



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DESERCIÓN-ADHERENCIA DEL PROGRAMA  
DE INTERVENCIÓN BREVE PARA BEBEDORES PROBLEMA**

**TESIS**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRIA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**RIVERA PACHECO DANIEL**

**DIRECTOR:**

**MTRA. GUILLERMINA NATERA REY**

**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"**

**COMITÉ:**

**MTRA. LETICIA ECHEVERRÍA SAN VICENTE**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DRA. BERTHA BLUM GRYNBERG**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DRA. MARCELA TIBURCIO SAINZ**

**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"**

**DRA. SHOSHANA BERENZON GORN**

**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"**

**Ciudad de México**

**MARZO 2018**



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**

Dedico mi trabajo con amor a mi madre María de Jesús, mi padre Héctor Manuel, mi hermana Maribel, mis hermanos Héctor y Juan Alejandro. También lo dedico a mis sobrinas y sobrinos que son una alegría en mi vida a Fátima, Luna, Emiliano, Victoria y Fernando. Gracias por su apoyo y amor incondicional.

Agradezco a Mariana que siempre será una luz de amor en mi vida, a su madre Bárbara y su padre Miguel por su aliento. A Danae por estar incondicionalmente en todo este proceso, a mis demás compañeras y compañeros de viaje en la Maestría a Mony, Deny, Said y Gerry por tantos momentos tan maravillosos. A mis amigas de toda la vida Claudia, Dulce y Daniela.

Le agradezco enormemente a la Dra. Araceli por su apoyo indispensable en los análisis estadísticos A la Dra. Lydia y la Dra. Silvia por su labor indispensable en la maestría, por su confianza y enseñanza. A la Mtra. Guillermina por su esencial guía y orientación en mi trabajo, a la Mtra. Leti por todo su apoyo y al comité por sus valiosas observaciones: Dra. Marcela, Dra. Shoshana y Dra. Bertha.

## ÍNDICE

RESUMEN .....	1
ABSTRACT .....	2
INTRODUCCIÓN .....	3
Capítulo 1. Las intervenciones y terapias breves con enfoque cognitivo-conductual como tratamientos efectivos para los problemas de conductas adictivas en México. ....	5
1.1. Problemas asociados al consumo de sustancias y los esquemas de intervención psicológica en México para las personas con problemas con su consumo. ....	5
1.2. Intervenciones y terapias breves cognitivo conductuales para el tratamiento de conductas adictivas .....	8
1.3. Terapias breves cognitivo conductuales para el tratamiento del consumo de sustancias en el contexto internacional.....	11
1.4. Terapias cognitivo conductuales para el tratamiento del consumo de sustancias en México .....	19
Capítulo 2. La adherencia terapéutica y la deserción en las terapias breves con enfoque cognitivo-conductual para el tratamiento de los problemas de conductas adictivas .....	21
2.1. El concepto de Adherencia Terapéutica y su aplicación en las intervenciones psicológicas.....	21
2.2. Deserción y su prevalencia en tratamientos psicológicos para el tratamiento de las conductas adictivas.....	25
2.3. Estudios en el contexto internacional y nacional sobre deserción y adherencia terapéutica en las intervenciones psicológicas para tratar las conductas adictivas.....	27
2.3.1. Estudios en el contexto internacional sobre deserción-adherencia terapéutica en las intervenciones psicológicas para tratar las conductas adictivas .....	29
2.3.1.1. La alianza terapéutica y los estudios en el contexto internacional sobre su relación con la deserción-adherencia en las intervenciones psicológicas para tratar las conductas adictivas. ....	33
2.3.1.2. Estudios de seguimiento sobre deserción-adherencia en los tratamientos psicológicos en adicciones en el contexto internacional.....	37
2.3.2. Estudios en México sobre deserción-adherencia terapéutica en las intervenciones psicológicas para tratar las conductas adictivas. ....	39

2.3.3. Limitaciones y comentarios sobre los estudios revisados en el contexto internacional y en México sobre deserción-adherencia terapéutica en las intervenciones psicológicas para tratar las conductas adictivas.....	50
Capítulo 3. Intervenciones Breves en un centro ambulatorio de atención para las adicciones.....	55
3.1. La Maestría en Psicología en Adicciones y un centro ambulatorio de atención para las adicciones.....	55
3.2. Proceso del servicio en el centro ambulatorio para las adicciones de la Facultad de Psicología de la UNAM.....	56
3.3. Descripción de la Intervención Breve Para Bebedores Problemas (IBBP).....	60
3.3.1. Fundamentos teóricos de la Intervención Breve Para Bebedores Problemas (IBBP).....	61
3.3.1.2. La Teoría del Aprendizaje Social (TAS) en el contexto de las adicciones .....	62
3.3.2. Componentes de la Intervención Breve para Bebedores Problema (IBBP).....	64
MÉTODO.....	73
Procedimiento de la Fase 1 .....	73
Resultados de la Fase 1 .....	74
Procedimiento de la Fase 2 .....	77
Muestra de la Fase 2 .....	80
Resultados de la Fase 2.....	80
Procedimiento de la Fase 3 .....	85
Instrumentos de la Fase 3.....	86
Participantes de la Fase 3.....	88
Resultados de la Fase 3.....	88
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....	97
REFERENCIAS.....	112
ANEXOS.....	127

## RESUMEN

El presente estudio evalúa los factores que influyen en la deserción-adherencia de la Intervención Breve para Bebedores Problema (IBBP) en un centro de atención para las adicciones. Se abordó desde un enfoque multimétodo y está dividido en tres fases. En la primera se trabajó con una base de datos con los casos registrados del periodo 2015-2016, se identificaron 464 casos que recibieron algún tratamiento, hubo una tasa de deserción del 52,6 % y la IBBP fue una de las intervenciones con mayor demanda. En la segunda fase se analizaron 92 expedientes pertenecientes a la IBBP, hubo una tasa de deserción del 51%; se evaluó un modelo estadístico de regresión logística bivariada que incluye tres variables que tienen una significancia  $p < 0.05$ , la etapa de cambio ( $RM = .286$ ); días de abstinencia ( $RM = .976$ ); y sexo ( $RM = 3.668$ ) que explican entre el 29% ( $R$  cuadrado de Cox y Snell =  $.293$ ) y 39% ( $R$  cuadrado de Negelkerke =  $.394$ ) de la varianza de la deserción-adherencia. En la tercera fase participaron 24 usuarios que recibieron la IBBP, de los cuales 12 desertaron y 12 se adhirieron al tratamiento. Se aplicó un cuestionario de seguimiento y la traducción al español del Working Alliance Inventory-S (WAI-S). Se encontraron algunas tendencias que indican que los que desertaron presentan promedios más bajos en el WAI-S ( $\sum R_1 = 141,5$ ,  $\bar{X} = 11,79$ ) que los que se adhirieron ( $\sum R_2 = 158,5$ ,  $\bar{X} = 13,21$ ). En el grupo de usuarios que se adhirieron hubo un cambio significativo en el nivel de motivación hacia la terapia antes de haber acudido a su primera sesión y después de hacerlo ( $z = -2.058$ ,  $p < 0.05$ ). Otras variables que se relacionaron con el abandono terapéutico fueron: Factores relacionados con el contexto externo al tratamiento (incompatibilidad de horarios; invertir mucho tiempo para asistir a tratamiento; cambio de residencia) y factores relacionados con el proceso del tratamiento (cambio de terapeuta; referencia para atención integral por comorbilidad psiquiátrica, la creencia de ya no necesitar el tratamiento). En conclusión se sugiere que para futuras investigaciones se continúe evaluando la alianza terapéutica y modelos estadísticos para identificar variables predictoras, moderadoras o mediadoras en la deserción-adherencia.

*Palabras clave:* Intervención breve, adicciones, deserción-adherencia.

## ABSTRACT

The present study evaluates the factors that influence the dropout-adherence of the Brief Intervention for Drinkers Problem (IBBP) in an addiction care center. It was worked from a multi-method approach and is divided into three phases. In the first one, a database was analyzed with the registered cases of the period 2015-2016, 464 cases were identified that received some treatment, there was a dropout rate of 52.6% and the IBBP was one of the interventions with the highest demand. In the second phase, In the second phase 92 clinical files of the IBBP were analyzed, there was a 51% dropout rate; with a bivariate logistic regression, was evaluated a model that includes three variables that have a significance  $p < 0.05$ , the stage of change ( $RM = .286$ ); days of abstinence ( $RM = .976$ ); and sex ( $RM = 3,668$ ) that explain between 29% (Cox's  $R_x$  and Snell = .293) and 39% (Nagelkerke's  $R$  squared = .394) of the variance of attrition-adherence. In the third phase, 24 users who received the IBBP participated, of which 12 deserted and 12 adhered to the treatment. Was applied a follow-up questionnaire and translation to Spanish of the Working Alliance Inventory-S (WAI-S). Some trends were found indicating that those who dropped out presented lower averages in the WAI-S ( $\Sigma R1 = 141.5$ ,  $\bar{X} = 11.79$ ) than those who adhered ( $\Sigma R2 = 158.5$ ,  $\bar{X} = 13$ , twenty-one). In the group of users who adhered there was a significant change in the level of motivation towards therapy before having attended their first session and after doing so ( $z = -2,058$ ,  $p < 0.05$ ). Other variables that were related to the dropout were: Factors related to the external context to the treatment (incompatibility of schedules, investing a lot of time to attend treatment, changes of residence) and factors related to the treatment process (change of therapist; reference for comprehensive care for psychiatric comorbidity; and the belief of no longer needing treatment). In conclusion, it is suggested that future research continue to evaluate the therapeutic alliance and statistical models to identify predictors, moderators or mediators in the dropout-adherence.

*Key words:* Brief intervention, addictions, dropout-adherence.

## INTRODUCCIÓN

En México, se han desarrollado programas de intervención breve para el tratamiento de conductas adictivas que se implementan como una opción de tratamiento efectivo a través de centros de atención ambulatoria para las adicciones (Echeverría, et al. 2007; Ayala, et al., 1995; Oropeza, 2003; Martínez, 2003; Lira-Mandujano et al, 2009; Medina et al, 2012; Barragán et al, 2008; Barragán et al, 2006). Uno de los cuales, es el centro de atención ambulatoria para las adicciones perteneciente a la Facultad de Psicología de la UNAM. Sin embargo, uno de los problemas a los que se enfrentan los programas impartidos en los centros y que es importante prevenir, es la falta de adherencia a la intervención y deserción de los usuarios de los tratamientos, ya que en México, se ha encontrado que los índices de deserción alcanzan hasta un 69% (Echeverría et al., 2013; Escobedo, Vite & Oropeza, 2007).

Lo anterior toma relevancia ya que la efectividad del proceso terapéutico se hace evidente cuando el cliente permanece en tratamiento, ya que permite evaluar si los resultados corresponden con los objetivos terapéuticos y si se ha logrado una mejoría con respecto al problema por el cual asistió al tratamiento (Dalsbo, Hammerstrom, Gjermo, Smedslund, Steiro, & et al., 2010; Echeverría et al, 2013; Meier, Donmall, Elduff, Barrowclough & Heller, 2006). Por lo que surge la necesidad de llevar a cabo investigaciones en México sobre el fenómeno de la deserción-adherencia terapéutica en las intervenciones breves para las adicciones. El presente estudio tiene por objetivo evaluar los factores que influyen en la deserción-adherencia de la Intervención Breve para Bebedores Problema en un centro ambulatorio de atención para las adicciones

La investigación está conformada por tres capítulos, en el primero se aborda el tema de las intervenciones y terapias breves con enfoque cognitivo-conductual como tratamientos efectivos para los problemas de conductas adictivas en México, el cual está integrado por cuatro sub temas en los cuales se habla de los problemas asociados al consumo de sustancias y los esquemas de intervención psicológica en México para las personas con problemas con su consumo; sobre las intervenciones y terapias breves cognitivo conductuales para el tratamiento de conductas adictivas; las terapias breves



cognitivo conductuales para el tratamiento del consumo de sustancias en el contexto internacional; y sobre las terapias cognitivo conductuales para el tratamiento del consumo de sustancias en México .

El segundo capítulo aborda la temática de la adherencia terapéutica y la deserción en las terapias breves con enfoque cognitivo-conductual para el tratamiento de los problemas de conductas adictivas, el cual está integrado por tres sub temas que tratan el concepto de Adherencia Terapéutica y su aplicación en las intervenciones psicológicas; sobre la deserción y su prevalencia en tratamientos psicológicos para el tratamiento de conductas adictivas; y estudios en el contexto internacional y nacional sobre deserción y adherencia terapéutica en las intervenciones psicológicas para tratar las conductas adictivas.

El capítulo tres habla sobre las intervenciones breves que se implementan en el centro ambulatorio de atención para las adicciones de la UNAM, está conformado por tres sub temas, en donde se habla de la Maestría en Psicología en Adicciones; del proceso de atención del centro ambulatorio de atención para las adicciones de la UNAM; y la descripción de la Intervención Breve Para Bebedores Problemas (IBBP). Finalmente se encuentra el apartado en donde se presenta el planteamiento del problema, método, objetivos, procedimiento, resultados, discusión y conclusiones.

## **CAPÍTULO 1**

### **Las intervenciones y terapias breves con enfoque cognitivo-conductual como tratamientos efectivos para los problemas de conductas adictivas en México**

#### **1.1 Problemas asociados al consumo de sustancias y los esquemas de intervención psicológica en México para las personas con problemas con su consumo**

En México hasta el 2010, uno de cada diez Años de Vida Saludables (AVISA) perdidos fueron causados por trastornos mentales, cuya prevalencia en la población fue del 11%, donde la depresión, los trastornos de ansiedad y el consumo de alcohol y drogas representaron las principales causas de estas pérdidas (Lozano, Gómez, Garrido, Jiménez, Campuzano, Franco & Murray, 2013). En 2013, 79 factores de riesgo (metabólicos, ambientales y comunicacionales y conductuales) se asociaron con 57% de las muertes y 41% de AVISA perdidos de la población, entre los cuales, la mayor carga se concentró principalmente en cinco factores de riesgo que agruparon el 78% de la mortalidad y el 51.9% de la carga de la morbilidad, en donde destaca el consumo de alcohol y otras drogas (6.5%) junto con la hiperglucemia (13.2%); el sobrepeso/obesidad (12.3%); hipertensión arterial (7.9%) y; otros relacionados con la dieta (12%) (SSA, 2015).

Es decir, existe evidencia de asociaciones significativas entre el consumo nocivo de sustancias de abuso con varios problemas de salud y el deterioro del funcionamiento psicosocial, relación que deteriora la calidad de vida de los consumidores, sus familias (Marín-Navarrete, Medina-Mora & Tena-Suck, 2014) y de a las sociedades en general. El consumo perjudicial de alcohol contribuye al desarrollo de distintas enfermedades y lesiones, incluidas las neoplasias, la infección por el VIH/SIDA y diversos trastornos mentales, otros daños como el síndrome de alcoholismo fetal, la violencia, los traumatismos (incluidos los accidentes de tránsito y los laborales), daño emocional y la inestabilidad económica. Además cobra costos importantes a la sociedad, sobre todo en detenciones, pérdida de puestos de trabajo, accidentes laborales o consultas a los servicios de salud (OPS/OMS, 2015).

Por su parte, el consumo de tabaco es un factor de riesgo para seis de las ocho causas principales de muerte en el mundo (las que destacan la cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer de pulmón y de tráquea) y para las cuatro enfermedades no transmisibles más prevalentes: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes (OPS/OMS, 2015).

Finalmente, el consumo perjudicial de otras drogas aumenta el riesgo contraer enfermedades infecciosas como VIH y Hepatitis C (debido a las prácticas peligrosas de consumo de drogas por inyección), el desarrollo de comorbilidad psiquiátrica (como trastorno de la personalidad, trastornos del control de los impulsos relacionados con sustancias, trastornos del humor, trastornos de ansiedad, entre otros), además del riesgo de sobredosis fatales y no fatales, siendo a nivel mundial el consumo de los opioides (entre ellos la heroína), el más nocivo para la salud, seguido por el consumo de anfetaminas y metanfetaminas, cocaína y de las nuevas sustancias psicoactivas (UNDOC, 2017).

En México, hasta el 2017, los problemas de salud y sociales derivados del consumo nocivo de sustancias son generados en gran parte por el consumo alcohol y el tabaco, seguidos por el de la marihuana, la cocaína y los inhalables, que son las sustancias de mayor consumo (ENCODAT, 2017). Ante la necesidad de atención con el objetivo de disminuir los problemas de salud, psicosociales y de seguridad pública que ocasiona el uso, abuso y dependencia de las drogas (SSA, 2008), Marín-Navarrete y cols., (2104) identifican que en México se han implementado tres diferentes esquemas de atención para enfrentar dicha problemática.

El primer esquema está representado por el sector público (centros de atención ambulatoria, unidades de tratamiento hospitalario) a cargo de la Secretaría de Salud, incluyendo hospitales psiquiátricos, institutos y unidades de hospitalización, que en su mayoría pertenecen a las dos principales instituciones nacionales de tratamiento para las adicciones, Centros de Integración Juvenil (CIJ) y el Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones (CENADIC), en coordinación con la Comisión Nacional Contra

las Adicciones (CONADIC) y la colaboración de los consejos estatales contra las adicciones de las 32 entidades federativas.

En el segundo esquema están los servicios profesionales de salud privados, que incluyen clínicas residenciales especializadas y servicios de consulta ambulatoria; sin embargo, por lo general son poco accesibles para la mayoría de la población afectada por sus altos costos. El tercer esquema de servicios lo componen los grupos de ayuda mutua derivados de la filosofía o enfoque de Alcohólicos Anónimos (AA) y los llamados Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de la Adicciones (CRAMAA).

Ante éste panorama, Marín-Navarrete y cols., también sugieren la necesidad de vincular la investigación científica y la práctica comunitaria con el fin de mejorar la atención de los pacientes, por medio del desarrollo de prácticas basadas en evidencia científica (intervenciones, tratamientos y herramientas diagnósticas) que garanticen la eficacia y efectividad de los esquemas de intervención actual. Para conseguir esta tarea, los autores subrayan la importancia de articular la colaboración de grupos de investigación formados por universidades, institutos científicos y centros de tratamiento, en donde las instituciones de formación superior deben asumir un papel relevante en la diseminación del conocimiento científico y en el fortalecimiento de la buena praxis de los profesionales de la salud, que beneficiará directamente la atención de las personas que lo necesitan.

En este sentido, en 1994, un grupo de investigadores de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México dirigidos por el Dr. Héctor Ayala Velázquez, iniciaron el trabajo de investigación y tratamiento para personas que tienen problemas con su consumo de drogas (específicamente a bebedores problema), estableciendo convenios con instituciones de salud pública e internacionales (Addiction Research Foundation de Canadá), con el propósito de diseminar el conocimiento e institucionalizar los procedimientos de intervención empíricamente validados (Echeverría, et al. 2007). Posteriormente en 1998 la Maestría de Psicología en Adicciones es aprobada por el consejo técnico del programa de Maestría y Doctorado de la facultad de Psicología para ser parte de su oferta académica.

En el programa de estudios de la maestría se incorporan elementos necesarios para el entrenamiento especializado de calidad, se implementan los conocimientos más relevantes y actualizados de la psicología en este tema, siendo el principal escenario un centro ambulatorio de atención en adicciones de la Facultad de Psicología de la UNAM, además está en colaboración permanente con otras instituciones como el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP), la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), entre otras. Tiene como objetivo principal el entrenamiento de profesionales de la salud mental con una visión principalmente cognitivo-conductual en la aplicación de las técnicas y programas de intervención y tratamiento breve, recomendadas por la Organización Mundial de la Salud para la atención de las conductas adictivas.

## **1.2. Intervenciones y terapias breves cognitivo conductuales para el tratamiento de conductas adictivas**

El tratamiento para las conductas adictivas es definido como un proceso de cambio planeado y dirigido hacia el cumplimiento de metas (Walker, 2009), cuyos principales objetivos se enfocan en reducir el abuso de sustancias o lograr la abstinencia, prevenir o reducir la frecuencia y gravedad de la recaída y mejorar el funcionamiento adaptativo (American Psychiatric Association, 2007). En este contexto el tratamiento se caracteriza por brindarse en distintos escenarios, basados en diferentes enfoques psicológicos, farmacológicos y sociales (Landry, 1996) y puede variar en duración dependiendo de las necesidades y los recursos disponibles (APA, 2007).

La palabra “tratamiento” o “intervención” incluye un espectro de acciones que varían en contenido, duración, intensidad, metas, escenarios, especialistas involucrados y población objeto; incluyen desde una sola sesión hasta procesos de internamiento relativamente largos (Echeverría, et al. 2007) dentro de este rango de opciones en el contexto del tratamiento para el consumo excesivo de alcohol y otras drogas destacan por mostrar una gran generalidad en su aplicación y un alto grado de eficacia las llamadas intervenciones breves (Moyer, Finney, Swearingen & Vergun, 2002; Heather & Kaner, 2001; Bien, Miller, & Tonigan, 1993; Barry, 1999) y terapias breves (Gottheil, Weinstein,

Sterling, Lundy & Serota, 1998; Miller & Hester, 1986; Miller & Rollnick, S, 1991; Barry, 1999), cuya duración de sesiones varía de cinco minutos hasta 50, de una hasta 8 sesiones, las intervenciones breves además pueden ser impartidas por personal capacitado de enfermería, medicina, psicología (Echeverría, et al. 2007) y los contextos en donde se brindan son centros de atención primaria para la salud; de tratamiento especializados; personas que identifican que tienen un problema y que buscan ayuda (Bien et al, 1993).

Las intervenciones breves además de ser más cortas en duración que los tratamientos ofrecidos en casos de adicción, se ubican en el nivel secundario de prevención de problemas graves producto del consumo de sustancias y se conciben como una estrategia terapéutica que combina la identificación oportuna de personas con conductas de riesgo o destructivas para su salud y bienestar (y la de los demás) por el consumo de alcohol o drogas de riesgo y también representan la oferta de un tratamiento, dirigido consumidores sin dependencia o con dependencia media (OMS, 1996). Comenzaron a implementarse y mostrar su efectividad en consumidores de alcohol al lograr la disminución significativa de su exposición a situaciones de riesgo y de su consumo (Moyer, et al, 2002; Heather & Kaner, 2001; Bien, et al, 1993), para después aplicarse y mostrar efectividad en consumidores de otras drogas (OMS, 2011).

Las terapias breves también han mostrado su costo-efectividad en la práctica clínica de diversas problemáticas de salud mental (Leichsenring, Rabung & Leibing, 2004; Bloom, 2002; Barry, 1999), incluyendo la del consumo de sustancias, por ello, se han convertido, junto con las intervenciones breves en modalidades cada vez más importantes para el tratamiento en el continuo de las conductas adictivas. Su contenido, varía dependiendo de la sustancia de abuso, la severidad del problema que se está abordando y del resultado deseado (Barry, 1999).

La terapia breve además de tener una duración menor que las terapias tradicionales, se caracteriza por ser una estructura terapéutica sistemática orientada a incrementar en el usuario su compromiso, capacidad y motivación para el cambio de sus conductas y actitudes, además del manejo y solución de problemas; se enfoca más en el presente que en

los antecedentes históricos del usuario, en sus fortalezas para la solución de problemas, en la implementación rápida de estrategias y el desarrollo de herramientas para el cambio; finalmente se enfoca en el cambio de comportamientos y el logro de metas específicas en lugar de cambios o metas generales (Barry, 1999; Shazer & Kim, 1991; Dulmus & Wodarski, 2002).

De acuerdo con Barry (1999) independientemente de su enfoque teórico (enfoque cognitivo, conductual, cognitivo-conductual, psicodinámico, humanístico y existencial, etc.) las terapias breves se caracterizan por los siguientes elementos:

- 1) Están centradas en la solución del problema; en el síntoma y no en lo que está detrás de él;
- 2) Definen con claridad los objetivos relacionados con un cambio específico o una conducta y deben ser comprensibles tanto para el usuario como para el terapeuta;
- 3) Deben producir resultados inmediatos;
- 4) Pueden ser influenciadas fácilmente por la personalidad y el estilo de asesoramiento terapéutico;
- 5) Se centran en el establecimiento rápido de la alianza terapéutica;
- 6) El terapeuta es muy activo, empático, y en ocasiones directivo;
- 7) La responsabilidad del cambio se deposita en el usuario;
- 8) Desde el inicio de la terapia, se procura ayudar al usuario a exponerse a situaciones exitosas de cambio para incrementar su autoeficacia y la confianza del logro de sus objetivos. Su duración se acuerda entre el terapeuta y el usuario desde el inicio del tratamiento;
- 9) Los resultados deben ser medibles.

Las terapias basadas en el enfoque cognitivo-conductual para la atención de problemas de consumo de sustancias, se consideran una opción efectiva de intervención (Babor, 2001), ya que han mostrado generalidad en su aplicación y un alto grado de eficacia para el tratamiento del consumo de alcohol, marihuana, cocaína, opioides y policonsumo (McHugh, Hearon & Otto, 2010; Echeverría, et al. 2007), incorporan procedimientos

clínicos de la intervención breve al buscar la identificación oportuna de personas con una conducta problemática de consumo (Echeverría & Carrazcosa, 2012), adoptan elementos motivacionales para promover el cambio de conducta (McHugh et al, 2010), la estructura y objetivos terapéuticos de las terapias breves (Barry, 1999; Shazer & Kim, 1991; Dulmus & Wodarski, 2002), además, se sustentan en los principios psicológicos derivados de la teoría del aprendizaje social, del aprendizaje cognitivo (Terapia cognitiva y racional emotiva), la investigación experimental del condicionamiento clásico y operante (Sobell & Sobell, 1997;Echeverría, et al. 2007), con un especial énfasis en la prevención de recaídas (Sobell & Sobell, 1997).

### **1.3. Terapias breves cognitivo conductuales para el tratamiento del consumo de sustancias en el contexto internacional**

En el contexto internacional se han diseñado e implementado diversas intervenciones que se basan en las estrategias y principios del enfoque cognitivo conductual, las cuales inicialmente se enfocaron en el consumo de alcohol y al lograr resultados favorables, algunas de ellas o algunos de sus elementos se adaptaron a otras sustancias, los tratamientos que destacan por su efectividad son: **Aversion Therapy (AT); The community reinforcement approach (CRA); Social Behaviour and Network Therapy (SBNT); Behaviour Contracting (BC); Cognitive Behavioural Marital Therapy (CBMT); Coping and Social Skills Training (CSST); Cue Exposure (CE); Relapse Prevention (RP) ); Behavioural Self-Control Training (BSCT)** (Raistrick, Heather y Godfrey, 2006); y **The Self-Directed Management** (Sobell & Sobell, 1993).

Las Terapias Aversivas (AT) son las técnicas aplicadas más antiguas para tratar los problemas de consumo basadas en los principios básicos de la teoría del condicionamiento clásico de Pavlov (Echeverría & Carrazcosa, 2012, Raistrick, et al., 2006), tienen el objetivo de reducir el deseo por el consumo por medio de técnicas de contra condicionamiento al aparear los estímulos discriminativos relacionados con la sustancia que generan el deseo (olores, sabores, imágenes), con una variedad de experiencias aversivas (choques eléctricos, náuseas) con el fin de establecer un nuevo aprendizaje, es decir, se



condiciona una nueva respuesta aversiva ante los estímulos que antes estaban asociados con la sustancia, provocando así la disminución del deseo (Raistrick, et al., 2006, Barry, 1999).

Las AT dejaron de considerarse un tratamiento apropiado por el surgimiento de intervenciones con igual o mayor efectividad menos peligrosas, éticamente menos cuestionables y con menos probabilidad de abandono (Raistrick, et al., 2006).

El Enfoque de Reforzamiento Comunitario, fue desarrollado por Hunt y Azrin en 1973, está basado en los principios básicos de la teoría del condicionamiento operante y de un enfoque de sistema social para abordar distintas áreas del problema ocasionados por el consumo (Meyers, Villanueva & Smith, 2005, Barry, 1999), parte de la premisa de que la recuperación de las personas que tienen problemas con su consumo está fuertemente influenciada por su ambiente social y laboral (Meyers, et al., 2005), por lo tanto, su objetivo principal es modificar el entorno social del usuario con el fin de que refuerce su conducta de abstinencia y evite reforzar la de consumo (Hunt & Azrin, 1973; Meyers, et al, 2005; Raistrick, et al, 2006; Barry, 1999).

Busca debilitar la influencia del efecto reforzante del consumo y de las actividades relacionadas a éste, reorganizando las contingencias ambientales del usuario al incrementar la disponibilidad y frecuencia de actividades alternativas que también son reforzantes pero incompatibles con el consumo, particularmente las actividades vocacionales, familiares, sociales y recreativas (Barry, 1999; Meyers, et al., 2005). Inicialmente se implementó con usuarios que se encontraban en internamiento por su consumo de alcohol, sin embargo con el tiempo se adaptó para convertirse en una opción para el tratamiento ambulatorio. Su efectividad ha sido comprobada especialmente con usuarios con dependencia severa al alcohol y otras drogas, siendo el uso del disulfiram un elemento importante (Meyers, et al., 2005, Raistrick, et al., 2006).

La Terapia de Redes y Comportamiento Social (SBNT) es un modelo influenciado por el CRA (Raistrick, et al., 2006) fue desarrollado por el UKATT Research Team (2001), parte de la noción de que la mejor oportunidad de lograr el cambio de conducta y su

respectivo mantenimiento, es que las personas con problemas graves con su consumo desarrollen activamente un apoyo positivo de sus redes sociales (Raistrick, et al., 2006, Copello, Orford, Hodgson, Tober & Barrett, 2002). Es también una respuesta ante el hecho de que la mayoría de los tratamientos que hasta ese momento se implementaban, se enfocaban muy poco en intervenir en los contextos sociales de los usuarios durante el proceso de tratamiento, esto a pesar de la evidencia sobre la influencia que tienen sobre el consumo y la recuperación de los usuarios (Copello et al., 2002).

La intervención retoma primordialmente los resultados de los estudios que han encontrado que los usuarios obtienen mejores resultados en sus tratamientos cuando tienen redes sociales de apoyo (Project MATCH Research Group, 1997) y obtienen peores resultados cuando carecen de redes sociales que los apoyen o cuando sus principales redes contribuyen al consumo (Copello et al., 2002).

Finalmente incluye un conjunto de estrategias de otros tratamientos que habían mostrado efectividad, en general la terapia se enfoca en identificar y contactar a los miembros de la red del usuario; identificar las razones por las cuales los usuarios podrían tener dificultades para conseguir el apoyo de sus familiares o amigos y trabajar para superar dichas dificultades; trabajar en alcanzar y mantener un acuerdo sobre la meta de consumo y las formas en las que la red de apoyo puede enfrentar y apoyar de la mejor manera para mantener el cambio o en caso de una recaída; mejorar la comunicación; aumentar las actividades sociales placenteras que compiten con la conducta de consumo; mantener la cohesión de la red; e identificar otras formas de apoyo social (UKATT Research Team, 2001; Copello, et al. 2002).

La Terapia Marital Cognitivo Conductual (CBMT) surge como una modificación de la Terapia Conductual Marital (BMT por sus siglas en inglés) o también referida como Terapia Conductual para Parejas (BCT por sus siglas en inglés) al introducir los elementos del enfoque cognitivo. Se fundamenta en la teoría del aprendizaje social, la teoría del intercambio social e incorpora los elementos del enfoque cognitivo los elementos de percepción, atribuciones, expectativas, suposiciones y normas (Ampuni, 2004). En el

contexto para el tratamiento de las adicciones, se enfoca en abordar los problemas que se presentan con el consumo y las relaciones interpersonales, ya que al incrementar los del consumo aumentan los de las relaciones y viceversa (Raistrick, et al., 2006).

La CBMT busca entender la forma en la que las parejas extinguen o castigan ciertas conductas adaptativas para el funcionamiento de su relación y cómo las conductas maladaptativas son reforzadas de forma inconsistente. Ve a las relaciones de pareja en el marco de una relación económica, es decir, es un contexto en donde se establece un intercambio de bienes entre los miembros de la relación y la satisfacción está en función de la correspondencia entre los beneficios obtenidos (reforzamientos, recompensas) y los costos (castigos) de la relación, en donde la percepción, atribuciones, expectativas, suposiciones y normas de los integrantes juegan un papel importante. El balance en la relación se establece cuando prevalecen las interacciones positivas y el intercambio de costos y beneficios es percibido como justo o aceptable por los integrantes (Ampuni, 2004).

Inicialmente se enfocó en usuarios con problemas graves en sus relaciones de pareja a causa del consumo, sin embargo, también ha mostrado su efectividad con familiares y en relaciones de pareja que presentan relativamente pocos o solo algunos problemas. La terapia utiliza técnicas como el contrato conductual, entrenamiento en habilidades de comunicación, solución de problemas y ensayos conductuales. Ha demostrado su efectividad para reducir los problemas de consumo, mejorar las relaciones interpersonales, ayudar a que los usuarios inicien su tratamiento y en aumentar su adherencia al mismo (Raistrick, et al., 2006).

El Contrato Conductual (BC) es una técnica de intervención conductual, basada en los principios de la teoría del condicionamiento operante, que parte de la premisa que la conducta es controlada por sus consecuencias positivas y negativas y que puede ser modificada al modificar ciertos aspectos del medio ambiente para reforzar los comportamientos deseados y evitar reforzar los no esperados (Pollin, 1984), sus elementos básicos son: se identifican y definen las conducta que se desean modificar (p.e. consumo de alcohol); en contra parte, se especifican las conductas deseadas (p.e. abstinencia del

consumo), se operacionalizan las conductas deseadas (p.e. asistir a terapia), indicar las contingencias a emplear ante la conducta deseada (p.e. mayor tiempo libre) y no deseada (p.e. menor ingreso monetario), los cuales son acordados y firmados por las personas implicadas en el contrato (Pickens & Tompson, 1984).

En el contexto del tratamiento para los problemas con el consumo de sustancias, el terapeuta promueve y negocia acuerdos conductuales entre el usuario y un otro significativo (familiares, amistades, pareja) para establecer un sistema mutuo de pérdidas y ganancias con respecto al cumplimiento o no de las conductas que quedan establecidas en el contrato. Ha probado mayor utilidad cuando se integra como un componente de otros métodos de tratamiento, es un componente esencial del CRA, del CBMT y para el mantenimiento del cambio de conducta y la prevención de recaídas (Raistrick, et al., 2006).

El Entrenamiento en Habilidades Sociales y de Enfrentamiento (CSST) ha mostrado su efectividad en usuarios de alcohol con dependencia moderada, se compone por una variedad de técnicas de entrenamiento en habilidades sociales que incluyen las de comunicación y asertividad, también incorpora el auto registro, la auto evaluación, el establecimiento de metas y auto corrección. El supuesto básico es que una de las principales situaciones de riesgo para el consumo excesivo, es el estrés que ocasiona la falta de habilidades sociales para enfrentar las demandas que implican las relaciones interpersonales y que por ello es necesario identificar los déficits a partir de una previa evaluación y en función de ello brindar el entrenamiento en las habilidades necesarias. Lo anterior tiene el objetivo de que el usuario construya una vida satisfactoria sin necesidad de consumir (Raistrick, et al., 2006).

Las principales metas que persigue la intervención son: mejorar las habilidades interpersonales de los usuarios para construir mejores relaciones; aprender y mejorar estrategias cognitivas de afrontamiento para la regulación emocional; aprender y desarrollar habilidades sociales para mejorar la vida diaria y enfrentar los eventos estresantes de la vida; y enfrentar con éxito situaciones de riesgo relacionadas con el consumo (Monti, Rohsenow, Colby & Abrams, 1995).

La intervención de Exposición a Señales (CE) está basada también en los principios básicos de la teoría del condicionamiento clásico, se fundamenta en el supuesto de que el deseo intenso o “craving” por el consumo de alcohol y otras drogas es una respuesta condicionada que puede ser extinguida exponiendo a los usuarios a los estímulos discriminativos relacionados con la sustancia en ausencia de los efectos reforzantes del consumo de drogas (Raistrick, et al., 2006). El tratamiento se justifica ya que los usuarios constantemente se exponen a contextos que tienen señales físicas, ambientales, sociales y emocionales condicionadas con el abuso de sustancias que provocan un deseo intenso por el consumo y fuertes reacciones fisiológicas (Barry, 1999).

El método consiste en mostrar a los usuarios intencionalmente los estímulos condicionados que le generan las reacciones fisiológicas y el deseo intenso por la sustancia, evitando el efecto reforzante del consumo; esto puede ser de forma física (por ejemplo, exponerlo al ritual personal de consumo o acompañándolo a un lugar de consumo), o visual (a través de la presentación de escenarios comunes de uso de drogas por medio de videos o a través de técnicas de visualización). Este proceso de extinción paulatinamente conlleva a la disminución del deseo por consumir y a las reacciones fisiológicas ante tales estímulos (Barry, 1999). Ha mostrado su efectividad y particularmente al complementarla con el entrenamiento de habilidades de afrontamiento o de habilidades de comunicación o cuando se integra a un programa Cognitivo-Conductual más amplio (Raistrick, et al., 2006).

El modelo de Prevención de Recaídas (RP) fue diseñado originalmente por Marlatt y Gordon en 1985, su meta principal es mantener el cambio de conducta una vez que el usuario ha logrado la abstinencia o el consumo moderado (en el caso del alcohol), al prevenir eventuales recaídas, por medio de la búsqueda e identificación de situaciones de alto riesgo que hacen probable una futura recaída y del desarrollo de estrategias cognitivas y conductuales para enfrentarlas (Barry, 1999; Marlatt & Witkiewitz, 2005; Raistrick, et al., 2006). El modelo concibe las recaídas como un regreso al patrón de comportamiento problemático habitual y como un evento común que se presenta en todo proceso de cambio de conducta y por ello, es una oportunidad de aprendizaje para prevenirlo (Marlatt & Witkiewitz, 2005).

El modelo de PR se enfoca: 1) En evitar que los usuarios vuelvan a sus patrones problemáticos de consumo habituales y 2) Si llegan a ocurrir, en reducir la severidad de los episodios de recaída y aprender de ello para evitar que vuelvan a suceder (Raistrick, et al., 2006; Marlatt & Witkiewitz, 2005). Contempla ocho principales situaciones de riesgo: Emociones desagradables (ansiedad, enojo, tristeza, etc.); Malestar físico (estar nervioso, tenso, etc.); Emociones agradables (Estar contento, querer celebrar, etc.); Probando autocontrol (pensar que ya no se tiene problemas con las drogas); Urgencia y tentación (sentir que la urgencia de consumir); Conflicto con otros (peleas, discusiones, malos entendidos, etc.); Presión social (invitaciones al consumo, ofrecimientos, etc.); y Momentos agradables con otros (celebrar, divertirse) (Barragán, Flores, Ramírez & Ramírez, 2008).

Se centra en aumentar el sentido de auto eficacia de los usuarios para enfrentar sus situaciones de alto riesgo, por medio del trabajo con los pensamientos involucrados en el proceso de recaída, con el entrenamiento en habilidades de enfrentamiento, con la exposición gradual a situaciones de mayor riesgo una vez que el usuario ha desarrollado las habilidades para enfrentar otras de menor riesgo con éxito. Se prepara al usuario ante una posible recaída, realizando planes para prevenirla o en caso de que suceda pueda detenerse lo más rápido posible y evitar un mayor daño, en caso de que la recaída se presente se analiza como una situación de aprendizaje identificando los factores que contribuyeron a que sucediera, con el fin de planear la forma de prevenirla (Barry, 1999)

El objetivo principal del Entrenamiento Conductual de Auto-Control (BSCT) es el logro del consumo moderado en el caso del alcohol o la abstinencia y la reducción de los daños asociados al consumo, inicialmente mostró su efectividad en usuarios que aún presentan problemas relativamente limitados a causa de su consumo, que no han desarrollado dependencia o que tienen dependencia de baja a moderada, sin embargo también ha probó su efectividad para conseguir la abstinencia en usuarios con una dependencia más alta o en usuarios que previamente han pasado por un proceso de desintoxicación (Hester, 1995).

Los elementos que esencialmente integran la intervención son: el establecimiento de límites y metas para consumir; el auto monitoreo por parte del usuario (p.e. auto registros para el análisis de la conducta de consumo); métodos para controlar la cantidad de consumo por ocasión; el entrenamiento en habilidades para rechazar el ofrecimiento del consumo; el establecimiento de sistemas de auto-recompensa para el cumplimiento de conductas meta; el análisis de antecedentes (o disparadores) del consumo excesivo; entrenamiento y establecimiento de conductas alternativas al consumo para enfrentar situaciones de alto riesgo; y aprender habilidades para evitar recaídas (Hester, 1995).

Finalmente el Modelo de Auto-Cambio Dirigido se fundamenta en la efectividad de las intervenciones breves; en la evidencia de la capacidad de recuperación de las personas con problemas con de alcohol por sí mismas y; en el supuesto de que dicha recuperación natural puede darse si las personas están lo suficientemente motivadas a cambiar y si se les proporciona alguna guía o apoyo, se concibe a la motivación no como una característica personal sino como un estado que puede ser modificado. Muchos aspectos de la intervención tienen elementos del enfoque motivacional y del cognitivo conductual, con énfasis en la prevención de recaídas, ya que el principio de la intervención radica en aumentar la motivación de las personas para facilitar el proceso de auto cambio, en proporcionarles asesoramiento y proveerles estrategias generales cognitivas y conductuales para lograrlo y mantenerlo (Sobell & Sobell, 1993).

Fue diseñado como una intervención breve de tipo ambulatoria dirigida a los bebedores problema, es decir: personas con una historia de consumo problemático de no más de 10 años; que en la mayoría de los casos no ha buscado tratamiento; usualmente no presenta problemas graves entre sus redes sociales y familiares, y tienden a tener mayores recursos personales, sociales y económicos; tienen estabilidad económica y laboral en comparación con quienes tienen una dependencia severa; no se perciben así mismo como “alcohólicos” o distintos a los que no tienen un problema con la bebida, sin embargo ya han presentado lagunas mentales y presentan episodios de consumo excesivo, aunque bajo ciertas circunstancias pueden controlar su consumo; suelen estar en la ambivalencia sobre

la necesidad de modificar su conducta de consumo o no (Sobell & Sobell, 1993; Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell, 1997)

El modelo permite la elección entre la meta de consumo de moderación y abstinencia. En general ayuda al bebedor problema a comprometerse a cambiar su consumo, además de organizar, usar sus fortalezas y recursos para abordar los problemas relacionados con su consumo. Una de sus metas principales, es ayudarlo a desarrollar estrategias generales de solución de problemas que le permitan enfrentar cambios en su estilo de vida o de conducta (Sobell & Sobell, 1993; Ayala, et al, 1997).

#### **1.4. Terapias cognitivo conductuales para el tratamiento del consumo de sustancias en México**

En México en los años 90's las intervenciones y terapias breves motivacionales basadas en los principios del enfoque cognitivo-conductual para el tratamiento de las conductas adictivas comienzan a utilizarse y probar su efectividad, principalmente con la aplicación, evaluación y adaptación realizada por investigadores de la Facultad de Psicología de la UNAM del Modelo de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema, (Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutiérrez, 1995) que originalmente fue desarrollado y evaluado en Canadá (Sobell y Sobell, 1993) en donde la intervención mostró su efectividad al lograr en los usuarios un incremento en sus días de abstinencia, una disminución en la frecuencia y cantidad de su consumo por ocasión (Ayala, et al., 1995).

A partir de los buenos resultados obtenidos, comenzaron a desarrollarse en la Facultad de Psicología de la UNAM otros programas de tratamiento breves dirigidos a la atención del consumo de otras sustancias (Echeverría, et al. 2007) con base principalmente en el enfoque cognitivo-conductual, que también mostraron su efectividad al lograr la disminución significativa del patrón de consumo de los usuarios como lo son: el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC, Oropeza, 2003); el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (PIBA, Martínez, 2003); el Programa de Intervención breve Motivacional para dejar de



Fumar (PIBMF, Lira-Mandujano, González-Betanzos, Carrascoza, Ayala & Cruz-Morales, 2009); Intervención Breve para Usuarios de Marihuana (IBUM, Medina, Chávez, López, Félix, Gordillo & Morales, 2012); el Programa de Prevención de Recaídas (Barragán, et al, 2008); y un tratamiento intensivo llamado Programa de Satisfactores Cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas (Barragán et al, 2006), los cuales se han diseminado en todos los centros de atención de la República Mexicana.

Los estudiantes de la Maestría de Psicología en Adicciones reciben entrenamiento especializado en dichos programas para implementarse como opciones de tratamiento a través del Centro de Prevención en Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” a las personas que solicitan ayuda por problemas con su consumo de sustancias. Sin embargo, uno de los problemas a los que se enfrentan los programas impartidos en el centro y los tratamientos psicológicos en general y que es importante prevenir, es la falta de adherencia a la intervención y deserción de los usuarios de los tratamientos, ya que en México, se ha encontrado que el índice de deserción de la población atendida por problemas psicológicos alcanza hasta un 70% (Velázquez, Sánchez Sosa, Lara, & Senties, 2000).

Lo anterior toma relevancia ya que la efectividad del proceso terapéutico se hace evidente cuando el cliente permanece en tratamiento, ya que permite evaluar si los resultados corresponden con los objetivos terapéuticos y si se ha logrado una mejoría con respecto al problema por el cual asistió al tratamiento (Dalsbo, Hammerstrom, Gjermo, Smedslund, Steiro, & et al., 2010; Echeverría et al, 2013; Meier, Donmall, Elduff, Barrowclough & Heller, 2006).

## **CAPÍTULO 2**

### **2. La adherencia terapéutica y la deserción en las terapias breves con enfoque cognitivo-conductual para el tratamiento de los problemas de conductas adictivas**

#### **2.1 El concepto de Adherencia Terapéutica y su aplicación en las intervenciones psicológicas**

En un inicio el concepto de adherencia terapéutica surge desde el ámbito médico para referirse principalmente al cumplimiento puntual de la toma de medicamentos por parte de los pacientes, sin embargo, el concepto fue evolucionando hasta abarcar otras conductas relacionadas con la salud que van más allá de la toma adecuada de medicamentos (Libertad, 2004; López-Romero, Romero-Guevara, Parra & Rojas-Sánchez, 2016), especialmente en lo que se refiere a tratamientos a largo plazo para enfermedades crónicas degenerativas que requieren el cambio de hábitos y estilos de vida (Libertad & Grau, 2004; López-Romero et al, 2016). Adquirió relevancia en el ámbito médico pues la falta de constancia en el seguimiento de las prescripciones médicas genera un incremento significativo en los problemas de salud y favorece la progresión de las enfermedades, provocando un aumento innecesario del costo de la atención sanitaria (Libertad & Grau, 2004; Nieto & Pelayo, 2009).

Se han utilizado otros términos para referirse a este concepto, como el cumplimiento, apego, cooperación, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, adhesión y concordancia, sin llegar aún a un consenso, sin embargo los más utilizados han sido los términos de cumplimiento y adherencia (en habla inglesa *compliance* y *adherence* respectivamente) (Libertad, 2004; Libertad & Grau, 2004; Nieto & Pelayo, 2009; López-Romero et al, 2016), siendo el de adherencia el que ha cobrado más fuerza, ya que en general la construcción del concepto hace referencia a la parte más activa y voluntaria del paciente hacia su tratamiento e incluye al cumplimiento como uno de sus elementos (Vellgan, Weiden, Sajalovic, Scout, Carpenter, Ross & Docherty, 2009).

De las definiciones más relevante se encuentran la de Haynes (1979) que la define como el grado en el que la conducta de un paciente en relación a la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, corresponde con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario y la Organización Mundial de la Salud la define como la medida en que el paciente sigue las instrucciones médicas (OMS, 2003).

Es decir, el término adherencia implica diversas conductas como la búsqueda de atención médica, seguir las prescripciones médicas, tomar el medicamento apropiadamente, asistir a citas de seguimiento, modificar conductas de higiene personal y para conseguir el auto control de distintas enfermedades, no consumir o reducir el consumo de alcohol, evitar consumir sustancias, utilizar el condón y otros métodos anticonceptivos, seguir una dieta saludable, realizar ejercicio (OMS, 2003; Libertad, 2004; López-Romero et al, 2016), por lo que el concepto de adherencia también tomó fuerza en ámbito de la psicología (Libertad, 2004; Libertad & Grau, 2004).

Por otro lado la crítica más frecuente a las definiciones propuestas por Haynes (1979) y la OMS (2003) ha sido que: a) el término "seguir o cumplir instrucciones" implica que el paciente tiene un rol pasivo en el tratamiento, al dedicarse a seguir únicamente las instrucciones del experto, sin tener la capacidad de tomar sus propias decisiones al cumplir fielmente las recomendaciones que se le dicen (OMS, 2003; Libertad, 2004), b) tienden a ser unidimensionales (personas que cumplen o no cumplen); c) se centraliza en la autoridad del profesional de la salud; y d) es reduccionista (no considera aspectos subjetivos como la motivación o las expectativas del paciente) (Karoly, 1993).

Por ello han surgido otras definiciones como la de DiMatteo y DiNicola (1982) quienes conciben la adherencia como una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado. Es decir implica una consideración activa de la persona que se adhiere a un plan con el que está de acuerdo y en cuyo plan de tratamiento ha podido contribuir o, al menos, ha aceptado la importancia de realizar las acciones concretas que se incluyen en

el plan de tratamiento (Ferrer, 1995; Nieto & Pelayo, 2009; López-Romero et al, 2016), participa en explorar las mejores alternativas terapéuticas y en la planificación de los seguimientos (OMS, 2003).

Libertad (2004) propone los siguientes elementos como parte importante de la adherencia al tratamiento:

- a) Aceptación acordada del tratamiento entre paciente y médico, en el marco de una relación de colaboración, con el fin de elaborar la mejor estrategia comportamental que garantice su cumplimiento.
- b) Cumplimiento del tratamiento, que se refiere a la medida en que la persona ejecuta todas las prescripciones médicas.
- c) Participación activa y voluntaria en el cumplimiento, es el grado en que el paciente se involucra y se esfuerza en generar estrategias y ejecutarlas con el propósito de asegurar el cumplimiento de las prescripciones.

Es importante tomar en cuenta que existen distintos grados de exigencia y esfuerzo que tienen que hacer los pacientes con respecto a las conductas que implican el seguimiento de la adherencia, ya que no es la misma cuando el tratamiento consiste en tomar un fármaco que cuando se deben realizar o extinguir ciertas conductas, o cumplir con determinadas terapias y/o regímenes terapéuticos de largo plazo (Calvo-García, Costa-Ribot & Valero-Piquer, 2016), de todos los aspectos a los que debe adherirse un paciente el más complejo y más difícil de lograr es cuando se le indica un cambio por un periodo prolongado en el tiempo en sus hábitos de vida (Evans y Haynes, 1990).

El uso del concepto de adherencia terapéutica en la literatura revisada sigue predominando en los ámbitos médico especialmente en el tratamiento de enfermedades crónico degenerativas como el VIH, diabetes mellitus, artritis reumatoide, hipertensión, etc., (López-Romero et al, 2016) y psiquiátricos como psicosis, esquizofrenia, depresión severa, etc., que implican tratamientos de largo plazo y que la adherencia involucra necesariamente la toma de medicamentos para su control y recuperación (Nosé, Barbui, Gray & Tansella, 2003;) en ocasiones en el caso de las enfermedades crónico degenerativas

también el seguir una dieta adecuada y tener conductas saludables para mejorar la calidad de vida (López-Romero et al, 2016).

En este contexto médico y psiquiátrico es en donde con mayor frecuencia la psicología dirige sus intervenciones para ayudar a asegurar la adherencia al tratamiento, al resolver los obstáculos que la dificultan, en cuanto a la toma de medicamentos, facilitar la modificación de ciertas conductas y tratar la depresión que con frecuencia se presenta en los pacientes con enfermedades crónico degenerativas (OMS, 2003; Chaiyachati, Ogbuoji, Price, Suthar, Negussie & Bärnihgausen, 2014; Marengo & Suarez-Almazor, 2015; Gonzales, et al, 2010; Bernal-Razon, Jordan-Jinez & Padilla-Raygoza, 2017).

Sin embargo, el concepto de adherencia puede adaptarse también a la mayoría de los tratamientos psicológicos sin importar el enfoque en el que se basen ni el problema que aborden, aunque estos no tengan como rol principal ayudar a la adherencia en los tratamientos médicos y psiquiátricos, ya que implican elementos esenciales de dicho concepto, así la definición de Haynes (1979) trasladada al contexto de las terapias psicológicas puede concebirse como “el grado en el que la conducta del usuario dentro un tratamiento psicológico corresponde con el seguimiento de un programa y plan establecido diseñado para su mejoría, que implica también como lo plantea la OMS (2003) y Libertad (2004) la ejecución de múltiples conductas como la búsqueda de la atención, asistir a las citas programadas, modificar conductas como no consumir sustancias adictivas, evitar conductas de riesgo, entre otras”.

También la definición de adherencia de DiMatteo y DiNicola (1982) puede trasladarse a la adherencia de la mayoría de los tratamientos psicológicos ya que sugiere la “participación activa de la persona que se adhiere a un plan con el que está de acuerdo y en cuyo plan de tratamiento ha podido contribuir o, al menos, ha aceptado la importancia de realizar las acciones concretas que se incluyen en el plan con el fin de producir un resultado terapéutico psicológico deseado”.

Sin embargo hay terapias y enfoques que desde sus principios implican la participación activa del usuario en su tratamiento, como las intervenciones basadas en el

enfoque cognitivo conductual y las terapias breves, ya que una parte esencial en la implementación de estas terapias es que conciben al usuario como el agente principal de su propio cambio, en donde aprende y aplica habilidades y estrategias para solucionar sus problemas, se orientan a incrementar en el usuario su compromiso, capacidad y motivación para el cambio de sus conductas y actitudes, promueven un contexto de colaboración entre terapeuta y usuario, los objetivos y metas son establecidas por ambos y la duración del mismo lo acuerdan desde el inicio; se centran en el establecimiento rápido de la alianza terapéutica (Barry, 1999; Shazer & Kim, 1991; Dulmus & Wodarski, 2002)

Finalmente, las siguientes conductas reflejan complicaciones en la adherencia a los tratamientos médicos: dificultades para comenzarlos; deserción temprana; cumplimiento incompleto de las indicaciones (como errores de omisión, de dosis, de tiempo o equivocación en el uso de uno u otro medicamento); la auto medicación, inasistencias a consultas e interconsultas, permanencia de hábitos y estilos de vida que afectan el mejoramiento de la enfermedad (Ferrer, 1995). Dichas conductas también son aplicables en el contexto de los problemas en la adherencia a los tratamientos psicológicos, independientemente del tipo de terapia, enfoque y problema a intervenir, incluido el de las conductas adictivas, especialmente las conductas que tienen que ver de acuerdo a Velázquez, et al (2000) con la inasistencia a las citas programadas, la falta de permanencia y terminación y la deserción al tratamiento.

## **2.2. Deserción y su prevalencia en tratamientos psicológicos para el tratamiento de las conductas adictivas.**

La deserción representa uno de los principales problemas para la adherencia ya que implica un obstáculo para el logro de la efectividad de los tratamientos (Dalsbo et al, 2010; Echeverría et al, 2013; Meier, et al, 2006), sin embargo es un fenómeno que se presenta con frecuencia en los tratamientos psicológicos independientemente de sus enfoques (Echeverría, & et al., 2013). En la literatura hispana se han empleado diferentes conceptos para referirse a él como fracaso, abandono o incumplimiento todos ellos como sinónimos del mismo fenómeno (Sirvent, 2009).

De las definiciones más aceptadas son las propuestas por Mahoney (1991) quien la define como la interrupción del proceso terapéutico sin previa explicación después de haberse iniciado un tratamiento psicológico, puede presentarse antes o durante el desarrollo del tratamiento y la propuesta de Gavino y Godoy (1993) quienes la conciben como una interrupción del tratamiento antes de alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos, en donde se entiende en ambos casos que dicha interrupción es unilateral, pues no es acordada entre el terapeuta y usuario (Pina, Silverman, Weems, Kurtines & Goldman, 2003).

Es decir, la deserción puede concebirse como la interrupción unilateral del tratamiento psicológico una vez que se ha iniciado y antes de haber logrado los objetivos terapéuticos propuestos. Por otro lado el cumplimiento o terminación del tratamiento psicológico puede concebirse como la finalización del tratamiento en mutuo acuerdo con el terapeuta, en donde se han alcanzado los objetivos de la terapia (Hillis, Eagles & Eagles, 1993).

Los datos indican que a nivel mundial, las tasas de deserción en tratamientos psicológicos, son superiores a los de otras disciplinas en salud, ya que se encuentran entre el 25 y el 50% (Rondón, Otálora, & Salamanca, 2009). En México, se ha encontrado que el índice de deserción de la población atendida por problemas psicológicos alcanza hasta un 70% (Velázquez et al, 2000), y la asistencia promedio es de tres sesiones (Alcázar, 2007). En México las tasas de deserción en tratamientos psicológicos para adicciones alcanzan hasta un 69% (Echeverría et al., 2013; Escobedo, Vite & Oropeza, 2007) y el mayor porcentaje se reporta en las etapas tempranas del tratamiento (Brorson, Ajo, Rand-Hendriksen & Duckert, 2013). Específicamente en las tres primeras sesiones se observan tasas del 41.7 % al 61.5% (Echeverría et al., 2013; Escobedo et al, 2007).

En este sentido, Baekeland y Lundwall (1975) encuentran diferencias con respecto al momento en que la deserción terapéutica se presenta, y la clasifican en<sup>1</sup>:

---

<sup>1</sup> En el presente estudio se retoma la clasificación que proponen los autores con respecto al número de sesiones que se toman en cuenta para identificar el momento en el que ocurre la deserción (inmediata, rápida o tardía), no así la forma en la que es nombrada dicha tipificación, ya que al nombrar a los usuarios o

- a) Desertores inmediatos, acuden sólo a primera sesión;
- b) Desertores rápidos, deserta entre la segunda y quinta sesión; y
- c) Desertores tardíos, deserta a partir de la sexta sesión.

Finalmente se considera que para prevenir la deserción terapéutica es necesario identificar los factores asociados a ella, prevenirla por lo tanto también favorece al cumplimiento y adherencia al tratamiento psicológico (Beckeland & Lundwall, 1975; Brorson et al, 2013)

### **2.3. Estudios en el contexto internacional y nacional sobre deserción y adherencia terapéutica en las intervenciones psicológicas para tratar las conductas adictivas**

Como ya se mencionó con anterioridad la mayoría de los estudios revisados sobre adherencia se enmarcan en el ámbito médico y psiquiátrico acompañados en ocasiones con intervenciones psicológicas y se enfocan en tratamientos de algunos trastornos psiquiátricos y enfermedades crónico degenerativas de largo plazo en donde la adherencia involucra necesariamente la toma de medicamentos para su control y recuperación, así como el establecimiento de conductas saludables (OMS, 2003; Chaiyachati et al, 2014; Marengo & Suarez-Almazor, 2015; Gonzales, et al, 2010; Bernal-Razon et al, 2017; López-Romero et al, 2016) y por lo tanto se enfocan más en identificar las variables que determinan o influyen en la adherencia a la toma de los medicamentos y/o al seguimiento de otras recomendaciones médicas como el monitorear su estado de salud, seguir una dieta saludable o hacer ejercicio (Fidelix, Farias Júnior, Lofrano-Pardo, Fernandes, Cardel & Prado, 2015; Nosé et al, 2003; Van der Wuff, Meyer, de Groot, 2017; Vermeire, Hearnshaw, Van Royen & Denekens, 2001, Haskard & Robin, 2009).

Sin embargo, en el contexto de las intervenciones psicológicas que se enfocan en el tratamiento de problemas de conducta y de salud mental (que pueden o no incluir

---

usuarios como “desertores” pareciera que se adjudicara una propiedad inherente a ellos. Por ello se propone nombrar dicha clasificación como: a) Deserción inmediata; b) Deserción rápida; c) Deserción tardía.



necesariamente tratamiento farmacológico o cambios significativos en su dieta o actividad física) en donde las tasas de deserción son altas, existe una estrecha relación que se establece entre ésta y la adherencia al tratamiento, en donde algunos estudios han tenido el objetivo de identificar exclusivamente los factores o variables implicadas en la deserción, sin tomar en cuenta de forma directa la adherencia, otros por su parte, cuando abordan ambos conceptos se concibe la adherencia como el tiempo en el que una persona permanece en el tratamiento, en este contexto una buena adherencia es sinónimo de terminación o conclusión del tratamiento y se enfocan en identificar los factores o variables que influyen en la deserción y la adherencia definida de ésta manera (Pina et al, 2003; Christensen, Griffiths & Farrer, 2009; Karyotaky, et al, 2015; Farrer, Christensen, Griffiths & Mackinnon, 2011).

En el ámbito de las intervenciones psicológicas para el tratamiento de las conductas adictivas en donde las tasas de deserción se presentan con mayor frecuencia que en otros tratamientos psicológicos (Beckeland & Lundwall, 1975; Gossop, 2002; Brorson et al. (2013) y en donde el abandono terapéutico se relaciona con una mayor probabilidad de recaída, deterioro de la salud, dificultades legales, familiares y financieros, entre otros (Brorson et al. (2013) mientras que el mantenimiento y conclusión (entendida como adherencia) se relacionan con mejores pronósticos (Sirotnik & Roffe, 1978; Simpson, 1984; Dalsbo et al, 2010) como menores tasas de recaída y el logro de la abstinencia (APA, 2007) es necesario identificar los factores asociados con el abandono del tratamiento, ya que al hacerlo seremos capaces de ajustar mejor la práctica clínica al paciente con el fin de lograr la permanencia y adherencia necesaria en un tratamiento adecuado (Kendall, Holmbeck, & Verduin, 2004; McMurrin, Huband & Overton, 2010).

Las investigaciones atendiendo esta necesidad, enfocado en estudiar los siguientes factores como relacionados o predictores de la deserción: a) factores relacionados con características de los pacientes (edad, sexo, educación, tipo de sustancia, comorbilidad psiquiátrica, estado civil y funcionamiento cognitivo); b) factores relacionados con el tratamiento (modalidad del tratamiento, entorno del tratamiento y duración); y c) factores

relacionados con el proceso del tratamiento (motivación, alianza terapéutica y satisfacción con el tratamiento) Brorson et al. (2013).

### **2.3.1. Estudios en el contexto internacional sobre deserción-adherencia terapéutica en las intervenciones psicológicas para tratar las conductas adictivas**

De los estudios revisados sobre el fenómeno de la deserción, entre los más significativos está el de Baekeland y Lundwall (1975) que hacen una revisión extensa de 362 estudios publicados entre 1949 y 1973 en donde incluyen análisis de deserción en 6 áreas: a) Tratamientos hospitalarios para pacientes con algún problema psiquiátrico y con tuberculosis; b) tratamientos ambulatorios en el área de medicina interna; c) tratamiento para el “alcoholismo” d) adicción a heroína; e) tratamiento psicológico ambulatorio para algún problema de salud mental; y f) estudios doble ciego.

Encontraron algunas variables relacionados con la deserción: aislamiento social y/o falta de redes de apoyo; actitudes y comportamiento del terapeuta; discrepancia entre las expectativas del paciente y el terapeuta sobre el tratamiento; comportamiento pasivo-agresivo; motivación; negación del problema; niveles y alivio de síntomas; estatus socioeconómico; conductas anti sociales; dependencia alcohol y/ o de drogas; edad; sexo; estabilidad social. Dichas variables pueden clasificarse en 2 factores: factores de riesgo relacionados con características del paciente y con el tratamiento (ver tabla 1).

Tabla 1. Factores de deserción relacionados con características del paciente y con el tratamiento (Baekland & Lundwall, 1975).

Factores de riesgo relacionados con características del paciente	Factores de riesgo relacionados con características del tratamiento
<p>1. <b>Edad:</b> pacientes de menor edad.</p> <p>2. <b>Sexo:</b> las mujeres desertan con mayor frecuencia.</p> <p>3. <b>Aislamiento social y/o falta de redes de apoyo.</b></p> <p>4. <b>Estatus socioeconómico:</b> bajo nivel socioeconómico.</p> <p>5. <b>Motivación:</b> bajos índices de motivación.</p>	<p>14. <b>Actitudes y comportamientos del terapeuta:</b> terapeuta permisivo, introvertido y desinteresado.</p> <p>15. <b>Discrepancias entre las expectativas del tratamiento entre el paciente y el terapeuta.</b></p>

<p><b>6. Dependencia al alcohol y/o a otras sustancias:</b> niveles de dependencia más severa.</p> <p><b>7. Comportamiento pasivo-agresivo:</b> características de personalidad pasivo-agresivas.</p> <p><b>8. Trastornos de la personalidad.</b></p> <p><b>9. Desempleo o inestabilidad laboral.</b></p> <p><b>10. Negación del problema:</b> no aceptar la enfermedad o problema, poca capacidad para la auto reflexión, examinación e introspección.</p> <p><b>11. Rasgos de personalidad pasivo agresiva</b></p> <p><b>12. Nivel de síntomas y alivio:</b> una mayor severidad del problema y menor alivio de síntomas.</p>	
---	--

Por otro lado está la investigación de Stark (1992) quien realiza una revisión de 80 estudios sobre deserción en tratamientos para las conductas adictivas publicados entre 1975 y 1990, concluyen que la deserción está relacionada con algunas variables que pueden clasificarse también en dos factores de riesgo: 1) factores relacionados con características del paciente y 2) factores relacionados con características del tratamiento (ver tabla 2).

Tabla 2. Factores relacionados con características del paciente y con características del tratamiento (Stark, 1992).

<b>Factores de riesgo relacionados con características del paciente</b>	<b>Factores de riesgo relacionados con características del tratamiento</b>
<p>1. <b>Edad:</b> pacientes de menor edad.</p> <p>2. <b>Aislamiento social.</b></p> <p>3. <b>Estatus socioeconómico:</b> bajo nivel socioeconómico.</p> <p>4. <b>Motivación:</b> bajos índices de motivación.</p> <p>5. <b>Expectativas del paciente.</b></p> <p>6. <b>Historial delictivo:</b> antecedentes penales</p> <p>7. <b>Historia de tratamientos previos:</b> mayor cantidad de tratamientos previos para resolver los problemas con el consumo.</p> <p>8. <b>Trastornos de personalidad y de depresión.</b></p> <p>9. <b>Grado de salud mental:</b> Mayores niveles de severidad psiquiátrica.</p>	<p>10. <b>Tratamiento por mandato judicial:</b> tratamientos obligatorios.</p> <p>11. <b>Duración del tratamiento:</b> tratamientos de duración más extensa.</p> <p>12. <b>Falta de concordancia entre características del paciente y del terapeuta.</b></p>

Sin embargo Brorson et al. (2013) hacen una serie de observaciones sobre los estudios citados con anterioridad y mencionan: a) el hallazgo más consistente es la relación significativa entre deserción y el trastorno personal antisocial b); existen inconsistencias entre las correlaciones que se establecen con respecto a las variables implicadas en la deserción de los tratamientos para la adicción; b) presentan una alta variabilidad en las tasas de deserción entre las diferentes modalidades de tratamiento y también entre los programas que emplean métodos de tratamiento similares; c) carecen de métodos sistemáticos para la elegibilidad, búsqueda de los estudios incluidos, medición de la validez de los hallazgos incluidos en la revisión y una presentación sistemática de las características y hallazgos clave del estudio. Por lo tanto sus hallazgos no pueden ser replicados ni tampoco es posible evaluar la probabilidad de sesgo en ninguna parte del proceso de revisión.

Aún existen resultados contradictorios para encontrar variables que predicen la deserción en los tratamientos para las adicciones, por ejemplo los hallazgos de algunos estudios indican que la sintomatología depresiva severa al inicio del tratamiento es un factor significativo de riesgo para la deserción (Curran, Kichner, Worley, Rookey & Booth, 2002) otros concluyen que pacientes con depresión y/o ansiedad tienen menos probabilidad de abandonar el tratamiento (Levin, Evans, Vosburg, Horton & Brooks, 2004).

Por lo anterior Brorson et al. (2013) realizaron un meta análisis con 122 estudios publicados en revistas especializadas de los años de 1992 al 2013 que estudiaron los factores de riesgo relacionados con la deserción en los tratamientos para las adicciones. Establecieron métodos sistemáticos de búsqueda, elegibilidad, análisis de datos y presentación de resultados. Clasifican en 3 factores las variables que se han tomado en cuenta como posibles predictores de la deserción en los estudios revisados en: a) Factores relacionados con las características del paciente (edad, sexo, nivel educativo, estado civil, sustancia principal de impacto, comorbilidad psiquiátrica, función cognitiva); b) Factores relacionados con el tratamiento (método del tratamiento, modalidad de la intervención, duración de la terapia, relación entre el paciente y el personal); c) Factores relacionados con el proceso del tratamiento (motivación, satisfacción con el tratamiento y la alianza terapéutica).

Los factores que con mayor frecuencia se han estudiado son los relacionados con las características del paciente en donde el 91% de los estudios se enfocaron en dichas variables (edad; sexo; nivel educativo; estado civil; uso de sustancia principal; comorbilidad psiquiátrica; y funcionamiento cognitivo); y en menor medida se han estudiado las variables incluidas en los factores relacionados con el tratamiento con un 4% (método del tratamiento; modalidad de la intervención; duración de la terapia; y relación entre el paciente y el personal); y con el proceso del tratamiento con un 5 % (motivación; alianza terapéutica; y satisfacción con el tratamiento).

Los autores sugieren que la excesiva tendencia en investigar los factores relacionados con las características del paciente tiene que ver con la forma tradicional de entender la adicción desde el enfoque médico, en donde la deserción es vista como resultado de una patología subyacente o una anomalía o característica inherente al paciente. Ésta inclinación al modelo médico puede explicar la falta de investigaciones sobre la dinámica entre el paciente y todo lo que tiene que ver con el contexto del tratamiento.

La revisión también identificó varios resultados contradictorios y hallazgos no concluyentes, debido a la heterogeneidad de los diseños de los estudios incluidos, de los diferentes métodos de tratamiento, la diferencia entre la definición operacional de deserción, de medir y definir los factores de riesgo, los diferentes análisis estadísticos utilizados en los estudios y los distintos escenarios en donde se llevaron a cabo, por ejemplo de un total de 42 estudios que tomaron en cuenta la variable educación como predictor de la deserción, únicamente nueve reportaron una relación significativa entre un bajo nivel educativo y la deserción; de 64 estudios que incluyeron la variable sexo como predictor de la deserción solo 10 reportaron una relación significativa, de los cuales 5 encontraron como factor de riesgo ser mujer y 5 ser hombre; de 9 estudios que tomaron en cuenta la variable motivación como predictor de la deserción, 5 encontraron una relación estadísticamente significativa, en donde 2 estudios concluyen que una baja motivación es un factor de riesgo para la deserción y 2 estudios mencionan que una alta motivación está relacionada con un mayor abandono.

A pesar de lo anterior también se identificaron variables que son consistentes y muestran una relación estadísticamente significativa con la deserción: fueron los déficits

cognitivos (atención, memoria, pensamiento abstracto, habilidades verbales), trastornos de personalidad, edades más jóvenes y la baja alianza terapéutica, sin embargo el meta análisis solo permite decirnos qué tan frecuente un factor se asocia con el incremento de riesgo de deserción, pero no el grado en el cual cada factor incrementa dicho riesgo.

En este sentido, los autores enfatizan la importancia de tomar la alianza terapéutica en la práctica clínica y en los estudios en el contexto de las adicciones. Otra conclusión a la que llegan es que ya no vale la pena replicar estudios que toman en cuenta únicamente las variables demográficas (edad, educación, estado civil y sexo) relacionadas con la deserción, sino más bien dirigir las investigaciones en entender su interacción con otras variables del tratamiento y del proceso del tratamiento en el fenómeno de la deserción.

La revisión de los estudios antes mencionados incluyen investigaciones que se enfocan exclusivamente en los casos de abandono terapéutico y también las que están basadas en comparaciones entre usuarios que desertaron de los tratamientos y entre quienes permanecen o concluyen con el tratamiento, la cual es una forma en la que se puede abordar el concepto de adherencia (aunque en los estudios no se utilice dicho término).

### **2.3.1.1. La alianza terapéutica y los estudios en el contexto internacional sobre su relación con la deserción-adherencia en las intervenciones psicológicas para tratar las conductas adictivas**

Algunas de las definiciones más representativas sobre alianza terapéutica son dos, la de Bordin (1979) quien la definió como la colaboración entre el paciente y el terapeuta. Tiene tres componentes: a) acuerdo en los objetivos: acuerdo entre terapeuta y paciente respecto a los objetivos a alcanzar en terapia; b) acuerdo en las tareas: percepción de que acciones o tareas que forman parte del trabajo en el proceso terapéutico son relevantes para la mejoría; y c) vínculo positivo: compartir mutuamente confianza y aceptación. Por su parte, Luborsky (1976) la conceptualizó como una entidad dinámica que se modifica de acuerdo a las demandas de cada una de las fases de la terapia. Describió dos tipos de alianza: a) alianza tipo 1: sensación que experimenta el paciente sobre el apoyo y la ayuda que proporciona el terapeuta como contenedor (inicio de la terapia); y b) alianza de tipo 2:

sensación de trabajo conjunto hacia la superación de los impedimentos y el malestar del paciente (fases posteriores).

Lo anterior resalta que la alianza terapéutica es concebida como uno de los factores genéricos en todas las orientaciones psicoterapéuticas (Elvins & Green, 2008; Corbella & Botella, 2003). Aunque de acuerdo con Elvins y Green (2008) existen limitaciones conceptuales y metodológicas sobre constructo de alianza terapéutica, es decir, no existe un consenso sobre el concepto y los instrumentos para medirla en ocasiones no contemplan las mismas dimensiones y/o no reportan el marco teórico en el que se basan

Sin embargo, los autores concluyen que si bien no hay un modelo unificado para medirla, existe una consistencia en la medición de conceptos clave (como el vínculo positivo, el acuerdo en los objetivos, apoyo). Dos de los instrumentos que mayor validez reportan y que son más utilizados son:

1. El Working ALLIANCE INVENTORY (WAI). Está basado en las tres dimensiones propuestas por Bordin (acuerdo en las tareas, vínculo positivo y acuerdo en los objetivos), tiene 36 reactivos y tiene una versión corta de 13. Reporta un  $\alpha = 0.93$  para toda la escala y un rango de 0.85 a 0.88 para las sub escalas. Tiene tres modalidades de aplicación: para el paciente; el terapeuta y observador. En este sentido, Horvath y Luborsky (1993) reportan que para Bordin una alianza positiva no determina el éxito del tratamiento, sino que es un factor que favorece la aceptación y el seguimiento del trabajo terapéutico.
2. El Vanderbilt Scales (VPPS). Contiene 8 sub escalas y 80 reactivos; una consistencia interna  $\alpha = 0.96-0.82$  y una confiabilidad entre evaluadores de (0.94-0.79). Su modalidad de aplicación es de observación.

Estos investigadores plantean que a pesar de que la Alianza Terapéutica también ha sido considerada como una de las variables con mayor relevancia para el éxito en el tratamiento (y la adherencia), no se ha comprobado con claridad si: actúa como un mediador del efecto del tratamiento; como un predictor independiente; o como un factor moderador relacionado con otras variables.

Horvath y Luborsky (1993) concuerdan con Bordin, respecto a que una alianza positiva no determina el éxito del tratamiento, sino que es un factor que favorece la aceptación (y adherencia) y el seguimiento del trabajo terapéutico.

Con respecto a la relación que existe entre la alianza terapéutica y la deserción y conclusión o terminación en el contexto de las conductas adictivas, Cordaro, Tubman, Wagner y Morris (2012) realizaron una investigación con una muestra de 58 adolescentes hombres entre los 14 y 19 años que tenían problemas con el consumo de sustancias y que recibieron el programa de auto cambio dirigido diseñado por Sobell & Sobell (1993) y adaptado para esta población. Encontraron diferencias significativas entre los factores alianza terapéutica, alianza de trabajo y grado de participación del paciente (incluye hostilidad o resistencia a la terapia, percepción de la relevancia de las tareas, optimismo del usuario y el grado de aceptación de la responsabilidad con el tratamiento) entre el grupo de quienes concluyeron (terminaron las 5 sesiones del programa) y el grupo de quienes desertaron (dejaron de asistir a partir de la primera y segunda sesión).

Los factores alianza terapéutica y grado de participación del usuario se midieron con la escala del proceso de psicoterapia en su versión corta (VPPS-S por sus siglas en inglés), que es un instrumento diseñado para evaluar el constructo por medio de observadores externos, en sesiones de terapia en tiempo real, o a través de sesiones video grabadas o grabadas. La alianza de trabajo fue medida con el inventario de alianza de trabajo en su versión corta y para observadores externos (WAI-S por sus siglas en inglés). En donde el grupo con mayores puntuaciones en estos tres factores terminaron y los de menores puntuaciones desertaron del tratamiento.

Por su parte Cournoyer, Serge, Landry y Bergeron (2007) realizaron una investigación en donde participaron 248 personas de las cuales 157 fueron hombres y 91 mujeres, que se encontraban en un tratamiento ambulatorio o residencial por tener problemas con su consumo de alcohol u otra sustancia. Fueron clasificados en tres sub grupos (pacientes referidos de un programa de justicia= 50; referidos de un programa de salud mental= 53; y pacientes que no fueron referidos= 145) en donde se predijo un mayor riesgo de abandono de la terapia en pacientes menos comprometidos y cuando los pacientes perciben al terapeuta como menos comprensivo y menos involucrado en su situación. El



factor de alianza terapéutica fue medido por medio del instrumento Escalas de la Alianza Psicoterapéutica de California (CALPAS-P por sus siglas en inglés) y el grado de compromiso por medio del Cuestionario de Compromiso del Paciente (OCQ por sus siglas en inglés).

Meier, et al (2006) en su estudio en donde participaron 187 personas con problemas con el consumo de drogas y que recibían tratamiento en tres distintos centros residenciales, encontraron que los pacientes que tenían bajas puntuaciones de alianza terapéutica de acuerdo con la evaluación realizada por sus terapeutas abandonaron el tratamiento significativamente antes (estuvieron menos de 90 días en tratamiento) que los pacientes con mayores puntuaciones quienes permanecieron más tiempo en tratamiento o lo concluyeron (estuvieron más de 90 días en tratamiento). Otras variables que se relacionaron con la deserción fueron el uso del “crack” como droga antes de iniciar el tratamiento, estilo de apego seguro y mejores estrategias de afrontamiento, mientras que gran confianza en el tratamiento, pacientes de mayor edad y con mayor nivel educativo predijeron la conclusión con el tratamiento. El factor alianza terapéutica fue medido por medio del WAI-S, en sus dos versiones: para ser contestados por los usuarios y para ser contestados por los terapeutas.

Otros estudios también han encontrado una relación significativa entre la deserción y conclusión del tratamiento con la alianza en el contexto de intervenciones psicológicas para abordar otras problemáticas, por ejemplo Sharf, Primavera y Diener (2010) realizaron un meta análisis con 11 estudios que examinaron esta relación en personas adultas en terapia individual, meta análisis incluyó un total de 1301 participantes, con un promedio de 118 participantes por estudio, los resultados demostraron una relación moderada, en donde los pacientes con alianzas terapéuticas más débiles tienen más probabilidades de abandonar la terapia psicológica.

Finalmente Roos y Werbart (2013) realizan una revisión cualitativa de la literatura científica para examinar el estado de conocimiento que hasta ese momento había sobre sobre la influencia que tienen algunas variables como ciertas características del terapeuta (edad, sexo, etnicidad, experiencia, entrenamiento profesional, educación, etc.) de la relación paciente-terapeuta y algunos factores del proceso terapéutico (alianza terapéutica,

satisfacción del paciente, problemas y conflictos durante la terapia, percepción de mejoría, etc.) en la deserción en el contexto de las terapias individuales (predominantemente basados en el enfoque psicodinámico y cognitivo conductual) para distintos tipos de problemáticas (predominantemente trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y de la personalidad) por medio de 44 estudios relevantes al respecto publicados entre los años 2000 y 2011.

Los autores concluyen que entre los hallazgos más significativos que encontraron en su revisión es la influencia que tiene la alianza terapéutica en la deserción (bajos niveles en la alianza influyen de forma significativa en la deserción). Otras variables importantes que también influyen en la deserción son: menor experiencia, entrenamiento y habilidad del terapeuta, insatisfacción del paciente con la terapia y la falta de psicoeducación para el paciente con respecto a la terapia (no decirle el número de sesiones, la duración de la terapia, etc.)

### **2.3.1.2. Estudios de seguimiento sobre deserción-adherencia en los tratamientos psicológicos en adicciones en el contexto internacional**

Finalmente, la gran mayoría de los estudios antes mencionados sobre deserción-adherencia en el tratamiento para problemas con el consumo de sustancias son estudios longitudinales y prospectivos y/o retrospectivos, sin embargo, este fenómeno también se ha abordado en estudios de seguimiento aplicando encuestas y/o entrevistas a personas que abandonaron la terapia. Dichas investigaciones son importantes para conocer la perspectiva del paciente luego de haber abandonado la intervención sobre su experiencia y actitudes hacia la terapia y su terapeuta, sobre los avances logrados, así como el estado actual del problema por el cual acudió a tratamiento (Fernandez & Eyberg, 2005; Robles, 2003).

Dichos estudios han identificado además de los factores que ya se abordaron, variables contextuales que representan un obstáculo para la adherencia y permanencia en el tratamiento. Palmer, Murphy, Piselli & Ball (2009) realizaron un estudio piloto en donde evaluaron las razones del abandono terapéutico en un tratamiento ambulatorio para el abuso

de sustancias a partir de la perspectiva de los pacientes que desertaron y de los terapeutas, por medio de grupos focales y la aplicación presencial de un cuestionario estructurado.

En su investigación participaron 22 pacientes mayores de edad y 22 terapeutas, ambos grupos concordaron en que las razones más frecuentes son las relacionadas con problemas para transportarse a la clínica o para pagar el servicio, falta de motivación para cambiar, con la ambivalencia sobre el planteamiento de la abstinencia como meta terapéutica y tener un patrón de consumo muy alto. Los cuestionarios arrojaron que los terapeutas atribuyen con más frecuencia el abandono a factores individuales del paciente (problemas de salud física o mental; falta de motivación para asistir a las sesiones; falta de soporte social; poca confianza en poder cambiar) que los propios usuarios. Los resultados del grupo focal de los terapeutas indicaron que la motivación del paciente al cambio y los problemas asociados a la falta de conexión con el personal de la clínica eran los principales motivos de la deserción de los usuarios, mientras que los pacientes indicaron que la falta de apoyo social y también los problemas asociados a la falta de conexión con el personal lo eran. Con base en sus hallazgos los autores sugieren la necesidad de establecer la alianza terapéutica (mejorar la confianza, el compromiso y motivación del paciente) desde el inicio del tratamiento y en resolver activamente junto con los usuarios las potenciales barreras que comprometan su permanencia y adherencia al tratamiento.

Calvo-García, et al (2016) también realizaron un estudio para conocer los motivos que tienen los usuarios de abandonar prematuramente su terapia psicológica para tratar el consumo de sustancias en un centro ambulatorio por medio de la aplicación de una entrevista estructurada vía telefónica. Participaron 92 personas mayores de edad que desertaron entre la primera y segunda sesión cuya droga de impacto principalmente fue el alcohol, se hizo una revisión de su historia clínica para recolectar datos correspondientes a al sexo, edad, procedencia geográfica, nivel académico, presencia de un acompañante a las visitas, procedencia de la derivación, droga principal que propicia la demanda, años de evolución de consumo de la droga que propicia la demanda, comorbilidad psiquiátrica diagnosticada y número de tratamientos previos iniciados o realizados. La principal droga

de impacto fue el alcohol en el 53,3% de los casos, seguida de la mariguana con el 18,5% y la cocaína con el 15,2%.

Los principales motivos referidos para abandonar el tratamiento, fueron los relacionados con la propia percepción de mejora del paciente, que se tradujo en considerar que el problema que tenía al momento de solicitar la cita no era tan relevante como para continuar con las indicaciones propuestas en el plan de trabajo inicial. También el haber reducido o haber abandonado por completo el consumo de la droga o drogas que suscitaron la demanda; no considerar que su relación con las drogas fuera tan problemática. Otro motivo que surgió fue la incompatibilidad de horarios con la terapia principalmente por razones de trabajo o por responsabilidades familiares que impiden la continuación con la terapia.

### **2.3.2. Estudios en México sobre deserción-adherencia terapéutica en las intervenciones psicológicas para tratar las conductas adictivas**

En México se han realizado algunas investigaciones para abordar los factores relacionados con la deserción-adherencia terapéutica (ésta última definida como cumplimiento o terminación del tratamiento) en las intervenciones para tratar los problemas de consumo de sustancias. Rocha & Santana (1996) investigó las características que tienen las personas que abandonaron un tratamiento dirigido a Bebedores Problema en un centro ambulatorio. Dicho tratamiento es la adaptación Modelo de Auto-Cambio Dirigido (Sobell & Sobell, 1993; Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell, 1997). La muestra estuvo compuesta por 60 usuarios que acudieron a tratamiento durante el año de 1994, se dividió en 30 personas que concluyeron con su tratamiento y 30 personas que desertaron.

A estos grupos se les realizó dos evaluaciones la primera al inicio del tratamiento y la segunda a los 6 meses de haber terminado o abandonado el tratamiento, las evaluaciones consistieron en una entrevista estructurada vía presencial, para obtener información de las características socio demográficas, consecuencias adversas del consumo y las razones que lo llevaron a abandonar el tratamiento, además midió su patrón de consumo en los últimos

seis meses y se aplicó la Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA) para indagar el nivel de dependencia.

Realizaron un estudio comparativo con la información obtenida en la primera y segunda evaluación y encontraron que el grupo de las personas que abandonaron su tratamiento en comparación con los que concluyeron fueron en mayor proporción hombres; con mayor inestabilidad laboral y un menor estatus socioeconómico; además reportaron haber tenido en los 6 meses anteriores a su inicio del tratamiento mayores “consecuencias adversas con respecto al consumo de alcohol” en particular a lo que se refiere a daño afectivo y problemas interpersonales; su patrón de consumo y la historia de consumo (11.3 del fue en general más severo.

Por otro lado, el 20% de las personas que abandonaron su tratamiento comentaron que a pesar de ello se recuperaron de su problema de consumo y al comparar este grupo con el resto de la muestra, los autores concluyen que tienen la característica de tener mayor edad y mayor inestabilidad laboral; reportaron una historia de consumo y un patrón de consumo aún más severo que las personas que abandonaron el tratamiento pero que no se recuperaron.

Velázquez (2000) por su parte realiza una investigación con personas que ingresaron al Programa de Auto-Cambio dirigido para bebedores problema en un centro ambulatorio, para saber entre otras cosas si existen diferencias entre las principales situaciones de alto riesgo que tienen quienes abandonan su tratamiento y entre quienes lo concluyen por medio de la aplicación del Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA) realizado por Annis (1982), traducido y adaptado al español por Ayala, Echeverría y Oviedo (1985) que se realizó antes de iniciar el tratamiento. La muestra estuvo integrada por 205 personas que iniciaron con su tratamiento en el periodo comprendido entre 1993 y 1996, en donde la tasa de deserción fue del 53 %, entre los cuales el 26.6% abandonó en la tercera sesión, el 30.3% en la segunda sesión, el 32.3% en la primera y el 16.7% en la sesión de la evaluación.

Las principales situaciones de riesgo que contempla el instrumento son: Emociones desagradables; malestar físico; emociones agradables; probando auto control; necesidad o urgencia por consumir; conflicto con otros; presión social; y momentos agradables con otros. Los resultados muestran que el grupo de usuarios que concluyeron presentan como principales situaciones de riesgo los momentos agradables con otros, presión social y emociones agradables en comparación con los que abandonan, quienes predominantemente presentan las situaciones de emociones desagradables.

Bautista (2011) llevó a cabo un estudio descriptivo y comparativo, con una muestra conformada por 82 usuarios del Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) en un centro ambulatorio. Es importante mencionar que el PSC es la adaptación del Community Reinforcement Approach (CRA) a población mexicana, diseñada como una intervención intensiva dirigida a usuarios consumidores de una o más sustancias y que presentan ya una dependencia hacia ellas y también mayores consecuencias negativas en distintas áreas de su vida asociadas a su consumo (Barragán, 2005).

La muestra se dividió en dos grupos: 1) en 41 usuarios que terminaron el tratamiento de PSC y 2) 41 usuarios que desertaron de su tratamiento en el PSC, las variables que se tomaron en cuenta para el estudio fueron principalmente psicológicas y sociodemográficas, que se midieron a partir de una evaluación previa antes del inicio del tratamiento. La autora concluye que se presentaron diferencias psicológicas y sociodemográficas entre ambos grupos, en donde los usuarios que concluyeron con su tratamiento presentaron mayores puntajes en comparación con los usuarios que desertaron en: depresión; ansiedad; auto eficacia; funcionamiento cognitivo; dependencia a la droga de impacto; años de educación; la percepción de la problemática; estabilidad laboral; tratamientos previos; meses de abstinencia; edad; años de consumo; nivel de educación; cantidad de consumo de la sustancia de impacto.

Vázquez (2014) realizó un estudio en donde comparó variables sociodemográficas y clínicas (patrón de consumo de cigarrillos, nivel de dependencia, tratamientos previos, nivel de ansiedad, nivel de depresión, grado de impulsividad, número de sesiones asistidas) entre

pacientes que abandonaron y concluyeron un tratamiento cognitivo conductual para dejar de fumar, en una clínica pública contra el tabaquismo del periodo 2011 y 2012. Se aplicó una entrevista de seguimiento vía presencial o telefónica, en la cual se obtuvo información sobre los motivos de deserción, satisfacción con el servicio recibido y el efecto del tratamiento sobre su consumo de cigarrillos. La muestra para la entrevista estuvo conformada por 62 pacientes, en donde 31 fueron pacientes que desertaron y 31 quienes finalizaron su tratamiento.

El índice de deserción del tratamiento fue del 64%, quienes desertaron asistieron en promedio a 3.8 sesiones mientras que los que terminaron a 7.6, en donde el 16% abandonó su tratamiento en la primera sesión, el 55% lo hizo entre la segunda y quinta sesión y el 29% a partir de la sexta sesión. Los resultados sugieren que principalmente los pacientes abandonan su tratamiento por la incompatibilidad de horarios de la clínica, la falta de recursos económicos problemas de transporte o distancia con la clínica. Otros factores que influyen en la deserción son tener una menor edad, mayores puntajes de ansiedad, depresión e impulsividad.

Por su parte, Olvera (2012) evaluó el estado actual del problema de consumo y algunas variables relacionadas con la deserción en usuarios que ingresaron y abandonaron el Programa de Intervención breve Motivacional para dejar de Fumar (Lira-Mandujano et al, 2009) en un centro de atención ambulatoria. Su muestra incluyó a 16 personas que tenían 12 meses de haber abandonado su tratamiento al momento de la investigación, a las cuales se les aplicó una entrevista de seguimiento, la Línea Base Retrospectiva (LIBARE) para medir el patrón de consumo en el último mes y el instrumento de Sócrates 8D para medir la etapa de cambio.

El estudio tomó en cuenta variables relacionadas con el consumo actual de tabaco (patrón de consumo en los últimos seis meses, percepción personal de su conducta de fumar); con la percepción de la necesidad de tratamiento (reconocimiento de la problemática, etapa de cambio de conducta, percepción de auto eficacia); situacionales (situación económica y laboral actual) y motivos por los cuales abandonó el tratamiento.

Las entrevistas de seguimiento se realizaron vía presencial (en 6 de los casos), vía telefónica (en 7 de los casos) y vía electrónica (en 3 de los casos).

Algunos de los resultados más importantes es que el 50% de los usuarios que desertaron al momento de contestar la entrevista de seguimiento tuvieron la percepción de que su forma de consumir en los últimos 6 meses no era un problema grave o muy grave (el 18.75% consideró que no era un problema, para el 18.75% era un pequeño problema, y para el 12.5% era un problema menor). El 56% de los usuarios consideró que su consumo ya no representaba un problema o que era menor que cuando acudieron por primera vez a tratamiento y ninguno consideró que su problema era más grave que antes. Se observó que 5 usuarios mantuvieron la misma cantidad de consumo por ocasión que cuando acudieron a tratamiento, 3 la aumentaron y 8 la disminuyeron. Finalmente la autora concluye que uno de los factores de riesgo más relevantes para la deserción del tratamiento es la ambivalencia, ya que el 62.5% de los entrevistados se encontraron en la etapa de ambivalencia para el cambio al inicio del tratamiento; 25% en la etapa de reconocimiento y 25% en la de acción.

Robles (2003) realizó una investigación sobre el fenómeno del abandono terapéutico en un Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC) (Oropeza, 2000) con enfoque cognitivo conductual, en un centro ambulatorio, cuyo objetivo principal fue identificar las variables asociadas al abandono terapéutico o a la finalización del mismo, al comparar las características de los usuarios que finalizaron su tratamiento y de los que lo abandonaron. Se tomaron en cuenta variables sociodemográficas, variables relacionadas con el consumo y la existencia de tratamientos previos por consumo de drogas, que se obtuvieron a partir de una evaluación previa al inicio del tratamiento. La muestra estuvo compuesta por 37 usuarios que asistieron a tratamiento en el periodo de 2000 al 2003, en donde hubo una tasa de deserción del 46%. La muestra se dividió en dos grupos: usuarios que concluyeron su tratamiento (n=20) y usuarios que lo abandonaron (n=17).

El autor concluye que en general entre ambos grupos no existen diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, a través del análisis descriptivo se pudo



observar que el grupo de quienes desertaron estaba integrado en una mayor proporción por personas más jóvenes, con mayor escolaridad, un consumo sustancial, con una frecuencia de uso diario, mayor cantidad por ocasión, mayor número de tratamientos previos en comparación con el grupo de los que concluyeron, que estaba conformado en mayor proporción por personas con un menor consumo, mayor número de años de hacerlo, con una frecuencia predominantemente de 1 a 3 veces por semana.

Entre el grupo de los usuarios que desertaron, se pudieron dividir entre usuarios que abandonaron después de la primera sesión y usuarios que desertaron a partir de la segunda. En donde el grupo que permaneció más tiempo en su tratamiento estuvo integrado en mayor proporción por usuarios más jóvenes, mayor número de año de estudios, menor consumo, con una frecuencia de uso diario pero con una menor cantidad por ocasión, en comparación con el grupo que desertó después de la primera sesión, que estaba integrado por usuarios en mayor proporción solteros, con una frecuencia de 1 a 3 veces por semana pero con una mayor cantidad por ocasión.

Escobedo et al (2007) investigaron los factores que pueden influir en la decisión de los usuarios para desertar TBUC (Oropeza, 2000) en un centro ambulatorio. En su estudio participaron 24 usuarios que desertaron de su tratamiento en un centro ambulatorio a partir de la primera sesión, entre los periodos de 2003 y 2005. Se les aplicó una entrevista estructurada, en donde evaluaron 6 áreas relacionadas con aspectos generales de la terapia: 1) Datos generales acerca de las condiciones de la terapia; 2) motivos de deserción por parte del paciente; 3) Deserción asociada al consumo de cocaína; 4) Causas emocionales de deserción; 5) Evaluación del tratamiento por parte del paciente; y 6) Causas de deserción relacionadas con el terapeuta.

La entrevista se aplicó vía presencial al 55% de los usuarios y al 45% por vía telefónica. La deserción ocurre con mayor frecuencia después de la sesión 4. Los principales factores que llevan a la deserción fueron: necesitar tiempo para sentir mejoría, continuar consumiendo la sustancia, la falta de resultados y notar que el problema no

disminuía. Los autores concluyen que todos estos factores de manera conjunta, están implicados para una probable deserción del tratamiento.

Mantilla (2008) también estudia los factores asociados a la deserción en una muestra de 68 usuarios que ingresaron al TBUC (Oropeza, 2000) en un centro ambulatorio, del periodo comprendido del 2000 al 2007. Hubo una tasa de deserción del 48.5%. La muestra se dividió en dos grupos: usuarios que concluyeron con su tratamiento (n=36) y usuarios que lo abandonaron (n=32) después de una sesión de evaluación. Las variables que se tomaron en cuenta para compararlos fueron: el nivel de dependencia, años de consumo, tratamientos previos, situación laboral y vía de consumo (fumada o inhalada), las cuales se obtuvieron por medio de una evaluación previa al inicio del tratamiento.

Los resultados muestran una diferencia significativa en las variables de vía de administración y tratamientos previos, en donde los usuarios que abandonaron el tratamiento consumían predominantemente la cocaína de forma inhalada y habían tenido un mayor número de tratamientos previos.

Paz (2010) realizó una investigación de seguimiento para identificar las características de los usuarios que desertaron del programa Intervención Breve para Usuarios de Marihuana (Medina et al, 2012) en un centro ambulatorio en comparación con los que terminaron, en un primer momento se realizó un análisis comparativo con algunas variables de la historia clínica entre ambos grupos y en un segundo se aplicó una entrevista de seguimiento para algunos usuarios que aceptaron participar. La IBUM es una intervención cognitivo conductual que también utiliza herramientas de la entrevista motivacional. La muestra para el análisis de la historia clínica estuvo constituida por 52 usuarios que iniciaron el IBUM, con una tasa de deserción del 69.2% (36 personas) y una tasa de cumplimiento del 30.8% (16 usuarios). Entre la primera y segunda sesión desertaron el 75% de los usuarios.

La autora concluye que entre los factores más importantes que influyeron en la deserción de los usuarios es la falta de motivación al tratamiento en el 47,2% de los

usuarios que abandonaron el tratamiento ya que se encontraban en la etapa de pre contemplación de acuerdo a su disposición al cambio; otros factores que influyeron en la deserción, pero en menor medida de acuerdo a la autora, fueron la edad (desertaron con mayor frecuencia las personas que tenían mayor edad) sexo (desertaron en mayor proporción las mujeres), estado civil (desertaron en mayor proporción las personas que estaban casadas), ocupación (desertaron con mayor frecuencia las personas que tenían un trabajo de tiempo completo).

La muestra en la cual se aplicó la entrevista fue de 35 usuarios: 19 usuarios que desertaron y 16 que concluyeron con su tratamiento. La entrevista se aplicó vía presencial a los 16 usuarios que terminaron el programa IBUM; vía telefónica a 13 de los usuarios que desertaron; vía electrónica a dos de ellos; y vía presencial a 4. El principal motivo de deserción fue el dejar la terapia por decidir continuar con su consumo el cual lo mencionaron el 31,5% de los usuarios entrevistados que desertaron. Otros motivos de menor impacto fueron la falta de tiempo para asistir a las sesiones; el centro les quedaba lejos de su casa y trabajo, la terapia no cumplió con sus expectativas.

Echeverría et al (2013) por su parte analizaron los factores asociados a la deserción en una muestra de 52 usuarios que acudieron a recibir tratamiento por consumo de marihuana en un centro de atención ambulatoria y a los cuales se les brindó la IBUM. Se tomaron en cuenta algunas variables relacionadas con algunos datos sociodemográficos, patrón de consumo en los últimos seis meses, nivel de severidad del consumo, principales situaciones de riesgo, entre otras. Los datos indicaron una tasa de deserción del 69%, en donde se observó que entre la primera y segunda sesión fueron las que tuvieron el porcentaje más alto de deserción con un 42.3%. Para identificar las variables asociadas con la deserción, realizaron una comparación entre los resultados de las personas que concluyeron con su tratamiento (n=16) y entre los resultados de las personas que desertaron (n=36). Además se les hizo una entrevista de seguimiento en donde a las personas que abandonaron su tratamiento se les preguntó entre otras cosas las razones por las cuales dejaron de asistir.

Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, los resultados del análisis descriptivo indican que aquellas personas que concluyeron con su tratamiento reportan, en general, mayor cantidad de consumo por ocasión, mayor frecuencia de consumo, tienen puntajes más bajos en ansiedad y depresión, mayor percepción de severidad de los problemas escolares y menor satisfacción con su calidad de vida, en comparación con las personas que desertaron, quienes tienen menor cantidad de consumo por ocasión, menor frecuencia de consumo, menor percepción de severidad de los problemas escolares, presentan puntajes medios y altos de ansiedad y depresión, mayor satisfacción con su calidad de vida. Finalmente de las razones que mencionaron los usuarios por las cuales dejaron de asistir, el 31.5% comentó no buscar la abstinencia de la sustancia sino la reducción, el 31,5% consideraba que su consumo de marihuana no era problemático y que acudió obligado por sus familiares, el 20% dijo que por razones de lejanía, falta de tiempo o problemas económicos, y un 15,7% señaló que el tratamiento no cumplió con sus expectativas.

Bernal (2004) realizó un estudio exploratorio para identificar las variables involucradas en la deserción terapéutica del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras sustancias (PIBA), el cual está basado en el enfoque cognitivo conductual. La investigación estuvo compuesta por una muestra de 63 adolescentes quienes asistieron a tratamiento durante el periodo de 1999 al 2003, se enfocó en identificar las características principales de aquellos usuarios que desertaron (52.4 %) en comparación con las características de quienes concluyeron su tratamiento (47.6 %), además de analizar si existen diferencias entre el grupo de las personas que desertaron de acuerdo en la etapa en la que abandonaron el tratamiento.

La autora concluye que aquellos adolescentes que presentan un consumo menos problemático, consumen una menor cantidad, en menor frecuencia y han tenido pocas o nulas consecuencias negativas asociadas a su consumo, son más probables que deserten de su tratamiento, en comparación con quienes concluyen que presentan mayores problemas con respecto a su consumo (p.e problemas financieros y agresión, han tenido más tratamientos previos, daños físicos y afectivos), consumen una mayor cantidad y con una

mayor frecuencia. En cuanto a las diferencias entre grupos que desertaron de acuerdo en la etapa en la que abandonaron el tratamiento se observó que los adolescentes que abandonaron entre la primera y segunda sesión llevaban menos tiempo consumiendo y menos consecuencias asociadas al consumo en comparación con los usuarios que desertaron a partir de la tercera.

Por otro lado Cedillo y Muñoz (2005) realizaron un estudio en donde tomaron en cuenta principalmente los modos de afrontamiento del estrés y asertividad, como variables individuales relacionadas con la deserción y cumplimiento en usuarios que ingresaron a alguno de los cinco programas de tratamiento cognitivo conductuales que se brindan en un centro de atención ambulatoria para resolver problemas de consumo de sustancias en el periodo del 2003 al 2004. La muestra estuvo constituida en un primer momento por 30 usuarios a los cuales se les aplicó presencialmente una pre evaluación través del Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés (Lazarus & Folkman, 1980), el Inventario de Asertividad (Grambrill & Richey, 1975) para medir los modos de afrontamiento, y en un segundo momento donde se les aplicó una post evaluación vía telefónica los mismos instrumentos y según el caso, una serie de preguntas para sondear los motivos de deserción a 11 usuarios, de los cuales 5 desertaron y 6 concluyeron con su proceso terapéutico.

Las autoras concluyen que no existe una relación estadísticamente significativa entre los modos de afrontamiento al estrés y el nivel de asertividad en relación con la deserción al tratamiento. Sin embargo por medio de un análisis cualitativo del pre test, encontraron que los usuarios que desertaron tienen en mayor proporción un afrontamiento pasivo ante el estrés, utilizan con mayor frecuencia el pensamiento mágico para abordarlo, presentan en menor medida las estrategias de revaloración positiva; varían además entre presentar conductas asertivas y ansiosas, en comparación con los usuarios que terminaron, quienes presentaron en mayor proporción un afrontamiento al estrés activo, dirigido al problema, con conductas predominantemente asertivas.

En su análisis pre test-post test, encontraron diferencias significativas, ya que en los usuarios que concluyeron con su tratamiento, las conductas asertivas se reforzaron, disminuyó su grado de incomodidad, disminuyó la estrategia de distanciarse del problema para enfrentar el estrés y en general se reforzaron las estrategias de afrontamiento activo. Por su parte en el grupo que desertó también disminuyó su grado de incomodidad, sin embargo sigue siendo más alto en comparación con los que concluyeron, respecto al afrontamiento ante el estrés, solamente disminuyó la estrategia de enfrentar el problema de forma negativa.

Respecto a otras variables, encontraron que la inestabilidad laboral es un factor de riesgo para la deserción que tuvo una diferencia estadísticamente significativa entre las personas que abandonaron su tratamiento y entre quienes lo concluyeron. Finalmente el principal motivo que reportaron los usuarios para abandonar su tratamiento fue el trabajo.

Finalmente Zepeda (2016) investigó algunas variables sociodemográficas relacionadas con la deserción y los motivos del abandono en usuarios que ingresaron y desertaron de alguna de las 7 intervenciones y tratamientos breves (IBBP, TBUC, PIBA, PIBMF, IBUM, PPR, PSC) que en México se han diseminado para tratar los problemas del consumo de sustancias en los diferentes centros de atención públicos de tipo ambulatorio. La muestra estuvo compuesta por 2,935 usuarios que desertaron de alguna de las cinco intervenciones y tratamientos breves, de las cuales el 46.1% de los participantes desertó del PIBA, el 17.5 % de la IBBP, el 11.8% de la IBUM, el 8.9% del PPR, el 6.3% del PSC, el 5.9 del PIBMF y el 3.5% del TBUC.

A los usuarios se les aplicó una entrevista semi-estructurada de seguimiento vía telefónica o de forma presencial para obtener información general sobre el usuario, su patrón actual de consumo de alcohol, tabaco y/o drogas; sobre la intervención que recibieron; y la evaluación que hacen del tratamiento. Los resultados indican que la deserción estuvo asociada predominantemente por las variables de retomar los estudios, reincorporarse laboralmente y no seguir consumiendo la sustancia. Otras variables asociadas fueron que la mayoría de los participantes que abandonaron su tratamiento eran solteros,

varones, la secundaria como su nivel educativo predominante y el consumo de alcohol como la sustancia más frecuente al momento de abandonar el tratamiento.

### **2.3.3. Limitaciones y comentarios sobre los estudios revisados en el contexto internacional y en México sobre deserción-adherencia terapéutica en las intervenciones psicológicas para tratar las conductas adictivas**

En la tabla 3, puede observarse que de los 13 estudios que pudieron revisarse sobre la deserción-adherencia en los tratamientos, el número de investigaciones que se han realizado en cada tipo de intervención que se brinda en los centros de atención ambulatoria en México varían entre 1 y 3, siendo el TBUC el que mayor número de estudios tiene hasta el momento de la revisión, seguido por los demás. La tasa de deserción entre los estudios varía del 46% al 69.2%, en donde los programas que presentaron las tasas más altas fueron el IBUM con el 69.2% y el PIBMF con el 64%.

Al igual que en los estudios internacionales, la mayoría de los que se revisaron en México, se enfocaron predominantemente en los factores relacionados con las características de los usuarios (p.e. edad, sexo, nivel educativo, severidad del problema, patrón de consumo) y poco en los relacionados con el tratamiento o con el proceso, sin embargo a diferencia de los internacionales, tomaron en cuenta con mayor frecuencia los factores relacionados con el contexto externo al tratamiento (incompatibilidad de horarios, problemas económicos, laborales, etc.).

Las variables que influyen en la deserción relacionadas con las características del paciente que con mayor frecuencia se presentaron tomando en cuenta todos los estudios revisados fueron: pertenecer al sexo masculino; inestabilidad laboral; bajo nivel educativo; tener menor edad; mayor número de tratamientos previos; continuar consumiendo; menor cantidad de consumo; menor frecuencia de consumo; mayores puntuaciones en ansiedad y depresión; menores consecuencias negativas. Y en cuanto a las relacionadas con el proceso del tratamiento la que con mayor frecuencia se presentó, fue la etapa de cambio en pre contemplación o contemplación.

Por su parte las variables que influyen en la adherencia relacionadas con las características del paciente que con mayor frecuencia se presentaron fueron: mayores problemas percibidos; mayor cantidad de consumo de la sustancia; mayor número de años de consumo; mayor frecuencia de consumo; mayores problemas con consumo. Por otro lado, las variables que influyen en la deserción relacionadas con el contexto fueron: Incompatibilidad de horarios para asistir a tratamiento y problemas de distancia. Como puede observarse los resultados no son concluyentes y en ocasiones son contradictorios, además las variables que con mayor frecuencia se presentan en los estudios están relacionadas con el contexto del usuario.

Podemos concluir que las variables más consistentes que hasta el momento se han encontrado de acuerdo con los estudios revisados en el contexto internacional son: la presencia de déficits cognitivos (atención, memoria, pensamiento abstracto, habilidades verbales); trastornos de personalidad; edades más jóvenes; la baja alianza terapéutica; y en el caso específico de México: la incompatibilidad de horarios para asistir a tratamiento y problemas de distancia.

En el caso específico de las investigaciones revisadas en el contexto internacional sobre el fenómeno de la deserción-adherencia se encontró lo que King & Canada (2004) señalan, que una limitación frecuente en los estudios sobre deserción, es la falta de especificidad al describir el tipo de tratamiento, modalidad y duración del mismo (tratamientos grupales, ambulatorios, residenciales, intensivos, de larga duración o en centros de salud mental), que dificulta su réplica, generalidad y comparación de los resultados.

Otra limitación, es que la mayoría de las investigaciones sobre deserción-adherencia terapéutica en tratamiento para las adicciones se realizaron en países desarrollados (los resultados pueden estar influidos por factores culturales), esto se refleja en el caso de México por ejemplo, en donde se pudieron identificar pocos estudios que abordaron el fenómeno de la deserción-adherencia terapéutica, que tienen en general las siguientes características: son estudios en contextos naturales; varios de ellos de seguimiento; se enfocan en un programa determinado de intervención breve, los cuales tienen criterios de inclusión y exclusión que muy probablemente influyan en la deserción-adherencia (por ejemplo el nivel de dependencia a la sustancia, el patrón de consumo, la presencia de



patología dual, entre otros). Además la mayoría no toma en cuenta el momento en el que la deserción se presenta, pues podría haber diferentes variables involucradas entre un momento y otro.

Dentro de sus limitaciones, puede observarse que existen diferencias en la metodología empleada (toman en cuenta diferentes variables, distintas definiciones operacionales), además por lo regular no se encuentran diferencias o relaciones estadísticamente significativas entre las variables que se abordan en los estudios, sus conclusiones sobre las variables que influyen en la deserción se basan más en los análisis descriptivos y son inconsistentes y contradictorias.

Por lo anterior, surge la necesidad de continuar las investigaciones en México el fenómeno de la deserción-adherencia terapéutica en el tratamientos para las adicciones, pero tomando en cuenta también los factores relacionados con el tratamiento y con el proceso terapéutico (la alianza terapéutica), además de investigar la interacción de variables (Zepeda, 2016).

Tabla 3. Revisión de estudios en México sobre deserción-adherencia en las diferentes intervenciones breves para el tratamiento de las conductas adictivas.

Tipo de intervención	No. de estudios	Muestra	Tasa de deserción	a) F. Relacionados con las características del usuario		b) F. Relacionados con el tratamiento		c) F. Relacionados con el proceso del tratamiento		d) F. Relacionados con el contexto externo al tratamiento	
				Deserción.	Adherencia	Des.	Adh.	Des.	Adher.	Deserción	Adherencia
Bebedores Problema	2	60 (Rocha & Santana, 1996)  205 (Velázquez, 2000)	50%  53%	Hombres Inestabilidad Laboral Menor estatus socioeconómico Mayores consecuencias adversas con respecto al consumo de alcohol Principales situaciones de riesgo de emociones desagradables.	Principales situaciones de riesgo los momentos agradables con otros, presión social y emociones agradables	NA	NA	NA	NA	Incompatibilidad de horarios Falta de recursos económicos Problemas de transporte o distancia con la clínica	NA
PSC	1	82 (Bautista, 2011)	NA		Mayores puntajes en depresión; Ansiedad; Autoeficacia; Funcionamiento cognitivo; Dependencia a la droga de impacto; Nivel educativo; Percepción de la problemática; Estabilidad laboral; Tratamientos previos; Meses de abstinencia; Edad; Años de consumo; Nivel de educación; Cantidad de consumo de la sustancia de impacto	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Fumadores	2	62 (Vázquez, 2014)  16 (Olvera, 2012)	64%  NA	Menor edad Mayores puntajes de Ansiedad; Depresión; Impulsividad	NA	NA	NA	NA	NA	La ambivalencia por cambiar de conducta	NA
Cocaína	3	37 (Robles, 2003)  24 (Escobedo et al, 2007)  68 (Mantilla, 2008)	46%  NA  48.5%	Menor edad Mayor nivel educativo Consumo sustancial, Frecuencia de uso diario, Mayor cantidad de consumo por ocasión, Mayor número de tratamientos previos (2 estudios) Necesitar tiempo para sentir mejoría, Continuar consumiendo Notar que el problema no disminuía Consumo vía inhalada	Menor consumo Mayor número de años de consumo Frecuencia predominantemente de 1 a 3 veces por semana	NA	NA	Percepción de falta de resultados	NA	NA	NA
Mariguana	2	52	69.2%	Falta de motivación al tratamiento	Mayor cantidad de consumo por	NA	NA	La terapia	No	Falta de tiempo para	NA

		(Paz, 2010) 52 (Echeverría et al, 2013)	69%	<p>Mayor edad Mujeres Tener trabajo de tiempo completo Personas casadas Continuar consumiendo</p> <p>Menor cantidad de consumo por ocasión Menor frecuencia de consumo Puntajes medios y altos en ansiedad Puntajes medios y altos en depresión Menor percepción de severidad de los problemas escolares Mayor satisfacción con su calidad de vida Consideraba que su consumo de marihuana no era problemático</p>	<p>ocasión Mayor frecuencia de consumo Puntajes más bajos en ansiedad Puntajes más bajos en depresión Mayor percepción de severidad de los problemas escolares Menor satisfacción con su calidad de vida</p>			no cumplió con sus expectativas Etapa de pre contemplación al cambio	<p>buscar la abstinencia de la sustancia sino la reducción</p> <p>El tratamiento o no cumplió con sus expectativas.</p>	<p>asistir El centro les quedaba lejos de su casa y trabajo</p> <p>Acudió obligado por sus familiares Lejanía, falta de tiempo Problemas económicos</p>	
PIBA	1	63 (Bernal, 2004)	52.4%	<p>Consumo menos problemático, Consumo de una menor cantidad Consumo de menor frecuencia Pocas o nulas consecuencias negativas asociadas al consumo</p>	<p>Mayores problemas con respecto a su consumo; Consumo de una mayor cantidad Consumo con mayor frecuencia</p>	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Todas las intervenciones	2	30 (Cedillo & Muñoz, 2005) 2935 (Zepeda, 2016)	NA	<p>Tener afrontamiento pasivo ante el estrés Utilizan con mayor frecuencia el pensamiento mágico para enfrentarlo Presentan en menor medida las estrategias de revaloración positiva; Inestabilidad laboral No seguir consumiendo la sustancia Solteros, Hombres Nivel educativo secundaria Consumo de alcohol como la sustancia más frecuente al momento de abandonar el tratamiento</p>	<p>Tener afrontamiento al estrés activo, dirigido al problema, Conductas predominantemente asertivas</p>	NA	NA	NA	NA	Incompatibilidad de horarios por el trabajo o estudios (2 estudios)	NA
TOTAL	13	NA	Del 46% al 69.2% reportado	<p>Hombres (en 2 estudios) Inestabilidad laboral (en 2 estudios) Bajo nivel educativo (en 2 estudios) Menor edad (en 2 estudios) Mayor número de tratamientos previos (en 2 estudios) Continuar consumiendo (en 2 estudios) Menor cantidad de consumo (en 2 estudios) Menor frecuencia de consumo (en 2 estudios) Mayores puntuaciones en ansiedad y depresión (en 2 estudios) Menores consecuencias negativas (en 2 de los estudios)</p>	<p>Mayores problemas percibidos (en 2 estudios) Mayor cantidad de consumo de la sustancia (en 3 estudios) Mayor número de años de consumo (en 2 estudios) Mayor frecuencia de consumo (en 2 estudios) Mayores problemas con consumo (en 2 estudios)</p>	NA	NA	Etapa de cambio (en 2 estudios)	NA	Incompatibilidad de horarios para asistir a tratamiento (en 5 de los estudios)  Problemas de distancia (en 3 de los estudios)	NA

## **CAPÍTULO 3**

### **3. Intervenciones Breves en un centro ambulatorio de atención para las adicciones**

#### **3.1. La Maestría en Psicología en Adicciones y un centro ambulatorio de atención para las adicciones**

Como ya se comentó, en 1998 la Maestría de Psicología en Adicciones es aprobada por el consejo técnico del programa de Maestría y Doctorado de la Facultad de Psicología para ser parte de su oferta académica, en donde el principal escenario de entrenamiento y práctica de los estudiantes es un centro de atención ambulatoria para las adicciones perteneciente a la Facultad de Psicología de la UNAM, el cual presta servicio a la comunidad escolar y al público en general que lo solicite y lo requiera. En el centro, las personas que lo solicitan son atendidas de acuerdo a su problemática de consumo por los estudiantes de la maestría que son entrenados en la aplicación de las técnicas y programas de intervención y tratamientos breves basados en el enfoque cognitivo-conductual.

Cada intervención y tratamiento breve está basado en un protocolo, en el cual se especifican los criterios de inclusión y exclusión, el objetivo del tratamiento, sus componentes, instrumentos de evaluación, el número de sesiones, una guía estructurada con indicaciones de lo que el terapeuta tiene que abordar en cada sesión, material didáctico para el usuario y terapeuta, entre otras cosas. En el centro se brindan las siguientes opciones de tratamiento: 1) la Intervención Breve para Bebedores Problema (IBBP); 2) el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC); 3) el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (PIBA); 4) el Programa de Intervención breve Motivacional para dejar de Fumar (PIBMF); 5) la Intervención Breve para Usuarios de Marihuana (IBUM); 6) Programa de Prevención de Recaídas (PPR); 7) el Programa de Satisfactores Cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas (PSC) y 8) Consejo Breve.

### **3.2. Proceso del servicio en el centro ambulatorio para las adicciones de la Facultad de Psicología de la UNAM**

El centro de atención ambulatoria para las adicciones tiene establecido un procedimiento para que las personas que lo necesitan y lo desean puedan solicitar el servicio terapéutico para resolver su problema con el consumo de sustancias, el cual puede observarse en la figura 1. El primer contacto que tiene el usuario con el centro es vía telefónica o de forma presencial (asistiendo directamente al centro), en donde solicita una cita y se le toman algunos datos generales por medio de una ficha de admisión (nombre, edad, nivel educativo, motivo de consulta, droga de impacto, etc.).

Una vez que el usuario agenda su cita de acuerdo con la disponibilidad de horarios del centro y la de él o ella, se le asigna un terapeuta disponible los cuales son principalmente estudiantes de la maestría o de la especialidad en adicciones<sup>2</sup> y con menor frecuencia profesores del programa, quienes abren un expediente clínico del caso. La primera sesión es de admisión, la cual tiene como objetivo principal realizar una valoración para brindar la intervención más adecuada al usuario y brindar una retroalimentación al respecto para motivar al cambio, además en caso de ser necesario se refiera oportunamente a otra institución (por ejemplo para un tratamiento residencial o cuando se identifican intentos suicidas u otros trastornos psiquiátricos severos que requieran otro tipo de tratamiento) o para que se canalice a otro servicio y reciba una atención integral (por ejemplo a una valoración psiquiátrica cuando se identifican niveles altos en ansiedad o depresión, para un servicio de desintoxicación por presentar síntomas de abstinencia y dependencia a la sustancia). Es importante mencionar que en esta sesión el usuario también firma un consentimiento informado en donde acepta participar en el tratamiento y también

---

<sup>2</sup> Cabe mencionar que parte fundamental del entrenamiento clínico de los estudiantes de maestría se basa en la enseñanza escalonada, en donde los estudiantes de cursos más adelantados modelan la implementación de las intervenciones breves a los estudiantes de los cursos menos adelantados en escenarios reales con los usuarios. Lo anterior implica que en ocasiones dos terapeutas ingresen a las sesiones durante el tratamiento (un estudiante de cursos más avanzados y uno de cursos menos avanzados), sin embargo, ésta situación se anticipa con los usuarios desde el inicio del tratamiento y en caso de no estar de acuerdo, se opta porque solamente el estudiante al que se le asignó el caso proporcione la intervención.

si está de acuerdo en que sus datos sean utilizados en algún momento única y exclusivamente para fines de investigación cuidando su confidencialidad en todo momento.

La valoración se realiza por medio de la aplicación de una entrevista inicial semi estructurada y algunos instrumentos de tamizaje según sea el caso como: la Prueba de detección de consumo de Alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST por sus siglas en inglés); indicadores de dependencia con base en el DSM-IV; Escala de Dependencia al Alcohol (EDA); el Inventario de Depresión de Beck (BDI por sus siglas en inglés); el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI por sus siglas en inglés); la Prueba de Identificación de Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol (AUDIT por sus siglas en inglés); el Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (POSIT por sus siglas en inglés).

Una vez que se identifica el programa de intervención apropiado para cada usuario con base en los resultados del tamizaje, se realiza la segunda sesión que es de evaluación<sup>3</sup>, en la cual se aplican distintos instrumentos de acuerdo al programa asignado para medir algunos aspectos como el patrón de consumo, las principales situaciones de riesgo, el nivel de auto eficacia para enfrentar situaciones de riesgo, esto con el fin de brindar retroalimentación al usuario y como herramienta para motivarlo al cambio, además para utilizar la información en el tratamiento y para medir los avances y los logros en la terapia. Dichos instrumentos según sea el programa corresponden a: la Línea Base Retrospectiva (LIBARE); el Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA); el Inventario Situacional de Consumo de Drogas (ISCD); Cuestionario de Confianza Situacional; Escala de Satisfacción General (ESG). Posteriormente, se brindan las sesiones correspondientes de cada programa de intervención, dentro de este proceso los usuarios pueden no acudir a su primera cita, lo cual es clasificado por el centro como “primer contacto sin asistencia”<sup>4</sup>.

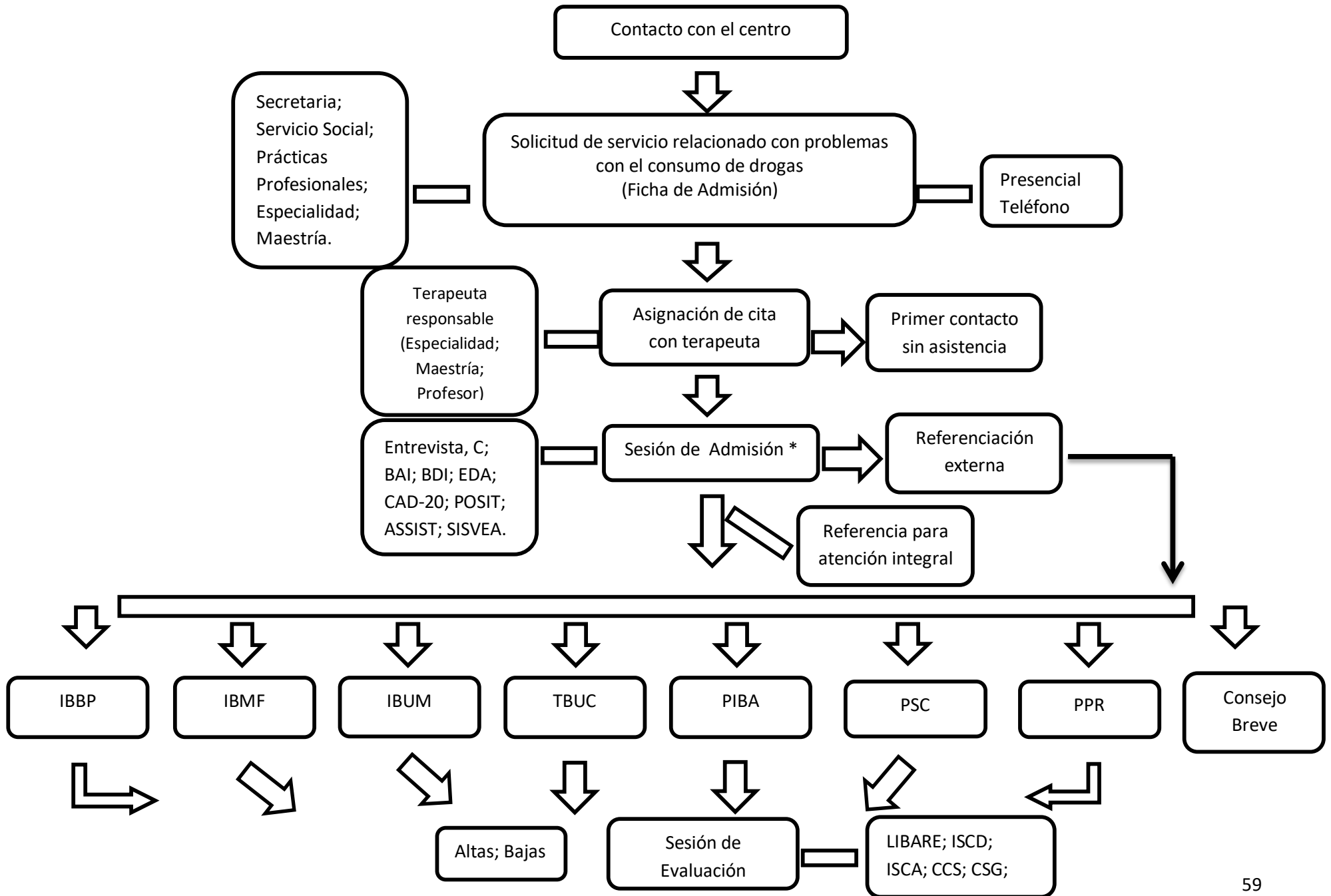
---

<sup>3</sup> Cabe mencionar que el procedimiento de admisión y evaluación en ocasiones se realiza en una sesión y en ocasiones en dos como se describió anteriormente.

<sup>4</sup>El primer contacto se operacionaliza como: la suspensión unilateral del tratamiento por parte del usuario que se manifiesta por no acudir a su primera sesión una vez que solicita el servicio y después de haberse realizado tres llamadas de rescate para poder reagendar sin éxito.

Después de haber acudido a su primera sesión el estado de los usuarios durante la intervención puede clasificarse en: a) Adherencia al tratamiento (señalado en el expediente como Alta o Egreso) que se operacionaliza como la finalización del tratamiento en mutuo acuerdo entre el usuario y terapeuta, que implica el cumplimiento del plan de tratamiento (nivel de intervención, componentes del programa y número de sesiones propuestas) y el logro de la meta terapéutica de abstinencia o reducción; b) Deserción, la cual se operacionaliza como la suspensión unilateral de la intervención por parte del usuario una vez que asistió a su primera sesión y que se manifiesta por su inasistencia después de haber realizado tres rescates (que consisten en llamar al usuario para reagendar su cita).

Figura 1. Diagrama del Proceso del servicio en un Centro ambulatorio de atención para las adicciones.





### **3.3. Descripción de la Intervención Breve Para Bebedores Problemas (IBBP)**

Como ya se comentó con anterioridad la IBBP es resultado de la aplicación, evaluación y adaptación realizada por investigadores de la Facultad de Psicología de la UNAM del Modelo de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema, (Ayala et al, 1995) que originalmente fue desarrollado y evaluado por científicos de la Addiction Research Foundation, de Toronto, Canadá. Es un tratamiento que se clasifica como de prevención indicada, ya que las personas a las que está dirigida ya presentan un consumo de “riesgo”.

Fue diseñado como una intervención breve de tipo ambulatoria dirigida a los bebedores problema. En términos clínicos una definición de un bebedor problema es aquella persona que: 1) en el caso de los hombres adultos, bebe más de los límites de 12 tragos estándar por semana y en el caso de las mujeres adultas, bebe más de los límites de 9 tragos estándar por semana; 2) bebe más de 5 tragos estándar por ocasión en el caso de los hombres y más de cuatro en el caso de las mujeres; 3) puede haber desarrollado problemas de salud, económicos o sociales como resultado de su forma de beber; 4) no presenta características clínicas de dependencia al alcohol, tal como preocupación por el alcohol, síntomas del síndrome de abstinencia o consecuencias sociales o físicas severas por su patrón de consumo. Finalmente, en México, generalmente permanecen sin consumir 5 de cada 7 días. Por último, podemos identificar que reportan pérdida del control al consumir y episodios de consumos controlados (Echeverría, Ruíz, Salazar, Tiburcio & Ayala, 2012)

Otras características importantes de los bebedores problema es que son personas con una historia de consumo problemático de no más de 10 años, en la mayoría de los casos no ha buscado tratamiento; usualmente no presenta problemas graves entre sus redes sociales y familiares, y tienden a tener mayores recursos personales, sociales y económicos; sin embargo, ya ha habido llamadas de atención en alguna de estas áreas; tienen estabilidad económica y laboral; no se perciben así mismo como “alcohólicos” o distintos a los que no tienen un problema con la bebida, sin embargo ya han presentado lagunas mentales y presentan episodios de consumo excesivo, aunque bajo ciertas circunstancias pueden

controlar su consumo; suelen estar en la ambivalencia sobre la necesidad de modificar su conducta de consumo o no (Sobell & Sobell, 1993; Ayala et al, 1997).

El modelo tiene elementos del enfoque motivacional y del cognitivo conductual, con énfasis en la prevención de recaídas, ya que facilita el aumento del compromiso de las personas a modificar su conducta de consumo problemático de alcohol, así como a que reconozcan y utilicen sus propios recursos para resolver su problema. Se encamina principalmente en que el usuario detecte los problemas relacionados con su consumo excesivo de alcohol; encuentre las razones para reducir o abstenerse de su consumo actual de alcohol; identifique las situaciones en las cuales tiene mayor posibilidad de beber en exceso y desarrolle un plan y estrategias alternas para enfrentarse a ellas; alcance cambios en su comportamiento; y los ayude a fijarse metas (moderación o abstinencia) e incrementar su motivación para conseguirlas (Echeverría et al, 2012; Sobell & Sobell, 1993).

### **3.3.1. Fundamentos teóricos de la Intervención Breve Para Bebedores Problemas (IBBP)**

La IBBP tiene como fundamento la Teoría del Aprendizaje Social (TAS) expresada por Bandura (1969, 1967, 1978, 1982 y 1985) se basa en la premisa de que la conducta humana es aprendida, más que determinada por factores genéticos, siendo ésta producto de la interacción de factores biológicos, medioambientales, cognoscitivos, emocionales y psicológicos. Esta Teoría sostiene que los patrones de conducta, las normas sociales y las culturales se adquieren mediante la observación de un modelo, favoreciendo de esta forma, el aprendizaje de determinadas conductas, pero así mismo es posible desaprender aquellas conductas que no favorecen el desarrollo del individuo, entre ellas las relacionadas con el consumo riesgoso de alcohol y/o sustancias, en contraste con los modelos de enfermedad que plantean que una vez que una persona presenta problemas de consumo de alcohol y/o sustancias inevitablemente llega a la adicción.

Esta teoría plantea que los comportamientos adictivos, son conductas inadecuadas que se adquieren y se mantienen mediante el modelamiento, el reforzamiento social, los efectos anticipados del alcohol, la experiencia directa de los efectos como recompensa y castigo y la dependencia física. Sin embargo, estos comportamientos son sujetos de cambio y pueden ser modificados por la aplicación de los principios de la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1969, 1967, 1978, 1982 y 1985).

### **3.3.1.2. La Teoría del Aprendizaje Social (TAS) en el contexto de las adicciones**

La Teoría del Aprendizaje Social en el contexto de las adicciones propone que:

1. Aprender a consumir alcohol es una parte integral del desarrollo psicosocial y del proceso de socialización dentro de una cultura. Gran parte de este aprendizaje se da de forma indirecta, por las actitudes, expectativas, y creencias que socialmente se tienen acerca del alcohol, y de forma directa por el modelamiento o aprendizaje observacional que las personas tienen del consumo (Cellucci, 1982; Zucker, 1979; Plant, 1979). La Teoría del Aprendizaje Social propone que la familia y los compañeros pueden influir tanto en el inicio como en el mantenimiento de las conductas de consumo en los jóvenes, al influir en forma general sus actitudes, los estándares y valores hacia el consumo, así como modelar la conducta de consumir dentro de diversos contextos sociales (Biddle, Bank & Malin, 1980).

2. Existen factores que predisponen a los individuos a consumir en exceso, estos pueden ser de naturaleza biológica, sociológica, psicológica, sin embargo, también pueden ser de naturaleza heredada o aprendida. Dichos factores interactúan con variables situacionales. La teoría toma en cuenta que los factores genéticos y farmacológicos pueden incrementar el riesgo del abuso de alcohol en individuos vulnerables. Los factores psicosociales incluyen déficits o excesos en las habilidades, como por ejemplo, tener pocas habilidades sociales o dificultades al manejar emociones negativas. La ausencia de los modelos de consumo moderado o la presencia predominante de los modelos de consumo excesivo pueden representar un alto riesgo de abuso en el consumo.

3. Las experiencias directas con el alcohol son variables muy importantes, ya que la persona al consumir alcohol obtiene beneficios, en este sentido, el alcohol puede actuar como un reforzador negativo o positivo, reforzador negativo cuando la persona aprende a reducir la tensión que le causa la interacción social por medio del consumo (elimina las consecuencias aversivas) y positivo al facilitar la interacción social con otras personas al desinhibirlas. Por lo tanto, se hace altamente probable que la conducta de consumo se siga presentando, en especial en aquellas que tienen un déficit en sus habilidades sociales. Por otro lado, los efectos bifásicos del alcohol explican en parte cómo el alcohol puede elegirse, tanto para reducir estados de afecto negativo, como para incrementar estados de afecto positivo (Mello, 1968).

5. En el periodo de abstinencia la persona encuentra señales o estímulos que han sido asociados con el consumo del alcohol y que por lo tanto al presentarse, disparan la respuesta condicionada del consumo (buscar alivio a través del uso del alcohol), lo que eventualmente propiciara un fenómeno de pérdida de control. Así, la reactividad a señales internas y ambientales puede establecer las bases para el consumo excesivo, en donde la primera copa actúa como un estímulo condicionado para continuar consumiendo alcohol.

6. La tolerancia y la dependencia física al alcohol se consideran factores determinantes en la continuidad del consumo. La tolerancia promueve un incremento en el consumo al disminuir la magnitud del reforzamiento positivo por lo que el individuo necesita consumir mayores cantidades de alcohol para igualar la magnitud del reforzamiento. Por otro lado, se considera que la dependencia física trae consigo un aumento en el consumo de alcohol como una manera de evitar los efectos aversivos producidos por los efectos del retiro de la sustancia, el cual se presenta en periodos de abstinencia agudos. Es aquí cuando el consumo de alcohol funge como un reforzador negativo para evitar el síndrome de abstinencia.

7. Cuando el abuso del alcohol se establece como una conducta continua, se empiezan a hacer presentes varias consecuencias negativas a largo plazo. Entre estas tenemos: problemas familiares, problemas sociales, y medioambientales. Los problemas

más comunes pueden ser paulatinamente la pérdida de empleo, separación familiar, mal humor, agresión, aislamiento social, además de iniciarse un deterioro de la salud. Generalmente hay pérdida de apoyo social, pérdida de auto-eficacia y falta de capacidad de afrontamiento. De esta manera se inicia una cadena de conducta, ya que las personas al verse a sí mismas como poco capaces de enfrentar su problemática, recurren al consumo para disminuir su ansiedad, pero a mayor consumo aumentan los conflictos, y así en forma sucesiva.

8. La Teoría del Aprendizaje Social asume que no hay una personalidad adictiva, un marcador genético o situaciones medioambientales específicas. Tampoco existe una progresión inevitable hacia el “alcoholismo”; más bien plantea que existen múltiples rutas biopsicosociales para el uso, abuso y recuperación de una forma de beber problemática, que está sujeta a los mismos principios del aprendizaje social. La recuperación dependerá de la habilidad del individuo para elegir y explorar formas alternativas de afrontamiento.

9. Finalmente la TAS propone que existen determinantes distales y proximales que pueden predisponer al consumo excesivo de alcohol. Las distales sólo tienen un efecto indirecto en el comportamiento de beber en un determinado momento, incluyen las: actitudes familiares hacia el consumidor, edad de éste, habilidades sociales, habilidades generales de afrontamiento, factores genéticos, historia de abuso familiar, influencia de los amigos, y varios más. Los determinantes próximos, pueden fungir como reguladores directos del comportamiento de beber, incluyen: expectativas del efecto del alcohol, señales internas y externas, factores situacionales, habilidades específicas de afrontamiento, modelamiento, historia previa de consumo y varios más.

### **3.3.2. Componentes de la Intervención Breve para Bebedores Problema (IBBP)**

Las sesiones consisten principalmente en que el usuario analice los costos y beneficios del cambio en su manera de consumo y vida en general, registre su consumo diario de alcohol, elija metas de consumo (abstinencia o consumo de bajo riesgo), identifique situaciones de riesgo de consumo y él desarrolle estrategias o planes de acción

para enfrentar situaciones de riesgo. Todo esto bajo el modelo de solución de problemas. La duración aproximada de cada sesión del tratamiento es de 45 a 60 minutos.

Es importante mencionar que la meta de consumo de bajo riesgo está basada en lo que propone el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAA) en países, donde el consumo no es diario como en el caso de México, el cual recomienda en el caso de las mujeres no exceder los 3 tragos estándar por ocasión de consumo y nunca más de 9 tragos estándar a la semana. En el caso de los hombres adultos recomienda no exceder los 4 tragos estándar por ocasión de consumo y nunca exceder la cantidad de 12 tragos estándar por semana.

El programa se caracteriza por:

- No calificar, etiquetar o estigmatizar a los usuarios.
- No confronta al usuario (esto se realiza utilizando la escucha reflexiva y analizando justo con esta la información, para que el usuario se dé cuenta sobre los conflictos y consecuencias relacionadas con su consumo excesivo de alcohol).
- Proporcionar al usuario una retroalimentación objetiva.
- Informar y orientar al usuario sobre que un cambio es posible mediante la modificación de sus hábitos.
- Hace que el usuario elija sus propias metas y diseñe junto con el terapeuta el plan de tratamiento a seguir.
- El trabajo en el programa consiste en realizar lecturas y ejercicios que apoyen al usuario a cambiar su patrón de consumo de alcohol.

Los criterios de inclusión al programa son:

- Ser mayor de 18 años
- Consumo de riesgo o nocivo de alcohol
- Saber leer y escribir
- Tener un domicilio permanente

- Que trabaje en la actualidad y viva con su familia o tenga una red de apoyo estable

Las sesiones son las siguientes:

1) Sesión de admisión: Se trabaja en la identificación de la etapa de cambio, y si el usuario es candidato para el programa de tratamiento. Para ello:

a) Se realiza una entrevista abierta donde el terapeuta:

- ❖ Identifica el motivo de consulta del usuario.
- ❖ Explora la etapa de disposición al cambio: en este sentido, el programa considera que la motivación es la probabilidad de que una persona acepte participar, continuar, adherirse y se mantenga en el tratamiento. La principal tarea del terapeuta en esta primera entrevista es incrementar la probabilidad de que el usuario siga una serie de pasos hacia el cambio recomendado. El modelo que se adopta para identificar el proceso de cambio es el propuesto por Prochaska y Di Clemente (1982) y re conceptualizado por Prochaska, DiClemente y Norcross (1992) quienes identifican que el cambio pocas veces se expresa en un evento repentino, si no que más bien involucra una serie de etapas:
  - Pre-contemplación: es la etapa en la cual la gente no intenta tomar acción en un futuro próximo (usualmente en los próximos seis meses). Las personas tal vez se encuentran en esta etapa porque están desinformados o poco informados sobre las consecuencias de su conducta, otros tal vez han tratado de cambiar en distintas ocasiones y al no lograrlo se desanimaron sobre sus habilidades para cambiar. Ambos grupos tienden a evitar leer, hablar, o pensar sobre su conducta de alto riesgo. Ellos han sido caracterizados en otras teorías como resistentes o desmotivados o como no listos para un proceso terapéutico o programas de promoción de la salud. Las personas que se encuentran en esta etapa regularmente no llegan al tratamiento por si mismos sino presionados por terceros (por ejemplo: sus familiares) y acuden al profesional argumentado otras razones (por ejemplo: problemas de pareja), por lo

que se muestran defensivos. Estas personas, necesitan información de las causas y consecuencias del consumo excesivo, así como de retroalimentación que les permita incrementar el reconocimiento de su problema y la posibilidad de cambiar, esto se hace a través de la misma información que se le proporcione sobre las consecuencias que ha recibido por consumo excesivo y la calidad de su vida actual (economía, relaciones interpersonales, salud).

- La siguiente etapa es de Contemplación: Es la etapa en la cual está intentando cambiar en un futuro próximo (en los próximos 6 meses). Ellos son más conscientes de las ventajas de cambiar su conducta, pero también están conscientes de las desventajas de cambiar. Este balance entre costos y beneficios del cambio pueden producir profunda ambivalencia que puede mantener a la gente en esta etapa por un largo periodo de tiempo. También puede describirse este fenómeno como una contemplación crónica o procrastinar la conducta. En esta etapa el usuario reconoce que tiene un problema con el alcohol, en su discurso en ocasiones presenta razones para cambiar y en otras justifica el no hacerlo, la tarea del terapeuta es ofrecer un balance a favor del cambio.
- La etapa de determinación es la etapa en la cual está intentando tomar una acción en el futuro inmediato (usualmente el mes próximo). Ellos han tomado típicamente algunas acciones significativas, tienen un plan de acción, se presenta cuando la persona ya se encuentra a favor del cambio y se considera “motivado”. Si durante esta etapa la persona entra en acción, el proceso de cambio continúa, si no, caerá de nuevo en la etapa de contemplación, la tarea del terapeuta es ayudarlo a encontrar estrategias que sean aceptables, accesibles, apropiadas y efectivas para cambiar.
- La siguiente etapa de Acción: es la etapa en la cual la persona ha realizado modificaciones relevantes en sus estilos de vida. La acción es solo una de las seis etapas en este modelo. No todas las modificaciones conductuales cuentan como acción en este modelo. Es cuando el usuario



piensa acudir a terapia y cuando se ocupa en acciones particulares para cambiar su consumo. Aquí el usuario ya tiene la disposición de sentarse a analizar sus situaciones de riesgo y se le puede ayudar a plantear las opciones de solución a éstas, así como las estrategias de reducción del consumo. Sin embargo, hacer un cambio no garantiza que éste se mantendrá. Las experiencias de la vida están llenas de buenas intenciones y cambios iniciales, seguidos de pequeños o grandes retrocesos.

- La etapa de Mantenimiento: es la etapa en la cual la persona está trabajando para prevenir las recaídas, pero no se aplican procesos de cambio con tanta frecuencia como lo hacen las personas en la acción. Están menos tentados a recaer y están cada vez más seguros que pueden continuar con los cambios. Se le da importancia a la recaída ya que es frecuente que se presente. Pero ésta es vista como una forma de regresión, como un regreso a etapas más tempranas. El desafío es sostener el cambio y prevenir recaídas. La tarea del terapeuta es ayudar a evitar el desaliento o desmotivación, continuar buscando el cambio, renovar la determinación, reasumir la acción y mantener los esfuerzos.

❖ Recolecta información sobre: la historia y patrón de consumo de alcohol; las consecuencias relacionadas con el consumo; las situaciones de consumo; las características clínicas que sugieran dependencia severa; contraindicaciones para consumir alcohol; el uso de otras drogas psicoactivas, antecedentes familiares, violencia familia; la historia de síntomas físicos.

- b) Se aplica la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA, Skinner & Allen, 1982) (Ver Anexo 1): para identificar el nivel de dependencia a la sustancia

2) Sesión de evaluación: Se obtiene información sobre la historia y patrón de consumo, principales situaciones de consumo, y la auto eficacia del usuario de acuerdo a diversas situaciones de consumo. Por medio de la aplicación de los siguientes instrumentos<sup>5</sup>:

- a) Entrevista Inicial semi estructurada (Ayala, 2001) (Ver anexo 2).
- b) Línea Base Retrospectiva de consumo de alcohol (LIBARE) (Sobell & Sobell, 1979) (Ver anexo 3).
- c) Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA) (Annis, Graham & Davis, 1982; traducción y adaptación al español por Ayala, Echeverría & Oviedo, 1998) (Ver anexo 4).
- d) La aplicación del Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS) (Annis & Martin, 1985; traducción y adaptación por Ayala & Echeverría, 1997) (Ver anexo 5)

3) Sesión 1. Paso 1. Decisión al Cambio y Establecimiento de Metas: Tiene como objetivo que el usuario evalúe los pros y contras que experimenta por su consumo excesivo de alcohol, y que identifique las ventajas y desventajas que acompañarían a un cambio en el consumo.

4) Sesión 2. Paso 2. Identificación de Situaciones de Alto Riesgo para el Consumo Excesivo de Alcohol: En esta sesión el usuario debe identificar los factores que desencadenan su consumo excesivo, así como las consecuencias positivas y negativas a corto y largo plazo, además se plantea la recuperación como una perspectiva a largo plazo.

5) Sesión 3. Paso 3. Enfrentamiento a los Problemas Originados por el Consumo de Alcohol: En esta sesión se describe una estrategia básica de solución de problemas. Esto se hace con el fin de que el usuario relacione la estrategia con situaciones de consumo excesivo por medio del desarrollo de un plan de acción de conductas alternativas para estas situaciones. Así mismo, se identifican sus propios recursos (estilos de afrontamiento afectivos y recursos sociales disponibles) que podrán utilizar para cambiar su conducta.

---

<sup>5</sup> En el apartado de metodología se describen con detalle los instrumentos mencionados en ésta sección.

6) Sesión 4. Paso 4. Nuevo establecimiento de metas. En esta sesión se revisan situaciones futuras de alto riesgo y se revisan planes de acción para ellas. Se señala la importancia de lograr un resultado exitoso a largo plazo y se establece el compromiso de llevar a cabo sesiones adicionales en el caso de que se solicite, además de un seguimiento para observar los avances logrados a través del tiempo.

Una vez que concluye el tratamiento se realizan tres seguimientos (al primer mes, tercer mes y sexto mes). Tienen como objetivo evaluar el cumplimiento de la meta establecida por el usuario e identificar necesidades adicionales.

## **Planteamiento del problema**

En el contexto internacional y en México se han diseñado e implementado diversas intervenciones y terapias breves basadas en el enfoque cognitivo-conductual para atender problemas de consumo de sustancias, estas intervenciones han mostrado generalmente facilidad en su aplicación, eficacia y efectividad (Babor, 2004 Raistrick et al, 2006; Sobell & Sobell, 1993; McHugh et al, 2010; Echeverría, et al. 2007; Ayala, et al., 1995; Oropeza, 2003; Martínez, 2003; Lira-Mandujano et al, 2009; Medina et al, 2012; Barragán et al, 2008; Barragán et al, 2006). En México, los programas de intervención se implementan como una opción de tratamiento a través de centros de atención ambulatoria para las adicciones. Sin embargo una problemática compleja e importante que se presenta y que no se ha estudiado mucho en nuestro país, es la falta de adherencia a las intervenciones breves que ocasionan altas tasas de deserción; pues se ha encontrado que los índices de abandono alcanzan hasta un 69% (Echeverría et al., 2013; Escobedo, Vite & Oropeza, 2007).

Las investigaciones realizadas hasta el momento en el contexto internacional y en México relacionadas con la deserción-adherencia al tratamiento psicológico para las adicciones se han enfocado en estudiar las variables relacionadas con las características del paciente (edad, sexo, comorbilidad psiquiátrica, patrón de consumo, etc.) y menos en las variables relacionadas con la intervención (modalidad; duración de la terapia; y relación entre el paciente y el personal), con el proceso del tratamiento (método del tratamiento, motivación; alianza terapéutica; y satisfacción con el tratamiento), con el contexto externo al tratamiento (incompatibilidad de horarios, cuestiones laborales y/o escolares), ni tampoco se ha estudiado mucho la interacción de variables en este fenómeno (Zepeda, 2016).

Por lo anterior, surge la necesidad de llevar a cabo investigaciones en México sobre el fenómeno de la deserción-adherencia terapéutica en las intervenciones breves para las adicciones.

## **Pregunta de investigación**

¿Qué factores influyen en la deserción-adherencia de la Intervención Breve para Bebedores Problema en un centro ambulatorio de atención para las adicciones?

### **Objetivo general:**

- Evaluar los factores que influyen en la deserción-adherencia de la Intervención Breve para Bebedores Problema en un centro ambulatorio de atención para las adicciones.
- 

### **Objetivos específicos:**

- Identificar las tasas de deserción-adherencia al tratamiento que se presentaron en el periodo 2015-2016 y los programas de mayor demanda de un centro ambulatorio para las adicciones.
- Evaluar un modelo estadístico con las variables que expliquen la deserción-adherencia en la Intervención Breve para Bebedores Problema en un centro ambulatorio.
- Identificar si la alianza terapéutica, motivación, satisfacción con el tratamiento, entorno del tratamiento y situaciones contextuales influyen en la deserción-adherencia en la Intervención Breve para Bebedores Problema.

## **Definición de adherencia al tratamiento y deserción**

Para la presente investigación la adherencia al tratamiento se define como la finalización del tratamiento en mutuo acuerdo entre el usuario y terapeuta, que implica el cumplimiento del plan de tratamiento (nivel de intervención, componentes del programa y número de sesiones propuestas) y el logro de la meta terapéutica de abstinencia o consumo de bajo riesgo. La deserción se define como la suspensión unilateral de la intervención por parte del usuario una vez que asistió a su primera sesión y que se manifiesta por su inasistencia después de haber realizado tres rescates (que consisten en llamar al usuario para reagendar su cita).

## **MÉTODO**

### **Enfoque del estudio**

En el presente estudio se aborda el fenómeno de la deserción-adherencia desde un enfoque Multimétodo, el cual es entendido como una estrategia de investigación en la que se utilizan dos o más procedimientos para indagar un mismo fenómeno u objeto de estudio a través de los diferentes momentos del proceso de investigación (Ruíz, 2008). En el trabajo de investigación se utilizan tres métodos para la recolección y análisis de datos, los cuales son: el análisis de una base de datos; análisis de expedientes clínicos y la aplicación de cuestionarios.

Por lo anterior, el estudio se divide en tres fases y con el fin de facilitar su comprensión, se incluyen en cada una, su procedimiento, instrumentos, descripción de la muestra y resultados, al final se integra la discusión y conclusiones considerando las tres etapas del estudio.

### **Procedimiento de la Fase 1**

Con la finalidad de representar el panorama general de las tasas de deserción que se presentaron en un centro ambulatorio para las adicciones e identificar los programas que tuvieron mayor demanda en el periodo 2015-2016, se hizo una revisión de la base de datos con la que cuenta el centro, en donde se lleva el registro de los casos de usuarios que solicitan algún tipo de servicio. Para ello, se seleccionaron las siguientes variables: nombre del usuario, edad, sexo, nivel educativo, estado civil, periodo en el que el usuario solicitó el servicio, número de expediente que le corresponde, sustancia de impacto, programa al que pertenece<sup>6</sup> y su estatus en el tratamiento (adherencia, deserción, en tratamiento o referencia).

---

<sup>6</sup> Es importante comentar que en el centro también se ofrece el servicio para atender problemas de conducta de niños por medio del programa de crianza positiva y para atender a familiares y otros significativos de personas que tienen problemas con su consumo de sustancias, sin embargo en éste análisis no se incluyó a dicha población atendida.

Posteriormente se creó una base de datos en donde se eligieron únicamente los casos registrados del periodo 2015-2016 y que solicitaron únicamente el servicio para tratar su problema con el consumo de sustancias, se eliminaron los casos en los que no se podía identificar el tipo de servicio que solicitaron; finalmente se corrigieron errores de captura y se realizaron los análisis descriptivos correspondientes.

### **Resultados de la Fase 1. Panorama general de las tasas de deserción-adherencia al tratamiento y programas de mayor demanda de un centro ambulatorio para las adicciones del periodo 2015-2016.**

En esta primera fase, se identificaron 656 casos que solicitaron el servicio del centro para tratar su problema con el consumo de sustancias en el periodo comprendido del 2015-2016, en donde la mayoría fueron hombres con un 75.8 % (Ver figura 2). El promedio de edad de los usuarios fue de 28,7 años (DE= 13,73). El 35,4% de los usuarios contaba con educación media superior, 31,5 % con educación superior, el 26,3% con educación media, 4,5% educación básica y el 2,4% tenía estudios de posgrado. El 71,3% era soltero, 12,8% casado, 8,5% en unión libre, el 4 % separado, 2,2 % divorciado y el 1,3 % viudo u otro.

El 15 % de los usuarios fue clasificado como primer contacto sin asistencia (no asistieron a su primera cita). El 85 % (n= 559) acudió a la sesión de admisión, de ellos, el 9,3 % se referenció a otra institución; por lo que el 75,7 % (n= 464<sup>7</sup>) que permanecieron fueron asignados a una de las ocho opciones de tratamiento que ofrece el centro. Las intervenciones que tuvieron mayor demanda fueron el Programa de Satisfactores Cotidianos con el 26,3 % de los casos y la Intervención Breve para Bebedores Problema con el 22,6 %. (Ver figura 2).

Los demás programas tuvieron los siguientes porcentajes de demanda: Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas con el 17,2 %; la Intervención Breve para Usuarios de Marihuana con el 10,6 %; el 8,8 %

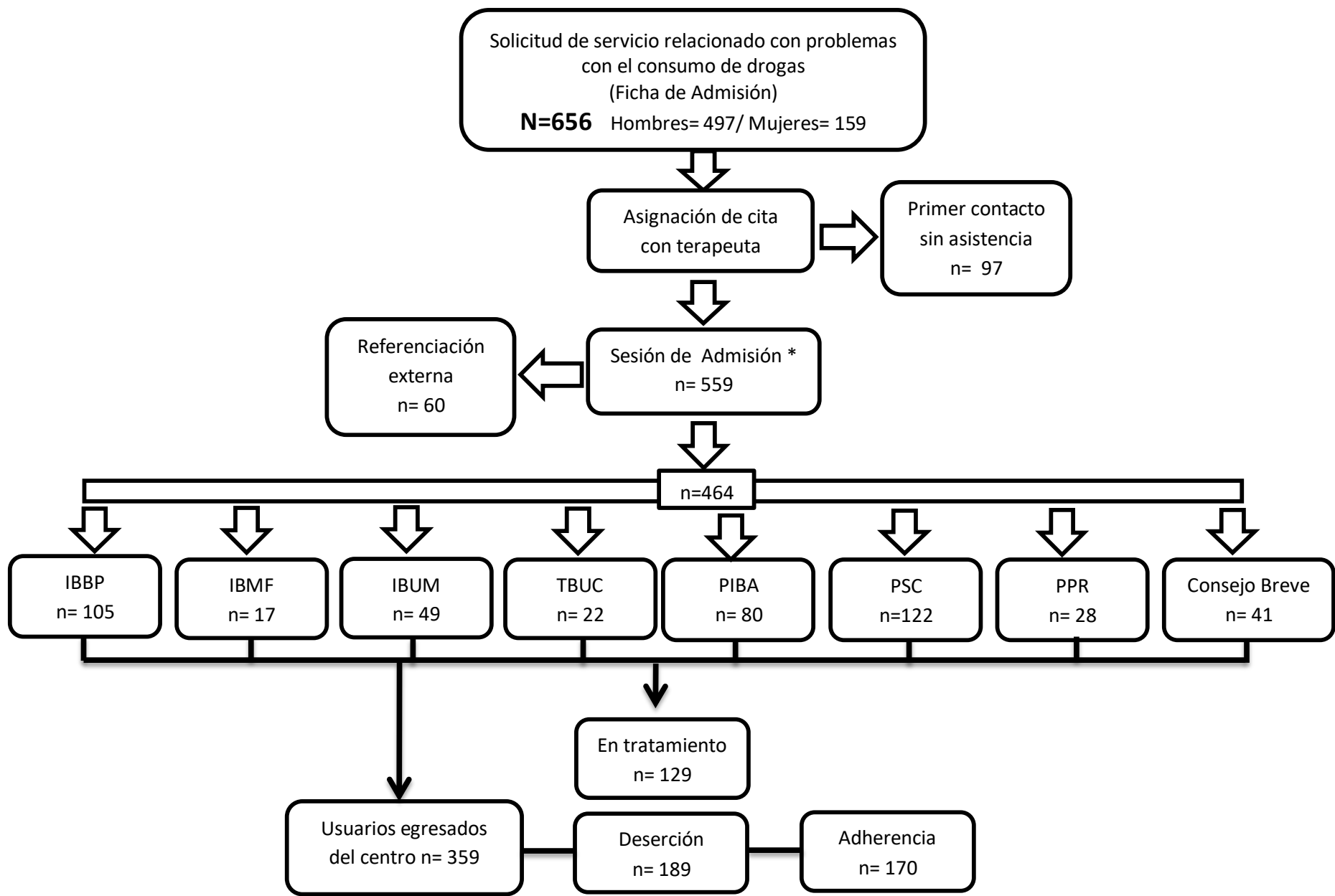
---

<sup>7</sup> Cabe mencionar que hubo 35 casos que fueron valores perdidos, ya que en la base de datos no se encontraba el dato sobre el programa al cual fue asignado el usuario.

recibió consejo breve, el Programa de Prevención de Recaídas con el 6 %; el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína con el 4,7 %; y finalmente el Programa de Intervención breve Motivacional para dejar de Fumar con el 3,7 %. Al momento de este primer análisis el 26,6 % (n= 129) aún se encontraba en su intervención. Finalmente de la muestra de casos que ya habían egresado del centro (n= 359), se encontró una tasa de deserción del 52,6 % (n= 189) y una tasa de adherencia del 47,4 % (n= 170). (Ver figura 2).



Figura 2. . Panorama general de las tasas de deserción-adherencia al tratamiento y programas de mayor demanda de un centro ambulatorio para las adicciones del periodo 2015-2016.



Los resultados de la primera fase ponen en evidencia la importancia de estudiar el fenómeno de la deserción-adherencia en el centro en los programas de mayor demanda, sin embargo para el presente estudio se eligió investigarlo únicamente en la Intervención Breve Para Bebedores Problema (IBBP), ya que el PSC es un programa para usuarios con problemas principalmente de poli consumo de drogas, que la droga de impacto varía entre los casos, los usuarios presentan dependencia (con base en el ASSIST), el número de componentes y sesiones en cada caso varía en mayor medida que otros programas y que éstas variables pueden influir en la deserción. Por lo anterior, las siguientes fases de investigación se enfocaron únicamente en la IBBP.

## **Procedimiento de la Fase 2.**

Con la finalidad de evaluar un modelo estadístico con las variables que explican la deserción-adherencia en la Intervención Breve para Bebedores Problema, primero se realizó un análisis de los 105 expedientes de usuarios que en la base de datos estaban registrados en la IBBP en el periodo comprendido del 2015-2016 (Ver figura 2), para su revisión se verificó su estatus en el tratamiento (si habían desertado, adherido a su tratamiento o aún en se encontraban en intervención); que tuvieran la ficha de identificación (para corroborar los datos generales del usuario), el consentimiento informado (para verificar que cuando estuvieron en tratamiento aceptaron la posibilidad de hacer uso de sus datos con fines de investigación); y el plan de tratamiento (para corroborar la meta terapéutica de abstinencia o consumo de bajo riesgo y el programa de tratamiento brindado).

Con base en la revisión anterior se excluyeron 13 expedientes, ya que de los 105 casos, cinco habían participado en una intervención grupal, tres de ellos seguían en tratamiento y cinco fueron registrados incorrectamente en la base de datos ya que en realidad se les brindó otra intervención (IBUM, TBUC, PSC). A continuación se analizaron los expedientes para identificar y recolectar los datos más relevantes para la investigación y se creó una base en donde se agregaron únicamente las variables de los expedientes que

cumplieron los criterios de inclusión<sup>8</sup>. Las variables que se integraron a la base de la fase 2 fueron las siguientes:

- Puntaje total de la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA, Skinner & Allen, 1982) (Ver el Anexo 1): es un instrumento sensible para medir todo el rango de dependencia (de baja a severa).
- De la entrevista semi estructurada (Ayala, 2001) (Ver Anexo 2) únicamente se tomaron en cuenta los reactivos que evalúan: a) la percepción del usuario sobre la gravedad de su problema de consumo, el cual se responde en una escala de cuatro opciones, que van desde “sin problema” (0 pts.) hasta “un gran problema” (3pts.); b) la percepción de seguridad que tiene el usuario de lograr no consumir o tener un consumo de bajo riesgo, el cual se responde en una escala del 1 al 10, en donde números cercanos al 10 implican mayor seguridad; c) edad de inicio de la sustancia de impacto (en este caso del alcohol); d) tiempo con el problema del consumo medido en años; e) número de tratamientos previos para resolver su problema de consumo; y f) el periodo de mayor tiempo de abstinencia logrado hasta el momento (en meses).
- Línea Base Retrospectiva de consumo de alcohol (LIBARE) (Sobell & Sobell, 1979) (Ver anexo 3): es un instrumento para medir el patrón de consumo de los últimos seis meses a partir de su aplicación. Se toman en cuenta los siguientes datos: a) total de tragos estándar consumidos en los últimos seis meses; b) promedio de tragos estándar por ocasión de consumo; c) total de días de consumo registrados; d) total de días de abstinencia registrados; e) número de tragos estándar consumidos en la última ocasión registrada; f) número de días transcurridos del último consumo a la aplicación del instrumento.
- Puntaje de cada situación de riesgo del Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA) (Annis, Graham & Davis, 1982; traducción y adaptación al español por Ayala, Echeverría & Oviedo, 1998) (Ver anexo 4): el cuestionario mide situaciones específicas de alto riesgo de consumo de alcohol en el individuo, las

---

<sup>8</sup> Es importante aclarar que no todos los 92 expedientes contaban con todas las variables que se tomaron en cuenta en el estudio para su análisis, sin embargo se incluyeron porque cumplieron con los criterios de inclusión.

cuales están distribuidas en 8 categorías: 1) Emociones desagradables, 2) Malestar físico; 3) Emociones agradables; 4) Probando auto-control; 5) Necesidad o urgencia por consumir; 6) Conflicto con otros; 7) Presión social; y 8) Momentos agradables.

- Puntaje de auto-eficacia en cada situación de Riesgo del Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS) (Annis & Martin, 1985; traducción y adaptación por Ayala & Echeverría, 1997) (Ver anexo 5): el instrumento mide el concepto de auto-eficacia de Bandura (1977) en relación a la percepción del usuario para afrontar efectivamente situaciones de riesgo (ISCA) para el abuso de alcohol y otras drogas (emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando auto-control, necesidad física o urgencia por consumir, conflicto con otros, presión social y momentos agradables).
- Puntaje total de alcohol de la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test [ASSIST versión 3.1]) (OMS, 1997) (Ver Anexo 6): mide el nivel de riesgo que tiene una persona con respecto a su consumo de sustancias (bajo, moderado o alto) y con base en los resultados elegir la intervención más adecuada (sin tratamiento, intervención breve o tratamiento más intensivo).
- Puntaje total del Inventario de Depresión de Beck (BDI, Beck, 1988) (Ver anexo 7): es un instrumento que mide el nivel de severidad de la depresión (mínima, leve, moderada y severa).
- Puntaje total del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck, 1988) (Ver anexo 8): instrumento para evaluar y determina el nivel de severidad de síntomas de ansiedad (mínimos, leves, moderados y severos).
- Etapa de cambio de acuerdo a la Lista de Indicadores de Etapas de Cambio (Ver anexo 9): el instrumento identifica la etapa de cambio en la que se encuentra el usuario al momento de la intervención, basado en el modelo de Prochaska y DiClemente (1982) que toma en cuenta cinco etapas de cambio: pre-contemplación; contemplación; determinación; acción; y mantenimiento.
- Nivel de satisfacción de cada una de las 10 áreas de la Escala de Satisfacción General (ESG, Azrin, Naster & Jones, 1973) (Ver Anexo 10): el instrumento evalúa el porcentaje de satisfacción del individuo (de 0 a 10 puntos, los puntajes cercanos

al 10 implican mayor satisfacción) en nueve áreas de vida cotidiana y en otra adicional que evalúa el nivel general de satisfacción: 1) Consumo/abstinencia; 2) Progreso en el trabajo o en la escuela; 3) Manejo del dinero; 4) Vida social y recreativa; 5) Hábitos personales; 6) Relaciones familiares o matrimoniales; 7) Situación legal; 8) Vida emocional; 9) Comunicación; y 10) Satisfacción general

- Otras variables que se tomaron en cuenta para la presente investigación son: a) si el usuario fue referido para recibir atención integral; b) la frecuencia de consumo referida por el usuario al momento de asistir a tratamiento clasificada en 6 opciones de respuesta que van desde no consume actualmente (0) hasta consume diariamente (6); y c) tiempo de espera en días que transcurrieron para que el usuario recibiera atención una vez que solicitó el servicio.

## **Muestra de la Fase 2**

La muestra estuvo compuesta por 92 expedientes de usuarios que asistieron al centro de atención ambulatoria para las adicciones que recibieron la Intervención Breve para Bebedores Problema en el periodo 2015-2016.

## **Análisis estadísticos de la Fase 2**

Con la finalidad de representar los datos, evaluar las diferencias entre los grupos y evaluar un modelo para explicar la variable deserción-adherencia se llevaron a cabo los análisis bivariados para los niveles de medición intervalar, ordinal y nominal a través del paquete IBM® SPSS® statistics versión 23.

## **Resultados de la Fase 2**

A continuación se presentan los resultados de la fase dos del presente trabajo de investigación, los cuales están divididos en dos tipos: 1) los que se refieren a las características generales de los expedientes y descripción de la deserción-adherencia al tratamiento (datos sociodemográficos, promedio de sesiones asistidas, tasa de deserción,

promedio de sesión del abandono terapéutico etc.) y 2) resultados de la evaluación del modelo estadístico para explicar la deserción-adherencia al tratamiento (análisis y resultados de las variables entre el grupo de usuarios que desertaron y de los que se adhirieron a su tratamiento y del modelo estadístico).

### **Resultado de la Fase 2. Características generales de los expedientes y descripción de la deserción-adherencia al tratamiento.**

El promedio de edad de los usuarios fue de 33,6 años (DE= 13,64). El 59.8% fueron hombres, el 51,1% de los usuarios contaba con educación superior, 31,8% educación media superior, 9,1% educación media, 5,7% tenía estudios de posgrado y el 2,3% educación básica. El 68,5% era soltero, 16,3% casado, 7,6% en unión libre, 3,3% divorciado y el 2,2% separado y viudo.

Se encontró que en promedio los usuarios asistieron a 5.24 sesiones, se presentó una tasa de deserción del 51% (n=47). En promedio en la sesión 2.8 se presentaron las deserciones, sin embargo, en las tres primeras sesiones en donde se dio el 72,3% del abandono de la intervención, el 29.8% sucedió en la primera, 25.5% en la segunda y 17% en la tercera. De acuerdo al tipo de deserción, el 53.2 % fueron deserciones rápidas (entre la segunda y quinta sesión), el 31, 9% inmediatas (en la primera sesión) y el 14, 9 % tardías (después de la quinta sesión). Por otro lado la adherencia se cumple en promedio en la sesión 7.58.

### **Resultados de la Fase 2. Evaluación del modelo estadístico para explicar la deserción-adherencia.**

Se realizó la prueba de normalidad Shapiro Wilk para las variables intervalares con el fin de identificar la prueba estadística más apropiada para evaluar las diferencias entre grupo 1 de usuarios que desertaron y el grupo 2 de usuarios que se adhirieron al tratamiento. La mayoría de ellas no cumplió con el criterio de normalidad por lo que se

utilizó la prueba U de Mann-Whitney para evaluar la diferencia entre grupos para las variables ordinales e intervalares y la prueba  $X^2$  para las variables nominales.

De las variables analizadas solo tres de ellas tuvieron una diferencia significativa de  $p < 0.05$  entre los grupos, las cuales fueron: etapa de cambio ( $\sum R_1 = 1025$ ,  $\bar{X} = 30.15$ ;  $\sum R_2 = 1676$ ,  $\bar{X} = 42.97$ ); días totales de abstinencia en los últimos seis meses de haber ingresado a tratamiento ( $\sum R_1 = 1050.5$ ,  $\bar{X} = 31.83$ ;  $\sum R_2 = 1875.5$ ,  $\bar{X} = 43.62$ ); y el factor de riesgo Necesidad física del Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol ( $\sum R_1 = 122.5$ ,  $\bar{X} = 43.70$ ;  $\sum R_2 = 1330.50$ ,  $\bar{X} = 30.94$ ) (ver tabla 4), lo que sugiere que menores niveles de etapas de cambio (pre contemplación y contemplación), menores días de abstinencia de consumo de alcohol y un mayor consumo de alcohol ante la situación de necesidad física favorecen la deserción de los usuarios.

Para evaluar el modelo que explica la deserción-adherencia al tratamiento, primero se incluyeron las 11 variables que tuvieron una  $p < 0.2$  del análisis antes mencionado, las cuales fueron las siguientes: sexo; edad; etapa de cambio; días totales de abstinencia en los últimos seis meses; días totales de consumo; unidades totales de consumo; número de tratamientos previos para resolver el problema de consumo de alcohol; factor de riesgo Necesidad física del ISCA; satisfacción con consumo/abstinencia de la ESG; satisfacción en situación legal de la ESG; y probando auto control de la CCS (ver tabla 4).

Tabla 4

Variables con significancia  $p < 0.05$  y  $p < 0.2$  del análisis de comparación entre (Grupo 1) y personas que se adhirieron (Grupo 2) a la Intervención Breve para Bebedores Problema

Variable		Muestra total n= 92	Grupo Deserción n= 47 (51%)	Grupo Adherencia n= 45 (49%)	$X^2$ U de Mann-Whitney**	Valor de p
Sexo	Hombre	55 (59,78%)	32 (68%)	23 (51%)	2.755*	<b>0.97‡</b>
	Mujer	37 (40,22%)	15 (32%)	22 (49%)		

Edad (en años) §		29 (23,45)	31 (23, 45)	26 (21.5, 43)	893.00	<b>.198‡</b>
Etapa de cambio (n=73)	Pre contemplación	8 (10,96%)	0 (0%)	8 (23%)		
	Contemplación	14 (19,18%)	7 (18%)	7 (21%)	430.00**	<b>.003***</b>
	Determinación	45 (61,64%)	27 (69%)	18 (53%)		
	Acción	6 (8,22%)	5 (13%)	1 (3%)		
			n=39	n=34		
No. De tratamientos previos para el problema de consumo de alcohol (n=89) §		0 (0,1)	0 (0, 1)	0 (0, 1)	818.00	<b>.096‡</b>
Unidades totales de consumo en los últimos 6 meses de haber ingresado a tratamiento (n=74) §		165.5 (141, 180.75)	241 (103, 395)	130 (86, 286)	515.00	<b>.097‡</b>
Días totales de consumo en los últimos 6 meses de haber ingresado a tratamiento (n=75) §		21 (13, 41)	26 (12.25, 70.75)	19 (13, 33)	564.00	<b>.184‡</b>
Días totales de abstinencia en los últimos 6 meses de haber ingresado a tratamiento (n=76) §		163.5 (141, 180.75)	156 (87.5, 174)	168 (149, 184)	489.500	<b>.021***</b>
ESG Satisfacción con consumo/abstinencia (n=73) §		5 (3, 8)	5 (2, 6)	6 (4, 8.25)	492.00	<b>.074‡</b>
ESG Satisfacción en situación legal (n=73) §		10 (10, 10)	10 (9, 10)	10 (10, 10)	558.500	<b>.163‡</b>
ISCA Necesidad física (n=71) §		30 (17, 55)	41.5 (22.5, 63.225)	25 (10, 40)	384.500	<b>.010***</b>
<b>CCS Probando auto control (n=77) §</b>		<b>80 (50, 95.5)</b>	<b>70 (30, 90)</b>	<b>80 (56.25, 100)</b>	<b>547.500</b>	<b>.063‡</b>

Nota: Mediana (intervalo intercuartil, Q25, Q75) §; p<0.05 \*\*\*; p< 0.2 ‡

Se probaron diferentes modelos con las variables antes mencionadas para evaluar el modelo de regresión más adecuado que explican la deserción-adherencia terapéutica. En el primer modelo sin ajustarlo con las variables sexo y edad, las únicas variables que mostraron significancia p<0.05 fueron la etapa de cambio y los días de abstinencia (ver tabla 5).



Tabla 5. Modelo de regresión logística bivariada sin ajustar con factores asociados a la deserción-adherencia en la intervención Breve para Bebedores Problema (n=65)

Variable	RM†	IC 95%	Valor de p*
Etapas de cambio	0.322	.131-794	.014
Días de abstinencia LIBARE	0.980	.965-.995	.008

† Razón de momios, \*Prueba de Wald

Se realizó la prueba de bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow con una  $p > 0.05$  ( $p = .158$ ). La variación de la deserción-adherencia es explicada por las variables incluidas en el modelo entre el 23% (R cuadrado de Cox y Snell= .236) y 31% (R cuadrado de Nagelkerke= .318).

Finalmente al incluirse las variables sexo y edad para ajustar el modelo, se identificó que las variables etapas de cambio, días de abstinencia y sexo mostraron una significancia  $p < 0.05$ , por su parte la variable edad parece ser un factor de confusión que indirectamente se relaciona con alguna de las variables y por lo cual se incluye (Ver tabla 6). Se realizó la prueba de bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow con una  $p > 0.05$  ( $p = .840$ ) por lo que el modelo es adecuado. La variación de la deserción-adherencia es explicada por las variables incluidas en el modelo entre el 29% (R cuadrado de Cox y Snell= .293) y 39% (R cuadrado de Nagelkerke= .394). Por lo anterior el presente modelo resulta el más adecuado para explicar la deserción-adherencia.

Tabla 6. Modelo de regresión logística bivariada ajustado con las variables sexo y edad para los factores asociados a la deserción-adherencia en la intervención Breve para Bebedores Problema (n=65)

Variable	RM†	IC 95%	Valor de p*
Etapas de cambio	0.286	.105-.779	.014
Días de abstinencia LIBARE	0.976	.961-.992	.004
Sexo	3.638	1.018-13.007	.047
Grupos de edad $\leq 38$ años y $\geq 39$ años	0.396	.075-2.080	.274

† Razón de momios, \*Prueba de Wald

La interpretación del modelo implica que un usuario con un perfil con: menores niveles de motivación al cambio (pre contemplación y contemplación); con menores días de abstinencia y que sea hombre incrementa su probabilidad de desertar de la intervención breve de bebedores problema.

### **Procedimiento de la Fase 3.**

Con la finalidad de identificar si la alianza terapéutica, motivación, satisfacción con el tratamiento, entorno del tratamiento y situaciones contextuales influyen en la deserción-adherencia en la Intervención Breve para Bebedores Problema, se diseñó y aplicó un cuestionario a usuarios que habían desertado y se habían adherido a su intervención en el periodo comprendido del 2015 al 2017.

Para medir la alianza terapéutica, primero se realizó la traducción de los reactivos al castellano del Working Alliance Inventory (WAI-S versión corta de 12 reactivos) con apoyo de la traducción al español de Corbella & Botella (2004) (Ver anexo 11). A continuación se elaboró un Cuestionario de seguimiento para usuarios de la Intervención Breve para Bebedores Problema compuesta por dos apartados (uno dirigido exclusivamente a personas que desertaron y otro para personas que se adhirieron a su tratamiento), en donde se integró la traducción del WAI-S (Ver anexo 12). La validación del cuestionario se hizo por medio de un jueceo de expertos, hasta lograr un acuerdo  $\geq 80\%$  (Para ver el proceso de validación ver anexo 13).

Posteriormente se invitó a dos terapeutas a que participaran en la investigación para aplicar los cuestionarios vía telefónica, se les brindó una presentación explicando la investigación y una breve capacitación para aplicar el cuestionario, así mismo firmaron un consentimiento informado (Ver anexo 16). Se distribuyeron los datos de los usuarios entre los terapeutas para que se pudieran comunicar con ellos y se estableció como meta aplicar 24 cuestionarios, 12 a usuarios que desertaron y 12 a quienes se adhirieron a su tratamiento.

Para invitar a los usuarios a participar en la investigación se elaboró un formato de consentimiento (Ver anexo 17), en donde se les solicitaba participar en la investigación enfatizando el cuidado de la confidencialidad de sus datos y el manejo de ellos únicamente con fines de investigación, cuando aceptaban se les dio la opción de contestarlo en ese momento o agendar otro día y hora más adecuado para ellos. La aplicación duró en promedio entre 15 y 20 minutos.

### **Descripción de los instrumentos:**

- a) Working Alliance Inventory-S (WAI-S versión corta) (Ver anexo 11): es la versión corta del Working Alliance Inventory desarrollada por Horvath & Greenberg (1989) que está integrada por 36 reactivos. El WAI-S es un instrumento auto aplicable de lápiz y papel, consta de 12 reactivos que se responden en una escala de 5 opciones, que van de nunca (1) hasta siempre (5), evalúan las tres dimensiones de la alianza terapéutica propuesta por Bordín (1976): a) acuerdo en los objetivos (reactivos 4, 6, 10 y 11); b) acuerdo en las tareas (reactivos 1, 2, 8 y 12); y c) vínculo positivo (reactivos 3, 5,7 y 9). Tiene una consistencia interna general por alpha de Cronbach de 0,94; de 0,90 para la dimensión de acuerdo en las tareas; 0,84 para la dimensión de vínculo positivo; y 0,88 para la dimensión de acuerdo en los objetivos. Tiene una confiabilidad test-retest de 0,93. Con respecto a la validez de constructo, el WAI-S se correlaciona bien con otras medidas terapéuticas de alianza;  $r = 0,80$  con la Escala de Alianza de Psicoterapia de California y  $r = 0.74$  con el cuestionario Helping Alliance (Davy Paapa & Dijkstra, 2017). Un ejemplo de reactivo de este instrumento es: *“Mi terapeuta y yo estuvimos de acuerdo en los cambios que serían buenos para mí.”*.
- b) Cuestionario de seguimiento para usuarios de la Intervención Breve para Bebedores Problema (Ver anexo 12): Cuestionario de seguimiento para aplicar vía telefónica a usuarios que desertaron de su tratamiento y para quienes se adhirieron al mismo, el cual fue validado por jueces expertos. Su objetivo es medir la percepción de los usuarios acerca de algunas variables de la alianza terapéutica, el estado actual del problema de consumo por el cual acudieron al centro, la motivación al tratamiento, el contexto del mismo, su nivel de satisfacción con la atención que recibieron y con su terapeuta, así como algunos factores asociados a la deserción del tratamiento. Está dividido en dos apartados, el primero dirigido a personas que desertaron y el segundo para usuarios que se adhirieron a su tratamiento, ambos están divididos en tres secciones e incluyen reactivos con respuestas de opción múltiple, preguntas abiertas y de respuestas dicotómicas. Ambos apartados incluyen la traducción al español del Working alliance inventory (WAI-versión corta) con 12 reactivos que

miden la alianza terapéutica. El apartado para usuarios que desertaron contiene un total de 35 reactivos y para quienes se adhirieron un total de 31.

La primera sección del apartado para usuarios que desertaron incluye 9 reactivos, que evalúan tres dimensiones: a) el estado del problema de consumo por el cual acudieron a tratamiento<sup>9</sup> (reactivos 1 al 4); b) la satisfacción con el tratamiento y el terapeuta<sup>10</sup> (reactivos 5 al 7) y; c)<sup>11</sup> la motivación al tratamiento (reactivos 8 y 9). La segunda sección incluye 12 reactivos que miden la dimensión de alianza terapéutica (reactivos del 10 al 21). La tercera sección está compuesto por 14 reactivos que miden tres dimensiones relacionadas con la deserción al tratamiento: a) satisfacción con el tratamiento<sup>3</sup> (reactivos 25, 28 y 30); b) contexto externo al tratamiento<sup>12</sup> (reactivos 22, 23, 26, 27, 29 y 31); c) motivación hacia el tratamiento<sup>4</sup> (reactivos 24, 32 y 33). Finalmente se les solicita a los usuarios que jerarquicen los factores que desde su perspectiva fueron determinantes para que dejaran de asistir a su tratamiento (reactivo 35).

La primera sección del apartado para usuarios que se adhirieron a su tratamiento incluye 8 reactivos, que evalúan cuatro dimensiones: a) el estado del problema de consumo por el cual acudieron a tratamiento<sup>2</sup> (reactivos 2 al 4); b) la satisfacción con el tratamiento y el terapeuta<sup>3</sup> (reactivos 5 y 6); c) la motivación al tratamiento<sup>4</sup> (reactivos 7 y 8) y; logro de objetivos terapéuticos<sup>13</sup> (reactivo 1). La segunda sección incluye 12 reactivos que miden la dimensión de alianza terapéutica (reactivos del 9 al 20). La tercera sección está compuesto por 13 reactivos que miden tres dimensiones relacionadas con la deserción al tratamiento: a) satisfacción

---

<sup>9</sup> **Estado del problema de consumo (PC):** información que se refiere a todo aquello que se relaciona con el consumo de la sustancia por parte del participante y la percepción de qué tanto representa un problema para él.

<sup>10</sup> **Satisfacción con el tratamiento y el terapeuta (ST):** percepción del participante sobre el grado en el que sus expectativas sobre el servicio que recibió, por parte del centro, se cumplieron y la forma en la que lo califica. El servicio considera al terapeuta y al personal administrativo.

<sup>11</sup> **Motivación hacia el tratamiento (MT):** grado en el que el participante está interesado en buscar, asistir y continuar con su tratamiento terapéutico para resolver su problema de consumo.

<sup>12</sup> **Contexto externo al tratamiento (CE):** todas aquellas variables que son externas al tratamiento, que tienen que ver con el contexto del usuario y que influyen de alguna forma en el proceso terapéutico.

<sup>13</sup> **Logro de objetivos terapéuticos (OT):** logro de la meta terapéutica de consumo (abstinencia o moderación), acordado entre el usuario y el terapeuta.

con el tratamiento<sup>3</sup> (reactivos 24, 27 y 29); b) contexto externo al tratamiento<sup>5</sup> (reactivos 21, 22, 25, 26, 28 y 30) y; c) motivación hacia el tratamiento<sup>4</sup> (reactivos 23, 31 y 32).

### **Participantes de la Fase 3**

La muestra fue intencional, compuesta por 24 usuarios que recibieron la Intervención Breve para Bebedores Problema en un centro de atención ambulatoria en los periodos 2015-2017, que llevaban aproximadamente entre tres y 30 meses de haber egresado de su tratamiento y que aceptaron participar en la investigación. El 50% de ellos fueron usuarios que se adhirieron a su tratamiento y el 50% que desertaron en algún momento de la intervención. El promedio de edad fue de 37,9 años (DE= 15,06). El 54,2% fueron mujeres, el 50 % contaba con educación media superior, 37,5% superior, 12,5% educación media. El 58,3% eran solteros, 25% casados, 8,3% en unión libre y el 4,2% separado o divorciado.

### **Análisis Estadísticos de la Fase 3**

Con la finalidad de representar los datos, evaluar las diferencias entre los grupos se llevaron a cabo los análisis bivariados para los niveles de medición intervalar, ordinal y nominal a través del paquete IBM® SPSS® statistics versión 23.

### **Resultados de la Fase 3**

A continuación se presentan los resultados de la fase 3, los cuales están divididos en 4 tipos: 1) Datos generales del proceso de aplicación de los cuestionarios y descripción de la deserción-adherencia al tratamiento (número de personas a las que se intentó contactar, porcentaje de personas que respondieron y no respondieron, promedio de sesiones asistidas, tasa de deserción, promedio de sesión del abandono terapéutico etc.); 2) Resultados del Working Alliance Inventory (WAI-S versión corta de 12 reactivos); 3) Resultados de la sección 1 del Cuestionario de seguimiento para usuarios de la Intervención Breve para Bebedores Problema; y 4) Resultados de la sección 2 del cuestionario antes mencionado.

### **Resultados de la Fase 3. Datos generales del proceso de aplicación de los cuestionarios y descripción de la deserción-adherencia al tratamiento.**

Para la fase de aplicación de los cuestionarios se intentó contactar con un total de 69 usuarios, de los cuales 35 habían desertado del programa y 34 se adhirieron: con el 35% de ellos se logró el contacto y la aplicación de los cuestionarios; de las personas con las cuales no se logró la aplicación de los cuestionarios, el 27% de ellos nunca contestaron ya que en 17.5% de los casos sus teléfonos ya no estaban disponibles o eran erróneos; con el 10.5% de ellos se realizó un primer contacto y solicitaron que se agendara en otro momento para contestar el cuestionario pero ya no respondieron; con 9% se realizó un contacto con un familiar y no se logró contactar con el usuario directamente y solo el 1% de ellos se negó a participar.

De los 24 usuarios en promedio asistieron a 6,1 sesiones. De los que desertaron (n=12) en promedio lo hicieron en la sesión cuatro, el 66,6% tuvo un tipo de deserción rápida y el 16,7% desertaron de forma inmediata, y 16,7 % tardía. De los que se adhirieron (n=12) concluyeron su intervención en promedio en la sesión 8.9.

### **Resultados de la Fase 3. Working Alliance Inventory (WAI-S versión corta de 12 reactivos)**

Para evaluar las diferencias de los puntajes de cada reactivo y del total de la escala del Working Alliance Inventory (WAI-S versión corta de 12 reactivos) entre el grupo 1 de usuarios que desertaron y el grupo 2 de usuarios que se adhirieron al tratamiento, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney. No se encontraron diferencias significativas en los puntajes de los reactivos ni en el puntaje total de la escala, sin embargo se identificaron tendencias en algunos reactivos y en el puntaje total del instrumento que es importante resaltar, en donde el grupo de personas que desertaron obtuvo menores puntajes en cada reactivo y en el puntaje total de la escala (Ver tabla.7) lo que implica que posiblemente bajos niveles de alianza terapéutica favorecen la deserción y altos niveles la adherencia.

Tabla 7. Reactivos que mostraron tendencias importantes en sus diferencias entre los usuarios que desertaron y quienes se adhirieron a su tratamiento

Reactivo	$\Sigma$ R1 Grupo Deserción n= 12 (50%)		$\Sigma$ R2 Grupo Adherencia n= 12 (50%)	
	<input type="checkbox"/>	Suma de rangos	<input type="checkbox"/>	Suma de rangos
Lo que hice en la terapia me ayudó a ver de forma diferente mi problema.	10,58	127	14,42	173
Estuve en desacuerdo con mi terapeuta sobre lo que tenía que lograr en la terapia. §	11,96	243,5	13,04	156,5
Mi terapeuta y yo estuvimos de acuerdo sobre lo que era importante para mí trabajar en terapia.	11,92	143	13,08	157
Mi terapeuta y yo confiamos el uno en el otro.	11,46	137,5	13,54	162,5
Mi terapeuta y yo diferimos sobre cuáles eran mis verdaderos problemas. §	11,75	141	13,25	159
Puntaje total	11,79	141,5	13,21	158,5

Nota: reactivos codificados de forma inversa para poder calificar el instrumento

### **Resultados de la Fase 3. Sección 1 del Cuestionario de seguimiento para usuarios de Intervención Breve para Bebedores Problema**

De los usuarios que se adhirieron a su tratamiento el 100% considera que logró su meta de consumo al asistir a su tratamiento, de los cuales el 67% tuvo una meta de consumo de abstinencia y el 33% de bajo riesgo (ver tabla 8). El 59% reportó que consume menos que cuando acudió al centro, 33% reportó que actualmente ya no consume y el 8% que consume de la misma forma que cuando acudió al centro (ver tabla 9). El 50% reportó haber tenido alguna vez una recaída después de haber concluido con su tratamiento, en donde el 67% refirió que tuvo alguna recaída pero no volvió a consumir de la misma forma que cuando acudió a su tratamiento y el 33% recayó en algún momento y volvió a consumir de la misma forma que cuando acudió a tratamiento (Ver tabla 10).

Tabla 8. Logro de meta de consumo al asistir a tratamiento y tipo de meta conseguida

Reactivo	Respuesta	Meta de consumo		Total
		Bajo riesgo (n=8)	Abstinencia (n=4)	
¿Considera que logró su meta al asistir al centro?	SÍ	67%	33%	12

Tabla 9. Estado de consumo actual de los usuarios que se adhirieron al tratamiento

Reactivo	Respuesta	Frecuencia y % de respuesta
Actualmente ¿Cómo es su consumo de alcohol??	Ya no consume	33 % (n=4)
	Consume menos que cuando acudió al centro	59% (n=7)
	Consume de la misma forma que cuando acudió al centro	8% (n=1)

Tabla 10. Recaídas y tipos de recaídas que han tenido los usuarios que se adhirieron su tratamiento

¿Desde la terminación del tratamiento a la fecha ha tenido alguna recaída?	Tipo de recaída
Sí =50% (n=6)	67% (n=4) Recayó pero no volvió a consumir de la misma forma que cuando acudió al centro
	33 % (n=2) Recayó y volvió a consumir de la misma forma que cuando asistió a su tratamiento

De los 12 usuarios que desertaron de su intervención el 83% refiere que actualmente no tiene un problema con su consumo, ya que el 59% dice que lo disminuyó y el 33% está en abstinencia, sin embargo el 17% comenta que actualmente continúa con su problema (Ver tabla 11). Uno de los usuarios que refiere que en la actualidad continúa con su problema de consumo reporta que consume medio litro de mezcal diario. El 70% refiere que desde que dejó de acudir al centro su consumo de alcohol disminuyó, el 20% refiere que aumentó y el 10% reporta que no cambió (Ver tabla 12).

Tabla 11. Problema de consumo actual de los usuarios que desertaron de su tratamiento

Reactivo	Respuestas	Frecuencia y % de respuesta	
Actualmente ¿Sigue con su problema de consumo de alcohol por el cual acudió al centro?	NO 83% (n=10)	Ya no consume	33 % (n=2)
		Disminuyó su consumo	59% (n=8)
	SÍ 17% (n=2)		

Tabla 12. Situación que ocurrió con el consumo de alcohol del usuario una vez que dejó de acudir al centro

Reactivo	Respuesta	Frecuencia y % de respuesta
Desde que dejó de acudir al centro su	Disminuyó	70 % (n=7)



consumo de alcohol:	No cambió	10% (n=1)
	Aumentó	20% (n=2)

El 66,7 % menciona que al dejar de acudir al centro percibió que su problema de consumo disminuyó, el 25% percibe que se resolvió y el 8,3% percibe que aumentó (Ver tabla 13). De los usuarios que reportan que su problema de consumo disminuyó, refieren que las principales razones por las cuales lo consideran así son que: dejaron de suceder cosas en su vida que propiciaban que consumiera en exceso, estuvo en abstinencia dos meses aunque después recayó; ayudaron las sesiones que tuvo para solucionar de otra manera sus problemas y para hacerse más consciente de su problema; tuvo cambios en su forma de pensar y aprendió a controlarse. De los que reportan que su problema se resolvió, lo atribuyen principalmente a que: se fue a vivir por un tiempo a otro estado y le sirvió la plática que tuvo con la terapeuta para darse cuenta de ciertas cosas; estuvo en tratamiento médico el cual era incompatible con el consumo de alcohol; y dejó por sí mismo tener actitudes mala copa. Finalmente de los usuarios que mencionan que su problema aumentó, lo atribuyen principalmente a: problemas de ansiedad.

Tabla 13. Percepción de los usuarios sobre lo que sucedió con su problema de consumo de alcohol una vez que dejó de acudir al centro

Reactivo	Respuesta	Frecuencia y % de respuesta
Al dejar de acudir al centro ¿qué sucedió con su problema de consumo?	Se resolvió	25 % (n=3)
	Disminuyó	66,7 % (n=8)
	Aumentó	8,3 % (n=1)

Por otro lado de los usuarios que desertaron el 75% de ellos no se interesó en buscar ni en asistir a otro tratamiento para resolver su problema de consumo, el 25% sí lo hizo. De los que lo hicieron el 67% asistió a Alcohólicos Anónimos (AA) y el 33% a un anexo, de ellos el 67% considera que no le ayudó a resolver su problema de consumo y el 33% considera que sí, solo el 33% concluyó con dicho tratamiento y el 67% no lo hizo (Ver tabla 14). De los usuarios que decidieron no buscar ni asistir a otro lugar para resolver su problema de consumo mencionaron como principales razones el: modificó su conducta de consumo y ya no lo consideró necesario (“cayó en conciencia y cambió”, entrar a trabajar y/o estudiar y dejar de tomar, “sintió que ya estaba bien”); considerar que tenía que hacer algo por ella misma; y desconocía otras opciones. Las principales razones por las cuales buscaron ayuda en otro lugar fueron que: la terapeuta ya se iba a ir del centro, le cambiaron

de terapeuta y el nuevo le canceló en repetidas ocasiones y le dio pena volver al centro después de dejar de asistir.

Tabla 14. Búsqueda de ayuda en otro sitio para resolver su problema de consumo de alcohol una vez que dejó de asistir al centro

Reactivo	Cuando dejó de acudir al centro, ¿se interesó en buscar y asistir a otro tratamiento para resolver su problema de consumo de alcohol?		¿Qué tipo de ayuda buscó?		¿Le ayudó a resolver su problema?		¿Lo concluyó?	
	Respuestas	SÍ	25% (n=3)	AA	67% (n=2)	SÍ	33% (n=1)	SÍ
	NO	75% (n=9)	Anexo	33% (n=1)	NO	67% (n=2)	NO	67% (n=2)

Con respecto a cómo califican actualmente su consumo de alcohol, no hay diferencias significativas entre los usuarios que se adhirieron a su tratamiento y quienes desertaron, ya que el 70,5 % califica su consumo como nada grave, el 17% como poco grave y el 12,5 % como algo grave (Ver tabla 15). Las principales razones por las cuales califican su consumo de alcohol como nada grave es porque: ya no consumen o porque tienen un consumo de bajo riesgo que ya no les ocasiona problemas. De los que lo califican su consumo como poco grave sus principales razones fueron que: en ocasiones consume más de lo considerado como de bajo riesgo pero no como antes. De los que lo califican como algo grave comentan que lo consideran así porque: sigue consumiendo de forma frecuente, en ocasiones tiene problemas con su pareja.

Tabla. 15. Calificación sobre la gravedad de su consumo de alcohol

Reactivo	Opciones de respuesta	Estatus del usuario		Total
		Grupo Deserción	Grupo Adherencia	
Actualmente ¿Cómo califica su consumo de alcohol?	Nada grave	37,5% (n=9)	(33%) (n=8)	70,5 %
	Poco grave	4,5% (n=1)	12,5% (n=3)	17 %
	Algo grave	8% (n=2)	4,5% (n=1)	12,5 %
	Muy grave	0% (n=0)	0% (n=0)	0%

Por otro lado ya mayoría de los usuarios consideran que el servicio que recibieron por parte del personal administrativo del centro fue eficiente (96 %), todos lo califican como amable y respetuoso (100%) (Ver tabla 16). Por su parte la mayoría califica a su terapeuta como puntual, amable, claro durante las sesiones y respetuoso (95,8%) (Ver tabla 17).

Tabla 16. Calificación sobre el personal administrativo (recepción, secretaria)

Reactivos	Frecuencia y % de respuestas	
	SÍ	NO
¿Considera que el servicio que recibió por parte del personal administrativo del Centro (recepción, secretaria) fue eficiente?	96% (n=23)	4% (n=1)
¿Considera que el servicio que recibió por parte del personal administrativo del Centro (recepción, secretaria) fue amable?	100% (n=24)	0% (n=0)
¿Considera que el servicio que recibió por parte del personal administrativo del Centro (recepción, secretaria) fue amable respetuoso?	100% (n=24)	0% (n=0)

Tabla 17. Calificación sobre el terapeuta

Reactivos	Frecuencia y % de respuesta	
	SÍ	NO
¿Considera que el terapeuta que le asignaron en el Centro fue puntual?	96% (n=23)	4% (n=1)
¿Considera que el terapeuta que le asignaron en el Centro fue amable?	96% (n=23)	4% (n=1)
¿Considera que el terapeuta que le asignaron en el Centro fue claro durante las sesiones?	96% (n=23)	4% (n=1)
¿Considera que el terapeuta que le asignaron en el Centro fue respetuoso?	96% (n=23)	4% (n=1)

Finalmente en el grupo de usuarios que se adhirieron a su tratamiento hubo un cambio significativo en el nivel de motivación hacia la terapia que reportaron antes de haber acudido a su primera sesión y después de haberlo hecho ( $z = -2.058$ ,  $p < 0.05$ ). Sin embargo este cambio no se vio en el grupo de los que desertaron ( $z = -1.134$ ,  $p > 0.05$ ). Es decir, en los usuarios que se adhirieron a su tratamiento la asistencia a su primera sesión favoreció significativamente el aumento de su motivación a asistir a terapia.

### Resultados de la Fase 3- Sección 3 del Cuestionario de seguimiento para usuarios de la Intervención Breve para Bebedores Problema

No se presentaron diferencias significativas entre el grupo de usuarios que desertaron y se adhirieron a su tratamiento, con respecto a la presencia o ausencia de factores que pudieron afectar la asistencia a su terapia. Sin embargo, se encontraron tendencias que vale la pena mencionar. En el factor de riesgo “incompatibilidad de horarios para asistir a terapia (por la escuela, trabajo o situaciones de fuerza mayor)” el 54 % de los usuarios reportaron que en algún momento se presentó esta dificultad durante su terapia, mientras que de los usuarios que se adhirieron el 58% mencionaron que este factor se presentó y de los que desertaron lo hicieron el 50% de ellos (Ver tabla 18).

En el factor de “En algún momento consideró que ya no necesitaba el tratamiento aunque aún no lo había terminado” el 38% de los usuarios reportó que esta dificultad se presentó durante su terapia, de los usuarios que desertaron el 50% mencionaron que este factor se presentó y de los que se adhirieron lo hicieron el 25% de ellos (Ver tabla 19). En el factor de riesgo de “asistir al tratamiento interfería con otras actividades importantes” el 29% de los usuarios registró que esta dificultad se presentó durante su terapia, mientras que de los usuarios que desertaron el 33% mencionaron que este factor se presentó y de los que se adhirieron lo hicieron el 25% de ellos (Ver tabla 20).

Del factor “creer que no necesitaba tratamiento” el 29 % de los usuarios mencionaron que en algún momento se presentó esta dificultad durante su intervención, mientras que de los usuarios que se adhirieron el 33% mencionaron que este factor se presentó y de los que desertaron lo hicieron el 25% de ellos (Ver tabla 21).

Tabla 18. Factor de riesgo de deserción: “Incompatibilidad de horarios con la escuela, trabajo o situaciones de fuerza mayor”

Factor		Estatus en el tratamiento		TOTAL
		Deserción	Adherencia	
Incompatibilidad de horarios con la escuela, el trabajo o situaciones de fuerza mayor	SÍ	50 % (n=6)	58 % (n=7)	54 % (n=13)
	NO	50 % (n=6)	42 % (n=5)	46 % (n=11)

Tabla 19. Factor de riesgo de deserción: “En algún momento consideró que ya no necesitaba el tratamiento aunque aún no lo había terminado”.

Factor		Estatus en el tratamiento		TOTAL
		Deserción	Adherencia	
En algún momento consideró que ya no necesitaba el tratamiento aunque aún no lo había terminado	SÍ	50% (n=6)	25% (n=3)	38 % (n=9)
	NO	50% (n=6)	75% (n=9)	62% (n=15)

Tabla 20. Factor de riesgo de deserción: “Asistir al tratamiento interfería con otras actividades importantes.

Factor		Estatus en el tratamiento		TOTAL
		Deserción	Adherencia	
Asistir al tratamiento interfería con otras actividades importantes	SÍ	33 % (n=4)	25 % (n=3)	29 % (n=7)
	NO	67 % (n=8)	75 % (n=9)	71 % (n=17)

Tabla 21. Factor de riesgo de deserción: “Creer que no necesitaba tratamiento”.

Factor		Estatus en el tratamiento		TOTAL
		Deserción	Adherencia	
Creer que no necesitaba tratamiento	SÍ	25 % (n=3)	33 % (n=4)	29 % (n=7)
	NO	75 % (n=9)	67% (n=8)	71 % (n=17)

Por otro lado al solicitar a los usuarios que desertaron de su tratamiento que mencionaran las situaciones que consideran que fueron determinantes para que dejaran de asistir a su terapia el 67% refirió que fueron determinantes factores contextuales: a) la incompatibilidad de horarios o asistir al tratamiento interfería con otras actividades importantes (usuarios reportaron que: el acudir en horarios laborales a terapia le generaba presión y ansiedad por las repercusiones que podría tener en el trabajo; dejó de asistir por actividades en el trabajo; por tener que ir a su trabajo y escuela; no le daba tiempo por tener que hacer otras actividades); b) invertían mucho tiempo para asistir a tratamiento ” (un usuario reportó que: reagendó en algunas ocasiones pero le quedaba lejos del trabajo y no alcanzaba a llegar;); y c) el cambio de residencia (usuarios reportaron que: tuvo que irse a estudiar a otro estado; tuvo que irse a otro estado para cuidar a un familiar).

El 25% de los usuarios que desertaron mencionan que factores relacionados con el proceso del tratamiento fueron determinantes para que abandonaran su tratamiento: a) le cambiaron a su terapeuta y el nuevo no lo atendió bien; b) la refirieron a otro lugar

(valoración psiquiátrica) por depresión y a ella no le gustan esos lugares, tenía miedo de que la encerraran o la trataran mal ahí; c) le iban a cambiar de terapeuta y no estuvo de acuerdo. El 8 % refirió que fueron determinantes variables relacionadas con la motivación hacia el tratamiento: a) Creyó que ya no necesitaba el tratamiento aunque no lo había terminado (se sintió mejor y ya no creyó que necesitaba el tratamiento).

Finalmente otros factores secundarios que los usuarios consideraron que influyeron en su deserción fueron: a) Creer que ya no necesitaban el tratamiento aunque no lo había terminado (usuarios reportaron que: en algún momento pensó que ya no necesitaba la terapia; creía que ya no la necesitaba; recuerda que ya no asistió porque solo le faltaba una sesión o algo así); y b) dificultades durante la terapia (los usuarios reportan: había pedido que lo atendieran el miércoles y su terapeuta no lo tomó en cuenta; ya no se pudo contactar con su terapeuta para reagendar).

## **DISCUSIÓN**

Uno de los principales problemas a los que se enfrenta el centro de atención ambulatoria para las adicciones es la falta de adherencia terapéutica, pues las tasas de deserción llegaron hasta el 52,6 % en el periodo 2015-2016, en el caso del programa de Bebedores Problema se encontró que las mayores tasas se presentaron en las primeras sesiones de la terapia, lo cual coincide con lo que se ha encontrado a nivel mundial (Brorson et al, 2013; Rondón et al, 2009; Cordaro et al 2012) y nacional en los tratamientos para las adicciones (Echeverría et al., 2013; Escobedo et al, 2007).

Por lo anterior y debido a que las investigaciones realizadas en México aún son pocas y no concluyentes, se pone en evidencia la necesidad de continuar monitoreando de forma constante este fenómeno en el centro e investigar los factores asociados a la deserción para favorecer la adherencia y disminuir su ocurrencia en los diferentes tratamientos que se imparten.

En la intervención que se analizó se encontraron algunas variables que influyen en la deserción-adherencia al tratamiento: 1) Etapa de cambio; 2) Días totales de abstinencia

previo al tratamiento; 3) Sexo; 4) Situación de riesgo para beber en exceso relacionada con la “Necesidad Física” (ISCA); 5) Motivación al tratamiento; y 6) También se encontró que la Alianza terapéutica puede estar asociada a la deserción-adherencia. Sin embargo de acuerdo con el modelo estadístico de regresión logística bivariada la etapa de cambio de acuerdo al modelo transteórico (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992) es la variable de mayor impacto, lo que coincide con los hallazgos reportados por Olvera (2012) y Paz (2010) en donde las etapas de menor disposición al cambio (pre contemplación y contemplación) aumentan la probabilidad de deserción y las etapas de mayor disposición aumentan la probabilidad de adherencia (determinación y acción).

Se encontró que los usuarios que reportaron una menor cantidad de días en abstinencia antes de iniciar su tratamiento tienen una mayor probabilidad de desertar, lo anterior muestra que esta variable es un buen indicador del grado de problemática que hasta el momento han desarrollado los usuarios, ya que la disminución de días de abstinencia implica la exposición a más situaciones de riesgo que provocan beber en exceso, el incremento de problemas asociados con el consumo, la disminución de otras actividades placenteras que evitan el consumo, entre otras cosas, lo cual puede dificultar que los usuarios dejen de consumir o que tengan un consumo de bajo riesgo.

No se encontraron precedentes sobre este hallazgo, debido a que las investigaciones revisadas no tomaron en cuenta la variable “cantidad total de días en abstinencia previo al tratamiento”, sin embargo, sí encontraron evidencia (aunque contradictoria) en otros aspectos relacionados con el patrón de consumo (frecuencia y cantidad) que en la presente investigación no fueron significativos. Por ejemplo Bernal (2004), Echeverría et al (2013) y Bautista (2011) encontraron que los usuarios que tuvieron un menor patrón de consumo antes de ingresar al tratamiento desertaron más, por su parte Robles (2003) halló que los usuarios con un mayor patrón de consumo previo a la intervención son los que abandonaron la terapia con mayor frecuencia. La contradicción en los hallazgos puede deberse a las diferencias entre los estudios como: a) el tipo de sustancia de impacto y el programa analizado; b) el tamaño de la muestra; y c) el tipo de análisis que se realizaron.

En el modelo estadístico la variable sexo también es un factor que influye e interactúa en la deserción-adherencia con otras variables, siendo los hombres los que mayor

probabilidad tienen de abandonar el tratamiento, estos hallazgos coinciden con los estudios en México de Zepeda (2016); Rocha y Santana (1996); y Jiménez (1998), sin embargo contradicen los hallazgos a nivel internacional de Brorson et al. (2013) en su meta análisis, en donde el sexo no es una variable que impacte en la deserción-adherencia al tratamiento, esto puede deberse al tamaño de la muestra (en el meta análisis la muestra es más amplia), el tipo de análisis (en el meta análisis no se buscaron interacciones), pero también puede deberse a que en los estudios en México las muestras están compuestas principalmente por usuarios en tratamientos breves, lo que implica que son usuarios con bajos niveles de dependencia, problemas sociales, de salud y laborales no tan severos con el consumo y con una menor frecuencia de comorbilidad psiquiátrica, en comparación con el tipo de muestra en el estudio de Brorson et al. (2013), el cual no especifica el tipo de tratamiento en el que estuvieron los usuarios (tratamiento breve o más intensivo), la sustancia de impacto y si estas variables se relacionan con el factor sexo en la deserción-adherencia al tratamiento.

Como señala la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE, 2016) que la probabilidad de que mujeres y hombres continúen el tratamiento una vez iniciado es la misma, pero hay muchos factores que incrementan (o disminuyen) dicha probabilidad, en el caso de la presente investigación esos factores pueden relacionarse con la diferencia con respecto al patrón de consumo entre hombres y mujeres, ya que aunque no se presentan diferencias significativas se ve una tendencia que indica que en general los hombres tienen un patrón de consumo más problemático, ya que consumieron en promedio una mayor cantidad de tragos estándar en los últimos seis meses previo al tratamiento ( $\bar{X}= 265,95$  vs  $\bar{X}= 248,16$ ); una mayor cantidad de tragos estándar por ocasión de consumo ( $\bar{X}=10,28$  vs  $\bar{X}=7,68$ ); y tuvieron menos días de abstinencia ( $\bar{X}=150,11$  vs  $\bar{X}= 157,13$ ); y mayor nivel de riesgo de consumo medido con el ASSIST ( $\bar{X}= 27,09$  vs  $\bar{X}= 25,86$ ), lo anterior puede obstaculizar el cambio de conducta en los hombres, aunado al antecedente de que los usuarios que desertaron se encontraban menos dispuestos al cambio y por lo tanto a permanecer en tratamiento.

Otro factor que es importante señalar es que si bien se ha encontrado que las mujeres una vez que comienzan a abusar de las drogas, su tasa de consumo de cannabis, opioides y cocaína aumenta más rápidamente que entre los hombres (y que por lo tanto



ocasiona que la dependencia se presente primero) (JIFE, 2016) puede ser que en el caso de consumo de alcohol la progresión no se presente de esa forma, además es necesario tomar en cuenta que justamente las usuarias del programa de bebedores problema tienen la característica de asistir cuando su consumo no tiene altos niveles de dependencia, ni ha generado aún mayores problemas lo que facilita el cambio de conducta, esto aunado al hecho de que las usuarias que se adhirieron a su tratamiento se encuentran más dispuestas al cambio.

Por otro lado el que hombres y mujeres tuvieran semejantes niveles de disposición al cambio pero diferencias en el patrón de consumo al inicio del tratamiento, siendo el de los hombres más elevado, implica que las mujeres probablemente tengan una mayor sensibilidad a percibir el riesgo, perciban antes la necesidad de asistir a tratamiento e incrementen su disposición al cambio antes de que su problema se agudice, es decir la disposición de las mujeres para cambiar su conducta se presenta cuando su patrón de consumo es menor que el de los hombres y esto en el caso de ellos favorece su deserción. El que las mujeres sean más sensibles al riesgo de su consumo y estén dispuestas a modificar su conducta antes, puede estar relacionado también con factores socio-culturales, pues a pesar de que la brecha entre mujeres y hombres en el uso indebido de todas las drogas se está acortando a nivel global (JIFE, 2016) y nacional, continúan las diferencias en el patrón de consumo al comparar la conducta de consumo de hombres y mujeres, siendo el de los hombres aún más elevado (ENCODAT, 2017).

Lo señalado anteriormente puede presentarse a causa de que en general aún existen diferencias aunque más sutiles (y dependiendo del contexto) con respecto a las pautas, creencias y normas tradicionales de comportamiento que deben tener los hombres y los que deben tener las mujeres dentro de las cuales se siguen promoviendo y tolerando más conductas de riesgo en los varones en comparación con las mujeres como una forma de demostrar fortaleza, control, poder y masculinidad (Castañeda, 2007; Vargas, 2016, Martínez, 2007) como es el caso del consumo de alto riesgo de alcohol y otras drogas (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, 2006), conducta que se estigmatiza, castiga y se tolera menos (aunque actualmente tal vez en menor grado en ciertos contextos), ya que eso normalmente sucede cuando una mujer

rompe “sus normas de comportamiento” y manifiesta conductas consideradas “poco femeninas” o “más propias de los hombres” (Rosales, 2006). Siguiendo la lógica de que las pautas, creencias y normas tradicionales de género son difíciles de modificar por completo pero que se transforman o se vuelven más sutiles (Rosales, 2006; Castañeda, 2007) es posible que actualmente “se le permita” o tolere más a las mujeres un consumo de alcohol de bajo riesgo pero se castiga, se señala o se estigmatiza si presentan un consumo de alto riesgo, contrario con lo que sucede con los hombres, pues en ciertos contextos como lo señala el CNEGSR (2006) es lo que se espera de ellos, lo que se exagera en comunidades indígenas (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2008). Además aumenta la probabilidad de ser objeto de violencia sexual en mujeres que consumen de forma excesiva, a causa de que son percibidas como más vulnerables y estigmatizadas (JIFE, 2016)

Por otro lado, también se ha identificado una mayor resistencia en general por parte de los varones en cuidar de su salud, solicitar ayuda a pesar de que la necesitan, asistir al médico y a terapia, en comparación con las mujeres (CNEGSR, 200; Castañeda, 2007), siguiendo la lógica de todo lo señalado anteriormente probablemente ocasiona que las contingencias para las mujeres por el consumo de alto riesgo de alcohol sean más evidentes y adquieran mayor valor que los hombres y que por lo tanto se perciban en riesgo, estén dispuestas a cambiar y solicitar ayuda cuando su patrón de consumo no es tan alto como el de los hombres. En los varones estas pautas aparte de minimizar la problemática probablemente generan que el buscar ayuda se perciba como un acto de debilidad y que no necesitan ayuda para poder cambiar.

Mayores puntajes en la situación de riesgo para beber en exceso relacionada con la “Necesidad Física” (ISCA) como un factor que influye en la deserción es otro indicador de que los usuarios que desertaron presentaron un mayor nivel de problemática con su consumo en comparación con los que se adhirieron, lo cual obstaculiza el cambio de conducta en los primeros debido a que estos usuarios posiblemente ya están presentando algunos síntomas de dependencia. Lo anterior se justifica con el hecho de encontrar una correlación significativa entre los puntajes de la variable “Necesidad Física (ISCA)” y la Escala de Dependencia al Alcohol ( $p < 0.05$ ;  $r = .447$ ), es decir los usuarios que desertaron

tuvieron mayores puntajes en la situación de riesgo de “Necesidad Física” y por lo tanto presentan una mayor cantidad de síntomas de dependencia, lo que implica un mayor grado de problemática con el consumo lo que dificulta el cambio de conducta.

Otro hallazgo importante es que el aumento en la motivación al tratamiento después de la primera sesión es una variable que favorece la adherencia al tratamiento y la falta de cambio influye en la deserción, sin embargo no se no se encontraron hallazgos similares en la literatura revisada. El hallazgo implica que la primera sesión de la terapia es relevante ya que al parecer si no se presenta un aumento significativo en la motivación no hay adherencia. Dicho impacto en la motivación puede estar determinado por el adecuado uso terapéutico de estrategias motivacionales en la primera sesión propuestas por Miller y Rollnick (1991) como el ofrecer consejo con claridad, eliminar obstáculos, ofrecer alternativas, disminuir la deseabilidad, entre otros y proporcionar una adecuada retroalimentación o “Feedback” de los instrumentos de tamizaje siguiendo las recomendaciones de la OMS (2011). Sin embargo se requiere más investigación y análisis al respecto.

Por otro lado, también hay que tomar en cuenta que el nivel de motivación al tratamiento no presentó cambios en los usuarios que desertaron ya que desde antes de la primera sesión puntuaron alto en los niveles de motivación al tratamiento y se mantuvieron esos niveles después de la primera sesión (algo interesado y muy interesado), en comparación con los usuarios que se adhirieron que al inicio sus niveles fluctuaban entre niveles de motivación al tratamiento bajos, medios y altos (nada interesado, algo interesado y muy interesado) y después de la primera sesión aumentaron a niveles más altos (algo interesado y muy interesado), lo anterior puede estar relacionado con que el solo interés de asistir a tratamiento no es suficiente si no se mantiene la disposición al cambio durante todo el proceso terapéutico.

Finalmente se encontraron tendencias que indican que bajos niveles en la alianza terapéutica impactan en la deserción y altos niveles favorecen la adherencia, hallazgos que corresponden con los de algunos estudios internacionales (Dalsbo et al, 2010; Cordaro et al 2012; Cournoyer et al, 2007; Meier, et al 2006; Roos & Werbart, 2013). Aunque los resultados de la alianza terapéutica mostraron únicamente tendencias, los hallazgos son

relevantes ya que esta variable no se había evaluado en los estudios revisados en México. El que en el presente estudio dicha variable no haya resultado significativa puede deberse al tamaño de la muestra (los otros estudios cuentan con muestras de mayor tamaño), el momento en el que se aplicó el instrumento (de uno hasta 24 meses después de que concluyeron o desertaron de su tratamiento) y no se tenía un instrumento traducido al español para medirla, lo que sugiere la necesidad de estudios con un mayor número de muestra y otro tipo de metodología, por ejemplo midiendo los cambios en los niveles de la alianza terapéutica a través del tiempo y su relación con la deserción-adherencia.

Se identificaron algunos factores relacionados con el contexto externo al tratamiento y algunos relacionados con el proceso del tratamiento que los participantes mencionaron ser determinantes para que se presentara su deserción. Los factores contextuales que reportaron los usuarios fueron: a) La incompatibilidad de horarios para asistir a su terapia o porque asistir a su tratamiento interfería con otras actividades importantes; resultados que también se han encontrado en otros estudios (Zepeda, 2016; Cedillo & Muñoz, 2005; Rocha & Santana, 1996; Paz, 2010; Echeverría et al, 2013; Palmer et al, 2009; Calvo-García, et al, 2016); b) Invertían mucho tiempo para asistir a tratamiento, hallazgo que respalda otras investigaciones (Paz, 2010; Echeverría et al, 2013); y c) Se cambió de residencia por lo que ya no podía seguir asistiendo a terapia. Los factores relacionados con el proceso del tratamiento que mencionaron los participantes fueron: a) No estuvo de acuerdo con el cambio de terapeuta; b) No estuvo de acuerdo en que lo referenciaran a otro lugar para servicio integral por comorbilidad psiquiátrica; y c) en algún momento creyó que ya no necesitaba el tratamiento, evidencia que también se encontró en el estudio de Calvo-García, et al (2016).

Con respecto a los factores relacionados con el contexto externo al tratamiento, se hace relevante investigar las condiciones que influyen para que alguna de estas situaciones sean determinantes para la deserción, por ejemplo en el presente estudio “la incompatibilidad de horarios para asistir a su terapia o el que no pudieran asistir al centro interfería con otras actividades importantes” se debió a que en ocasiones los usuarios salían más tarde de su trabajo o les negaban el permiso para salir más temprano o se reincorporaron a la escuela y/o trabajo lo que les impedía continuar asistiendo a su terapia;

con respecto a que “invertían mucho tiempo para asistir a tratamiento” algunos usuarios mencionaron que les quedaba muy lejos el centro, estos hallazgos resaltan la importancia de evaluar la forma en la que el terapeuta abordó éstos obstáculos en las sesiones o si los identificó antes de que se presentara la deserción y si junto con el usuario valoraron las mejores alternativas como por ejemplo negociar con su jefe inmediato salir más temprano o buscar otro centro más cercano a su casa o lugar de trabajo o adaptar la modalidad del tratamiento (vía telefónica, por correo, plataforma electrónica, etc.). Por ejemplo algunos usuarios que se adhirieron al tratamiento y que reportaron que se presentó en alguna ocasión laguna de estas situaciones durante su tratamiento comentaron que lo resolvieron al solicitar al terapeuta el cambio de horario, pedir permiso en el trabajo para asistir a terapia y modificar sus actividades para poder asistir a las sesiones.

Por otro lado los factores relacionados con el proceso del tratamiento, tal vez sean determinantes bajo condiciones relacionadas con la etapa de cambio y con el trabajo terapéutico. Por ejemplo los resultados nos indican que es muy importante evaluar la forma en la que el terapeuta aborda la referencia, si motiva a que asista, si explica la importancia y el motivo por el cual se refiere, si aclara dudas, disminuye la ansiedad que eso genera, etc. En el caso de la variable “cambio de terapeuta”, es importante evaluar la forma en la que los terapeutas lo manejaron también, por ejemplo si se le anticipa al usuario el cambio, si se le explica de forma adecuada, si el nuevo terapeuta establece un ambiente adecuado, etc. Sobre la variable “creer ya no necesitar el tratamiento antes de concluirlo” puede convertirse en un factor determinante cuando el terapeuta no anticipa esta situación en el tratamiento, no genera un ambiente de confianza para que el usuario lo exprese y se puedan evaluar junto con el usuario las mejores opciones. Por ejemplo, algunos usuarios que se adhirieron al tratamiento y que reportaron que se presentó en alguna ocasión esta situación durante su tratamiento comentaron que lo resolvieron al abordarlo con su terapeuta y acordar junto con él la necesidad de continuar el tratamiento o modificar el plan de tratamiento (concluirlo en ese momento y programar seguimientos de acuerdo a las necesidades del caso).

Habría que investigar con detalle si la etapa de cambio también influye en los terapeutas y si se presenta el efecto Rosenthal o la profecía auto cumplida (Rosenthal & Jacobson, 1968) el cual se refiere a que la expectativa que tiene una persona sobre otra puede llegar a influir en el rendimiento de dicho sujeto, este fenómeno trasladado al contexto de este estudio podría implicar que una vez que el terapeuta identifica la etapa de cambio en la que se encuentra un usuario, genera expectativas sobre las actitudes, conductas y resultados que tendrá el usuario en el tratamiento en función de las características de dicha etapa y por lo tanto sin darse cuenta su comportamiento también se modifica favoreciendo el cumplimiento de esas expectativas, por ejemplo, podría suceder que si el terapeuta identifica que el usuario se encuentra en una etapa de poca disposición al cambio (pre contemplación y contemplación), genere expectativas poco favorables sobre los resultados que tendrá el usuario y sin darse cuenta presente conductas que favorezcan la poca adherencia y deserción (elogiar menos, aumento del desánimo cuando el usuario tiene una recaída o tiene resistencia al cambio, aumento del desinterés para implementar estrategias motivacionales, etc.). Sin embargo, es necesario evaluar si esto realmente sucede.

Finalmente, casi el 100% de los usuarios independientemente de si abandonaron o se adhirieron al tratamiento calificaron y describieron positivamente el servicio que recibieron por parte del centro incluyendo al personal administrativo y terapeuta. Por ejemplo los usuarios califican al personal y a los terapeutas como amables, respetuosos y eficientes. Sin embargo, esta variable puede influir en la deserción solo cuando no se cumplen algunos lineamientos mínimos de calidad, por ejemplo uno de los usuarios que desertaron comenta que él si estaba muy interesado en asistir a tratamiento pero que su terapeuta era el que le cancelaba constantemente, se mostraba poco interesado en atenderlo y ya no le dio seguimiento a su caso. Sin olvidar el efecto que puede tener la deseabilidad social en los resultados, lo anterior refleja la importancia continuar con la evaluación, mantenimiento y corrección constantemente de la calidad del servicio que se ofrece en el centro<sup>14</sup> y la supervisión de las competencias de los terapeutas del centro<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> Actividad que actualmente se realiza en el centro por medio de un Sistema de Gestión de Calidad.

Otros resultados que son importantes traer a discusión son los altos porcentajes de usuarios reportaron que a pesar de haber desertado de su tratamiento se recuperaron y consideran que actualmente ya no tienen problema con el consumo de alcohol (83%) por que modificaron su conducta (ya no consumen o disminuyeron su consumo), este fenómeno ya ha sido identificado en otros estudios (Fernández et al, 2007; Olvera, 2012; Rocha & Santana, 1996) y se le ha definido como “recuperación natural o recuperación espontánea”, que en el caso del consumo del alcohol significaría que los usuarios después de desertar por sí mismos logran tener un consumo de bajo riesgo (no más de tres tragos estándar por ocasión si son mujeres y no más de 4 si son hombres) o que dejaran de consumir. Es decir contrario a lo que se ha sugerido sobre que los usuarios que abandonan su tratamiento tienen peores pronósticos como una mayor deterioro de la salud, dificultades legales, familiares y financieros, entre otros (Brorson et al, 2013), estas consecuencias al perecer no se presentaron en la mayoría de los usuarios que abandonaron su tratamiento y que participaron en el presente estudio.

Los altos índices de recuperación de estos usuarios pueden estar relacionados con que el programa de bebedores problema está dirigido a personas que no tienen dependencia y que sus consecuencias relacionadas al consumo aún no son tan graves, pues como ya se ha abordado bajos índices de gravedad del problema de consumo facilitan la recuperación natural (Fernández et al, 2007). Lo anterior resalta la importancia de dar seguimiento a los usuarios que desertan de los programas para investigar este fenómeno con mayor profundidad y evaluar si los usuarios realmente cumplen los criterios para considerar sus casos como “recuperación natural” lo cual quedó fuera del alcance de la presente investigación, además también sería importante evaluar si por ejemplo existen diferencias significativas en distintos aspectos entre los usuarios que se adhieren a su tratamiento y los que se recuperan después de abandonarlo, entre el tiempo que tardan en modificar su consumo, el número de recaídas que tienen en el proceso y el tipo de recuperación (por ejemplo si los usuarios que abandonan su tratamiento y se recuperan disminuyen o

---

<sup>15</sup> La supervisión también es una actividad que se realiza de forma permanente en el programa de Maestría, con el fin de desarrollar y fortalecer las competencias clínicas de los terapeutas en el ámbito de las adicciones.

modifican en una mayor magnitud su patrón de consumo, sus problemas, etc.). También sería necesario identificar si tiene algún efecto terapéutico el tiempo en el que asisten a tratamiento (el número de sesiones que asisten) y de qué manera les ayuda a su recuperación aunque no concluyan su tratamiento (por ejemplo, algunos usuarios que tuvieron una recuperación natural lo atribuyeron a que las sesiones que tuvieron los ayudaron a darse cuenta de su problema y la necesidad de cambiar), lo anterior con el fin de identificar los casos en los que sea necesario modificar la dosis de la intervención de bebedores problema o bien los casos en los cuales sea más recomendable una intervención breve como la propuesta por la OMS (1996), mejor conocida en México como consejo breve.

Por otro lado también se identificaron algunos casos en los que usuarios que abandonaron su tratamiento reportaron que actualmente continúan con su problema de consumo o que incluso este ha empeorado, lo cual resalta la importancia de evaluar si en estos casos la intervención de bebedores problema era la mejor opción de tratamiento o si requerían uno más intensivo y si esto fue un factor que influyó en la deserción, por ejemplo en uno de los casos, el usuario tenía depresión y ansiedad moderada. Lo anterior muestra la importancia de que los terapeutas elijan adecuadamente el tipo de intervención y modifiquen el plan de tratamiento cuando sea necesario, esto con el fin de atender de forma adecuada el caso y también para prevenir la deserción.

Por su parte el 50% de los usuarios que se adhirieron a su tratamiento reportaron que tuvieron al menos una recaída después de haber egresado de su tratamiento y hasta el momento del estudio, lo cual confirma lo planteado por Marlatt y Gordon (1985) que enfatizan la recaída como una conducta esperada y por lo tanto la importancia de abordarla durante la terapia al prevenirlas por medio del desarrollo de estrategias cognitivas y conductuales para enfrentar las situaciones de alto riesgo que la hacen probable (Barry, 1999; Marlatt & Witkiewitz, 2005; Raistrick, et al., 2006). Así mismo indica la necesidad de llevar a cabo los seguimientos una vez que el tratamiento concluye, esto con el fin de reforzar las estrategias de enfrentamiento aprendidas en la intervención para evitar las recaídas o prepararlos para enfrentarlas en caso de que estas se presenten.



Finalmente, una de las limitaciones de este estudio es que no se tomaron en cuenta variables que en el contexto internacional han sido consistentes con respecto a la influencia que tienen en la deserción al tratamiento para las adicciones, como es la presencia de déficits cognitivos (atención, memoria, pensamiento abstracto, habilidades verbales) y trastornos de personalidad, lo cual hubiera contribuido a enriquecer el modelo estadístico y a observar las interacciones de estas variables con las halladas en la presente investigación. Otra de sus limitaciones es que en la fase dos al tratarse de un estudio ex post facto no se tuvo control en la aplicación de los instrumentos, ni en la calificación de los mismos y en la fase tres el tamaño de la muestra no permite generalizar los resultados, además de que al utilizar cuestionarios de seguimiento como instrumentos para la recolección de datos, es importante tener en cuenta la presencia de la variable deseabilidad social.

## **CONCLUSIONES**

Los hallazgos del presente estudio son relevantes ya que por medio de la evaluación de un modelo estadístico y la aplicación de un cuestionario de seguimiento se identificaron algunas variables que influyen en la deserción-adherencia y que pueden tomarse en cuenta en la práctica clínica con el fin de prevenir o disminuir el abandono terapéutico y favorecer la adherencia. Las variables más importantes fueron: 1) Etapa de cambio; 2) Cantidad de días totales en abstinencia; 3) Sexo; 4) Situación de riesgo para beber en exceso relacionada con la “Necesidad Física” (ISCA); 5) Motivación al tratamiento; 6) También se encontró que la Alianza terapéutica puede estar asociada a la deserción-adherencia; y 7) en menor medida influyen algunos factores del contexto externo al tratamiento (incompatibilidad de horarios o asistir al tratamiento interfiere con otras actividades importantes, invertir mucho tiempo para asistir a terapia, el cambio de residencia) y; 8) Factores relacionados con el proceso del tratamiento (Cambio de terapeuta; referencia a otro lugar para servicio integral por comorbilidad psiquiátrica; y creer ya no necesitar el tratamiento antes de concluirlo).

El modelo estadístico sugiere la interacción de las variables etapa de cambio, días totales de abstinencia y sexo en la deserción-adherencia, lo que implica la necesidad de evaluar para futuras investigaciones si la etapa de cambio la cual fue la más significativa o alguno de los otros factores son variables predictoras o moderadoras (afectan la magnitud

y/o sentido de la relación entre una variable y la deserción-adherencia) o mediadoras (si tienen una influencia indirecta sobre una variable que ejerce efecto sobre la deserción-adherencia). También es importante continuar con investigaciones encaminadas a evaluar la influencia de la alianza terapéutica y la motivación al tratamiento en la deserción-adherencia.

Se identificó la relación entre la disposición al cambio y el patrón de consumo que favorece la deserción-adherencia, es decir, tener una alta disposición al cambio cuando el patrón de consumo aún no es tan avanzado (especialmente tener más días de abstinencia) parece ser una característica importante que influye positivamente en la adherencia, por el contrario tener una baja disposición al cambio cuando el patrón de consumo es más alto parece favorecer la deserción. Una alta disposición al cambio y bajos niveles de patrón de consumo parecen ser características que con una mayor tendencia se presentaron en las mujeres del estudio lo cual favoreció su adherencia. Estos hallazgos resaltan la importancia de realizar investigaciones desde el enfoque de género en el ámbito de las adicciones.

Las sugerencias para el uso clínico de los hallazgos de la presente investigación implican la importancia de que el terapeuta monitoree continuamente la etapa de cambio en la cual se encuentran los usuarios antes de iniciar su tratamiento y durante el mismo, establecer como uno de los principales objetivos terapéuticos el cambio de etapa (en caso de que el usuario se encuentre en pre contemplación o contemplación) o el mantenimiento (en caso de que se encuentre en acción); adaptar el tratamiento en función de la etapa de cambio; y enfatizar las estrategias motivacionales para favorecer el cambio de conducta y la adherencia al tratamiento. Ya que si el usuario se encuentra en una etapa de pre contemplación y no se trabaja en sesión para modificarlo, podría condicionar a que sea sensible a que otros factores afecten fácilmente su adherencia en el tratamiento como el que le quede lejos el centro, incompatibilidad con horarios, no le encuentre sentido a lo que se hace en sesión (aplicación de instrumentos), dejar de asistir porque considera que ya no necesita el tratamiento, etc. Los hallazgos también sugieren la importancia de la búsqueda y mantenimiento de la motivación al tratamiento desde la primera sesión para favorecer la adherencia.

Así mismo, al ser la aplicación de instrumentos de tamizaje y evaluación lo que usualmente se aborda en las primeras sesiones y en donde la mayores tasas de deserción se presentan, es importante evaluar la conveniencia de aplicar una menor cantidad de instrumentos y sobre todo la adecuada selección (evitar aplicar instrumentos que miden lo mismo, distribuir su aplicación en las sesiones), aplicación y retroalimentación de los resultados de los mismos, con el objetivo de que el proceso de aplicación y retroalimentación sea utilizado como una herramienta terapéutica para motivar al cambio (que le permitan darse cuenta al usuario de la necesidad de cambiar su conducta, de que tiene un problema, para enfatizar la adherencia al tratamiento y prevenir factores que pueden ser causa de deserción) y para establecer el plan de tratamiento.

También los resultados sugieren la necesidad que durante el tratamiento se favorezca la alianza terapéutica y se monitoreen los obstáculos que comprometen la adherencia (incompatibilidad de horarios o interferencia con otras actividades importantes; invertir mucho tiempo para asistir a tratamiento, el cambio de residencia), con el fin de desarrollar junto con el usuario estrategias para generar y elegir la mejor solución. Así mismo, es necesario que cuando en el proceso del tratamiento se presente la necesidad de referir a los usuarios a otro lugar para su atención integral, se enfatice el uso de estrategias motivacionales, resolver dudas y faltas creencias, en caso de que el usuario no esté de acuerdo, también involucrarlo en la mejor solución, etc. Cuando sea necesario el cambio de terapeuta es importante evitar que este se presente en las primeras sesiones o en las últimas, seguir ciertos pasos como el destinar un tiempo en las sesiones para anticipar al usuario de dicho cambio, explicar con claridad las razones de ello, en caso de que el usuario no esté de acuerdo establecer junto con él las posibles y mejores soluciones, etc. Además es importante anticipar la alta probabilidad de que en algún momento el usuario crea que ya no necesita el tratamiento aún antes de concluirlo y abordarlo en la terapia, ya sea por ejemplo acordar con el usuario que lo exprese en las sesiones cuando llegue a suceder para buscar la mejor solución (adaptar el plan de tratamiento de acuerdo al caso).

Son necesarias investigaciones que estudien las diferencias en distintos ámbitos (patrón de consumo actual, nivel de auto eficacia, recaídas, etc.) entre usuarios que se recuperan de forma natural después de desertar del tratamiento y usuarios que se adhieren, para evaluar. También son importantes los estudios que identifiquen las características que aumentan la probabilidad de que los usuarios se “recuperen naturalmente” con el fin de utilizar los hallazgos en el ámbito clínico para establecer dosis de intervención menos intensivas, modificar el plan de tratamiento o una modalidad distinta (en línea). Por el otro lado el presente estudio revela la importancia de establecer una dosis de intervención más intensiva o modificar el plan de tratamiento cuando los usuarios presenten indicadores de dependencia, ansiedad, depresión o alguna otra problemática (comorbilidad psiquiátrica).

Finalmente, es importante que en posteriores investigaciones se pongan en práctica estrategias para prevenir la deserción y favorecer la adherencia con base en los hallazgos de las investigaciones y evaluar su efectividad, principalmente en las primeras sesiones del tratamiento que es en donde se presentan las mayores tasas de deserción. Además surgen algunas preguntas que vale la pena abordar en otros estudios, por ejemplo ¿Las variables asociadas a la deserción-adherencia son las mismas en los diferentes programas de intervención?, ¿De qué dependen esas diferencias? ¿Por qué a nivel mundial y en las distintas investigaciones se presentan las mayores tasas de deserción en las primeras fases del tratamiento?

## REFERENCIAS

- Alcázar, R. (2007). Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones. *Revista Salud Mental, 30*(5), 55-62.
- Ampuni, S. (2004). Cognitive-Behavioral Marital Therapy: a Cognitive-Behavioral approach for marital distress. *Buletin Psikologi, Tahum, 12*(1), 1-15. DOI: <https://doi.org/10.22146/bpsi.7465>
- American Psychiatic Association. (2007). Treatment of patients with substance use disorders. *Am J Psychiatry, 164*(4), 5-123.
- Ayala H, Cárdenas G, Echeverría L, Gutiérrez M (1995): Los resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. *Salud Mental, 18*(4), 5-17.
- Ayala H,V, Echeverria L, Sobell M, Sobell L. (1997). Autocontrol dirigido: Intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México. *Rev Mex Psic; 2*(14):113-127
- Babor, T, F & Higgins-Biddle, J,C. (2001). Intervención Breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, un Manual para la utilización en Atención Primaria. Organización Mundial de la Salud. Recuperado en [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf)
- Bandura, A. (1969). Principles of behavior modification. NY: Holt, Rinehart, & Winston. (1969). ix, 677.
- Bandura, A. (1978) The self-system in reciprocal determinism. New York: Holt, Rinehart & Winston, 33, 334-358.
- Bandura, A. (1982) Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist, 37*, 122–147.
- Bandura, A. (1985) Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs, New York: Prentice Hall
- Barragán, L. (2005). *Modelo de intervención cognitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas*. (Tesis Doctoral inédita). Universidad Nacional Autónoma de México. México.

- Barragán, L., Flores, M., Morales, S., González, J., Martínez, Ma. J., Ayala, H. (2006). Programa de Satisfactores Cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas: Manual del Terapeuta.
- Barragán, L., Flores, M., Ramírez, G & Ramírez, M. (2008). Manual del Programa de Prevención de Recaídas. CENADIC.
- Barry, K. L. (1999). Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse. *Centre for Substance Abuse Treatment (Treatment Improvement Protocol [TIP] Series No. 34)*. Rockville: US Department of Health and Human Services. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64941/?report=reader>
- Bautista, G.P. (2011). “*Características Psicológicas y Sociodemográficas de la adherencia terapéutica en usuarios con dependencia a sustancias adictivas*”. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Bekeland, F & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review. *Psychological Bulletin*, 85(5), 738-783. DOI: 10.1037/h0077132.
- Bernal, P.R. (2004). “*La deserción a un tratamiento para adolescentes consumidores de alcohol y otras drogas*”. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Bernal-Razon, C, M., Jordan-Jinez, Ma, L & Padilla-Raygoza, N. (2017). Effect of a Cognitive-behavioral Program on Adherence to Antihypertensive Therapeutic Regimen in Older Adults: A Quasi-experimental Study. *International Journal of Tropical Disease & Health*, 22(2), 1-11. DOI: 10.9734 / IJTDH / 2017/31479.
- Biddle, B.J., Bank, B.J. & Malin, M.M. (1980) Social determinants of adolescent drinking: what they think, what they do and what I think they do. *Journal of Studies on Alcohol*, 41, 215-241. DOI: <https://doi.org/10.15288/jsa.1980.41.215>.
- Bien, T.H., Miller, W.R., & Tonigan, J. (1993). Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction*, 88, 315-336. DOI: 10.1111/j.1360-0443.1993.tb00820.x
- Bloom, B. (2002). Brief interventions for anxiety disorders: Clinical outcome studies. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2(4), 325–329. Recuperado de <https://btci.stanford.clockss.org/cgi/reprint/2/4/325.pdf>

- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 16, 252-260. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/h0085885>
- Brorson, H. H., Ajo, A., Rand-Hendriksen & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33 (2013), 1010-1024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007>
- Calvo-García, F., Costa-Ribot, J & Valero-Piquer, R. (2016). Motivos de abandono temprano de pacientes en tratamiento ambulatorio de adicción a sustancias. *Revista Española de Drogodependencias*, 41(1), 41-55.
- Castañeda, M. (2007). El Machismo invisible regresa. México: Ed. Taurus.
- Cedillo, P,J & Muñoz, P,M. (2005). *Modos de afrontamiento al estrés y asertividad relacionado con la deserción de un tratamiento para las adicciones*. (Tesis de Licenciatura inédita). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Cellucci, T. (1982) The prevention of alcohol problems: Conceptual and methodological issues. In P. M. Miller & T.D. Nirenberg (Eds.) *Prevention of alcohol abuse*, 15-33, New York: Plenum Press.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud. (2006). *Guía mujeres y hombres ante las adicciones: El papel del personal médico en su detección temprana y derivación a tratamiento*. Secretaría de Salud.
- Chaiyachati, K, H., Ogbuoji, O., Price, M., Suthar, A, B., Negussie, E,K & Bärnihgausen, T. (2014). Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy: a rapid systematic review. *AIDS*, 28(2), 187-204. DOI: 10.1097 / QAD.0000000000000252
- Copello, A., Orford, J., Hodgson, R., Tober, G; Barrett & UKATT Research Team Trial. (2002). Social behaviour and network therapy: Basic principles and early experiences. *Addictive Behaviors*, 27, 354–366. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(01\)00176-9](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(01)00176-9)
- Corbella, S. & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.
- Cordaro, M., Tubman, J, G., Wagner, E,F & Morris, L, S. (2012). Treatment Process Predictors of Program Completion or Dropout among Minority Adolescents

- Enrolled in a Brief Motivational Substance Abuse Intervention. *Journal of child & adolescent substance abuse* 21(1),51–68. DOI:10.1080/1067828X.2012.636697.
- Cournoyer, L.G., Brochu, S., Landry, M & Bergeron, J. (2007), Therapeutic alliance, patient behaviour and dropout in a drug rehabilitation programme: the moderating effect of clinical subpopulations. *Addiction*, 102: 1960–1970. DOI:10.1111/j.1360-0443.2007.02027.x
- 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. *Journal of Behavioral Health Services & Research*; 29, 138–143. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/BF02287700>
- Dalsbø, T,K; Hammerstrøm K,T; Vist, G,E; Gjermo, H; Smedslund, G; Steiro, A & Høie, B. (2016). Psychosocial interventions for retention in drug abuse treatment (Protocol). The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
- DiMatteo, M.R. y DiNicola, D.D. (1982). Achieving patient compliance: The psychology of the medical practitioner's role. Nueva York: Pergamon Press.
- Dulmus, C, N., & Wodarski, J, S. (2002). Six Critical Questions for Brief Therapeutic Interventions. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2 (4), 279-285. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/brief-treatment/2.4.279>
- Echeverría, L; Natera, G; Martínez, K; Carrascoza , C; Tiburcio, M; Oropeza & Medina-Mora. (2007). Modelos novedosos para la intervención de conductas adictivas. En: Echeverría, S.L., Carrascoza & V.C., Reidl, M.L. (Compiladores) *Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas*. México: UNAM.
- Echeverría, L., Ruíz, G., Salazar, M,L., Tiburcio, M & Ayala, H. (2012). *Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema* (2da edición). México: Universidad Nacional Autónoma de México, Comisión Nacional contra las Adicciones. Recuperado en [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/beb\\_I.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/beb_I.pdf)
- Echeverría, L., Carrascoza, V., & Medina, M, A. (2013). Intervención breve para consumidores de marihuana: factores asociados con la deserción. En C, A, Carrascoza (coord.), *Aspectos culturales, sociales y preventivos de las adicciones en México* (pp. 253-271). México: CONACULTA.



- Echeverría L. & Carrascoza C. (2012). Terapia cognitivo conductual para el tratamiento de las conductas adictivas: Revisión de la literatura, fundamentos conceptuales y procedimientos clínicos. En: *Desarrollo de Nuevos Modelos para la Prevención y el Tratamiento de Conductas Adictivas*. Editorial Porrúa. México.
- Escobedo, A, J., Vite, S, A., & Oropeza, T, R. (2007). Factores asociados a la deserción en un tratamiento breve para usuarios de cocaína. *EN-CLAVES del pensamiento*, 1(2), 177-131).
- Elvins, R & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1167-1187. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.04.002>
- Evans, C. E. and Haynes, R. B. (1990). Patient compliance. In RE Rakel, R. (Ed.) (1990). *Textbook of Family Practice*, 371-379, USA WB Saunders Company.
- Ferrer, P, V. (1995). “Adherencia a” o “cumplimiento de” prescripciones terapéuticas y de salud: Concepto y factores psicosociales. *Revista de psicología de la salud*, 7(1), 35-71.
- Farrer, L., Christensen, H., Griffiths, K, M & Mackinnon, A. (2011). Internet-Based CBT for Depression with and without Telephone Tracking in a National Helpline: Randomised Controlled Trial. *PloS ONE*, 6(11), 1-9. DOI:10.1371/journal.pone.0028099.
- Fernandez, M,A & Eyberg, S,M. (2005). Keeping Families In Once They’ve Come Through the Door: Attrition in Parent-Child Interaction Therapy. *Journal of Early & Intensive Behaviour Interventions*, 2(3), 207-2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/h0100314>.
- Fidelix, Y,F., Farias, J,J., Lofrano-Pardo, M,C., Fernandes, G, R., Cardel, M & Prado, L, W. (2015). Multidisciplinary intervention in obese adolescents: predictors of dropout. *Einstein*, 13(3), 388-394. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082015AO3339>
- Gavino, A. & Godoy, A. (1993). Motivos de abandono en terapia de conducta. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 511-536.

- Christensen, H., Griffiths, K.M & Farrer, L. (2009). Adherence in Internet Interventions for Anxiety and Depression: Systematic Review. *Eysenbach G, ed. Journal of Medical Internet Research*, 11(2):e13. DOI:10.2196/jmir.1194.
- Gonzalez, J.S., McCarl, L, A., Wexler, D.D., Cagliero, E., Delahanty, L., Soper, T.D., Goldman, V., Knauz, R & Safren, S.A. (2010). Cognitive Behavioral Therapy for Adherence and Depression (CBT-AD) in Type 2 Diabetes. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24(4), 329–343. DOI: <http://doi.org/10.1891/0889-8391.24.4.329>
- Gottheil, E., Weinstein, S, P., Sterling, R, C., Lundy, A & Serota, R, D. (1998). A randomized controlled study of the effectiveness of intensive outpatient treatment for cocaine dependence. *Psychiatric Services* 49(6):782–787. DOI: <https://doi.org/10.1176/ps.49.6.782>
- Haskard Zolnerek, K,B & DiMatteo, M,R. (2009). Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Medical care*, 47(8), 826-834. DOI:10.1097/MLR.0b013e31819a5acc.
- Heather, N & Kaner, E. (2001). Intervenciones Breves: una oportunidad para reducir el consumo excesivo de alcohol entre jóvenes. *Adicciones*, 13(4), 463-474.
- Hester, R. K. (1995). Behavioral self-control training. En R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*, (2nd edition) (pp. 148–159). Needham Heights, MS: Allyn and Bacon.
- Haynes, R.B. (1979). Introduction. En R.B. Haynes, D.W. Taylor y D.L. Sackett (Eds.). *Compliance in health care* (pp. 1-7). Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Hillis, G.D., Eagles, A & Eagles, J. (1993). Premature termination of psychiatric contact. *The International Journal of Social Psychiatry*, 39, (1), 100-107. <https://doi.org/10.1177/002076409303900203>
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.561>
- Hunt, G, M & Azrin, N, H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 11(1), 91-104. DOI: [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(73\)90072-7](https://doi.org/10.1016/0005-7967(73)90072-7)

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Comisión Nacional Contra las Adicciones; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol Villatoro-Velázquez JA., Resendiz Escobar, E., Mujica Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora ME., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M y Mendoza-Alvarado, L. Ciudad de México, México: INPRFM; 2017.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Comisión Nacional Contra las Adicciones; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas Villatoro-Velázquez JA., Resendiz Escobar, E., Mujica Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora ME., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M y Mendoza-Alvarado, L. Ciudad de México, México: INPRFM; 2017.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Comisión Nacional Contra las Adicciones; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco Villatoro-Velázquez JA., Resendiz Escobar, E., Mujica Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora ME., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M y Mendoza-Alvarado, L. Ciudad de México, México: INPRFM; 2017.

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. (2016). Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2016. Naciones Unidas: Nueva York. Consultado: el 3/ de enero de 2018.

Karoly, P. (1993). Enlarging the scope of the compliance construct: Toward developmental and motivational relevance. En N.A. Krasnegor, L. Epstein, S. Bennett-Johnson y S.J. Yaffe (Eds.). *Developmental aspects of health compliance* (pp. 11-27). Hillsdale, NJ: LEA

Karyotaki, E., Kleiboer, A., Smit, F., Turner, D, T., Pastor, A, M., Andersson, G., Berger, T., Botella, C., Breton, J,M., Carlbring, P., Christensen, H., de Graaf, E., Griffiths, K., Donker, T., Farrer, L., Huibers, M, J., Lenndin, J., Mackinnon, A., Meyer, B.,

- Moritz, S., Riper, H., Bacon, V., Vernmark, K & Cuijpers, P. (2015). Predictors of treatment dropout in self-guided web-based interventions for depression: an individual patient data meta-analysis. *Psychol Med*, 45(13), 2717-2726. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291715000665>
- Kendall, P.C., Holmbeck, G., Verduin, T. (2004). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: Fifth Edition, ed. Lambert, M.J. New York: Wiley.
- 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, 189-195. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0740-5472\(03\)00210-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0740-5472(03)00210-1)
- Landry, M, J. (1996). Overview of addiction treatment effectiveness: DIANE publishing.
- Leichsenring, F; Rabung, S & Leibing, E. (2004). The Efficacy of Short-Term Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders A Meta-analysis. *Free Access Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61(12):1208-1216. DOI: 10.1001/archpsyc.61.12.1208.
- Leichsenring, F, Rabung, S & Leibing, E. (2004). The Efficacy of Short-term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders A Meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 61(12):1208-1216. DOI:10.1001/archpsyc.61.12.1208.
- Levin, R,F., Evans, S,M., Vosburg, E,K., Horton, T & Brooks, D. (2004). Impact of attention-deficit hyperactivity disorder and other psychopathology on treatment retention among cocaine abusers in a therapeutic community. *Addictive Behaviors*, 29(9), 1875-1882. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.03.041>
- Libertad, M, & Grau, A, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14(1), 89-99.
- Libertad, M. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública*, 30(4).
- Lira-Mandujano, J; González-Betanzos, F; Carrascoza, V, C; Ayala V, H & Sara E. Cruz-Morales, S, E. (2009). Evaluación de un programa de intervención breve motivacional para fumadores: resultados de un estudio piloto. *Salud Mental*, 32(1), 35-41.

- López-Romero, L, A., Romero-Guevara, S, L., Parra, D, I & Rojas-Sánchez, L, Z. (2016). Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. *Hacia promoci3n, salud*, 21(1), 117-137.
- Lozano, R., Gómez, H., Garrido, F., Jiménez, A., Campuzano, J.C., Franco, F. & Murray, C.J.L. (2013). La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Pública de México*, 55(6), 580-594.
- Luborsky, L. (1976). “Helping alliances in psychotherapy: the groundwork for a study of their relationship to its outcome,” in *Successful Psychotherapy*, ed. J. L. Cleghorn (New York: Brunner/Mazel), 92–116.
- Mahoney, M. (1991). *Human Change Processes: the Scientific Foundations of Psychotherapy*. (Primera Edici3n). New York, E.U: BasicBooks.
- Mantilla, M,B. (2008). *Factores asociados con el resultado de usuarios que participaron en el tratamiento breve para usuarios de cocaína (TBUC)*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Marengo, M,F & Suarez-Almazor, M,E. (2015).Improving adherence in patients with rheumatoid arthritis: what are the options?. *International journal of clinical rheumatology*, 10(5), 345-356. DOI:10.2217/ijr.15.39.
- Marín-Navarrete, R., Medina-Mora, M.E. & Tena-Suck, A. (2014). Breve panorama del tratamiento de las adicciones en México. *TSOP: Orientaci3n psicol3gica y adicciones*, VIII, 1-7.
- Marlatt, G, A & Witkiewitz, K. (2005) Relapse prevention for alcohol and drug problems. En Marlatt, G.A & Donovan (Eds.). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd edition). New York: Guilford Press.
- Martínez, H. (2007). La construcci3n de la feminidad: la mujer como objeto de la historia y como sujeto de deseo. *Actualidades en psicología*, 21(108), 79-95.
- Martínez, K. (2003). *Desarrollo y evaluaci3n de un programa de intervenci3n breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (mariguana, cocaína e inhalables)*.(Tesis doctoral inédita). Universidad Nacional Autónoma de Mexico. México.

- McHugh, R. K., Hearon, B. A. & Otto, M. W. (2010). Cognitive-Behavioral Therapy For Substance Use Disorders. *Psychiatr Clin North Am*, 33(3), 511-525. DOI: 10.1016/j.psc.2010.04.012
- McMurrin, M., Hubbard, N. & Overton, E. (2010). Non-completion of personality disorder treatments: A systematic review of correlates, consequences, and interventions. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 277-287. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.002>
- Medina, G., Chávez, A., López, F., Félix, R., Gordillo, M. & Morales, C. (2012). Manual del Terapeuta para la Aplicación de la Intervención Breve para Usuarios de Marihuana. CENADIC. Recuperado de [http://www.cenadic.salud.gob.mx/PDFS/publicaciones/Manual\\_Terapeuta\\_para\\_la\\_Aplicacion\\_de\\_la\\_Intervencion\\_Breve\\_para\\_usuarios\\_de\\_Marihuana.pdf](http://www.cenadic.salud.gob.mx/PDFS/publicaciones/Manual_Terapeuta_para_la_Aplicacion_de_la_Intervencion_Breve_para_usuarios_de_Marihuana.pdf)
- Meier, P.S., Donmall, M.C., McElduff, P., Barrowclough, C., & Heller, R.F. (2006). The role of the early therapeutic alliance in predicting drug treatment dropout. *Drug and Alcohol Dependence*, 83(1), 57-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.10.010>
- Mello, N. K. (1968) Some aspects of the behavioral pharmacology of alcohol. In D.H. Efron (Ed.), *Psychopharmacology: A review of progress, 1957- 1967*, Public Health Service Publication 1836, 787- 809, Washington, D.C.: Government Printing Office
- Meyers, R. J., Villanueva, M. & Smith, J.E. (2005). The Community Reinforcement Approach: History and New Directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 19(3), 251-264. DOI: <http://dx.doi.org/10.1891/jcop.2005.19.3.247>
- Miller, W. R. & Hester, R. (1986). *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change*. New York: Plenum Press.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People To Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.
- Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Colby, S. M. & Abrams, D. B. (1995). Coping and Social Skills Training. In R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*, (2nd edition), (pp. 221-241). Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.

- Moyer, A., Finney, J.W., Swearingen, C.E & Vergun, P. (2002). Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97, 279-292. DOI: 10.1046/j.1360-0443.2002.00018.x.
- Nieto, L & Pelayo, R. (2009). Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a esta, como objeto de la psicología de la salud. *Revista Académica e Institucional*, 85, 61-75.
- Nosé, Barbui, Gray & Transella. (2003). Clinical interventions for treatment non-adherence in psychosomatics-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 183, 197-206. DOI: 10.1192/bjp.183.3.197
- Oficina de las Naciones Unidas contra Drogas y el Delito. (2017). Informe Mundial Sobre las Drogas 2017 (ISBN: 978-92-1-148291-1, eISBN: 978-92-1-060623-3, publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.17.XI.6).
- Olvera, P.A. (2012). Características de los desertores de un modelo cognitivo conductual para atender a fumadores. Informe profesional de servicio social inédito. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Organización Mundial de la Salud, 2003. Recuperado <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo problemático de sustancias - Manual para el uso en la atención primaria. Organización Mundial de la Salud, 2011. Recuperado de [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist\\_screening\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf).
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe de Situación Regional sobre Alcohol y la Salud en las Américas. Washington D,C, Pp. 5-6. Consultado: 1/ de Julio de 2107. [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7708/9789275318553\\_esp.pdf](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7708/9789275318553_esp.pdf).
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2016). Informe sobre Control del Tabaco en la Región de las Américas, A 10 años del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el control del Tabaco.

- Washington D,C. Pp. 1-2.Consultado: 1/ de Julio de 2017.  
[http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28380/9789275318867\\_spa.pdf](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28380/9789275318867_spa.pdf)
- Oropeza R (2003). *Desarrollo, aplicación y evaluación de un Programa de Tratamiento Breve Cognoscitivo-Conductual para Usuarios de Cocaína*. (Tesis doctoral inédita). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Palmer, R,S., Murphy, M,K., Piselli, A & Ball, S,A. (2009). Substance abuse treatment drop-out from client and clinician perspectives. *Substance use & misuse*, 44(7):1021-1038. DOI:10.1080/10826080802495237.
- Paz, R,Y. (2010). *Deserción de usuarios de una intervención breve para consumidores de marihuana*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Pickens, R, W & Thompson, T. (1984). Behavioral Treatment of Drug Dependence. En Grabowski, J, Stitzer, M,L & Henningfield, J, E. (Eds.), *Behavioral Intervention Techniques in Drug Abuse Treatment* (pp. 53-67). Washington: NIDA Research Monograph 46. Recuperado en <https://pdfs.semanticscholar.org/3f5e/f1ff621dc8b82f2e89943e1555adad22df09.pdf>
- Pina, A. A., Silverman, W. K., Weems, C. F., Kurtines, W. M. & Goldman, M. L. (2003). A comparison of completers and noncompleters of exposure-based cognitive and behavioral treatment for phobic and anxiety disorders in youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 701-705. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.701>
- Plant, M. A. (1979) *Learning to drink*. In M Grant & P. Gwinner (Eds.) *Alcoholism in perspective*. Baltimore: University Park Press
- Pollin, W. (1984). Foreword. En Grabowski, J, Stitzer, M,L & Henningfield, J, E. (Eds.), *Behavioral Intervention Techniques in Drug Abuse Treatment*. Washington: NIDA Research Monograph 46. Recuperado en <https://pdfs.semanticscholar.org/3f5e/f1ff621dc8b82f2e89943e1555adad22df09.pdf>
- Prochaska, J. O.,DiClemente, C. C., & Norcross J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviour. *American Psychologist*, 47, 1102-1114. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>



- Project MATCH Research Group. (1997). Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: Project MATCH post-treatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 1671–1698. DOI: <https://doi.org/10.15288/jsa.1997.58.7>
- Raistrick, D; Heather, N & Godfrey, C. (2006). Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems. National Treatment Agency for Substance Misuse. England: NTA. Recuperado en <http://www.dldocs.stir.ac.uk/documents/alcoeffective.pdf>
- 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). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Rocha, M, M & Santana, R, A. (1996). *Características de los bebedores problema que abandonan el tratamiento*. (Tesis de Licenciatura inédita). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Rondón, B, A, P; Otálora, B, I, L & Salamanca, C, Y. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Joournal of Psychological Research*, 2(2), 137-147.
- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23, 394–418. DOI: 10.1080/10503307.2013.775528.
- Rosales, M. (2006). *Género, cuerpo y sexualidad, un estudio diacrónico desde la antropología social: Concepciones relativas al género, cuerpo y secualidad en culturas mayas y nahuas prehispánicas y coloniales, y en contextos étnicos minoritarios contemporáneos*. (Tesis Doctoral inédita). Universidad Autónoma Metropolitana.
- Rosenthal, R, Jacobson, L. (1968). Pygmalion in the classroom. *The Urban Review*, 3(1), 16-20.
- Ruíz, B, C. (2008). El enfoque multimétodo en la investigación social y educativa: Una mirada desde el paradigma de la complejidad. *Revista de Filosofía y Socio Política de la Educación*, 8(4), 13-28.
- Secretaría de Salud (2008). Programa de Acción específico 2007-2012. Prevención y tratamiento de las adicciones. México. Recuperado de [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/PAE\\_2015.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/PAE_2015.pdf)

- Secretaria de Salud de México. Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2000 – 2015. Carga de la Enfermedad en México a nivel estatal de 1990 a 2013. Recuperado de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME\\_LA\\_SALUD\\_DE\\_LOS\\_MEXICANOS\\_2015\\_S.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME_LA_SALUD_DE_LOS_MEXICANOS_2015_S.pdf)
- Sharf, J., Primavera, L, H., & Diener, M, J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 637-645. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0021175>
- Shazer, S & Kim, B, I. (1991) The Brief Therapy Tradition. En John, H, W & Wendel, A, R (Eds), *Propagations, Thirty years of influence from the Mental Research Institute*. New York: Haworth. Recuperado de [http://web.uvic.ca/psyc/bavelas/De%20Shazer\\_Berg%20\(2001\).pdf](http://web.uvic.ca/psyc/bavelas/De%20Shazer_Berg%20(2001).pdf)
- Simpson, D. (1984). National treatment system evaluation base don 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.
- Sirotnik, K & Roffe, M. (1978). An investigation of the feseability of predicting outcome indices in the treatment of heroin addiction. *International Journal of the Addictions*, 12, 755-775.
- Sirvent, R, C. (2009). “Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico”. *Norte de salud mental*, 33, 51-58.
- Sobell, M.B & Sobell, L.C. (1993). Problem Drinkers: Guied Self-Change Treatment. Treatment Manuals For Practitioners. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Stark, M,J. (1992). Dropping out of Substance Abuse Treatment: A Clinically Oriented Review. *Clinical Psychology Review*, 12(1), 93-116. DOI: 10.1016 / 0272-7358 (92) 90092-M
- UKATT Research Team (2001). United Kingdom alcohol treatment trial: hypotheses, design and methods. *Alcohol and Alcoholism*, 36 (1), 11–21. DOI: <https://doi.org/10.1093/alcalc/36.1.11>
- Van der Wuff, I., Meyer, B,K & de Groot, R.(2017). A Review of Recruitment, Adherence and Drop-Out Rates in Omega-3 Polyunsaturated Fatty Acid Supplementation Trials in Children and Adolescents. *Nutrients*, 9, 474-505. DOI:10.3390/nu9050474

- Vázquez, V, N. (2014). Motivos de deserción de fumadores de un programa para abandono del hábito. (Tesis de Licenciatura inédita). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Velázquez, O,A. (2000) “*Situaciones de riesgo y su relación con el éxito en un tratamiento cognitivo-conductual para bebedores problema*”. (Tesis de Licenciatura inédita). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Velazquez, A., Sánchez Sosa, J. J., Lara, M. C. & Sentíes, H. (2000). El abandono del tratamiento psiquiátrico: Motivos y contexto institucional. *Revista de Psicología*, 18(2), 315-340.
- Vellgan, D,I., Weiden, P,J., Sajalovic, M., Scout, J., Carpenter, D., Ross, D & Docherty, J,P. (2009). The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry*, 70(4) 1-46.
- Vermeire M,D., Hearnshaw, H., Van Royen, P & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26(5), 331-342. DOI: 10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x
- Walker, R. (2009). Retention in treatment-indicator or illusion: An Essay. *Substance use & misuse*, 44(1), 18-27. DOI: <https://doi.org/10.1080/10826080802525967>
- Zucker, R. A. (1979) Development aspects of drinking through the young adult years. In H.T. Blane and M. E. Chafetz (Eds.) *Youth, alcohol and social policy*. New York: Plenum.

## ANEXO 1

### Escala de dependencia al Alcohol (EDA)

Cuestionario auto-aplicable de lápiz y papel, su aplicación requiere de menos de 5 minutos, consta de 25 reactivos que miden la dependencia al alcohol. Está compuesto por cuatro categorías: pérdida del control conductual por el consumo del alcohol, síntomas de retiro psicofisiológicos, síntomas de retiro perceptuales y estilo obsesivo-compulsivo para beber. La mayoría de los reactivos se responden en una escala de tres opciones, que se califican del 0 al 2 (reactivos, 1, 3 al 9, 11 al 14, 17, 19, 20 y 23) varios reactivos son dicotómicos y se califican del 0 al 1 (reactivos 2, 15, 18, 24 y 25) y algunos de cuatro puntos, que se califican del 0 al 3 (10, 16 y 22). Es un instrumento sensible para medir todo el rango dependencia (de baja a severa), así como cambios que se den en el tiempo y está relativamente libre de influencia socio-cultural. Los datos de confiabilidad test-retest los obtuvieron Skinner y Horn (1984), utilizando el Inventario de Consumo de Alcohol y estimaron la confiabilidad test-retest en 0.92. Tiene una consistencia interna por alpha de Cronbach ha de 0,92. Un ejemplo de reactivo de este instrumento es: “después de tomar una o dos copas, *¿puede dejar de beber?*”.

El cuestionario se califica sumando los resultados a cada uno de los 25 reactivos. El puntaje que se obtiene va de 0 a 47 puntos, en donde un puntaje 0 indica que no hay dependencia, de 1 a 13 dependencia baja, de 14 a 21 dependencia moderada, de 22 a 30 media y de 31 a 47 dependencia severa. Un puntaje entre 14 y 30 indica que el usuario es un posible candidato a participar en el modelo. Si su puntaje es superior, se le canaliza a un modelo adecuado a su problemática.

Pre-tratamiento	Post-tratamiento	1° seguimiento	2° seguimiento	3° seguimiento	4° seguimiento
<b>Instrucciones:</b> las siguientes preguntas cubren una amplia variedad de situaciones relacionadas con su consumo de alcohol en los últimos 12 meses (o a partir del último periodo de evaluación por ejemplo desde el post – tratamiento al primer seguimiento etc.). Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta, pero no piense su significado exacto. Considerando sus hábitos de beber más recientes, conteste cada pregunta marcando con una “X” la opción más adecuada. Si tiene duda al contestar, por favor pregunte al investigador.					
1. ¿Cuántas copas bebió la última vez?					
0 Lo suficiente para sentirse bien 1 Lo suficiente para emborracharse 2 Lo suficiente para perderse					
2. ¿Con frecuencia sufre de crudas los domingos o los lunes por la mañana?					
0 No 2 Si					
3. ¿Le tiemblan las manos o tiene escalofríos cuando vuelve a encontrarse sobrio?					
0 No 1 Algunas veces 2 Casi cada vez que bebo					
4. ¿Al día siguiente de beber se siente enfermo o con vómitos, dolor estomacal o retortijones?					
0 No 1 Algunas veces 2 Casi cada vez que bebo					
5. ¿Ha estado intranquilo y/o ha visto, oído o sentido cosas que no existen?					

0 No 1 Algunas veces 2 Casi cada vez que bebo
6. ¿Cuándo bebe se tropieza, se tambalea y zigzaguea al caminar?
0 No 1 Algunas veces 2 Varias veces
7. Al día siguiente de beber ¿ha sentido bochorno y sudoración con fiebre?
0 No 1 Algunas veces 2 Varias veces
8. Después de beber ¿has visto cosas que en realidad no existen?
0 No 1 Algunas veces 2 Varias veces
9. ¿Siente pánico (terror) al pensar que no tendrá una copa cuando la necesite?
0 No 1 Algunas veces 2 Varias veces
10. ¿Después de beber ha tenido lagunas mentales sin haber sufrido desmayos?
0 No, nunca 1 Algunas veces 2 Frecuentemente 3 Casi cada vez que bebo
11. ¿Lleva con usted una botella o tiene una al alcance de la mano?
0 No 1 Algunas veces 2 La mayoría de las veces
12. Después de un periodo de abstinencia (sin tomar bebidas) ¿termina usted bebiendo en exceso otra vez?
0 No 1 Algunas veces 2 La mayoría de las veces
13. En los últimos 12 meses, ¿se ha desmayado por estar bebiendo?
0 No 1 Algunas veces 2 Más de una vez
14. ¿Ha tenido convulsiones (ataques) después de haber bebido?
0 No 1 Alguna vez 2 Varias veces
15. ¿Bebe durante todo el día?
0 No 1 Si
16. ¿Después de haber bebido en exceso tiene pensamientos o ideas confusas, poco claras?
0 No 1 Si pero solo por unas horas 2 Si, por uno o dos días 3 Si, durante varios días
17. Como consecuencia de beber, ¿ha tenido palpitaciones?
0 No 1 Alguna vez 2 Varias veces
18. ¿Piensa constantemente en beber y en las bebidas?
0 No 1 Si
19. Como consecuencias de su forma de beber, ¿ha escuchado cosas que no existen?
0 No 1 Alguna vez 2 Varias veces
20. Cuando bebe, ¿ha tenido miedo y sensaciones extrañas?

0 No 1 Algunas veces 2 Frecuentemente
21. Como consecuencia de haber bebido ¿ha sentido cosas caminando por su cuerpo, que en realidad no existen? (gusanos, arañas)
0 No 1 Algunas veces 2 Varias veces
22. ¿Ha tenido lagunas mentales (pérdida de memoria)?
0 Nunca 1 Si durante menos de una hora 2 Si durante varias horas Si durante uno varios días
23. ¿Ha tratado de dejar de beber y no pudo?
0 No 1 Alguna vez 2 Varias veces
24. ¿Bebe muy rápido (de un solo trago)?
0 No 1 Si
25. Después de tomar una o dos copas, ¿puede dejar de beber?
0 Si 1 No

## ANEXO 2

### ENTREVISTA INICIAL

#### CONSUMO DE SUSTANCIAS

- ¿Cuál es su principal sustancia de consumo?  
Alcohol \_\_\_ tabaco \_\_\_ marihuana/cannabis \_\_\_ cocaína \_\_\_ crack \_\_\_  
Pastillas nombre \_\_\_\_\_ otras drogas \_\_\_\_\_
- En caso de consumo de alcohol ¿Qué tipo de bebida consume?  
Cerveza \_\_\_ vino \_\_\_ pulque \_\_\_ coolers \_\_\_  
destilados \_\_\_ (ron, vodka, ginebra, aguardiente, whisky, tequila, mezcal, etc.)
  - En caso de que el Tabaco sea la sustancia que motiva el tratamiento.
- Cual considera que es la razón principal por la que inició a fumar?
  - Porque sus compañeros, amigos o familiares fumaban.
  - Por presión de los amigos o compañeros
  - Por curiosidad.
  - Para tranquilizarse
  - Por rebeldía.
  - Otro \_\_\_\_\_
- ¿Le da el golpe al cigarro cuando fuma?  
Nunca \_\_\_ algunas veces \_\_\_ siempre \_\_\_

#### ANÁLISIS FUNCIONAL DEL CONSUMO.

- ¿Desde hace cuánto tiempo ha consumido alcohol/droga? (sustancia principal)  
\_\_\_\_\_
- ¿Desde hace cuánto consume en forma excesiva alcohol/droga? (sustancia principal)  
\_\_\_\_\_
- ¿Cuál es la cantidad consumida con mayor frecuencia?  
\_\_\_\_\_
- Normalmente consume: sólo \_\_\_ acompañado \_\_\_
- El lugar donde consume normalmente es: público \_\_\_ privado \_\_\_
- Una vez que empieza a consumir alcohol/drogas ¿puede detener su consumo voluntariamente?  
Si \_\_\_ No \_\_\_
- Mensualmente ¿Qué porcentaje de su sueldo utiliza en comprar lo siguiente?  
Alcohol \_\_\_ Tabaco \_\_\_ otras drogas \_\_\_ % \_\_\_
- En caso de ser poli-usuarios responder las siguientes preguntas**
- ¿Desde hace cuánto ha consumido alcohol/droga? (sustancia secundaria en poli-usuarios)  
\_\_\_\_\_
- ¿Desde hace cuánto consume en forma excesiva alcohol/droga? (sustancia secundaria en poli usuarios)  
\_\_\_\_\_

#### DISPOSICIÓN AL CAMBIO.

- ¿Qué tan seguro del 1 (completamente inseguro) al 10 (completamente seguro) se siente de lograr no consumir la sustancia adictiva?

0  
10

- 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	Alcohol	Tabaco	Otra droga
Sin problema			
Un pequeño problema: estoy preocupado al respecto, pero no he tenido			

ninguna experiencia negativa.			
Un problema: he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que puede considerarse seria			
Un gran problema: he tenido algunas consecuencias serias.			

16. Desde que el consumo de alcohol/droga se ha convertido en un problema, ¿Por cuánto tiempo ha dejado de consumir alcohol/droga (mayor periodo de abstinencia, si nunca se ha abstenido, marque "0"). \_\_\_\_\_
17. ¿Cuándo ocurrió? \_\_\_\_\_ (mes y año)
18. ¿Por qué se abstuvo en esa ocasión? \_\_\_\_\_
19. Actualmente que tan importante es para usted dejar de consumir alcohol/droga?  
 Nada importante \_\_\_\_ Poco importante \_\_\_\_ Algo importante \_\_\_\_ Importante \_\_\_\_ Muy importante \_\_\_\_
20. Mencione dos razones por las cuales es importante para usted dejar de consumir  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### SITUACIÓN SOCIAL-FAMILIAR

Familiograma.

21. Nivel máximo de estudios: Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_
22. Ocupación: Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_
23. En los últimos 12 meses ¿ha tenido algún conflicto familiar grave?  
 Si \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
24. Algún familiar con antecedentes de enfermedad mental o médica (indicar).  
 \_\_\_\_\_

25. ¿Alguna de las personas que se enlistan a continuación ha usado algún tipo de droga? Especifique si se trata de alcohol u otra droga.

	SI/NO	¿Qué sustancia?	¿Qué problema ha tenido con la sustancia?
1) Papá			
2) Mamá			
3) Hermano(a)			
4) Amigo			
5) Algún familiar que vive contigo.			
6) Pareja			

26. Cuándo está con amigos o familiares, ¿éstos lo presionan a consumir alcohol o droga?  
 No. \_\_\_\_\_ Sí, pero sólo mis amigos. \_\_\_\_\_  
 Sí, pero sólo mi familia. \_\_\_\_\_ Sí, tanto mis amigos como mi familia. \_\_\_\_\_
27. Entre sus amigos o familiares, ¿quiénes lo ayudarían a cambiar su consumo de alcohol/drogas?  
 \_\_\_\_\_

- Para adolescentes.

	<i>Lo ve bien</i>	<i>Ni bien ni mal</i>	<i>Lo ve mal</i>
1) Mi madre/sustituta	1	2	3
2) Mi padre/ sustituto	1	2	3
3) Mis maestros o patronos	1	2	3
4) Mi mejor amigo	1	2	3
5) La mayoría de los jóvenes de mi edad	1	2	3

28. ¿Qué opinan las siguientes personas de que tu tomes alcohol o pruebes drogas? (preguntar de acuerdo con la sustancia principal de consumo)
29. ¿Cómo son las relaciones familiares?



	SI	NO
a) ¿Se niegan tus padres (o quien lo sustituye) a hablarte cuando se enfadan contigo?	1	2
b) La mayoría de las veces, ¿saben tus padres (o quien te cuida) dónde estás y lo que estás haciendo?	1	2
c) ¿Participas en muchas actividades en compañía de tus padres (o de quien te cuida)?	1	2
d) ¿Te prestan atención tus padres (o quien te cuida) cuando les hablas?	1	2
e) ¿Saben tus padres (o tutores) cómo realmente piensas o te sientes?	1	2
f) ¿Discutes frecuentemente con tus padres (o quien te cuida), levantando la voz y gritando?	1	2
g) ¿Les gusta a tus padres (o quien te cuida) hablar y estar contigo?	1	2
h) ¿Tienen tus padres (o quien te cuida) una idea relativamente buena de lo que te interesa?	1	2
i) ¿Están tus padres (o quien te cuida) de acuerdo en cuanto a la forma en la que te deben manejar?	1	2

30. Normas familiares con relación al consumo de alcohol y drogas (preguntar por la sustancia principal)

	SI	NO
a) ¿Tus padres saben que tomas alcohol o consumo drogas?	1	2
b) ¿Tus padres te han puesto las reglas muy claras sobre el consumo de alcohol o drogas?	1	2
c) ¿Es importante para ti cumplir las normas que tienen tus padres acerca de tomar alcohol o probar drogas?	1	2

31. ¿Tienes novio (a)? Si \_\_\_ No \_\_\_
32. ¿Cuánto tiempo llevas en la relación? \_\_\_\_\_
33. ¿Has tenido relaciones sexuales? No \_\_\_\_\_ una vez \_\_\_\_\_ más de una vez \_\_\_\_\_  
 ¿Edad de inicio? \_\_\_\_\_
34. ¿Cuándo tienes relaciones sexuales utilizas algún método anticonceptivo?  
 Si \_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_ No \_\_\_
35. ¿Con qué frecuencia lo utilizas?  
 Siempre \_\_\_ casi siempre \_\_\_ frecuentemente \_\_\_ algunas veces \_\_\_ Nunca \_\_\_
36. ¿Has tenido problemas relacionados con tu conducta sexual? Si \_\_\_ No \_\_\_
37. ¿Qué tipo de problema? \_\_\_\_\_
38. ¿Has tenido relaciones sexuales después de consumir alcohol o drogas? Si \_\_\_ No \_\_\_

### ADMINISTRACIÓN DEL TIEMPO LIBRE

39. ¿Qué acostumbres hacer cuando no estás en la escuela?

(Marcar una respuesta para cada inciso)	Nunca	Algunas veces	Casi Siempre
1) Veo la televisión en casa	1	2	3
2) Practico algún deporte	1	2	3
3) Juego o salgo con amigos (as)	1	2	3
4) Nada y me aburro	1	2	3
5) Ayudo en las labores de la casa	1	2	3
6) Hago tarea o estudio	1	2	3
7) Juego nintendo, voy a las máquinas y a los juegos electrónicos	1	2	3
8) Salgo a pasear con mi familia	1	2	3
9 Me voy a beber con mis amigos	1	2	3
10) Escucho música	1	2	3
11) Hablo por teléfono	1	2	3
12) Voy a fiestas	1	2	3
13) Asisto a clases artísticas (baile, tocar un instrumento, etc.)	1	2	3
14) Voy al cine	1	2	3
15) Otro (especifica)	1	2	3

40. ¿Estas actividades están relacionadas con el consumo de alcohol o drogas? Si \_\_\_ No \_\_\_  
 ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

- Termina sección de adolescentes.

### SITUACIÓN LABORAL/ESCOLAR

41. En los últimos 12 meses, ¿Cuántos días no trabajó o no acudió a la escuela como resultado del consumo de alcohol o drogas? (De 0 a 365 días)

42. En los últimos 12 meses ¿Cuántas veces perdió el empleo o años académicos (materias) como resultado de consumir alcohol o drogas? \_\_\_\_\_

### SALUD FÍSICA Y MENTAL

43. ¿Está siendo atendido por algún problema de salud en la actualidad?  
 No\_\_\_ Si\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
44. ¿Está tomando algún medicamento con prescripción médica? No\_\_\_ Si\_\_\_  
 Cuál \_\_\_\_\_ con qué frecuencia \_\_\_\_\_  
 ¿Por qué motivo? \_\_\_\_\_
45. ¿Toma algún medicamento sin prescripción médica? No \_\_\_ Si \_\_\_  
 Cuál \_\_\_\_\_ con qué frecuencia \_\_\_\_\_  
 ¿Por qué motivo? \_\_\_\_\_
46. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces y días estuvo en el hospital por problemas relacionados con el consumo de alcohol/drogas?

47. Durante el último mes, ¿ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?  
 \_\_\_No \_\_\_Si
48. Durante el último mes, ¿ha intentado suicidarse?  
 \_\_\_No \_\_\_Si
49. ¿Alguna vez en la vida ha intentado suicidarse? (Riesgo de Suicidio)  
 \_\_\_No \_\_\_Si

### CONSECUENCIAS ADVERSAS AL USO DE SUSTANCIAS

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

SALUD FÍSICA	¿Qué daños te ha ocasionado el consumo? Especificalos	¿Qué tanto te afecta en tu vida, en una escala del 1 al 10?
ALTERACIONES CARDIOVASCULARES	ARRITMIAS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	PRESIÓN ARTERIAL	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	INSUFICIENCIAS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	CARDIOPATÍAS (isquemia cardiaca)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	INFARTO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	VÁRICES ESOFÁGICAS: (dilataciones venosas en el esófago)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ALTERACIONES DIGESTIVAS	DESNUTRICIÓN	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	DIABETES	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	GASTRITIS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	HEPATITIS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	HÍGADO GRASO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	ULCERA	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	ÁCIDO ÚRICO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	CIRROSIS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	PANCREATITIS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	PÉRDIDA DE APETITO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ALTERACIONES DEL SNC	ALUCINACIONES (auditivas, visuales, táctiles)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	INSOMNIO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	LAGUNAS MENTALES	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	CONVULSIONES	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	DELIRIOS (persecución, otros)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	PROBLEMAS VISUALES	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	ATAXIAS (dificultad de coordinación de movimientos)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	TEMBLOR	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	COMA	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	GOLPES	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	CAÍDAS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	CONFUSIÓN MENTAL	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	CONFABULACIONES (falsos recuerdos)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	ACCIDENTES	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ALTERACIONES ÓSEAS	DESCALCIFICACIÓN	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	FRACTURAS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

	PÉRDIDA DE DIENTES	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ALTERACIONES RESPIRATORIAS	ENFISEMA PULMONAR OBSTRUCTIVO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	TOS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	NEUMONÍAS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	TUBERCULOSIS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	PULMONÍA	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<u>ALTERACIONES COGNOSCITIVAS</u>	CONFUSIÓN MENTAL	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	PROBLEMAS DE ATENCIÓN	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	PROBLEMAS DE CONCENTRACIÓN	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	PROBLEMAS DE MEMORIA	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	PROBLEMAS PARA TOMAR DECISIONES	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ALTERACIONES EMOCIONALES	ANSIEDAD	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	CELOS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	CULPA	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	DEPRESIÓN	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	DESESPERACIÓN	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	IDEAS SUICIDAS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	INSEGURIDAD	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	INTENTOS SUICIDAS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	IRRITABILIDAD	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	CAMBIOS DRÁSTICOS DEL ESTADO DE ÁNIMO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ALTERACIONES EN RELACIONES INTERPERSONALES	TEMOR	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	AISLAMIENTO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	CORRERLO DE CASA	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	DIVORCIO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	MENTIRAS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	PÉRDIDA DE CONFIANZA	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	PÉRDIDA DE AMIGOS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	PROBLEMAS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	RUPTURA DE RELACIONES DE PAREJA	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ALTERACIONES DE CONDUCTA AGRESIVA	SEPARACIONES	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	VIVIR FUERA DE CASA	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	AGRESIÓN FÍSICA	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	RIÑAS/PELEAS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	GRITOS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	LESIONES	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	GOLPES QUE REQUIERAN HOSPITALIZACIÓN	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ALTERACIONES LEGALES	INSULTOS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	ROMPER OBJETOS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	DEMANDA POR ROBO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	HOMICIDIO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	INTENTO DE HOMICIDIO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	DETENCIONES	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	ENCARCELAMIENTO(fecha, duración y causas)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	MANEJO DE ARMAS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ALTERACIONES ECONÓMICAS	ROBO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	VENTA O TRANSPORTACIÓN DE SUSTANCIAS ADICTIVAS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	DEUDAS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	GASTO EXCESIVO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ALTERACIONES LABORALES	EMPEÑAR	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	PEDIR PRESTADO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	ACCIDENTES LABORALES	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	AUSENTISMO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	DESPIDO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	DESEMPLEO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ALTERACIONES LABORALES	PROBLEMAS CON COMPAÑEROS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	PROBLEMAS CON EL JEFE	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

	RETARDOS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	SUSPENSIONES LABORALES	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	SUSPENSIONES DE PAGO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ALTERACIONES ESCOLARES	EXPULSIONES	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	INASISTENCIAS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	REPROBACIÓN DE AÑO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	REPROBACIÓN DE MATERIAS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	RETARDOS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### ESTRATEGIAS DE SOLUCIÓN.

50. ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento o ayuda para resolver sus problemas de alcohol o droga?  
 No \_\_\_\_\_ Si. \_\_\_\_\_ ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

51. ¿Cuáles?

Tipo de tratamiento/ayuda	Alcohol	Droga
Centro de desintoxicación		
Tratamiento de consulta externa		
Internamiento		
Tratamiento médico		
Tratamiento psiquiátrico		
Grupos de autoayuda		

52. ¿Qué tan satisfecho está con "su forma (estilo) de vida" en este momento?  
 Muy satisfecho \_\_\_\_ Satisfecho \_\_\_\_ Inseguro \_\_\_\_ Insatisfecho \_\_\_\_ Muy insatisfecho \_\_\_\_

53. ¿Cuáles son sus metas para el futuro?

---



---

### IMPRESIÓN DIAGNOSTICA (Esta parte la debe llenar el profesional de la salud)

- Ubicación: Tiempo \_\_\_\_\_ Espacio/Lugar \_\_\_\_\_ Persona \_\_\_\_\_
- Descripción de la apariencia del usuario (limpieza, apariencia física, vestimenta, edad aparente, expresiones, postura)

---



---

- Discurso (tipo de lenguaje, tipo de pensamientos, dificultades, nivel educativo, vocabulario):

---



---

- Estado emocional del usuario (Estado emocional predominante, Estado emocional que acompaña al discurso):

---



---

- Problemas presentados durante la sesión:

---



---

Firma del Profesional de la Salud \_\_\_\_\_

### ANEXO 3

#### LÍNEA BASE RETROSPECTIVA (LIBARE)

Cuestionario auto-aplicable de lápiz y papel (puede ser aplicado por el entrevistador o auto aplicable), su aplicación regularmente toma entre 20 y 40 minutos. La LIBARE se utiliza para medir el patrón de consumo (cantidad y frecuencia) antes, durante y después de un tratamiento. El material que se le proporciona al usuario es una especie de calendario con el cual se le pide que recuerde su forma de beber lo mejor posible, día con día, en forma retrospectiva. Es importante empezar por el día de la entrevista e ir llenando los días en forma retrospectiva, cuando no hubo consumo debe ponerse “0” en la casilla del día correspondiente. El registro puede abarcar desde los 365 días anteriores a la entrevista o 6 meses antes. Tiene una confiabilidad test-retest de .91. La correlación del consumo entre el reporte del individuo y el del colateral es de .82. Se reporta validez concurrente con marcadores biológicos (gama-glutamyl-transpeptidasa).

Mes 1 (primer mes)			Mes				Año
1	2	3	4	5	6	7	
8	9	10	11	12	13	14	
15	16	17	18	19	20	21	
22	23	24	25	26	27	28	
29	30	31					
Mes 2			Mes				Año
1	2	3	4	5	6	7	
8	9	10	11	12	13	14	
15	16	17	18	19	20	21	
22	23	24	25	26	27	28	
29	30	31					
Mes 3			Mes				Año
1	2	3	4	5	6	7	
8	9	10	11	12	13	14	
15	16	17	18	19	20	21	
22	23	24	25	26	27	28	
29	30	31					
Mes 4			Mes				Año
1	2	3	4	5	6	7	
8	9	10	11	12	13	14	
15	16	17	18	19	20	21	
22	23	24	25	26	27	28	
29	30	31					
Mes 5			Mes				Año
1	2	3	4	5	6	7	
8	9	10	11	12	13	14	
15	16	17	18	19	20	21	
22	23	24	25	26	27	28	
29	30	31					
Mes 6			Mes				Año
1	2	3	4	5	6	7	
8	9	10	11	12	13	14	
15	16	17	18	19	20	21	
22	23	24	25	26	27	28	
29	30	31					

## ANEXO 4

### INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE ALCOHOL (ISCA)

Cuestionario auto-aplicable de lápiz y papel, su aplicación requiere de 20 minutos, consta de 100 reactivos, los cuales se responden en una escala de 4 opciones, que van desde nunca (0) hasta casi siempre (3), que permiten medir situaciones específicas de alto riesgo de consumo de alcohol en el individuo propuestas por Marlatt y Gordon (1980, 1985), las cuales están distribuidas en 8 categorías y divididas en dos grandes grupos: 1) Situaciones personales, en las cuales el beber involucra una respuesta a un evento de naturaleza psicológica o física; el cual se subdivide en 5 categorías: Emociones desagradables (reactivos 2, 16, 23, 26, 33, 34, 35, 53, 55, 59, 61, 63, 64, 68, 71, 74, 76, 83 y 90) Malestar físico (reactivos 4, 11, 40, 41, 42, 51, 70, 75, 86 y 97) Emociones agradables (reactivos 3, 14, 31, 37, 58, 65, 78, 79, 85 y 98) Probando auto-control (reactivos 5, 17, 36, 43, 45, 54, 57, 80, 81 y 91) Necesidad o urgencia por consumir (reactivos, 7, 13, 15, 20, 29, 32, 38, 47, 67 y 89); y 2) Situaciones que involucran a terceras personas, que se subdividen en 3 subcategorías que son: Conflicto con otros (1, 8, 9, 18, 25, 27, 28, 30, 44, 50, 52, 56, 62, 66, 77, 87, 92, 94, 99 y 100) Presión social (10, 19, 22, 39, 49, 60 y 69) y Momentos agradables (6, 12, 21, 46, 48, 72, 82, 88, 93 y 95). Los puntajes de las 8 sub escalas mostraron confiabilidad en bebedores problema y validez de contenido aceptable, representando el universo de situaciones de recaída (Echeverría et al, 1998). Un ejemplo de reactivo de este instrumento es *“cuando alguien me invitaba a su casa y me ofrecía una copa”*.

No. de expediente: \_\_\_\_\_

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

Pre-tratamiento	Post-tratamiento	1° seguimiento	2° seguimiento	3° seguimiento	4° seguimiento
<b>Instrucciones:</b> 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 <b>“Nunca”</b> consumió drogas en esa situación, marque 0	Si usted <b>“Rara vez”</b> consumió drogas en esa situación, marque 1	Si usted <b>“Frecuentemente”</b> consumió drogas en esa situación, marque 2	Si usted <b>“Casi siempre”</b> consumió drogas en esa situación, marque 3		

	N	RV	F	CS
1. Cuando tuve una discusión con un amigo	0	1	2	3
2. Cuando estaba deprimido	0	1	2	3
3. Cuando finalmente todo iba por buen camino	0	1	2	3
4. Cuando me sentía nervioso	0	1	2	3
5. Cuando decidí demostrar mi fuerza de voluntad dejando de beber después de tomar 1 o 2 copas	0	1	2	3
6. Cuando mis amigos llegaban de visita y me sentía emocionado	0	1	2	3
7. Cuando veía un anuncio de mi bebida favorita	0	1	2	3
8. Cuando me disgustó la presencia de alguien	0	1	2	3
9. Cuando alguien me criticaba	0	1	2	3
10. Cuando alguien me invitaba a sus casa y me ofrecía una copa	0	1	2	3
11. Cuando no podía dormir	0	1	2	3
12. Cuando quería aumentar mi placer sexual	0	1	2	3
13. Cuando me daban como regalo una botella de mi bebida favorita	0	1	2	3

14. Cuando me sentía muy contento	0	1	2	3
15. Cuando volvía a estar en reuniones en donde siempre bebía	0	1	2	3
16. Cuando me entristecía al recordar algo que había sucedido	0	1	2	3
17. Cuando pensaba que el alcohol ya no era un problema para mí	0	1	2	3
18. Cuando algunas personas a mi alrededor me ponían tenso	0	1	2	3
19. Cuando al salir con amigos estos entraban a un bar a beber una copa	0	1	2	3
20. Cuando pensaba que fresca y sabrosa podía ser la bebida	0	1	2	3
21. Cuando quería estar más cerca de alguien que me gustaba	0	1	2	3
22. Cuando alguien en la misma habitación estaba bebiendo	0	1	2	3
23. Cuando sentía que no tenía a quien acudir	0	1	2	3
24. Cuando sentía que me estaba deprimiendo	0	1	2	3
25. Cuando me sentía rechazado sexualmente	0	1	2	3
26. Cuando estaba aburrido	0	1	2	3
27. Cuando no era capaz de expresar mis sentimientos.	0	1	2	3
28. Cuando la gente era injusta conmigo	0	1	2	3
29. Cuando me acordaba lo bien que sabe mi bebida favorita	0	1	2	3
30. Cuando me sentía rechazado por mis amigos	0	1	2	3
31. Cuando me sentía seguro y relajado	0	1	2	3
32. Cuando veía algo que me recordaba la bebida	0	1	2	3
33. Cuando empezaba a sentir harto de la vida	0	1	2	3
34. Cuando estaba confundido	0	1	2	3
35. Cuando me sentía solo	0	1	2	3
36. Cuando me podía convencer que era una nueva persona que podía tomar unas cuantas copas	0	1	2	3
37. Cuando me estaba sintiendo el “dueño” del mundo	0	1	2	3
38. Cuando pasaba por donde venden bebidas	0	1	2	3
39. Cuando estaba en una situación en la que siempre bebía	0	1	2	3
40. Cuando me sentía somnoliento y quería estar alerta	0	1	2	3
41. Cuando estaba cansado	0	1	2	3
42. Cuando tenía un dolor físico	0	1	2	3
43. Cuando me sentía seguro de que podía beber solo unas cuantas copas	0	1	2	3
44. Cuando alguien cercano a mí estaba sufriendo	0	1	2	3
45. Cuando comencé a pensar que nunca conocería mis límites respecto a la bebida a menos que los probará	0	1	2	3
46. Cuando salí con mis amigos a divertirme y quise disfrutar más	0	1	2	3
47. Cuando de repente me encontraba una botella de mi bebida favorita	0	1	2	3
48. Cuando estaba platicando a gusto y quise contar una “anécdota”	0	1	2	3
49. Cuando me ofrecían una copa y me sentía incómodo de rechazarla	0	1	2	3
50. Cuando no simpatizaba a algunas personas	0	1	2	3
51. Si me sentía mareado o con náuseas	0	1	2	3
52. Cuando me sentía inseguro de poder lograr lo que esperaban de mí	0	1	2	3
53. Cuando me sentía muy presionado	0	1	2	3
54. Cuando dudaba de mi auto-control respecto al alcohol y quería probarlo tomando una copa	0	1	2	3
55. Cuando parecía que nada de lo que hago me estaba saliendo bien	0	1	2	3
56. Cuando otras personas interferían con mis planes	0	1	2	3
57. Cuando pensaba que finalmente me había curado y que podía controlar la bebida	0	1	2	3
58. Cuando todo estaba saliendo bien	0	1	2	3
59. Cuando sentía que a nadie le importaba realmente lo que me pasaba	0	1	2	3
60. Cuando en una fiesta otras personas estaban bebiendo	0	1	2	3
61. Cuando me sentía inseguro y quería funcionar mejor	0	1	2	3
62. Cuando me sentía presionado por las exigencias de mi jefe debido a la calidad de mi trabajo	0	1	3	3
63. Cuando me parecía que no podía hacer las cosas que intentaba	0	1	2	3
64. Cuando tenía miedo de que las cosas no me iban a salir bien	0	1	2	3
65. Cuando me sentía satisfecho por algo que había hecho	0	1	2	3
66. Cuando sentía envidia por algo que había hecho otra persona	0	1	2	3
67. Cuando pasaba frente un bar	0	1	2	3
68. Cuando me sentía vacío interiormente	0	1	2	3
69. Cuando estaba en un restaurante y las personas junto a mí ordenaban copas	0	1	2	3
70. Cuando me sentía muy cansado	0	1	2	3
71. Cuando todo me estaba saliendo mal	0	1	2	3
72. Cuando quería celebrar con un amigo (a)	0	1	2	3
73. Cuando alguien me presionaba a demostrar que podía tomar una copa	0	1	2	3
74. Cuando me sentía culpable de algo	0	1	2	3
75. Cuando me sentía nervioso y tenso	0	1	2	3

76. Cuando estaba enojado respecto al curso que habían tomado algunas cosas.	0	1	2	3
77. Cuando me sentí muy presionado por mi familia	0	1	2	3
78. Cuando algo bueno sucedía y quería celebrarlo	0	1	2	3
79. Cuando me sentía contento con mi vida	0	1	2	3
80. Cuando pensaba que realmente no dependía de la bebida	0	1	2	3
81. Cuando pensaba que una copa no podía hacerme daño	0	1	2	3
82. Cuando me estaba divirtiendo con mis amigos y quería aumentar mi diversión	0	1	2	3
83. Cuando me sentía confundido respecto a lo que quería hacer	0	1	2	3
84. Cuando me reunía con un amigo (a) y sugería tomar una copa juntos	0	1	2	3
85. Cuando quería celebrar una ocasión especial como la Navidad o un cumpleaños	0	1	2	3
86. Cuando tenía dolor de cabeza	0	1	2	3
87. Cuando no me llevaba bien con mis compañeros de trabajo	0	1	2	3
88. Cuando me estaba divirtiendo en una fiesta y quería sentirme mejor	0	1	2	3
89. Cuando de repente tenía urgencia de beber una copa	0	1	2	3
90. Cuando pensaba en las oportunidades que había desperdiciado en la vida	0	1	2	3
91. Cuando quería probarme a mí mismo que podía beber pocas copas sin emborracharme	0	1	2	3
92. Cuando había problemas (pleitos en mi hogar)	0	1	2	3
93. Cuando disfrutaba de una comida con amigos y pensaba que una copa lo haría más agradable	0	1	2	3
94. Cuando tenía problemas en el trabajo	0	1	2	3
95. Cuando estaba a gusto con un amigo (a) y quería tener mayor intimidad	0	1	2	3
96. Cuando mi jefe ofrecía una copa	0	1	2	3
97. Cuando sentía el estómago “hecho un nudo”	0	1	2	3
98. Cuando me sentía feliz al recordar algo que me había pasado	0	1	2	3
99. Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien	0	1	2	3
100. Cuando sentía que alguien estaba tratando de controlarme y quería sentirme más independiente y poderoso	0	1	2	3



## ANEXO 5

### CUESTIONARIO BREVE DE CONFIANZA SITUACIONAL

Cuestionario auto-aplicable de lápiz y papel, su aplicación requiere de 5 a 15 minutos, consta de 8 reactivos que miden el concepto de auto-eficacia de Bandura (1977) en relación a la percepción del usuario para afrontar efectivamente las ocho categorías de riesgo del ISCA para el abuso de alcohol y otras drogas (emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando auto-control, necesidad física o urgencia por consumir, conflicto con otros, presión social y momentos agradables), se le indica al usuario imaginarse así mismo en cada una de las ocho situaciones y señalar qué tan confiado está en una escala del 0% al 100% de resistirse a consumir ante esa situación, en donde 0% indica que definitivamente sí consumiría y 100% que está totalmente confiado de no consumir ante esa situación. La validez del constructo fue adecuada para correlacionar cada categoría con medidas de consumo pudiendo predecir situaciones de recaídas. Un ejemplo de reactivo de este instrumento es *“qué tan seguro estás de resistirte a consumir ante emociones desagradables (Por ejemplo: si estuvieras deprimido en general, si las cosas estuvieran saliendo mal).”*

Pre-tratamiento	Post-tratamiento	1° seguimiento	2° seguimiento	3° seguimiento	4° seguimiento
-----------------	------------------	----------------	----------------	----------------	----------------

**Instrucciones:** A continuación se presentan 8 diferentes situaciones o eventos ante los que algunas personas tienen problemas con su consumo. 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, marcando con una x a lo largo de la línea 0% si ésta “INSEGURO” ante esa situación o 100% si está “totalmente seguro” de poder resistir beber. Como el ejemplo.

Me siento 0% -----100%

**Sustancias:** \_\_\_\_\_

**En este momento sería capaz de resistir la necesidad de beber en aquellas situaciones que involucran.**

**Emociones Desagradables** (Si estuviera deprimido en general; si las cosas me estuvieran saliendo mal)

Me siento 0% -----100%

**Malestar Físico** (Si no pudiera dormir; si me sintiera nerviosa y tensa)

Me siento 0% -----100%

**Emociones Agradables** (Si me sintiera muy contento; si quisiera celebrar; si todo fuera por buen camino)

Me siento 0% -----100%

**Probando mi Control Sobre la Droga** (Si pensaré que ya no tengo problemas con la droga; si me sintiera seguro beber sólo unas copas)

Me siento 0% -----100%

**Necesidad Física** (Si tuviera urgencia de beber una copa; si pensara que fresca y sabrosa puede ser la bebida)

Me siento 0% -----100%

**Conflicto con Otros** (Si tuviera una pelea con un amigo; si no me llevara bien con mis compañeros de trabajo)

Me siento 0% -----100%

**Presión Social** (Si alguien me presionara a beber; si alguien me invitara a su casa y me ofreciera una copa)

Me siento 0% -----100%

**Momentos Agradables con Otros** (si quisiera celebrar con una amiga; si me estuviera divirtiendo con un amigo y quisiera sentirme mejor)

Me siento 0% -----100%

## ANEXO 6

### La Prueba de detección de consumo de Alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)

Consiste en un cuestionario en versión de papel y lápiz dirigido a los usuarios de sustancias que debe ser administrado por un profesional de la salud. Consta de ocho preguntas, para su aplicación se requiere de entre 5 y 10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, detecta el consumo de Tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas), alucinógenos, opiáceos y otras drogas. La mayoría de los reactivos se responden en una escala de cinco opciones de frecuencia, que se van de nunca (0 pts.) a diario o casi diario (6 pts.) (Reactivos 2 al 5), un reactivo es dicotómico y no se califica (reactivo 1) y algunos tienen cuatro opciones de frecuencia que van de nunca (0 pts.) a sí, en los últimos 3 meses (6 pts.) (Reactivos 6 al 8).

El instrumento proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses, permite identificar una serie de problemas relacionados con el consumo de sustancias (intoxicación aguda, consumo regular, conductas asociadas con inyectarse, etc.). La puntuación final, indica el nivel de riesgo para cada sustancia (bajo, moderado o alto) y en cada caso se determina la intervención más adecuada (sin tratamiento, intervención breve o tratamiento más intensivo). En la estandarización a la población mexicana obtuvo una consistencia interna por alfa de Cronbach de 0,87 una validez concurrente aceptable y significativa entre la subescala de alcohol y la puntuación de AUDIT ( $r = 0,719, p \leq 0,001$ ), entre la subescala de tabaco y la puntuación de Test de Fagerstrom de dependencia de la nicotina (FTND) ( $r = 0,13, p \leq 0,001$ ), y entre la puntuación en el consumo de otras sustancias y la puntuación del Drug Abuse Screening Test (DAST-20). ( $r = 0,187, p \leq 0,01$ ) fueron muy pequeños (Tiburcio et al., 2016). Un ejemplo de reactivo de este instrumento es *¿con qué frecuencia el consumo de sustancias ha causado problemas en los últimos tres meses?*

Iniciales: \_\_\_\_\_ 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.

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.

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
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).

para cada sustancia.

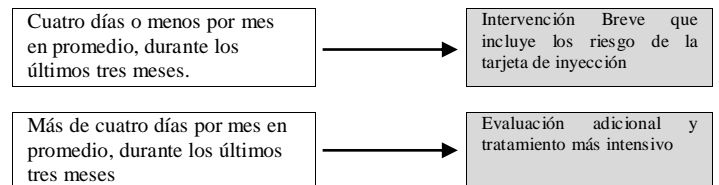
4. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi
a. Tabaco	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas	0	4	5	6	7
c. Cannabis	0	4	5	6	7
d. Cocaína	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	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**.

<b>El tipo de intervención se determina por la puntuación de consumo de sustancias específicas</b>				
	<b>Registrar la puntuación para cada sustancia</b>	<b>No requiere intervención (Consejo Breve)</b>	<b>Requiere Intervención Breve</b>	<b>Tratamiento más Intensivo (PSC/PPR)</b>
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 amfetamina		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 +

## ANEXO 7

### INVENTARIO DE BECK DEPRESIÓN

Es un cuestionario auto aplicable de lápiz y papel, consta de 21 reactivos expuestos en grupos de cuatro aseveraciones que fluctúan de menor a mayor índice de depresión de (0) a (3). En la estandarización a la población mexicana obtuvo una consistencia interna por alfa de Cronbach de 0,87. La validez concurrente del instrumento con la escala de Zung arrojó una correlación estadística de  $r = .70$  y por medio del análisis factorial arrojó tres factores: actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento y alteración somática, la validez concurrente (Jurado et al, 1998). Un ejemplo de un grupo de aseveraciones es: *en realidad yo no me siento culpable (0); me siento culpable una gran parte del tiempo (1); me siento realmente culpable una gran parte del tiempo (2); y me siento culpable todo el tiempo (3)*”.

Usuario: \_\_\_\_\_ No. de Expediente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

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.

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	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
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	0. Yo no me siento desilusionado de mí mismo 1. Estoy desilusionado de mí mismo 2. Estoy disgustado conmigo mismo 3. Me odio
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	0. Yo no me siento que sea peor que otras personas 1. Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores 2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas 3. Me culpo por todo lo malo que sucede
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	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
0. En realidad yo no me siento culpable 1. Me siento culpable en gran parte del tiempo	0. Yo no lloro más de lo usual 1. Llora más de lo que solía hacerlo

<p>2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo</p> <p>3. Me siento culpable todo el tiempo</p>	<p>2. Actualmente lloro todo el tiempo</p> <p>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</p> <p>1. Me enoja o me irrita más fácilmente que antes</p> <p>2. Me siento irritado todo el tiempo</p> <p>3. Ya no me irrita de las cosas por las que solía hacerlo</p>	<p>0. Mi apetito no es peor de lo habitual</p> <p>1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo</p> <p>2. Mi apetito está muy mal ahora</p> <p>3. No tengo apetito de nada</p>										
<p>0. Yo no he perdido el interés en la gente</p> <p>1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar</p> <p>2. He perdido en gran medida el interés en la gente</p> <p>3. He perdido todo el interés en la gente</p>	<p>0. Yo no he perdido mucho peso últimamente</p> <p>1. He perdido más de dos kilogramos</p> <p>2. He perdido más de cinco kilogramos</p> <p>3. He perdido más de ocho kilogramos</p> <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> <p>1. Pospongo tomar decisiones más que antes</p> <p>2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes</p> <p>3. Ya no puedo tomar decisiones</p>	<p>0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes</p> <p>1. Estoy preocupado acerca de los problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación</p> <p>2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más</p> <p>3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa</p>										
<p>0. Yo no siento que me vea peor de cómo me veía</p> <p>1. Estoy preocupado (a) por verme viejo (a) o poco atractivo (a)</p> <p>2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a)</p> <p>3. Creo que me veo feo (a)</p>	<p>0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo</p> <p>1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba</p> <p>2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora</p> <p>3. He perdido completamente el interés por el sexo</p>										
<p>0. Puedo trabajar tan bien como antes</p> <p>1. Requiero de más esfuerzo para iniciar algo</p> <p>2. Tengo que obligarme para hacer algo</p> <p>3. Yo no puedo hacer ningún trabajo</p>	<table border="0"> <tr> <td><b>Nivel de depresión</b></td> <td><b>Puntaje Crudo</b></td> </tr> <tr> <td>Mínima</td> <td>0 a 9</td> </tr> <tr> <td>Leve</td> <td>10 a 16</td> </tr> <tr> <td>Moderada</td> <td>17 a 29</td> </tr> <tr> <td>Severa</td> <td>30 a 63</td> </tr> </table>	<b>Nivel de depresión</b>	<b>Puntaje Crudo</b>	Mínima	0 a 9	Leve	10 a 16	Moderada	17 a 29	Severa	30 a 63
<b>Nivel de depresión</b>	<b>Puntaje Crudo</b>										
Mínima	0 a 9										
Leve	10 a 16										
Moderada	17 a 29										
Severa	30 a 63										
<p>0. Puedo dormir tan bien como antes</p> <p>1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo</p> <p>2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir</p> <p>3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormir</p>	<p>Diagnóstico:</p>										
<p>0. Yo no me canso más de lo habitual</p> <p>1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo</p> <p>2. Con cualquier cosa que haga me canso</p> <p>3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa</p>	<p>Observaciones:</p>										

## ANEXO 8

### INVENTARIO DE BECK ANSIEDAD (BAI)

Es un cuestionario auto aplicable que requiere de cinco a diez minutos de aplicación. Consta de 21 reactivos, que se responden en una escala de cuatro opciones, que van de poco o nada (0) hasta severamente (3) que evalúan síntomas de ansiedad. En la estandarización a la población mexicana obtuvo una consistencia interna por alfa de Cronbach de 0,83 y por medio del análisis factorial arrojó cuatro factores: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico. Se determinaron las normas de calificación para la población mexicana, con base en el rango percentilar. Se obtuvo la confiabilidad test-retest del inventario (20 días entre aplicaciones); el índice de correlación intraclass fue  $r = .75$ . La validez convergente se obtuvo correlacionando los puntajes del inventario con los del IDARE (Inventario de Ansiedad Rasgo Estado); con la escala de ansiedad de estado:  $r = .60$ ; con la de ansiedad de rasgo,  $r = .59$ . (Robles, Varela, Jurado & Páez, 2001). Un ejemplo de reactivo de este instrumento es: “*incapaz de relajarse*”.

Iniciales: \_\_\_\_\_ No. de Expediente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Pre-tratamiento ( ) Post-tratamiento ( ) 1er seguimiento ( ) 2do seguimiento ( )

3er seguimiento ( ) 4to seguimiento ( )

**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

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

Puntaje

## ANEXO 9

### Lista de Indicadores de Etapas de Cambio

Es un cuestionario de lápiz y papel que el terapeuta llena después de una sesión, consta de 70 reactivos, que se responden en términos dicotómicos de presencia (1) o ausencia (0) de la característica que indica cada reactivo, el instrumento identifica la etapa de cambio en la que se encuentra el usuario al momento de la intervención, basado en el modelo de Prochaska y DiClemente (1982) que toma en cuenta cuatro etapas de cambio: Pre-contemplación (reactivos 1 al 14), contemplación (reactivos 15 al 28), determinación (reactivos 29 al 42), acción (reactivos 43 al 56) y mantenimiento (reactivos 57 al 70). Para identificar la etapa, se suma el total de los reactivos de cada etapa de cambio y la etapa de cambio que mayor puntaje tiene es la que corresponde. Un ejemplo de reactivo de este instrumento es: *“hace consigo mismo un compromiso para lograr el cambio”*.

Prochaska y DiClemente (1982) observaron que para cambiar una conducta adictiva hay que pasar a través de cinco **etapas de cambio**, que son precontemplación, contemplación, determinación, acción y mantenimiento. Cada etapa involucra una serie de indicadores que señalan el estado actual de un individuo con respecto al cambio de una conducta. Esta *Lista de Indicadores* es una guía para identificarlos y definir la *etapa de cambio* en la que está actualmente el usuario que asiste a tratamiento.

**Iniciales:** \_\_\_\_\_ **No de Expediente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** (M) (F) **Edad:** \_\_\_\_\_

**Fase de tratamiento:** ( ) Pre-tratamiento ( ) Tratamiento ( ) Seguimiento **Servicio por el que el usuario asiste a tratamiento:**

\_\_\_\_\_

1. ¿La persona reporta consumir sustancias en el momento de la entrevista?
  - a. ( ) si
  - b. ( ) no ¿Cuánto tiempo lleva la persona sin jugar o apostar? \_\_\_\_\_
2. ¿La persona ha considerado seriamente abandonar el consumo de la sustancia por la que asiste a tratamiento en los próximos seis meses? ( ) si ( ) no
3. ¿La persona planea abandonar el consumo de esta sustancia en los próximos 30 días? ( ) si ( ) no
4. ¿La persona tuvo una recaída en los últimos doce meses? Recaída: una falla en el mantenimiento del cambio (moderación o abstinencia) en su conducta.  
( ) si ( ) no ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** A continuación se presentan situaciones que describen pensamientos y conductas que puede presentar un usuario en cada una de las etapas de cambio.

- En cada enunciado marque **SI** o **NO** según las características del usuario evaluado.
- No deje ningún reactivo sin contestar.
- Se sugiere que la lista se llene por el terapeuta después de terminar la sesión de tratamiento.
- Los reactivos de la columna **A** corresponden a los pensamientos que tienen los usuarios actualmente respecto a su conducta
- Los reactivos de la columna **B** corresponden a las conductas que tienen los usuarios actualmente respecto a su conducta



### 1. Precontemplación

En esta etapa la persona reporta no tener intención de cambiar la conducta de consumo en un futuro cercano. La persona no ha identificado tener un problema con el consumo indica no necesitar ayuda para solucionarlos. Los individuos que en esta etapa asisten a tratamiento pueden estar presionados por terceras personas. La resistencia y/o negación a reconocer o cambiar un problema es la marca distintiva de esta etapa.

A.	En el momento de la entrevista la persona reporta que...	Si	No	B.	En el momento de la entrevista la persona reporta que...	Si	No
1	Está satisfecho con su conducta de consumo de sustancias			8	Consume de sustancias		
2	Obtiene solo consecuencias positivas de su conducta consumo de sustancias			9	Constantemente se expone a situaciones de riesgo de consumo de sustancias		
3	Su conducta de consumo de sustancias no es un problema para él.			10	Evita hablar con otras personas sobre su conducta de consumo de sustancias		
4	Desconoce las consecuencias negativas de su conducta de consumo de sustancias			11	Se niega a buscar ayuda para cambiar su conducta de consumo de sustancias		
5	Minimiza los problemas ocasionados por su conducta de consumo de sustancias			12	Evita asistir a tratamiento.		
6	Piensa que controla su conducta de consumo de sustancias			13	Seguirá consumiendo sustancias, sin hacer un cambio.		
7	Puede dejar consumir sustancias cuando él quiera.			14	Asiste a tratamiento presionado por otras personas.		

**Total Si** \_\_\_\_\_

### 2. Contemplación

En esta etapa la persona menciona que ha pensado que puede tener un problema con la conducta de consumo de sustancias. Le ha pasado por la mente modificar su conducta (en un futuro indeterminado) pero realmente no ha hecho algo, ya que aún no está preparada. Tiene un estado de ambivalencia donde, al mismo tiempo, considera y rechaza el cambio, ya que identifica algunas consecuencias negativas del consumo de sustancias pero al mismo tiempo sigue pensando en las consecuencias positivas.

A.	En el momento de la entrevista la persona reporta que...	Si	No	B.	En el momento de la entrevista la persona reporta que...	Si	No
15	Piensa que podría hacer un cambio en un futuro indeterminado.			22	Muestra una actitud poco colaboradora en el tratamiento.		
16	Se da cuenta que por su conducta de consumo de sustancias ha tenido problemas con personas cercanas.			23	Se muestra incómodo o en desacuerdo en el tratamiento.		
17	En ocasiones piensa en hacer un cambio en su conducta de consumo de sustancias y en otras no.			24	Programa citas en el tratamiento pero no asiste.		
18	Piensa que podría hacer un cambio pero aún no se ha comprometido a hacerlo.			25	Intentar hablar con alguien sobre su consumo.		
19	Piensa que podría hacer un cambio en su conducta de consumo de sustancias pero no sabe cómo hacerlo.			26	En ocasiones se muestra motivado por el tratamiento y en otras no.		
20	A pesar de identificar consecuencias negativas, sigue observando consecuencias positivas de su conducta de consumo de sustancias			27	Busca ayuda pero no tiene claro que quiere hacer.		
21	Empieza a evaluar las ventajas y desventajas de su conducta de consumo de sustancias			28	Omite información sobre su consumo en el tratamiento.		

**Total Si** \_\_\_\_\_

### 3. Determinación

En esta etapa la persona reporta estar motivada para cambiar su conducta de consumo de sustancias y quiere emprender acciones en un futuro cercano. Puede hacer pequeños cambios por su cuenta para modificar su conducta de consumo de sustancias, que lo llevarán a la etapa de acción. Sin embargo, en esta etapa la persona todavía no ha definido claramente el cambio que desea hacer (moderación o abstinencia de su conducta de consumo de sustancias).

A.	En el momento de la entrevista la persona reporta que...	Si	No	B.	En el momento de la entrevista la persona reporta que...	Si	No
----	--	----	----	----	--	----	----

29	Identifica claramente los beneficios que obtendrá al dejar de consumo de sustancias			36	Busca información relacionada con la conducta consumo de sustancias y sus efectos.		
30	Toma la decisión de hacer un cambio en su conducta de consumo de sustancias			37	Habla abiertamente con otras personas de los problemas que le ha ocasionado la conducta de consumo de sustancias		
31	Esta motivado para realizar un cambio en su conducta de consumo de sustancias			38	Escucha sugerencias o consejos para dejar de consumir		
32	Reconoce claramente las consecuencias negativas de su conducta consumo de sustancias			39	Empieza a realizar pequeños cambios como disminuir la cantidad o frecuencia de su consumo de sustancias		
33	Identifica que ya no le es agradable el consumo de sustancias			40	Pide ayuda a personas cercanas (familiares, amigos) para cambiar su conducta de consumo de sustancias		
34	Reconoce tener un problema con la conducta de consumo de sustancias			41	Solicita ayuda profesional para solucionar el problema de su conducta consumo de sustancias		
35	Se da cuenta que ya no tiene control sobre la conducta de consumo de sustancias			42	Asiste por su propia cuenta y con interés a tratamiento.		

**Total Si** \_\_\_\_\_

#### 4. Acción

En esta etapa la persona logra hacer un cambio tanto en su conducta de consumo de sustancias como en su entorno, con el fin de solucionar los problemas causados por su conducta. Esta etapa involucra diversos cambios conductuales como emplear estrategias y desarrollar habilidades que lo ayuden a realizar un cambio, además requiere dedicar un tiempo y esfuerzo considerable para el mismo. Cambiar exitosamente la conducta adictiva significa alcanzar la abstinencia o la moderación de la conducta de consumo de sustancias

<b>A.</b>	<b>En el momento de la entrevista la persona reporta que...</b>	Si	No	<b>B.</b>	<b>En el momento de la entrevista la persona reporta que...</b>	Si	No
43	Tiene confianza en lograr el cambio.			50	Dedica tiempo y esfuerzo en lograr su cambio.		
44	Hace un compromiso con sí mismo para lograr el cambio.			51	Asiste con puntualidad y sigue al pie de la letra las indicaciones del tratamiento.		
45	Considera que es importante trabajar mucho para alcanzar su meta.			52	Evita situaciones de riesgo donde es probable que consuma sustancias		
46	Piensa que es necesario poner en práctica estrategias para cambiar su conducta de consumo de sustancias			53	Pone en práctica las estrategias que va aprendiendo en el tratamiento para no consumir sustancias		
47	Desarrolla planes para resolver los problemas ocasionados por la conducta de consumo de sustancias			54	Se mantiene ocupado para evitar el deseo de consumo de sustancias		
48	Identifica las situaciones en las que consume			55	Disminuye o alcanza la abstinencia de la conducta de consumo		
49	Piensa que realmente está haciendo algo para lograr el cambio.			56	Modifica su entorno para disminuir la probabilidad de consumo		

#### 5. Mantenimiento

En esta etapa la persona ha logrado un cambio en su conducta de consumo de sustancias (abstinencia o moderación). Aplica estrategias y habilidades para mantener el cambio y consolidar las ganancias conseguidas durante la etapa de acción. En este sentido el mantenimiento es una continuación del cambio. Estabilizar el cambio y evitar la recaída son aspectos fundamentales de esta etapa.

<b>A.</b>	<b>En el momento de la entrevista la persona reporta que...</b>	Si	No	<b>B.</b>	<b>En el momento de la entrevista la persona reporta que...</b>	Si	No
57	Menciona estar satisfecho con el cambio logrado.			64	Mantiene el cambio logrado aplicando lo aprendido durante en tratamiento.		
58	Puede controlar sin problema el deseo de consumo de sustancias			65	Trabaja en mejorar las relaciones interpersonales dañadas por el consumo de sustancias		

59	Reporta disfrutar de los beneficios de la abstinencia.			66	Se apoya en sus relaciones sociales para evitar la recaída.		
60	Considera que es importante mantener el cambio logrado.			67	Enfrenta exitosamente situaciones de riesgo de consumo de sustancias		
61	Está al pendiente de posibles situaciones de riesgo.			68	Asiste a seguimientos del tratamiento.		
62	Tiene confianza en enfrentar cualquier situación de su vida sin consumo de sustancias			69	Retoma actividades que había descuidado por su consumo de sustancias, por ejemplo, la escuela, el trabajo, etc.		
63	Se preocupa por prevenir recaídas.			70	Trabaja activamente por un estilo de vida más sano.		
						<b>Total Si</b>	
						<b>Total Si</b>	_____

**Calificación:** Para definir en qué Etapa de Cambio se ubica el usuario, es necesario identificar aquella donde se realizaron más marcas en **Si**. Esto indicará la presencia de más indicadores de una determinada etapa.

Etapa de cambio identificada por la lista de chequeo:     ( ) precontemplación     ( ) contemplación ( ) determinación ( ) acción     ( ) mantenimiento

**Terapeuta:** ¿la etapa de cambio identificada por esta lista de chequeo coincide con la identificada por usted con base en su experiencia clínica?     ( ) si     ( ) no  
Si no coincide, ¿qué etapa identifica usted?:     ( ) precontemplación     ( ) contemplación ( ) determinación ( ) acción     ( ) mantenimiento

¿Por qué lo considera así?

---

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

## ANEXO 10

### ESCLA DE SATIFACCIÓN GENERAL

Es un instrumento auto aplicable de lápiz y papel, que requiere de cinco a diez minutos para su aplicación, consta de 10 reactivos que evalúan el porcentaje de satisfacción del individuo (de 0 a 10 puntos, los puntajes cercanos al 10 implican mayor satisfacción) en nueve áreas de vida cotidiana y en otra adicional que evalúa el nivel general de satisfacción: 1) Consumo/abstinencia; 2) Progreso en el trabajo o en la escuela; 3) Manejo del dinero; 4) Vida social y recreativa; 5) Hábitos personales; 6) Relaciones familiares o matrimoniales; 7) Situación legal; 8) Vida emocional; 9) Comunicación; y 10) Satisfacción general. Su consistencia interna por medio de alfa de Cronbach es de 0,76, su validez de criterio es adecuada, ya que correlacionaron con el promedio de satisfacción de las diferentes áreas con el puntaje de satisfacción general.

**Iniciales** \_\_\_\_\_ **No. de Expediente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Pre-tratamiento	Post-tratamiento	1° seguimiento	2° seguimiento	3° seguimiento	4° seguimiento
-----------------	------------------	----------------	----------------	----------------	----------------

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; mientras que los números más cercanos a diez reflejan los niveles más altos de satisfacción. Por favor, conforme lea cada área, pregúntese **¿Qué tan satisfecho me siento con mi funcionamiento en esta área de vida?** Es decir, establezca con base en la escala numérica (1-10) exactamente cómo se siente hoy con respecto a esa 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
1. Consumo										
2. Progreso en el trabajo o en la escuela										
3. Manejo del dinero										
4. Vida social/recreativa										
5. Hábitos personales										
6. Relaciones familiares o matrimoniales										
7. Situación legal										

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

## ANEXO 11

### Working Alliance Inventory (WAI-S)

On the following pages there are sentences that describe some of the different ways you might have thought or felt about your therapist. Below each statement inside there is a seven point scale: 1 Never; 2 Occasionally, 3 Sometimes, 4 Very Often, 5 Always. If the statement describes the way you always felt (or thought) circle the number 5; if it never applied to you circle the number 1. Use the numbers in between to describe the variations between these extremes. This questionnaire is CONFIDENTIAL; only the research team will see your answers. Work fast, your first impressions are the ones we would like to see. (PLEASE DON'T FORGET TO RESPOND TO EVERY ITEM.). Thank you for your cooperation.

	Never	Occasionally	Sometimes	Very Often	Always
1. My therapist and I agreed about the things I will need to do in therapy to help improve my situation.					
2. What I was doing in therapy gave me new ways of looking at my problem.					
3. I believe my therapist liked me					
4. I disagreed with my therapist about what I ought to get out of therapy.					
5. I was confident in my therapist's ability to help me.					
6. My therapist and I were working towards mutually agreed upon goals.					
7. I feel that my therapist appreciated me.					
8. We agreed on what was important for me to work on.					
9. My therapist and I trusted one another.					
10. My therapist and I had different ideas on what my problems were					
11. We had a good understanding of the kind of changes that would be good for me					
12. I believe the way we were working with my problems was correct.					

## ANEXO 12

### CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO PARA USUARIOS DE LA INTERVENCIÓN BREVE PARA BEBEDORES PROBLEMA

(Apartado para personas que se adhirieron a su tratamiento)

#### SECCIÓN 1

##### Instrucciones:

A continuación le voy a mencionar una serie de preguntas, con varias opciones de respuesta, elija la que usted considere más adecuada.

Pregunta	Opciones de respuesta
1. Considera que logró su meta al asistir al centro.	1. <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> ¿Cuál fue su meta? Moderación <input type="checkbox"/> Abstinencia <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <b>No</b> ¿Cuál fue su meta? Moderación <input type="checkbox"/> Abstinencia <input type="checkbox"/>
2. Actualmente ¿Cómo es su consumo de alcohol?:	a) <input type="checkbox"/> <b>Ya no consume</b> (Ir a pregunta 4) b) <input type="checkbox"/> <b>Consume menos que cuando acudió al centro</b> c) <input type="checkbox"/> <b>Consume de la misma forma que cuando acudió al centro</b> d) <input type="checkbox"/> <b>Su consumo es mayor que cuando acudió al centro</b>
3. Actualmente ¿Cómo califica su consumo de alcohol?	a) <input type="checkbox"/> <b>Nada grave.</b> b) <input type="checkbox"/> <b>Poco grave.</b> c) <input type="checkbox"/> <b>Algo grave.</b> d) <input type="checkbox"/> <b>Muy grave.</b>  ¿Por qué lo considera así?
4. ¿Desde la terminación del tratamiento a la fecha ha tenido alguna recaída?	1. <input type="checkbox"/> <b>No</b> 2. <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> a) <input type="checkbox"/> <b>Pero no volvió a consumir de la misma forma que cuando acudió a tratamiento.</b> b) <input type="checkbox"/> <b>Volvió a consumir de la misma forma que cuando asistió a tratamiento.</b> c) <input type="checkbox"/> <b>Su consumo fue mayor que cuando acudió a tratamiento.</b>
5. ¿Considera que el servicio que recibió por parte del personal administrativo del Centro (recepción, secretaria) fue?	a) ¿Eficiente? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> ¿Por qué?

	<p>b) ¿Amable?  <input type="checkbox"/> <b>Sí</b>  <input type="checkbox"/> <b>No</b>  ¿Por qué?</p> <p>c) ¿Respetuoso?  <input type="checkbox"/> <b>Sí</b>  <input type="checkbox"/> <b>No</b>  ¿Por qué?</p>
<p>6. ¿Considera que el terapeuta que le asignaron en el Centro fue?</p>	<p>a) ¿Puntual?  <input type="checkbox"/> <b>Sí</b>  <input type="checkbox"/> <b>No</b>  ¿Por qué?</p> <p>b) ¿Amable?  <input type="checkbox"/> <b>Sí</b>  <input type="checkbox"/> <b>No</b>  ¿Por qué?</p> <p>c) ¿Claro durante las sesiones?  <input type="checkbox"/> <b>Sí</b>  <input type="checkbox"/> <b>No</b>  ¿Por qué?</p> <p>d) Respetuoso  <input type="checkbox"/> <b>Sí</b>  <input type="checkbox"/> <b>No</b>  ¿Por qué?</p>
<p>7. Antes de acudir al centro la primera vez ¿qué tan interesado estaba para asistir a tratamiento?</p>	<p>a) <input type="checkbox"/> <b>Nada interesado</b>  b) <input type="checkbox"/> <b>Poco interesado</b>  c) <input type="checkbox"/> <b>Algo interesado</b>  d) <input type="checkbox"/> <b>Muy interesado</b></p>



	¿Por qué motivo?
8. Después de acudir al centro la primera vez ¿qué tan interesado se sentía en continuar asistiendo a su tratamiento?	<p>a) <input type="checkbox"/> <b>Nada interesado</b>  b) <input type="checkbox"/> <b>Poco interesado</b>  d) <input type="checkbox"/> <b>Algo interesado</b>  e) <input type="checkbox"/> <b>Muy interesado</b></p> <p>¿Por qué?</p>

## SECCIÓN 2

A continuación se presentan algunas oraciones que describen lo que pudo haber sentido o pensado sobre su terapeuta y el proceso de terapia. Cada oración tiene siete opciones de respuesta que va desde: nunca; rara vez; ocasionalmente; a veces; frecuentemente; muy frecuentemente; y siempre. Elija la opción que mejor represente la manera en que se sintió.

Oraciones	Nunca	Ocasionalmente	A Veces	Frecuentemente	Siempre
<b>9. Mi terapeuta y yo estuvimos de acuerdo sobre lo que tenía que hacer en la terapia para mejorar mi situación.</b>					
<b>10. Lo que hice en la terapia me ayudó a ver de forma diferente mi problema.</b>					
<b>11. Creo que le caí bien a mi terapeuta.</b>					
<b>12. Estuve en desacuerdo con mi terapeuta sobre lo que tenía que lograr en la terapia.</b>					
<b>13. Confíe en las habilidades de mi terapeuta para ayudarme.</b>					
<b>14. Mi terapeuta y yo trabajamos mutuamente para conseguir los objetivos que acordamos.</b>					
<b>15. Creo que mi terapeuta me estimaba.</b>					
<b>16. Mi terapeuta y yo estuvimos de acuerdo sobre lo que era importante para mí trabajar en terapia.</b>					
<b>17. Mi terapeuta y yo confiamos el uno en el otro.</b>					
<b>18. Mi terapeuta y yo diferimos sobre cuáles eran mis verdaderos problemas.</b>					
<b>19. Mi terapeuta y yo estuvimos de acuerdo en los cambios que serían buenos para mí.</b>					
<b>20. Creo que la forma en la que trabajamos en mi problema fue la correcta</b>					

### SECCIÓN 3

A continuación se mencionan algunas situaciones que en ocasiones pueden afectar la asistencia al tratamiento, mencione si alguna de estas situaciones estuvo presente o no en su caso y si es así la forma en la que logró resolverla.

Situaciones	¿Se presentó el obstáculo?		Información cualitativa ¿Cómo lo resolvió?
	SI	NO	
21. Problemas económicos para continuar con el tratamiento.	SI	NO	
22. Incompatibilidad de horarios con la escuela, el trabajo o situaciones de fuerza mayor.	SI	NO	
23. No querer asistir al tratamiento.	SI	NO	
24. No sintió ninguna mejoría al acudir al tratamiento.	SI	NO	
25. Invertía mucho tiempo para asistir al tratamiento (el quedaba lejos de casa, trabajo o escuela, etc.).	SI	NO	
26. Asistir al tratamiento interfería con otras actividades importantes (trabajo, escuela, pareja, etc.).	SI	NO	
27. Consideró que su terapeuta no tenía la suficiente experiencia.	SI	NO	
28. Asistió a tratamiento presionado por motivos externos (trabajo, escuela, familia, etc.).	SI	NO	
29. Se le hicieron tediosas las sesiones en el tratamiento.	SI	NO	
30. No tuvo el apoyo de otras personas para resolver su problema de consumo de alcohol.	SI	NO	
31. Creer que no necesitaba tratamiento	SI	NO	
32. En algún momento consideró que ya no necesitaba el tratamiento, aunque aún no lo había terminado.	SI	NO	
33. Algún otro motivo(s)? (Menciónelo(s))			
34.			

¿Tiene algún otro comentario o sugerencia que le gustaría hacer para mejorar la atención y el servicio del centro?

---



---

**Agradecemos su valiosa participación**

**CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO PARA USUARIOS DE LA INTERVENCIÓN BREVE PARA BEBEDORES PROBLEMA**

**(Apartado para personas que desertaron)**

**SECCIÓN 1**

**Instrucciones:**

A continuación le voy a mencionar una serie de preguntas, cada una con varias opciones de respuesta, elija la que usted considere más adecuada.

<b>Pregunta</b>	<b>Opciones de respuesta</b>
1. Actualmente, ¿sigue con su problema de consumo de alcohol por el cual acudió al Centro?	3. <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> (Continuar con pregunta 2 y 3). 4. <input type="checkbox"/> <b>No</b> , debido a que: a. <input type="checkbox"/> <b>Ya no consume</b> (Ir a pregunta 4) b. <input type="checkbox"/> <b>Disminuyó su consumo</b> (Ir a pregunta 4) (Disminuyó la frecuencia con la que consume alcohol, la cantidad o ambas)
2. Desde que dejó de acudir al centro, su consumo de alcohol:	e) <input type="checkbox"/> <b>Disminuyó.</b> f) <input type="checkbox"/> <b>No cambió.</b> g) <input type="checkbox"/> <b>Aumentó.</b>
3. Actualmente ¿Cómo califica su problema de consumo de alcohol?	e) <input type="checkbox"/> <b>Nada grave.</b> f) <input type="checkbox"/> <b>Poco grave.</b> g) <input type="checkbox"/> <b>Algo grave.</b> h) <input type="checkbox"/> <b>Muy grave.</b>  ¿Por qué lo considera así?
4. Al dejar de acudir al centro ¿qué sucedió con su problema de consumo de alcohol?	a) <input type="checkbox"/> <b>Aumentó</b> b) <input type="checkbox"/> <b>Se mantuvo</b> c) <input type="checkbox"/> <b>Disminuyó</b> d) <input type="checkbox"/> <b>Se resolvió</b>  ¿Por qué razón?

<p>5. Cuando dejó de acudir al centro, ¿se interesó en buscar y asistir a otro tratamiento para resolver su problema de consumo de alcohol?</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> <b>Sí</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué tipo de ayuda buscó?</li> <li>• ¿Le ayudó a resolver su problema?</li> <li>• ¿Durante cuánto tiempo acudió al otro tratamiento?</li> <li>• ¿Lo concluyó?</li> <li>• ¿Por qué buscó ayuda en otro lugar?</li> </ul> <p>2. <input type="checkbox"/> <b>No</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Por qué motivo ya no buscó ayuda?</li> </ul>
<p>6. ¿Considera que el servicio que recibió por parte del personal administrativo del Centro (recepción, secretaria) fue?</p>	<p>a) ¿Eficiente?</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Sí</b>  <input type="checkbox"/> <b>No</b>  ¿Por qué?</p> <p>b) ¿Amable?</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Sí</b>  <input type="checkbox"/> <b>No</b>  ¿Por qué?</p> <p>c) ¿Respetuoso?</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Sí</b>  <input type="checkbox"/> <b>No</b>  ¿Por qué?</p>
<p>7. ¿Considera que el terapeuta que le asignaron fue...?</p>	<p>a) ¿Puntual?</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Sí</b>  <input type="checkbox"/> <b>No</b>  ¿Por qué?</p>

	<p>b) ¿Amable?  <input type="checkbox"/> <b>Sí</b>  <input type="checkbox"/> <b>No</b>  ¿Por qué?</p> <p>c) ¿Claro durante las sesiones?  <input type="checkbox"/> <b>Sí</b>  <input type="checkbox"/> <b>No</b>  ¿Por qué?</p> <p>d) ¿Respetuoso?  <input type="checkbox"/> <b>Sí</b>  <input type="checkbox"/> <b>No</b>  ¿Por qué?</p>
<p>8. Antes de acudir al centro la primera vez ¿qué tan interesado estaba para asistir a tratamiento?</p>	<p>e) <input type="checkbox"/> <b>Nada interesado</b>  f) <input type="checkbox"/> <b>Poco interesado</b>  g) <input type="checkbox"/> <b>Algo interesado</b>  h) <input type="checkbox"/> <b>Muy interesado</b></p> <p style="text-align: right;">¿Por qué motivo?</p>
<p>9. Después de acudir al centro la primera vez ¿qué tan interesado se sentía en continuar asistiendo a su tratamiento?</p>	<p>a) <input type="checkbox"/> <b>Nada interesado</b>  b) <input type="checkbox"/> <b>Poco interesado</b>  d) <input type="checkbox"/> <b>Algo interesado</b>  e) <input type="checkbox"/> <b>Muy interesado</b></p> <p style="text-align: right;">¿Por qué?</p>

## SECCIÓN 2

A continuación se presentan algunas oraciones que describen lo que pudo haber sentido o pensado sobre su terapeuta y el proceso de terapia. Cada oración tiene siete opciones de respuesta que va desde: nunca; rara vez; ocasionalmente; a veces; frecuentemente; muy frecuentemente; y siempre. Elija la opción que mejor represente la manera en que se sintió.

Oraciones	Nunca	Ocasionalmente	A Veces	Frecuentemente	Siempre
10. Mi terapeuta y yo estuvimos de acuerdo sobre lo que tenía que hacer en la terapia para mejorar mi situación.					
11. Lo que hice en la terapia me ayudó a ver de forma diferente mi problema.					
12. Creo que le caí bien a mi terapeuta.					
13. Estuve en desacuerdo con mi terapeuta sobre lo que tenía que lograr en la terapia.					
14. Confíe en las habilidades de mi terapeuta para ayudarme.					
15. Mi terapeuta y yo trabajamos mutuamente para conseguir los objetivos que acordamos.					
16. Creo que mi terapeuta me estimaba.					
17. Mi terapeuta y yo estuvimos de acuerdo sobre lo que era importante para mí trabajar en terapia.					
18. Mi terapeuta y yo confiamos el uno en el otro.					
19. Mi terapeuta y yo diferimos sobre cuáles eran mis verdaderos problemas.					
20. Mi terapeuta y yo estuvimos de acuerdo en los cambios que serían buenos para mí.					
21. Creo que la forma en la que trabajamos en mi problema fue la correcta					

### SECCIÓN 3

Estamos interesados en identificar situaciones que pueden afectar la asistencia al tratamiento, mencione si en su caso se le presentaron algunas de las siguientes opciones.

Situaciones	¿Se presentó?	
	SI	NO
22. Problemas económicos para continuar con el tratamiento.	SI	NO
23. Incompatibilidad de horarios con la escuela, el trabajo o situaciones de fuerza mayor.	SI	NO
24. No querer asistir al tratamiento.	SI	NO
25. No sintió ninguna mejoría al acudir al tratamiento.	SI	NO
26. Invertía mucho tiempo para asistir al tratamiento (el quedaba lejos de casa, trabajo o escuela, etc.).	SI	NO
27. Asistir al tratamiento interfería con otras actividades importantes (trabajo, escuela, pareja, etc.).	SI	NO
28. Consideró que su terapeuta no tenía la suficiente experiencia.	SI	NO
29. Asistió a tratamiento presionado por motivos externos (trabajo, escuela, familia, etc.).	SI	NO
30. Se le hicieron tediosas las sesiones en el tratamiento.	SI	NO
31. No tuvo el apoyo de otras personas para resolver su problema de consumo de alcohol.	SI	NO
32. Creer que no necesitaba tratamiento		
33. En algún momento consideró que ya no necesitaba el tratamiento, aunque aún no lo había terminado.	SI	NO
34. Algún otro motivo(s)? (Menciónelo(s))	SI	NO
35.		
36.		

35. Mencione si alguna(s) de las situaciones anteriores fueron determinantes para que dejara de asistir a su tratamiento, especifique ¿cuál(es) fue(ron)?.

Situaciones determinantes
1.
2.

¿Tiene algún otro comentario o sugerencia que le gustaría hacer para mejorar la atención y el servicio del centro?

---



---

Agradecemos su valiosa participación



### ANEXO 13

Se pidió a jueces expertos que emitieran su juicio sobre si estaban de acuerdo con las instrucciones de cada sección, sobre los reactivos, las opciones de respuesta, las dimensiones que medía cada reactivo y sobre la propuesta de traducción del WAI-S. Para lo anterior se elaboró un formato de jueceo (Ver anexo 14).

En una primera fase de la validación participaron 10 jueces familiarizados con el concepto de alianza terapéutica y con experiencia en el tratamiento e investigación en el área de las adicciones, el 40% tenían el grado de maestría, 30% de licenciatura (que se encontraban estudiando la maestría en adicciones) 20% de doctorado y 10% de especialidad en adicciones. En una primera fase la mayoría de las instrucciones de cada sección, los reactivos, opciones de respuesta, dimensión que miden los reactivos y la propuesta de traducción de cada reactivo del WAI-S, obtuvieron más del 80% de acuerdo, únicamente tuvieron menos del 80% de acuerdo: las opciones de respuesta del reactivo 1 y la dimensión que mide el reactivo 5 del apartado dirigido a usuarios que desertaron; además de uno de los reactivos que se tradujeron del WAI-S y la dimensión que mide uno de los reactivos de la sección 3 del cuestionario.

Por lo anterior, se realizaron los ajustes necesarios y se volvió a hacer el procedimiento de jueceo únicamente con los elementos antes mencionados por medio de otro formato de jueceo (Ver anexo 15), en este segundo ejercicio participaron 7 jueces expertos también familiarizados con el concepto de alianza terapéutica y con experiencia en el tratamiento e investigación en el área de las adicciones, el 43 % tenían el grado de maestría y especialidad, y el 14% de licenciatura (que se encontraban estudiando la maestría en adicciones). Se obtuvo más del 80% de acuerdo, excepto en la dimensión que mide uno de los reactivos de la sección tres, sin embargo se decidió dejar el reactivo *“Asistió a tratamiento presionado por motivos externos (trabajo, escuela, familia, etc.)”* como una variable ya que puede influir en la deserción, aunque sin una dimensión determinada a la que pertenezca, quedando así conformada la versión final del “Cuestionario de seguimiento para usuarios de la Intervención Breve para Bebedores Problema” (Ver anexo 11).

## ANEXO 14

### JUICIO DE EXPERTOS

Se pide su colaboración para realizar el análisis del juicio por expertos de dos apartado del: “Cuestionario de seguimiento para usuarios de la Intervención Breve para Bebedores Problema”:

#### 1) Apartado para personas que desertaron de la Intervención Breve para Bebedores Problema (IBBP);

#### 2) Apartado para personas que se adhirieron a la Intervención Breve para Bebedores Problema.

Su objetivo es medir la percepción de los usuarios acerca de algunas variables de la alianza terapéutica, el estado actual del problema de consumo, la motivación al tratamiento, el contexto del mismo, su nivel de satisfacción al respecto y factores asociados a la deserción del tratamiento. Ambos cuestionarios se aplicarán de forma presencial, telefónica (o vía electrónica) por un profesional capacitado. Están divididos en tres secciones, el primer cuestionario contiene un total de 35 reactivos y el segundo 31. Dichos cuestionarios forman parte de una investigación sobre usuarios que concluyeron o desertaron de su terapia psicológica en el Programa de Bebedores.

#### INSTRUCCIONES PARA EL JUEZ:

A continuación se le presentan dos formatos, el primero le permitirá valorar la pertinencia de dos cuestionarios, uno para personas que desertaron y el otro para personas que concluyeron el Programa de Bebedores.

Complete los datos que se le solicitan sobre su experiencia profesional en la evaluación y tratamiento en adicciones:

Grado máximo de estudios:
Áreas y tiempo aproximado de experiencia profesional:
Cargo actual:
Institución donde labora:

### 1. APARTADO PARA PERSONAS QUE DESERTARON

#### SECCIÓN 1

#### INSTRUCCIONES PARA EL JUEZ

A continuación se presenta un cuadro con tres columnas, lea la primera en donde se presentan las **instrucciones** que se le dan al participante en ésta sección, en la segunda columna se le pide a usted que marque con una **X** si **está o no de acuerdo** con dichas instrucciones, con base en su pertinencia y claridad (redacción), en la tercer columna escriba su **propuesta** en caso que lo requiera o incluso si desea realizar algún comentario, siéntase en la libertad de hacerlo en el mismo apartado.

Instrucciones para usuario:	Acuerdo		Sugerencias
A continuación le voy a mencionar una serie de preguntas, con varias opciones de respuesta, elija la que usted considere más adecuada.	SI	NO	

### INSTRUCCIONES PARA EL JUEZ

Esta sección está compuesta por 9 preguntas y diferentes opciones de respuesta para cada una de ellas. En seguida se presentan las tres dimensiones que valoran las nueve preguntas, lea cuidadosamente la definición de cada una de las dimensiones, de manera tal que, al revisar las preguntas identifique la dimensión que representa cada una de ellas.

- a) **Estado del problema de consumo (PC):** información que se refiere a todo aquello que se relaciona con el consumo de la sustancia por parte del participante y la percepción de qué tanto representa un problema para él.
- b) **Satisfacción con el tratamiento (ST):** percepción del participante sobre el grado en el que sus expectativas sobre el servicio que recibió, por parte del centro, se cumplieron y la forma en la que lo califica. El servicio considera al terapeuta, al personal administrativo y las instalaciones.
- c) **Motivación al tratamiento (MT):** grado en el que el participante está interesado en buscar, asistir y continuar con su tratamiento terapéutico para resolver su problema de consumo.

En seguida se presenta un recuadro con seis columnas, se pide que lea la primera columna que incluye las preguntas que se le hacen al participante, en la segunda se requiere que **marque** con una **X si está o no de acuerdo** con la pregunta, evaluando su pertinencia y claridad (redacción). En la tercera columna están las posibles **opciones de respuesta** de esa pregunta y para evaluar su pertinencia y claridad (redacción) **marque** con una **X** en la cuarta columna **si está o no de acuerdo** con las opciones. En la quinta columna se le pide que identifique la dimensión que usted considera evalúa esa pregunta **marcando con una X** una de las tres opciones, tomando en cuenta los siguientes códigos: **PC** (Estado de problema de consumo); **ST** (Satisfacción con el tratamiento); y **MT** (Motivación al tratamiento). En caso de ser necesario, en el apartado de **sugerencias** escriba su propuesta para mejorar la claridad y redacción de la pregunta y/o de las opciones de respuesta, o si desea realizar otro comentario (como aumentar o eliminar algún reactivo, etc.), siéntase en la libertad de hacerlo.

Pregunta	Acuerdo		Opciones de respuesta	Acuerdo		Dimensión	Sugerencias
	SI	NO		SI	NO		
1. Actualmente, ¿sigue con su problema de consumo por el cual acudió al Centro?	SI	NO	1. SI (Continuar con pregunta 2 y 3). 2. NO, ya no lo tiene o ya lo resolvió porque: a) Ya no consume (Ir a pregunta 4) b) Consume menos que cuando acudió al centro (¿Promedio por ocasión de consumo actual? e ir a pregunta 4).	SI	NO	PC	
						ST	
						MT	
2. Desde que dejó de acudir al centro, su problema de consumo:	SI	NO	b) Disminuyó. b) No cambió. a) Aumentó.	SI	NO	PC	
						ST	
						MT	
3. Actualmente ¿Cómo califica su problema?	SI	NO	i) Nada grave. j) Poco grave. k) Algo grave. l) Muy grave. ¿Por qué lo considera así?	SI	NO	PC	
						ST	
						MT	
4. Al dejar de acudir al centro ¿qué sucedió con su problema de consumo?	SI	NO	e) Se resolvió f) Disminuyó g) No cambió h) Aumentó	SI	NO	PC	
						ST	
						MT	
5. Cuando dejó de acudir al centro, ¿buscó ayuda en otro lugar para resolver su problema de consumo?	SI	NO	2. Si ¿Por qué motivo? • ¿Qué tipo de ayuda buscó? • ¿Le ayudó a resolver su problema? • ¿Durante cuánto tiempo lo recibió? • ¿Lo concluyó? • ¿Le ayudó a resolver su problema de consumo? 3. No ¿Por qué motivo?	SI	NO	PC	
						ST	
						MT	
6. ¿Considera que el servicio que recibió por parte del personal administrativo del Centro fue?	SI	NO	a) Eficiente Si-No (¿por qué?) b) Amable Si-No (¿por qué?) c) Respetuoso Si-No (¿por qué?)	SI	NO	PC	
						ST	
						MT	

7. ¿Considera que el terapeuta que le asignaron en el Centro fue?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	a) Puntual Si-No (¿por qué?) b) Amable Si-No (¿por qué?) c) Claro en sus intervenciones Si-No (¿por qué?) d) Respetuoso Si-No (¿por qué?) e) Con experiencia para ayudarlo en su problema. Si-No (¿por qué?)	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>PC</b>	
						<b>ST</b>	
						<b>MT</b>	
8. Cuando asistió al centro por primera vez ¿qué tan interesado se sentía para asistir a terapia?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	i) Nada interesado ¿Por qué? j) Poco interesado k) Algo interesado l) Muy interesado ¿Por qué?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>PC</b>	
						<b>ST</b>	
						<b>MT</b>	
9. Después de acudir las primeras veces al centro ¿qué tan interesado se sentía en continuar asistiendo a su terapia?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	a) Nada interesado ¿Por qué? b) Poco interesado d) Algo interesado e) Muy interesado ¿Por qué?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>PC</b>	
						<b>ST</b>	
						<b>MT</b>	

## SECCIÓN 2

En esta sección se incluye el instrumento Working Alliance Inventory (WAI-versión corta de 12 reactivos) que mide la alianza terapéutica, con base en la definición de Bordin (1976), quien la define como la colaboración entre el cliente y el terapeuta. Tiene tres componentes: a) acuerdo en los objetivos; b) acuerdo en las tareas y c) vínculo positivo. El objetivo de esta sección es validar por jueceo la adaptación y traducción al castellano de dicho instrumento, así como adaptar el tiempo de los reactivos del presente al pasado.

### INSTRUCCIONES PARA EL JUEZ

En el siguiente recuadro se le pide que lea la primer y segunda columna en donde se presentan las instrucciones del instrumento en su versión original y la propuesta de traducción, en la tercera columna se le pide que **marque con una X si está o no** de acuerdo con el texto considerando sí: **a) la instrucción es clara; y b) si respeta la idea central de la instrucción de la versión en inglés.** En la última columna escriba su propuesta de redacción o haga los comentarios que considere pertinentes.

Versión original	Propuesta	Acuerdo		Sugerencias
<p>On the following pages there are sentences that describe some of the different ways you might have thought or felt about your therapist . Below each statement inside there is a seven point scale:  <b>1 Never; 2 Rarely; 3 Occasionally; 4 Sometimes; 5 Often; 6 Very Often; 7 Always.</b>                      If the statement describes the way you always felt (or thought) circle the number 7; if it never applied to you circle the number 1.                      Use the numbers in between to describe the variations between these extremes.                      This questionnaire is CONFIDENTIAL; only the research team will see your answers.                      Work fast, your first impressions are the ones we would like to see.                      (PLEASE DON'T FORGET TO RESPOND TO EVERY ITEM.)                      Thank you for your cooperation.</p>	<p>A continuación se presentan algunas oraciones que describen lo que pudo haber sentido o pensado sobre su terapeuta y el proceso de terapia. Cada oración tiene siete opciones de respuesta que va desde: nunca; rara vez; de vez en cuando; a veces; frecuentemente; muy frecuentemente; y siempre. Elija la opción que mejor represente la manera en que se sintió.</p>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	

## INSTRUCCIONES PARA EL JUEZ

En seguida se presentan los 12 reactivos del instrumento que miden tres dimensiones de la alianza terapéutica: **a) acuerdo en los objetivos:** acuerdo entre terapeuta y paciente respecto a los objetivos a alcanzar en terapia; **b) acuerdo en las tareas:** percepción de las acciones o tareas que forman parte del trabajo terapéutico y que son relevantes para la mejoría; y **c) vínculo positivo:** percepción de confianza y aceptación mutua.

Lea la primer y segunda columna en donde se presentan los reactivos en su versión original y la propuesta de traducción y adaptación del verbo presente al pasado, en la tercera columna marque con una **X si está o no de acuerdo** tomando en cuenta los siguientes puntos: **a) la traducción es adecuada;** y **b) si la redacción es adecuada.** En caso de que no lo esté, en el apartado de sugerencias escriba la propuesta que sugiere o en caso de que esté de acuerdo pero desee realizar algún comentario, siéntase en la libertad de hacerlo en el mismo apartado.

Idioma original	Propuesta de traducción y adaptación	Acuerdo		Sugerencias
		SI	NO	
10. My therapist and I agreed about the things I will need to do in therapy to help improve my situation. (Acuerdo en las tareas)	Mi terapeuta y yo estuvimos de acuerdo sobre lo que tenía que hacer en la terapia para mejorar mi situación.	SI	NO	
11. What I was doing in therapy gave me new ways of looking at my problem. (Acuerdo en las tareas)	Lo que hice en la terapia me ayudó a ver de forma diferente mi problema.	SI	NO	
12. I believe my therapist liked me (Vínculo positivo)	Creo que a mi terapeuta le caí bien.	SI	NO	
13. I disagreed with my therapist about what I ought to get out of therapy. (Acuerdo en los objetivos)	No estuve de acuerdo con mi terapeuta sobre lo que tenía que conseguir en la terapia.	SI	NO	
14. I was confident in my therapist's ability to help me. (Vínculo positivo).	Confíe en la habilidad de mi terapeuta para ayudarme.	SI	NO	
15. My therapist and I were working towards mutually agreed upon goals. (Acuerdo en los objetivos)	Mi terapeuta y yo trabajamos para conseguir los objetivos que acordamos.	SI	NO	
16. I feel that my therapist appreciated me. (Vínculo positivo)	Creo que mi terapeuta me estimaba.	SI	NO	
17. We agreed on what was important for me to work on. (Acuerdo en las tareas)	Mi terapeuta y yo estuvimos de acuerdo sobre lo que era importante trabajar en terapia.	SI	NO	
18. My therapist and I trusted one another. (Vínculo positivo).	Mi terapeuta y yo confiamos el uno en el otro.	SI	NO	
19. My therapist and I had different ideas on what my problems were (Acuerdo en los objetivos)	Mi terapeuta y yo tuvimos distintas ideas sobre cuáles eran mis verdaderos problemas.	SI	NO	
20. We had a good understanding of the kind of changes that would be good for me (Acuerdo en los objetivos)	Mi terapeuta y yo estuvimos de acuerdo en los cambios que serían buenos para mí.	SI	NO	
21. I believe the way we were working with my problema was correct. (Acuerdo en las tareas)	Creo que trabajamos en mi problema de la forma adecuada	SI	NO	

### SECCIÓN 3

#### INSTRUCCIONES PARA EL JUEZ

En el siguiente cuadro, lea la primer columna en la cual se presentan las instrucciones de la sección 3 que se le dan al participante y que tiene el objetivo de identificar algunas variables que pudieron influir en su deserción del tratamiento psicológico (motivación al tratamiento, contexto externo del tratamiento y su satisfacción al respecto), en la segunda columna señale con **una X si está o no de acuerdo** con la redacción de las instrucciones. En el apartado de sugerencias escriba su propuesta o en caso de que esté de acuerdo pero desee realizar algún comentario, siéntase en la libertad de hacerlo en el mismo apartado.

Instrucciones:	Acuerdo		Sugerencias
A continuación se mencionan algunas situaciones que pueden afectar la asistencia a la terapia, mencione si en su caso algunas de éstas se presentaron.	SI	NO	

Enseguida se presentan trece reactivos que corresponden a esta sección, lea cuidadosamente la definición de cada una de las dimensiones, de manera tal que, al revisar las preguntas identifique la dimensión que representa cada una de ellas.

- a) **Satisfacción con el tratamiento (ST):** percepción del participante sobre el grado en el que sus expectativas sobre el servicio que recibió, por parte del centro, se cumplieron y la forma en la que lo califica. El servicio implica tanto al terapeuta, al personal administrativo y las instalaciones.
- b) **Contexto externo al tratamiento (CE):** todas aquellas variables que son externas al tratamiento, que tienen que ver con el contexto del usuario y que influyen de alguna forma en el proceso terapéutico.
- c) **Motivación hacia el tratamiento (MT):** grado en el que el participante está interesado en buscar, asistir y continuar con su tratamiento terapéutico para resolver su problema de consumo.

A continuación, lea los reactivos de la primer columna, en la segunda columna señale con una **X si está o no de acuerdo** con cada reactivo, tomando en cuenta su pertinencia y claridad (redacción), en la tercera columna se le pide que identifique la dimensión que usted considera evalúa cada reactivo, **marque con una X** alguna de las tres opciones, tomando en cuenta los siguientes códigos: **ST** (Satisfacción con el tratamiento); **CE** (Contexto externo al tratamiento); y **MT** (Motivación al tratamiento). En el apartado de sugerencias escriba su propuesta para mejorar la claridad y redacción, o en caso de que esté de acuerdo con el texto pero desee realizar algún comentario (como aumentar o eliminar alguna variable, etc.), siéntase en la libertad de hacerlo en este apartado.



<b>Factor</b>	<b>ACUERDO</b>		<b>Dimensión</b>	<b>Sugerencias</b>
22. Decidió atenderse en otra institución.	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>ST</b>	
			<b>CE</b>	
			<b>MT</b>	
23. Falta de dinero para pagar la terapia.	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>ST</b>	
			<b>CE</b>	
			<b>MT</b>	
24. Incompatibilidad de horarios con escuela, trabajo o situaciones de fuerza mayor.	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>ST</b>	
			<b>CE</b>	
			<b>MT</b>	
25. No querer o no necesitar la terapia.	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>ST</b>	
			<b>CE</b>	
			<b>MT</b>	
26. No sintió ninguna mejoría al acudir al tratamiento.	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>ST</b>	
			<b>CE</b>	
			<b>MT</b>	
27. Invertía mucho tiempo para asistir al centro.	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>ST</b>	
			<b>CE</b>	
			<b>MT</b>	
28. Dejó de hacer otras cosas importantes para asistir a terapia.	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>ST</b>	
			<b>CE</b>	
			<b>MT</b>	
29. Creyó que el terapeuta no tenía la suficiente experiencia.	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>ST</b>	
			<b>CE</b>	
			<b>MT</b>	

30. Asistió al tratamiento por presión de otras personas.	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>ST</b>	
			<b>CE</b>	
			<b>MT</b>	
31. Se le hicieron tediosas las sesiones en la terapia	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>ST</b>	
			<b>CE</b>	
			<b>MT</b>	
32. No tuvo el apoyo de otras personas para resolver su problema.	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>ST</b>	
			<b>CE</b>	
			<b>MT</b>	
33. En algún momento creyó que ya no necesitaba la terapia, a pesar de que aún no concluía su tratamiento.	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>ST</b>	
			<b>CE</b>	
			<b>MT</b>	
34. ¿Algún otro motivo(s)? (Menciónelo(s)) a) ... b) ...	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>ST</b>	
			<b>CE</b>	
			<b>MT</b>	

### INSTRUCCIONES PARA EL JUEZ

Lea la primer columna en donde se presenta la indicación que se le da al participante, cuyo objetivo es identificar el obstáculo u obstáculos, que de acuerdo a la percepción del usuario, influyeron en mayor grado en que dejara de asistir a tratamiento, en la segunda columna marque con **una X si está de acuerdo o no** con ésta, tomando en cuenta su pertinencia y claridad (redacción). En caso de que no lo esté, en el apartado de sugerencias escriba la propuesta que sugiere o en caso de que esté de acuerdo pero desee realizar algún comentario, siéntase en la libertad de hacerlo.

<b>Indicación</b>	<b>Acuerdo</b>		<b>Sugerencias</b>
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
35. Mencione si alguna(s) de las situaciones anteriores fueron determinantes para que dejara de asistir al centro, especifique cuál(es) de ésta(s) fue(ron).			

## 2. APARTADO PARA PERSONAS QUE CONCLUYERON

### SECCIÓN 1

Este cuestionario consta de 8 preguntas, 5 de ellas son iguales a las valoradas en el primer cuestionario, de tal manera que en éste apartado solo se le pedirá su opinión sobre 3 de ellas. La dinámica es la misma que en la primera sección del cuestionario anterior. En seguida se describen las dos dimensiones que valoran dichas preguntas, lea la definición de cada una de las dimensiones.

- a) **Estado del problema de consumo (PC):** información que se refiere a todo aquello que se relaciona con el consumo de la sustancia por parte del participante y la percepción de qué tanto representa un problema para él.
- b) **Logro de objetivos terapéuticos (OT):** logro de la meta terapéutica de consumo (abstinencia o moderación), acordado entre el usuario y el terapeuta.

Lea las preguntas de la primera columna, en la segunda columna marque con una **X si está o no de acuerdo** con la pregunta. En la tercera columna lea las posibles opciones de respuesta de cada pregunta, en la cuarta columna marque con una **X si está o no de acuerdo** con las opciones. En la quinta columna identifique la dimensión que usted considera evalúa esa pregunta marcando con una **X** una de las dos opciones, tomando en cuenta los siguientes códigos: **PC** (Estado de problema de consumo) y **OT** (Logro de objetivos terapéuticos). En el apartado de sugerencias escriba su propuesta para mejorar la redacción, o si desea realizar algún comentario (como aumentar o eliminar algún reactivo, etc.), siéntase en la libertad de hacerlo

Pregunta	Acuerdo		Opciones de respuesta	Acuerdo		Dimensión	Sugerencia
1. Considera que logró el objetivo terapéutico al asistir al centro	SI	NO	1. SI ¿Cuál fue? Moderación( ) Abstinencia ( ) 2. NO ¿Cuál fue? Moderación( ) Abstinencia ( )	SI	NO	PC	
						OT	
2. Actualmente:	SI	NO	1. Ya no consume ( ) (Ir a pregunta 4) 2. Consume menos que cuando acudió al centro ( ) 3. Consume de la misma forma ( ) 4. Su consumo es mayor ( )	SI	NO	PC	
						OT	

3. ¿Desde la terminación del tratamiento a la fecha ha tenido alguna recaída?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	1. No ( ) 2. Si ( ) a) Pero no volvió a ser un problema. b) Volvió a consumir de la misma forma que cuando asistió a tratamiento. b) Su consumo fue mayor que cuando acudió a tratamiento.	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>PC</b>	
						<b>OT</b>	

### SECCIÓN 3

Lea la primer columna en donde se presentan las instrucciones de la sección 3 que se le proporcionan al participante y que tiene el objetivo de identificar algunos obstáculos que se le pudieron presentar al asistir a tratamiento (motivación al tratamiento, entorno del tratamiento y satisfacción con el tratamiento) y la forma en la que los enfrentó para concluir con su tratamiento, en la segunda columna señale con una **X si está o no de acuerdo** con la redacción de las instrucciones. En el apartado de sugerencias escriba su propuesta o en caso de que esté de acuerdo pero desee realizar algún comentario, siéntase en la libertad de hacerlo en el mismo apartado.

<b>Instrucciones:</b>	<b>Acuerdo</b>		<b>Sugerencias</b>
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
A continuación se mencionan algunas situaciones que en ocasiones pueden afectar la asistencia a la terapia, mencione si alguna de estas situaciones estuvo presente o no en su caso y si es así la forma en la que logró resolverla.			

Esta sección consta de 11 posibles obstáculos que se le pudieron presentar al participante durante su tratamiento, los cuales son iguales a los valorados en el primer cuestionario en la misma sección, de tal manera que en éste apartado ya no se pedirá su opinión sobre ellos. Sin embargo, se muestra el formato para recabar la información solicitada en las instrucciones sobre la manera en la que el participante enfrentó los obstáculos que se le presentaron. El recuadro consta de 5 columnas, en la primera, están los posibles obstáculos que se le mencionan al participante, en la segunda columna la pregunta para identificar si se le presentó o no dicho obstáculo, en la tercera, una pregunta para que en caso de que se haya presentado el obstáculo, el participante comente la forma en la que lo resolvió, a continuación, en la columna cuatro se le pide **marque con una X** si está o no de acuerdo con

la forma en la que se buscan identificar los obstáculos que se le pudieron presentar al usuario y la forma en la que los resolvió. En el apartado de sugerencias escriba su propuesta para mejorar la claridad y redacción, o en caso de que esté de acuerdo con el texto pero desee realizar algún comentario (como aumentar o eliminar algún reactivo, etc.), siéntase en la libertad de hacerlo.

Factor	¿Se presentó el obstáculo?		Información cualitativa ¿Cómo lo resolvió?	Acuerdo		Sugerencias
	SI	NO		SI	NO	
1. Falta de dinero para pagar la terapia.	SI	NO		SI	NO	
2. Así sucesivamente...						

## ANEXO 15

### JUICIO DE EXPERTOS 2

Se pide su colaboración para realizar el segundo análisis del juicio por expertos de un cuestionario:

#### 1) Apartado para personas que desertaron del Programa de Detección e Intervención Breve para Bebedores Problema (PDIBBP);

Su objetivo es medir la percepción de los usuarios acerca de algunas variables de la alianza terapéutica, el estado actual del problema de consumo, la motivación al tratamiento, el contexto del mismo, su nivel de satisfacción al respecto y factores asociados a la deserción del tratamiento. Se aplicará de forma presencial, telefónica (o vía electrónica) por un profesional capacitado. Está dividido en tres secciones, contiene un total de 35 reactivos. Dicho cuestionario forman parte de una investigación sobre usuarios que concluyeron o desertaron de su terapia psicológica en el Programa de Bebedores.

#### INSTRUCCIONES PARA EL JUEZ:

A continuación se le presenta un formato que le permitirá valorar la pertinencia de algunos reactivos del cuestionario que a través del primer análisis por jueces fueron modificados.

Complete los datos que se le solicitan sobre su experiencia profesional en la evaluación y tratamiento en adicciones:

Grado máximo de estudios:
Áreas y tiempo aproximado de experiencia profesional:
Cargo actual:
Institución donde labora:

### SECCIÓN 1

#### INSTRUCCIONES PARA EL JUEZ

Ésta sección está compuesta originalmente por 9 preguntas y diferentes opciones de respuesta para cada una de ellas (ver formato original de cuestionario para personas que desertaron), en ésta segunda evaluación, únicamente se emitirán a juicio 2 reactivos. En seguida se presenta un recuadro con 4 columnas, se pide que lea la primera columna que incluye una de las preguntas que se le hacen al participante, en la segunda están las posibles **opciones de respuesta** de esa pregunta que fueron modificadas con base en el análisis de la primera evaluación por jueces. Para evaluar la pertinencia y claridad ÚNICAMENTE de las opciones de respuesta, marque con una **X** en la tercera columna **si está o no de acuerdo** con ellas, con base en si se entiende el sentido de las mismas. En caso de ser necesario, en el apartado de **sugerencias** escriba su propuesta para mejorar la claridad y sentido de las opciones de respuesta, o si desea realizar otro comentario (como cambiar una palabra por otra o alguna sugerencia en la puntuación, etc.), siéntase en la libertad de hacerlo.

En seguida se presenta un recuadro con 3 columnas, se pide que lea la primera columna que incluye una de las preguntas que se le hacen al participante, la cual fue modificada con base en el análisis de la primera evaluación por jueces, en la segunda se le pide que identifique la dimensión que usted considera evalúa esa pregunta, para tal fin, lea

Pregunta	Opciones de respuesta	Acuerdo		Sugerencias
		SI	NO	
1. Actualmente, ¿sigue con su problema de consumo de alcohol por el cual acudió al Centro?	1. ( ) <b>Sí</b> (Continuar con pregunta 2 y 3). 2. ( ) <b>No</b> , debido a: a) ( ) <b>Ya no consume</b> (Ir a pregunta 4) b) ( ) <b>Disminuyó su consumo</b> (Ir a pregunta 4). (Disminuyó la frecuencia con la que consume, la cantidad o ambas)			

cuidadosamente la definición de cada una de las dimensiones, de manera tal que, al revisar la pregunta identifique la dimensión que representa.

- d) **Estado del problema de consumo (PC):** información que se refiere a todo aquello que se relaciona con el consumo de la sustancia por parte del participante y la percepción de qué tanto representa un problema para él.
- e) **Satisfacción con el tratamiento (ST):** percepción del participante sobre el grado en el que sus expectativas sobre el servicio que recibió, por parte del centro, se cumplieron y la forma en la que lo califica. El servicio considera al terapeuta, al personal administrativo y las instalaciones.
- f) **Motivación al tratamiento (MT):** grado en el que el participante está interesado en buscar, asistir y continuar con su tratamiento terapéutico para resolver su problema de consumo.

Marque con **una X**, únicamente UNA de las tres opciones, tomando en cuenta los siguientes códigos: **PC** (Estado de problema de consumo); **ST** (Satisfacción con el tratamiento); y **MT** (Motivación al tratamiento). En caso de ser necesario, en el apartado de sugerencias escriba alguna observación que desee hacer.

Pregunta	Dimensión	Sugerencias
5. Cuando dejó de acudir al centro, ¿se interesó en buscar y asistir a otro tratamiento para resolver su problema de consumo de alcohol?	<b>PC</b>	
	<b>ST</b>	
	<b>MT</b>	

## SECCIÓN 2

En esta sección se incluye el instrumento Working Alliance Inventory (WAI-versión corta de 12 reactivos) que mide la alianza terapéutica, con base en la definición de Bordin (1976), quien la define como la colaboración entre el cliente y el terapeuta. Tiene tres componentes: a) acuerdo en los objetivos; b) acuerdo en las tareas y c) vínculo positivo. El objetivo de esta sección es validar por jueceo la adaptación y traducción al castellano de dicho instrumento, así como adaptar el tiempo de los reactivos del presente al pasado.

En seguida se presenta uno de los 12 reactivos del instrumento que miden tres dimensiones de la alianza terapéutica: **a) acuerdo en los objetivos:** acuerdo entre terapeuta y paciente respecto a los objetivos a alcanzar en terapia; **b) acuerdo en las tareas:** percepción de las acciones o tareas que forman parte del trabajo terapéutico y que son relevantes para la mejoría; y **c) vínculo positivo:** percepción de confianza y aceptación mutua.

Lea la primer y segunda columna en donde se presenta el reactivo en su versión original y la nueva propuesta de traducción y adaptación del verbo presente al pasado, con base en el análisis de la primera evaluación por jueces, en la tercera columna marque con una **X si está o no de acuerdo** tomando en cuenta los siguientes puntos: **a) la traducción es adecuada; y b) si la redacción es adecuada.** En caso de que no lo esté, en el apartado de sugerencias escriba la propuesta que sugiere o en caso de que esté de acuerdo pero desee realizar algún comentario, siéntase en la libertad de hacerlo en el mismo apartado.

Idioma original	Propuesta de traducción y adaptación	Acuerdo		Sugerencias
		SI	NO	
13. I disagreed with my therapist about what I ought to get out of therapy. (Acuerdo en los objetivos)	Estuve en desacuerdo con mi terapeuta sobre lo que tenía que lograr en la terapia.			

### SECCIÓN 3

Enseguida se presenta uno de los trece reactivos que corresponden a esta sección (ver formato original de cuestionario para personas que desertaron), lea cuidadosamente la definición de cada una de las dimensiones, de manera tal que, al revisar las preguntas identifique la dimensión que representa cada una de ellas.

- d) **Satisfacción con el tratamiento (ST):** percepción del participante sobre el grado en el que sus expectativas sobre el servicio que recibió, por parte del centro, se cumplieron y la forma en la que lo califica. El servicio implica tanto al terapeuta, al personal administrativo y las instalaciones.
- e) **Contexto externo al tratamiento (CE):** todas aquellas variables que son externas al tratamiento, que tienen que ver con el contexto del usuario y que influyen de alguna forma en el proceso terapéutico.
- f) **Motivación hacia el tratamiento (MT):** grado en el que el participante está interesado en buscar, asistir y continuar con su tratamiento terapéutico para resolver su problema de consumo.

A continuación, lea el reactivo de la primer columna que fue modificado con base en el análisis de la primera evaluación por jueces, en la segunda se le pide que identifique la dimensión que usted considera evalúa dicho reactivo, **marque con una X** alguna de las tres opciones, tomando en cuenta los siguientes códigos: **ST** (Satisfacción con el tratamiento); **CE** (Contexto externo al tratamiento); y **MT** (Motivación al tratamiento). En caso de ser necesario, en el apartado de sugerencias escriba alguna observación que desee hacer.

Factor	Dimensión	Sugerencias
30. Asistió a tratamiento presionado por motivos externos (trabajo, escuela, familia, etc.).	ST	
	CE	
	MT	



## ANEXO 16

### Formato de consentimiento informado del investigador

Fecha:

El Psic. Daniel Rivera Pacheco con CÉDULA 09070391, te invita a participar en una investigación en un centro de atención ambulatoria para las adicciones que tiene como objetivo el identificar algunas variables que influyen en la deserción y terminación del PDIBBP.

Debido a que el trabajo implica el manejo de datos personales de usuarios que recibieron atención en el centro, me comprometo a que:

- El material e instrumentos proporcionados por el responsable de la investigación son propiedad del mismo y no podrán utilizarse ni compartirse para ningún otro fin sin el conocimiento expreso y previa autorización del responsable.
- Mantendré en completa confidencialidad los datos de los usuarios, comprometiéndome a no divulgar, exhibir, compartir y/o en ningún medio o con personas ajenas a la investigación, datos de los usuarios, instrumentos y/o cualquier información sensible relacionada a la presente investigación.
- Mostrar un comportamiento profesional y ético con el usuario y con la información que éste me brinde.
- Informar al responsable de la investigación de cualquier situación que pueda relacionarse con mi desempeño en el mismo.

La información que proporcione será confidencial. El consentimiento de lo aquí mencionado, sírvase a firmar éste documento.

---

Nombre completo y firma

## ANEXO 17

### Formato de invitación para usuarios

**No. Expediente:**

**Fecha de aplicación:**

**Nombre de usuario:**

**Teléfono:**

**Terapeuta de caso:**

**Fecha de alta:**

**Investigador:**

**Observaciones:**

**Patrón de consumo al asistir a tratamiento:**

<b>Frecuencia:</b>	<b>Cantidad:</b>
--------------------	------------------

Buen día, por favor con....., soy el psicólogo(a)..... del Centro de Prevención en Adicciones de la UNAM, el motivo de mi llamada es para solicitarle su valiosa participación para ayudarnos a evaluar y mejorar la atención que ofrecemos en el centro, al contestar un breve cuestionario vía telefónica que toma alrededor de 15 minutos. No hay respuestas buenas ni malas y todo lo que diga será completamente confidencial, su participación es muy importante para ayudarnos a mejorar.

¿Acepta participar en la investigación? <b>(SI)</b> <b>(NO)</b>	¿Alguna razón por la que no desea participar?
	¿Desea que agendemos en otro momento la llamada? <b>(SI) (NO)</b>  Día:  Hora: