



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

División de Estudios Profesionales

Coordinación de Psicología General Experimental

“Descuento temporal y deserción del tratamiento en usuarios de cocaína”

Tesis que para obtener el grado de Licenciatura en psicología presenta:

Sandra Ivonne Ferrer Reyes

Directora:

Dra. Silvia Morales Chainé

Revisor:

Mtra. Violeta Félix Romero

Tesis apoyada por el proyecto PAPIIT IN305114

México, CDMX.

Mayo 2016





Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## Agradecimientos

A mis padres y a mi hermana por confiar en mí y darme su apoyo incondicional. Gracias por acompañarme hasta el final de este largo camino, sé que seguirán haciéndolo siempre.

A la Doctora Silvia por compartirme sus conocimientos y por orientarme académicamente. Su apoyo fue fundamental para hacer esto posible.

A Dana, Monse, Ale, Jud, Liss, Isma y David por sus sabios consejos y por siempre motivarme con sus palabras de aliento.

A mi comité tutorial: Dra. Maria Elena Ortiz, Dr. Julio Espinosa, Dra. Lydia Barragán y Mtra. Violeta Félix por sus valiosas aportaciones para mejorar este trabajo.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por abrirme sus puertas y brindarme la oportunidad de crecer profesionalmente.

¡Gracias a todos por compartir este logro conmigo!

El presente estudio se llevó a cabo gracias al apoyo financiero del proyecto PAPIIT IN305114 “Evaluación de la impulsividad y la propensión al riesgo asociadas al consumo de marihuana, cocaína y tabaco a través del análisis de las tasas de descuento temporal y probabilístico de ganancias y pérdidas en humanos” otorgado por la Dirección General de Asuntos de Personal Académico (DGAPA) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) a la directora de esta tesis Dra. Silvia Morales Chainé.

## Índice

Resumen.....	5
Introducción.....	6
Consumo de cocaína y descuento temporal.....	7
Tratamiento y descuento temporal.....	12
Método.....	15
Participantes.....	15
Instrumentos y aparatos.....	17
Procedimiento.....	20
Resultados.....	23
Discusión.....	28
Referencias.....	32
Anexos.....	43

## Resumen

El descuento temporal pronunciado se considera un índice de la toma de decisiones caracterizado por la preferencia hacia recompensas de menor magnitud pero inmediatas sobre recompensas de mayor magnitud pero demoradas (Ainslie, 1975; Kirby, 1997). En usuarios con dependencia a sustancias, este tipo de elección podría promover la prematura deserción del tratamiento debido a su dificultad para posponer la gratificación inmediata y esperar por una recompensa a largo plazo, como la abstinencia que podría traer consigo el término del tratamiento. El objetivo de este estudio fue describir las diferencias en el descuento temporal de usuarios con dependencia a cocaína que terminaron o desertaron de un tratamiento residencial. La muestra estuvo constituida por 89 usuarios dependientes de cocaína. El descuento temporal se midió a través del procedimiento de ajuste de la cantidad inmediata (Holt et al., 2012), utilizando dos cantidades monetarias hipotéticas: \$200 y \$3000. El tratamiento residencial consistió en 40 días de internamiento donde se brindó atención farmacológica, psicológica y de trabajo social. Se aplicó un análisis de varianza del área bajo la curva (AUC), de la historia de consumo y la satisfacción general de los usuarios que desertaron (48) y que no desertaron del tratamiento (41). Respecto a las variables historia de consumo y satisfacción general, se encontró que los usuarios que desertaron reportaron menor número de alteraciones asociadas con el consumo y sentirse más satisfechos con su vida social y económica, en comparación con los que no desertaron. En relación al descuento temporal, los resultados mostraron buen ajuste al modelo cuasi hiperbólico en ambos grupos; sin embargo, no se encontraron diferencias intergrupales en el descuento temporal para las ganancias de \$200 y \$3000. Por consiguiente, el descuento temporal en usuarios con dependencia a cocaína no parece ser una herramienta predictora del abandono del tratamiento residencial.

Palabras clave: descuento temporal, cocaína, tratamiento, deserción.

## Introducción

Las personas que consumen drogas por lo general eligen recompensas inmediatas relacionadas con el consumo, para experimentar sentimientos de euforia, reducción del estrés o alivio de los síntomas de abstinencia, más que recompensas pro-sociales (por ejemplo, logro académico, salud, éxito profesional), que a menudo tardan más en recibirse (Dennhardt, Yurasek & Murphy, 2015; Odum & Rainaud, 2003). Este tipo de elección se explica frecuentemente mediante el modelo del descuento temporal; entre cuya evidencia se destaca que individuos con comportamientos adictivos tienen altas tasas de descuento en comparación con participantes control (Baker, Johnson, & Bickel, 2003; Bickel & Marsch, 2001; Heil, Johnson, Higgins, & Bickel, 2006; Madden, Petry, Badger, & Bickel, 1997).

Respecto al estudio de descuento temporal y la deserción del tratamiento, en consumidores de marihuana se ha encontrado que el descuento temporal no se asocia con la deserción de los usuarios (Peters, Petry, LaPaglia, Reynolds & Carroll, 2013; Weidel, 2013), contrariamente, en dependientes de cocaína se encontró que el descuento temporal sí se asoció con la deserción, es decir, los usuarios con altas tasas de descuento permanecían menos tiempo en tratamiento (Stevens, Verdejo-García, Roeyers, Goudriaan & Vanderplasschen, 2015).

Debido a la divergencia de resultados, el estudio actual aborda si el descuento temporal se asocia con la deserción, lo que podría contribuir a detectar oportunamente a los individuos quienes pudieran necesitar un trabajo motivacional inicial que favorezca el apego y egreso terapéutico.

Inicialmente, se presenta la prevalencia del consumo de cocaína y el porcentaje de deserción del tratamiento en México. Posteriormente se explica el modelo de descuento temporal y los hallazgos respecto a la relación entre el descuento y la deserción del tratamiento.

### **Consumo de cocaína y descuento temporal**

Se estima que a nivel mundial un total de 246 millones de personas, es decir, más del 5% de personas entre los 15 a 64 años de edad consumieron una droga ilícita en 2013. Si bien ello representa un aumento de tres millones de personas con respecto al año anterior, es debido al crecimiento de la población mundial que el consumo de drogas ilícitas se mantiene estable. La magnitud del problema mundial de las drogas se hace más evidente al tener en cuenta que unos 27 millones de personas son consumidores problemáticos de sustancias adictivas (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito UNODC, 2015).

A nivel nacional, los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones (2011) muestran que la prevalencia del consumo de drogas ilegales en la población de 12 a 65 años de edad es de 1.5%. Con relación a drogas específicas, la cocaína es la segunda droga ilegal de preferencia. De acuerdo a las diferencias entre sexos, los hombres tienen las cifras más altas de consumo de cualquier droga, siendo los más afectados por la dependencia al consumo (1.3%), en comparación con las mujeres (0.2%). Asimismo, la segunda droga de preferencia en hombres es también la cocaína.

En la población adulta de 18 a 34 años de edad se presentan las prevalencias más altas de consumo. La prevalencia de consumo global fue de 2.8%, siendo las drogas de



mayor consumo la marihuana (1.9%) y la cocaína (0.8%), en tanto que las demás drogas tienen prevalencias debajo de 0.2%.

Con relación a las personas que ingresan a tratamiento en adicciones, el 7.6% lo inicia por consumo de cocaína y del total de personas que reciben tratamiento, el 84.3% son hombres (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, SISVEA, 2014).

Sin embargo, del total de personas que inician un tratamiento no todas logran concluirlo. El tratamiento para individuos con dependencia a cocaína se caracteriza por altas tasas de deserción. En Estados Unidos se reporta que entre el 60 al 80% de usuarios consumidores de cocaína no concluye el tratamiento (Sayre et al., 2002, Kampman et al., 2001, Streeter et al., 2008).

Específicamente, en población mexicana, Escobedo, Vite y Oropeza, (2007) reportan que los usuarios de cocaína desertan del tratamiento con mayor frecuencia (29.2%) después de la cuarta sesión. Estas tasas de deserción son particularmente problemáticas debido a que la deserción limita la eficacia global del tratamiento, aumenta la propensión a la recaída y exacerba los problemas de salud, financieros y legales, asociados al consumo (King & Canada, 2004; Simpson, Joe, & Rowan, 1997).

Terminar un programa de tratamiento constituye uno de los predictores más consistentes de resultados de éxito para la recuperación, incluyendo la abstinencia (Hser, Evans, Huang, & Anglin, 2004; Zhang, Friedmann, & Gerstein, 2003). Se ha encontrado que los usuarios que terminan el tratamiento ya no consumen drogas ni tampoco están involucrados en actividades delictivas por lo menos durante 30 días antes de la evaluación de seguimiento (Hser e tal., 2004).

Los factores que conllevan a que el usuario no termine el tratamiento pueden ser variados. Algunas investigaciones reportan que usuarios de drogas que desertan del tratamiento presentan síntomas relacionados con impulsividad, baja tolerancia a la frustración en la espera de la gratificación y problemas para lograr objetivos o proyectos a largo plazo (Brorson, Arnevik, Rand-Hendriksen, & Duckert, 2013; Ball, Carroll, Canning-Ball, & Rounsaville 2006).

En otro estudio se encontró que la deserción se correlacionó con la falta de resultados del tratamiento, es decir, los usuarios al ver que su problema no disminuye rápidamente abandonan el tratamiento (Escobedo, Vite & Oropeza, 2007). Estos factores podrían indicar que las elecciones de los usuarios consumidores de drogas están más enfocadas a resultados inmediatos y a corto plazo, que en resultados a largo plazo. Por lo anterior, Bickel, Odum y Madden (1999), definieron a la conducta adictiva como un problema de elección entre comportarse de manera auto controlada, o bien, de manera impaciente. Una estrategia para estudiar este tipo de elección es el modelo de descuento temporal.

El descuento es un fenómeno generalizado en la toma de decisiones de animales humanos y no humanos. Los resultados de un gran número de experimentos utilizan recompensas demoradas para demostrar que su valor es menor que el de una recompensa inmediata de la misma cantidad nominal (Kirby, 1997; Mazur, 1987; Myerson & Green, 1995).

Específicamente, la evidencia confirma que el valor de una recompensa disminuye en función de la demora de su entrega y este fenómeno se denomina descuento temporal

(Rachlin & Green, 1972). Cuando a los sujetos se les da a elegir entre dos recompensas que difieren en la demora de su entrega, a menudo prefieren la que será otorgada antes, incluso cuando ésta tiene un valor objetivo menor; en tales casos se descuenta su valor a partir de la demora para su entrega (Green & Myerson, 2004; Rachlin, 2006). En este sentido, la evidencia muestra que la ecuación cuasi-hiperbólica se ajusta con mayor precisión a las decisiones que involucran demoras de entrega (Green, Myerson, & O’Staszewski, 1999; Myerson & Green, 1995).

$$V=A / (1+bX)^s$$

Donde  $V$  es el valor subjetivo de la recompensa de la cantidad  $A$ ,  $b$  es el parámetro de la tasa de descuento,  $X$  es la variable independiente, es decir, la demora de entrega, y  $s$  refleja la escala no lineal de la cantidad y el tiempo. Cuando  $s = 1.0$  se reduce a una simple hipérbola (Mazur, 1987). Esta ecuación es una descripción matemática de la forma en que cambia el valor subjetivo de la recompensa en función de la demora.

Tradicionalmente, para determinar el valor subjetivo de una recompensa se pide a los participantes que elijan entre pares de recompensas que varían en magnitud y en demora de entrega: por ejemplo, entre una recompensa relativamente pequeña e inmediata y una recompensa mayor, pero demorada (Odum & Rainaud, 2003). En elecciones sucesivas se ajusta la magnitud de la recompensa inmediata, manteniendo fijo el valor de la recompensa demorada hasta que el participante elige indistintamente cualquiera de las dos recompensas. Esta condición se conoce como punto de indiferencia y representa el valor psicológico de la recompensa demorada para ese período de tiempo específico en el que se pospone la entrega de la recompensa.

El descuento temporal pronunciado se considera un índice de la toma de decisiones caracterizado por la preferencia de los individuos por recompensas de menor magnitud pero inmediatas sobre recompensas de mayor magnitud pero demoradas (Ainslie, 1975; Kirby, 1997). Este efecto, se asocia con numerosos problemas de salud, como el abuso y la dependencia a drogas (Reynolds, Richards & De Wit, 2006; Simon, Mendez & Setlow, 2007).

En el abuso o dependencia de sustancias, el descuento temporal permite estudiar la elección entre una recompensa inmediata pero de corta duración, como son los efectos de las sustancias (relajación, euforia, etc.), frente una recompensa demorada pero (posiblemente) de mayor valor, como mejoras en la salud y el funcionamiento social que vienen con la abstinencia.

El descuento temporal permite discriminar entre individuos con dependencia a drogas de quienes no consumen. Existe evidencia de que personas con dependencia a sustancias descuentan el valor subjetivo de las recompensas como el dinero más pronunciadamente que las personas que no tienen una adicción (Bickel, Odum, & Madden, 1999; Coffey, Gudleski, Saladin, & Brady 2003; Heil et al., 2006, Petry, 2001), e incluso se presentan diferencias en el descuento temporal entre personas con diferentes niveles de consumo (Ohmura, Takahashi, & Kitamura 2005; Yi, Mitchell & Bickel, 2010). Este hallazgo se ha encontrado en diversos trastornos por uso de sustancias, incluyendo el derivado del consumo de cocaína (Heil et al., 2006), opiáceos (Madden et al., 1997), alcohol (MacKillop & Kahler, 2009), y nicotina (Bickel et al., 1999).

Particularmente en consumidores dependientes de cocaína, se ha encontrado que presentan altas tasas de descuento temporal en comparación con controles y además muestran un mayor descuento temporal a la cocaína que al dinero (Coffey et al., 2003). Heil et al. (2006), igualmente encontraron que los usuarios dependientes a la cocaína descontaron de forma más pronunciada las recompensas monetarias que los controles, además reportaron que no había diferencias en los niveles de descuento entre usuarios abstinentes a la cocaína (al menos 30 días) y consumidores actuales.

La literatura previa, muestra un panorama general sobre las aportaciones del descuento temporal en la comprensión del comportamiento adictivo. Parte de estos hallazgos pueden ser aplicables en el desarrollo y mejora de tratamientos en consumidores de sustancias adictivas. Por esta razón, a continuación, se muestran hallazgos sobre descuento temporal y el tratamiento por consumo de cocaína.

### **Tratamiento y descuento temporal**

Se ha encontrado que un mayor descuento temporal de las recompensas en usuarios que consumen drogas, se relaciona con dificultades para lograr y mantener la abstinencia (MacKillop & Kahler, 2009; Passetti, Clark, Mehta, Joyce & King, 2008; Stevens, Verdejo-Garcia, Goudriaan, Roeyers, Dom & Vanderplasschen, 2014; Washio et al., 2011). Washio y cols. (2011) encontraron que el descuento temporal se asoció con el número de semanas continuas que los usuarios de cocaína permanecieron en abstinencia durante las primeras 12 semanas de tratamiento. Los participantes que descontaron más pronunciadamente el valor subjetivo de las recompensas monetarias, lograron periodos más cortos de abstinencia. Sin embargo, respecto a la deserción, que es un problema frecuente en individuos que

consumen sustancias, son menos los estudios que han examinado si el descuento temporal predice la deserción del tratamiento, y los resultados encontrados han sido contradictorios (Peters et al., 2013; Stevens et al., 2015; Weidel, 2013).

En un estudio, se examinó si el descuento temporal podría predecir la deserción y el número de días que los usuarios permanecían en un tratamiento residencial de 42 días. El tratamiento consistió en una comunidad terapéutica. La muestra estuvo constituida por 84 participantes de 16 años o más, dependientes de sustancias, de los cuales el 70% eran dependientes a la cocaína, 12% a los opiáceos, 10% a los estimulantes y 8% a la marihuana. Se encontró que mayor descuento temporal predijo una permanencia más corta en el tratamiento y mayor probabilidad de que los usuarios desertaran (Stevens et al., 2015). Sin embargo, los resultados deben considerarse con cautela debido a la variedad en la droga de impacto y la edad de los participantes. En primer lugar, la droga de impacto no era la misma para todos los participantes, la muestra estuvo constituida principalmente por consumidores de cocaína, por lo que se debe tener cuidado al trasladar los resultados a consumidores de otras drogas. En segundo lugar, algunos de los participantes eran adolescentes, y se ha encontrado que ser adolescente incrementa el riesgo de desertar el tratamiento (Brorson et al., 2013). Asimismo, la tasa de descuento varía con la edad; Olson, Hooper, Collins y Luciana (2007) encontraron que participantes menores de 18 años descontaron las recompensas monetarias reales de forma más pronunciada que los adultos.

En contraste, otro estudio con 93 usuarios dependientes de marihuana, con una edad promedio de 26.1 años, se encontró que las tasas de descuento temporal no se asociaron con la permanencia de los usuarios en un tratamiento ambulatorio de 12 semanas (Peters et al., 2013). Igualmente, en 55 adolescentes consumidores de marihuana entre 14 y 17 años de

edad, el descuento temporal no se asoció con la deserción del tratamiento ambulatorio de 35 días (Weidel, 2013).

Estas diferencias en los resultados, pueden ser debido al tipo de tratamiento utilizado en cada estudio: ambulatorio (Peters et al., 2013; Weidel, 2013) y residencial (Stevens et al., 2015). Asimismo, las tareas de descuento temporal fueron diferentes. En el estudio de Peters et al. (2013) se utilizó una tarea con ganancias monetarias reales, mientras que en el estudio de Stevens et al. (2015) y Weidel (2015), las recompensas fueron hipotéticas y con mayores cantidades de dinero. Claramente, se necesita más investigación sobre la relación del descuento temporal con la deserción del tratamiento.

Encontrar una manera de predecir la deserción del tratamiento podría ayudar en la identificación temprana de los usuarios dependientes de cocaína con mayor riesgo de abandono, de manera que estas personas pueden recibir un monitoreo o supervisión adicional por lo que el objetivo de este trabajo consistió en describir diferencias en el descuento temporal de usuarios con dependencia a cocaína que terminaron o desertaron de un tratamiento residencial

## Método

### Participantes

La muestra estuvo constituida por 89 participantes, de los cuales 41 terminaron el tratamiento y 48 desertaron, de sexo masculino dependientes de cocaína con una media de edad de 31.10 años ( $DE= 7.295$ ), que asistieron a un tratamiento residencial en un centro de atención público para las adicciones. El tratamiento tuvo una duración de 40 días. Los grupos son equivalentes en su ingreso mensual, ocupación y escolaridad (Ver Tabla 1).

**Tabla1**  
*Características Sociodemográficas de los participantes*

	Consumidores de cocaína (n=89)	
	Tratamiento terminado (n=41)	Deserción del tratamiento (n=48)
<b>Edad (M[SD])</b>	33.07 (7.03)	29.42 (6.56)
<b>Ingreso mensual</b>		
menos de \$1000	4.9%	16.7%
\$1000 a \$2500	17.1%	8.3%
\$2500 a \$4000	26.8%	29.2%
\$4000 a \$6000	22.0%	16.7%
\$6000 a \$10000	19.5%	20.8%
más de \$10000	9.8%	8.3%
<b>Ocupación</b>		
Estudiante de tiempo completo	0%	2.1%
Estudiante con actividad laboral	4.9%	0%
Actividad laboral estable	39%	27.1%
Actividad laboral inestable	22%	20.8%
Desempleo	19.5%	25.0%
Desocupado	14.6%	25.0%
<b>Escolaridad</b>		
Secundaria incompleta	2.4%	6.3%
Secundaria completa	14.6%	29.2%



Bachillerato incompleto	46.3%	37.5%
Bachillerato completo	22.0%	16.7%
Universidad incompleta	9.8%	8.3%
Universidad completa	4.9%	0%
Posgrado	0%	2.1%

Nota. Un análisis de varianza con prueba T entre muestras independientes mostró que no existen diferencias significativas entre los grupos. Excepto para el promedio de edad  $t= 2.53, (87), p=0.013$ .

Los criterios de inclusión consistieron en que los participantes tuvieran dependencia a la cocaína, administrada vía oral (fumada), que fueran mayores de edad y que aceptaran participar en el estudio firmando la carta de consentimiento informado.

En el consentimiento se estableció los procedimientos que se llevaron a cabo, es decir, la aplicación de instrumentos, la tarea por computadora y la realización de la prueba de orina para el control de uso de sustancias. También se estableció que los resultados de su participación fueran utilizados para investigación científica, cuidando el manejo de la información de forma ética y confidencial. Finalmente se especificó que tenían derecho a declinar el uso de su información y retirarse del estudio en cualquier momento sin perjudicar su estancia en tratamiento.

Para controlar que otras variables pudieran influir en los resultados del presente estudio, se consideraron los siguientes criterios de exclusión: usuarios que presentarán algún diagnóstico psicótico o bipolar en fase maniaca aguda, síntomas característicos del juego patológico, un problema cognoscitivo que incapacitara su participación en el estudio (Tulsky & Zhu, 2003), criterios de dependencia a otras drogas diferentes a la cocaína; de tal manera que se controlaran dichas características como variables extrañas que influyeran en el descuento temporal además del consumo de cocaína. Adicionalmente se excluyó del

estudio aquellos usuarios que no aceptaran participar en el estudio, negándose a firmar la carta de consentimiento informado.

## **Instrumentos**

**Test de tamizaje de alcohol, tabaco y uso de drogas** (ASSIST; Organización Mundial de la Salud, 2011). Cuestionario en versión de lápiz y papel dirigido a usuarios de sustancias, que debe ser administrado por un profesional de la salud y que permite comparar los resultados del presente estudio con otras investigaciones internacionales que también lo utilizan por recomendación de los diversos organismos mundiales. El cuestionario consta de ocho preguntas que se aplican en un tiempo entre 5 y 10 minutos. Proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. La puntuación final se obtiene por medio de la suma de las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. Los resultados de la pregunta 8 no cuentan para la puntuación general. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en ‘bajo’, ‘moderado’ o ‘alto’, y en cada caso se determina la intervención más adecuada (‘no tratamiento’, ‘intervención breve’ o ‘tratamiento más intensivo’). Este instrumento fue validado en estudiantes de población mexicana, mediante validez convergente obteniendo correlaciones significativas en un rango de entre .30 y .60 y en su confiabilidad test-retest muestra coeficientes de correlación intraclase (CCI) de aceptables a excelentes (.40 a .84). Para verificar que la droga de impacto fuera cocaína, los participantes en este estudio debían tener un puntaje de 27 o más (alto riesgo) para dicha sustancia.

**Cuestionario de Abuso de Drogas CAD-20** (De las Fuentes, Villalpando, Oropeza, Vázquez & Ayala, 2001). Instrumento de auto-reporte que consta de 20 preguntas para detectar el nivel de consumo de sustancias (bajo, moderado, sustancial o severo). Es utilizado a nivel nacional, lo que permite comparar los resultados con otros estudios mexicanos. Este instrumento fue adaptado en población mexicana, reportando confiabilidad test-retest de 0.98, consistencia interna de 0.96 y validez concurrente con los criterios diagnósticos del DSM-IV para el abuso de drogas y dependencia. Para determinar el criterio de dependencia a cocaína, los participantes debían tener un puntaje de 11 a 20 puntos, lo que indica un nivel de consumo sustancial a severo.

**MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional** (Sheehan et al., 1998). Breve entrevista estructurada que ayuda al diagnóstico de trastornos psiquiátricos, las opciones de respuesta son Sí o No. La escala de trastorno psicótico actual consta de 10 reactivos, los primeros 7 son contestados por el usuario y los últimos 3 los contesta el terapeuta; la escala de Episodio Hipomaniaco actual consta de 9 reactivos. Se reporta que hay una concordancia con la entrevista CIDI por sus siglas en inglés “Composite International Diagnostic Interview” (Entrevista Diagnóstica Compuesta Internacional) con valores del coeficiente de Kappa de Cohen buenos, mayores de 0.70, y su confiabilidad de acuerdo a los valores de kappa para la prueba test-retest, fueron mayores de 0.75. Si el participante respondía afirmativamente a tres o más preguntas se excluía del estudio.

**Cuestionario de Tamizaje para la detección de juego patológico** (Echeburúa, Báez, Fernández, & Páez, 1994). Cuestionario lápiz y papel de 6 reactivos con dos opciones de respuesta, Sí o No. Permite conocer si el usuario presenta conductas de juego patológico. Para el estudio actual se excluyeron a los participantes con un puntaje mayor a 27.

**Sub pruebas de retención de dígitos y símbolos y dígitos del WAIS** (Tulsky & Zhu, 2003). La sub prueba de retención de dígitos consta de dos partes, retención de dígitos en orden progresivo e inverso, en la sub prueba de símbolos y dígitos, se deben copiar símbolos que están apareados con números. El usuario dibuja cada símbolo debajo de su número correspondiente. Para el estudio actual se excluyeron a los participantes con un puntaje menor a 6 puntos en cada sub prueba.

**Escala de satisfacción general** (ESG; Teichner, DeCato, Donouhe, Azrin & Howell, 1998). Consta de 10 reactivos que evalúan el puntaje de satisfacción del usuario (0-10 en 9 áreas de vida cotidiana y en su satisfacción general. Las áreas que evalúa son, consumo, progreso en el trabajo o en la escuela, manejo del dinero, vida social y recreativa, hábitos personales, relaciones familiares o matrimoniales, situación legal, vida emocional, comunicación y satisfacción general. Su confiabilidad es de 0.76 mostrando buena consistencia interna, su validez de criterio es adecuado ya que se correlacionaron el promedio de satisfacción de las diferentes áreas con el puntaje de satisfacción general. Este instrumento se utilizó para identificar las áreas de vida en las que el usuario se siente poco satisfecho y como podrían relacionarse con su consumo. Los resultados, ayudan a guiar el tratamiento conforme a la situación de cada usuario.

**Entrevista inicial** (Barragán, González, Medina- Mora, & Ayala, 2005). Entrevista estructurada, que consta de 77 preguntas que indagan sobre las características del consumo de sustancias, disposición al cambio, situación laboral, estado de ánimo, salud física, consecuencias adversas al uso de sustancias, tiempo en abstinencia y tratamientos previos.

## **Aparatos**

Para la tarea de descuento temporal se utilizó una computadora equipada con un procesador Intel Core 5, con el programa procedimiento de ajuste de la cantidad inmediata en Java® (TM) Platform SE b versión 7, para Windows®7 y 8, con los procedimientos establecidos utilizados por Holt, Green y Myerson (2012).

Se utilizó un Marcador biológico Drug Screen Dip Test®, para evaluar la presencia de cocaína, marihuana, anfetaminas, opioides y metanfetaminas, a través de una muestra de orina.

## **Procedimiento**

Los usuarios ingresaron al tratamiento residencial solicitando el servicio de atención debido al consumo de cocaína. El primer día de internamiento, los usuarios asistieron a una sesión de evaluación, en la cual, se les aplicaron los instrumentos de lápiz papel mencionados en la sección de instrumentos y la prueba de orina para detectar drogas. Posteriormente se llevó a cabo la tarea de descuento temporal.

Para la ejecución de la tarea a cada participante se le dieron las siguientes instrucciones:

La siguiente tarea consiste en que usted tome algunas decisiones. La tarea es elegir entre dos opciones de recompensas que le presentaremos en la pantalla de la computadora. Usted no recibirá las recompensas que elija, pero tome las decisiones como si los resultados fueran reales. Piense cada opción y elija el resultado que realmente prefiera. Las posibles recompensas se presentarán en dos cuadros uno a

su derecha y el otro a la izquierda, puede trabajar con el ratón o con el teclado: haciendo clic con el ratón sobre la opción que prefiera, o presionando la tecla con la letra “A” para la opción de su izquierda o con la letra “L” para la opción de su derecha. Recuerde que sus decisiones son totalmente confidenciales, no hay respuestas correctas o incorrectas. Responda conforme a sus preferencias en este momento; evite responder pensando en sus elecciones pasadas o futuras. Primero se realizó un ensayo de práctica para corroborar que el participante había entendido las instrucciones y si tenía alguna fuera era resuelta, posteriormente daba inicio a la tarea.

El participante tenía que elegir entre una ganancia demorada: \$200, \$3000 y una opción inmediata, que era la mitad de la cantidad de la demorada. Por ejemplo, si una opción demorada era de \$100 en seis meses, entonces la inmediata era de \$50 ahora. Para el primer tipo de resultado (ganancia de \$200), entonces se inició con 100 contra 200 y para el segundo (ganancia de \$3,000) se comenzó con 1500 contra 3000, acorde con el procedimiento utilizado por Holt et al. (2012). Si el participante elegía la recompensa inmediata, para el siguiente ensayo el valor de la recompensa inmediata disminuía la mitad de la cantidad inmediata previa. Si el participante elegía la opción demorada, para el siguiente ensayo se incrementaba la cantidad de la recompensa inmediata la mitad de la cantidad inmediata previa. Este procedimiento se repitió hasta que el participante realizó cinco elecciones para la ganancia de \$200 y para la ganancia de \$3,000. Dentro de la tarea se determinó el orden de presentación de los tipos de recompensa al azar. Se determinó el punto de indiferencia para cada uno de los participantes de acuerdo a las opciones elegidas.

Se obtenía sumando el último valor aceptado más el último valor rechazado y dividiendo esto entre dos.

El aplicador estuvo presente cuando el participante realizó la tarea para corroborar que se realizara de manera completa y para resolver cualquier duda. La duración de la tarea fue de aproximadamente 30 minutos.

**Tratamiento.** El internamiento tuvo una duración de 40 días y fue impartido por el equipo multidisciplinario de un centro de atención público para las adicciones. El médico y enfermeras estaban a cargo de proporcionar tratamiento farmacológico a usuarios que presentaran síntomas asociados con la abstinencia. La trabajadora social trabajó con los usuarios tratando temas como proyecto de vida, discriminación y enfermedades de transmisión sexual. Los terapeutas trabajaban tres sesiones por semana de hora y media cada una: dos eran grupales y una individual donde se hizo una evaluación a cada usuario. Los psicólogos grupalmente abordaban control de emociones, psicoeducación y en algunas sesiones tenían una actividad llamada cine debate. Adicionalmente, los usuarios podían ocupar su tiempo libre en actividades recreativas como jugar basquetbol y futbol o asistir a un taller de manualidades.

**Deserción del tratamiento.** La deserción se calculó como una variable dicotómica (1, desertó y 2, terminó el tratamiento) y se definió como el dejar de asistir antes de completar los 40 días de internamiento.

**Análisis de resultados.** Para el análisis de resultados se calculó el Área bajo la Curva (AUC) de las elecciones del grupo de usuarios que desertaron y de los que terminaron el tratamiento, como indicador del descuento, de acuerdo al método propuesto

por Myerson, Green y Warusawitharana (2001). Asimismo se obtuvieron los puntos de indiferencia de acuerdo a las opciones elegidas de cada participante, ajustándolos a la ecuación cuasi-hiperbólica  $V=A / (1+bX)^s$ . Finalmente se realizó una prueba T de muestras independientes para comparar AUC, la historia de consumo y la satisfacción general del grupo de usuarios que desertaron y de los que no. Se utilizó el programa de paquetes estadísticos SPSS®.

## **Resultados**

A continuación se presentan los resultados en tres secciones, en primer lugar se muestran los ajustes grupales de los puntos de indiferencia al modelo cuasi hiperbólico, obteniendo los valores de los parámetros  $k$ ,  $R^2$  y  $s$ . En la segunda sección se presentan los resultados del descuento temporal de las ganancias monetarias de \$200 y \$3000, así como el Área bajo la Curva de los usuarios que terminaron el tratamiento en comparación con los que desertaron. Finalmente, en la tercera sección se muestran las medias grupales usando una prueba T para muestras independientes de las variables de la historia de consumo y de la satisfacción general para los dos grupos.

En la tabla 2 se presentan los ajustes grupales del modelo cuasi hiperbólico, obteniendo los valores de los parámetros  $k$ ,  $s$  y  $R^2$ .



**Tabla 2**  
*Ajuste del modelo matemático cuasi hiperbólico*

	Grupo	
	Cocaína Tratamiento terminado	Cocaína Deserción del tratamiento
<b>\$200</b>		
K	0.4068	0.6559
S	0.544	0.4084
R <sup>2</sup>	0.9976	0.9394
<b>\$3000</b>		
K	0.7421	0.1101
S	0.3655	0.7004
R <sup>2</sup>	0.9481	0.9991

Los participantes mostraron un buen ajuste al modelo de acuerdo a su valor de  $R^2$ , que fue mayor a .90. Respecto a los valores de  $k$ , se obtuvieron valores similares entre los grupos ya que no se encontraron diferencias significativas en sus niveles de descuento. Por último, respecto al parámetro  $s$  se obtuvieron valores menores a 1 en los dos grupos.

En la Figura 1 se muestran las medianas de los puntos de indiferencia de la recompensa de \$200 y de \$3000 obtenidos para los participantes que concluyeron y los que no el tratamiento; así como sus respectivas áreas bajo la curva de los puntos de indiferencia (gráficas derechas). Un análisis de varianza mostró que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, (Tratamiento terminado  $M= 0.184$   $DE= 0.212$ , deserción del tratamiento  $M= 0.214$   $DE=0.231$  en el área bajo la curva de la recompensa de \$200  $t= -0.622$ , (87),  $p=0.53$ ) y en la de \$3000  $t= 0.539$ , (87),  $p=0.59$ ).

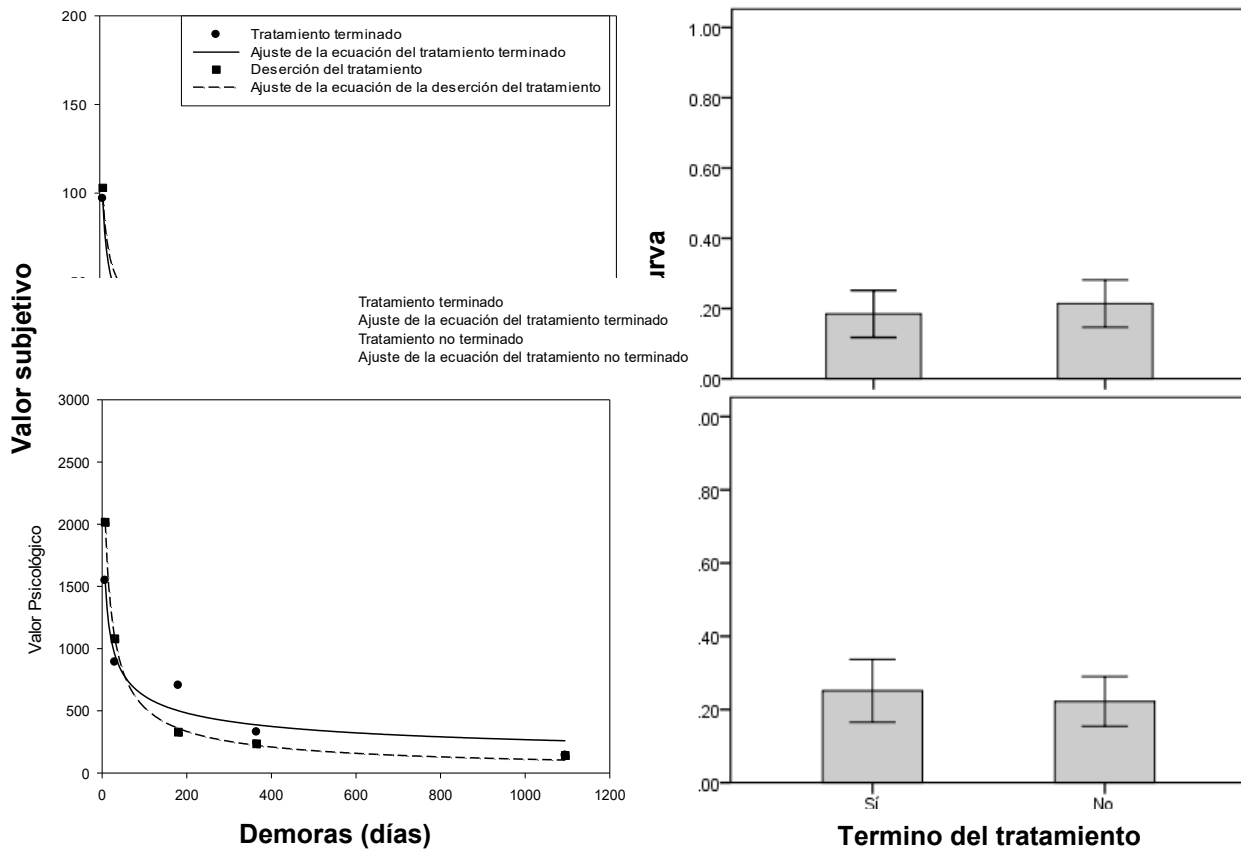


Figura 1. Medianas del valor subjetivo de la recompensa de \$200 (gráfica superior izquierda) y de \$3000 (gráfica inferior izquierda) y sus respectivas medias y errores estándar de las áreas bajo la curva de los puntos de indiferencia (gráficas derechas) de los usuarios que terminaron el tratamiento en comparación con los que no lo hicieron. Los círculos representan la mediana de los que terminaron el tratamiento, la línea negra representa su ajuste de la ecuación hiperbólica, los cuadrados representan la mediana de los puntos de indiferencia en función de la demora de entrega de los usuarios que no terminaron el tratamiento y la línea punteada representa su ajuste de la ecuación hiperbólica.

En la Tabla 3 se representa las medias y desviaciones estándar de las variables de la historia de consumo y de la satisfacción general de los dos grupos, así como el porcentaje de la gravedad de consumo y la importancia de dejarlo. Un análisis de varianza mostró que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, en el número de alteraciones del sistema nervioso central (Tratamiento terminado  $M= 4.05$   $DE= 2.83$ ,

deserción del tratamiento  $M= 2.9$   $DE=2.58$ )  $t= 2.005$ , (87),  $p=0.48$ ) y óseas (Tratamiento terminado  $M= 1.15$   $DE= 1.69$ , deserción del tratamiento  $M= 0.58$   $DE=0.79$ )  $t= 2.052$ , (87),  $p=0.43$ ). En la escala de satisfacción general, se encontraron diferencias en el manejo del dinero (Tratamiento terminado  $M= 3.68$   $DE=2.52$ , deserción del tratamiento  $M=5.04$   $DE=3.09$ )  $t=-2.095$ , (87),  $p=0.39$ ) y la vida social/recreativa (Tratamiento terminado  $M=4.54$   $DE=2.9$ , deserción del tratamiento  $M=6.04$   $DE=2.83$ )  $t= -2.317$ , (87),  $p=0.23$ ).

**Tabla 3**  
*Información descriptiva de la historia de consumo*

Variables	Tratamiento terminado n=41	Deserción del tratamiento n=48
Edad de inicio de consumo de cualquier droga (M[DE])	14.20(2.94)	13.54(1.93)
<b>Consumo de cocaína</b>		
Edad de inicio (M[DE])	23.08(5.61)	20.81(5.15)
Total de días de consumo (M[DE])	4701.38 (2921.43)	4077.29 (2789.46)
Tratamientos previos (M[DE])	3.13 (2.73)	3.62 (5.01)
<b>Tipo de problema del consumo de droga durante los últimos 12 meses (n[%])</b>		
Un pequeño problema	2 (4.9)	2 (4.9)
Un problema	6 (14.6)	11 (22.9)
Un gran problema	33 (80.5)	35 (72.9)
<b>Importancia de dejar el consumo (n[%])</b>		
Algo importante	-	1 (2.1)
Importante	1(2.4)	4 (8.3)
Muy importante	40 (97.6)	43(89.6)

**Consecuencias adversas  
al uso de sustancias  
(M[DE])**

Alteraciones del SNC	4.05 (2.83)*	2.9 (2.58)
Alteraciones óseas	1.15 (1.69)*	0.58 (0.79)

**Escala de satisfacción  
general (M[DE])**

Manejo del dinero	3.68 (2.52)*	5.04 (3.09)
Vida social/recreativa	4.54 (2.9)*	6.04 (2.83)
Tiempo actual en abstinencia, en días, meses y días (M[DE])	14.31(11.38)	19.73(25.26)

---

\*p<0.05

## Discusión

El objetivo de esta investigación fue describir diferencias en el descuento temporal de usuarios con dependencia a cocaína que terminaron o desertaron de un tratamiento residencial. El descuento temporal no mostró diferencias entre quienes permanecen o abandonan el tratamiento residencial de la población con dependencia a la cocaína. Estos resultados coinciden con lo que señalan Peters, et al. (2013) y Weidel (2013), referente a que el descuento temporal no parece ser una herramienta que permita identificar el riesgo de abandono del tratamiento.

Aunque no se detectaron diferencias entre el descuento temporal respecto a la permanencia y deserción del tratamiento, pueden existir otras variables que lleven a un usuario a terminar o no el tratamiento, por lo que en este estudio también se analizaron otras variables que podrían explicar la deserción de los usuarios.

Se encontró que los usuarios que terminaron el tratamiento, reportaron al comienzo de este, sentirse menos satisfechos en su vida social y recreativa y en el manejo de su dinero que los que no terminaron (McKellar, Kelly, Harris & Moos, 2006). Igualmente, percibieron mayor número de alteraciones óseas (descalcificación, fracturas y pérdida de dientes) y del sistema nervioso central (alucinaciones, insomnio, lagunas mentales, delirios, problemas visuales, ataxias, etc.). Indicando que al inicio del tratamiento percibían mayores consecuencias adversas del consumo sobre su salud física. Se ha encontrado, que los pacientes que más rápidamente solicitan nueva cita son aquellos con síntomas más severos, pero una vez que mejoran su sintomatología, tienden a incumplir el tratamiento; mientras que las enfermedades que comportan un riesgo vital, se correlacionan con un mejor

acatamiento de recomendaciones y prescripciones médicas mostrando avances útiles para evitar las recaídas (Curran, Kirchner, Worley, Rookey & Booth, 2002).

Por otra parte, parece ser que los usuarios que al ingresar al tratamiento reportan menores razones para dejar el consumo, tienen mayor riesgo de desertar, ya que presentan pocos problemas de salud, monetarios y sociales asociados al consumo, que a su vez, puede asociarse con menor percepción de necesitar un tratamiento (McKellar et al., 2006).

En la historia de consumo de sustancias y la gravedad de la problemática no se muestran diferencias entre quienes permanecen o no en el tratamiento (Ball et al., 2006, Casares-López, et al., 2013; Sayre et al., 2002). Pareciera ser que los usuarios eligen ingresar porque consideran un grave problema su consumo y además como muy importante dejar de hacerlo, sin embargo parecen no ser razones suficientes para que logren concluirlo.

Una vez que ingresan al tratamiento, los usuarios podrían considerarlo como demasiado exigente o tener expectativas poco optimistas respecto a los beneficios asociados con el tratamiento, como por ejemplo, lograr la abstinencia, viéndolo como un reto difícil y que por lo tanto decidan no concluirlo (Escobedo et al., 2007).

En los usuarios que desertan, incrementa el riesgo de presentar mayor número de problemas de salud, legales y financieros asociados con su consumo y por lo tanto, mayor probabilidad de reingresar al tratamiento (Brewer, Catalano, Haggerty, Gainey, & Fleming, 1998; Moos, Pettit, & Gruber, 1995), por lo que es importante que desde el primer ingreso logren concluirlo para evitar que su problema aumente.

Dentro del tratamiento, sin embargo, parece no ser tan eficaz motivar al usuario a permanecer, destacando las consecuencias asociadas a dejar el consumo, sobre todo si son a

largo plazo. Se ha encontrado que los usuarios al ver que su problema no disminuye rápidamente, desertan del tratamiento (Escobedo et al., 2007). Sería conveniente que, inicialmente se les enfatizen las consecuencias a corto plazo, haciendo que los beneficios del cambio y del tratamiento sean más evidentes e inmediatos. Los usuarios están dispuestos a seguir más tiempo en tratamiento cuando obtienen resultados rápidos (Stark, 1992). Evidentemente esta propuesta debe ser objeto de mayor investigación antes de hacer una conclusión definitiva sobre las razones de los usuarios para permanecer o desertar.

A pesar de que el descuento temporal parece no tener relación con la permanencia y deserción de los usuarios, se ha encontrado que el descuento temporal predice la abstinencia, que es un beneficio temporalmente distante asociado con la participación en el tratamiento. Es recomendable investigación adicional que permita confirmar tanto la evidencia del descuento temporal como predictor de resultados del tratamiento asociados a la abstinencia (Passetti et al., 2008; Stevens et al., 2014; Washio et al., 2011); así como su impacto en la deserción, tomando en cuenta el número de días que permanece el usuario en tratamiento tal y como lo utilizan Stevens et al. (2015) en su método de investigación y asimismo, considerar si los usuarios finalizaron los tratamientos previos en los que participaron ya que podría ayudar a conocer la probabilidad de que concluyan o no, finalmente se podrían hacer seguimientos después de terminar el tratamiento para indagar la situación actual respecto al consumo de sustancias y las razones de deserción del usuario.

Este estudio cuenta con algunas limitaciones, en primer lugar, la deserción se midió como una variable dicotómica, lo que pudo ocasionar la falta de resultados más precisos. En segundo lugar, el tipo de recompensas utilizadas en este estudio, solo fueron monetarias. Utilizar la droga como recompensa, que se ha encontrado que es descontada a una tasa

mayor que una cantidad equivalente de dinero (Bickel et al., 1999; Giordano, Loewenstein, Jacobs, Marsch, & Badger, 2002; Odum & Rainaud, 2003) tal vez permita identificar a los usuarios con mayor riesgo de desertar, ya que podrían descontar de forma más pronunciada la droga en comparación con los que no desertan, indicando mayor preferencia por el consumo. Esta última idea es una propuesta que podría ser estudiada en posteriores investigaciones.

En conjunto, estos hallazgos pueden contribuir a mejorar la calidad de los programas de intervención dirigidos a la dependencia de drogas, identificando algunos de los factores de riesgo que pueden llevar a un usuario a desertar del tratamiento, y de esta forma reducir la deserción implementando estrategias que comprometan y mantengan a los usuarios en tratamiento.



## Referencias

- Ainslie, G. (1975). Specious reward: a behavioral theory of impulsiveness and impulse control. *Psychological Bulletin*, 82 (4), 463–496. doi.org/10.1037/h0076860
- Baker, F., Johnson, M. W., & Bickel, W. K. (2003). Delay discounting in current and never-before cigarette smokers: similarities and differences across commodity, sign, and magnitude. *Journal of Abnormal Psychology*, 112 (3), 382–392. doi.org/10.1037/0021-843X.112.3.382
- Ball, S. A., Carroll, K. M., Canning-Ball, M., & Rounsaville, B. J. (2006). Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addictive Behaviors*, 31(2), 320–330. doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.05.013
- Barragán, L., González, J., Medina-Mora, M. & Ayala, H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo conductual para usuarios dependientes a alcohol y otras drogas a población Mexicana: un estudio piloto. *Salud Mental*. 28 (1), 61-71.
- Bickel, W. K., & Marsch, L. A. (2001). Toward a behavioral economic understanding of drug dependence: delay discounting processes. *Addiction (Abingdon, England)*, 96(1), 73–86. doi.org/10.1080/09652140020016978
- Bickel, W. K., Odum, A. L., & Madden, G. J. (1999). Impulsivity and cigarette smoking: delay discounting in current, never, and ex-smokers. *Psychopharmacology*, 146 (4), 447–454. doi.org/10.1007/PL00005490
- Brewer, D. D., Catalano, R. F., Haggerty, K., Gainey, R. R., & Fleming, C. B. (1998). A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for

opiate addiction. *Addiction*, 93 (1), 73–92. doi.org/10.1046/j.1360-0443.1998.931738.x

Brorson, H. H., Arnevik, A. E., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33 (8), 1010–24. doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007

Casares-López, M. J., González, A., Festinger, D., Fernández, P., Fernández, J., Secades, R., & Matejkowski, J. (2013). Predictors of retention in a drug-free unit/substance abuse treatment in prison. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 264–272. doi: 10.1016/j.ijlp.2013.04.003

Coffey, S. F., Gudleski, G. D., Saladin, M. E., & Brady, K. T. (2003). Impulsivity and rapid discounting of delayed hypothetical rewards in cocaine-dependent individuals. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 11 (1), 18–25.

Curran, G. M., Kirchner, J. E., Worley, M., Rookey, C., & Booth B. M. (2002). Depressive symptomatology and early attrition from intensive outpatient substance use treatment. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 29 (2), 138-43.

De las Fuentes, M. E., 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). Facultad de Psicología, UNAM, México.

Dennhardt, A. A., Yurasek, A. M., & Murphy, J. G. (2015). Change in delay discounting and substance reward value following a brief alcohol and drug use intervention.

*Journal of the experimental analysis of behavior*, 103, 125-140.  
doi:10.1002/jeab.121

Echeburúa, E., Báez, C., Fernández, J., & Páez, D. (1994). Cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS): Validación española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20 (74), 770-791.

Escobedo, J., Vite, A., & Oropeza, R. (2007). Factores asociados a la deserción en un tratamiento breve para usuarios de cocaína. *En-claves del Pensamiento*, 1(2), 117-131.

Giordano, L. A., Bickel, W. K., Loewenstein, G., Jacobs, E.A., Marsch, L., & Badger, G.J. (2002). Mild opioid deprivation increases the degree that opioid-dependent outpatients discount delayed heroin and money. *Psychopharmacology*, 163 (2), 174–182. doi.org/pbidi.unam.mx:8080/10.1007/s00213-002-1159-2

Green, L., & Myerson, J. (2004). A discounting framework for choice with delayed and probabilistic rewards. *Psychological Bulletin*, 130(5), 769–92. doi.org/10.1037/0033-2909.130.5.769

Green, L., Myerson, J., & O'Donoghue, T. (1999). Amount of reward has opposite effects on the discounting of delayed and probabilistic outcomes. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 25 (2), 418–427. doi.org/10.1037/0278-7393.25.2.418

Heil, S. H., Johnson, M. W., Higgins, S. T., & Bickel, W. K. (2006). Delay discounting in currently using and currently abstinent cocaine-dependent outpatients and

non-drug-using matched controls. *Addictive Behaviors*, 31 (7), 1290–1294.  
doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.09.005

Holt, D. D., Green, L., & Myerson, J. (2012). Estimating the subjective value of future rewards: Comparison of adjusting-amount and adjusting-delay procedures. *Behavioural Processes*, 90 (3), 302–310. doi.org/10.1016/j.beproc.2012.03.003

Hser, Y. I., Evans, E., Huang, D., & Anglin, D. M. (2004). Relationship between drug treatment services, retention, and outcomes. *Psychiatric Services*, 55 (7), 767–774. doi.org/10.1176/appi.ps.55.7.767

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. Recuperado de <http://www.conadic.salud.gob.mx>

Kampman, K. M., Alterman, A. I., Volpicelli, J. R., Maany, I., Muller, E. S., Luce, D. D., Mulholland, E. M., Jawad, A. F., Parikh, G. A., Mulvaney, F. D., Weinrieb, R. M., & O'Brien, C. P. (2001). Cocaine withdrawal symptoms and initial urine toxicology results predict treatment attrition in outpatient cocaine dependence treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15 (1), 52–59. doi:10.1037/0893-164X.15.1.52

King, A. C., & Canada, S. A. (2004). Client-related predictors of early treatment drop-out in a substance abuse clinic exclusively employing individual therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26 (3), 189–195. doi.org/10.1016/S0740-5472(03)00210-1

- Kirby, K. N. (1997). Bidding on the future: Evidence against normative discounting of delayed rewards. *Journal of Experimental Psychology: General*, *126* (1), 54–70. doi.org/10.1037/0096-3445.126.1.54
- Kirby, K. N., Petry, N. M., & Bickel, W. K. (1999). Heroin addicts have higher discount rates for delayed rewards than non-drug-using controls. *Journal of Experimental Psychology. General*, *128* (1), 78–87. doi.org/10.1037/0096-3445.128.1.78
- Krishnan-Sarin, S., Reynolds, B., Duhig, A. M., Smith, A., Liss, T., McFetridge, A., Cavallo, D. A., Carroll, K. M., & Potenza, M. N. (2007). Behavioral impulsivity predicts treatment outcome in a smoking cessation program. *Drug and Alcohol Dependence*, *88*, 79–82. doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.09.006
- Madden, G. J., Petry, N. M., Badger, G. J., & Bickel, W. K. (1997). Impulsive and self-control choices in opioid-dependent patients and non-drug-using control participants: drug and monetary rewards. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *5* (3), 256–262. doi.org/10.1037/1064-1297.5.3.256
- MacKillop, J., & Kahler, C. W. (2009). Delayed reward discounting predicts treatment response for heavy drinkers receiving smoking cessation treatment. *Drug Alcohol Dependence*, *104* (3), 197–203. doi:10.1016/j.drugalcdep.2009.04.020
- Mazur, J. (1987). An adjusting procedure for studying delayed reinforcement. In M. L. Commons, J. Mazur, J. A. Nevin, & H. Rachlin (Eds.), *Quantitative Analysis Of Behavior: The Effect Of Delay And Of Intervening Events On Reinforcement Value* (Vol. 5, pp 55-73). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- McKellar, J., Kelly, J., Harris, A., Moos, R. (2006). Pretreatment and during treatment risk factors for dropout among patients with substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 31 (3), 450–460. doi:10.1016/j.addbeh.2005.05.024
- Moos, R. H., Pettit, B., & Gruber, V. A. (1995). Characteristics and outcomes of three models of community residential care for abuse patients. *Journal of Substance Abuse*, 7 (1), 99–116.
- Myerson, J., & Green, L. (1995). Discounting of delayed rewards: Models of individual choice. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 64 (3), 263–76. doi.org/10.1901/jeab.1995.64-263
- Myerson, J., Green, L., & Warusawitharana, M. (2001). Area under the curve as a measure of discounting. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 76 (2), 235–243. doi.org/10.1901/jeab.2001.76-235
- Odum, A. L., & Rainaud, C. P. (2003). Discounting of delayed hypothetical money, alcohol, and food. *Behavioural Processes*, 64 (3), 305–313. doi.org/10.1016/S0376-6357(03)00145-1
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2015). *Informe mundial sobre las drogas*. Recuperado de <http://www.ipu.org/splz-e/unga16/drug-report-s.pdf>
- Ohmura, Y., Takahashi, T., & Kitamura, N. (2005). Discounting delayed and probabilistic monetary gains and losses by smokers of cigarettes. *Psychopharmacology*, 182 (4), 508–515. doi.org/10.1007/s00213-005-0110-8

- Olson, E. A., Hooper, C. J., Collins, P., & Luciana, M. (2007). Adolescents' performance on delay and probability discounting tasks: Contributions of age, intelligence, executive functioning, and self-reported externalizing behavior. *Personality and Individual Differences*, 43 (7), 1886–1897. doi:10.1016/j.paid.2007.06.016
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): Manual para uso en la atención primaria*. Recuperado de [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist\\_screening\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf)
- Peters, E. N., Petry, N. M., LaPlagia, D. M., Reynolds, B. & Carrol, K. M. (2013). Delay discounting in adults receiving treatment for marijuana dependence. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 21 (1), 46–54. doi:10.1037/a0030943
- Passetti, F., Clark, L., Mehta, M. A., Joyce, E., & King, M. (2008). Neuropsychological predictors of clinical outcome in opiate addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, 94(1-3), 82–91. doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.10.008
- Petry, N. M. (2001). Delay discounting of money and alcohol in actively using alcoholics, currently abstinent alcoholics, and controls. *Psychopharmacology*, 154 (3), 243–250. doi.org/10.1007/s002130000638
- Rachlin, H. (2006). Notes on discounting. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 85 (3), 425–435. doi.org/10.1901/jeab.2006.85-05
- Rachlin, H., & Green, L. (1972). Commitment, choice and self-control. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 17 (1), 15–22. doi.org/10.1901/jeab.1972.17-15

- Reynolds, B., Richards, J. B., & de Wit, H. (2006). Acute-alcohol effects on the Experiential Discounting Task (EDT) and a question-based measure of delay discounting. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 83 (2), 194–202. doi.org/10.1016/j.pbb.2006.01.007
- Sayre, S.L., Schmitz, J.M., Stotts, A. L., Averill, P.M., Rhoades, H.M., & Grabowski, J. J. (2002). Determining predictors of attrition in an outpatient substance abuse program. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28, 55-72. doi:10.1081/ADA-120001281
- Secretaria de Salud, Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Epidemiología (2013). Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones: Informe 2014. Recuperado de [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/inf\\_sisvea/informes\\_sisvea\\_2014.pdf](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/inf_sisvea/informes_sisvea_2014.pdf)
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) The Development and validation of a structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*, 59 (20), 22-33.
- Simon, N. W., Mendez, I. A., & Setlow, B. (2007). Cocaine exposure causes long-term increases in impulsive. *Behavioral Neuroscience*, 121 (3), 543–549. doi.org/10.1037/0735-7044.121.3.543



- Simpson, D. D., Joe, G. W., & Rowan-Szal, G. A. (1997). Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 47 (3), 227–235. doi.org/10.1016/s0376-8716(97)00099-9
- Stark, M. J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical Psychology Review*, 12, 93–116. doi:10.1016/0272-7358(92)90092
- Stevens, L., Betanzos-Espinosa, P., Crunelle, C. L., Vergara-Moragues, E., Roeyers, H., Lozano, O., Pérez-García, M. (2013). Disadvantageous decision-making as a predictor of drop-out among cocaine-dependent individuals in long-term residential treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 4 (149), 1–9. doi.org/10.3389/fpsyt.2013.00149
- Stevens, L., Verdejo-García, A., Goudriaan, A. E., Roeyers, H., Dom, G., & Vanderplasschen, W. (2014). Impulsivity as a vulnerability factor for poor addiction treatment outcomes: A review of neurocognitive findings among individuals with substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47 (1), 58–72. doi.org/10.1016/j.jsat.2014.01.008
- Stevens, L., Verdejo-García, A., Roeyers, H., Goudriaan, A. E., & Vanderplasschen, W. (2015). Delay discounting, treatment motivation and treatment retention among substance-dependent individuals attending an inpatient detoxification program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 49, 58–64. doi.org/10.1016/j.jsat.2014.08.007
- Streeter, C. C., Terhune, D. B., Whitfield, T. H., Gruber, S., Sarid-Segal, O., Silver, M. M., Tzilos, G., Afshar, M., Rouse, E. D., Tian, H., Renshaw, P. F., Ciraulo, D. A., & Yurgelun-Todd, D. A. (2008). Performance on the stroop predicts treatment

compliance in cocaine-dependent individuals *Neuropsychopharmacology*, 33 (4), 827-836. doi:10.1038/sj.npp.1301465

Teichner, G., Azrin, N. H., Donohue, B., Howell, J., Rindsberg, J., Decato, L., & Ward, J. (1998). Psychometric evaluation of the Life Satisfaction Scale in a population of conduct-disordered and drug abusing youth. Presentación de poster en la conferencia internacional AABT, Washington, D.C.

Tulsky, D., & Zhu, J. (2003). *Escala Wechsler de Inteligencia para adultos-III*. Cuauhtémoc, México: Manual Moderno.

Washio, Y., Higgins, S. T., Heil, S. H., McKerchar, T. L., Badger, G. J., Skelly, J. M., & Dantona, R. L. (2011). Delay discounting is associated with treatment response among cocaine-dependent outpatients. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 19 (3), 243–8. doi.org/10.1037/a0023617

Weidel, J. J. (2013). *The Relationship of Temporal Discounting and Working Alliance to Substance Abuse Treatment Process in Hispanic Adolescents* (tesis doctoral). Universidad de Miami, Coral Gables, Florida.

Yi, R.; Mitchell, S. H.; Bickel, W.K. Delay-discounting and substance abuse-dependence. En G. J. Madden, & W. K. Bickel (Eds.), *Impulsivity: The behavioral and neurological science of discounting* (pp 191-211). Washington, DC: American Psychological Association.

Zhang, Z., Friedmann, P. D., & Gerstein, D. R. (2003). Does retention matter? Treatment duration and improvement in drug use. *Addiction*, 98 (5), 673–684.  
[doi.org/10.1046/j.1360-0443.2003.00354.x](https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2003.00354.x)

## ANEXOS

### ASSIST

Nombre del usuario: \_\_\_\_\_ No. Expediente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1. ¿Alguna vez en su vida ha consumido...?		
a. Tabaco	No	Sí
b. Bebidas alcohólicas	No	Sí
c. Cannabis	No	Sí
d. Cocaína	No	Sí
e. Estimulantes de tipo anfetamina	No	Sí
f. Inhalantes	No	Sí
g. Sedantes o pastillas para dormir	No	Sí
h. Alucinógenos	No	Sí
i. Opiáceos	No	Sí
j. Otros (especifique)	No	Sí

Si todas las respuestas son negativas, pregunte:  
¿Tampoco cuando era estudiante?

Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, **detenga la entrevista.**

Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de las preguntas, **haga la pregunta 2** para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.

3. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansia de consumir (primera droga, segunda, etc.)?	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi
a. Tabaco	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas	0	3	4	5	6
c. Cannabis	0	3	4	5	6
d. Cocaína	0	3	4	5	6
e. Estimulantes de tipo anfetamina	0	3	4	5	6
f. Inhalables	0	3	4	5	6
g. Sedantes o pastillas para dormir	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos	0	3	4	5	6
i. Opiáceos	0	3	4	5	6
j. Otros (especifique)	0	3	4	5	6

5. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda, etc.)?	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi
a. Tabaco	0	5	6	7	8
b. Bebidas alcohólicas	0	5	6	7	8
c. Cannabis	0	5	6	7	8
d. Cocaína	0	5	6	7	8
e. Estimulantes de tipo anfetamina	0	5	6	7	8
f. Inhalables	0	5	6	7	8
g. Sedantes o pastillas para dormir	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos	0	5	6	7	8
i. Opiáceos	0	5	6	7	8

2. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó? (primera droga, segunda, etc.)	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi
a. Tabaco	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas	0	2	3	4	6
c. Cannabis	0	2	3	4	6
d. Cocaína	0	2	3	4	6
e. Estimulantes de tipo anfetamina	0	2	3	4	6
f. Inhalables	0	2	3	4	6
g. Sedantes o pastillas para dormir	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos	0	2	3	4	6
i. Opiáceos	0	2	3	4	6
j. Otros (especifique)	0	2	3	4	6

Si la respuesta es "nunca" en todas las secciones, pase a la pregunta 6.  
Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia.

4. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi
a. Tabaco	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas	0	4	5	6	7
c. Cannabis	0	4	5	6	7
d. Cocaína	0	4	5	6	7
e. Estimulantes de tipo anfetamina	0	4	5	6	7
f. Inhalables	0	4	5	6	7
g. Sedantes o pastillas para dormir	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos	0	4	5	6	7
i. Opiáceos	0	4	5	6	7
j. Otros (especifique)	0	4	5	6	7

6. Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda, etc.)	Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Cannabis	0	6	3
d. Cocaína	0	6	3
e. Estimulantes de tipo anfetamina	0	6	3
f. Inhalables	0	6	3
g. Sedantes o pastillas para dormir	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opiáceos	0	6	3

j. Otros (especifique)	0	5	6	7	8
------------------------	---	---	---	---	---

Haga las preguntas 6 y 7 para las sustancias usadas alguna vez (las mencionadas en la pregunta 1).

7. Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda, etc.)	Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Cannabis	0	6	3
d. Cocaína	0	6	3
e. Estimulantes de tipo anfetamina	0	6	3
f. Inhalables	0	6	3
g. Sedantes o pastillas para dormir	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opiáceos	0	6	3
j. Otros (especifique)	0	6	3

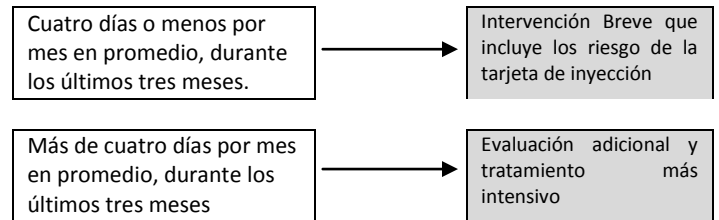
Haga las preguntas 6 y 7 para las sustancias usadas alguna vez (las mencionadas en la pregunta 1)

j. Otros (especifique)	0	6	3
------------------------	---	---	---

Haga las preguntas 6 y 7 para las sustancias usadas alguna vez (las mencionadas en la pregunta 1).

8. ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada?	Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
(Marque la casilla correspondiente)			

Es importante preguntar acerca de sus hábitos de inyección:



### Cómo calcular la puntuación de consumo de una sustancia específica

Por cada sustancia (rotulada “a” a la “j”) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. No incluya los resultados de la pregunta 1 o de la pregunta 8. Por ejemplo, una puntuación para cannabis, se calcularía como: **P2c+P3c+P4c+P5c+P6c+P7c**.

Observe que la pregunta 5 para tabaco no está codificada y se calcula como **P2a+P3a+P4a+P6a+P7a**.

El tipo de intervención se determina por la puntuación de consumo de sustancias específicas				
	Registrar la puntuación para cada sustancia	No requiere intervención (Consejo Breve)	Requiere Intervención Breve	Tratamiento más Intensivo (PSC/PPR)
a. Tabaco		0 - 3	4 - 26	27 +
b. Bebidas alcohólicas		0 - 10	11 - 26	27 +
c. Cannabis		0 - 3	4 - 26	27 +
d. Cocaína		0 - 3	4 - 26	27 +
e. Estimulantes de tipo anfetamina		0 - 3	4 - 26	27 +
f. Inhalables		0 - 3	4 - 26	27 +
g. Sedantes o pastillas para dormir		0 - 3	4 - 26	27 +
h. Alucinógenos		0 - 3	4 - 26	27 +
i. Opiáceos		0 - 3	4 - 26	27 +
j. Otros (especifique)		0 - 3	4 - 26	27 +

## CUESTIONARIO DE ABUSO DE DROGAS (CAD-20)

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

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

<b>CUESTIONARIO DE USO DE DROGAS CAD – 20</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
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 (sudoración, taquicardia, ansiedad, etc.) cuando ha dejado de usar drogas?		
18. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (ejemplo. pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrados, etc.)?		
19. ¿Ha pedido a alguien que le ayude a resolver su problema con las drogas?		
20. ¿Ha estado en un tratamiento específicamente relacionado con el uso de drogas?		

## MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL

Trastorno psicótico actual.

Le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.

1. ¿Actualmente tiene usted la impresión de que alguien le espía, o conspira contra usted, o que tratan de hacerle daño? (NO) (SI)

2. ¿Actualmente tiene usted la impresión de que alguien puede leer o escuchar sus pensamientos o que usted puede leer o escuchar los pensamientos de otros? (NO) (SI)

3. ¿Actualmente cree usted que alguien o una fuerza externa se ha metido en usted, que le hace actuar de manera no usual? (NO) (SI)

4. ¿Actualmente cree que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor, o el periódico, o que una persona que no conoce personalmente se interesa particularmente por usted? (NO) (SI)

5. ¿Actualmente consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales? (NO) (SI)

6. ¿Actualmente escucha una voz que comenta acerca de sus pensamientos o sus actos, o escucha dos o más voces conversando entre sí? (NO) (SI)

7. ¿Actualmente estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no pueden ver? (NO) (SI)

BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/A:

8. ¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES? (NO) (SI)

9. ¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO? (NO) (SI)

10. ¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENÍA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA? (NO) (SI)



Episodio (hipo) maniaco actual.

1. ¿Alguna vez ha habido un periodo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, tan lleno de energía o seguro de sí mismo y esto le ha ocasionado problemas que otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (considere periodos en los que estaba intoxicado con drogas o alcohol).

SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON “EXALTADO” O “EUFÓRICO”, CLARIFÍQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA:

Lo que queremos decir con exaltado o eufórico es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, los pensamientos se aceleran, se tienen muchas ideas y aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo. (NO) (SI)

2. ¿En este momento se siente exaltado, eufórico o lleno de energía? (NO) (SI)

3. ¿Siente que puede hacer cosas que otros no podrían hacer o que usted es una persona especialmente importante?

4. ¿Necesita dormir menos (se siente descansado con pocas horas de sueño)? (NO) (SI)

5. ¿Habla usted sin parar o tan deprisa que los demás tienen dificultad para entenderle? (NO) (SI)

6. ¿Sus pensamientos pasan tan deprisa por su cabeza que tiene dificultad para seguirlos? (NO) (SI)

7. ¿Se distrae tan fácilmente que la menor interrupción le hace perder el hilo de lo que está haciendo o pensando? (NO) (SI)

8. ¿Está tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupan por usted? (NO) (SI)

9. ¿Quiere involucrarse en actividades tan placenteras que ignora los riesgos las consecuencias (p. ej. tener gastos descontrolados, conducir imprudentemente o mantener actividades sexuales de riesgo)? (NO) (SI)

## Cuestionario de Tamizaje para la detección del juego patológico

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

1. ¿Alguna vez en su vida ha apostado o jugado en exceso?  
 Sí       No
2. ¿Le preocupa su conducta de apuesta o de juego en exceso?  
 Sí       No
3. ¿Tiene una necesidad urgente por apostar o jugar?  
 Sí       No
4. ¿Ha aumentado las cantidades de apuesta o el tiempo dedicado al juego, para tener la misma emoción de la primera vez que lo hizo?  
 Sí       No
5. ¿Ha tenido problemas en su vida por apostar o jugar en exceso?  Sí  No
6. ¿Ha intentado dejar de apostar/jugar sin éxito?  Sí  No

**Si todas las respuestas son negativas, termine la entrevista. Si alguna respuesta es positiva continua la entrevista.**

¿Ha asistido a tratamiento por su conducta de apuesta/juego?

¿Qué resultados obtuvo?

¿Existe algún dato adicional que yo deba conocer? ¿Desea agregar algo?

## REPETICION DE DIGITOS

## SIMBOLOS Y DIGITOS

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

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Puntuación Normalizada	Repetición de Dígitos	Simbólica y Dígitos	Puntuación Normalizada
12	17	67-80	10
11	16	63-85	10
10	15	54-11	10
9	14	73-75	10
8	13	69-71	10
7	12	65-81	10
6	11	63-85	10
5	10	61-81	10
4	9	63-87	10
3	8	41-61	10
2	7	41-43	10
1	6	38-43	10
0	5	33-34	10
	4	33-39	10
	3	33-37	10
	2	33-37	10
	1	33-37	10
	0	33-37	10

REPETICION DE DIGITOS	CALIFICACION
<b>Ámbito escolar</b>	
5-0-2	2
6-0-4	3
1-4-3-9	4
7-7-8-6	4
4-1-0-4	5
7-5-8-3-6	5
5-1-0-4-1-3	6
3-9-2-4-0-7	6
5-0-1-7-4-0-8	7
4-1-7-8-3-0-5	7
5-8-1-0-0-6-4-7	8
3-0-2-9-5-1-1-4	8
2-1-0-4-0-3-0-4	9
7-1-0-8-4-0-0-5-0	9
<b>Uso de otras</b>	
2-1	2
5-8	7
6-2-9	3
4-1-5	3
3-7-0	4
4-0-6-6	4
1-5-0-8-6	5
6-1-8-4-3	5
5-1-0-4-1-8	6
7-2-1-8-5-8	6
5-1-0-0-3-5-8	7
1-7-9-1-2-8	7
0-4-3-7-6-2-5-8	8
7-7-8-1-0-6-5-3	8
Ad - Ac -	
<b>Mayor Ho. encerrado</b>	

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

## ESCALA DE SATISFACCIÓN GENERAL

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

Este instrumento tiene como objetivo conocer su nivel de satisfacción con respecto a cada una de las áreas de su vida; las cuales se enlistan a continuación. Por favor, encierre en un círculo el número que corresponda al nivel de satisfacción que usted tiene respecto a cómo está funcionando en cada una de las áreas. Los números más cercanos a uno reflejan varios grados de insatisfacción, siendo el uno el nivel de mayor insatisfacción. Por favor, conforme lea cada área, pregúntese **¿Qué tan satisfecho me siento con mi funcionamiento en esta área de mi vida?** Es decir, establezca con base en la escala numérica (1-10) exactamente cómo se siente hoy con respecto a esta área. Evite pensar en lo satisfecho que se sentía ayer concéntrese solamente en la satisfacción que siente hoy en cada área de su vida. Por favor trate de que un área en particular no inflencie los resultados de la siguiente categoría. Si tiene alguna duda, por favor pregunte en este momento a su terapeuta. De lo contrario comience a contestar.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Completamente Insatisfecho					Completamente Satisfecho				
1. Consumo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Progreso en el trabajo o la escuela	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Manejo del dinero	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Vida social/ recreativa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Hábitos personales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Relaciones familiares o matrimoniales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Situación legal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Vida emocional	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Comunicación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Satisfacción general	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

---

Azrin, Naster & Jones, (1973)

### Entrevista Inicial

<b>Número de Folio:</b>	<b>Fecha de aplicación:</b>
-------------------------	-----------------------------

<b>Nombre del terapeuta:</b>
------------------------------

<b>EI1-Fecha de Nacimiento:</b>
---------------------------------

#### CONSUMO DE SUSTANCIAS

**EI2-**Favor de llenar cada espacio de acuerdo a las sustancias que ha consumido el paciente a lo largo de su vida

SUSTANCIA (ver hoja de apoyo)	Código	Edad de Inicio de Consumo	Forma de consumo 1 ingerida; 2 inyectada; 3 fumada 4 inhalada 5 untada 6 oftalmologica 7 Otica 9 No sabe 0 No consume	Frecuencia de consumo 1 una vez en la vida 2 menos de una vez al año 3 menos de una vez al mes 4 mensualmente 5 semanalmente 6 casi diario 7 diario 0 no consume	Cantidad consumida con mayor frecuencia por día (ver tabla de apoyo)	Consumo en el último año	
						Si-1	No-2
Tabaco	1					Si-1	No-2
Alcohol	2					Si-1	No-2
Marihuana	3					Si-1	No-2
Cocaína	4					Si-1	No-2
Crack	5					Si-1	No-2
Inhalables	6					Si-1	No-2
Alucinógenos	7					Si-1	No-2
Estimulantes tipo anfetamínico	8					Si-1	No-2
Tranquilizantes o pastillas para dormir	9					Si-1	No-2
Opiáceos	10					Si-1	No-2
Otras drogas	9999					Si-1	No-2

<b>EI3-Principal Sustancia de Impacto</b>	(1 Tabaco) (2 Alcohol)(3 Marihuana)(4Cocaina)(5 Crack)(6 inhalables) (7 Alucinógenos)(8 Estimulantes)(9 Tranquilizantes)(10 Opiáceos) (999 Otras drogas)
---	--

<b>EI4-¿Por cuántos meses ha consumido alcohol/droga? (sustancia principal)</b> _____
---

<b>EI5-¿Desde hace cuánto, en años, meses y días, consume en forma excesiva alcohol/droga? (sustancia principal)</b> _____
--

<b>EI6-¿Desde hace cuánto ha consumido alcohol/droga, en años, meses y días? (sustancia secundaria en poli-usuarios)</b> _____
--

<b>EI7- ¿Desde hace cuánto consume en forma excesiva alcohol/droga, en años, meses y días? (sustancia secundaria en poli-usuarios)</b> _____
--

<b>EI8-Normalmente consume:</b> _____ (1) solo _____ (2) acompañado
---

<b>EI9-El lugar donde consume normalmente es:</b> _____ (1) público _____ (2) privado
---

**EI10- Una vez que empieza a consumir alcohol/drogas, ¿puede detener su consumo voluntariamente?** \_\_\_\_\_ (1) SI \_\_\_\_\_ (2) NO

**EI11- Número de días de consumo en la semana:** \_\_\_\_\_

**EI12-Mensualmente, ¿qué porcentaje de su sueldo utiliza en comprar lo siguiente?**  
 \_\_\_\_\_ Alcohol \_\_\_\_\_ Droga

**EI13-¿Qué tan seguro, de 1 a 10 puntos, se siente de lograr no consumir la sustancia adictiva?** \_\_\_\_\_

**EI14-En caso de consumo de alcohol, ¿qué tipo de bebida consume?**  
 \_\_\_\_\_ Cerveza \_\_\_\_\_ Vino \_\_\_\_\_ Pulque \_\_\_\_\_ Coolers  
 \_\_\_\_\_ Destilados (ron, ginebra, aguardiente, vodka, whisky, tequila, mezcal, etcétera), 999 No aplica

**EI15-¿Fumas?**  
 (1) Nunca he fumado (2) Actualmente fumo (3) Ex - fumador (< de 1 año) (4) Ex-fumador (> de 1 año)  
 No. de años: \_\_\_\_\_

**EI16-¿Edad en la que iniciaste a fumar?** \_\_\_\_\_

**EI17-¿Cuál considera que es la razón principal por la que inició a fumar?**  
 a) Por que sus compañeros, amigos o familiares fumaban  
 b) Por presión de los amigos o compañeros  
 c) Por curiosidad  
 d) Para tranquilizarse  
 e) Para sentirse adulto  
 f) Por rebeldía  
 g) Otra \_\_\_\_\_  
 999, No aplica

**EI18-¿Por cuánto tiempo has sido un fumador regular, en años, meses y días?** \_\_\_\_\_  
 999, No aplica

**EI19-Promedio de cigarros que fumas diariamente:** \_\_\_\_\_  
 999, No aplica

**EI20-¿Le da el golpe al cigarro cuando fuma?**  
 1 Nunca ( ) 2 Algunas veces ( ) 3 Siempre ( ) No aplica (999)

**EI21-De acuerdo con la siguiente escala, señale la opción que mejor describa su consumo de alcohol/droga durante los últimos 12 meses (marque sólo una opción):**

Tipo de problema	A)Alcohol	B)Droga
<b>1. Sin problema.</b>		
<b>2. Un pequeño problema</b> (estoy preocupado al respecto, pero no he tenido ninguna experiencia negativa).		
<b>3. Un problema</b> (he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que puede considerarse seria).		
<b>4. Un gran problema</b> (he tenido algunas consecuencias serias).		

<b>DISPOSICIÓN AL CAMBIO</b>
<b>EI22- Desde que el consumo de alcohol/droga se ha convertido en un problema, ¿cuál es el mayor tiempo que se ha propuesto no consumir y no ha consumido nada de alcohol/droga? (Mayor periodo de abstinencia en años, meses y días. Si nunca se ha abstenido, marque "0").</b>
<b>EI23-Tiempo actual en abstinencia, en días, meses y días _____ (999 No aplica)</b>
<b>EI24-¿Cuándo ocurrió? _____ (Mes y Año) (999 No aplica)</b>
<b>EI25- ¿Por qué se abstuvo en esa ocasión? _____</b>
<b>EI26-Actualmente, ¿qué tan importante es para usted dejar de consumir alcohol/droga?</b> _____ (1) Nada importante _____ (2) Poco importante _____ (3) Algo importante _____ (4) Importante _____ (5) Muy importante
<b>EI27-Mencione dos razones por las cuales es importante para usted dejar de consumir:</b>
<b>SITUACIÓN LABORAL</b>
<b>EI28-En los últimos 12 meses, ¿cuántos días no trabajó como resultado del consumo alcohol y/o droga? (De 0 a 365 días.) _____</b>
<b>EI29- En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces perdió el empleo como resultado de consumir alcohol o droga? (De 0 a 365 días.) _____</b>
<b>SU ESTADO DE ÁNIMO</b>
<b>EI-30 ¿Se siente triste con frecuencia? _____ (1) No _____ (2) Si</b>
<b>EI31-¿Cuáles son las causas?</b>
<b>EI32-¿Ha tenido alguna vez en su vida ideas suicidas? (1) _____ No (2) _____ Si</b>
<b>EI33-¿Cuándo?</b>
<b>EI-34 ¿Se siente ansioso con frecuencia? (1) _____ No (2) _____ Si</b> <b>¿Por qué?</b>
<b>SU SALUD FÍSICA</b>
<b>EI-35 ¿Está siendo atendido por algún problema de salud en la actualidad?</b> (1) No _____ (2) Si _____ ¿Cuál? _____
<b>EI36- ¿Está tomando algún medicamento por prescripción médica o se está automedicando?</b> _____ (1) No _____ (2) Si
<b>EI 37-¿Con cuál medicamento, cada cuándo y por qué?</b>
<b>EI 38- En los últimos 12 meses, ¿cuántos días estuvo en el hospital por problemas relacionados con el consumo de alcohol/droga?</b>
<b>EI39. CONSECUENCIAS ADVERSAS AL USO DE SUSTANCIAS</b> <b>A continuación se enlista una serie de problemas que pueden estar relacionados con el</b>



consumo de drogas en los últimos 12 meses, mencione cuáles concuerdan con su caso:			
		Sustancia de impacto	
Problema	¿Qué daños te ha ocasionado el consumo? Especificalos con una x	Número de Problemas	¿Qué tanto te afecta en tu vida, en una escala del 1 al 10?
EI39A-Salud Física		Número total=	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Alteraciones cardiovasculares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• arritmias ( )</li> <li>• presión arterial ( )</li> <li>• insuficiencias ( )</li> <li>• isquemia cardiaca ( )</li> <li>• infarto ( )</li> <li>• várices esofágicas ( )</li> </ul>		
Alteraciones digestivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• desnutrición ( )</li> <li>• diabetes ( )</li> <li>• gastritis ( )</li> <li>• hepatitis ( )</li> <li>• hígado graso ( )</li> <li>• úlcera ( )</li> <li>• ácido úrico ( )</li> <li>• cirrosis ( )</li> <li>• pancreatitis ( )</li> <li>• pérdida de apetito ( )</li> </ul>		
Alteraciones del SNC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alucinaciones ( ) (auditivas, visuales, táctiles)</li> <li>• insomnio ( )</li> <li>• lagunas mentales ( )</li> <li>• convulsiones ( )</li> <li>• delirios (persecución, otros) ( )</li> <li>• problemas visuales ( )</li> <li>• ataxias ( )</li> <li>• temblor ( )</li> <li>• incoordinación motora ( )</li> <li>• coma ( )</li> <li>• golpes ( )</li> <li>• caídas ( )</li> <li>• confusión mental ( )</li> <li>• confabulaciones ( )</li> <li>• accidentes ( )</li> </ul>		

<b>Alteraciones óseas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• descalcificación ( )</li> <li>• fracturas ( )</li> <li>• pérdida de dientes ( )</li> </ul>		
<b>Alteraciones respiratorias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• enfisema pulmonar obstructivo ( )</li> <li>• tos ( )</li> <li>• neumonías ( )</li> <li>• tuberculosis ( )</li> <li>• pulmonía ( )</li> </ul>		
<b>EI39B-Alteraciones cognitivas</b>		<b>Número total=</b>	<b>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• confusión mental ( )</li> <li>• problemas de atención ( )</li> <li>• problemas de concentración ( )</li> <li>• problemas de memoria ( )</li> <li>• problemas para tomar decisiones ( )</li> </ul>		
<b>EI39C-Alteraciones emocionales</b>		<b>Número total=</b>	<b>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ansiedad ( )</li> <li>• celos ( )</li> <li>• culpa ( )</li> <li>• depresión ( )</li> <li>• desesperación ( )</li> <li>• ideas suicidas ( )</li> <li>• inseguridad ( )</li> <li>• intentos suicidas ( )</li> <li>• irritabilidad ( )</li> <li>• cambios drásticos de estado de ánimo ( )</li> <li>• temor ( )</li> <li>• sentimientos de afectar/dañar a otros ( )</li> </ul>		
<b>EI39D-Alteraciones en relaciones interpersonales</b>		<b>Número total=</b>	<b>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aislamiento ( )</li> <li>• correrlo de casa ( )</li> <li>• divorcio ( )</li> <li>• mentiras ( )</li> <li>• pérdida de confianza ( )</li> <li>• pérdida de amigos ( )</li> <li>• pérdida de comunicación ( )</li> </ul>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• problemas ( )</li> <li>• ruptura de relaciones de pareja ( )</li> <li>• separaciones ( )</li> <li>• vivir fuera de casa ( )</li> </ul>		
<b>EI39E-Alteraciones de conducta agresiva</b>		<b>Número total=</b>	<b>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• agresión física ( )</li> <li>• riñas/peleas ( )</li> <li>• gritos ( )</li> <li>• lesiones ( )</li> <li>• golpes que requieran hospitalización ( )</li> <li>• insultos ( )</li> <li>• romper objetos ( )</li> </ul>		
<b>EI39F-Alteraciones legales</b>		<b>Número total=</b>	<b>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• demanda por robo ( )</li> <li>• homicidio ( )</li> <li>• intento de homicidio ( )</li> <li>• detenciones ( )</li> <li>• encarcelamiento ( ) (fecha, duración y causas)</li> <li>_____</li> <li>_____</li> <li>_____</li> <li>• manejo de armas( )</li> <li>• robo ( )</li> <li>• venta o transportación de sustancias adictivas ( )</li> </ul>		
<b>EI39G-Alteraciones económicas</b>		<b>Número total=</b>	<b>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• deudas ( )</li> <li>• gasto excesivo( )</li> <li>• empeñar ( )</li> <li>• pedir prestado ( )</li> </ul>		
<b>EI39H-Alteraciones laborales</b>		<b>Número total=</b>	<b>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• accidentes laborales ( )</li> <li>• ausentismo ( )</li> <li>• cambio de puesto ( )</li> <li>• despido ( )</li> <li>• desempleo ( )</li> <li>• problemas con compañeros ( )</li> <li>• problemas con jefe ( )</li> <li>• retardos ( )</li> <li>• suspensiones laborales ( )</li> <li>• suspensiones de pago ( )</li> </ul>		
<b>EI39I-Alteraciones escolares</b>		<b>Número total=</b>	<b>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• expulsiones ( )</li> <li>• inasistencias ( )</li> <li>• reprobación de año ( )</li> <li>• reprobación de materias ( )</li> <li>• retardos ( )</li> </ul>		
<b>EI40-¿Ha recibido algún tipo de tratamiento o ayuda para resolver sus problemas de alcohol o droga?</b> _____ (1) No, nunca. _____ (2) Si			
<b>EI41-¿Cuántos? _____</b>			

## Carta de consentimiento de participación

Por medio de la presente yo, \_\_\_\_\_  
acepto participar en el protocolo de investigación sobre Descuento temporal y probabilístico. Tengo información respecto a sus características, las cuales implican lo siguiente:

- Aplicación de 10 tareas en computadoras en tres momentos diferentes, al inicio de mi tratamiento, al finalizar mi tratamiento y a los tres meses de haber finalizado mi tratamiento.
- Las tareas involucran una serie de decisiones entre dos hipotéticos resultados que no recibiré.
- Estoy consciente de que no existen riesgos en la aplicación de estas tareas y que el beneficio de apoyar en la realización de estas tareas, contribuirá al objetivo de la investigación que es conocer los procesos de toma de decisión en humanos.
- Estoy consciente en que puedo retirarme de la aplicación de estas tareas computacionales en cualquier momento que así lo desee.

Así mismo, estoy de acuerdo en lo siguiente:

- Estoy de acuerdo en que los datos proporcionados puedan utilizarse con fines de investigación científica, siempre y cuando el manejo de la información sea de la manera profesional ética y confidencial.
- Me comprometo a dar información totalmente honesta para apoyar mi abstinencia y facilitar mi recuperación.
- Estoy de acuerdo en que la relación con el profesional de la salud será únicamente profesional.
- Me comprometo a abstenerme de asistir a las sesiones bajo los efectos de alcohol y otras drogas, a excepción del tratamiento farmacológico controlado.
- Me comprometo a no traer conmigo drogas legales o ilegales al asistir al centro de intervención, ni consumirla en sus instalaciones, ya que esto será causa de baja del tratamiento.
- Cuidar mi integridad física, es decir no tener conductas que puedan poner en riesgo mi vida.
- Evitar tener conductas de agresión física y verbal hacia otras personas.
- Asistir con puntualidad a mis citas.
- Estoy de acuerdo en proporcionar nombre, dirección y número telefónico de un familiar y/o amigo cercano **No** consumidor para que pueda ser contactado por el profesional de la salud en caso de que no pueda contactarme.

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación o parentesco: \_\_\_\_\_

- Estoy consciente de que la información que se dará a los familiares o amigos es solo sobre mi asistencia, el resto de la información será confidencial.
- Asistiré a tres sesiones de seguimiento, es decir, al mes, tres meses, seis meses después de haber terminado el tratamiento. En estas sesiones se me aplicarán nuevamente los instrumentos de evaluación inicial y se obtendrán datos referentes a mi consumo.
- De igual manera estoy de acuerdo, de que en caso necesario y al no obtener los beneficios y resultados exitosos esperados se me proporcione información por escrito a otros tratamientos que me permitan lograrlo.
- El profesional no podrá participar en ningún proceso legal (declaración testimonial) ni durante tratamiento ni durante los años posteriores a este.
- Del mismo modo doy mi autorización para que a criterio de los profesionales se me apliquen pruebas de orina para el control de uso de sustancias.
- Así mismo, estoy de acuerdo en que el profesional tenga contacto interdisciplinario para garantizar la intervención integral que fortalezca el éxito terapéutico.

En este proyecto, toda la información que proporcione es de carácter confidencial y solo tendrá acceso a ella los profesionales de la salud y su supervisor.

México, D.F. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del terapeuta

Este formato se elaboró de acuerdo a los artículos 3.9, 5.4.4 y 5.4.5 en materia de consentimiento informado y de tratamiento para la salud de la Norma Oficial Mexicana NOM- 028-SSA2-1999 Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.