



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**Variables asociadas al egreso
de una intervención en adicciones**

TESIS

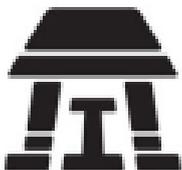
**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

RENÉ RAMÍREZ GUTIÉRREZ

DIRECTOR DE TESIS

MTRA. VIOLETA FÉLIX ROMERO



Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

	pag.
Introducción	3
Intervenciones eficaces en adicciones	5
Egreso de las Intervenciones Breves	10
Autoeficacia y adherencia al tratamiento	15
Método	26
Participantes	26
Instrumentos	27
Procedimiento	28
Resultados	29
Discusión	34
Conclusión	37
Referencias	39

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como droga a “toda sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o varias de sus funciones alterando los pensamientos, emociones, percepciones y conductas en una dirección que pueda hacer deseable repetir la experiencia, pudiendo provocar mecanismos de tolerancia y dependencia”. Tanto el alcohol como el tabaco son drogas legales. Ambas, son las causantes de la mayor cantidad de muertes evitables en la actualidad. La diferencia principal del tabaco y el alcohol con las demás drogas como la marihuana y la cocaína, es que estas últimas son ilegales, al menos en México.

Se calcula que uno de cada 20 adultos, es decir, alrededor de 250 millones de personas de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una droga en 2014. Aunque considerable, esa cifra, que equivale aproximadamente a la suma de la población de Alemania, Francia, Italia y el Reino Unido, no parece haber aumentado en los últimos cuatro años de manera proporcional a la población mundial (Informe Mundial sobre las Drogas, 2016).

En México, la Encuesta Nacional de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (ENCODAT, 2017) arrojó que el 10.3% de la población mexicana ha consumido alguna droga al menos una vez en su vida y el 2.9% lo hizo en el último año; cabe mencionar que la edad promedio de inicio de consumo es 17.8 años y los hombres inician su consumo alrededor de un año antes a comparación de las mujeres; siendo la marihuana la droga ilegal más consumida en el último año con una prevalencia de 1.8% seguida por la cocaína con una prevalencia de 0.8%.

Tomando en cuenta los resultados de la ENCODAT 2017 y de estudios previos como la ENA 2011, se puede notar que el consumo de sustancias como la marihuana se ha incrementado y sigue siendo la principal droga ilegal de consumo. Mientras que los inhalables han tenido el crecimiento más pronunciado, especialmente entre la población escolar de secundaria y bachillerato; esta tendencia fue encontrada en las encuestas de hogares con un aumento tanto en los hombres como en las mujeres. En cuanto al consumo de alcohol, entre 2000 y 2012

se observa un aumento en el porcentaje total de adultos que consumen alcohol (39.7% en 2000, 34.1% en 2006 y 53.9% en 2012).

Con respecto a las sustancias estimulantes, se duplicó el consumo de cocaína, a pesar de la reducción en la oferta del periodo del 2002 al 2008, en la población general. Las metanfetaminas tienen prevalencias bajas de consumo en la población general y escolar, sin embargo, entre la población que acude a centros de tratamiento se encuentra un alto consumo y es una importante droga de impacto. (Villatoro et.al. 2012). Por otra parte, se reporta una prevalencia de consumo activo de tabaco de 21.7%, lo que corresponde a 17.3 millones de mexicanos fumadores. El 31.4% de los hombres y el 12.6% de las mujeres son fumadores activos (12 millones de hombres y 5.2 millones de mujeres).

De acuerdo con Villatoro et. al. (2012), el incremento en el número total de consumidores en países en desarrollo como México, tiene varias explicaciones, una de ellas apunta hacia el mayor crecimiento demográfico, especialmente de su población joven y a la rápida tasa de urbanización. Otro elemento que se suma a este panorama, es el cierre de la brecha de consumo entre hombres y mujeres en estas regiones, como consecuencia de la desaparición de las barreras socioculturales y de una mayor igualdad de género.

Un consumidor pudiera estar utilizando más de una sustancia, sin embargo, es deber del terapeuta identificar la sustancia de impacto, es decir, aquella que tiene mayor repercusión sobre el comportamiento del usuario con el fin de enfocar su trabajo en ella. Dicha sustancia, normalmente es la que hace que el usuario se motive y asista al tratamiento, y la que deriva en una mayor cantidad de consecuencias negativas para el usuario, de ahí la importancia de identificar la droga de impacto.

Desde hace varias décadas, el abuso de las drogas ha constituido un problema de índole mundial, afectando a un amplio porcentaje de la población, ya que no sólo es afectado el consumidor sino también a las personas que lo rodean. Para disminuir o dejar el consumo de sustancia existen distintos tipos de tratamientos farmacológicos y también algunos psicológicos o conductuales, siendo

estos últimos los que conciernen a este trabajo. Los tratamientos o intervenciones conductuales son en su mayoría llevados a cabo por psicólogos, por lo tanto es necesario resaltar el papel del psicólogo al momento de trabajar en el ámbito de las adicciones, por ello, González, Fabelo y Naranjo (2013) argumentan que las competencias para la intervención en adicciones deben considerarse como una integración dialéctica de conocimientos, habilidades, valores y otros contenidos de la personalidad, que le permiten al psicólogo modificar conductas adictivas o de riesgo adictivo, en correspondencia con los requerimientos establecidos para ello.

Intervenciones eficaces en adicciones

De acuerdo con la OMS, la adicción es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Es una enfermedad progresiva y fatal, caracterizada por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad.

Dentro de los programas o terapias existentes diseñadas para el tratamiento del consumo de sustancias, las intervenciones breves (IB) destacan por su practicidad y funcionalidad. Las intervenciones breves se caracterizan por ser limitadas en el tiempo, incluyen una evaluación global, un asesoramiento breve, y un cierto seguimiento con el fin de promover, mediante una estrategia sencilla y accesible, un cambio en la conducta problema identificada en un paciente que no busca tratamiento, activando sus propios recursos. El papel relativo de la eficacia de la IB, a pesar de que se ha comprobado a lo largo de los años mediante múltiples estudios y aunque varía según las condiciones en las que se aplica o problemáticas, sigue la necesidad de comprobar el costo-efectividad de este tipo de intervenciones. Diversos autores determinan que la IB es eficiente por ser rentable en el medio sanitario inespecífico y por ser la que obtiene mejor balance costo-beneficio para la mayor parte de sujetos de riesgo (Rodríguez-Martos, 2002).

Del mismo modo, Sánchez y Gradolí (2002) reportan que las intervenciones breves pueden definirse como aquellas prácticas encaminadas a investigar un

problema potencial y motivar al paciente a comenzar a hacer algo respecto al abuso de sustancias. El objetivo es proveer a los usuarios de herramientas para cambiar actitudes y manejar problemas relacionados al consumo. El contenido de las intervenciones breves varía de acuerdo al tipo de sustancia, severidad del problema y el resultado deseado y puesto que son menos costosas están disponibles para un mayor número de personas y se pueden adecuar a las características de los pacientes.

Tal es el caso de la intervención breve cognitivo-conductual, ésta está representa la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva. Supone el enfoque más comprensivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias y consiste en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que el cliente tiene sobre sí mismo. La filosofía de la intervención está basada en la consideración del cliente como un científico, en el sentido de que se le anima a recurrir al método científico para contrastar empíricamente sus ideas o creencias. La intervención debe englobarse en el marco de la prevención de recaídas, teniendo los siguientes objetivos: 1) la modificación de las actitudes hacia el consumo y sus efectos a través de la abstinencia y b) establecimiento de un proyecto de cambio del estilo de vida del sujeto.

De acuerdo con Martínez et al (2008), estas intervenciones se han realizado principalmente en adultos y actualmente se realizan intentos por adaptarlas a la población más joven. Tomando en cuenta esto, se desarrolló el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas (PIBA) y el objetivo de esta investigación fue evaluar su impacto sobre el patrón de consumo de adolescentes que abusan de las drogas. Participaron 25 sujetos con una edad promedio de 16 años, 17 consumían alcohol y 8 mariguana. El procedimiento fue dividido en 6 fases 1) detección de casos, 2) sesión de admisión 3) sesión de evaluación 4) sesión de inducción al tratamiento 5) tratamiento y 6) seguimiento. Al finalizar se encontró que 16 de los 17 consumidores de alcohol disminuyeron su patrón de consumo, durante la línea base se observó un consumo de 1.6% a 25.8% mientras que en el seguimiento se registró un consumo entre 1.1% y 7.6%. En cuanto a los consumidores de mariguana, se observó que todos

disminuyeron su consumo ya que en la línea base se encontró un consumo entre 7.7% a 89% mientras que en el seguimiento el consumo vario de 1% a 10.4%. Con esto se confirma que el PIBA puede ser el responsable de la reducción del patrón de consumo de los adolescentes consumidores.

Con el fin de incrementar la validez de ambas intervenciones, Salazar, Valdez, Martínez y Pedroza (2010) realizaron un estudio donde se evaluó le eficacia del Programa de intervención breve para adolescentes (PIBA) y del Consejo Breve de una sesión en una población de adolescentes de las zonas rurales del estado de Aguascalientes. El estudio comprendió dos fases: 1) exploración de las características del consumo en los adolescentes rurales y 2) evaluación de las intervenciones. Para la primera fase participaron 91 sujetos y 23 para la segunda fase, de estos últimos a 12 se les aplico el PIBA a los otros 11 el Consejo Breve. Los resultados mostraron que tanto los adolescentes que recibieron el PIBA como los que recibieron el Consejo Breve, disminuyeron de manera significativa el promedio de tragos estándar consumidos y su nivel de riesgo, de la evaluación al seguimiento. También se observó una disminución significativa en el número de problemas relacionados y un incremento en el nivel de autoeficacia situacional. Esto indica que el Consejo Breve puede ser tan efectivo como una intervención breve de mayor duración, sin embargo, los individuos que participaron en el PIBA, tuvieron una mayor reducción en sus tasas de consumo, en comparación con la modalidad de una sola sesión.

En cuanto a la aplicación en adultos, Diez, Peña, García y Gaité (2002) reportaron que se ha comprobado que las intervenciones breves para disminuir el consumo de alcohol son un tratamiento eficaz y con un bajo costo como ejemplo mencionan el trabajo del hospital universitario, donde se manejaron actuaciones de tipo informativo-educativo sobre varones bebedores moderados y de riesgo. Para ello participaron 1022 varones, entre 18 y 65 años de edad, bebedores habituales entre 21 y 95 unidades semanales, que fueron evaluados mediante autoinforme detallado de su consumo en la semana anterior a la entrevista y seis meses después de la intervención. Los sujetos pertenecían a cuatro contextos sociosanitarios distintos (Hospital Universitario, Medicina de atención primaria, Comunidad y Medicina de empresa) los sujetos fueron aleatorizados en grupos de

simple evaluación y grupos de intervención, se les entregó y explicó un folleto de autoayuda asociado a la misma sesión de evaluación.

Los sujetos del grupo simple evaluación, una vez terminando el cuestionario pretratamiento, no recibían ningún otro tipo de información o comentario sobre los datos cerrándose en ese momento la situación de entrevista, mientras que los sujetos de intervención recibían en ese mismo momento el folleto de autoayuda y a través de su explicación eran informados sobre su propio consumo, forma de autoevaluarlo, posibles consecuencias sobre de salud y estilo de vida, ideas erróneas y mitos en torno al beber y pautas de comportamientos a tenor del propio consumo. La sesión de evaluación y la intervención duraban unos 10 minutos. Seis meses después, se les contacto y a los que fueron localizados se les aplico el cuestionario de seguimiento.

Se encontraron cambios significativos hacia le mejoría en ambos grupos (solo evolución e intervención) en todos los parámetros de medida que se utilizaron. Un 55% de casos tomaba como promedio semanal al menos 7 u. menos que al principio; el promedio de consumo había descendido en 11.6 u./semana, que significaba un 25% del inicial; la prevalencia de bebedores de riesgo había descendido en un 11%; y un 42% de quienes inicialmente lo era habían moderado su consumo hacia umbrales inferiores a ese nivel, en general

Siguiendo esa línea, otro estudio acerca de la eficacia de las intervenciones breves es el de Ayala, Echeverria, Sobell y Sobell (1998). Se menciona que es de suma importancia la búsqueda de programas que sirvan para prevenir o reducir los problemas sociales provocados por el consumo excesivo de alcohol, para fortalecer acciones de prevención secundaria de breve duración en la identificación temprana de patrones de consumo que ponen en riesgo al individuo. La intervención con terapia cognitivo-conductual muestra efectividad en poblaciones de bebedores con dependencia media, ya que reúnen los requisitos necesarios de una prevención secundaria, esta terapia breve tiene como base el tratamiento Autocontrol Dirigido.

En este estudio participaron 177 individuos con problemas relacionados con su consumo de alcohol, con una edad promedio de 37.5 años; de los cuales se evaluó su consumo pre-tratamiento una semana antes de dar inicio al programa de

tratamiento con la Escala de Dependencia al Alcohol y la Breve Escala de Dependencia al Alcohol, realizándose dicho programa en un centro de prevención de adicciones. Una vez iniciado el tratamiento se llevaron a cabo 4 sesiones de 45 minutos centradas a decidir cambiar, establecer una meta de consumo, evaluar situaciones de riesgo y enfrentar problemas con el alcohol, posteriormente se realizan 2 visitas de seguimiento, a los 6 y 12 meses.

Los efectos del programa se determinaron mediante indicadores del patrón de consumo, nivel de problemáticas asociadas, autopercepción de mejoría, nivel de autoeficacia y satisfacción de calidad de vida, en las tres fases del tratamiento. Como resultados se obtuvieron en relación al porcentaje de días por mes de abstinencia que a los 12 meses se obtuvo un 73% y en 6 meses de un 84%; en relación al consumo en la fase pre-tratamiento el promedio era de 9.2 mientras que en la fase de tratamiento bajo a 4.4 y en la fase de seguimiento 5.8 y 6.5, en los 6 y 12 meses, respectivamente; en lo que respecta a su estilo de vida en un inicio el 62% se sentía insatisfecho, mientras que en la fase de seguimiento a los 6 meses se encontró un 70% y a los 12 meses un 76% de satisfacción con su estilo de vida.

Para conocer el impacto del programa se dividió en 8 áreas generales: laboral, salud, afectiva, cognoscitiva, interpersonal, agresión, legal y financieros, al calificar la impresión general acerca del impacto del tratamiento se obtuvo que a los 6 meses el 70% calificó su mejoría como buena o muy buena y a los 12 meses este porcentaje se incrementó al 80%. Para evaluar la satisfacción hacia el tratamiento se aplicó un cuestionario cuyos resultados arrojaron que el 78% de los usuarios como muy satisfechos.

Por lo que se concluye con los resultados que el programa de Autocontrol Dirigido en una porción significativa de los usuarios se dieron cambios importantes en el patrón de consumo de bebidas alcohólicas, además de incrementar la confianza (autoeficacia), reducción de problemas en la vida personal y sensación de mayor bienestar. Este programa al ser breve, de bajo costo y un alto nivel de efectividad es apropiado para países cuyos recursos son limitados.

Egreso de las Intervenciones Breves

Ahora bien, un aspecto importante referente a las adicciones es el del abandono al tratamiento. Gavino y Godoy, (1993) definieron el abandono como “una interrupción del tratamiento antes de alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos”. La alta tasa de abandonos de los programas de tratamiento es uno de los problemas más graves en el ámbito del consumo de sustancias, sin embargo, la identificación temprana de predictores de riesgo de abandono puede proporcionar información útil sobre las necesidades específicas de tratamiento de este tipo de pacientes.

Sirvent (2009) argumenta que precisamente en el campo de las conductas adictivas el abandono supone un problema importante para la efectividad del tratamiento. Concretamente entre un 20 y un 57% de los pacientes no vuelven a terapia después de la primera sesión y entre el 31 y 56% no completan más de 4 sesiones. En la búsqueda de los factores explicativos del abandono del tratamiento se han estudiado diferentes características del individuo, fundamentalmente socioculturales, como el estatus socioeconómico o el nivel cultural. Sin embargo, la investigación más reciente indica que probablemente exista una relación más compleja entre estos factores y otros más individuales, como son las actitudes del paciente o las expectativas del propio terapeuta. En el estudio de este tipo de variables aparece la motivación para el cambio del paciente como un factor determinante en el cumplimiento terapéutico.

De acuerdo con Rondón, Otálora y Salamanca (2009) existen aproximaciones al fenómeno de la deserción en relación con variables que determinan la no adherencia del consultante a un proceso psicoterapéutico, entre las cuales, se encuentran las características propias tanto del consultante como del terapeuta, el tipo de trastorno y las condiciones ambientales e institucionales entre otras. Se tomaron en cuenta 74 consultantes atendidos en el 2008 los cuales conformaron la muestra, quienes diligenciaron previamente el consentimiento informado en un Centro de Atención Psicológica, y que actualmente se han considerado como desertores de la atención psicológica con edades comprendidas

entre los 4 y 45 años, nivel escolar entre formación básica primaria y educación superior, y un estrato socioeconómico entre el nivel I y III.

Mediante dos instrumentos se recolectaron datos de identificación (datos sociodemográficos, y datos relacionados con el proceso (motivo de consulta, impresión diagnóstica, total de sesiones, número de sesiones por fase del proceso, cambio de terapeuta, remisión, deserción, terapeuta), así como datos referentes a los determinantes de deserción (motivo textual, variable operacionalizada, motivo textual relacionado con la deserción, relación de la variable con la deserción), para posteriormente, contactar a los consultantes, realizar la entrevista y la firma del consentimiento informado.

Para determinar la relación del motivo de consulta y/o hipótesis diagnósticas obtenidas en las historias clínicas con el abandono, se tuvo en cuenta aquellos diagnósticos que tienen evidencia empírica y teórica con relación al abandono, las demás variables se analizaron de acuerdo a las manifestaciones textuales dadas por el consultante en la entrevista telefónica. De 74 casos atendidos, 65 casos no lograron finalizar su proceso terapéutico; los resultados se presentan a partir de la información recopilada de 44 consultantes quienes accedieron a formar parte de la investigación.

Los consultantes argumentaron entre una y tres razones para abandonar los procesos terapéuticos, en promedio cada consultante argumentó dos razones, sin contar la relación con la impresión diagnóstica, que se obtiene del análisis de la historia clínica; los motivos manifestados por los consultantes para abandonar la terapia se encuentran distribuidos de manera uniforme entre ambientales, del consultante, y de la terapia y terapeuta.

Domínguez-Martin, Miranda-Estríbí, Pedrero-Pérez, Pérez-López y Puerta-García (2008) realizaron un estudio con el fin de explorar las razones por las cuales los pacientes interrumpen voluntariamente su tratamiento de la adicción, para ello participaron 53 usuarios que abandonaron su tratamiento antes de finalizar. El estudio se realizó en un centro público de atención a adicciones de la ciudad de Madrid. Se les contactó telefónicamente y se preguntan las causas por las cuales

dejó de acudir a las citas clínicas. Sólo 31 personas accedieron a responder a la entrevista. De ellas, el 29% alegaron no requerir más tratamiento por haber alcanzado sus objetivos, el 32,3% incompatibilidad con el trabajo o cambio de domicilio, el 22,6% deficiencias en el servicio y 9,7% falta de motivación para seguir las pautas del tratamiento.

Por otro lado, se llevaron a cabo dos estudios en una Comunidad Terapéutica para conocer la perspectiva de los pacientes para el abandono del tratamiento. En el primer estudio se analizaron las razones para el abandono de 55 pacientes que habían permanecido durante más de un año en el programa de intervención. Los resultados arrojaron que el 52,7% de la muestra señaló como razón de abandono *“no querer continuar con las limitaciones del tratamiento”*; el 21,8% señaló estar *“cansado de los grupos”*; el 21,8% consideraba *“haber conseguido los objetivos propuestos”*; y el 20% apuntó al *consumo o deseo de consumir drogas*. Dichos resultados sólo ponen de manifiesto aspectos concretos que debían tenerse en cuenta para mejorar las tasas de retención dentro de la Comunidad.

En el segundo estudio, con 24 abandonos prematuros, se encontró que las principales razones de abandono se relacionaban con la pérdida de motivación o deseo de cambio, y con conflictos relacionados con el personal del programa. Todo ello se tradujo en propuestas concretas de cambio dentro del programa de intervención como la introducción de la entrevista motivacional o el entrenamiento en habilidades de afrontamiento. Por lo que se refiere al tipo de droga de consumo, la amplia mayoría eran usuarios de heroína 72,1%, seguido de la cocaína 13,1%, de la mezcla de ambas sustancias *speedball* 13,1%, o de otro tipo de drogas como, por ejemplo, el alcohol o el cannabis 8,2%. (López-Goñi et al, 2008)

En cuanto al caso particular de las sustancias estimulantes, Sanchez-Hervas, Secades-Villa, Santoja, Zacarés, García-Rodríguez, Yanez y García (2010) realizó un estudio para identificar predictores de la finalización prematura de un programa de tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína, el estudio se realizó en varias unidades asistenciales públicas de una ciudad española. Los participantes fueron 91 usuarios de cocaína admitidos para ser tratados de su adicción, evaluados mediante entrevista y varias medidas de autoinforme. Las variables que obtuvieron capacidad

predictiva fueron las puntuaciones en el Michigan Alcoholism Screening Test (MAST), y las puntuaciones compuestas de alcohol y drogas del EuropASI (Índice Europeo de Gravedad de la Adicción), es una entrevista clínica semiestructurada que abarca ocho aspectos de la problemática del dependiente que pueden haber contribuido a su síndrome de abuso de sustancias. Estas tres variables quedaron agrupadas en un mismo factor al que se denominó gravedad adictiva.

El análisis predictivo mostró que este factor tenía una cierta capacidad de predicción del abandono, pero que no era totalmente determinante. Los resultados apuntan hacia la conveniencia de detectar en la admisión a los pacientes que pudieran requerir una mayor preparación motivacional, mayor control e intensidad en el tratamiento, o la prestación de intervenciones coadyuvantes.

Por otra parte, en el caso del consumo sustancias depresoras como el alcohol, Salazar, Martínez y Barrientos (2009) comentan que entre los programas de intervención dirigidos a los adolescentes que abusan del alcohol se han reportado dos grandes problemas: 1. la escasa aceptación para ingresar a tratamiento y 2. las altas tasas de abandono. Instituciones de otros países que trabajan con adolescentes usuarios de sustancias, reportan una tasa de deserción después de un primer contacto de entre el 50% y el 70% en fases tempranas del tratamiento. En México, Bernal (2004) realizó un estudio sobre la deserción de los adolescentes participantes en un programa de intervención breve determinó que el porcentaje de deserción fue del 53% y la deserción se presentó entre la primera y la segunda visita al terapeuta.

Algunos de los factores implicados en la falta de aceptación del tratamiento y la deserción durante el tratamiento en el campo de las adicciones, son la etapa de disposición a cambiar su consumo en la que se encuentran los sujetos y su percepción acerca de los tratamientos de las adicciones.

El abandono está muy relacionado con las recaídas de los pacientes, es decir, que los pacientes abandonan el tratamiento para volver a consumir. En la intervención en prevención de recaídas (PR) es importante la evaluación individual de los procesos implicados, prestando atención a las áreas deficitarias del paciente,

con el fin de definir los aspectos prioritarios del proceso terapéutico y planificar el programa de entrenamiento en habilidades específicas.

Para ello Secades (1997) propone la siguiente clasificación de cinco tipos de procedimientos: 1) autorregistros, 2) informes autobiográficos de recaídas (descripción de recaídas pasadas), 3) fantasías de recaída, 4) observación directa y 5) cuestionarios o autoinformes. Esto con el fin de revisar las estrategias e instrumentos de evaluación en PR en diferentes tipos de sustancias y su aplicabilidad clínica para posteriormente tomar en cuenta la información recabada y utilizarla al momento de diseñar un programa de intervención evitando las recaídas.

Por tanto, la evaluación de las situaciones de riesgo y de las habilidades de afrontamiento, debería constituir una de las etapas previas de una intervención dentro de un contexto de prevención de recaídas y es importante realizar investigaciones, con el fin de elaborar instrumentos que tengan en cuenta las características peculiares de la población.

Además del abandono, la adherencia terapéutica es otro aspecto importante que se ha investigado dentro del área del comportamiento adictivo. La adherencia es definida como una combinación de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado (Martín 2004), de esta forma, la adherencia terapéutica es un fenómeno complejo que para su logro es necesario que se resuelvan problemas de salud en la población y teniendo importantes repercusiones en el plano económico, social, médico, personal, familiar y para la gerencia de los servicios de salud (Martin & Grau 2004).

Por ello, se han realizado diversos estudios para identificar los factores implicados en la adherencia terapéutica; tal es el caso del estudio realizado por Salvador y Ayesta (2009) donde el objetivo fue aclarar qué conductas suelen estar implicadas en la falta de adherencia a los tratamientos en tabaquismo. Se encontró

que los factores asociados a la adherencia son: 1) variables del paciente (percepción del problema, ambivalencias, coste percibido de dejar de fumar, contexto personal), 2) variables de relación terapeuta-paciente (manejo de expectativas, comunicación) y 3) otros factores como las características del trastorno y régimen terapéutico. Asimismo, se mencionan algunas estrategias que favorecen una mayor adherencia a los tratamientos por parte de las personas que desean dejar de fumar, algunas estrategias son: considerar un buen vínculo terapéutico, anticipar la falta de adhesión, ofrecer información, simplificar el tratamiento e individualizarlo a la vida del paciente, establecer metas y dar un seguimiento.

Por su parte, Krebs y colaboradores (2012) encontraron que el nivel socioeconómico, el nivel de ansiedad inicial y las inasistencias sin previo aviso del paciente se asociaron con la adherencia a psicoterapia.

Autoeficacia y adherencia al tratamiento

Ludwig y colaboradores (2013) reportaron que la autoeficacia es una de las variables más consistentes al momento de predecir el resultado del tratamiento de abuso del alcohol, sin embargo, en estudios anteriores no hubo un control de otros de otros predictores, por lo tanto, el objetivo principal de este trabajo fue evaluar el valor predictivo de la autoeficacia cuando las otras variables son controladas estadísticamente.

Se encontró que la autoeficacia general fue una variable central en la predicción del tratamiento residencial de la dependencia del alcohol, la abstinencia como objetivo del tratamiento y el consumo de alcohol durante el tratamiento también están relacionadas a la abstinencia. Asimismo, la autoeficacia mostró un pronóstico más preciso del resultado cuando se mide solo con una pregunta, con estos resultados se puede decir que el conocimiento del valor pronóstico de la autoeficacia podría hacerse aplicable.

Otro estudio referente a la adherencia es el realizado por Albiach-Catala y colaboradores (2010) donde los objetivos fueron estudiar la evolución de la

adherencia al tratamiento de los sujetos adictos a opiáceos a lo largo de un año, relacionándola con las variables sociodemográficas y toxicológicas y conocer la capacidad predictiva del estadio de cambio en que se ubican los sujetos cuando acuden a Centros Ambulatorios sobre la retención en los diferentes programas terapéuticos. Para ello se realizó un estudio longitudinal y multicéntrico de seguimiento basado en el Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente, realizando una entrevista semiestructurada de respuesta abierta constituida por cuatro preguntas abiertas: ¿Cuál es el motivo por el que ha acudido al servicio?, ¿Cuáles son las razones por las que ha venido (en el caso de que no mencione abandono del consumo o problemática con la sustancia) o, para abandonar el consumo (si lo menciona como motivo para acudir al centro), ¿En qué le podemos ayudar? Y ¿Cuál es su situación respecto al consumo de drogas?

Con los resultados obtenidos se concluyó que el estadio de cambio no es una potente variable predictora de la adherencia al tratamiento, ya que solamente se muestra estadísticamente significativa al mes y a los 3 meses, mientras que otras variables estudiadas sí predicen adherencia durante todos los cortes temporales medidos (edad, tipo de tratamiento que inicia), y en menor medida (tratamientos anteriores, tiempo máximo de abstinencia previa y el tipo de acompañamiento) que tienden a predecir adherencia en los últimos cortes temporales.

Para comprobar el peso de la autoeficacia durante un tratamiento, Litt, Kadden y Petry (2013) realizaron un estudio donde el objetivo fue desarrollar un tratamiento para los consumidores dependientes de marihuana específicamente para mejorar la autoeficacia de los pacientes, para ello participaron 215 sujetos dependientes de marihuana asignados a uno de los tres tratamientos ambulatorios de 9 semanas para mejorar la autoeficacia. Se encontró que todos los pacientes mostraron mejoras leves a través del tiempo de 14 meses.

Snochll y colaboradores (2011) argumentan que debido a que identificar los factores relacionados con la capacidad de dejar de fumar puede ayudar a informar los esfuerzos para refinar los programas de tratamiento con el fin de aumentar la probabilidad de éxito del cese y conducir a nuevas reducciones en las tasas generales de tabaquismo, el objetivo del presente fue examinar los cambios en la

abstinencia de nicotina, la autoeficacia para dejar de fumar y el control percibido sobre los síntomas de abstinencia como predictores del abandono de tabaquismo después de la terapia conductual y terapia de reemplazo de nicotina en una muestra de 642 fumadores que buscan tratamiento cuyo promedio de consumo era de 10 cigarrillos al día (se asignó al azar a doce semanas de parches de nicotina transdérmica o pastilla de nicotina en cinco sesiones individuales de asesoramiento sobre el abandono del hábito de fumar basadas en las directrices de tratamiento clínico).

En este estudio, los datos de un ensayo clínico aleatorizado de la Fase IV de eficacia comparando el parche de nicotina a la pastilla de nicotina se utilizaron para examinar los predictores de la cesación de post-tratamiento, además del diseño prospectivo de este estudio, los datos de este ensayo se recogieron repetidamente durante la fase de tratamiento para permitir la evaluación de los cambios iniciales en estas variables como predictores de los resultados de la cesación (en el momento de la inscripción (línea de base, semana 1), en la fecha de abandono del objetivo (TQD, semana 3) cuando se inició la TRN, a la semana 5, al final del tratamiento (semana 15) ya los 6 - meses después de TQD (semana 27)) .

Se tomaron en cuenta diferentes variables demográficas, de tabaquismo (consumo de 10 cigarrillo y aplicación de Prueba de Fagerström), síntomas de abstinencia a la nicotina (Escala de Retiro Shiffman-Jarvik), ansiedad por la nicotina (Cuestionario de Impulsos Fumadores), Control Percibido sobre los Síntomas de Abandono (encuesta 4 items), autoeficacia para dejar de fumar (SSQ), abstinencia (presencia de monóxido de carbono). Se realizó un análisis de la varianza (ANOVA) para examinar la relación entre los cambios en la abstinencia, el deseo, el control percibido sobre los síntomas de abstinencia, y la autoeficacia para dejar de fumar y la semana 15 y 27 abstinencia.

Con base a los resultados se concluye que, en particular, al controlar las variables demográficas y relacionadas con el tabaquismo que predicen la respuesta al tratamiento, los fumadores experimentan un mayor aumento en el control percibido sobre los síntomas de abstinencia y logran dejar de fumar durante las pocas semanas iniciales después del tratamiento con orientación conductual y TRN.

Las intervenciones dirigidas a los fumadores que apuntan específicamente a estos dos procesos pueden mostrar tasas más altas de éxito del tratamiento, contribuyendo así a nuevas reducciones en la tasa de prevalencia global del tabaquismo.

Por otra parte, Jeifetz y Tajer (2010) realizaron una investigación donde el objetivo principal fue explorar la equidad de género relativa a la adherencia al tratamiento en un servicio de internación de un hospital público, que atiende pacientes adictos a las drogas, así como identificar los modos en los cuales las diferencias entre los géneros se transforman en inequidad en salud, para ello se realizó una investigación de carácter exploratorio-descriptivo con metodología cualitativa, entrevistando a profesionales de distintas disciplinas, informantes clave y pacientes del servicio del hospital, realizando un análisis longitudinal y un análisis comparativo.

El propósito de la investigación es contribuir al avance de la equidad de género en el tratamiento de adicciones, identificando las inequidades que se presenten así como los modos de responder al tratamiento de cada género. En la actualidad esta investigación se encuentra en curso y tiene un gran avance al formalizarse convenio con el hospital seleccionado, se diseñaron las guías de entrevistas y ya se realizaron realizado nueve entrevistas con informantes clave y catorce entrevistas a profesionales del servicio en estudio.

Kadden y Litt (2011) plantearon la siguiente cuestión: ¿la autoeficacia es realmente un mecanismo de cambio de comportamiento en el abuso de sustancias, o simplemente un epifenómeno de cambio de comportamiento que ya ha ocurrido (o está en el proceso de ocurrir)? Para responder a esta pregunta, deben cumplirse dos condiciones. En primer lugar, se ha de demostrar que los tratamientos específicos aumentan la autoeficacia, mientras que los tratamientos de control no. En segundo lugar, debe demostrarse que el aumento de la autoeficacia impulsado por el tratamiento resulta en mejoras en el resultado. Es decir, la autoeficacia debe mediar los efectos del tratamiento. Este concepto muy prometedor no se ha convertido en un factor importante en el desarrollo del tratamiento clínico.

Se han hecho varias recomendaciones para obtener una mejor comprensión empírica sobre el concepto de autoeficacia, que proporcionaría una base para los estudios y determinar la mejor manera de mejorarlo; estos incluyen la evaluación de los parámetros óptimos para maximizar el impacto de la autoeficacia en los resultados y estudios más rigurosos sobre el papel de la autoeficacia como mediador de los resultados. Se requerirá una investigación considerable para investigar e implementar estrategias para mejorar la autoeficacia en los toxicómanos.

Un tercer aspecto importante a la hora de abordar el tratamiento de las adicciones además del abandono y adherencia es el de retención ya que la eficacia de un tratamiento de drogadicción está altamente relacionada con la retención.

Es importante mencionar que la retención tiene que ver con la adaptación o el ajuste entre el paciente, el contexto, el clínico y el tratamiento y que, en la mayoría de las ocasiones, los abandonos ocurren en las primeras fases del tratamiento.

Por ello Secades y Fernández (2000) distinguen tres tipos de estrategias para incrementar la retención: 1) estrategias referidas a los pacientes, como restringir los criterios de inclusión y exclusión con el fin de seleccionar a los pacientes que mejor se adapten al programa además de incrementar la motivación; 2) estrategias relacionadas con los programas: modificación de los parámetros del tratamiento como incrementar la dificultad para entrar en el programa de tratamiento, adecuar los programas a las condiciones y necesidades de los sujetos, implicar a las personas allegadas de los pacientes, utilizar el manejo de contingencias e incentivos y combinar terapias farmacológicas con psicológicas; 3) estrategias referidas a los terapeutas como incluir el entrenamiento de retención en la formación de los clínicos, dar incentivos a los terapeutas por incrementar la retención y procurar la estabilidad y continuidad de los terapeutas en los programas.

Referente a ello, García-Rodríguez (2007) llevaron a cabo un estudio donde el objetivo fue analizar el efecto de los incentivos sobre la retención a los seis meses de tratamiento en un programa ambulatorio para el tratamiento de adictos a la cocaína. Para ello, participó una muestra de 66 participantes extraída de forma aleatoria del total de pacientes que acudían a dos centros por sus problemas con la

cocaína, cuyos criterios de inclusión fueron cumplir los criterios diagnósticos para la dependencia a la cocaína según el DSM-IV (APA, 2002), ser mayor de dieciocho años, y residir cerca de la clínica.

Se utilizaron los instrumentos: Criterios de dependencia a la cocaína DSM-IV-TR, Michigan Alcoholism Screening Test (MAST), Beck Depression Inventory (BDI), Symptom Check List (SCL-90-R) y EuropASI, para la detección de cocaína en la orina se utilizaron los reactivos Quickscreen Test. A los pacientes se asignaron aleatoriamente a tres grupos de tratamiento: tratamiento estándar (N= 37), tratamiento con incentivos I (N= 15), y tratamiento con incentivos II (N= 14). Se obtuvieron como resultados que el 78,6% de los pacientes del grupo con incentivos I completó los seis meses de tratamiento, frente al 53,3% del grupo CRA más incentivos II y al 35% de los pacientes del tratamiento estándar. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas únicamente entre el grupo con incentivos I (el de mayor magnitud) y el tratamiento estándar, sugiriendo que el uso de incentivos puede ser una estrategia eficaz para mejorar la retención en los tratamientos ambulatorios para la adicción a la cocaína.

Por su parte, McCaul, Svikys y Moore (2001) realizaron un estudio donde se examinó los factores predictivos de la participación y la retención de pacientes tratados en una clínica urbana de tratamiento ambulatorio de abuso de sustancias. Todos los pacientes fueron entrevistados utilizando el índice de gravedad de la adicción (ASI) en el momento de la admisión. Basados en el historial diagnóstico de abuso de sustancias psicoactivas / dependencia, los pacientes (N = 268) se clasificaron como: alcohólicos, drogadictos, y alcohol y drogas. Los pacientes con alcohol solamente eran significativamente mayores, tenían más probabilidades de ser caucásicos, casados, tener menos de una educación secundaria y ser empleados que pacientes con drogas o con alcohol o drogas. Utilizando el análisis de regresión múltiple, el estado de uso de sustancias no predijo la participación y la retención del tratamiento, mientras que la raza, el género y el empleo de la puntuación compuesta fueron predictores significativos. Específicamente, los pacientes asistieron a más sesiones y permanecieron en tratamiento más largos si eran caucásicos, hombres y tenían una puntuación compuesta de alto empleo.

Estos hallazgos sugieren que se puede enfatizar excesivamente el tipo de abuso de sustancias como un predictor de la retención del tratamiento sin tratamiento con fármacos para pacientes ambulatorios y que se debe poner mayor énfasis en adaptar el tratamiento a las necesidades culturales, de género y vocacionales de los pacientes.

Hay diversos principios para el tratamiento efectivo, de los más importantes se encuentra la motivación. No solamente la motivación para entrar y seguir en el tratamiento, sino también de motivación para el cambio, un concepto que sólo puede ser entendido desde una perspectiva psicológica (Pedrero et al, 2007).

De acuerdo con Froján, Alpañés, Calero y Vargas (2010) la motivación se ha entendido como algo situado dentro de la persona que podría explicar algunos comportamientos y tener un papel causal sobre la conducta manifiesta de cambio. En el campo de la psicología clínica y de la salud el Modelo Transteórico de Cambio y la Entrevista Motivacional abordan el estudio de la motivación siguiendo esta línea de conceptualización. Frente a esta perspectiva, el análisis de la conducta ha formulado el concepto de operación de establecimiento como estímulo u operación ambiental que altera momentáneamente las funciones de estímulos y la probabilidad de respuestas posteriores, lo que permite estudiar la motivación sin recurrir a inferencias o a términos cognitivistas. Desde este punto de vista el estudio de la motivación en terapia pasaría por el análisis del efecto que determinadas verbalizaciones del terapeuta tienen sobre la conducta del cliente.

Dentro de los componentes que favorecen que los usuarios de sustancias adictivas estén más motivados y dispuestos a cambiar su conducta se encuentra la autoeficacia o la confianza que tiene el usuario en completar con éxito el tratamiento y resistirse a consumir en diversos contextos, se define como la capacidad o convicción personal que tiene el sujeto de poder ejecutar exitosamente la conducta requerida para actuar o producir un resultado en una situación, actividad o dominio (Bandura, 1997, citado en Palacios, 2010).

La autoeficacia tiene relación con el patrón de consumo de sustancias adictivas, aquellas personas con altos niveles de autoeficacia son menos propensos

al consumo que quienes no perciben un fuerte control personal. En general se estima que una mayor autoeficacia favorece la consecución de objetivos terapéuticos, sin embargo investigaciones como la de Chicharro (et al, 2007) proponen que la autoeficacia percibida al inicio del tratamiento sólo predice resultados a corto plazo. La evidencia también muestra que la experiencia personal que se tenga con el consumo de la droga afecta el nivel de autoeficacia percibido, de manera que un mayor consumo de la sustancia se relaciona con un menor nivel de autoeficacia percibida. Por lo tanto, el nivel de eficacia para evitar el consumo reportada por los usuarios de drogas contribuye en la predicción del abuso de sustancias (Palacios, 2010) y también podría ser un importante predictor de éxito de la intervención y el apego al tratamiento.

López-Torrecillas y colaboradores (2002) resaltan la relevancia del papel de la autoeficacia en el inicio de la conducta de consumo, en el curso del tratamiento y en el mantenimiento de la abstinencia y la prevención de recaídas. De acuerdo con el modelo de Bandura (1977), la creencia de ser capaz de superar la tentación de consumir influye en el resultado del tratamiento al condicionar la actitud y la actuación del drogodependiente ante éste, mientras que los estudios derivados de la idea de que la autoeficacia es específica de las situaciones, sugieren que son las creencias de la propia habilidad para resistirse a la conducta adictiva en situaciones específicas las que determinan el inicio de la conducta de consumo y el pronóstico de tratamiento.

Con el fin de determinar la percepción de autoeficacia percibida y el consumo de alcohol por edad, género y categoría laboral en trabajadores de la salud, se realizó un estudio descriptivo en 167 trabajadores asignados en cuatro estratos. Se utilizó el Cuestionario de Confianza Situacional y Cuestionario de Identificación de Desordenes por uso de Alcohol (AUDIT). Se encontró que los varones presentaron mayor consumo de alcohol que las mujeres; los trabajadores profesionales de la salud tienen menor consumo que los no profesionales y finalmente las mujeres reportaron mayor autoeficacia percibida para resistir la tentación del consumo de alcohol que los varones, así mismo se encontró que a menor edad mayor consumo de alcohol; por lo tanto, se determinó que la autoeficacia percibida es la variable más relevante y resultó ser la más efectiva en el control de las conductas adictivas

para los trabajadores de la salud (Hinojosa-García, Alonso-Castillo y Castillo-Muraira 2012).

De la misma forma, López-Torrecillas y colaboradores (2005) llevaron a cabo un estudio donde se analizó si el apoyo de los tutores afecta en la eficacia de los drogodependientes, para ello se utilizó una muestra de 186 sujetos de México que se dividieron en dos grupos, experimental (consumidores) y control (no consumidores). A su vez, ambos grupos se dividieron en 2 subgrupos en función del apoyo de sus progenitores. Se midió la autoeficacia con la escala de Sherer (1982) y el consumo de drogas con la entrevista de investigación acerca del comportamiento adictivo. Los resultados indicaron que los sujetos drogodependientes presentaban puntuaciones más bajas en autoeficacia que los sujetos controles, se puede observar que el nivel de autoeficacia de los grupos (experimental y control) es menor cuando los progenitores se implican. Los resultados indican que la autoeficacia podría ser una variable protectora para el consumo de drogas.

En otro estudio, el propósito fue evaluar la validez y utilidad de una medida de una sola variable de autoeficacia en una muestra clínica de 303 jóvenes adultos (18 a 24 años) que buscan tratamiento (alcohol, marihuana, heroína y cocaína). Debido a que los ítems individuales implican menos esfuerzo y tiempo para los encuestados, y por lo tanto pueden conducir a una mayor eficacia de la encuesta, aunado al hecho que los elementos individuales son más fáciles de desarrollar que las escalas de varios elementos, y pueden ser más adaptables a diferentes poblaciones, si se compara este artículo con una medida bien establecida pero mucho más larga de 20 elementos. Al igual que muchas otras escalas de autoeficacia de múltiples ítems, la escala de comparación seleccionada mide la autoeficacia de abstinencia en varios escenarios de alto riesgo (por ejemplo, la autoestima de abstinencia en afecciones negativas frente a situaciones sociales positivas o mientras experimenta síntomas de abstinencia). Tal especificidad no implica que el constructo de la autoeficacia de la abstinencia no sea unidimensional, y por lo tanto, sería inadecuado para la medición de un solo elemento.

Respecto al estudio se realizaron entrevistas y posterior a ello evaluaciones al mes, a los tres meses y seis meses después del alta. Cada evaluación incluyó una parte de la entrevista, completada en persona o por teléfono, y encuestas auto-administradas, que se completaron en línea a través de un inicio de sesión seguro o usando medidas de "papel y lápiz" y devueltas por correo. Para esto, se tomaron en cuenta diversos instrumentos que median la autoeficacia (respuesta de un ítem en escala 1-10, Auto-Eficacia de Abstinencia Alcohólica), recurrencia (-Forma 90-D), entorno controlado (forma 90 D) y variables descriptivas (del sujeto y la sustancia que consumían y periodo de abstinencia.)

Para evaluar la validez convergente, se calcularon correlaciones entre la puntuación de autoeficacia de un solo artículo y los puntajes totales y subescala del ADSES para la autoeficacia. Para evaluar la utilidad predictiva de la puntuación de autoeficacia de un solo elemento en la predicción de la recaída, se evaluaron los sesgos de retención, donde se utilizaron los análisis de regresión logística para predecir retención en las evaluaciones de seguimiento, descriptivas, y la gravedad del uso de sustancias como predictores. Se utilizó un nivel alfa de 0,05 para todas las pruebas estadísticas. Se demostró que esta medida individual de autoeficacia tenía una buena validez convergente y discriminante y además mostró una validez predictiva superior cuando se compara con un múltiplo bien establecido y puede ser útil explorar la autoeficacia con respecto a escenarios y contextos específicos (Hoepfner, Kelly Urbanoski & Slaymaker 2011).

En otro estudio se investigaron los niveles en autoeficacia de padres de personas dependientes a opiáceos. Se utilizaron dos grupos, uno constituido por padres de sujetos en programas de mantenimiento con metadona y otro por padres de sujetos en programas libres de drogas. Fueron evaluados con la Escala de Autoeficacia de Bähler y la escala de Autoeficacia de Sherer y Adams. Los resultados indican mayor puntuación en autoeficacia de los padres en el grupo libre de drogas y mayor puntuación en autoeficacia de las madres frente a sus maridos en ambos grupos. Estos resultados apuntan la necesidad de planificar estrategias terapéuticas dirigidas a incrementar la autoeficacia de los padres de consumidores en tratamiento para su adicción tanto en programas libres de drogas como en mantenimiento con opiáceos (Araque et. al. 2001).

En síntesis, las intervenciones breves para el tratamiento de adicciones son de las propuestas mas eficaces para disminuir o eliminar el consumo de sustancias tanto en jóvenes como en adultos, sin embargo, es necesario tomar en cuenta y trabajar distintas variables al momento de diseñar un tratamiento como lo es la autoeficacia, que puede ser un valioso predictor para el curso que pueda tomar el tratamiento.

En el Centro de Prevención en Adicciones que participó en este estudio, existen cuatro tipo de egresos: 1) Alta, la determina el centro, implica que el usuario terminó con éxito el tratamiento y alcanzó las metas terapéuticas; 2) Baja, implica que el usuario comenzó a recibir la intervención pero por algún motivo abandonó el tratamiento; 3) Primer contacto sin asistencia, donde el usuario se puso en contacto con el centro y agendó una cita pero no asistió; y 4) Referencia, quiere decir que el usuario acudió al centro para una evaluación donde se concluyó que era necesario referir el caso a otra institución. Para los fines de este trabajo de investigación se consideraron únicamente los casos de Alta y Baja porque los usuarios de estos dos tipos de egreso recibieron la intervención pero unos concluyeron satisfactoriamente mientras que los otros abandonaron el tratamiento.

En vista de que los usuarios del centro son consumidores de diversas sustancias surge la pregunta de si existe una relación entre el tipo de sustancias consumida y el tipo de egreso de los usuarios de un centro de servicios psicológicos. Por otro lado, existe evidencia de la relación entre el nivel de autoeficacia percibido por los usuarios con su nivel de consumo y de su valor predictivo para el éxito al someterse a un tratamiento. Se sabe que existen diversos factores que influyen en la adherencia terapéutica y en concluir el tratamiento satisfactoriamente; dentro de estos factores, el tipo de sustancia y el nivel de autoeficacia podrían mostrar alguna relación con el éxito de la intervención.

Por lo tanto, el objetivo de esta investigación es determinar si existe alguna relación entre el nivel de autoeficacia y el tipo de sustancia consumida con el tipo de egreso de los usuarios en un Centro de Prevención de Adicciones.

El análisis de estas variables podría derivar en un mejor entendimiento del fenómeno del abandono de la intervención y posiblemente ayude a determinar si es pertinente hacer adecuaciones a los tratamientos según el perfil del usuario, con la finalidad de disminuir la probabilidad de abandono e incrementar, por ende, la probabilidad de terminar el tratamiento con éxito y ser dados de alta.

Método

Participantes

Los participantes fueron 100 usuarios egresados de un Centro de Prevención en Adicciones. Se recopilaron los expedientes clínicos de cada usuario y se trabajó con la información e instrumentos contenidos en ellos; los expedientes fueron divididos en dos grupos de acuerdo a su tipo de egreso: Alta (50 usuarios) o Baja (50 usuarios).

Se realizó un muestreo por conveniencia. Los criterios de inclusión establecidos fueron: 1) haber egresado del centro con alta o baja, 2) que la sustancia de impacto fuera de tipo estimulante o depresora, no se consideró sustancias específicas dentro de esta categoría y 3) haber contestado el instrumento de confianza situacional.

La muestra se compuso de 25 mujeres (16 de Alta y 9 de Baja) y 75 hombres (34 de Alta y 41 de Baja), con una media de edad de 26.22 ($DE=11.49$). Respecto a la escolaridad, el 45.9% de los participantes reportaron tener estudio de nivel licenciatura, 30.6% los participantes cuentan con estudios de preparatoria y el 20.4% de secundaria, siendo estas categorías las que presentaron proporciones mayores. Por otro lado, 1% y 2% de los participantes corresponde a un nivel de primaria y posgrado respectivamente. (ver Figura 1 y Tabla 1).

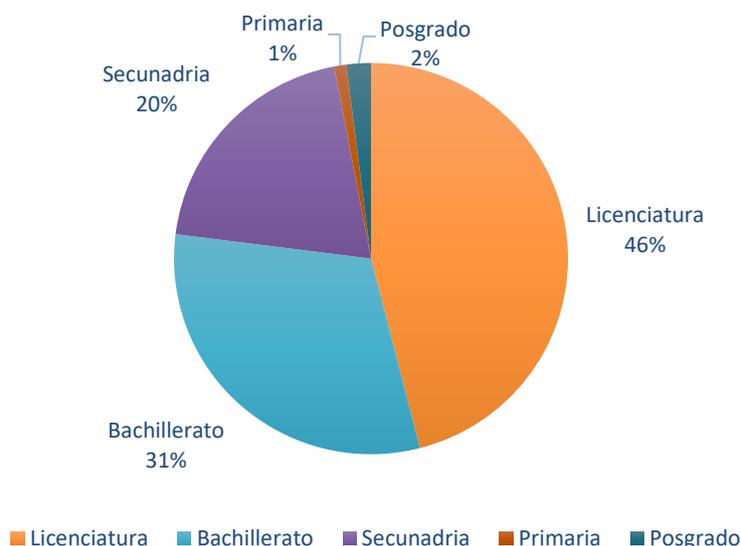


Figura 1. Porcentaje de nivel de escolaridad de los participantes.

Tabla 1.
Datos demográficos de los participantes

Edad promedio	Sexo	Escolaridad	Tipo de egreso
22.6	25% mujeres	2% Posgrado	50 % alta
	75% hombres	45.9% Licenciatura	50 % baja
		30.6% Bachillerato	
		20.4% Secundaria	
		1 % Primaria	

Instrumentos

Con la finalidad de realizar los análisis entre las variables, se emplearon los siguientes instrumentos:

Instrumento de Confianza Situacional (Annis, 1982): Presenta 8 situaciones ante las que los usuarios tienen problemas con su consumo y deben de indicar qué tan seguros se sienten de poder resistir la necesidad de consumir, en donde 0% es inseguro y 100% totalmente seguro. Por ejemplo, un puntaje de confianza de 0 a 20% en una categoría indica que el cliente no tiene o tiene muy poca confianza de poder resistir la necesidad de consumir en esa situación y por lo tanto es una situación de alto riesgo para el paciente. Un puntaje de 80% indica mucha confianza

o seguridad en la habilidad para controlar su consumo ante esa situación y por lo tanto, es una situación de bajo riesgo para el cliente. El terapeuta puede analizar cada una de las categorías, pero es mejor hacer un análisis de las 8 categorías en conjunto. Las situaciones son: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando mi control sobre la droga, necesidad física, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros.

The Alcoholic, Smoking and Substance Involvement Screening Test: ASSIST (OMS, 2011): consta de ocho preguntas y sirve para detectar el consumo de las siguientes sustancias: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodiacepinas), alucinógenos, opiáceos y otras drogas. El cuestionario ASSIST indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en 'bajo', 'moderado' o 'alto', y en cada caso se determina la intervención más adecuada ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente). Linage y Gómez-Maqueo (2012) demostraron la validez concurrente del test mediante correlaciones significativas entre las puntuaciones del ASSIST y las puntuaciones del AUDIT ($r=0.50$), Fagerström ($r=0.61$) y DAST-10 ($r=0.30$). La prueba presentó estabilidad temporal con coeficientes de correlación intraclassa aceptables y estadísticamente significativos, en un rango de 0.20 al 0.84. Estos hallazgos sugieren que el ASSIST es una prueba válida, confiable y de aplicación sencilla para la identificación y manejo de personas que presentan consumo riesgo bajo y moderado de sustancias, en distintos escenarios.

Procedimiento

Se empleó un diseño transversal correlacional. Los datos fueron recolectados de los expedientes que resguarda el Centro, correspondientes al año 2017 y 2016. Se registró el sexo, la edad, la escolaridad, el tipo de sustancia consumida por cada participante y su tipo de egreso. Para medir el nivel de autoeficacia se registraron los porcentajes reportados por los usuarios en cada reactivo del Cuestionario de Confianza Situacional, se obtuvo el promedio general obtenido en el instrumento por

cada participante con la finalidad de comparar ambos grupos (egresados con Alta o con Baja); asimismo se registraron los puntajes obtenidos en la prueba *ASSIST*, cabe mencionar que ambos instrumentos fueron aplicados al inicio del tratamiento.

Resultados

Particularmente para cada sustancia, los porcentajes de consumo encontrados en el cuestionario *ASSIST* fueron los siguientes: alcohol 90%, tabaco 68%, marihuana 55%, cocaína 28%, estimulantes 5%, inhalables 8%, alucinógenos 7%, sedantes 3%, opiáceos 1% y otros 0%. En cuanto a la sustancia de impacto reportada por los usuarios se encontró que el 82% de los participantes son usuarios de sustancias depresoras mientras que el 18% consumen estimulantes (ver Figura 2).

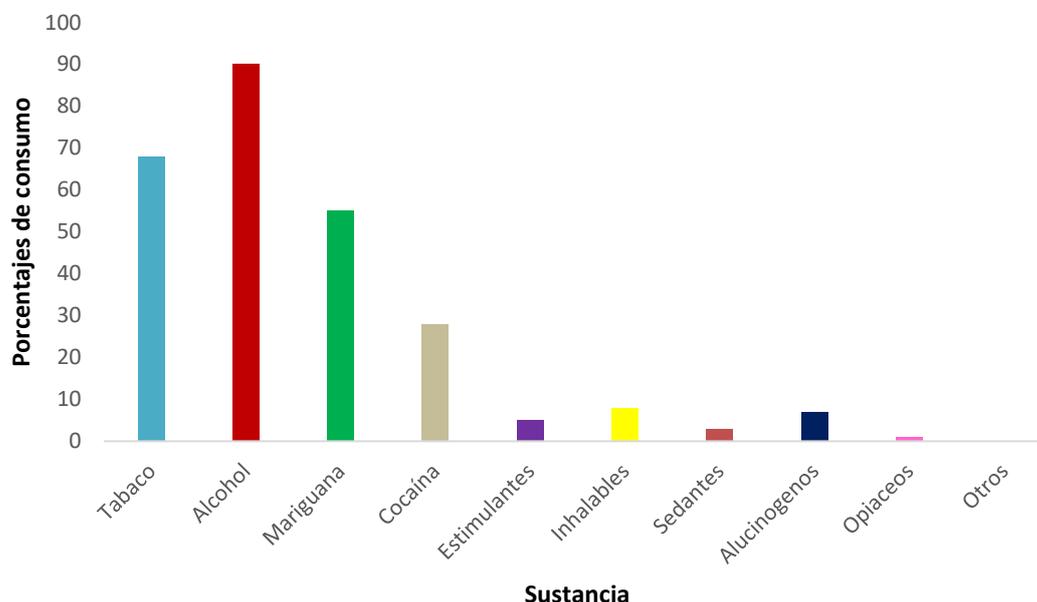


Figura 2. Porcentajes de consumo de cada sustancia reportados por los participantes.

Para comparar el nivel de autoeficacia entre los participantes egresados de alta y los de baja se realizó una prueba t student de muestras independientes para comparar las medias obtenidas en cada reactivo del instrumento de confianza situacional y en el promedio obtenido en el instrumento por cada participante. Se

encontraron diferencias en algunos de los reactivos, siendo los usuarios de alta los que presentaron mayores niveles de autoeficacia en comparación con el grupo de baja; estas diferencias fueron estadísticamente significativas en los siguientes reactivos: a) “emociones agradables” donde el grupo de alta obtuvo una media de 80.60 y el grupo de baja 60.32; b) “probando el control” donde el grupo de alta obtuvo una media de 83.60 y el grupo de baja 62.40; c) “necesidad física” donde el grupo de alta obtuvo 80.70 y el grupo de baja 59.16; d) “momentos agradables con otros” donde el grupo de alta obtuvo una media de 80.38 y el grupo de baja obtuvo 58.78; asimismo, en la media global del instrumento se encontraron diferencias significativas obteniendo el grupo de alta 82.69 y el grupo de baja 66.01.

En los únicos reactivos donde no se encontraron diferencias fueron a) “malestar físico” donde el grupo de alta obtuvo una media de 85.71 y el grupo de baja 76.43 y en b) “conflicto con otros” donde el grupo de alta obtuvo una media de 80.68 y 73.47 para el grupo de baja (ver Tabla 2).

Tabla 2.

Comparación de medias obtenidas por reactivo para cada grupo en el Cuestionario de Confianza Situacional

Reactivo	t	gl	p	Media grupo Alta	Media grupo Baja	Diferencia de medias
Emociones desagradables	2.887	97.00	.005	88.00	70.50	17.50
Malestar físico	1.597	83.54	.114	85.71	76.43	9.28
Emociones agradables	3.672	85.27	<.001	80.60	60.32	20.28
Probando el control	3.931	92.93	<.001	83.60	62.40	21.20
Necesidad física	3.511	86.62	.001	80.70	59.16	21.54
Conflicto con otros	1,120	90.55	.266	80.68	73.47	7.21
Presión social	3.868	80.66	<.001	88.70	69.00	19.70
Momentos agradables con otros	3.621	83.88	.001	80.38	58.78	21.60
Autoeficacia media	4.144	94.00	<.001	82.69	66.01	16.68

La Figura 3 muestra las comparaciones de las medias de cada reactivo del instrumento de Confianza Situacional para cada tipo de egreso. Se puede observar que los participantes del grupo egresado con Alta (barras azules) tuvieron mayor puntaje respecto a aquellos egresados con Baja (barras verdes), únicamente en los reactivos de malestar físico y conflicto con otros esta diferencia es menor y no es estadísticamente significativa. En el resto de las escalas, los niveles de autoeficacia son mayores para el grupo de Alta.

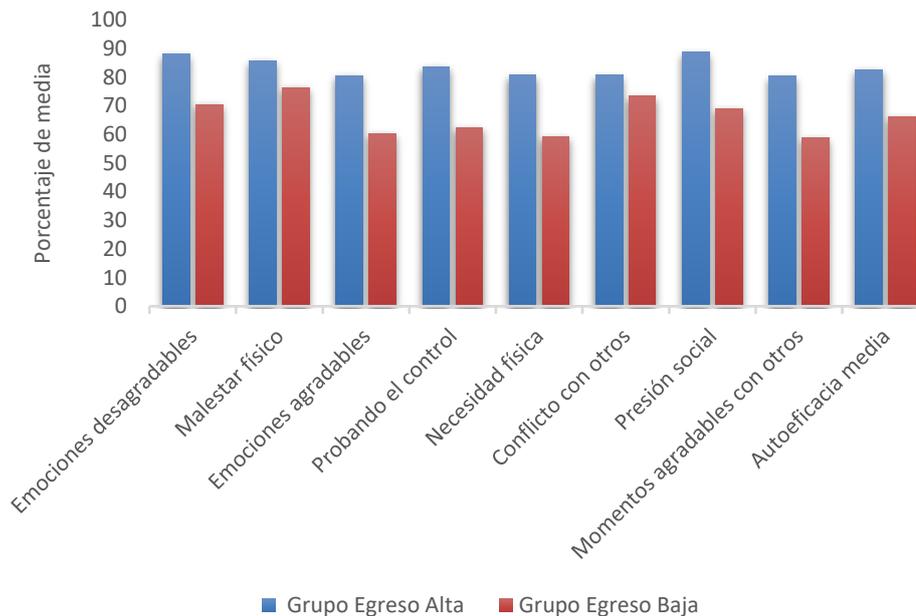


Figura 3. Medias de los puntajes obtenidos en el instrumento de confianza situacional para cada tipo de egreso.

Para comprobar si existe relación entre el nivel de autoeficacia de los participantes y su nivel de riesgo de consumo de sustancias, se realizó un análisis de correlación de Pearson, obteniendo como resultado una relación significativa entre estas variables ($r=-.299$, $p=.01$), lo cual indica que a mayor nivel de autoeficacia menor nivel de riesgo de consumo de sustancias. Además, se realizó otro análisis de correlación de Pearson para comprobar si hay relación entre la autoeficacia y el tipo de egreso, obteniendo como resultado una correlación significativa ($r=-.393$, $p=.01$) lo que reafirma que, a mayor nivel de autoeficacia menor es la probabilidad con que los usuarios sean dados de baja o abandonen el tratamiento.

Con el fin de encontrar si existe relación entre el nivel de riesgo de consumo de sustancias y el tipo de egreso, se realizó un análisis Rho de Spearman donde se obtuvo una correlación estadísticamente significativa ($r=-.20$, $p=.05$), lo que indica que, a mayor nivel de riesgo, menor es la probabilidad con ser dado de alta del tratamiento.

Por otra parte, para caracterizar el valor predictivo de la variable autoeficacia con el egreso de la intervención, se realizó un análisis de regresión logística; en primer lugar, se analizó la media de la autoeficacia de la muestra con los tipos de egreso lo que arrojó que la variable de la autoeficacia podría predecir en 20% por sí sola el tipo de egreso de los usuarios del Centro de Intervención.

Además, al realizar el análisis, se encontró que los reactivos mostrados en la Tabla 3 tienen una contribución estadísticamente significativa al modelo y predicen con un porcentaje considerable el tipo de egreso de la intervención:

Tabla 3. *Análisis de regresión logística entre las áreas de Confianza Situacional y el egreso por baja.*

Reactivo	P	Varianza Explicada	B	S.E.	Wald	df	Exp. B
A1: Emociones desagradables	.007	.105	-.020	.007	7.268	1	.981
A3: Emociones agradables	.001	.160	-.027	.008	10.801	1	.974
A4: Probando el control	.001	.184	-.031	.009	11.534	1	.970
A5: Necesidad física	.001	.148	-.023	.007	10.083	1	.977
A8: Momentos agradables con otros	.001	.157	-.025	.008	10.459	1	.976

Cabe mencionar que los reactivos A2: Malestar físico, A6: Conflicto con otros y A7: Presión social, no obtuvieron puntuaciones significativas en la regresión, por lo tanto, no se considera que tengan un nivel de predicción mayor a 10%.

Discusión

Las sustancias más consumidas por los usuarios del centro son: alcohol, tabaco y mariguana, siendo las dos primeras drogas legales; con prevalencias de consumo de 53.9% y 21.7% respectivamente; hay que resaltar que a pesar de que la mariguana es ilegal en México, su consumo se ha incrementado bastante en la última década, lo cual se ve reflejado en los datos recabados para este estudio; reafirmando lo planteado en la ENCODAT 2016, donde se explica que la mariguana presenta una prevalencia de consumo de 1.8% en la población mexicana; por otra parte, para la cocaína y los inhalables también es posible observar un incremento en su consumo en los últimos años.

De lo anterior se pudieran hacer consideraciones respecto a las campañas publicitarias de salud pública en contra de la drogadicción, enfocándolas a las sustancias que son más consumidas actualmente por la población mexicana, es decir las campañas deberían de enfocarse a las sustancias que están teniendo un alza en el consumo a lo largo de los últimos años, además, pueden darnos una idea de lo común que son las drogas legales y no legales actualmente en nuestra sociedad.

De acuerdo con los resultados se puede afirmar que existe una prevalencia mayor en el consumo de sustancias depresoras en este Centro de Prevención en Adicciones, estas sustancias son reportadas como la droga de impacto en el 82% de la muestra, contra el 18% restante de las sustancias estimulantes. Esto indica que la mayoría de los usuarios que acuden al Centro de Prevención son consumidores de sustancias depresoras.

En cuanto al Cuestionario de Confianza Situacional se encontró que en todas las situaciones hubo diferencias entre el grupo de egreso por alta y el de baja, siendo los del grupo de baja muestran menores niveles de autoeficacia; sin embargo, en los reactivos de “momentos agradables con otros”, “necesidad física”, “probando el control”, “emociones agradables”, “precisión social” y “emociones desagradables” se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, esto podría ser un indicador de cuáles son las áreas en las que se debería poner más

énfasis al momento de la intervención clínica, se considera que dar prioridad a las situaciones donde los usuarios son más propensos a consumir sustancias podría beneficiar bastante al curso de la intervención y a que esta pudiera concluirse con éxito.

Por ejemplo, los reactivos de “emociones agradables” y “momentos agradables con otros” están altamente relacionados con estados de tranquilidad o felicidad de las personas, esto quiere decir que cuando una persona se encuentra en una situación agradable es más susceptible de consumir sustancias, por ello, se sugiere que dentro de la intervención se incluyan estrategias destinadas particularmente para evitar el consumo durante estas situaciones, como por ejemplo el manejo funcional de las emociones con el fin de regularlas; esto también pudiera ser útil para trabajar el reactivo de “emociones desagradables”, porque como se ha visto en múltiples situaciones, las personas suelen consumir drogas cuando están tristes o deprimidas.

Sin embargo, los reactivos como “presión social” indican que el usuario pudiera aprender habilidades asertivas como el aprender a decir no de una forma contundente y eficaz. El reactivo de “necesidad física” pudiera trabajarse mediante el uso de técnicas de modificación de conducta o con la planeación y realización de actividades incompatibles con el hábito de consumir sustancias, por último, el reactivo “probando el control” puede trabajarse con técnicas destinadas a que el usuario sea consciente de que tiene la capacidad de controlar las situaciones donde regularmente consume sustancias.

Por otra parte, los reactivos donde hubo diferencias menores fueron: “malestar físico y “conflictos con otros”, estas situaciones se relacionan con situaciones poco agradables para los usuarios, esto quiere decir que las personas son menos susceptibles de consumir cuando se encuentran en situaciones que les disgustan o molestan, a pesar de esto, valdría la pena revisar algunas estrategias dentro de la intervención para disminuir el consumo en estas situaciones, ya que si bien, la cantidad de usuarios que consumen en estas situaciones no es significativa, hay algunos pacientes que si llegan a consumir cuando están frustrados o disgustados.

Es importante destacar que las medias de las puntuaciones más altas fueron presentadas por los participantes egresados como Alta, es decir, aquellas personas que terminaron su tratamiento con éxito y alcanzaron las metas terapéuticas perciben mayores niveles de autoeficacia que aquellos que egresaron con Baja y abandonaron el tratamiento; esto concuerda con lo reportado por Palacios (2010) donde concluye que las personas con altos niveles de autoeficacia son más resistentes al consumo que quienes no perciben un fuerte control personal y que una mayor autoeficacia favorece la consecución de objetivos terapéuticos. Los resultados sugieren que mayores niveles de autoeficacia percibida se asocian con éxito en el tratamiento mientras que niveles de autoeficacia bajos podrían ser indicadores de una mayor probabilidad de abandono del tratamiento.

Según lo propuesto por Chicharro y colaboradores (2007) la autoeficacia percibida al inicio del tratamiento sólo predice resultados a corto plazo, sin embargo en esta investigación se encontraron mayores niveles de autoeficacia en usuarios dados de Alta por el centro, es decir, en aquellos que pasaron por todo el proceso terapéutico; por lo que se puede afirmar que la autoeficacia percibida también predice resultados a largo plazo, asimismo, es necesario que se trabaje la autoeficacia durante todo el proceso de intervención y no sólo durante las primeras sesiones; valdría la pena considerar el hecho de implementar estrategias para aumentar la autoeficacia en las sesiones de seguimiento, o de no ser posible, dotar al usuario de herramientas referentes a la autoeficacia.

Con base en los análisis que se realizaron para comprobar si existe relación entre el nivel de autoeficacia y el nivel de riesgo de consumo de sustancias se puede afirmar que en este estudio si hay relación entre estas variables; es de destacar el papel que juega la autoeficacia como variable predictora del riesgo de consumo de sustancias, incluso se sugiere que dentro de la prevención se pudieran tocar algunos aspectos referentes a la autoeficacia para que los usuarios puedan trabajarlas desde etapas previas a un tratamiento con el fin de que haya un menor riesgo de consumo.

Por estas razones, se recalca el objetivo de las intervenciones breves mencionado por Sánchez y Gradolí (2002) que es proveer a los usuarios de herramientas para cambiar actitudes y manejar problemas relacionados al consumo, se puede considerar a la autoeficacia como una de esas herramientas necesarias para un tratamiento más exitoso.

Por otra parte, el análisis de correlación entre nivel de riesgo y el tipo de egreso de los usuarios también arrojó que estas variables están relacionadas, esto significa que los usuarios que tienen mayores niveles de riesgo de consumo tienen menor probabilidad de ser dados de alta del tratamiento; en el párrafo anterior se mencionó el impacto de la autoeficacia en el riesgo de consumo, con esto se concluye que el trabajo de la autoeficacia puede repercutir en el nivel de riesgo de consumo y al mismo tiempo en ser dados de alta o baja del servicio.

Las regresiones realizadas con base en los puntajes obtenidos de los niveles de autoeficacia permiten confirmar el peso que esta variable tiene sobre el alta o el abandono del tratamiento, confirmando así lo reportado por López-Torrecillas y colaboradores (2002) donde resaltan la relevancia del papel de la autoeficacia en el inicio de la conducta de consumo, en el curso del tratamiento y en el mantenimiento de la abstinencia y la prevención de recaídas; cabe mencionar que los resultados de la aplicación inicial del cuestionario de confianza situacional tienen cierto grado de predicción de lo que podría pasar durante el tratamiento.

Conclusión

Evaluar el nivel de autoeficacia al iniciar un tratamiento por adicciones es de gran importancia puesto que como menciona Palacios (2010), la autoeficacia puede considerarse un predictor importante del éxito de la intervención y el apego al tratamiento, así mismo se destacó la importancia de implementar ejercicios encaminados a incrementar el nivel de autoeficacia percibida por los usuarios que estén bajo tratamiento para ayudar a disminuir la probabilidad de abandono del tratamiento.

Se propone que además de los ejercicios para incrementar el nivel de autoeficacia de los usuarios se implementen diferentes herramientas durante el tratamiento de acuerdo con el tipo de sustancia consumida, por ejemplo, como se vio que el consumo de sustancias estimulantes está más relacionado con el abandono, los tratamientos para estos usuarios podrían contener estrategias que puedan contribuir al apego al tratamiento y por consiguiente a concluirlo con éxito. Asimismo es importante retomar y no dejar de lado el desarrollo de habilidades específicas para enfrentar cada situación donde el usuario pudiera ser propenso a consumir sustancias.

Para finalizar, se reitera la importancia de la interacción de las variables: autoeficacia, nivel de riesgo de consumo y tipo de egreso del tratamiento y hago una invitación a los profesionales en el tratamiento de las adicciones a tomar en cuenta las habilidades y carencias de los usuarios al momento de diseñar el tratamiento; ya que como se vio durante el trabajo, incluir estos aspectos en el diseño del tratamiento llevará a realizar intervenciones clínicas más adecuadas, efectivas y exitosas y por ende, contribuir a un mejoramiento en el nivel de calidad de vida de los pacientes.

Referencias

- Albiach Catalá, C., Llinares Pellicer, M.C., Palau Muñoz, C., y Santos Diez, P. (2000) Adherencia en heroinómanos: la potencia predictiva de los estadios de cambio evaluados durante la admisión al tratamiento. *Adicciones*. Vol. 12 (2) 225-234
- Annis, H.M. (1982). Situational confidence questionnaire. *Addiction Research Foundation*.
- Araque, F., López-Torrecillas, F., De los Riscos, M. y Godoy, J.F. (2001). Autoeficacia en padres de dependientes a opiáceos. En: *Adicciones*. Vol. 13 (2), 131-138.
- Ayala, H. E., Echeverría, L., Sobell, M. B. y Sobell L. C. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta Comportamental*. Vol. 6 (1), pp. 71-93
- Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E. J., Fernández Hermida, J. R., Casete, L., Bermejo, M. P., Secades, R. y Tomás, V. (2008). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Bernal P. (2004). La deserción a un tratamiento para adolescentes consumidores de alcohol y otras drogas. Tesis de licenciatura. México: Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Chicharro-Romero, J., Pedrero-Pérez, E. y Pérez-López, M. (2007) Autoeficacia para resistirse al consumo de sustancias como predictora de tratamiento y su relación con variables de personalidad. *Revista de socidrogalcohol*, Vol. 19 (2), 141-151
- Diez, J.F., Peña, C., García, E. y Gaité, L. (2002). Intervención breve en Cantabria en problemas relacionados con el alcohol. *Adicciones*. Vol. 14(1), 13-24.
- Dominguez-Martin, A., Miranda-Estribí, M., Pedrero-Pérez, E., Pérez-López, M. y Puerta-García, C. (2008). Estudio de las causas de abandono del tratamiento en un centro de atención a drogodependientes. *Trastornos adictivos*. Vol. 10(2), 112-120.

- Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2011. Panorama epidemiológico del consumo de sustancias.
- Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016.
- Froján, P.M., Alpañés, F.M., Calero, E.A. y Vargas, C.I. (2010). Una concepción conductual de la motivación en el proceso terapéutico. *Psicothema*. Vol. 22(4). 556-561.
- García-Rodríguez, O., Secades-Villa, R., Álvarez, R. H., Rio, R. A., Fernández-Hermida, J. R., Carballo, J. L., Errasti, P. J. M., y Al-Halabí, D. S. (2007) Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína. *Psicothema*. Vol. 19 (1), pp. 134-139
- Gavino A. y Godoy, A. Motivos de abandono en terapia de conducta. (1993) *Análisis y Modificación de Conducta*. Vol. 19 (66) 511–536.
- González, L.A.D., Fabelo, R.J.R. y Naranjo, F.W. (2013). Competencias para la intervención en adicciones, una necesidad en la formación de psicólogos. *EDUMECENTRO*. Vol. 5(2), 212-223.
- Gutiérrez López, A.D., Castillo Franco, P.I. (2010). Tendencias del consumo alguna vez en la vida de drogas en Centros de Integración Juvenil. Segundo semestre de 2004-Primer semestre de 2009. Archivo electrónico. Centros de Integración Juvenil, A. C., Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, Informe de Investigación 10-01e, México.
- Hinojosa-García, L., Alonso-Castillo, M.M. y Castillo-Muraira, Y. (2011). Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud. *Revista Enfermería IMSS*. Vol. 20(1), 19-25.
- Hoepfner, B. B., Kelly, J. F., Urbanoski, K. A., & Slaymaker, V. (2011). Comparative utility of a Single-Item versus Multiple-Item Measure of Self-Efficacy in Predicting Relapse among Young Adults. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Vol. 1(41), 305-312.
- Jeifetz, V. y Tajer, D. (2010) Equidad de género en la adherencia al tratamiento de adicciones. Representaciones y prácticas de profesionales y pacientes en un

- servicio de internación de un hospital público. Facultad de Psicología – UBA
Vol. XVII, pp. 317-320
- Krebs, M., González, L. M., Rivera, A., Herrera, P. y Melis, F. (2012). Adherencia a psicoterapia en pacientes con trastornos de ansiedad. *Psykhé*. Vol. 21 (2), 133-147.
- Linage, R.M. y Gómez-Maqueo, M.E.L. (2013). Propiedades psicométricas del ASSIST en un grupo de estudiantes mexicanos. *Revista española de drogodependencias*. Vol. 38(1), 37-51.
- López-Goñi, J.J., Fernández-Montalvo, J., Illescas, C., Landa, N. y Lorea, E.I. (2008). Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapéutica. *Trastornos Adictivos*. Vol. 10(2):104-111
- López-Torrecillas, F., Bulas, M., León-Arroyo, R. y Ramírez, I. (2005). Influencia del apoyo familiar en la autoeficacia de los drogodependientes. *Adicciones*. Vol. 17(3), 241-249.
- López-Torrecillas, F., Del Mar, S.M., Verdejo, A. y Cobo, P. (2002). Autoeficacia y consumo de drogas: una revisión. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*. Vol. 2(1), 33-51.
- Martín, A. L. y Grau, A. J. A. (2004) La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y salud*. Vol. 14(1), 89-99.
- Martin, L. A. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana Salud Pública*. 30(4), 0-0.
- Martínez, M.K.I., Salazar, G.M.L., Pedroza, C.F.J., Ruiz, T.G.M. y Ayala, V.H.E. (2008). Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas. *Salud mental*. Vol. 31(2):119-127.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) Manual para uso en la atención primaria.
- Palacios-Delgado, J. (2010) Autoeficacia e intención conductual del consumo de tabaco adolescentes: validez factorial y relación estructural. *Adicciones*. Vol. 22 (4), 325-330

- Pedrero, P.E., Fernández, H.J., Casete, F.L., Bermejo, G.M., Secades, V.R. y Gradolí, V. (2008), Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. España, Socidrogalcohol.
- Rodríguez-Martos, A. (2002). Efectividad de las técnicas de consejo breve. *Adicciones*. 14(1), 337-351.
- Rondón, A.P., Otálora, I.L., & Salamanca, Y. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 137-147.
- Salazar, G.M., Martínez, M.K. y Barrientos, C.V. (2009). Evaluación de un componente de inducción al tratamiento con adolescentes usuarios de alcohol del Distrito Federal. *Salud mental*. Vol. 32(6) 469-47.
- Salazar, G.M.L., Valdez, R.J.F., Martínez, M.K.I. y Pedroza, C.F.J. (2010). Intervenciones breves con adolescentes estudiantes rurales que consumen alcohol en exceso. *Universitas Psychologica*. Vol. 10(3): 803-815.
- Salvador, M. M. y Ayesta, A. F. J. (2009) La adherencia terapéutica en el tratamiento del tabaquismo. *Intervención Psicosocial. Dossier* Vol. 18 (3) 233-244.
- Sánchez, H.E. y Gradolí, V.T. (2002). Terapia breve en la adicción a drogas. *Papeles del psicólogo*. (83) 49-54.
- Sánchez-Hervás, E., Secades-Villa, R., Santoja, F., Zacarés, F., García-Rodríguez, O., Yanez, E. y García, G. (2010). Abandono del tratamiento en adictos a la cocaína. *Adicciones*. Vol. 22(1), 59-64.
- Secades, V. R. (1997) Evaluación conductual en prevención de recaídas en la adicción a las drogas: estado actual y aplicaciones clínicas. *Psicothema*, Vol. 9 (2), 1997, pp. 259-270. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72709203>
- Secades, V.R. y Fernández, H.J.R. (2000). Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones*. Vol. 12(3): 353-363.
- Sirvent, R.C. (2009). Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico. *Norte de salud mental*. (33) 51-58.

Villatoro, J., Medina-Mora, M., Fleiz, B. C., Moreno, M. Oliva, R. N., Bustos, G. M., Fregoso, I. D., Gutiérrez, L. M. y Amador, B. N. El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones. *Salud mental*. Vol. 35(6), 447-457