si, pero sólo mi familia \_\_\_(4) Si, tanto mis amigos como mi familia

40.- Entre sus amigos o familiares, ¿quiénes lo ayudarían a cambiar su consumo de alcohol/tabaco/drogas? \_\_\_\_\_

41.- ¿Algunas de las personas que se enlistan a continuación han usado algún tipo de droga (especifique si se trata de alcohol, tabaco u otra droga)?

	SI/NO	¿Qué sustancia?	45. ¿Ha tenido problemas con alguna? ¿Cuál?
1) Papá			
2) Mamá			
3) Hermano (a)			
4) Amigo			
5) Algún familiar que vive contigo.			
6) Pareja			
7) Conocido			

42. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido algún conflicto familiar grave? \_\_\_ (1) No \_\_\_ (2) Si, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

43.- Situación laboral (marque solo una opción):

\_\_\_\_ (1) Tiempo completo \_\_\_ (2) Medio tiempo \_\_\_ (6) Trabaja y estudia \_\_\_ (3) Sin empleo  
 \_\_\_ (5) Estudiante \_\_\_ (8) Labores del hogar \_\_\_ (7) Jubilado

44.- Tiempo de trabajo en la ocupación actual: \_\_\_\_\_

45.- En los últimos 12 meses, ¿cuántas semanas, estuvo desempleado? \_\_\_\_\_

46.- En los últimos 12 meses, ¿cuántos días no trabajó como resultado del consumo alcohol, tabaco y/o drogas (0 a 365)? \_\_\_\_\_

47.- En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces perdió el empleo?, como resultado de consumir alcohol, tabaco y/o drogas (0 a 365): \_\_\_\_\_

48.- En caso de ser estudiante: ¿Asiste a la escuela de forma regular? \_\_\_ (1) No \_\_\_ (2) Si

49.- ¿Cuál fue el promedio escolar del año pasado? \_\_\_ ¿Cuál es su promedio actual \_\_\_

50.- ¿Debe alguna materia? \_\_\_ (1) Si \_\_\_ (2) No ¿Cuántas? \_\_\_\_\_

51.- Actualmente ¿Cómo considera su desempeño escolar?

1) Muy bueno 2) Bueno 3) Regular 4) Malo 5) Muy malo

52.- ¿Ha interrumpido sus estudios durante seis meses o más? \_\_\_ (1) No, \_\_\_ (2) Si

53.- ¿Hace cuánto? (años y/o meses) \_\_\_\_\_

54.- ¿Cuántos días ha faltado a la escuela en este año por consumo de alcohol / drogas?  
 \_\_\_ (1) ninguno. \_\_\_ (2) 1 a 2 días \_\_\_ (3) 3 a 5 días \_\_\_ (4) 6 o más días

55.- ¿Ha tenido algún problema grave en la escuela relacionado con su consumo de alcohol/drogas? \_\_\_ (1) Sí \_\_\_ (2) No. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

56.- ¿Qué actividades realiza en su tiempo libre? (Puede marcar más de una)

1) Ninguna ( ) 2) Leer ( ) 3) Hacer deporte ( ) 4) Ir al cine, teatro y museos ( )  
 5) Ir a fiestas, discotecas o bares ( ) 6) Salir con la familia ( ) 7) Otras \_\_\_\_\_

57.- ¿Qué tan satisfecho está con "su forma (estilo) de vida" en este momento?

\_\_\_ (1) Muy satisfecho \_\_\_ (2) Satisfecho \_\_\_ (3) Insatisfecho \_\_\_ (4) Muy insatisfecho

58.- ¿Se siente triste con frecuencia? \_\_\_ (1) No \_\_\_ (2) Si ¿Cuáles son las causas?

59.- ¿Se siente ansioso/a con frecuencia?(1) \_\_\_ No (2) \_\_\_ Si ¿Cuáles son las causas?

60.- ¿Ha tenido alguna vez, ideas suicidas? (1) \_\_\_ No (2) \_\_\_ Si ¿Por qué?

61.- Durante el último mes, ha sentido que:

Número de días	0 días	1 a 3 días	4 a 6 días	7 o más días
No puede seguir adelante	1	2	3	4
Pensamientos sobre la muerte	1	2	3	4
Pensamientos sobre que la familia estaría mejor si estuviera muerto	1	2	3	4
Pensó en matarse	1	2	3	4

62.- ¿Cuáles son sus metas para el futuro?

63.- Sustancias Consumidas:

CÓDIGO DE FRECUENCIA DE CONSUMO					
Si el cuadro "consumo" contesta "NO" el resto del cuadro debe permanecer en blanco		0= No consume 1= menos de un trago al mes 2= 1 vez al mes		3= 1 o 2 veces a la semana 4= 3 a 6 veces a la semana 5= Diariamente	
SUSTANCIA	Consumo ❖ 1= No 2= Si	Forma de Consumo 1) Oral 2) Inyectada 3) Fumada 4 )Inhalada 5 )Otras	Frecuencia de consumo (últimos 90 días)	Cantidad consumida con más frecuencia (últimos 90 días)	Número de intentos de reducción o abstinencia en la vida.
Alcohol					
Tabaco					
Marihuana					
Cocaína					
Crack					
Heroína					
Metanfetaminas					
Inhalables					
Alucinógenos					
Drogas de diseño					
Medicamentos estimulantes					
Medicamentos depresores					
Otras					

#### 64.- CONSECUENCIAS ADVERSAS AL USO DE SUSTANCIAS

A continuación se enlistan una serie de problemas que pueden estar relacionados con el consumo de drogas en los últimos 12 meses, menciona cuáles concuerdan con tu caso:

¿Qué tanto afecta tu vida? 1 al 10 en donde: 1= nada 5 = regular 10 = mucho		Frecuencia: número de días en que sucedió en un mes y cuántos meses ocurrió.					
Problema		Sustancia 1		Sustancia 2		Sustancia 3	
		F r e c.	¿Qué tanto afecta tu vida	F r e c.	¿Qué tanto afecta tu vida?	F r e c.	¿Qué tanto afecta tu vida?
<b>De salud</b> daño neurológico gastritis, úlceras, pancreatitis, cirrosis, alteraciones cardiovasculares	Ninguno ____ Agudo ____ Crónico ____						
<b>Daño Cognitivo</b> dificultad para decidir, problemas de memoria, de concentración olvidos, delirios, etc.)	Ninguno ____ Agudo ____ Crónico ____						
<b>Afectivo o emocional</b> (cambios de humor o personalidad, tristeza, ansiedad, irritabilidad, otras).	Ninguno ____ Agudo ____ Crónico ____						
<b>Interpersonales</b> (aislamiento, pérdida de confianza, problemas familiares, problemas de pareja, falta de comunicación, otras).	Ninguno ____ Agudo ____ Crónico ____						
<b>Agresión</b> (abuso verbal, violencia física, riñas o peleas, tomar dinero o cosas de valor que no le pertenecen, violencia física, etc.	Ninguno ____ Agudo ____ Crónico ____						
<b>Legales</b> (demandas, arrestos, alcoholímetro, manejo de armas, otras)	Ninguno ____ Agudo ____ Crónico ____						
<b>Económicos</b> (gasto excesivo, falta de dinero, deudas, quiebra, otros)	Ninguno ____ Agudo ____ Crónico ____						
<b>Laborales</b> (ausentismo, retardos, conflictos con sus compañeros, problemas con su jefe, accidentes laborales, suspensión de pago, cambios de puesto, suspensiones, desempleo, otros).	Ninguno ____ Agudo ____ Crónico ____						
<b>Escolares</b> (inasistencias, retardos, expulsiones, peleas, reprobación, etc.)	Ninguno ____ Agudo ____ Crónico ____						

Firma del terapeuta \_\_\_\_\_

# LINEA BASE RETROSPECTIVA (LIBARE)

Fecha: \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Terapeuta: \_\_\_\_\_ Sesión: \_\_\_\_\_

2008

	Lun	Mar	Miér	Jue v	Vie	Sáb	Do m
<b>E</b>		1	2	3	4	5	6
<b>N</b>	7	8	9	10	11	12	13
<b>R</b>	14	15	16	17	18	19	20
<b>E</b>	21	22	23	24	25	26	27
<b>O</b>	28	29	30	31			
	Lun	Mar	Miér	Jue v	Vie	Sáb	Do m
<b>F</b>					1	2	3
<b>B</b>	4	5	6	7	8	9	10
<b>R</b>	11	12	13	14	15	16	17
<b>E</b>	18	19	20	21	22	23	24
	25	26	27	28	29		
	Lun	Mar	Miér	Jue v	Vie	Sáb	Do m
<b>M</b>						1	2
<b>A</b>	3	4	5	6	7	8	9
<b>R</b>	10	11	12	13	14	15	16
<b>Z</b>	17	18	19	20	21	22	23
<b>O</b>	24	25	26	27	28	29	30
	31						
	Lun	Mar	Miér	Jue v	Vie	Sáb	Do m
<b>A</b>		1	2	3	4	5	6
<b>R</b>	7	8	9	10	11	12	13
<b>I</b>	14	15	16	17	18	19	20
<b>L</b>	21	22	23	24	25	26	27
	28	29	30				
	Lun	Mar	Miér	Jue v	Vie	Sáb	Do m
<b>M</b>				1	2	3	4
<b>A</b>	5	6	7	8	9	10	11
<b>Y</b>	12	13	14	15	16	17	18
<b>O</b>	19	20	21	22	23	24	25
	26	27	28	29	30	31	
	Lun	Mar	Miér	Jue v	Vie	Sáb	Do m
<b>J</b>							1
<b>U</b>	2	3	4	5	6	7	8
<b>N</b>	9	10	11	12	13	14	15
<b>I</b>	16	17	18	19	20	21	22
<b>O</b>	23	24	25	26	27	28	29
	30						

	Lun	Mar	Miér	Jue v	Vie	Sáb	Do m
<b>J</b>		1	2	3	4	5	6
<b>U</b>	7	8	9	10	11	12	13
<b>L</b>	14	15	16	17	18	19	20
<b>I</b>	21	22	23	24	25	26	27
<b>O</b>	28	29	30	31			
	Lun	Mar	Miér	Jue v	Vie	Sáb	Do m
<b>A</b>					1	2	3
<b>G</b>	4	5	6	7	8	9	10
<b>O</b>	11	12	13	14	15	16	17
<b>S</b>	18	19	20	21	22	23	24
<b>T</b>	25	26	27	28	29	30	31
	Lun	Mar	Miér	Jue v	Vie	Sáb	Do m
<b>S</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>E</b>	8	9	10	11	12	13	14
<b>P</b>	15	16	17	18	19	20	21
<b>T</b>	22	23	24	25	26	27	28
<b>I</b>	29	30					
	Lun	Mar	Miér	Jue v	Vie	Sáb	Do m
<b>O</b>			1	2	3	4	5
<b>C</b>	6	7	8	9	10	11	12
<b>T</b>	13	14	15	16	17	18	19
<b>U</b>	20	21	22	23	24	25	26
<b>B</b>	27	28	29	30	31		
	Lun	Mar	Miér	Jue v	Vie	Sáb	Do m
<b>N</b>						1	2
<b>O</b>	3	4	5	6	7	8	9
<b>V</b>	10	11	12	13	14	15	16
<b>I</b>	17	18	19	20	21	22	23
<b>E</b>	24	25	26	27	28	29	30
	Lun	Mar	Miér	Jue v	Vie	Sáb	Do m
<b>D</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>I</b>	8	9	10	11	12	13	14
<b>C</b>	15	16	17	18	19	20	21
<b>I</b>	22	23	24	25	26	27	28
<b>E</b>	29	30	31				

2009

	Lun	Mar	Miér	Jue v	Vie	Sáb	Do m
<b>E</b>				1	2	3	4
<b>N</b>	5	6	7	8	9	10	11
<b>E</b>	12	13	14	15	16	17	18
<b>R</b>	19	20	21	22	23	24	25
<b>O</b>	26	27	28	29	30	31	

	Lun	Mar	Miér	Jue v	Vie	Sáb	Do m
<b>J</b>			1	2	3	4	5
<b>U</b>	6	7	8	9	10	11	12
<b>L</b>	13	14	15	16	17	18	19
<b>I</b>	20	21	22	23	24	25	26
<b>O</b>	27	28	29	30	31		

	Lun	Mar	Miér	Jue v	Vie	Sáb	Do m
<b>F</b>							1
<b>E</b>	2	3	4	5	6	7	8
<b>B</b>	9	10	11	12	13	14	15
<b>R</b>	16	17	18	19	20	21	22
<b>E</b>	23	24	25	26	27	28	

	Lun	Mar	Miér	Jue v	Vie	Sáb	Do m
<b>A</b>						1	2
<b>G</b>	3	4	5	6	7	8	9
<b>O</b>	10	11	12	13	14	15	16
<b>S</b>	17	18	19	20	21	22	23
<b>T</b>	24	25	26	27	28	29	30
	31						

	Lun	Mar	Miér	Jue v	Vie	Sáb	Do m
<b>M</b>							1
<b>A</b>	2	3	4	5	6	7	8
<b>R</b>	9	10	11	12	13	14	15
<b>Z</b>	16	17	18	19	20	21	22
<b>O</b>	23	24	25	26	27	28	29
	30	31					

	Lun	Mar	Miér	Jue v	Vie	Sáb	Do m
<b>S</b>		1	2	3	4	5	6
<b>E</b>	7	8	9	10	11	12	13
<b>P</b>	14	15	16	17	18	19	20
<b>T</b>	21	22	23	24	25	26	27
<b>I</b>	28	29	30				

	Lun	Mar	Miér	Jue v	Vie	Sáb	Do m
<b>A</b>			1	2	3	4	5
<b>B</b>	6	7	8	9	10	11	12
<b>R</b>	13	14	15	16	17	18	19
<b>I</b>	20	21	22	23	24	25	26
<b>L</b>	27	28	29	30			

	Lun	Mar	Miér	Jue v	Vie	Sáb	Do m
<b>O</b>				1	2	3	4
<b>C</b>	5	6	7	8	9	10	11
<b>T</b>	12	13	14	15	16	17	18
<b>U</b>	19	20	21	22	23	24	25
<b>B</b>	26	27	28	29	30	31	

	Lun	Mar	Miér	Jue v	Vie	Sáb	Do m
<b>M</b>					1	2	3
<b>A</b>	4	5	6	7	8	9	10
<b>Y</b>	11	12	13	14	15	16	17
<b>O</b>	18	19	20	21	22	23	24
	25	26	27	28	29	30	31

	Lun	Mar	Miér	Jue v	Vie	Sáb	Do m
<b>N</b>							1
<b>O</b>	2	3	4	5	6	7	8
<b>V</b>	9	10	11	12	13	14	15
<b>I</b>	16	17	18	19	20	21	22
<b>E</b>	23	24	25	26	27	28	29
	30						

	Lun	Mar	Miér	Jue v	Vie	Sáb	Do m
<b>J</b>	1	2	3	4	5	6	7
<b>U</b>	8	9	10	11	12	13	14
<b>N</b>	15	16	17	18	19	20	21
<b>I</b>	22	23	24	25	26	27	28
<b>O</b>	29	30					

	Lun	Mar	Miér	Jue v	Vie	Sáb	Do m
<b>D</b>		1	2	3	4	5	6
<b>I</b>	7	8	9	10	11	12	13
<b>C</b>	14	15	16	17	18	19	20
<b>I</b>	21	22	23	24	25	26	27
<b>E</b>	28	29	30	31			



## INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE DROGAS. (ISCD)

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

Pre-tratamiento( ) Post-tratamiento( ) 1er Seg. ( ) 2do Seg. ( ) 3er Seg. ( ) 4to seg. ( )

**Instrucciones:** La lista que está a continuación señala varias situaciones o eventos en los cuales la gente consume drogas. Lea cada reactivo o enunciado cuidadosamente y conteste en términos de su propio consumo de drogas, de acuerdo a la escala que a continuación se le presenta:

- Si usted "nunca" consumió drogas en esa situación, marque 0
- Si usted "rara vez" consumió drogas en esa situación, marque 1
- Si usted "frecuentemente" consumió drogas en esa situación, marque 2
- Si usted "casi siempre" consumió drogas en esa situación, marque 3

Por favor anote la droga que usted consume con mayor frecuencia Yo consumo \_\_\_\_\_

### Ejemplo:

\* Cuando me sentí alegre

NUNCA      ~~RARA VEZ~~      FRECUENTEMENTE      CASI SIEMPRE  
 0            1                                    2                                    3

NOTA: En este ejemplo usted rara vez consumió la droga en esta situación. Por favor responda en todas las situaciones.

**Conteste las situaciones que a continuación se presentan.**

	NUNCA	RARA VEZ	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1. Cuando estaba feliz	0	1	2	3
2. Cuando quería probarme si podía usar esa droga con moderación	0	1	2	3
3. Cuando me sentí tembloroso	0	1	2	3
4. Cuando estuve en un lugar donde antes consumí o compre la droga	0	1	2	3
4. Cuando estaba deprimido por todo en general	0	1	2	3
5. Cuando me encontré con viejos amigos y quisimos pasar un buen rato	0	1	2	3
6. Cuando me sentí tenso o incómodo en presencia de alguien	0	1	2	3
7. Cuando me invitaron a casa de alguien y sentí que era inapropiado rehusarme en el momento en que me ofrecieron la droga	0	1	2	3
8. Cuando quería tener más energía para sentirme mejor	0	1	2	3
9. Cuando empezaba a sentirme culpable por algo	0	1	2	3
10. Cuando me sentí seguro y relajado	0	1	2	3

	NUNCA	RARA VEZ	FRECUENTE	CASI SIEMPRE
11. Cuando quise probarme que esta droga no era un problema para mí	0	1	2	3
12. Cuando me sentí enfermo	0	1	2	3
13. Cuando inesperadamente me la encontré	0	1	2	3
14. Cuando sentí que ya no tenía a dónde más acudir	0	1	2	3
15. Cuando estaba con un amigo cercano y quisimos sentirnos aún más unidos	0	1	2	3
16. Cuando fui incapaz de expresar mis sentimientos a los demás	0	1	2	3
17. Cuando salí con mis amigos y ellos insistieron en ir a algún lugar a consumir la droga	0	1	2	3
18. Cuando sentí que mi familia me estaba presionando mucho	0	1	2	3
19. Cuando quería bajar de peso para mejorar mi apariencia física	0	1	2	3
20. Cuando me sentí emocionado	0	1	2	3
21. Cuando quería probarme si podía consumir ocasionalmente la droga sin volverme adicto	0	1	2	3
22. Cuando sentí náuseas	0	1	2	3
23. Cuando vi algo que me recordó la droga	0	1	2	3
24. Cuando sentí que me dejé fracasar	0	1	2	3
25. Cuando estaba con amigos y quería divertirme más	0	1	2	3
26. Cuando otras personas me rechazaron	0	1	2	3
27. Cuando estuve con un grupo que consumía esa droga y sentí que esperaban que me les uniera	0	1	2	3
28. Cuando me sentí abrumado y quería escapar	0	1	2	3
29. Cuando sentí que no podía llegar a ser lo que mi familia esperaba de mí	0	1	2	3
30. Cuando me sentía satisfecho con mi vida	0	1	2	3
31. Cuando quise probar si podía estar con amigos que consumen drogas sin consumirlas	0	1	2	3
32. Cuando tuve problemas para dormir	0	1	2	3
33. Cuando había estado bebiendo alcohol y pensé en consumirla	0	1	2	3
34. Cuando estaba aburrido	0	1	2	3
35. Cuando quería celebrar con un amigo	0	1	2	3
36. Cuando parecía que no les caía bien a los demás	0	1	2	3
37. Cuando me presionaron a usar esta droga y sentí que no me podía negar	0	1	2	3

	NUNCA	RARA VEZ	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
38. Cuando tenía dolor de cabeza	0	1	2	3
39. Cuando estaba enojado por cómo me salieron las cosas	0	1	2	3
40. Cuando recordé cosas buenas que habían pasado	0	1	2	3
41. Cuando quería probar si podría estar en lugares donde se consumen drogas sin hacerlo	0	1	2	3
42. Cuando quería mantenerme despierto para sentirme mejor	0	1	2	3
43. Cuando escuché a alguien hablar acerca de sus experiencias con esa droga	0	1	2	3
44. Cuando me sentí solitario	0	1	2	3
45. Cuando estaba pasándola bien con mi pareja y quise aumentar mi placer sexual	0	1	2	3
46. Cuando alguien me trato injustamente	0	1	2	3
47. Cuando estaba con un grupo en el que todos estaban consumiendo esta droga	0	1	2	3
48. Cuando no me estaba llevando bien con mis compañeros de la escuela o del trabajo	0	1	2	3
49. Cuando tuve algún dolor físico	0	1	2	3
50. Cuando estaba indeciso acerca de lo que debía hacer	0	1	2	3
51. Cuando había pleitos en mi casa	0	1	2	3
52. Cuando quería estar más alerta para sentirme mejor	0	1	2	3
53. Cuando empecé a recordar que buen acelere sentí cuando la consumí.	0	1	2	3
54. Cuando me sentí ansioso por algo	0	1	2	3
55. Cuando necesite coraje para enfrentar a otra persona	0	1	2	3
56. Cuando alguien interfirió con mis planes	0	1	2	3
57. Cuando alguien trato de controlar mi vida y quise sentirme más independiente	0	1	2	3
58. Cuando alguien estaba insatisfecho con mi trabajo	0	1	2	3
59. Cuando me sentí hostigado por el trabajo o la escuela	0	1	2	3

Annis & Martin, (1988).

## CUESTIONARIO BREVE DE CONFIANZA SITUACIONAL (CCS)

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

Pre-tratam. ( ) Post-tratam. ( ) 1er seg. ( ) 2do seg. ( ) 3er seg. ( ) 4to seg. ( )

**Instrucciones:** a continuación se presentan 8 diferentes situaciones o eventos ante los que algunas personas tienen problemas por su forma de consumir marihuana. Imagínese que en este momento se encuentra en cada una de estas situaciones e indique en la escala que tan seguro se siente de poder resistir la necesidad de consumir marihuana, marcando con una "X" a lo largo de la línea 0% si está "INSEGURO" ante esa situación o 100% si está "TOTALMENTE SEGURO" de poder resistir el consumo, como en el ejemplo.

Me siento... 0 % \_\_\_\_\_ X 70% \_\_\_\_\_ 100%  
Inseguro Seguro

En este momento sería capaz de resistir la necesidad de consumir marihuana en aquellas situaciones que involucran...

1. EMOCIONES DESAGRADABLES (por ejemplo: si estuviera deprimido en general; si las cosas me estuvieran saliendo mal).

Me siento... 0% \_\_\_\_\_ 100%  
Inseguro Seguro

2. MALESTAR FÍSICO (por ejemplo: si no pudiera dormir; si me sintiera nervioso y tenso).

Me siento... 0 % \_\_\_\_\_ 100%  
Inseguro Seguro

3. EMOCIONES AGRADABLES (por ejemplo: si me sintiera muy contento; quisiera celebrar; si todo fuera por buen camino).

Me siento... 0% \_\_\_\_\_ 100%  
Inseguro Seguro

4. PROBANDO MI CONTROL SOBRE EL CONSUMO (por ejemplo: si pensara que ya no tengo problemas con la marihuana; si me sintiera seguro de poder controlar mi consumo).

Me siento... 0 % \_\_\_\_\_ 100%  
Inseguro Seguro

5. NECESIDAD DE CONSUMO (por ejemplo: si tuviera urgencia de consumir; si pensara que bien me sentiría consumiendo).

Me siento... 0 % \_\_\_\_\_ 100%  
Inseguro Seguro

6. CONFLICTO CON OTROS (por ejemplo: si tuviera una pelea con un amigo; si no me llevara bien con mis compañeros de trabajo).

Me siento... 0 % \_\_\_\_\_ 100%  
Inseguro Seguro

7. PRESION SOCIAL (por ejemplo: si alguien me presionara a consumir; si alguien me invitara a su casa y me ofreciera marihuana).

Me siento... 0 % \_\_\_\_\_ 100%  
Inseguro Seguro

8. MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS (por ejemplo: si quisiera celebrar con un amigo; si me estuviera divirtiendo con un amigo (a) y quisiera sentirme mejor).

Me siento... 0 % \_\_\_\_\_ 100%  
Inseguro Seguro

## Forma de Registro de Consumo de Marihuana (AUTO-REGISTRO)

Nombre:	No. Exp.
Fecha:	Terapeuta

**Mi meta para la semana:**

No consumir			Reducir mi consumo		Cantidad:
Día	¿Hubo consumo? 1) SI 2) NO	Número total de consumos (si no consumió escriba "0")	Situación en la que consumió 1) Solo 2) Acompañado	Días de consumo: a) Lugar público b) Lugar privado	PENSAMIENTOS Y SENTIMIENTOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO

## ANEXO 3.

# ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO PARA EL USUARIO

## ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO PARA EL USUARIO

1. Lugar de la entrevista:  
(1) centro de tratamiento (2) casa o trabajo (3) por teléfono (4) otro
2. Estado civil:  
(1) Casado (2) Soltero (3) Divorciado (4) Separado (5) Viudo (6) Unión libre
3. ¿Que tan satisfecho estaba con su calidad de vida antes del tratamiento?  
(1) Muy Satisfecho (2) Satisfecho (3) Insatisfecho (4) Muy insatisfecho
4. Situación laboral o escolar en los últimos 12 meses:  
(1) Trabajo tiempo completo (2) Trabajo Medio tiempo (3) Trabajo temporal  
(4) Desempleado (5) Jubilado (6) Estudiante (7) Ama de casa
5. Número de semanas que estuvo trabajando o estudiando en los últimos 12 meses \_
6. Número de días en que no asistió a trabajar o estudiar durante los últimos 12 meses por abuso de alcohol: \_\_\_\_\_
7. Número de trabajos que perdió durante los últimos 12 meses debido a problemas causados por consumo de drogas: \_\_\_\_\_
8. ¿Ha recibido otro tratamiento además de éste o ha participado con grupos de auto-ayuda para resolver su problema de consumo excesivo de alcohol o drogas, durante los últimos 12 meses?  
\_\_\_\_ (1) Si. Continúe con la pregunta ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ (2) No. Continúe con la pregunta (9)
9. Número de días que estuvo internado en un hospital debido a problemas relacionados con el consumo de alcohol durante los últimos 12 meses: \_\_\_\_\_
10. Número de días que estuvo internado en un hospital debido a problemas relacionados con el consumo de drogas durante los últimos 12 meses: \_\_\_\_\_

### PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS

11. Consumo de drogas en los últimos 12 meses:  
Cantidad \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

12. Marque (sólo una) la alternativa que describe su manera de consumir drogas durante los últimos 12 meses:

(0) No es un problema

(1) Es un pequeño problema (no me ha provocado ninguna experiencia negativa)

(2) Es un problema menor (algunas experiencias con consecuencias negativas pero considero que ninguna de ellas fue seria)

(4) Es un problema grave (me ha provocado algunas experiencias con consecuencias negativas una de las cuales, considero que fue seria)

(5) Es un problema muy grave (me ha provocado algunas experiencias con consecuencias negativas, mínimo 2 que considero que fueron serias)

13. **SUSTANCIAS CONSUMIDAS:** (Si el cuadro "consumo" se contesta con NO, el resto de la fila debe permanecer en blanco) (últimos 12 meses)

SUSTANCIAS	CONSUMO NO = 1 SI = 2	CONSUMO 1 - ORAL 2 - INYECTADA 3 - FUMADA 4 - INHALADA 5 - OTRAS	ULTIMO AÑO DE CONSUMO	FRECUENCIA DE CONSUMO	CANTIDAD CONSUMIDA CON MAS FRECUENCIA
ALCOHOL					
MARIJUANA					
COCAINA					
METANFETA-MINAS					
DEPRESIVOS					
NARCOTICOS (HEROINA, OPIO, METADONA, MORFINA, DEMEROL)					
INHALABLES (CEMENTO, SOLVENTES, AEROSOLES)					
ALUCINOGENOS (LSD, POLVO DE ANGEL, MESCALINA, PSILOCIBINA)					
DROGAS ANTIALCOHOL (ANTABUSE, TEMPOSIL)					

FRECUENCIA DE CONSUMO: (1) MENOS DE UNA VEZ AL MES (2) 1 VEZ AL MES (3) 1 VEZ A LA SEMANA  
(4) 2 A 3 VECES A LA SEMANA (5) DIARIAMENTE

#### 14.- CONSECUENCIAS ADVERSAS AL USO DE SUSTANCIAS

Problemas que pueden estar relacionados con el consumo de drogas menciona cuáles concuerdan con tu caso (últimos 12 meses)

¿Qué tanto afecta tu vida? 1 al 10 en donde: 1= nada 5 = regular 10 = mucho	Frecuencia: número de días que sucedió en un mes.					
	Sustancia 1		Sustancia 2		Sustancia 3	
Problema	F r e c	¿Qué tanto afecta tu vida	F r e c	¿Qué tanto afecta tu vida?	F r e c	¿Qué tanto afecta tu vida?
De salud daño neurológico, gastritis, úlceras, pancreatitis, cirrosis, alteraciones cardiovasculares						
Daño Cognitivo dificultad para decidir, problemas de memoria, de concentración, olvidos, delirios, etc.)						



<b>Afectivo o emocional</b> (cambios de humor o personalidad, tristeza, ansiedad, irritabilidad).	Ninguno_ Agudo _ Crónico _						
<b>Interpersonales</b> (aislamiento, pérdida de confianza, problemas familiares, problemas de pareja, falta de comunicación, otras).	Ninguno_ Agudo _ Crónico _						
<b>Agresión</b> (abuso verbal, violencia física, riñas o peleas, tomar dinero o cosas de valor que no le pertenecen, violencia física, etc).	Ninguno_ Agudo _ Crónico _						
<b>Legales</b> (demandas, arrestos, alcoholímetro, manejo de armas, otras)	Ninguno_ Agudo _ Crónico _						
<b>Económicos</b> (gasto excesivo, falta de dinero, deudas, quiebra, otros)	Ninguno_ Agudo _ Crónico _						
<b>Laborales</b> (ausentismo, retardos, conflictos con compañeros o jefes, accidentes laborales, suspensiones, desempleo, otros).	Ninguno_ Agudo _ Crónico _						
<b>Escolares</b> (inasistencias, retardos, expulsiones, peleas, reprobación, etc.)	Ninguno_ Agudo _ Crónico _						

### **REGUNTAS SOBRE EL TRATAMIENTO**

15. ¿Ha utilizado alguna de las estrategias o técnicas que aprendió durante su terapia?

- (0) No utilizó ninguna estrategia o técnica.  
 (1) Auto-monitoreo (de consumo de alcohol o drogas).  
 (2) Solución de problemas.  
 (3) Identificación de los factores de incitación al consumo de alcohol o drogas.  
 (4) Establecimiento de metas.  
 (5) Estrategias de cambio en el estilo de vida.  
 (6) Proceso que consiste en detenerse y pensar.  
 (7) Balanza de decisiones (recapacitar acerca de pros y contras).  
 (8) Tips o ayudas para controlar el consumo de alcohol. (ej: beber más despacio, no tener la copa en las manos, hacer otras actividades, etc.)  
 (9) Cambio de amigos o de lugares donde se consume alcohol o drogas.  
 (10) Otras: Describa \_\_\_\_\_

16. Le recomendaría a los terapeutas que siguieran manteniendo el contacto con sus usuarios por medio del teléfono:  (1) Si  (2) No

17. Anote brevemente el motivo principal por el que decidió suspender su tratamiento (en el caso de haberlo abandonado)

\_\_\_\_\_

18. Si estuviera al inicio de su tratamiento ¿Quién preferiría que seleccionara su meta de consumo de drogas o alcohol?

- (1) Seleccionar la meta por mi mismo. (2) Seleccione el terapeuta. (3) Indiferente.

19. Enumere que tan útiles le fueron cada una de las siguientes características del tratamiento.

- (1) No recuerdo (2) Nada útiles (3) Sin opinión (4) Útiles (5) Muy útiles

- \_\_\_ (1) Entrevista inicial (su primer visita al Centro de Servicios Psicológicos, antes de recibir tratamiento)
- \_\_\_ (2) Las lecturas y tareas que fueron asignadas.
- \_\_\_ (3) Auto-registro de su consumo de drogas y alcohol en su cuadernillo, con los registros de progreso.
- \_\_\_ (4) Balanza de decisiones (recapacitar acerca de los pros y contras).
- \_\_\_ (5) La aproximación hacia resolución de problemas (identificación de los factores de incitación al consumo de drogas y alcohol y sus consecuencias, opciones de desarrollo planes de acción).
- \_\_\_ (6) Énfasis en hacer las cosas por uno mismo (utilizando sus propios recursos).
- \_\_\_ (7) La auto selección de las metas para el consumo de drogas y/o el alcohol.

20. Con esto concluimos la entrevista. ¿Tiene algún comentario o sugerencia adicional?

---

FECHA \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE No \_\_\_\_\_

TERAPEUTA \_\_\_\_\_