



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN PSICOLOGÍA DE LAS ADICCIONES

RETENCIÓN EN FUMADORES EN UN TRATAMIENTO
CONTRA EL TABAQUISMO

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA
ALEJANDRO PÉREZ LÓPEZ

TUTORA: DRA. ANA BEATRÍZ MORENO COUTIÑO
REVISOR: DR. JOSÉ AGUSTIN VÉLEZ BARAJAS

COMITÉ TUTORIAL:

MTRA. MARÍA SUSANA EGUÍA
DR. HORACIO QUIROGA ANAYA
DRA. SHOSHANA BERENZON GORN

MÉXICO D.F.

NOVIEMBRE 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A la Dra. Ana Moreno Coutiño por su apoyo, sus consejos, sus observaciones y su valiosa retroalimentación en todo este tiempo.

A los miembros del comité:

Dra. Ana Moreno Coutiño

Dr. José Agustín Vélez Barajas

Mtra. María Susana Eguia

Dr. Horacio Quiroga Anaya

Dra. Shoshana Berenzon Gorn

...por su disposición a formar parte de mi comité y su valiosa retroalimentación.

Agradezco a mis padres y a mis hermanos por su apoyo incondicional, por sus consejos, por su preocupación, por su cariño, por sus enseñanzas, por su dedicación, por ser mi mayor ejemplo de responsabilidad y compromiso. Gracias por apoyarme en cada paso que doy, por motivarme y por ser partícipes del término de este ciclo.

A mis compañeros y amigos de generación: Angélica Elosa, Luis Villalobos, Luis García, Violeta Félix, Oliver Ortiz, Norma Curiel, Morise Fernández y Juan Carlos González por apoyar mi formación profesional y académica, por permitirme aprender de su experiencia y conocimientos.

A mis compañeros y amigos del CEPREAA por brindarme su apoyo y confianza a lo largo de estos años.

A todos mis maestros de la Residencia en Adicciones, por apoyar mi formación profesional y académica.

A ti preciosa, por todo tu apoyo y comprensión y por aguantarme todas aquéllas veces que te cancele para trabajar en esto. En verdad ¡muchas gracias!

Contenido

Introducción	7
1. Contexto General Sobre las Adicciones.....	9
1.1 Antecedentes.....	9
1.2 Consumo de drogas en el mundo.....	10
1.2.1 Consumo de drogas en México.....	12
1.3 Conceptos Básicos en Adicciones	13
1.3.1 Adicción.....	13
1.3.2 Droga-fármaco	14
1.3.3 Dependencia de sustancias.....	14
1.3.4 Abuso de sustancias	16
1.4 Factores Asociados al Inicio en el Consumo de Sustancias	16
1.4.1 Factores de riesgo individuales.....	17
1.4.2 Factores de riesgo familiares	18
1.4.3 Factores de riesgo escolares.....	18
1.5 Mecanismos Asociados al Mantenimiento en el Consumo de Sustancias	19
1.5.1 Mecanismos conductuales	19
1.5.2 Mecanismos biológicos.....	20
1.5.3 Mecanismos psicológicos	22
1.5.4 Mecanismos sociales.....	23
1.6 Tratamientos para el Consumo de Sustancias	23
1.6.1 Tratamientos Conductuales.....	24
1.6.1.1 Manejo de Contingencias (MC).....	24
1.6.1.2 Terapia Cognitivo Conductual (TCC)	26
1.6.1.3 Entrevista motivacional (EM).....	29
1.6.1.4 Terapia Familiar Breve Estratégica (BSFT, por sus siglas en inglés)	31
1.6.1 Tratamientos Farmacológicos.....	32
2. Formulación de programas.....	33

2.1 Tratamiento de conductas adictivas.....	33
2.1.1 Programa de Prevención de Recaídas	33
2.1.2 Método	37
2.1.2.1 Participante	37
2.1.2.2 Diseño de estudio.....	38
2.1.2.3 Instrumentos.....	38
2.1.2.4 Procedimiento	40
2.1.2.5 Resultados	43
2.1.2.6 Discusión y conclusiones.....	47
2.1.3 Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína	48
2.1.4 Método	50
2.1.4.1 Participante	50
2.1.4.2 Diseño de Investigación.....	51
2.1.4.3 Instrumentos.....	51
2.1.4.4 Procedimiento	53
2.1.4.5 Resultados	55
2.1.4.6 Discusión y conclusiones.....	57
2.2 Evaluación del Centro de Orientación Telefónica (COT).....	59
2.2.1 Método	60
2.2.1.1 Participantes.....	60
2.2.1.2 Instrumentos.....	60
2.2.1.3 Procedimiento	62
2.2.1.4 Resultados	63
2.2.1.5 Discusión y conclusiones.....	68
3. Retención en Fumadores en un Tratamiento contra el Tabaquismo	69
3.1 Tabaquismo	69
3.2 Factores de Riesgo.....	72
3.2.1 Factores individuales	72
3.2.2 Factores familiares	74
3.2.3 Factores escolares	75

3.3 Farmacología de la Nicotina.....	76
3.4 Tratamientos del Tabaquismo	78
3.4.1 Tratamiento Farmacológico	78
3.4.2 Tratamiento Psicológico	82
3.5 Retención al Tratamientos para dejar de Fumar	84
3.6 Metodología.....	86
3.6.1 Tipo de estudio.....	86
3.6.2 Objetivos	86
3.6.3 Participantes	87
3.6.4 Características del Tratamiento.....	87
3.6.5 Variables a evaluar.....	89
3.6.6 Análisis Estadístico.....	90
3.6.7 Consideraciones éticas	91
3.7 Resultados.....	91
3.7.1 Variables Predictoras de Retención al Tratamiento para Dejar de Fumar	91
3.7.2 Retención en Modalidades de Tratamiento para Dejar de Fumar.....	95
3.8 Discusión	99
3.10 Conclusiones.....	102
Referencias	104

Introducción

El consumo de sustancias ha estado presente en las civilizaciones del mundo a lo largo de la historia representando hoy en día un problema de salud pública en el panorama nacional e internacional por las repercusiones que el consumo tiene sobre la salud y el bienestar social.

El presente trabajo proporciona un panorama introductorio al tema de las adicciones así como una visión general de los conocimientos adquiridos a lo largo de la residencia en psicología de las adicciones.

El documento está dividido en tres apartados principales. El primero aporta un *contexto general sobre las adicciones* para conocer la tasa de prevalencia de consumo de drogas en el mundo así como la proporción de consumidores en nuestro país según los datos arrojados en la última Encuesta Nacional de Adicciones. De manera adicional, proporciona conceptos básicos en el tema de adicciones, factores asociados al inicio y mantenimiento en el consumo de sustancias así como las formas de tratamiento más utilizadas para contrarrestar su uso.

En el segundo apartado se describe un caso abordado con el Programa de Prevención de Recaídas (PPR) y un caso abordado con el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC), programas de tratamiento utilizados en el Centro de Prevención y Atención a las Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” (CEPREAA) de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Además de muestran los resultados obtenidos durante la evaluación realizada al Centro de Orientación Telefónica (COT) del Centro Nacional para la

Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC) como parte de las actividades de formación profesional de la Residencia.

Finalmente, en el apartado tres se describe un análisis retrospectivo realizado a los resultados obtenidos en el estudio “Tratamiento Integral Pre-abstinencia contra el tabaquismo para fumadores con sintomatología depresiva” cuya finalidad fue identificar variables predictoras de retención, tasas de retención así como posibles diferencias en las tres modalidades de tratamiento farmacológico que incluyó dicho estudio.

1. Contexto General Sobre las Adicciones

1.1 Antecedentes

El consumo de sustancias ha estado presente en las civilizaciones del mundo a lo largo de la historia con ciertas variaciones según el tipo, uso y función que desempeñaban a nivel individual y social dentro de cada cultura.

El empleo de drogas estimulantes, depresoras y alucinógenas ha estado presente en diversas culturas antiguas en las que el uso de sustancias tenía un sentido mágico y eran utilizadas principalmente en rituales de índole religioso; con los años, los patrones tradicionales de uso fueron modificándose pasando de ser ritual/religiosos a médico/terapéuticos y social/recreativos (Escohotado, 1995). El cambio en el uso de drogas a través del tiempo y el contexto, trajo consigo problemas de tipo social y político lo que llevo a los países a tomar medidas para regular, controlar la comercialización y el empleo de drogas llegando incluso a proponerse medidas de prohibición absoluta. Las medidas adoptadas en el mundo redujeron en un inicio el consumo pero con el tiempo se formaron mecanismos dedicados a la producción y comercialización de drogas ilegales siguiéndose con esto, un aumento en el número de traficantes, violencia generalizada y crisis política entre naciones por la responsabilidad del problema (Sánchez, 2002).

Lo cierto es que hoy en día las actitudes hacia las sustancias y su demanda han cambiado y se ven influidas por numerosos factores culturales, económicos y sociales en cada país; el uso y abuso de sustancias produce alteraciones directas en la química cerebral, en el comportamiento y

en las relaciones sociales del consumidor de sustancias lo cual lo puede llevar a una dependencia severa además de experimentar diversos problemas asociados al consumo por lo que resulta importante detener el crecimiento en el consumo y disminuir las consecuencias en las diversas áreas de vida de los individuos.

1.2 Consumo de drogas en el mundo

El consumo de drogas se ha convertido en un problema de salud pública en el mundo por las repercusiones que causa en materia de salud y de bienestar social en los diversos sectores de la población; en 2004 se registraron un total de 9000 defunciones en el continente Americano por sobredosis de drogas o por trastornos relacionados al consumo. Además en ese mismo año se reportó que los trastornos por uso de sustancias cobraron más de 2.4 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (OPS, 2009).

La Oficina contra la Droga y el Delito de las Naciones Unidas (UNODC, 2012) ha estimado que al menos unas 230 millones de personas en todo el mundo (5% de la población adulta) consumieron sustancias ilícitas en 2010. En general, el reporte menciona que el uso de drogas ilícitas parece haberse estabilizado aunque puntualiza que en países en vías de desarrollo el consumo continúa en aumento.

Según esta misma oficina, entre un 10% y un 13% de los usuarios son consumidores problemáticos con dependencia y/u otro trastorno relacionado con el consumo de drogas. La prevalencia de enfermedades tales como VIH (20%), hepatitis B (14.6%) y hepatitis C (46.7%) adquiridas en personas usuarias de drogas inyectadas es elevada lo cual se suma a la carga

mundial de morbilidad. En el mundo, el cannabis sigue siendo la sustancia más utilizada (2.6% – 5.0%), se calcula que el número de personas que la han consumido al menos una vez, en 2010, osciló entre 119 y 224 millones. Se ha informado de un consumo cada vez mayor en América del Sur, aunque la prevalencia anual sigue siendo muy inferior a la de América del Norte. Por su parte, los estimulantes de tipo anfetamínico (principalmente la anfetamina, la metanfetamina y la metcatinona) y sustancias del grupo del éxtasis (metilendioximetanfetamina o MDMA y otras sustancias análogas) son el segundo tipo de drogas más consumidas después del cannabis (0.3% - 1.2%). La prevalencia anual mundial en relación a la cocaína (0.3% - 0.4%) y los opiáceos (0.3% - 0.5%) se ha mantenido estable en la población adulta de entre 15 y 64 años de edad. El consumo de cocaína se ubica en gran medida en la región de América del Norte, le corresponde casi el 40% de los consumidores a nivel mundial. El segundo flujo más importante tiene por destino Europa el cual ha venido aumentando con rapidez en los últimos años; los niveles de prevalencia de consumo de cocaína son mayores en el Reino Unido y España en relación a los Estados Unidos (UNODC, 2012).

Según el informe de la Oficina contra la Droga y el Delito de las Naciones Unidas (2010), la heroína es el opiáceo ilícito más consumido en el mundo. Dos terceras partes del opio que no se transforma en heroína se consume únicamente en cinco países: la República Islámica de Irán (42%), Afganistán (7%), Pakistán (7%), India (6%) y la Federación de Rusia (5%). Aunque también se usan indebidamente otros opiáceos, incluidos diversos brebajes de paja de adormidera y los opiáceos que requieren receta médica, la heroína sigue siendo el opiáceo más problemático a nivel internacional. Si bien la producción de la mayor parte de los opiáceos ilícitos del mundo tiene lugar en Afganistán (6.900 toneladas métricas de opio, lo que correspondió al 89% de la producción mundial en 2009), también se producen cantidades importantes en Myanmar (330

toneladas métricas) y en América Latina (sobre todo en México y en Colombia). Desde 2003, México es el tercer productor más importante de opio a nivel mundial, y con un volumen en 2008 (325 toneladas métricas) muy parecido al de Myanmar en 2009 (UNODC, 2012). Los dos mercados más grandes del mundo para los opiáceos del Afganistán son la Federación de Rusia y Europa occidental (Reino Unido, Italia y Francia), en los que se consume, en conjunto, casi la mitad de la heroína producida en el mundo.

1.2.1. Consumo de drogas en México.

En lo que respecta al escenario de consumo general de drogas en México, la Encuesta Nacional de Adicciones (2011) menciona que la mariguana es la droga de preferencia entre la población con una prevalencia del 1.2% la cual, en relación al 2008, no representó un incremento significativo. Si se separa por género, el consumo en hombres pasó del 1.7% al 2.2% lo cual si representó un incremento significativo. El consumo de mariguana representó el 80% del consumo de droga total. Por su parte, la cocaína sigue apareciendo en segundo lugar (0.5%) seguido de los estimulantes anfetamínicos (0.2%), el crack, los alucinógenos y los inhalables (0.1% cada uno). En relación al consumo de crack, uno de cada 5 usuarios de cocaína consume esta droga.

En lo que respecta al consumo de alcohol, se observó un incremento significativo en la categoría “alguna vez en la vida” pasando de un 64.9% en 2008 a 71.3% en 2011. La ingesta en altas cantidades por ocasión de consumo es la forma más común en la población y se mantuvo sin cambios desde el año 2008. El 6% de la población (4.9 millones de personas) ha desarrollado dependencia lo cual resulta muy preocupante si se considera que sólo el 6.8% de esta proporción ha recibido algún tipo de tratamiento.

Dado este panorama global sobre el consumo de drogas y su impacto en la salud pública cabe preguntarse ¿Cómo es que las personas inician y mantienen el consumo de drogas? ¿Cómo es que a pesar de que en la actualidad se tiene un mayor conocimiento sobre las posibles consecuencias que tienen las drogas sobre la calidad de vida de las personas, éstas continúan consumiendo?

En el siguiente apartado se proporciona información relevante para ahondar en el tema y generar respuestas a estas interrogantes.

1.3 Conceptos Básicos en Adicciones

Dada la complejidad del fenómeno de las adicciones, se han generado términos para hacer referencia a determinadas características del mismo, por tal motivo resulta de vital importancia definir los conceptos utilizados con frecuencia en el estudio de las adicciones como un primer paso para aproximarse al tema. Entre los términos que se abordarán a continuación se encuentran los siguientes: adicción, droga-fármaco, dependencia de sustancias y abuso de sustancias.

1.3.1 Adicción.

De acuerdo con Volkow y Schelbert (2008) la adicción se define como una enfermedad crónica del cerebro porque el consumo de drogas modifica la estructura y funcionamiento del mismo lo cual puede durar largo tiempo.

1.3.2 Droga-fármaco

El concepto de droga puede tener diversos significados según el contexto en el que es utilizado. De acuerdo con la OMS (1969) una droga es toda sustancia (natural o química) que introducida en un organismo vivo es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central modificando las funciones “normales” del individuo y que puede ser capaz de generar abuso y/o adicción. Por otro lado, el concepto de fármaco es utilizado en mayor medida en el campo de la medicina y se refiere a todas aquellas sustancias que tienen propiedades curativas y tienen un uso terapéutico. La diferencia entre ambos conceptos radica principalmente en el uso y los efectos terapéuticos que tiene dicha sustancia.

Para distinguir entre abuso y adicción, es importante considerar variables tales como cantidad, frecuencia e impacto que tiene la sustancia sobre la conducta de la persona. Se han establecido acuerdos generales basados en la experiencia de diversos países para delimitar las características entre el abuso y la adicción las cuales se muestran a continuación.

1.3.3 Dependencia de sustancias

Es una consecuencia de la adaptación del organismo al uso de una sustancia por lo que aparece en su ausencia como una manera de mantener la homeostasis del organismo del individuo (De la Cruz, Gimeno y Esteban, 2002).

En el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (APA, 2000) se menciona que la dependencia es un patrón mal adaptativo de uso de sustancias que conlleva un deterioro

significativo expresado por 3 o más de los siguientes puntos expresados de manera recurrente en los últimos 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de las siguientes situaciones:
 - a) Necesidad de consumir cantidades crecientes para conseguir el efecto deseado.
 - b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye con su consumo continuo.

2. Abstinencia, definida por cualquiera de las siguientes situaciones:
 - a) Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
 - b) Se toma la misma sustancia (o muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3. Consumo de la sustancia en cantidades cada vez mayores o durante un periodo más prolongado.

4. Deseo persistente por consumir o dificultad para interrumpirlo.

5. Emplear mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la droga.

6. Reducir o abandonar actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo.

7. Continuar con el consumo de la sustancia a pesar de las consecuencias negativas que parecen ser causadas o exacerbadas por el consumo.

Se especifica si existe dependencia fisiológica a partir de la presencia de signos de tolerancia o abstinencia.

1.3.4 Abuso de sustancias

Las características más importantes del abuso de sustancias son la presencia de consecuencias desfavorables para el individuo, relacionada con el consumo repetido de la sustancia. Los criterios para determinar abuso de sustancias son:

- A. Patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro expresado por uno o más de los siguientes puntos en los últimos 12 meses:
 - 1. Consumo recurrente de sustancias que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, escuela u hogar.
 - 2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que el hacerlo resulta físicamente peligroso.
 - 3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.
 - 4. Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos.
- B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias (APA, 2000).

1.4 Factores Asociados al Inicio en el Consumo de Sustancias

El inicio en el consumo de drogas aparece desde muy temprana edad; según la ENA (2011) la edad de inicio de consumo de drogas en la población general es a los 18.8 años mientras que para el consumo de alcohol la edad media es de 17.7 años, no obstante, los factores asociados

al inicio en el consumo de sustancias y los que determinan el mantenimiento del mismo son muy diversos.

Los factores que inciden en el consumo, también conocidos como *factores de riesgo*, son características o cualidades de un sujeto o comunidad que van unidos a una mayor probabilidad de uso y/o abuso de drogas (Suárez y Krauskopf, 1995); dichos factores varían en función de las características del individuo y del contexto social siendo algunos de ellos la curiosidad, la búsqueda de sensaciones placenteras, la disponibilidad de la sustancia, la influencia de los pares, entre otros (Nuño y Flores, 2004).

Los factores de riesgo pueden influir en el consumo de drogas de diversas maneras; mientras más factores de riesgo presente un individuo, mayor es la probabilidad de que exista un abuso de sustancias. Diversas investigaciones han demostrado que los periodos clave de riesgo para el consumo de sustancias son las transiciones de vida de las personas; en la adolescencia y la juventud existen mayores desafíos sociales, emocionales y académicos lo que aumenta el riesgo de que abusen del alcohol, tabaco y otras sustancias (NIDA, 2004; Sussman, Unger y Dent, 2004). Algunas de las señales de riesgo son evidentes desde la infancia tales como la conducta agresiva o la falta de auto control, cuando el niño crece las interacciones con la familia, la escuela y la comunidad pueden influir en el riesgo de que usen drogas en el futuro.

1.4.1 Factores de riesgo individuales

Entre los factores de riesgo identificados a nivel individual se encuentran el insuficiente control conductual, la rebeldía, las conductas antisociales, la baja adherencia a las normas

convencionales, las actitudes favorables al consumo, poca efectividad en las estrategias de afrontamientos, escasa habilidad comunicativa, tendencia a la búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias, trastornos y síntomas psiquiátricos así como disponer de dinero o de un salario (Arellánez, Díaz, Wagner y Pérez, 2004; Martín y Lorenzo, 2009; Medina-Mora, Villatoro, López, Berenzon, Carreño y Juárez, 1995; Medina-Mora, Cravioto, Villatoro, Fleiz, Galván y Tapia, 2003).

1.4.2 Factores de riesgo familiares

En lo que respecta a las interacciones con la familia, entre los factores de riesgo asociados se encuentra el consumo de sustancias ilícitas en el seno de la familia, la permisividad de los padres, las prácticas inadecuadas de funcionamiento familiar, la falta de rigidez o la inconsistencia de las pautas normativas y disciplinarias, la falta de cariño y el poco respaldo por parte de los padres hacia las actividades o intereses del individuo (Díaz y García, 2008; Ripple y Luthar, 1996; Santander, Zubarew, Santelices, Argollo, Cerda y Bórquez, 2008).

1.4.3 Factores de riesgo escolares

En el contexto escolar se han identificado factores tales como la baja adherencia escolar, el poco interés por el estudio, el bajo desempeño escolar, la separación del sistema escolarizado, la disponibilidad de la droga y la relación con compañeros consumidores de alguna sustancia (Castro en Tapia, 2001).

1.5 Mecanismos Asociados al Mantenimiento en el Consumo de Sustancias

Una vez que se ha iniciado el consumo de sustancias, ocurren una serie de mecanismos conductuales, biológicos, psicológicos y/o sociales que favorecen el mantenimiento en el consumo. Dichos mecanismos se explican de la siguiente manera:

1.5.1 Mecanismos conductuales

Entre los mecanismos conductuales se destaca el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante en la formación de asociaciones entre las drogas y estímulos ambientales.

El proceso por el que se mantiene el consumo de drogas por condicionamiento clásico se puede explicar de la siguiente manera: un individuo al consumir una droga (Estímulo Incondicionado) experimenta la acción farmacológica de ésta sobre su organismo (Respuesta Incondicionada), si esta persona continúa consumiendo dicha droga y lo hace en un contexto determinado como puede ser su casa, el parque, la escuela o en compañía de sus amigos (Estímulo Neutro) se genera una asociación entre los elementos contenidos en el contexto y los efectos de la droga sobre el organismo. De este modo, tras el consumo repetido, el contexto se convierte en un Estímulo Condicionado el cual es capaz de producir respuestas aprendidas o condicionadas (Respuesta Condicionada) que son activadas sin la presencia de la droga (EI). En otras palabras, la presencia de los estímulos contenidos en el contexto activan el deseo por consumir la droga; es así como, desde el enfoque del condicionamiento clásico, se asocian las situaciones contextuales con el consumo de drogas (Martín y Lorenzo, 2009).

Por su parte, el condicionamiento operante sugiere que las personas consumen drogas como consecuencia de los efectos positivos de las drogas, ya sea como un reforzador positivo para mantener la conducta que causa placer, bienestar, mayor capacidad de atención, etc., o como reforzador negativo para mantener la conducta de consumo y así evitar sensaciones desagradables tales como fatiga, insomnio, ansiedad, etc., producido por el consumo mismo de la droga (Koob y Le Moal, 1997; Quezada, Alarcón, Cavieres y Betancourt, 2009; Stolerman, 1992).

1.5.2 Mecanismos biológicos

Por otro lado, a nivel fisiológico es importante entender el mecanismo biológico que favorece el mantenimiento en el consumo de drogas, donde destaca el sistema mesolímbico dopaminérgico, también conocido como *sistema de recompensa*, en los efectos positivos de todos los reforzadores, incluidas las drogas (Ambrosio y Fernández, 2011).

El sistema mesolímbico dopaminérgico es un conjunto de conexiones entre estructuras cerebrales localizadas en la zona media del cerebro (Ver figura 1); este sistema se extiende desde el Área Tegmental-Ventral (ATV), pasando por el núcleo accumbens, la amígdala hasta la corteza pre frontal. El ATV es rica en células dopaminérgicas; la proyección dopaminérgica del ATV al núcleo accumbens es el sistema transmisor más fuerte para el mantenimiento en el consumo en tanto que la amígdala es una estructura clave en la asociación entre acontecimientos relevantes para el individuo y estímulos ambientales (Kalivas y Volkow, 2005).

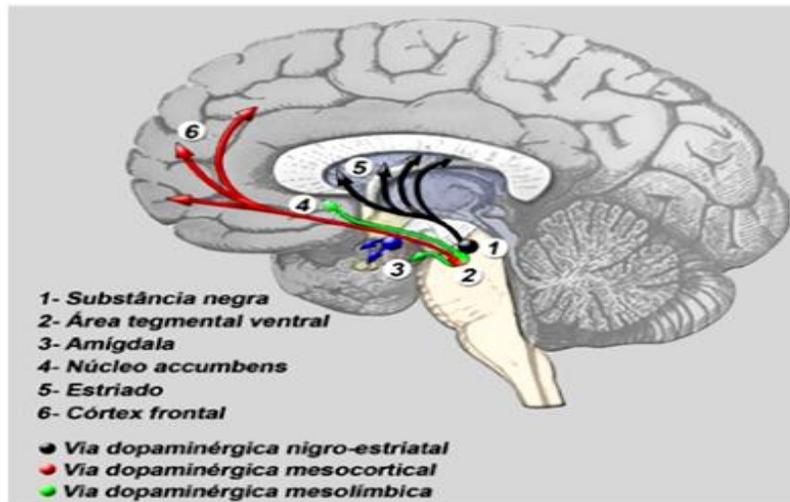


Figura 1. Sistema cerebral relacionado con la regulación de las sensaciones placenteras inducidos por reforzadores naturales y artificiales.

La dopamina es el neurotransmisor más importante en el sistema mesolímbico dopaminérgico ya que modula la sensación placentera ante la identificación de un estímulo y/o ejecución de una conducta. Se ha señalado que la dopamina es el neurotransmisor clave en las acciones reforzantes positivas de las drogas; su función principal es la de avisar que se producirá una sensación placentera si se realiza determinada conducta, si al ejecutarla el individuo encuentra que la sensación es agradable, se aumenta la probabilidad de que se realice de nueva cuenta la conducta. Recientemente se ha señalado en estudios de micro diálisis y voltametría en animales que los niveles de dopamina aumentan inmediatamente antes de recibir la inyección con droga y disminuyen después de la administración para ir incrementándose de manera progresiva antes de la siguiente inyección lo que sugiere que la dopamina tiene una función en las acciones reforzantes de las drogas sólo en la anticipación al consumo, pero no en el consumo en sí mismo (Ambrosio y Fernández, 2011).

A medida que el consumo de drogas se vuelve crónico, se induce a una serie de neuroadaptaciones en el sistema mesolímbico dopaminérgico, particularmente sobre los receptores D₁, D₂ y D₃. provocando un desequilibrio en la función dopaminérgica pre frontal lo cual trae como consecuencia una alteración en la capacidad de atribución de valor incentivo a los estímulos asociados mientras que los receptores D₃ se asocia con la recompensa y con el estrés inducido por la conducta de búsqueda de drogas (Heidbreder et al., 2004; Heidbreder et al., 2005).

Es así como el consumo crónico de drogas provoca cambios neuroadaptativos en el sistema mesolímbico dopaminérgico (incluyendo procesos neurobiológicos de aprendizaje y memoria) lo que favorece el mantenimiento en el consumo y la posterior adicción en los individuos (Corominas, Roncero, Bruguera y Casas, 2007).

1.5.3 Mecanismos psicológicos

Desde la perspectiva psicológica, se señala que el consumo de sustancias puede constituir una estrategia de afrontar emociones negativas como la tristeza, la angustia y las frustraciones (Casas, 1992), especialmente en personas con dificultades para identificar y expresar sus emociones (Taylor, Bagby y Parker, 1997). Así mismo, se destacan los rasgos de búsqueda de sensaciones y riesgos (Cloninger, Svrakic y Przybeck, 1993) y la impulsividad (Gray, 1994; Zuckerman, 1991) como factores de personalidad pre disponentes al inicio y mantenimiento en el consumo de drogas.

1.5.4 Mecanismos sociales

Entre los factores sociales que favorecen el mantenimiento en el consumo de drogas se encuentran la disponibilidad de alcohol y otras drogas, la asociación con amigos o conocidos que consumen, permisividad de la comunidad ante el consumo así como la publicidad para el consumo de drogas legales a través de los medios masivos de comunicación (Graña y Muñoz-Rivas, 2000; Sthepenson, Henry y Robinson, 1996). Finalmente se encuentran los factores cognitivos entre los que se destacan las creencias positivas ante el consumo, necesidad de auto afirmación y la falta de conocimiento sobre los efectos perjudiciales del consumo (Botvin y Botvin, 1992; García-Señorán, 1994; Novacek, Raskin y Hogan, 1991).

En resumen, los factores de riesgo que favorecen el inicio en el consumo de drogas y los mecanismos implicados en su mantenimiento son muy diversos e impactan de diferente manera a los individuos; el conocimiento de estos aspectos permite entender cómo es que las personas “se enganchan” con las drogas y les resulta difícil abandonar el consumo a pesar de las consecuencias negativas que éste les genere. Por lo anterior, se han generado diversos tratamientos que abordan los aspectos de mantenimiento mencionados en este apartado con la finalidad de ayudar a los consumidores a abandonar el consumo y favorecer su calidad de vida. Los tratamientos que en la actualidad se emplean se abordan en el siguiente apartado.

1.6 Tratamientos para el Consumo de Sustancias

Debido a que el consumo de sustancias afecta diversas áreas de vida del individuo, se han desarrollado tratamientos que incorporan componentes dirigidos a trabajar aspectos propios del

consumo además de las consecuencias asociadas a éste con la finalidad de favorecer la reducción/abstinencia en el consumo y promover la calidad de vida en áreas tales como familiar, laboral y social.

El tratamiento para el consumo de sustancias puede incluir terapias conductuales o farmacológicas o bien, una combinación de ambas. El tipo de tratamiento dependerá de las características propias del consumo del individuo, de la gravedad del consumo, de los intentos previos para dejar la sustancia así como de los problemas de salud, familiares y sociales (NIDA, 2010).

1.6.1 Tratamientos Conductuales

Entre los tratamientos conductuales que han mostrado ser efectivos en estudios clínicos aleatorizados para el abuso y dependencia de sustancias se encuentran el manejo de contingencias, la terapia cognitivo-conductual, la entrevista motivacional así como tratamientos de tipo familiar (Carroll y Onken, 2005).

1.6.1.1 Manejo de Contingencias (MC)

El manejo de contingencias está basado en los principios del condicionamiento operante en el que la conducta está controlada por sus consecuencias; así se tiene que el comportamiento que es seguido de consecuencias positivas es más probable que ocurra de nueva cuenta (Bigelow y Silverman, 1999). De este modo, los programas de manejo de contingencias se basan principalmente en la entrega de reforzadores (incentivo o recompensa) contingentes a cambio de

muestras de orina libres de drogas permitiéndose de este modo que el usuario reciba reforzadores concretos al no consumir además de que se eliminan los reforzadores que recibía (sociales, fisiológicos, etc.) tras el consumo de la sustancia (García, García y Secades, 2011).

Para que un programa de MC sea efectivo, es necesario que los pacientes sepan con toda exactitud cuáles son las condiciones del programa, es decir, qué conductas van a ser reforzadas, cuándo, cómo y dónde se monitorizarán, cuál será el valor del reforzador y cuáles son todas y cada una de las reglas de aplicación del programa. Esta información puede incluirse en el consentimiento informado que el paciente deberá firmar al inicio de su tratamiento (Budney y Higgins, 1998; Kellogg, Stitzer, Petry y Kreek, 2009; Lussier, Heil, Mongeon, Badger y Higgins, 2006; Petry, 2000).

La eficacia del MC en el tratamiento de consumidores de cocaína ha sido demostrada a través de diversos ensayos clínicos en programas de mantenimiento con metadona con pacientes que abusaban de la cocaína mientras estaban en tratamiento por dependencia a opiáceos; en todos ellos, el MC incremento de manera significativa la abstinencia en el consumo (Stitzer, Iguchi y Felch, 1992).

En este sentido, un meta-análisis cuyo objetivo fue examinar la eficacia del MC en el tratamiento de diversas sustancias en estudios publicados entre 1970 y 2002 se encontró que este procedimiento resultó ser el más eficaz para promover la abstinencia durante el tratamiento de sustancias, de manera particular el MC demostró ser más eficaz en el tratamiento de opiáceos y cocaína en comparación con el tabaco y otras drogas (Prendergast, Podus, Finney, Greenwell y Roll, 2006).

De manera adicional, se ha reportado que el MC resulta ser más eficaz para disminuir el uso de drogas durante el tratamiento que otras intervenciones; Rawson y colaboradores (2002) compararon el MC frente a terapia cognitivo-conductual (TCC) en pacientes dependientes a la cocaína quienes recibían tratamiento de mantenimiento con metadona encontrando que el efecto del MC fue significativamente mayor que la TCC durante el tratamiento aunque en el seguimiento a un año los resultados arrojaron información muy similar. Resultados análogos se han encontrado en otros estudios que han trabajado con otro tipo de drogas dejando en evidencia la efectividad del MC en la abstinencia en el consumo de sustancias durante el tratamiento en comparación con otros procedimientos (Budney, Moore, Rocha y Higgins, 2006; Roll et al., 2006).

Otros estudios se han encaminado en estudiar el efecto que tiene el MC sobre el buen comportamiento de los pacientes dentro del Centro de Tratamiento, la búsqueda de empleo o la adherencia en la toma de medicamentos encontrándose resultados favorables (Dolan, Black, Penk, Rabinowitz y DeFord, 1985; Higgins y Petry, 1999).

La evidencia reportada sobre la eficacia del MC en la abstinencia en el consumo de drogas hace de este procedimiento una herramienta útil para promover la práctica basada en la evidencia en los centros de tratamiento en adicciones y favorecer la salud de los usuarios.

1.6.1.2 Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

La TCC se basa en la teoría del aprendizaje social, en principios derivados de la teoría del comportamiento y de la terapia cognitiva (Finney, Wilbourne y Moos, 2007). Se caracteriza por

hacer una evaluación del contexto de consumo antes, durante y después de que este ocurre, identificar situaciones de riesgo de consumo y hacer énfasis en el desarrollo de habilidades cognitivas y conductuales que permitan al paciente aumentar su autocontrol y así fomentar un cambio en la conducta de consumo (Carroll, 1998; Carroll y Onken, 2005; Larimer, Palmer y Marlatt, 1999).

Entre las técnicas utilizadas en la TCC aplicadas a los problemas asociados al consumo de sustancias se encuentra el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, prevención de recaídas, manejo del estrés, habilidades sociales, habilidades de comunicación, asertividad, habilidades para la vida y manejo de emociones (Quirke, 2001).

Diversos estudios han reportado la efectividad de las estrategias cognitivo-conductuales en la prevención del consumo de sustancias mediante el entrenamiento en solución de problemas, toma de decisiones y habilidades de rechazo ante la presión social para el consumo de drogas en población adolescente (Botvin, Baker, Renick, Filazzola y Botvin, 1984; Schinke y Blythe, 1981; Schinke y Gilchrist, 1983).

Otros trabajos han aportado evidencia en la reducción/abstinencia en el consumo de sustancias. Un meta análisis que evaluó 53 ensayos aleatorizados de TCC en pacientes diagnosticados con trastorno por uso de sustancias mostró diferencia significativa a favor del efecto del TCC sobre los grupos de comparación además de que se identificó que se obtiene un mayor beneficio de la intervención con un menor número de sesiones de tratamiento; cabe mencionar que los autores reportaron un mayor efecto de la TCC en pacientes con dependencia a la marihuana (Magill y Ray, 2009). De manera adicional, Schonfeld y colaboradores (2000)

realizaron un estudio entre participantes a un tratamiento ambulatorio para veteranos mayores con problemas de abuso de sustancias; el tratamiento ofrecido por el centro se enfocaba en prevención de recaídas utilizando un enfoque cognitivo-conductual en el que se les enseñaba a los pacientes a identificar sus situaciones de riesgo y se les entrenaba en la adquisición de habilidades para enfrentar emociones desagradables entre otras cosas. Los autores compararon a los pacientes que concluyeron el tratamiento (n=49) vs quienes no lo completaron (n=61) encontrando que, a los 6 meses de seguimiento, las personas que concluyeron su tratamiento mostraron tasas mucho más alta de abstinencia en relación a quienes lo abandonaron.

Por otro lado, se ha reportado que la duración de los efectos de la TCC posteriores al fin del tratamiento se parece a la “curva de aprendizaje” en el que la efectividad del tratamiento se relaciona con el aprendizaje de las estrategias trabajadas de modo que al finalizar el tratamiento el efecto es alto y va disminuyendo conforme pasa el tiempo (Allsop, Saunders, Phillips y Carr, 1997; Waldron y Kaminer, 2004). A pesar de lo anterior, hay evidencia de que los efectos de la TCC siguen siendo significativos al evaluar los niveles de consumo a los 12 meses de finalizada la intervención (Carroll et al., 2000; Magill y Ray, 2009; MTPRG, 2004).

Otro punto importante por mencionar es la suma del efecto que se obtiene cuando se combinan dos intervenciones; en este caso, el uso de tratamiento cognitivo conductual en combinación con tratamientos farmacológicos proporciona mayores beneficios para cambiar la conducta de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en los usuarios (Carroll et al., 1998; Carroll et al., 2004; Costello et al., 2010; Evins, Mays, Rigotti, Tisdale, Cather y Goff, 2001; NIDA, 2011).

La evidencia empírica que respalda el uso de la TCC para el tratamiento de las adicciones ofrece a los pacientes una alternativa confiable para favorecer un cambio en su manera de consumir y así mejorar su calidad de vida.

1.6.1.3 Entrevista motivacional (EM)

Se ha reportado que las tasas de abandono de los tratamientos en adicciones oscila entre el 25 y 90% (Baekeland y Lundwall, 1975; Darke, Campbell y Popple, 2012; De León, 1991; Wickizer et al., 1994) siendo una de las principales razones la poca motivación de los pacientes para cambiar su forma de consumir (Daugherty, Miller, Meyers y Tonigan, 2000; DiClemente, 2003; Miller, 1985; Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992). De este modo, al estudiar cómo es que cambian las personas se encontró que aquellas que consiguen una mejora en sus estilos de vida atraviesan por una serie de estadios, cada uno con un tipo de motivación diferente (Ver Tabla 1) por lo que el profesional de la salud necesita facilitar avances hacia el siguiente estadio para promover el cambio de conducta hacia un estilo de vida más saludable.

Por tal motivo, con la finalidad de incidir sobre la motivación o el “deseo de cambio” de los pacientes, Miller y Rollnick (1999) desarrollaron la entrevista motivacional inicialmente para personas que presentaban problemas con su consumo de alcohol pero con el tiempo se generalizó su aplicación para otro tipo de sustancias, cambio de hábitos, diversos tipos de enfermedades entre otras áreas que implicaran promover una disposición al cambio.

La entrevista motivacional es un estilo de consejería que permite a los pacientes aclarar sus fortalezas, evocar sus propias motivaciones para el cambio y promover la independencia en la

toma de decisiones (Rollnick, Butler, Kinnersley, Gregory y Mash, 2010), para conseguirlo se vale de una serie de principios y estrategias que favorecen las habilidades de comunicación de los profesionales de la salud.

ETAPA DE CAMBIO	CARACTERÍSTICAS
Pre contemplación	No hay conciencia del problema/no hay intención de cambiar.
Contemplación	Se caracteriza por la ambivalencia; se considera y se rechaza el cambio al mismo tiempo.
Preparación	Se decide hacer un cambio y se requiere tener confianza para realizarlo.
Acción	Se realizan acciones para obtener un cambio.
Mantenimiento	Se realizan acciones para mantener y consolidar el cambio obtenido.

Tabla 1. Estadios de cambio según Prochaska y DiClemente (1983).

Diversos estudios han demostrado que la entrevista motivacional aumenta las tasas de retención en el tratamiento por abuso de sustancias (Carroll et al., 2006; Hettema, Steele y Miller, 2005; Rubak, Sandbaek, Lauritzen y Christensen, 2005; Secades-Villa, Fernández-Hermida y Arnáez-Montaraz, 2004), cuestiones médicas diversas (Blair et al., 2008; Goldberg y Kiernan, 2005; Rubak et al., 2005, Smith, DiLillo, Bursac, Gore y Greene, 2007) y conducta criminal (McMurrin, 2009) además de que disminuye de manera significativa la conducta de consumo de sustancias en los usuarios (D'amico, Miles, Stern y Meredith, 2008; Feldstein y Forcehimes, 2007; Project MATCH, 1993; Rubak et al., 2005; Sellman, Sullivan, Dore, Adamson y McEwan,

2001; Spirito et al., 2004) sin embargo se ha encontrado que los efectos benéficos de la entrevista motivacional tienden a reducir a medida que avanza el tiempo (Hettema, Steele y Miller, 2005; McCambridge y Strang, 2005).

La evidencia parece indicar que la EM es de utilidad para promover cambios aunque éstos no son duraderos en el tiempo; la motivación obtenida durante las intervenciones decae progresivamente. En esa medida, la entrevista motivacional parece no ser suficiente para obtener buenos resultados en los procesos de cambio en conductas adictivas, sin embargo, resulta de gran utilidad para favorecer la participación de los usuarios en el tratamiento e incrementar su retención en el mismo.

1.6.1.4 Terapia Familiar Breve Estratégica (BSFT, por sus siglas en inglés)

La BSFT se basa en un enfoque de sistemas para la terapia familiar que supone que los miembros de la familia son interdependientes y que lo que afecta a un miembro de la familia necesariamente afectará a todos los miembros de la familia (Szapocznik, Hervis y Schwartz, 2003); sus objetivos se encaminan en eliminar la conducta de abuso de drogas y otras conductas problemáticas y en cambiar la interacción familiar que posibilita la aparición del síntoma o consumo de sustancias (Pedrero et al., 2008).

Este enfoque ha demostrado ser eficaz para mejorar el compromiso (Santisteban et al., 1996; Szapocznik et al., 1986) y la retención de las familias en el tratamiento (Coatsworth, Santisteban, McBride y Szapocznik, 2001) además de que disminuye el uso de sustancias y los

problemas asociados al comportamiento de consumo en los adolescentes (Santisteban et al., 2003; Szapocznik, Kurtines, Foote, Perez, Vidal y Hervis, 1986).

Por la evidencia encontrada a la fecha, la BSFT es una intervención eficaz para la atención de las familias que pasan por una situación de consumo en algún miembro adolescente.

1.6.1 Tratamientos Farmacológicos

Existen diversos medicamentos para el tratamiento de diversas sustancias, por ejemplo, la metadona, la buprenorfina y la naltrexona se utilizan para ayudar a los usuarios de opioides; para los consumidores de tabaco existen terapias de remplazo de nicotina (parches principalmente) además de medicamentos tales como la vareniclina y el bupropión. El disulfiram y la naltrexona son medicamentos usados para tratar la dependencia al alcohol. Este tipo de tratamientos se administran principalmente en personas con una adicción severa para estabilizar los síntomas propios del abandono de la sustancia y así favorecer el cambio de conducta (NIDA, 2010).

Sin embargo se ha recomendado el uso de los tratamientos farmacológicos en combinación con las terapias conductuales con la finalidad de abordar de manera global los problemas que presenta una persona con problemas de dependencia a sustancias (Fernández et al., 2008) ya que su combinación resulta mucho más efectiva para lograr el éxito del tratamiento y los resultados durante el seguimiento (Amato et al., 2004; Anton et al., 2001; McKay et al., 1997; Stein et al., 2004).

2. Formulación de programas

En este apartado se describen las actividades realizadas durante la Maestría con residencia en Psicología de las Adicciones relacionadas con el tratamiento de consumo de drogas en el Centro de Prevención y Atención a las Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” (CEPREAA) además de los resultados obtenidos de la evaluación realizada en el Centro de Orientación Telefónica (COT), entidad perteneciente al Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC).

2.1 Tratamiento de conductas adictivas

A continuación se describen de manera breve dos de los programas de intervención utilizados en el CEPREAA para proporcionar tratamiento a los usuarios de sustancias que asisten a recibir apoyo a su problemática de consumo. El primer programa hace referencia a la prevención de recaídas y el segundo describe estrategias utilizadas para conseguir la abstinencia en el consumo de cocaína.

2.1.1 Programa de Prevención de Recaídas

El Programa de Prevención de Recaídas (PPR) es un tratamiento de corte cognitivo-conductual diseñado para enseñar a los usuarios a mantener los cambios en su conducta anticipando y enfrentando problemas que en el pasado lo condujeron a la recaída ya que el usuario dispone de una serie de herramientas para evitarlas; permite trabajar con usuarios que ya

han logrado la abstinencia y desean mantenerla así como para quienes siguen con el consumo pero quieren dejar de hacerlo (Barragán, Flores, Ramírez y Ramírez, 2008).

El programa parte de la base de que la recaída se produce cuando la persona que ha logrado mantenerse sin consumo se expone a situaciones de riesgo y no es capaz de responder con estrategias de enfrentamiento que le permitan mantenerse sin consumo. Desde la perspectiva de este modelo, si el usuario es capaz de emitir una respuesta de enfrentamiento ante la situación de riesgo, la probabilidad de recaída disminuirá significativamente ya que experimentará una sensación de control, lo que incrementa su percepción de autoeficacia. A medida que aumenta el tiempo de abstinencia y el usuario enfrenta de manera eficaz cada situación de riesgo, la percepción de control se incrementará y la probabilidad de recaída disminuirá de manera considerable (Marlatt, 1993; Marlatt y Gordon, 1985).

Existen diversas situaciones de alto riesgo que pueden orillar a las personas a consumir, dichas situaciones se categorizan en ocho áreas:

- 1) Emociones desagradables.
- 2) Malestar físico.
- 3) Emociones agradables.
- 4) Probando autocontrol.
- 5) Urgencia y tentación de consumo.
- 6) Conflicto con otros.
- 7) Presión social para el consumo.
- 8) Tiempo placentero con otros.

A lo largo del tratamiento el usuario aprende a desarrollar planes de acción para la prevención de recaídas diseñados en sus propias necesidades y se le muestra cómo evitar o enfrentar cada situación de alto riesgo usando estrategias de enfrentamiento cognitivas y conductuales.

El programa está conformado de 12 sesiones; en las primeras dos sesiones (**admisión y evaluación**) se identifica el nivel de dependencia a alcohol y/o drogas, el patrón de consumo, las situaciones de riesgo de consumo, el nivel de auto eficacia para resistirse al consumo, y el nivel de satisfacción en diferentes áreas de vida; en estas primeras sesiones el usuario firma su carta compromiso y comienza con el llenado de su auto registro de consumo. En la tercera sesión se realiza un **análisis funcional de la conducta de consumo** en la que se analiza la conducta de consumo del usuario identificando los precipitadores externos e internos e identificando consecuencias positivas inmediatas y negativas a largo plazo con la finalidad de elaborar planes de acción para enfrentar los riesgos y así mantenerse en abstinencia. En la cuarta sesión se realiza una **muestra de abstinencia** en la que se aconseja al usuario adquirir un compromiso para mantenerse abstinentes por un periodo de tiempo acordado que al concluir se aumenta hasta alcanzar el mantenimiento. En las siguientes 8 sesiones (tabla 2) se trabaja con las situaciones de riesgo identificadas durante la admisión y la evaluación; en éstas, el usuario identifica los pensamientos asociados con cada situación de riesgo de consumo, aprende a realizar reestructuración cognitiva y desarrolla planes de acción con la finalidad de enfrentar sus situaciones de riesgo de manera efectiva.

SESIÓN	CARACTERÍSTICA
Emociones desagradables	Se trabaja con situaciones de riesgo que involucren emociones desagradables para el usuario tales como enojo, tristeza, ansiedad y/o celos.
Malestar físico	Se trabaja con situaciones de riesgo que involucren sensaciones físicas de malestar y que para ser controladas o eliminadas se hace uso de la sustancia.
Emociones agradables	Se trabaja con situaciones de riesgo que involucren situaciones placenteras del usuario las cuales se relacionan con el consumo de alcohol.
Probando autocontrol	Se trabaja con situaciones de riesgo que involucren ocasiones en las que el usuario considera que pueda controlar su consumo sin tener consecuencias que afecten sus diversas áreas de vida.
Urgencia y tentación de consumo	Se trabaja con situaciones de riesgo que involucren que el usuario presente síntomas tales como sudoración, ansiedad, etc., que lo lleven al consumo.
Conflicto con otros	Se trabaja con situaciones de riesgo que involucren conflicto con otros tales como peleas, malos entendidos, entre otros.
Presión social de consumo	Se trabaja con situaciones de riesgo que involucren la presión social de consumo ya sea en su forma directa o indirecta.
Tiempo placentero con otros	Se trabaja con situaciones de riesgo que involucren que el usuario pase tiempo con otras personas con las que pasa momentos agradables y estén asociados al consumo.

Tabla 2. Se muestran los elementos que se trabajan en las sesiones cinco a doce.

Finalmente se realizan seguimientos al mes, tres, seis y doce meses después de haber terminado la intervención y de haber realizado la evaluación post intervención. En estas sesiones se evalúa el posible cambio en el patrón de consumo del usuario, el nivel de auto eficacia para resistirse al consumo, nivel de dependencia, situaciones de riesgo y satisfacción de vida cotidiana.

En las siguientes líneas se describe el caso de una usuaria atendida con esta modalidad de tratamiento para conocer la evolución que mostró luego de trabajar con el PPR.

2.1.2 Método

2.1.2.1 Participante

Se trabajó con una usuaria de 20 años de edad, soltera, estudiante universitaria; solicitó ayuda en el Centro de Prevención y Atención a las Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” (CEPREAA) de la Facultad de Psicología; al momento de la admisión, la usuaria manifestó llevar 18 meses en abstinencia en el consumo de alcohol y su deseo era mantenerse así por varios años, sin embargo, en las últimas semanas había estado teniendo fuertes deseos de consumir de nueva cuenta debido a que sus amigos la invitaban con frecuencia a fiestas con la finalidad de beber alcohol.

2.1.2.2 Diseño de estudio

Se utilizó un diseño de caso único pre test-post test con seguimientos. Este diseño permitió conocer de qué manera el modelo de intervención impactó en variables tales como *precipitadores de consumo, nivel de autoeficacia y patrón de consumo a la sustancia*. Para evaluar dichas variables, además de otros aspectos del consumo, se utilizaron los instrumentos que se describen a continuación:

2.1.2.3 Instrumentos

Entrevista Inicial: Permite identificar el motivo de consulta además de que favorece la obtención de información socio demográfica, historia de consumo de drogas, patrón de consumo, historia familiar y social, tratamientos previos y consecuencias asociadas al consumo. La información obtenida permite identificar características que puedan ser útiles para el proceso terapéutico.

Escala de Dependencia al Alcohol (EDA): Es un cuestionario que consta de 25 reactivos el cual permite evaluar el nivel de dependencia al alcohol que presentan los usuarios; tiene una confiabilidad del 0.92 y una validez concurrente de 0.58 (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998). Ha mostrado sensibilidad para seleccionar a usuarios con dependencia baja y moderada al alcohol (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1997; Martínez y Ayala, 2003).

Escala de Satisfacción General: Consta de 10 reactivos que evalúa el porcentaje de satisfacción del usuario en 9 áreas de su vida cotidiana y en su satisfacción general en una escala que va del 0 – 100%. Su confiabilidad es de 0.76 con una validez de criterio adecuada al correlacionar el promedio de satisfacción de las diferentes áreas con el promedio general (Ayala et al., 1998).

Línea Base Retrospectiva: Es un registro retrospectivo de la cantidad de consumo en los últimos 12 meses antes del inicio del tratamiento del usuario. Tiene una confiabilidad del 0.91 y una validez concurrente de 0.53 (Echeverría y Ayala, 1977).

Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol: Consta de 100 reactivos que permiten obtener información sobre las principales situaciones de consumo de alcohol durante el último año; es un cuestionario auto aplicable que agrupa 8 categorías las cuales son: Emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando auto control, necesidad física, conflictos con otros, presión social y momentos agradables con otros. Se encontró que cada una de las categorías tenían confiabilidad para usuarios que buscaban tratamiento por tener problemas con su manera de beber (Echeverría, et al., 2008).

Cuestionario de Confianza Situacional: Permite identificar el nivel de confianza de los usuarios para mantenerse sin consumo. Se divide en 8 categorías de situaciones de probable consumo: Emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando auto control, necesidad física, conflictos con otros, presión social y momentos agradables con otros (Echeverría y Ayala, 1977).

Consentimiento de Participación: En este formato se describen de forma breve las características del tratamiento, se garantiza la confidencialidad de la información y se solicita el nombre de dos personas que puedan proporcionar información sobre el usuario; se emplea como una manera de reforzar el compromiso del usuario y del terapeuta.

2.1.2.4 Procedimiento

Se realizaron 20 sesiones de tratamiento por un periodo aproximado de 10 meses. Las sesiones se programaron una vez por semana con una duración aproximada de 60 minutos cada una, sin embargo, en diversas ocasiones fue necesario posponer las citas hasta por 2 meses por cuestiones diversas. El tratamiento estuvo organizado en 4 fases: evaluación, tratamiento, post evaluación y seguimiento las cuales se describen a continuación:

Fase I. Evaluación

En esta fase se obtuvieron datos generales del usuario, información sobre su historia de consumo, consecuencias asociadas al consumo, evaluación de indicadores de dependencia a la sustancia, situaciones específicas de consumo de drogas, nivel de autoeficacia y patrón de consumo de alcohol previo al inicio de su periodo de abstinencia. Para esto, se aplicaron los instrumentos antes descritos.

Se le informó a la usuaria que el PPR era la mejor opción de tratamiento para ella pues las características del programa le permitirían aprender habilidades que le ayudarían a mantenerse en

abstinencia; posteriormente se le explicaron las características del tratamiento y se le proporcionó la carta-compromiso para su participación en la intervención breve.

Fase II. Tratamiento

Los resultados de la evaluación sugirieron trabajar las siguientes temáticas con la usuaria:

- a) Habilidades de comunicación,
- b) Manejo de emociones,
- c) Solución de problemas,
- d) Habilidades de rechazo para el consumo y
- e) Actividades sociales y recreativas.

Se trabajó con el material impreso de cada una de las temáticas seleccionadas del programa; desde el inicio, se comentó con la usuaria el plan de tratamiento y la posibilidad de ampliarlo en caso de ser necesario. Sin embargo, dado que la usuaria desconocía las estrategias contenidas en el material de apoyo del PPR, durante todo el proceso terapéutico se le dio apoyo con los folletos del Programa de Satisfactores Cotidianos ya que en éstos se describe a detalle cada una de las estrategias para el manejo de las emociones así como el aprendizaje de habilidades de comunicación, solución de problemas, rechazo para el consumo y actividades sociales y recreativas.

El componente “habilidades de comunicación” tuvo una duración de 3 sesiones; se realizaron diversos ensayos conductuales con cada una de las estrategias de comunicación

enfocadas principalmente en la relación con su madre y hermano ya que durante su periodo de consumo se perdió, según la usuaria, de manera importante la comunicación entre ellos.

El “manejo de las emociones” tuvo una duración de 9 sesiones, siendo el enojo y la tristeza las situaciones que más se trabajaron debido a la íntima relación de éstas con el consumo en el pasado.

“Solución de problemas” se trabajó en 3 sesiones abordando temáticas relacionadas a conflictos existentes con su novio y su madre principalmente.

Las “habilidades para el rechazo del consumo” se trabajaron en una sesión, la brevedad se debió a que la usuaria ya realizaba diversas estrategias para rechazar el consumo por lo que en los ensayos conductuales se apreció la “facilidad” con la que se realizaban las estrategias de rechazo.

Las “actividades sociales y recreativas” se trabajaron en dos sesiones identificándose nuevas maneras de divertirse y de relacionarse con otras personas que le permitieran seguir con su abstinencia de alcohol.

La usuaria en todo momento se mostró muy proactiva en el aprendizaje y aplicación de las estrategias para mejorar sus habilidades además de que mostró una gran necesidad de ampliar la revisión de las habilidades relacionadas con sus emociones ya que, como ella misma lo mencionó, conseguir el manejo de su enojo y tristeza le permitiría mejorar su calidad de vida y la abstinencia en el consumo de sustancias.

Fase III. Post Evaluación

En esta fase se aplicaron de nueva cuenta los instrumentos utilizados en la fase de evaluación con la finalidad de comparar los resultados obtenidos tras la aplicación del PPR.

Fase IV. Seguimientos

El Programa de Prevención de Recaídas sugiere que los seguimientos se realicen al mes, a los tres, a los seis y a los doce meses de concluido el tratamiento, sin embargo, solo se pudieron realizar dos seguimientos con la usuaria; el primero se realizó al mes de concluido el tratamiento en las instalaciones del CEPREAA y el segundo pudo completarse vía telefónica a los tres meses debido a la poca disponibilidad de horarios de la usuaria; en este último se reportó la abstinencia en el consumo aunque fue imposible corroborar dicha información con el alcoholímetro y el auto registro.

2.1.2.5 Resultados

La usuaria se mantuvo sin consumo a lo largo del tratamiento así como al primer y tercer mes de seguimiento.

En la LIBARE fue posible observar la abstinencia reportada por la usuaria los 12 meses previos al inicio de la intervención (línea roja), en color azul se observa la abstinencia a lo largo de los 10 meses que duró la fase activa del tratamiento mientras que en color verde se aprecia la

abstinencia alcanzada al mes de seguimiento (Ver gráfico 1). El seguimiento número dos no pudo realizarse en las instalaciones del CEPREAA y únicamente se tuvo un contacto telefónico con la usuaria durante el cual reporto continuar sin consumo, sin embargo, debido a la falta de auto registros se decidió no plasmar en la gráfica el periodo correspondiente a dicho seguimiento.

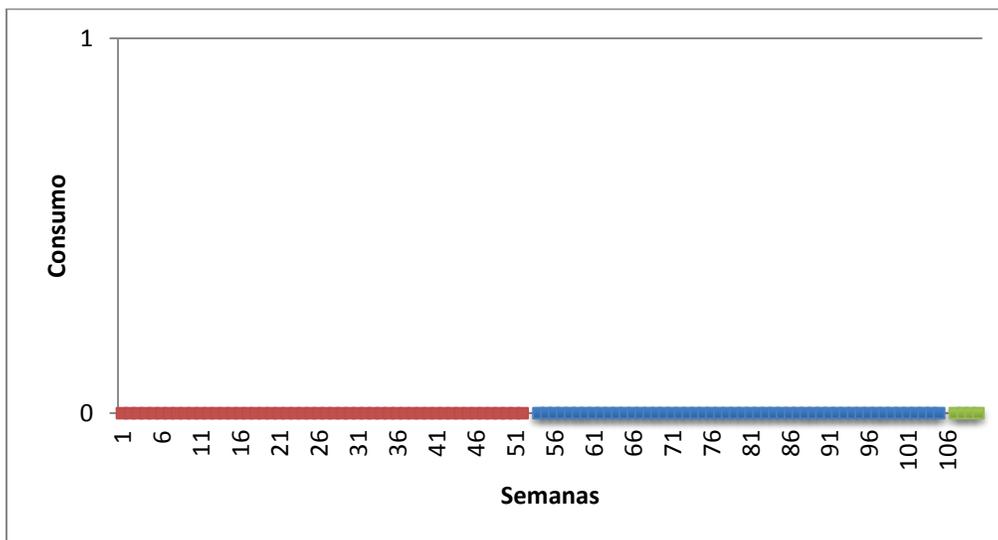


Gráfico 1. Consumo de alcohol reportado por la usuaria antes, durante y posterior al PPR.

En el gráfico 2 es posible observar la calificación que la usuaria asignó a cada una de las áreas que evalúa la Escala de Satisfacción General; es posible apreciar el incremento que tuvieron diversas áreas de vida, en particular el *progreso en la escuela y en el trabajo*. Por otro lado se observa un decremento mínimo en su *relación de pareja* así como en el *manejo del dinero* reportado en el seguimiento realizado a los 30 días de finalizado el tratamiento.

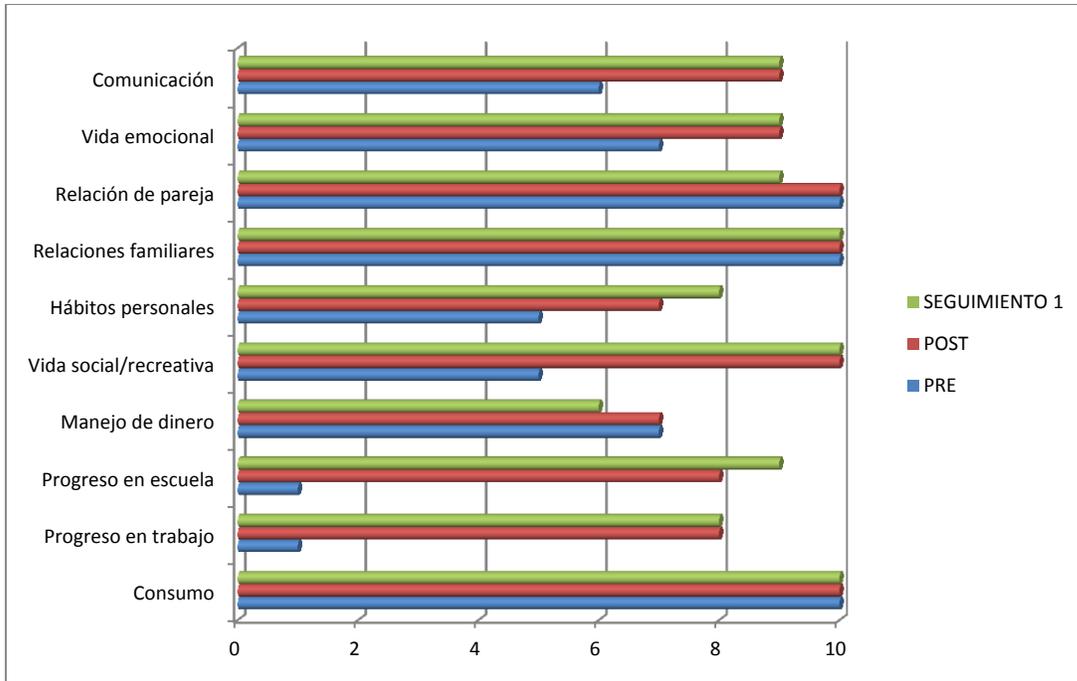


Gráfico 2. Nivel de satisfacción reportada por la usuaria antes, durante y después del tratamiento.

En el gráfico 3 se aprecian los resultados obtenidos con el ISCA; los porcentajes previos al tratamiento corresponden al último año en el que la usuaria consumió alcohol; es importante recordar que la usuaria reportó 18 meses en abstinencia al momento de solicitar el apoyo por lo que se le pidió que llenará el inventario considerando el último año de consumo activo con la finalidad de identificar sus situaciones de consumo y tener mayor claridad para diseñar el plan de tratamiento. El resultado de las evaluaciones post tratamiento y de seguimiento aparecen en “blanco” debido a que la usuaria no había consumido en el “último año”. En el gráfico 4 se observan los resultados obtenidos en el CCS; en general se observa un ligero aumento en la confianza de la usuaria para no consumir en las diversas situaciones presentadas.

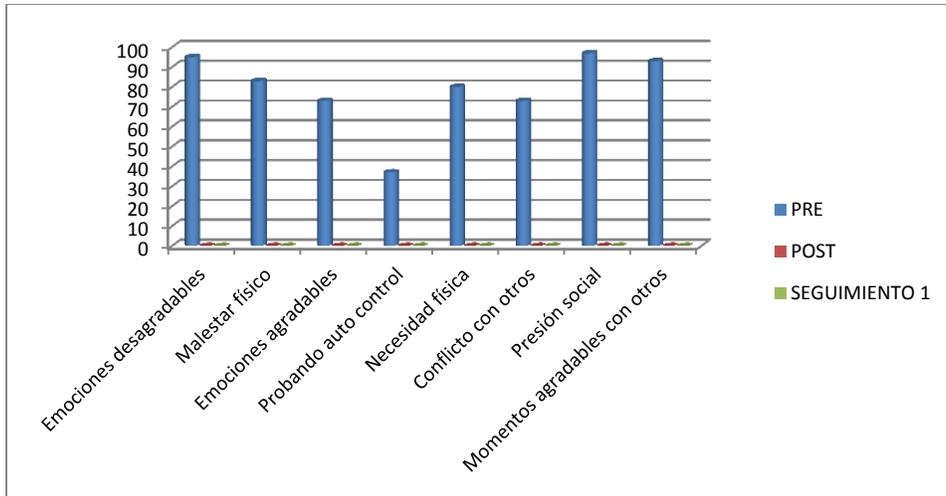


Gráfico 3. Situaciones de consumo reportadas por la usuaria antes y después del tratamiento.

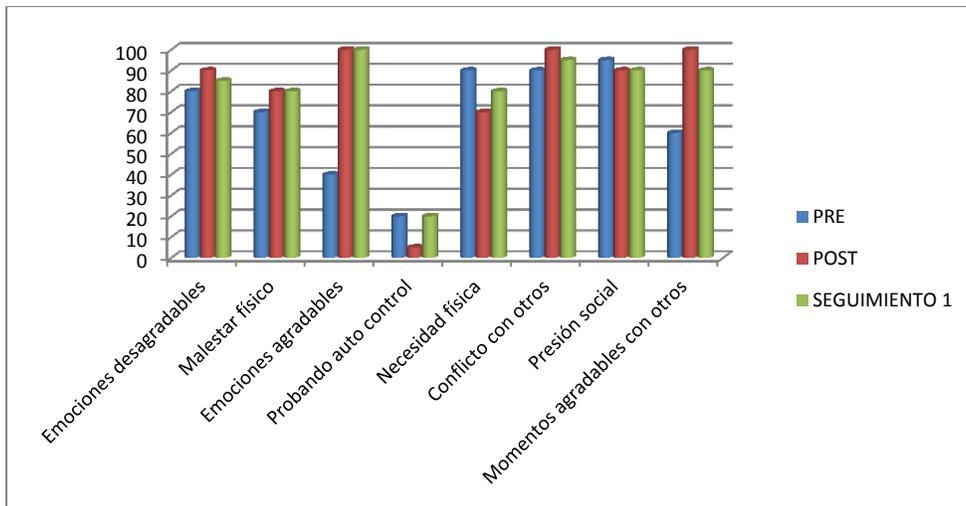


Gráfico 4. Nivel de confianza percibida por la usuaria para no consumir alcohol ante diversas situaciones de posible consumo.

2.1.2.6 Discusión y conclusiones

La usuaria llegó al CEPREAA buscando asesoría para mantener su abstinencia al alcohol debido a que se le estaban presentando situaciones que la ponían en riesgo para consumir de nueva cuenta lo cual complicaría sus ya deterioradas relaciones interpersonales y dificultades escolares. Aparentemente esta situación influyó de manera importante en la usuaria para que buscara atención profesional y así mantenerse en abstinencia.

Los resultados obtenidos muestran que la usuaria consiguió mantenerse sin consumo de alcohol a lo largo del tratamiento así como al mes de realizado el primer seguimiento; se considera que los componentes que contribuyeron de manera importante a mantener la abstinencia fue solución de problemas, habilidades de comunicación y manejo de emociones siendo este último el apartado al cual se le dedicó la mayor parte del tratamiento debido a la fuerte necesidad que la usuaria mostró para manejar el enojo, la ansiedad y la tristeza que le generaban diversas situaciones de su vida. Esto hace evidente la importancia que tiene ajustar la intervención a las necesidades propias de los usuarios.

De manera adicional, se apreció un incremento en los niveles de satisfacción en las diversas áreas de vida de la usuaria así como una mayor confianza para mantenerse sin consumo bajo diversas situaciones de riesgo lo cual sugiere que el PPR, con apoyo de los folletos utilizados en el Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC)¹ y los diversos ensayos conductuales

¹ Se tomó la decisión de utilizar dichos folletos debido a la extensa descripción que hacen de las estrategias de enfrentamiento con la finalidad de favorecer el aprendizaje de éstas y así fomentar el desarrollo de habilidades mediante los ensayos conductuales.

realizados durante las sesiones favorecieron el aprendizaje de diversas habilidades de enfrentamiento lo cual se reflejó en una mayor percepción de bienestar así como un incremento en su percepción de control sobre la sustancia lo cual, según Marlatt y Gordon (1985), disminuye la probabilidad de una recaída.

El caso descrito es un claro ejemplo de los beneficios que se pueden conseguir al considerar la etapa de cambio y su respectivo nivel de motivación para mantener la abstinencia así como potenciar los logros conseguidos tras un periodo de abstinencia como el reportado por la usuaria. El PPR es sin duda una herramienta útil para promover estilos de vida saludables que favorezcan el mantenimiento de la conducta de no consumo.

2.1.3 Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína

El Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC) es altamente estructurado; tiene por objetivo ayudar a los usuarios a alcanzar la abstinencia en el consumo de cocaína a partir de estrategias cognitivo-conductuales que le permitan identificar sus situaciones de riesgo de consumo para hacerles frente de manera efectiva (Oropeza, Loyola, Vázquez y Reidl, 2003).

El TBUC se conforma de 14 sesiones; en las primeras dos sesiones (admisión y evaluación) se obtienen datos generales del usuario, historia de consumo, características de consumo, funcionamiento psicosocial actual, se analizan aspectos médicos generales, patrón de consumo de cocaína en los últimos seis meses además del nivel de confianza que tiene el usuario

para rehusarse al consumo. La información obtenida en estas sesiones permite entender la forma de consumo del usuario y los recursos con los que cuenta para moldear el tratamiento a las necesidades del usuario. En las siguientes sesiones se trabaja con los 8 tópicos del tratamiento (tabla 3) que tienen por objetivo la detección de situaciones de riesgo de consumo y el desarrollo de habilidades de afrontamiento con la finalidad de reducir el consumo hasta lograr la abstinencia.

Finalmente se programan 4 sesiones de seguimiento que se realizan al mes, a los tres, a los seis y a los doce meses de concluido el tratamiento. Estas sesiones permiten detectar la utilidad de las estrategias y la necesidad de fortalecerlas con sesiones adicionales.

TÓPICO	CARACTERÍSTICA
I. Balance decisional y establecimiento de la meta.	Tiene por objetivo motivar al usuario a que abandone su consumo de cocaína, ya sea a través de la reducción gradual o buscando la abstinencia desde esta primer sesión.
II. Manejo del consumo de cocaína.	Se trabaja con el usuario la identificación y manejo de sus disparadores de consumo.
III. Identificación y manejo de pensamientos sobre cocaína.	Se enseña al usuario a identificar y manejar sus pensamientos relacionados al consumo a través de técnicas de evitación y enfrentamiento a situaciones de consumo.
IV. Identificación y manejo del deseo de consumo.	Se trabaja la identificación y manejo del deseo de consumo.
V. Habilidades asertivas de rechazo.	Se le enseñan al usuario habilidades asertivas de rechazo al ofrecimiento de cocaína que le permitan enfrentar posibles situaciones de riesgo en el futuro.
VI. Decisiones aparentemente irrelevantes.	El usuario aprende a tomar decisiones que prevengan la ocurrencia de situaciones de consumo.
VII. Solución de problemas.	El usuario aprende, desarrolla y aplica los pasos de solución de problemas con una situación presente.

VIII. Restablecimiento de la meta y planes de acción.	Se realiza una evaluación del cumplimiento de la meta de tratamiento y la creación de planes de acción retomando las habilidades adquiridas a lo largo de las sesiones con la finalidad de alcanzar o mantener la abstinencia.
---	--

Tabla 3. Se describen las características de los tópicos que integran el TBUC.

A continuación se describe el caso de un usuario atendido con esta modalidad de tratamiento para conocer la evolución que mostró luego de trabajar con el TBUC.

2.1.4 Método

2.1.4.1 Participante

Se trabajó con un usuario consumidor de Crack quien solicitó ayuda en el Centro de Prevención y Atención a las Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” (CEPREAA) de la Facultad de Psicología. Para determinar si el TBUC era la mejor opción de tratamiento para el usuario, se realizó un proceso de admisión en el que se identificó que el usuario era mayor de edad, sabía leer y escribir, no era consumidor de heroína, que la principal sustancia por la que buscaba ayuda era cocaína (crack) además de que contaba con una dirección o número telefónico fijo para poder localizarlo con facilidad en el futuro.

2.1.4.2 Diseño de Investigación

Se utilizó un diseño de caso único pre test-post test con seguimientos. Este diseño permitió conocer de qué manera el modelo de intervención impactó en variables tales como *precipitadores de consumo, nivel de autoeficacia y patrón de consumo a la sustancia*. Para evaluar dichas variables además de otros aspectos del consumo se utilizaron los instrumentos que se describen a continuación:

2.1.4.3 Instrumentos

1) Entrevista Inicial: Permite obtener información socio demográfica, historia de consumo de drogas, patrón de consumo, historia familiar y social, tratamientos previos y consecuencias asociadas al consumo. La información obtenida permite identificar características que puedan ser útiles para el proceso terapéutico.

2) Cuestionario Diagnóstico del Consumo de Sustancias (CDCS): Está basado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), consta de 13 preguntas cuyas opciones de respuesta es SI o NO. Las preguntas se refieren a situaciones de consumo durante los últimos 12 meses. El objetivo del instrumento es conocer si el usuario tiene dependencia a la sustancias o si reúne los criterios de abuso de drogas (Oropeza, Loyola y Vázquez, 2005).

3) Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD): Es un cuestionario que consta de 20 preguntas relacionadas con el consumo de drogas, sin incluir alcohol ni tabaco; mide la percepción de

consecuencias y el nivel de involucramiento en el consumo. Tiene una confiabilidad del 0.86; posee de 2 a 5 componentes que explican más de la varianza total y se correlacionan con el número, frecuencia y problemas asociados al consumo (De las Fuentes y Villalpando, 2001).

4) Línea Base Retrospectiva (LIBARE): Es un registro retrospectivo cuyo objetivo es conocer el patrón de consumo en función del número total de días de consumo y la cantidad de droga consumida en los últimos 6 meses antes del inicio del tratamiento del usuario. Tiene una confiabilidad del 0.91 y una validez concurrente de 0.53 (Echeverría y Ayala, 1977).

5) Cuestionario de Autoeficacia de Consumo de Drogas (CACD): Se conforma de 60 afirmaciones sobre situaciones de consumo de drogas; su objetivo es conocer la confianza que tiene el usuario para rehusarse al consumo en 8 sub escalas como son: 1) Incomodidad física, 2) Emociones displacenteras, 3) Conflicto con otros, 4) Emociones placenteras, 5) Tiempo placentero con otros, 6) Prueba de control personal, 7) Necesidad y tentación de consumo y 8) Presión social de consumo. Los resultados del CACD se discuten con el usuario como parte de las actividades del tópico I del tratamiento (Oropeza et al., 2005).

6) Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD): Consta de 60 reactivos que permite obtener información sobre las principales situaciones de consumo de drogas durante el último año; es un cuestionario auto aplicable que agrupa 8 categorías las cuales son: Emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando auto control, necesidad física, conflictos con otros, presión social y momentos agradables con otros. Tiene una confiabilidad de 0.98 y una validez en la que los 60 reactivos fueron significativos al 0.000 (De León y Pérez, 2001).

7) Consentimiento de Participación: En este formato se describen de forma breve las características del tratamiento, se garantiza la confidencialidad de la información y se solicita el nombre de dos personas que puedan proporcionar información sobre el usuario; se emplea como una manera de reforzar el compromiso del usuario y del terapeuta.

2.1.4.4 Procedimiento

Se aplicaron 12 sesiones de tratamiento por un periodo aproximado de 7 meses. Las sesiones se programaron una vez por semana con una duración aproximada de 60 minutos cada una, sin embargo, en diversas ocasiones fue necesario posponer las citas hasta por 2 meses por cuestiones diversas. El tratamiento estuvo organizado en 4 fases: evaluación, tratamiento, post evaluación y seguimiento las cuales se describen a continuación:

Fase I. Evaluación

En esta fase se obtuvieron datos generales del usuario, información sobre su historia de consumo, consecuencias asociadas al consumo, evaluación de indicadores de dependencia a la sustancia, situaciones específicas de consumo de drogas, nivel de autoeficacia y patrón de consumo de crack en los últimos 6 meses. Para esto, se aplicaron los instrumentos antes descritos.

Se le informó al usuario que el TBUC era la mejor opción de tratamiento para él pues cumplió con los criterios de inclusión para el programa lo cual aumentaba la probabilidad de conseguir su meta de consumo (abstinencia); posteriormente se le explicaron las características

del tratamiento y se le proporcionó la carta compromiso para su participación en la intervención breve.

Fase II. Tratamiento

Se trabajó con el material impreso de cada una de las sesiones contenidas en el programa (admisión, evaluación y los 8 tópicos). Desde el inicio, el usuario determinó la abstinencia como meta de consumo por lo que las estrategias contenidas en los tópicos de intervención y planes de acción se encaminaron hacia el cumplimiento de dicha meta tomando como base las situaciones de consumo del usuario en el último año. Los tópicos IV y VII (Manejo del deseo de consumo y solución de problemas respectivamente) se revisaron en 2 sesiones debido a las necesidades del usuario por ampliar su revisión y garantizar su aplicación en su vida diaria. Cabe mencionar que a lo largo de la intervención se trabajó con elementos de “habilidades de comunicación” debido a la necesidad del usuario de saber de qué manera comunicar determinadas temáticas trabajadas en sesión a su pareja y familiares para mejorar sus relaciones sociales.

Fase III. Post Evaluación

En esta fase se aplicaron de nueva cuenta los instrumentos utilizados en la fase de evaluación con la finalidad de comparar los resultados obtenidos tras la aplicación del TBUC.

Fase IV. Seguimientos

Las sesiones de seguimiento están planeadas a uno, tres, seis y doce meses de terminado el tratamiento, sin embargo, el seguimiento con el usuario sólo pudo realizarse a un mes vía telefónica debido a su actividad laboral en otro estado de la República; en dicho seguimiento se indagó sobre la efectividad de sus planes de acción, situaciones de riesgo y cumplimiento de su meta de consumo la cual se había mantenido a la fecha. El resto de los seguimientos no pudieron concretarse debido a que se perdió la comunicación con el usuario.

2.1.4.5 Resultados

En la evaluación inicial el usuario presentó, según el **CDCS**, indicadores de abuso y dependencia a la sustancia; el **CAD** arrojó un nivel de dependencia moderada (9 puntos) al uso de crack.

En lo que respecta a la **LIBARE**, se observó un cambio favorable en el patrón de consumo desde el inicio del tratamiento (línea azul) y éste se mantuvo hasta el seguimiento realizado a un mes (línea verde) a pesar de haber pasado por una recaída semanas antes de concluir el tratamiento (ver gráfico 5).

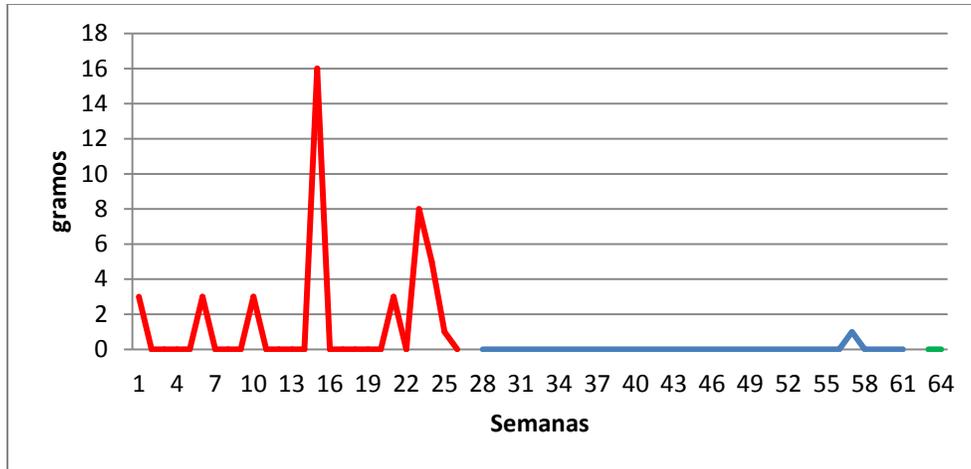


Gráfico 5: Se muestra la forma de consumo del usuario antes (rojo), durante (azul) y a un mes de tratamiento (verde).

En el gráfico 6 es posible observar los cambios observados en el **ISCD** antes del tratamiento y después del mismo. En general, es posible identificar una disminución en las situaciones de riesgo a excepción de conflicto con otros.

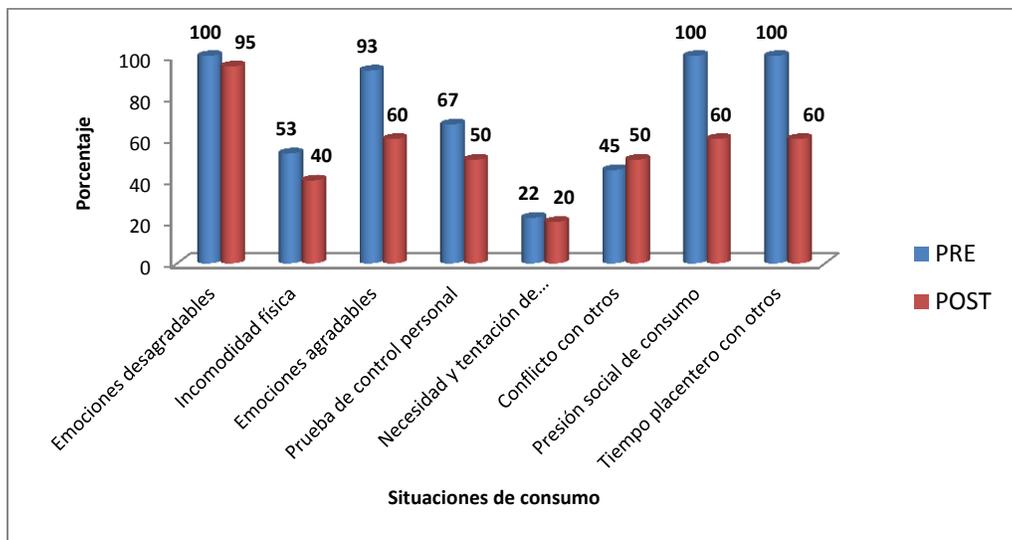


Gráfico 6: Se muestran los resultados obtenidos en el ISCD antes y después del tratamiento.

Por último, según el **CACD**, se muestra un aumento en el nivel de confianza (Ver gráfico 7) para evitar consumir en determinadas situaciones potenciales de consumo a excepción de *emociones desagradables* y *conflicto con otros* probablemente porque dichas situaciones estuvieron implicadas en su recaída.

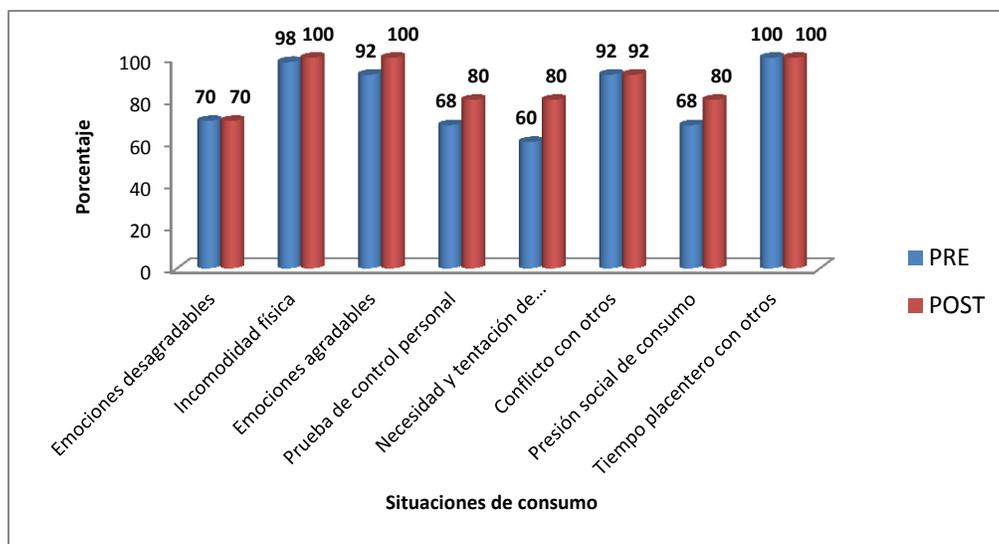


Gráfico 7: Se muestran los resultados obtenidos en el CACD antes y después del tratamiento.

2.1.4.6 Discusión y conclusiones

El usuario se vio ampliamente favorecido por el TBUC debido a la estructura del programa y al manejo de las sesiones a través de materiales de trabajo ya que le facilitó el aprendizaje de las habilidades de enfrentamiento, el desarrollo de planes de acción además del aprovechamiento del tiempo efectivo del tratamiento. Además fue posible identificar lo flexible que puede ser el programa al permitir incluir durante el trabajo con los tópicos, actividades

complementarias (habilidades de comunicación) para favorecer el desempeño del usuario en la elaboración de sus planes de acción.

El cambio observado en el patrón de consumo del usuario, en la disminución de las situaciones de consumo así como en el incremento en los niveles de confianza para no consumir sugiere la eficacia de las habilidades adquiridas para generar e implementar planes de acción para conseguir la abstinencia desde el inicio de la intervención a pesar de la caída que se presentó semanas antes de concluir el tratamiento. En este sentido, el usuario comentó la importancia que tuvieron las estrategias “cognitivas” para detener su consumo durante la *caída* y retomar con mayor fuerza su objetivo así como las ventajas que había conseguido con su familia y en el trabajo posterior a la abstinencia que había conseguido.

Se considera que los tópicos que favorecieron en mayor medida la abstinencia del usuario fueron la *identificación y manejo del deseo de consumo y decisiones aparentemente irrelevantes*; dichos tópicos se caracterizan por permitir al usuario identificar los estímulos o eventos que anteceden al consumo permitiéndole al usuario anticiparse de manera oportuna al consumo mediante la elaboración e implementación de sus planes de acción. De manera adicional se comenta la importancia que tuvo el tópico sobre el *manejo del deseo de consumo* en el usuario ya que éste malestar fue muy recurrente al inicio del tratamiento por lo cual se puso un énfasis particular en la identificación del deseo y en el diseño de los planes de acción para contrarrestarlo.

Cada uno de los tópicos revisados aportó sin lugar a dudas estrategias encaminadas a desarrollar habilidades para conseguir la abstinencia. De manera adicional se considera que el

éxito del tratamiento se vio favorecido por la motivación, la pro actividad y el nivel cognitivo mostrado por el usuario para el aprendizaje y el diseño de estrategias para su cambio de conducta frente al consumo.

2.2 Evaluación del Centro de Orientación Telefónica (COT)

Las personas que enfrentan problemas con el consumo de sustancias prefieren hacer uso de servicios que garanticen confidencialidad, anonimato, calidad y accesibilidad por lo que las líneas de atención telefónica son una opción de atención para los usuarios; proporcionan tratamientos breves o refieren a los usuarios de sustancias y/o a familiares debido a que en muchas ocasiones desconocen sus opciones de tratamiento. Es por ello que resulta importante contar con recursos humanos especializados, técnicos y profesionales, capacitados en la orientación, asistencia y tratamiento de las adicciones con la finalidad de garantizar que las acciones beneficien a la población.

En nuestro país el Centro de Orientación Telefónica, perteneciente a la Comisión Nacional contra las Adicciones, es el encargado de atender las solicitudes de la población de todo el país en materia de adicciones durante las 24 horas los 365 días del año. La orientación es proporcionada dentro del marco de la confidencialidad y el anonimato, es directo y accesible, facilita la comunicación y acompaña al usuario en el análisis de las alternativas de solución a su problemática. Por tal motivo, se consideró importante evaluar el Centro de Orientación Telefónica con la finalidad de conocer lo siguiente:

1. Estimar los conocimientos y competencias en materia de adicciones con los que cuenta el personal de salud.

2. Evaluar la calidad del servicio.
3. Evaluar la satisfacción de los usuarios que hacen uso de la línea telefónica.

2.2.1 Método

Estudio transversal, observacional y descriptivo en el contexto laboral.

2.2.1.1 Participantes

La población del Centro de Orientación Telefónica está conformada por 52 orientadores telefónicos, 14 supervisores y 4 profesionales que conforman el staff, de éstos, decidieron participar en el estudio 43 orientadores, 10 supervisores y el personal de staff, es decir, el 81% del personal. La muestra estuvo conformada por 80% mujeres y 20% hombres con una edad promedio de 41 años y una desviación estándar de 4.2 años.

2.2.1.2 Instrumentos

Se utilizaron 7 cuestionarios para alcanzar los objetivos planteados; cuatro de ellos se utilizaron para estimar los conocimientos y competencias del personal (Cuestionario de conocimientos generales, lista de cotejo de procedimientos de llamada, lista de habilidades de interacción y la lista de habilidades de interacción para supervisión), dos para evaluar la calidad del servicio (Cuestionario de políticas y prácticas y el cuestionario de recursos tecnológicos y de

la información) y uno más para evaluar la satisfacción de los usuarios del servicio (Encuesta de satisfacción del servicio). A continuación se describe cada uno de ellos:

Cuestionario de Conocimientos Generales en Materia de Adicciones: Cuestionario de 104 preguntas cerradas con 4 opciones de respuesta y 4 viñetas que evalúan conocimientos prácticos; evalúa los conocimientos en el tema de adicciones.

Lista de Cotejo de Procedimientos de Llamadas: Lista cotejable con 30 reactivos divididos en 5 categorías con 3 opciones de respuesta; permite identificar el dominio de los procedimientos de llamada establecido en el centro de orientación telefónica por el orientador.

Lista de Habilidades de Interacción: Formato de intervalo parcial de tiempo dividido en 6 categorías conductuales divididas en intervalos de 15" en un ensayo de 10 minutos; evalúa habilidades de interacción con las que cuenta el orientador telefónico.

Lista de Habilidades de Interacción para Supervisión: Lista cotejable con 10 estímulos para evaluar si identifica las habilidades de interacción presentes en el orientador además de permitir evaluar la manera en que supervisa a los orientadores telefónicos.

Cuestionario de Políticas y Prácticas: Cuenta con 11 reactivos para identificar conocimientos y prácticas relacionadas a la orientación telefónica.

Cuestionario de Recursos Tecnológicos y de Información: Cuestionario de 37 preguntas con 5 opciones de respuesta para identificar herramientas tecnológicas y de información con las que cuenta el COT para brindar un servicio de calidad.

Encuesta de Satisfacción del Servicio: Cuestionario de 11 preguntas para evaluar la satisfacción del usuario con el servicio de orientación recibido.

2.2.1.3 Procedimiento

Se presentó el proyecto de evaluación a la Directora del Centro de Orientación Telefónica para su análisis, una vez aprobado, se hizo una presentación formal a los profesionales de salud (personal de staff, orientadores telefónicos y supervisores) en cada uno de los diferentes turnos para informarles sobre la finalidad del estudio y detallar sus características; al finalizar la plática informativa se compartieron comentarios y se resolvieron las dudas generadas. Posteriormente se les entregó una carta de consentimiento informado, se leyó de manera grupal y se invitó a los interesados a firmarla con la finalidad de asegurar que entendían el procedimiento además de su participación en el estudio.

La evaluación se dividió en tres fases:

Fase 1: Se aplicó el cuestionario de conocimientos generales en materia de adicciones, el cuestionario de políticas y prácticas y el cuestionario de recursos tecnológicos y de información.

Fase 2: Se realizaron llamadas simuladas con cada uno de los orientadores y supervisores, cada una de ellas se audio grabó y se cotejo con la lista de procedimiento de llamadas, lista de habilidades de interacción y la lista de habilidades de interacción para supervisores.

Fase 3: Consistió en la aplicación del cuestionario de satisfacción del usuario al término de cada llamada. Una vez finalizado el proceso de evaluación se elaboró una base de datos con la información recabada y se realizó un análisis estadístico en el programa SPSS versión 16. Los resultados obtenidos se muestran en el siguiente apartado.

2.2.1.4 Resultados

En la siguiente gráfica se muestran las calificaciones generales obtenidas en las distintas actividades realizadas con el personal del COT para evaluar aspectos tales como conocimientos generales en adicciones y competencias laborales.

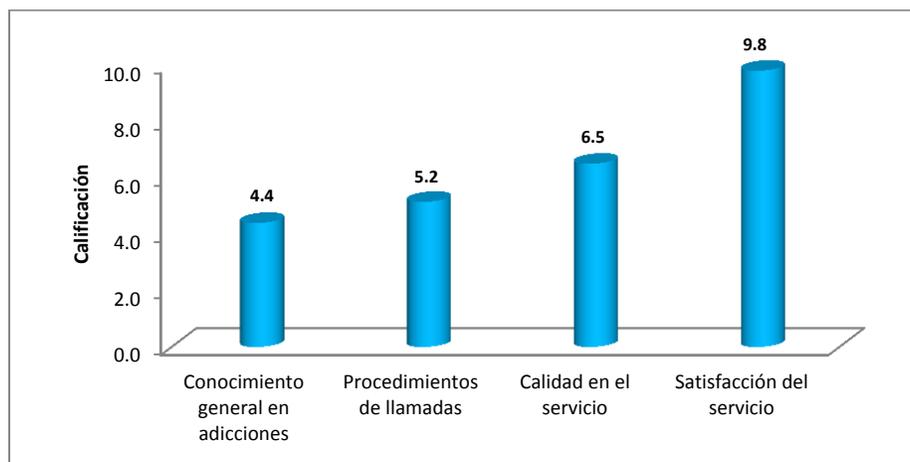


Gráfico 8. Calificaciones obtenidas luego de la evaluación realizada en el COT.

Los resultados arrojados por las listas de cotejo de procedimiento de llamadas en situación simulada y monitoreo muestran calificaciones relativamente bajas lo cual pone de manifiesto una poca adherencia a los procedimientos sugeridos, esto quizá debido a la gran diversidad de llamadas que reciben los orientadores en las que no necesariamente es posible abordar todos los elementos sugeridos en los procedimientos (gráfico 9). Por su parte, las habilidades de interacción mostradas en mayor medida por los orientadores fueron *búsqueda de información*, *enseña* y *escucha* lo cual denota la importancia que tienen estas variables en la labor que realiza el personal de salud a través de la línea telefónica (gráfico 10).

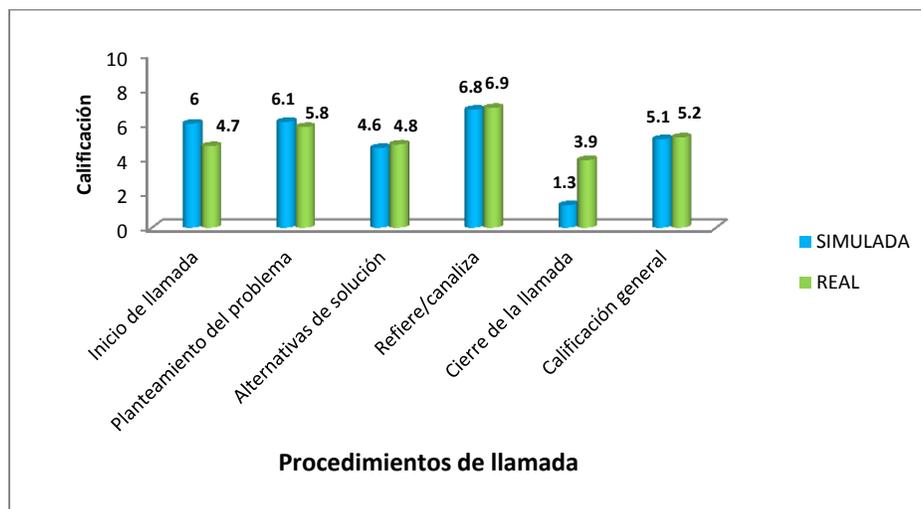


Gráfico 9. Calificaciones obtenidas en procedimientos de llamada durante una llamada telefónica en una situación simulada y de monitoreo (real).

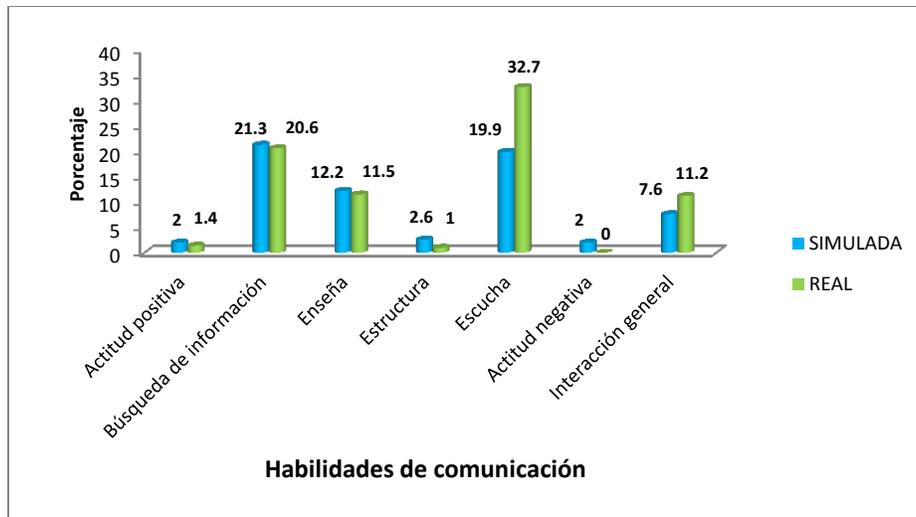


Gráfico 10. Habilidades de comunicación mostradas durante una llamada telefónica en una situación simulada y de monitoreo (real).

En relación al desempeño que mostraron los supervisores durante la interacción con un orientador, se encontró que en la mayor parte de la retroalimentación *sugieren* alternativas de intervención, *refuerzan* poco el trabajo de los orientadores y en pocas ocasiones desaprueban las estrategias empleadas durante la llamada (gráfica 11).

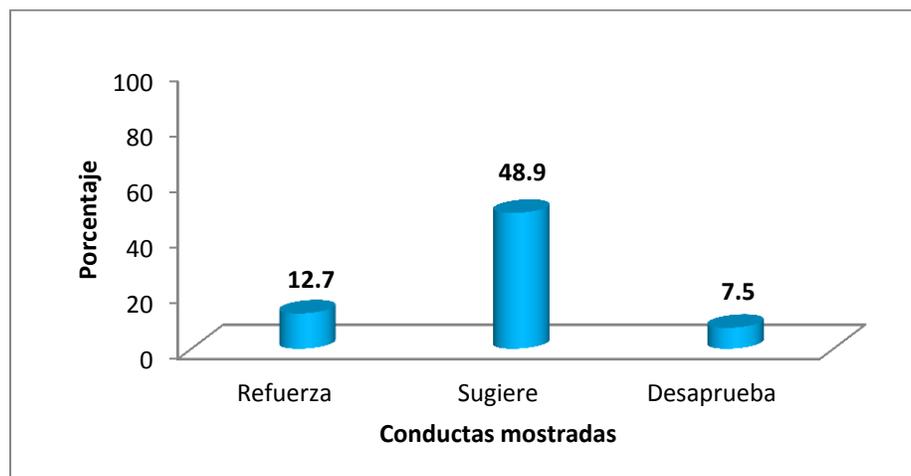


Gráfico 11. Calificaciones obtenidas en la Lista de Habilidades de Interacción para Supervisión.

Por su parte el resultado del Cuestionario de Políticas y Prácticas muestra una calificación moderada en el nivel de conocimientos relacionados a las políticas y buenas prácticas existentes en la institución (gráfico 12).

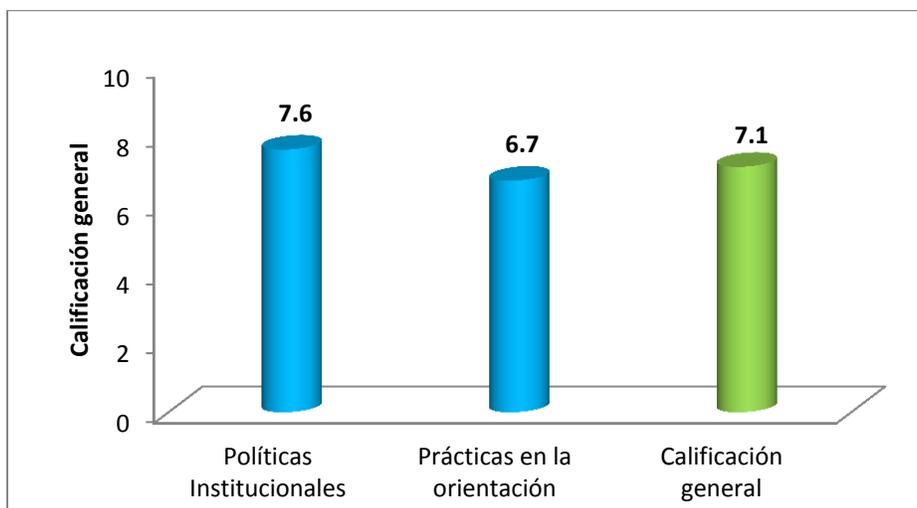


Gráfico 12. Calificaciones obtenidas en el Cuestionario de Políticas y Prácticas.

En relación a las condiciones laborales, herramientas tecnológicas y los recursos de información con las que cuenta el COT para proporcionar su servicio, se encontró que el personal de salud que labora en la institución requiere de mejores condiciones ambientales, actualización en el equipo de cómputo así como generar un sistema de información actualizado en el tema de adicciones con la finalidad de que el personal proporcione información veraz y oportuna a los usuarios de la línea telefónica (gráfico 13).

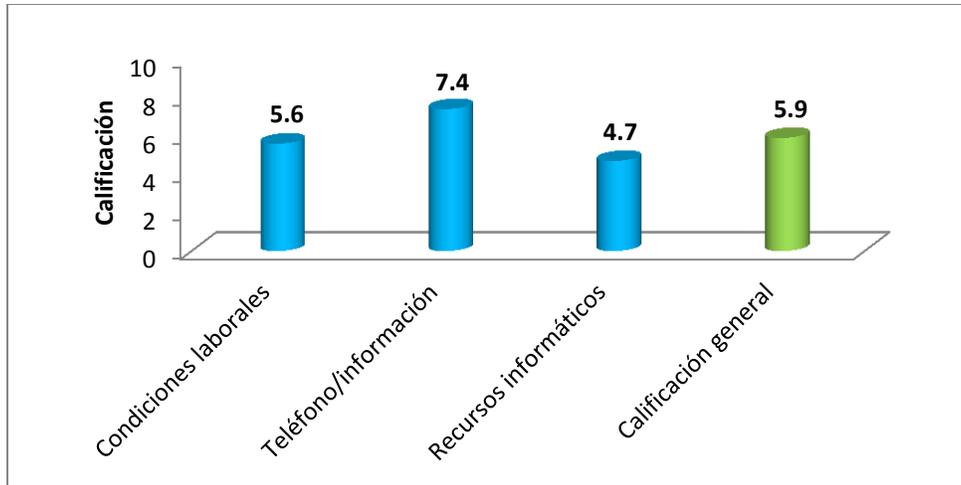


Gráfico 13. Calificaciones obtenidas en el Cuestionario de Recursos Tecnológicos y de Información.

Finalmente, la Encuesta de Satisfacción permitió identificar que los usuarios del servicio consideran que los procedimientos utilizados durante la intervención telefónica favorecieron el cumplimiento de sus expectativas (gráfico 14).

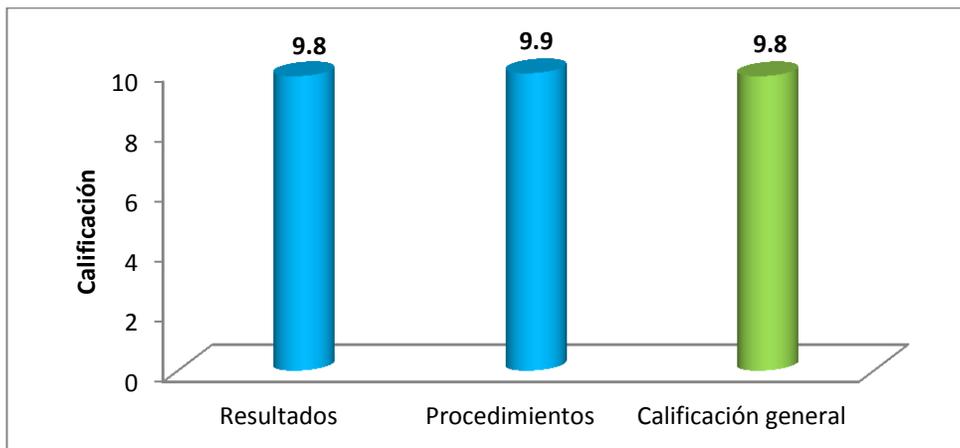


Gráfico 14. Calificaciones obtenidas en la Encuesta de Satisfacción del servicio.

2.2.1.5 Discusión y conclusiones

Los resultados permitieron identificar diversas áreas de oportunidad para favorecer la calidad del servicio. Se sugirió homologar los procedimientos de atención durante la llamada, mejorar las condiciones laborales del personal de salud, reforzar la estrategia de capacitación y actualización de conocimientos en materia de adicciones asegurando que todo el personal del Centro de Orientación Telefónica fuera participe con la finalidad de homologar conocimientos, habilidades y procedimientos además de hacer uso de las nuevas tecnologías (internet) con la finalidad de ampliar el servicio a sectores de la población con mayor vulnerabilidad para iniciarse en el consumo de drogas (jóvenes) y así favorecer la calidad de vida individual, familiar y social de la población.

Esta información permitió diseñar un diplomado que incluyo conceptos básicos en el tema de las adicciones, bases neurobiológicas del comportamiento adictivo, principios básicos inherentes a la conducta de consumo, habilidades en entrevista motivacional, modelos de atención breve en adicciones vía telefónica, crianza positiva y un módulo de supervisión de casos como un primer paso para homologar los conocimientos del personal de la salud.

A pesar de lo anterior, se necesitan mayores esfuerzos para conseguir que la capacidad estructural y humana del Centro de Orientación Telefónica continúe manteniendo el liderazgo y la calidad en la orientación que proporciona a la población mexicana.

3. Retención en Fumadores en un Tratamiento contra el Tabaquismo

3.1 Tabaquismo

El tabaco, cuyo nombre científico es *Nicotina Tabacum*, es una planta que se cree, es originaria de América. En sus inicios, diversos grupos indígenas Americanos utilizaron la planta de tabaco por sus propiedades terapéuticas y placenteras así como para rituales religiosos dada la atribución mágica y mística que le otorgaron ya que se consideraba que el humo del tabaco al subir creaba un vínculo entre lo terrenal y lo divino; su uso llegó a ser exclusivo de reyes, sacerdotes y guerreros siendo castigado todo aquél que pasara por alto esta regla (De Micheli e Izaguirre, 2005; Pascual y Vicéns, 2004). El uso del tabaco se extendía a las Antillas, México, Brasil, Virginia y la Florida. Con la llegada de los españoles, el consumo de tabaco se extendió por toda Europa popularizándose su uso por sus propiedades medicinales hacia el año de 1518 (Charlton, 2004; Cruz, 2007; Houser, 1990). Tuvieron que pasar muchos años para que después del uso generalizado del tabaco, este se asociara con el origen o desarrollo de varias enfermedades, tales como diversos tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y respiratorias mediante estudios en el campo de la medicina y la química tendientes a analizar los componentes del tabaco y sus efectos en el organismo humano. Así, es posible apreciar como el tabaco ha sufrido diversas transformaciones en relación al uso y atribuciones sociales con el paso de los años (Becoña, 1998).

Actualmente el tabaco es consumido por muchas personas en el mundo ocasionando grandes problemas de salud que disminuyen sustancialmente la calidad de vida de las personas. Muchos de estos problemas no se hacen evidentes en forma inmediata y pasan muchos años antes

de que el fumador comience a presentar los signos y síntomas de dichos padecimientos (Moreno y Medina-Mora, 2008).

El tabaquismo es el principal factor de riesgo asociado con mortalidad prevenible en el mundo; actualmente existen mil millones de fumadores en el mundo, de éstos, aproximadamente 650 millones morirán a causa del consumo de tabaco. Además se estima que de mantenerse las tendencias actuales, para el año 2020 el tabaquismo será el responsable de 10 millones de defunciones, de las cuales 7 de cada 10 ocurrirá en los países en desarrollo (OMS, 2011).

Cada día, entre 80,000 y 100,000 jóvenes de todo el mundo se volverían adictos al tabaco; y si las tendencias actuales continúan, 250 millones de personas, que hoy son niños, morirán a causa de enfermedades relacionadas con esta sustancia (Murray y López, 1996).

En el estudio observacional más grande sobre mortalidad asociada con el tabaquismo realizado en el Reino Unido, se encontró un riesgo incrementado de muertes debidas a cáncer de cavidad oral, esófago, faringe, laringe, pulmón, páncreas y vejiga; aumento en la mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica y otras enfermedades respiratorias, por enfermedad cardiopulmonar, enfermedad isquémica cardiaca, degeneración miocárdica, aneurisma de aorta, trombosis cerebral, y por entidades como úlcera péptica, cirrosis, suicidio y envenenamiento. Igualmente, se ratificó la relación directa entre consumo regular de tabaco y la disminución de la esperanza de vida con resultados esperanzadores respecto a la posibilidad de mejorarla si se suspende el hábito en edades tempranas (Doll, Peto, Boreham y Sutherland, 2004).

En México, según la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (INPRF, INSP y SSA, 2012), el 21.7% de la población total es fumador activo, esto representa cerca de 17.3 millones de personas; de éstos, aproximadamente 7.1 millones de personas reportaron fumar a diario mientras que el 26.4%, es decir, unas 21 millones de personas son ex fumadoras; estas cifras resultan alarmantes si se considera que alrededor de 60,000 personas mueren cada año debido a padecimientos vinculados con el tabaquismo generando la pérdida de 20 a 25 años de vida productiva lo cual impacta gravemente en el desarrollo económico y social de nuestro país. Entre la población de 12 a 65 años, la edad promedio de consumo de tabaco por primera vez fue de 20.4 años. En la población adolescente, se reporta una prevalencia del 12.3% (1.7 millones de fumadores); los adolescentes son principalmente ocasionales (10.4%) siendo solo el 2% los que fuman diariamente. La edad de inicio para este grupo poblacional es a los 14.1 años siendo similar para hombres y mujeres.

En 2008, los costos de atención médica relacionados con las enfermedades por tabaquismo en México se estimaron en 75,2 mil millones de pesos (5,7 mil millones de dólares). Dicha estimación supone que los costos relacionados con los tratamientos por tabaquismo representan el 10% de la totalidad de los costos de atención médica (Waters, Sáenz de Miera, Ross y Reynales-Shigematsu, 2010).

Esta información brinda un panorama general acerca de los problemas asociados al consumo de tabaco en nuestro país y de la importancia que tiene el atender su consumo de manera multidisciplinaria para mejorar la calidad de vida de la población y favorecer el desarrollo socioeconómico.

3.2 Factores de Riesgo

El consumo de drogas está sometido a la influencia de múltiples agentes, tanto ambientales como individuales, cuya relación dinámica define las situaciones de riesgo de consumo de drogas. Los factores de riesgo se presentan antes del consumo de drogas y se asocian con un incremento en la probabilidad de consumir drogas (Hawkins, Catalano y Miller, 1992).

Entre los factores de riesgo que influyen en la adquisición del hábito de fumar se encuentran los individuales, familiares y escolares los cuales se exponen a continuación:

3.2.1 Factores individuales

Entre los factores de riesgo a nivel individual para el consumo de tabaco se encuentran la edad, la percepción de riesgo, el género y el factor genético.

La edad es un factor determinante para el inicio en el consumo; la gran mayoría de los fumadores inician durante la adolescencia. Se reporta que más del 17% de los jóvenes entre 13 y 15 años de todo el mundo consume alguna forma de tabaco (Mochizuki-Kobayashi, Fishburn, Baptiste, El-awa, Nikogosian, et al., 2006; Warren, Jones, Eriksen y Asma, 2006) es decir, unos 150 millones de jóvenes a nivel mundial y esta cifra sigue en aumento (OMS, 2011). En nuestro país, la edad en la que los adolescentes tienen su primer contacto con el cigarro es a los 14.1 años (INPRF, INSP y SSA, 2012) la cual se asemeja con los datos reportados a nivel internacional.

Algunos factores asociados con la edad son el conocimiento restringido sobre los efectos nocivos y el carácter adictivo de la sustancia. Muchos jóvenes desconocen o no creen que fumar es perjudicial para la salud (Chávez, López, Regalado y Espinosa, 2004; Festner, 2008; Lezcano, 2002), a algunos les resulta difícil imaginar consecuencias negativas para su salud en un tiempo lejano (BM y OPS, 2000), el subestimar el riesgo y tener sensación de invulnerabilidad son algunas de las razones por las cuales los jóvenes se sienten atraídos por la conducta de fumar (González y Fontao, 2004). De manera adicional, fumar puede llevar implícito el cumplimiento de expectativas sociales creadas por grupos de pares (Caballero, González, Pinilla y Barber, 2005; Nuño-Gutiérrez, Álvarez-Nemegyei, Madrigal-de León y Tapia-Curiel, 2008; Suárez y Campos, 2010) además de ser una respuesta a la publicidad que gira en torno al tabaco (Slater, Chaloupka, Wakefield, Johnston y O'Malley, 2007; Terrasa et al., 2009; WHO, 2008).

Otro factor de riesgo a considerar es el género; históricamente han sido los hombres quienes han presenten un consumo de tabaco mayor al de las mujeres, sin embargo, en las últimas décadas las tendencias han cambiado. Las mujeres comenzaron a fumar hace relativamente poco tiempo; en los países desarrollados el consumo ha llegado a niveles equiparables con el de los hombres en quienes el consumo ahora está disminuyendo, por otro lado, en los países en vías de desarrollo el consumo en mujeres continúa en aumento; se estima que un promedio del 22% de las mujeres en países desarrollados fuma diariamente mientras que en naciones en vías de desarrollo fuma sólo un promedio del 9% (Mackay, Eriksen y Shafey, 2006). En nuestro país como en otras partes del mundo, es posible apreciar que son los hombres quienes consumen en mayor medida (31.4%) que las mujeres (12.6%) lo cual muestra una prevalencia estable en relación al año 2008 (ENA, 2011).

Por su lado, el factor genético resulta importante pues existe una variación individual en la acción de la enzima CYP2A6 encargada de transformar la nicotina en cotinina en las células hepáticas; Rao y colaboradores (2000) han sugerido que las personas con alelos inactivos de CYP2A compensan su metabolismo disminuido con un menor consumo de nicotina y las personas que cuentan con copias extras de dicha enzima lo compensan fumando más e inhalando el humo con mayor intensidad. (O' Loughlin et al., 2004; Tyndale, Pianezza y Sellers, 1999). Además se ha señalado que las personas con alelos inactivos comienzan a fumar en promedio 3 años después además de que tienen mayor posibilidad para dejar de fumar que las personas con CYP2A6 normal (Gu, Hinks, Morton y Day, 2000). Adicionalmente se ha relacionado que una variación genética en el CYP2A6 y el grupo de genes CHRNA-5-A3-B4 aumenta el consumo de tabaco, la dependencia a la nicotina y el riesgo de padecer cáncer de pulmón, por ejemplo, quienes presentaron variación en ambos tipos de genes y fumaban 20 o menos cigarrillos al día mostraban un mayor riesgo de contraer cáncer de pulmón en comparación con los que fumaban una mayor cantidad de cigarrillos (Wassenaar et al., 2011).

3.2.2 Factores familiares

Se sabe que la familia modela muchos comportamientos relacionados con la salud; es por esto que el ambiente familiar puede influir en el consumo de tabaco, por ejemplo, el antecedente de consumo de tabaco entre familiares (Berenzon, Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Alcántar-Molinar y Navarro, 1999; Pérez-Pérez, Palomo-Camacho, Lima-Suarez y López-Martínez, 2006; Pyle, Haddock, Hymowitz, Schwab y Meshberg, 2005), el consumo del padre (Nuño-Gutiérrez, Álvarez-Nemegyei, Madrigal-de León y Rasmussen-Cruz, 2005; Nuño-Gutiérrez, Álvarez-Nemegyei, Madrigal-de León y Tapia-Curiel, 2008; Pitarque, et al., 2007), la tolerancia de la

familia con respecto al consumo (Pyle, Haddock, Hymowitz, Schwab y Meshberg, 2005; Zabaleta, 2001), los hogares en los cuales los padres se encuentran separados y los conflictos en la relación parental (Schepis y Rao, 2005) se relacionan con mayor riesgo de iniciarse en el consumo de tabaco y se vincula con la persistencia del mismo.

3.2.3 Factores escolares

Los factores escolares también se asocian con la presencia del hábito de fumar; por ejemplo, el bajo logro académico, el tener un deficiente desempeño escolar (Anaya-Ocampo, Arillo-Santillán, Sánchez-Zamorano y Lazcano-Ponce, 2006; López y Rodríguez-Arias, 2010), el antecedente de tener un rechazo de ingreso en el primer intento para acceder a la educación media superior y el ser un alumno irregular (Nuño-Gutiérrez, Álvarez-Nemegyei, Madrigal-de León y Tapia-Curiel, 2008) potencializan el consumo de tabaco.

Si bien se han comentado diversos factores de riesgo que aumentan la probabilidad para iniciarse en el consumo de tabaco, de igual manera existen elementos que favorecen el mantenimiento en el consumo. Uno de estos elementos se relaciona con los efectos farmacocinéticos y farmacodinámicos que la nicotina, sustancia activa del tabaco, produce sobre el organismo. En el siguiente apartado se explican las características de ambos efectos además de la manera en cómo la nicotina favorece el consumo de tabaco.

3.3 Farmacología de la Nicotina

Al hablar de tabaquismo es importante distinguir entre el conjunto de sustancias a las que se expone un fumador y los efectos de la nicotina; según el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los E.E.U.U. (2010) en el humo del cigarro hay más de 4,000 sustancias químicas de las cuales, alrededor de 70 pueden producir cáncer. La nicotina es una sustancia estimulante ya que aumenta la atención, la concentración, aumenta el metabolismo, incrementa la presión arterial, la frecuencia cardíaca además de disminuir el apetito de los consumidores; es la responsable de la adicción (Cruz, 2007; Kuhn, Swartzwelder y Wilson, 2011).

Para entender cómo es que la nicotina genera adicción es necesario hacer referencia a la absorción de la sustancia en el cuerpo y la manera en cómo incide sobre el sistema nervioso. La velocidad con que la nicotina penetra en la sangre y se transfiere al cerebro depende en gran parte de su vía de administración. Por ejemplo, al fumar tabaco la nicotina se absorbe a través de los pulmones y en menor medida a través de la mucosa bucal llegando a los receptores nicotínicos en aproximadamente 7 segundos (Shytle, Silver y Sanberg, 1996). La velocidad con la que la nicotina llega al cerebro es uno de los factores que contribuyen a su alto poder adictivo. La vida media de la nicotina es de aproximadamente 2 horas y la mayor parte (80-90%) se metaboliza en el hígado transformándose en cotinina (metabolito); solamente el 7% de la nicotina se excreta por la vía renal sin transformarse junto con la cotinina (Cruz, 2007; Rose, Behm, Westman y Coleman, 1999).

En concentraciones bajas, la nicotina produce efectos sobre muchos órganos, aparatos y sistemas porque activa receptores que se encuentran en muchas partes del cuerpo para un

transmisor natural llamado acetilcolina; la estimulación de éstos receptores produce la liberación de noradrenalina, dopamina, serotonina y endorfinas (Cruz, 2007). La nicotina actúa a través de su unión a los receptores nicotínicos de acetilcolina (nACh), especialmente en los receptores $\alpha 4\beta 2$ los cuales juegan un papel determinante por su alta afinidad y sensibilidad a la misma. Dichos receptores se ubican principalmente en el área tegmental ventral (dentro del circuito de recompensa del cerebro). La subunidad $\alpha 4$ tendría mayor importancia en la producción de la sensación de placer al fumar y la subunidad $\beta 2$ en la conducta de autoadministración asociada a la nicotina. Una vez que la nicotina entra en contacto con los receptores colinérgicos, se activan las neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral en el cerebro medio y en el núcleo accumbens liberándose grandes cantidades de dopamina lo que causa un efecto placentero en el individuo; de manera adicional, algunos componentes del tabaco inhiben la actividad de la Mono amino oxidasa (MAO) lo cual reduce el metabolismo de las catecolaminas favoreciendo de este modo niveles elevados de dopamina; dicha activación sirve como refuerzo para repetir las conductas asociadas al hecho de fumar (Foulds, 2006; NIDA, 2005).

Además, comienza la desensibilización de receptores lo que inicia el fenómeno de tolerancia a próximos cigarrillos (De Sarno y Giacobini, 1989; Wonnacott, 1987). Si la exposición a la nicotina se mantiene de forma prolongada se va a producir un aumento en el número de receptores nicotínicos en el cerebro. Cuando la nicotina se elimina del cerebro, el exceso de receptores resulta en una excesiva excitabilidad el sistema colinérgico-nicotínico provocando una sensación de malestar y nerviosismo lo que lleva al fumador a consumir el siguiente cigarro; con esto se produce un estado “normal” de activación colinérgica (Benwell, Balfour y Anderson, 1988; Jiménez, et al., 2004; Marks, Burch, y Collins, 1983).

Como se ha visto hasta este momento, el desarrollo y mantenimiento del consumo de tabaco se ve explicado como un proceso en el que intervienen en un inicio diversos factores de riesgo continuando con mecanismos neurobiológicos, conductuales y psicológicos (estos dos últimos descritos en el capítulo 1). Por tal motivo, los tratamientos para dejar de fumar necesitan contemplar las variables identificadas a lo largo del proceso de consumo para favorecer la abstinencia.

En el siguiente apartado se describen intervenciones que han probado ser efectivas para el tratamiento del tabaquismo además de que se explica la importancia que tiene la asistencia de los pacientes a su tratamiento (retención al tratamiento) para aumentar la probabilidad de que consigan dejar de consumir.

3.4 Tratamientos del Tabaquismo

Existe una amplia gama de intervenciones para dejar de consumir tabaco, desde la entrega de material didáctico hasta los tratamientos intensivos para dejar de fumar. El tratamiento puede dividirse en farmacológico y psicológico. Dentro del tratamiento farmacológico se distinguen dos grupos: compuestos sin nicotina y Terapia de Reemplazo de Nicotina (TRN).

3.4.1 Tratamiento Farmacológico

En el primer grupo se encuentra el tartrato de vareniclina y medicamentos antidepresivos como el bupropión los cuales se describen a continuación:

El tratamiento de vareniclina es un fármaco de primera línea desarrollado para que los fumadores consigan la abstinencia; es un agonista nicotínico parcial que se une a los receptores $\alpha 4\beta 2$ estimulándolos en un grado inferior que la nicotina. Su unión produce una actividad agonista al tiempo que impide la unión de la nicotina a los receptores antes mencionados. De este modo se bloquea la capacidad de la nicotina de estimular el sistema dopaminérgico mesolímbico produciéndose así un “alivio” en el deseo de fumar y de la abstinencia a la vez que produce una reducción del efecto reforzante de fumar (Astrid, Cañón y Vivas, 2010; Jorenby et al., 2006; Oncken et al., 2006; Regalado-Pineda, Lara-Rivas, Osio-Echánove y Ramírez-Venegas, 2007).

Cahill y colaboradores (2013) realizaron una revisión sistemática en la que identificaron mantenimiento en la abstinencia a consumo de tabaco mediante el uso vareniclina en dosis estándar en comparación con el placebo identificando que dicho fármaco aumentaba la probabilidad de mantener la abstinencia hasta tres veces más en comparación con quienes no la consumían (95%, IC 2.02 - 2.55); en dosis bajas también demostró ser eficaz con un Riesgo Relativo (RR) de 2.09 (95%, IC 1.56-2.78). El principal evento adverso identificado por el uso de vareniclina fue la náusea que en su gran mayoría fue de leve a moderada la cual desaparecía con el tiempo. Sin embargo, informes de seguridad post comercialización han sugerido una posible asociación entre la vareniclina y el estado de ánimo depresivo, agitación e ideación o conducta suicida aunque hasta el momento los datos no son concluyentes.

Por su parte, el Bupropión es un antidepresivo que se ha involucrado en el tratamiento del tabaquismo principalmente por dos razones:

1. La abstinencia de la nicotina puede producir síntomas depresivos o precipitar un episodio de depresión mayor de manera que este medicamento puede sustituir el efecto de la nicotina;
2. La sintomatología depresiva actual y/o un trastorno depresivo primario antecede al tabaquismo por lo que el Bupropión equilibra el estado de ánimo del fumador. Se cree que al disminuir la actividad de las neuronas dopaminérgicas, se desactiva el circuito de recompensa y se disminuye el deseo de fumar (Tong, Carmody y Simon, 2006).

Hughes y colaboradores (2010) identificaron 36 ensayos clínicos en los que se utilizó el Bupropión como único tratamiento farmacológico; se encontró que éste incrementa la abstinencia a largo plazo con un RR de 1.69 (95%, IC 1.53-1.85). Además mencionan que no hay suficiente evidencia para pensar que el Bupropión sumado a la TNR aporta un beneficio adicional a largo plazo. Los autores sugieren que la acción del Bupropión es independiente de sus efectos antidepressivos además de que su eficacia es similar a la de TRN.

Dentro del grupo de Terapia de Reemplazo de Nicotina se encuentran los parches transdérmicos, la goma de mascar, tabletas sublinguales y orales y el aerosol nasal (Stead, Perera, Bullen, Mant y Lancaster, 2008).

Los parches transdérmicos son dispositivos cargados de nicotina la cual se libera a través de la piel permitiendo administrarla en menor cantidad favoreciéndose de este modo una absorción más lenta lo que permite disminuir las molestias causadas por el retiro de la nicotina sin experimentar sus efectos estimulantes. El objetivo es reducir la concentración de nicotina de

manera gradual hasta llegar a eliminarla por completo para permitir que el organismo se adapte a funcionar sin “ella”. Se encuentra disponible en dosis de 7, 14 y 21 mg. El efecto adverso más frecuente es la irritación localizada en la piel, cefaleas o mareos. Se recomienda utilizarlos de 10-12 semanas, disminuyendo la dosis en las últimas 4 aunque en ocasiones se necesitan periodos de tratamiento más largos. Recientemente se realizó un estudio en el que se concluyó que existe un leve incremento en la eficacia de los parches como consecuencia del uso durante los primeros 15 días previos al día de abandono del tabaco (Rose, Behm, Westman y Kukovich, 2006; Stead et al., 2008; Stead et al., 2012).

La goma de mascar se vende en tabletas de 2 y 4 mg; mediante la masticación la nicotina es liberada y absorbida en la cavidad bucal para llegar, a través de la sangre, a los receptores nicotínicos en donde inciden para permitir la abstinencia; puede utilizarse para controlar situaciones de deseo intenso y para aliviar los síntomas provocados por la abstinencia al dejar de fumar. Los efectos adversos son mal olor de boca, náuseas, hipo, irritación oral faríngea y en ocasiones dolor de la articulación temporomandibular (Bello, Flores y Bello, 2008; Jiménez et al., 2008).

Las tabletas orales existen en presentación de 2 y 4 mg y funcionan de manera similar a los chicles. Los efectos secundarios son irritación en la boca y faringe e hipo (Shiffman et al., 2002).

Por último se tiene el aerosol nasal que libera nicotina directamente sobre la mucosa nasal; se utiliza un *puff* en cada fosa liberando en total 1 mg de nicotina (Blondal et al., 1999).

Una revisión sistemática que identificó cerca de 150 ensayos clínicos en los que se comparó cualquier tipo de TRN contra placebo encontró que el RR de la abstinencia a seis meses para cualquier tipo de TRN fue de 1.60 (95%, IC 1.53-1.68). Los RR para los diversos tipos de TRN se distribuyeron de la siguiente manera:

1. Chicle de nicotina con un RR de 1.49 (95%, IC 1.40-1.60).
2. Parche transdérmico con un RR de 1.64 (95%, IC 1.52-1.78).
3. Tabletas orales con un RR de 1.95 (95% IC 1.61-2.36).
4. Aerosol nasal con un RR de 2.02 (95%, 1.49-2.73).

Estos resultados muestran que las diversas presentaciones de TRN aumentan las tasas de éxito en el tratamiento para dejar de fumar (Stead et al., 2012).

3.4.2 Tratamiento Psicológico

En lo que respecta al tratamiento psicológico, se emplean diversos métodos para ayudar a los fumadores a romper con el hábito que va desde la entrega de materiales de autoayuda o asesoramiento psicológico individual hasta intervenciones conductuales más intensivas; con dichas intervenciones se enseña a las personas a identificar situaciones de riesgo que lo pueden llevar a fumar, a cambiar pensamientos o ideas erróneas relacionadas al consumo, a controlar el estrés, a resolver problemas así como a incrementar el apoyo social. Las investigaciones han demostrado que mientras más se ajusta la terapia al caso de cada persona, mayor es la probabilidad de lograr el éxito (NIDA, 2010).

En un par de revisiones sistemáticas (Lancaster y Stead, 2008; Lancaster, Stead, Silagy y Sowden, 2000) en las que se buscó identificar la eficacia del asesoramiento individual en comparación con una intervención leve como control se encontró que la abstinencia se mantenía a los seis meses de seguimiento con un RR de 1.39 (95%, IC 1.24-1.57) y un RR de 1.55 (95%, IC 1.27-1.90) respectivamente. De manera adicional se ha encontrado que los programas de terapia de grupo conductual incrementan la abstinencia con un RR de 1.98 (95%, IC 1.60-2.46) en comparación con intervenciones de auto ayuda u otras intervenciones de menor intensidad, sin embargo, a pesar de estos resultados se considera que la evidencia es insuficiente para determinar si la terapia de grupo conductual es más eficaz o costo efectiva que el asesoramiento individual (Stead y Lancaster, 2009).

Por otro lado, el tratamiento farmacológico en combinación con tratamientos que incluyen apoyo psicológico y entrenamiento en habilidades para sobreponerse a situaciones de alto riesgo de consumo de tabaco producen una tasa de abstinencia a largo plazo encontrándose que las tasas de recaída cuando se intenta dejar de fumar llega a su punto más alto en las primeras semanas y meses de abstinencia y disminuye considerablemente después de 3 meses (NIDA, 2005; NIDA, 2010).

Stead y Lancaster (2012) realizaron una revisión sistemática sobre tratamientos que combinan intervención farmacológica y conductual para dejar de fumar; encontraron que la combinación de ambas intervenciones incrementa el éxito para dejar de fumar en comparación a la consejería breve o tratamiento conductual de baja intensidad.

Este apartado ha permitido identificar que existen diversas opciones de tratamiento para dejar de fumar además de mostrar que muchos de ellos han reportado eficacia clínica en diversos ensayos clínicos aleatorizados. Sin embargo, a pesar de esto, existen factores que influyen en la eficacia de los mismos, tal es el caso de la falta de retención al tratamiento la cual se comentará en el siguiente apartado.

3.5 Retención al Tratamientos para dejar de Fumar

La falta de retención al tratamiento es una de las principales causas de fracaso terapéutico en los diversos ámbitos del área de la salud (Swett y Noones, 1989; Wierzbicki y Pekarik, 1993). En lo que se refiere al tema de las adicciones, las tasas de abandono son muy elevadas oscilando entre el 25 y 90% (Baekeland y Lundwall, 1975; Darke et al., 2012; De León, 1991; Wickizer et al., 1994); dichas cifras resultan preocupantes debido a que diversos estudios han relacionado el abandono temprano del tratamiento para el consumo de sustancias con una mayor probabilidad de recaída (Vaillant, 1966) y el mantenimiento en el mismo con un panorama favorecedor (Stark, 1992; Tucker, Vuchinich y Harris, 1985; Wells, Peterson, Gainey, Hawkins y Catalano, 1994). Es decir, la retención al tratamiento está fuertemente relacionada con el éxito del mismo.

En lo que respecta al consumo de tabaco, se ha prestado poca atención al tema de la *retención* de los pacientes a los tratamientos para dejar de fumar. A pesar de ello, se han realizado estudios encaminados en identificar variables predictoras del abandono o retención a los mismos, para ello se han incluido variables demográficas, psicosociales, de actitudes hacia el tabaquismo y culturales las cuales han arrojado información diversa.

Por ejemplo, Curtin y colaboradores (2000) encontraron que los fumadores “pesados” con una elevada sintomatología depresiva tienen una mayor probabilidad de abandonar su tratamiento para dejar de fumar. Por su parte, El-Khorazaty y colaboradores (2007) realizaron un estudio con mujeres fumadoras embarazadas y encontraron que quienes tenían menos probabilidades de mantenerse en el tratamiento eran las mujeres solteras, que utilizaban drogas y que además contaban con una escolaridad no mayor a la educación secundaria.

Por otro lado, diversos estudios han identificado que entre las variables predictoras de retención al tratamiento para dejar de fumar se encuentran bajos niveles de depresión, pocas razones para seguir fumando (Lee, Hayes, McQuaid y Borrelli, 2010), iniciar de manera inmediata el tratamiento después de la admisión, ser joven con pocos objetivos académicos, tener un bajo ingreso familiar (Kalkhuis-Beam et al., 2011), tener una mayor edad, fumar pocos cigarrillos al día, tener hijos, ser mujer, estar casado y tener un pobre estado de salud general (Wagner et al., 1990).

Dado que identificar las variables relacionadas a la retención a los tratamientos para dejar de fumar permitiría generar estrategias que disminuyeran el abandono y con esto favorecer el éxito de los mismos (Snow, Connett, Sharma y Murray, 2007), este estudio tuvo como principal propósito identificar las variables que predijeran la retención en fumadores en un tratamiento farmacológico contra el tabaquismo.

De manera adicional, se realizó una comparación entre las modalidades de tratamiento farmacológico para identificar si existen diferencias estadísticamente significativas entre cada uno de ellos.

3.6 Metodología

3.6.1 Tipo de estudio

Se realizó un análisis secundario retrospectivo de los resultados obtenidos del estudio (Moreno-Coutiño, García, Ruíz y Medina-Mora, en imprenta).

3.6.2 Objetivos

Objetivos:

- Identificar las variables predictoras de la retención de fumadores en el “Tratamiento Integral Pre-abstinencia contra el tabaquismo para fumadores con sintomatología depresiva” (TIP).
- Identificar la tasa de retención en las tres modalidades de tratamiento farmacológico para dejar de fumar.
- Identificar si existen diferencias significativas entre las tasas de retención de cada una de las tres modalidades de tratamiento farmacológico para dejar de fumar.

3.6.3 Participantes

Participaron en el estudio 79 fumadores; 45 hombres con una edad media de 42.69 años ($D.E. = 11.11$) y 34 mujeres con una edad media de 42.47 años ($D.E. = 11.42$) quienes asistieron a recibir tratamiento contra el tabaquismo al Centro de Prevención y Atención a las Adicciones de la Facultad de Psicología de la UNAM en los meses de Septiembre a Diciembre de 2009. Los fumadores fueron asignados aleatoriamente a tres posibles condiciones de tratamiento farmacológico (ver Tabla 5).

TRATAMIENTO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Parche Transdérmico de Nicotina (PTN)	15	14	29
Bupropión	10	12	22
PTN + Bupropión	20	8	28
Total	45	34	79

Tabla 5. Se muestran las 3 condiciones de tratamiento farmacológico y el tamaño de la muestra en cada uno.

Todos los participantes en este estudio formaron parte del estudio “*Tratamiento Integral Pre abstinencia contra el tabaquismo para fumadores con sintomatología depresiva*”.

3.6.4 Características del Tratamiento

El Tratamiento Integral Pre-abstinencia contra el tabaquismo para fumadores con sintomatología depresiva (TIP) es un tratamiento que contempla la implementación de

tratamiento farmacológico y psicológico en conjunto, la evaluación periódica de la sintomatología depresiva y ansiosa, la abstinencia así como una fase de tratamiento previo a la fecha de cese del consumo (Moreno-Coutiño et al., 2011). El TIP consta de un total de 15 sesiones administradas a lo largo de 12 meses.

Durante la primer sesión se elabora una historia clínica; se identifican niveles de ansiedad y sintomatología depresiva, nivel de dependencia a la nicotina, niveles de CO, cotinina en orina y peso de cada paciente; en las siguientes cuatro sesiones se proporciona el tratamiento psicológico con enfoque cognitivo-conductual, cabe mencionar que a partir de la segunda sesión se inicia con una reducción gradual en el consumo de tabaco hasta llegar a la abstinencia lo cual ocurre a partir de la cuarta sesión. En la segunda sesión también se inicia el tratamiento farmacológico el cual tiene una duración de 3 meses. A partir de la sesión 5 se trabaja en prevención de recaídas (si es el caso) mediante el entrenamiento al paciente en habilidades que le permitan enfrentar situaciones asociadas con su adicción.

A lo largo del tratamiento se evalúan los niveles de ansiedad, depresión, cotinina en orina, CO y peso para determinar si el paciente se mantiene en abstinencia e identificar qué componentes de prevención de recaídas son los indicados para él (Moreno-Coutiño et al., 2011).

Dado que este estudio pretende identificar las variables predictoras de retención al tratamiento farmacológico así como la tasa de retención en las tres modalidades del mismo, se identifica como “retención al tratamiento” a aquéllos pacientes que concluyeron con la fase activa del tratamiento farmacológico la cual implicó:

- Haber asistido a 5 sesiones de tratamiento integral (en un periodo de 3 meses).
- Haber evaluado sus niveles de sintomatología depresiva y ansiosa en cada sesión.
- Haber entregado su muestra de orina en cada sesión.
- Haber evaluado sus niveles de CO en cada sesión.

3.6.5 Variables a evaluar

Un total de 18 variables fueron extraídas de la evaluación pre tratamiento (línea base) incluidas en las historias clínicas de los pacientes para evaluar la predictibilidad de la retención al tratamiento (variable dependiente), dichas variables se agruparon en 4 categorías de la siguiente manera:

- 1. Variables demográficas:** Edad, género, estado civil y escolaridad.
- 2. Variables de consumo:** Edad en que probó su primer cigarro, edad en que comenzó su consumo regular, número de años fumando, cantidad de cigarros consumidos, años consumiendo la cantidad actual de cigarros, número de intentos para dejar de consumir, razones para dejar de fumar, convivencia con otros fumadores, realiza actividades en su tiempo libre y nivel de dependencia a la nicotina.
- 3. Variables del estado de ánimo:** Niveles de ansiedad y depresión así como presencia de algún episodio depresivo mayor (EDM) alguna vez en la vida.

4. Variables de tratamiento: Modalidad de tratamiento farmacológico recibida.

3.6.6 Análisis Estadístico

Para cumplir con los objetivos del estudio, el análisis de los datos se realizó en 2 fases:

- 1) Con la finalidad de identificar las variables predictoras de retención, se evaluaron las asociaciones binarias de las variables continuas y las variables categóricas usando análisis *t* de *student* y análisis de X^2 respectivamente. Posteriormente se realizó un modelo de regresión logística multivariado; las variables de retención fueron seleccionadas para inclusión en el análisis de regresión logística multivariado si el valor de *p* en el análisis bivariado fue ≤ 0.25 (Hosmer y Lemeshow, 2000).
- 2) En la segunda fase se realizó un análisis de supervivencia a través del método del límite de producto de Kaplan-Meier con la finalidad de identificar las tasas de retención en cada una de las modalidades de tratamiento; posteriormente se realizó el test del Log-Rank para comparar e identificar posibles diferencias significativas entre las tasas de retención de cada modalidad.

Los análisis estadísticos se realizaron en el *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 18.

3.6.7 Consideraciones éticas

El Protocolo “*Tratamiento Integral Pre abstinencia contra el tabaquismo para fumadores con sintomatología depresiva*” fue aprobado por el comité de ética *ex profeso* a cargo del Macro proyecto “Desarrollo de Nuevos Modelos para la Prevención y el Tratamiento de Conductas Adictivas“.

De manera adicional, todos los pacientes firmaron un formato de consentimiento informado en el que se especificaron las características del estudio, el riesgo que implicaba el uso de fármacos así como el manejo que tendría la información recabada durante la investigación.

3.7 Resultados

3.7.1 Variables Predictoras de Retención al Tratamiento para Dejar de Fumar

La muestra estuvo compuesta por 45 hombres y 34 mujeres, cuya edad media fue de 42.59 años (D.E. 11.17), la mayor parte de la muestra estaba casada (45%) seguida de las personas solteras (38%), más de la mitad de la muestra contaba con estudios de licenciatura o posgrado (60%). La principal razón para dejar de fumar fue la relacionada a los problemas de salud (76%). De los 79 pacientes, 55 (69%) se mantuvieron en el tratamiento. En las tablas 6 y 7 se muestran las características de los pacientes que se retuvieron en la fase activa del tratamiento y los que la abandonaron.

Variables	Retención a Tx n= 55		No Retención a Tx n= 24		Estadística Bivariada
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Sexo					$X^2_{(1)}= 0.68$
Hombre	33	60	12	40	
Mujer	22	64.7	12	35.3	
Estado Civil					$X^2_{(3)}= 10.18^*$
Soltero	15	50	15	50	
Casado	28	77.7	8	22.3	
Unión Libre	5	83.3	1	16.7	
Divorciado	7	100	0	0	
Escolaridad					$X^2_{(4)}= 5.89^*$
Primaria	0	0	1	100	
Secundaria	7	50	7	50	
Medio Superior	13	76.4	4	23.6	
Superior	21	72.4	8	27.6	
Posgrado	14	77.7	4	22.3	
Convivencia con fumadores					$X^2_{(1)}= 0.13$
Sí	46	69.6	20	30.4	
No	9	75	3	25	
Razones para dejar de fumar					$X^2_{(2)}= 0.46$
Problemas de Salud	41	68.3	19	31.7	
Problemas Familiares	9	69.2	4	30.8	
Problemas Económicos	1	100	0	0	
Realiza actividades en tiempo libre					$X^2_{(1)}= 0.02$
Sí	30	69.7	13	30.3	
No	25	71.4	10	28.6	
EDM alguna vez en la vida					$X^2_{(1)}= 0.62$
Sí	30	73.1	11	26.9	

No	22	64.7	12	35.3	
Tipo de Tratamiento					$X^2_{(2)} = 3.23^*$
Parche	18	62	11	38	
Bupropión	14	63.3	8	36.7	
Parche + Bupropión	23	82.1	5	17.9	

Tabla 6. Características de la muestra de estudio.

Variables	Retención a Tx n= 55		No Retención a Tx n= 24		Estadística Bivariada
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Sociodemográficas					
Edad del paciente	43.71	11.27	40.04	10.72	$t_{(45)} = -1.37^*$
Relacionadas al Consumo					
Edad del primer cigarro	15.69	4.63	14.35	3.12	$t_{(60)} = -1.48^*$
Edad de consumo regular	20.98	7.3	17.09	2.39	$t_{(76)} = -2.49^*$
Años fumando	23.38	11.69	22.04	10.3	$t_{(49)} = -0.51$
Cantidad de cigarrillos consumidos	14.07	8.09	15.54	7.25	$t_{(48)} = 0.79$
Años consumiendo cantidad actual	7.45	8.17	4.67	4.77	$t_{(77)} = -1.55^*$
Intentos para dejar de fumar	2.59	3.03	2	2.8	$t_{(43)} = -0.81$
Nivel de dependencia	3.56	2.25	4.13	2.39	$t_{(39)} = 0.96$
Estado de Salud					
Nivel de ansiedad Beck	10.68	7.84	11.57	7.53	$t_{(43)} = 0.46$
Nivel de depresión Beck	9.24	6.34	9.39	6.28	$t_{(41)} = 0.09$

* $p < 0.05$

Tabla 7. Características de la muestra de estudio.

Al realizar el análisis bivariado entre la retención al tratamiento y cada una de las variables demográficas, de consumo, del estado de ánimo y de tratamiento, se identificó que las

siguientes 7 variables que cumplieron con el criterio de inclusión para ser introducidas en el análisis de regresión multivariado fueron: modalidad de tratamiento ($X^2_{(2)} = 3.23, p=0.199$), escolaridad ($X^2_{(4)} = 5.89, p=0.207$), estado civil ($X^2_{(3)} = 10.18, p=0.017$), edad del paciente ($t_{(45)} = -1.37, p=0.175$), edad de consumo del primer cigarro ($X^2_{(60)} = -1.48, p=0.142$), edad de inicio del consumo regular ($X^2_{(76)} = -2.49, p=0.015$) y años consumiendo la cantidad actual de cigarros ($X^2_{(77)} = -1.55, p=0.124$).

Variables	Beta	SE	Wald	p	OR	95% IC	
						Low	High
Edad de inicio de consumo regular	0.435	0.14	9.67	0.002*	1.545	1.175	2.032
Años consumiendo cantidad actual	0.1	0.061	2.671	0.102	1.105	0.98	1.297
Escolaridad							
Primaria	-47.257	43595.7	0	0.999	0	0	.
Secundaria	-4.037	1.545	6.828	0.009*	0.018	0.001	0.365
Medio Superior	-0.371	1.328	0.078	0.78	0.69	0.051	9.317
Superior	-0.022	1.023	0	0.983	0.978	0.132	7.259
Posgrado (referencia)	.	.	.	.	.	.	.
Tipo de Tratamiento							
Parche	0.147	0.944	0.024	0.876	1.158	0.182	7.364
Bupropión	-2.463	1.106	4.956	0.026*	0.085	0.01	0.745
Parche + Bupropión (referencia)	.	.	.	.	.	.	.
Estado Civil							
Soltero	-21.441	12727.8	0	0.999	0	0	.
Casado	-18.759	12727.8	0	0.999	0	0	.
Unión libre	3.324	21145	0	1	27.764	0	.
Divorciado (referencia)	.	.	.	.	.	.	.

Tabla 8. Modelo de regresión logística de retención al tratamiento.

En la tabla 8 se muestra el modelo de regresión logística multivariado de retención al tratamiento; se identificó que entre mayor es *la edad de inicio de consumo regular de tabaco* del paciente, aumenta una y media más veces la probabilidad de retención en tratamiento para dejar de fumar (OR= 1.545, 95%, IC= 1.175 - 2.032). Los pacientes con escolaridad a nivel secundaria disminuyen la probabilidad de retención en el tratamiento en comparación a los pacientes con estudios de posgrado (OR= 0.018, 95%, IC= 0.001 – 0.365); así mismo, quienes reciben Bupropión disminuyen la probabilidad de retención en comparación con quienes reciben un tratamiento combinado (OR= 0.085, 95%, IC= 0.01 - 0.745).

El modelo fue estadísticamente significativo ($X^2_{(11)} = 47.4, p=0.000$). La proporción de la varianza explicada fue de Nagelkerke $R^2 = 0.649$. El modelo cuenta con una especificidad de 69.6% y una sensibilidad del 90.9%, con estos valores se tiene que el éxito de la predicción global es del 84.6%. El ajuste del modelo se comprobó utilizando la prueba Hosmer y Lemenshow ($X^2_{(8)} = 3.014, p=0.933$).

3.7.2 Retención en Modalidades de Tratamiento para Dejar de Fumar

Los resultados obtenidos tras el análisis por el método del límite de producto de Kaplan-Meier mostraron que la retención de los pacientes en el tratamiento para la modalidad con Parche fue del 62.1%, para la modalidad con Bupropión fue del 63.6% mientras que para la modalidad combinada (Parche+Bupropión) fue del 82.1% observándose una mayor retención en el tratamiento que incluyó ambos fármacos (Ver tabla 9).

SUMA DE CASOS PROCESADOS				
Tratamiento al que pertenecen	N Total	N de Eventos	Censurados	
			N	%
PARCHE	29	11	18	62.1
BUPROPION	22	8	14	63.6
PARCHE+BUPROPION	28	5	23	82.1
Global	79	24	55	69.6

Tabla 9. Tasas de Retención de pacientes por tratamiento.

Al realizar el análisis *log Rank* no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las tres modalidades de tratamiento ($X^2_{(2)} = 3.479, p=0.176$), es decir, la probabilidad de que los pacientes terminaran el tratamiento en cualquiera de las modalidades farmacológicas fue similar (Ver tabla 10).

COMPARACIÓN GLOBAL			
	Chi-Cuadrado	gl	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	3.479	2	0.176

Tabla 10. Prueba de igualdad de distribuciones de sobrevivencia para los diferentes entre los tratamientos.

La modalidad de tratamiento que combinó el uso de Parches + Bupropión mostró un abandono lento pero constante a lo largo de los 90 días de la fase activa de la intervención siendo la modalidad que presentó la mayor tasa de retención a lo largo del tratamiento. Por su parte, el tratamiento con Bupropión mostró los primeros abandonos en las primeras dos semanas de iniciada la intervención para después mostrar una retención sostenida por un periodo aproximado

de 30 días, continuando con los abandonos al tratamiento de manera gradual. Finalmente, el tratamiento con Parche mostró un abandono constante a partir del día quince de iniciada la intervención por un periodo aproximado de veinte días; posteriormente se apreció una retención sostenida por espacio de veinte días para finalmente continuar con la deserción de la intervención hasta el fin de la fase activa (Ver gráfico 11).

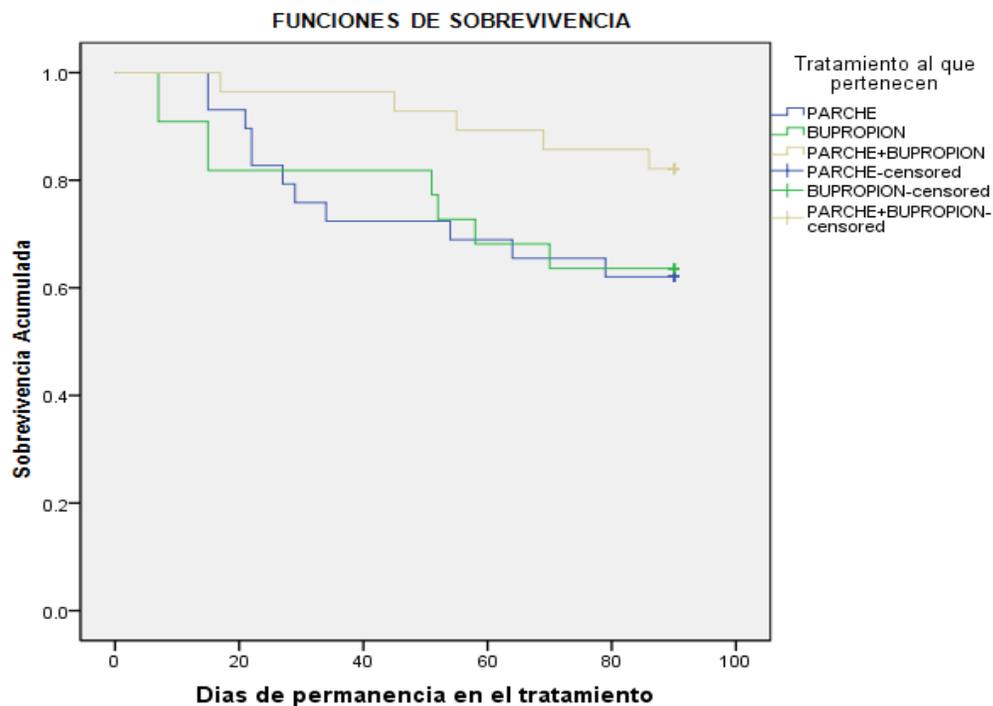


Gráfico 11. Se muestra la probabilidad de supervivencia en cada uno de los tratamientos a lo largo del tiempo.

Por otro lado, se observó que las modalidades de tratamiento que utilizaron Parche y Bupropión (por separado) presentaron una mayor probabilidad para abandonar la fase activa de tratamiento (90 días) en comparación a la modalidad que integró ambos fármacos (Ver gráfico 12).

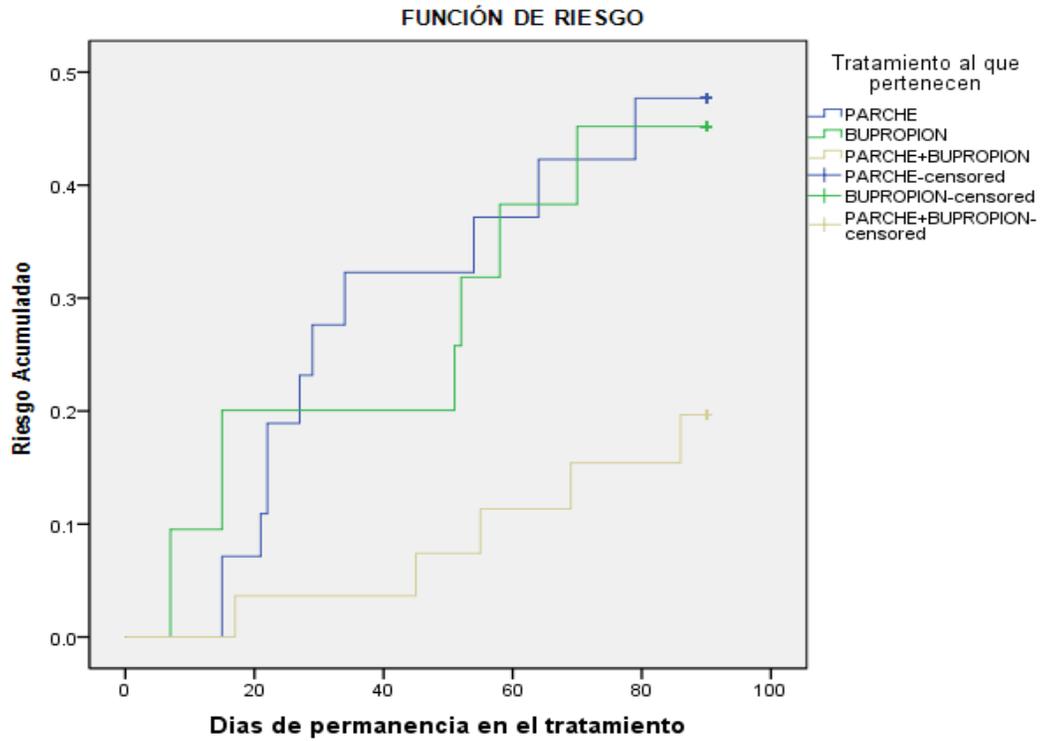


Gráfico 12. Se muestra la probabilidad de riesgo en cada uno de los tratamientos a lo largo del tiempo.

3.8 Discusión

El objetivo de este estudio fue realizar un análisis secundario retrospectivo para identificar la retención de los pacientes en la fase activa del tratamiento farmacológico del TIP. El resultado de la regresión logística multivariada sugirió que entre mayor es *la edad de inicio de consumo regular de tabaco* del paciente mayor es la probabilidad de retención al tratamiento. Por otro lado se identificó que los pacientes con escolaridad a nivel secundaria y quienes recibieron Bupropión como parte de su tratamiento disminuían la probabilidad de retención al mismo.

Esta información llama la atención al considerar que se incluyeron en el análisis un total de 18 variables de tipo demográficas, de consumo, del estado de ánimo y de tratamiento, y que únicamente 3 de ellas aportaron información relevante para fines de este estudio.

La edad de inicio en el consumo regular de tabaco es una variable que no ha sido reportada en la literatura. En la muestra de estudio se identificó que la edad promedio para el inicio del consumo regular de los pacientes con retención al tratamiento fue a los 20.98 años mientras que la edad de los pacientes que no concluyeron su tratamiento fue de 17.09 años lo cual adquiere relevancia si se considera que éste último grupo consumía más cigarros al día, además de que presentar un mayor nivel de dependencia. Esta situación sugiere que los fumadores que inician su consumo regular a edades más tempranas aumentan su nivel de dependencia a la nicotina provocando un aumento en la cantidad de cigarros consumidos al día, dificultando así la retención del fumador al tratamiento a diferencia del fumador que inicio su consumo regular a edades más tardías, en quienes al parecer se minimiza el desarrollo de la dependencia así como el aumento gradual en la cantidad de cigarros fumados al día.

Por su parte, el hecho de que la escolaridad a nivel secundaria sea un predictor de riesgo para el abandono del tratamiento en relación a quienes tienen un nivel de educación superior coincide con lo reportado por El-Khorazaty y colaboradores (2007). La escuela juega una doble función en el inicio de consumo de sustancias; como factor protector proporciona conocimientos y práctica en la promoción de la salud así como en habilidades para la vida encaminadas en hacer frente a diversas formas de presión social ante diversas conductas, entre ellas, el consumo de sustancias (Laespada, Iraurgi y Aróstegi, 2004) mientras que como factor de riesgo favorece el consumo en los jóvenes que deciden experimentar nuevas sensaciones, combatir el aburrimiento así como la inserción en un círculo social a través del consumo haciendo a un lado el desempeño académico y en consecuencia la deserción escolar (Anaya-Ocampo et al., 2006; López y Rodríguez-Arias, 2010; Nuño-Gutiérrez et al., 2008). Esta situación proporciona elementos para pensar que las personas con una escolaridad no mayor a la secundaria cuentan con un menor repertorio de conocimientos relacionados a temas de salud así como de habilidades para hacer frente a situaciones que favorecen el consumo en relación a personas con un mayor grado escolar lo cual se vería reflejado, de alguna manera, en la retención a tratamiento para dejar de fumar.

En lo que respecta al Bupropión, se ha identificado la eficacia de dicho fármaco en el tratamiento para dejar de fumar manteniendo la abstinencia a largo plazo en diversos ensayos clínicos (Hughes et al., 2010), sin embargo, para conseguir el éxito en el tratamiento es necesario garantizar la retención en esta modalidad la cual no estuvo presente en la muestra del estudio. Se sugiere que muchos de los pacientes que abandonaron el tratamiento lo hicieron debido a que dejaron de tomar su medicamento de manera voluntaria por temor a reacciones adversas, por su percepción de ausencia de mejora o de curación sin finalizar el tratamiento, la creencia de que la medicación era innecesaria o excesiva o que pudiera generarle algún tipo de adicción (Palop y

Martínez, 2004). Este tipo de elementos y/o creencias son comunes en la población en parte alimentada por la falta de información médica sobre los posibles efectos adversos que pudiera generar el medicamento, instrucciones precisas sobre el consumo así como el tiempo promedio en que comienzan a identificarse los beneficios del mismo. Este tipo de variables pudo haber afectado la retención en esta modalidad de tratamiento.

En relación a las tasas de retención en las modalidades de tratamiento farmacológico se identificó que la retención fue muy similar entre ellas al término de los 90 días de fase activa; en concordancia con lo antes mencionado, el gráfico de *función de riesgo* permitió observar que el tratamiento con bupropión alcanzó una mayor probabilidad de abandono seguido del tratamiento con PTN a lo largo de la fase activa en un periodo de tiempo relativamente corto.

Por su parte, el gráfico de *función de supervivencia* permitió identificar que la combinación de parche+bupropión mostró una mayor probabilidad de supervivencia a lo largo de los días en relación al resto de los tratamientos.

Diversas variables que han sido asociadas a la retención al tratamiento de tabaco tales como la edad del paciente, el sexo, el estado civil (El-Khorazaty et al., 2007; Kalkhuis-Beam et al., 2011; Wagner et al., 1990), nivel de dependencia a la nicotina, sintomatología depresiva así como la presencia de algún episodio depresivo mayor alguna vez en la vida (Curtin et al., 2000) y razones para dejar de fumar (Lee et al, 2010) así como variables que aparentemente no han sido estudiadas tales como sintomatología ansiosa, apoyo familiar, barreras ambientales, número de intentos para dejar de fumar, convivencia con otros fumadores y realización de actividades en el tiempo libre las cuales han sido asociadas con el consumo de tabaco fueron consideradas en este

estudio sin embargo no se introdujeron en el modelo de retención ya que no mostraron relación en la retención al tratamiento. Una posible explicación se relaciona con el tamaño de la muestra y, en consecuencia, con la falta de potencia estadística de las pruebas utilizadas. Se sugiere continuar con el estudio de estas variables considerando otras modalidades de tratamiento así como una muestra mayor de pacientes para favorecer la potencia estadística y así detectar de manera efectiva posibles diferencias entre las medias de los grupos estudiados (Murphy, Myors y Wolach, 2008).

Finalmente, se reconoce que los esfuerzo de clínicos e investigadores por aumentar la retención a los tratamientos en drogas ha permitido identificar que la mayor parte de los abandonos ocurre principalmente durante los primeros 30 días (Baekeland et al., 1975; De Leon, 1991; Silberfeld y Glaser, 1978; Swett et al., 1989) y que se conjuntan variables del paciente, del terapeuta y del contexto para que esto ocurra (Martin y Grau, 2004; Rodríguez-Marín, 2004), sin embargo la mayor parte de la información proviene de diversos tratamientos contra el tabaquismo por lo que resulta de vital interés identificar los periodos críticos de abandono del tratamiento para continuar con la identificación de las variables asociadas a la retención y así favorecer el término del tratamiento lo que a su vez mejoraría el pronóstico en la abstinencia al tabaco.

3.10 Conclusiones

El tema de la retención es un primer paso para pensar en el éxito de los tratamientos para dejar de fumar ya que los pacientes que se mantienen a lo largo del mismo tienen un pronóstico favorecedor para dejar de consumir (Stark, 1992; Tucker et al., 1985; Wells et al., 1994), por esta razón, resulta de mucha importancia identificar las variables relacionadas a la retención de los

pacientes al tratamiento para dejar de fumar ya que con ello es posible pensar en la disminución de recaídas presentes a lo largo de los muchos intentos que realizan las personas para abandonar el hábito de fumar así como un mayor tiempo de abstinencia favoreciéndose con esto la calidad de vida de las personas.

Así mismo, la identificación de tratamientos que favorezcan la retención al mismo, contribuiría en gran medida en el pronóstico de los fumadores lo que beneficiaría en la reducción del tabaquismo como problema de salud pública.

Referencias

- Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., Vecchi, S., Ferri, M. y Mayet, S. (2004). Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database System Review*, 4, CD005031.
- Ambrosio, E. y Fernández, E. (2011). Cap. 1: Fundamentos Neurobiológicos de las Adicciones. En Neurociencia y adicción. España: Sociedad Española de Toxicomanías. Recuperado de: <http://set.org.es/wp-content/uploads/2011/06/NEUROCIENCIA-Y-ADICCIÓN%20C3%93N-2011-marcadores.pdf>
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Revised 4th ed.), Washington DC: Author.
- Anaya-Ocampo, R., Arillo-Santillán, E., Sánchez-Zamorano, L.M. y Lazcano-Ponce, E. (2006). Bajo desempeño escolar relacionado con la persistencia del tabaquismo en una cohorte de estudiantes en México. *Salud Pública de México*, 48: 17-29.
- Anton, R. F., Moak, D. H., Latham, P. K., Waid, L. R., Malcolm, R. J. Dias, J. K. y Roberts, J.S. (2001). Posttreatment results of combining naltrexone with cognitivebehavior therapy for the treatment of alcoholism. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21, 72-77.
- Arelláñez, J., Díaz, B., Wagner, F. y Pérez, V. (2004). Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis bivariados de un estudio de casos y controles. *Revista de Salud Mental*, 27(3):54-64.
- Astrid, N., Cañón, M. y Vivas, J.M. (2010). Terapia farmacológica para el abandono del tabaquismo. *Universitas Médica de Bogotá*, 51(2): 167-183.
- Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. y Gutiérrez, M. (1998). *Manual de Autoayuda para Personas con Problemas en su Forma de Beber*. México: Porrúa-Facultad de Psicología.
- Ayala, H., Echeverría, L., Sobell, M. y Sobell, L. (1997). Auto control dirigido: Intervenciones Breves para Bebedores Excesivos de Alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología*, (14): 113-127.
- Baekeland, D. F. y Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738 – 783.
- Banco Mundial y Organización Panamericana de la Salud (2000). La epidemia de tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Whashington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Barragán, L., Flores, M., Ramírez, A.N. y Ramírez, C. (2008). *Manual del Programa de Prevención de Recaídas*. México: CONADIC.
- Becoña, E. (Ed.) (1998). Libro blanco sobre tabaquismo en España. Barcelona: Glosa ediciones/Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo.

- Benwell, M.E., Balfour, D.J. y Anderson, J.M. (1988). Evidence that tobacco smoking increases the density of (-)-[3H] nicotine binding sites in human brain. *Journal of Neurochemistry*, 50(4): 1243-7.
- Berenzon, S., Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Fleiz, C., Alcántar-Molinar, E. y Navarro, C. (1999). El consumo de tabaco de la población estudiantil en la ciudad de México. *Salud Mental*, 22(4): 20-25.
- Bigelow, G.E. & Silverman, K. (1999). Theoretical and Empirical Foundations of Contingency Management Treatments for Drug Abuse. En Higgins, S.T. & Silverman, K. (eds.) *Motivating Behavior Change Among Illicit-Drug Abusers: Research on Contingency Management Interventions* (15-31). 1 st ed., Washington, DC: American Psychological Association.
- Blair, H., Zuckoff, A., Page, J.R., Franklin, M.E. y Foa, E.B. (2008). Adding Motivational Interviewing to Exposure and Ritual Prevention for Obsessive–Compulsive Disorder: An Open Pilot Trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37(1): 38-49.
- Blondal, T., Gudmundsson, L.J., Olafsdottir, I., Gustavsson, G. y Westin, A. (1999). Nicotine nasal spray with nicotine patch for smoking cessation: randomised trial with six year follow up. *BMJ*, 318(7179): 285-289.
- Botvin, G.J. y Botvin, E.M. (1992). Adolescent Tobacco, Alcohol and Drug Abuse: Prevention Strategies, Empirical Findings, and Assessment Issues. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13 (4): 290-301.
- Botvin, G.J., Baker, E., Renick, N.L., Filazzola, A.D. & Botvin, E.M. (1984). A Cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention. *Addictive Behaviors*, 9, 137-147.
- Budney, A. J. & Higgins, S. T. (1998). A Community Reinforcement Plus Vouchers Approach: Treating Cocaine Addiction. Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Budney, A.J., Moore, B.A., Rocha, H.L. & Higgins, S.T. (2006). Clinical Trial of Abstinence-based vouchers and cognitive-behavioral therapy for cannabis dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2): 307-316.
- Caballero, A., González, B., Pinilla, J. y Barber, P. (2005). Factores predictores del inicio y consolidación del consumo de tabaco en adolescentes. *Gaceta Sanitaria*, 19(6):440-447.
- Cahill, K., Stead, L.F. y Lancaster, T. (2013). Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation (Review). *The Cochrane Library*, (6):1-80
- Carroll, K.M. & Onken, L.S. (2005). Behavioral Therapies for Drug Abuse. *American Journal of Psychiatry*, 162: 1452-1460.
- Carroll, K.M. (1998). *A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction*. Rockville: NIDA.
- Carroll, K.M., Ball, S.A., Nich, C., Martino, S., Frankforter, T.L., Farentinos, C., Kunkel, L.E. (...) Woody, G.E. (2006). The impact of motivational interviewing on substance abuse treatment retention: A randomized control trial of women involved with child welfare. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(1): 51-58.

- Carroll, K.M., Fenton, L.R., Ball, S.A., Nich, C., Frankforter, T.L., Shi, J. & Rounsaville, B.J. (2004). : Efficacy of disulfiram and cognitive-behavioral therapy in cocaine-dependent outpatients: a randomized placebo controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 64, 264-272.
- Carroll, K.M., Nich, C., Ball, S.A., McCance, E., Frankforter, T.L. & Rounsaville, B.J. (2000). One-year follow-up of disulfiram and psychotherapy for cocaine-alcohol users: sustained effects of treatment. *Addiction*, 95(9): 1335-1349.
- Carroll, K.M., Nich, C., Ball, S.A., McCance-Katz, E. & Rounsaville, B.J. (1998). Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. *Addiction*, 93, 713-728.
- Carroll, K.M., Nich, C., Ball, S.A., McCance-Katz, E.F., Frankforter, T.F. & Rounsaville, B.J. (2000). One-year follow-up of disulfiram and psychotherapy for cocaine-alcohol abusers: sustained effects of treatment. *Addiction*, 95:1335–1349.
- Casas, M. (1992). *Trastornos psíquicos en las toxicomanías*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Castro, M.E. en Tapia, R, (2001). Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas. 2.a ed. México, D.F.: Manual Moderno; Pp. 277–289.
- Charlton, A. (2004). Medicinal uses of tobacco in history. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97(6): 292-296.
- Chávez, R.C., López, F.J., Regalado, J. y Espinosa, M. (2004). Consumo de tabaco: una enfermedad social. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias de México*, 17(3): 204-214.
- Cloninger, C.R., Svrakic, D.M. & Przbeck, T.R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- Coatsworth, J. D., Santisteban, D. A., McBride, C. K., & Szapocznik, J. (2001). Brief strategic family therapy versus community control: Engagement, retention, and an exploration of the moderating role of adolescent symptom severity. *Family Process*, 40, 313 – 332.
- Corominas, M., Roncero, C., Bruguera, E. y Casas, M. (2007). Sistema Dopaminérgico y adicciones. *Revisión en Neutociencia*. 44(1): 23-31
- Costello, M.R., Mandelkern, M.A., Shoptaw, S., Shulenberger, S., Baker, S.K., Abrams, A.L., Xia, C., London, E.D. & Brody, A.L. (2010). Effects of Treatment for Tobacco Dependence on Resting Cerebral Glucose Metabolism. *Neuropsychopharmacology*, 35, 605–612.
- Cruz, S. (2007). *Los efectos de las drogas: de sueños y pesadillas*. México: Trillas.
- Curtin, L., Brown, R.A. & Sales, S.D. (2000). Determinants of Attrition from Cessation Treatment in Smokers with a History of Major Depressive Disorder. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(2): 134-142.
- D'amico, E.J., Miles, J.N.V., Stern, S.A. y Meredith, L.S. (2008). Brief motivational interviewing for teens at risk of substance use consequences: A randomized pilot study in a primary care clinic. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35(1): 53-61.

- Darke, S., Campbell, G. y Popple, G. (2012). Retention, early dropout and treatment completion among therapeutic community admissions. *Drug and Alcohol Review*, 31(1): 64-71.
- Daugherty, M., Miller, W. R., Meyers, R. J. y Tonigan, J. S. (2000). Taking more steps: Change in motivation before alcohol treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24, 383.
- De la Cruz, M., Gimeno, C. y Esteban, J. (2002). Diferencias en los criterios diagnósticos DSM-IV y DSM-IV-TR de los trastornos relacionados con sustancias y comentarios sobre términos utilizados. *Salud y Drogas*, 2(2): pp. 57-88
- De las Fuentes, M.E. y Villalpando, J. (2001). *Adaptación de un Instrumento de Tamizaje para Población Mexicana que Consume Drogas*. (Tesis de Licenciatura sin publicar). Facultad de Psicología, UNAM. México.
- De León, G. (1991). Retention in drug-free therapeutic communities. *NIDA Research Monograph*, 106, 218-244.
- De León, B. y Pérez, F. (2001). Adaptación, validación y confiabilización del Inventory of Drug Taking Situations (IDTS) y el Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ). Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Psicología, UNAM: México.
- De Micheli, A. y R. Izaguirre-Ávila (2005). Tabaco y tabaquismo en la historia de México y de Europa. *Revista de Investigación Clínica*, 57 (4): 608-613.
- De Sarno, P. y Giacobini, E. (1989). Modulation of acetylcholine release by nicotinic receptors in the rat brain. *Journal of Neuroscience Research*, 22(2): 194-200.
- Diaz, B. y Garcia, R. (2008). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(4): 223-232.
- DiClemente, C. C. (2003). *Addiction and change: How addictions develop and addicted people recover*. New York: Guilford Press.
- Dolan, M.P., Black, J.L., Penk, W.E., Rabinowitz, R. & DeFord, H.A. (1985). Contracting for treatment termination to reduce illicit drug use among methadone maintenance treatment failures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 549-551.
- Doll, R., Peto, R., Boreham, J. & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years observations on male British doctors. 328(7455).
- Echeverría, L. y Ayala, H. (1977). *Auto registro del Consumo de Alcohol y Otras Drogas: traducción y adaptación*, México: UNAM.
- Echeverría, L. y Ayala, H. (1977). *Cuestionario de Confianza Situacional: Traducción y adaptación*, México: UNAM.
- El-Khorazaty, M.N., Johnson, A.A., Kiely, M., El-Mohandes, A.A., Subramanian, S., Laryea, H.A. et al. (2007). Recruitment and retention of low-income minority women in a behavioral intervention

to reduce smoking, depression, and intimate partner violence during pregnancy. *BMC Public Health*, 7, 1-18.

Encuesta Nacional de Adicciones (2011). Reporte de tabaco. Recuperado de: http://www.cenadic.salud.gob.mx/PDFS/investigacion/ENA2011_tabaco.pdf

Escohotado, A. (1995). *Historia General de las Drogas*. Tomo 1, 3ª edición, Madrid: Alianza Editorial.

Evins, A.E., Mays, V.K., Rigotti, N.A., Tisdale, T., Cather, C. & Goff, D.C. (2001). A pilot trial of bupropion added to cognitive behavioral therapy for smoking cessation in schizophrenia. *Nicotine & Tobacco Research*, 3, 397-403.

Feldstein, S. W. y Forcehimes, A. A. (2007). Motivational interviewing with underage college drinkers: a preliminary look at the role of empathy and alliance. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33, 737-746.

Fernández, J. J., Arias, F., Castillo, C., Roncero, C., Rovira, M. A. y Secades, R. (2008). Opiáceos. Guías clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica. Palma de Mallorca: Socidrogalcohol.

Festner, M. (2008). Conocimientos actitudes y prácticas sobre el tabaquismo en estudiantes de Enfermería y Obstetricia del Instituto "Dr. Andrés Barbero"-Año-2007. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 6(2): 38-47.

Finney, J.W., Wilbourne, P.L. y Moss, R.H. (2007). Psychosocial treatments for substance use disorders. En Nathan, P. E. y Gorman, J. M. (Eds.). *A guide to treatments that work* (3ª ed., pp. 179-202). Nueva York: Oxford University Press.

Foulds, J. (2006). The neurobiological basis for partial agonist treatment of nicotine dependence: varenicline. *International Journal of Clinical Practice*, 60(5). 571-576.

García, O., García, G. y Secades, R. (2011). Manejo de contingencias en el tratamiento de las adicciones. En Pedrero, E.J., Ruíz, J.M., Verdejo, A., Llanero, M. y Ambrosio, E. (eds.). *Neurociencia y adicción* (pp. 241-254). España: Sociedad Española de Toxicomanías.

García-Señorán, M.M. (1994). *Educación para la salud, el consumo de drogas en los adolescentes escolarizados de Galicia. Propuesta educativa para su prevención*. Tesis Doctoral: Universidad de Santiago.

Goldberg, J.H. y Kiernan, M. (2005). Innovative techniques to address retention in a behavioral weight-loss trial. *Health Education Research*, 20(4): 439-447.

González, R.V. y Fontao, M.M. (2004). Creencias en fumadores pertenecientes a un programa de salud cardiovascular. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 12(número especial): 412-419.

Graña, J.L. y Muñoz-Rivas, M.J. (2000). Factores psicológicos de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8, 249-269.

Gray, J.A. en Van Goozen, S.H., van de Poll, N.E. y Sergeant, J. (1994). *Emotions: Essays on emotion theory*. New Jersey: Eridbaum.

- Gu, D.F., Hinks, L.J., Morton, N.E. y Day, I.N. (2000). The use of long PCR to confirm three common alleles at the CYP2A6 locus and the relationship between genotype and smoking habit. *Annals of Human Genetics*, 64, 383-390.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. & Miller, J.Y. (1992). Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems. *Psychological Bulletin*, 112(1): 64-105.
- Heidbreder, C.A., Andreoli, M., Marcon, C., Thanos, P.K., Ashby, C.R. & Gardner, E.L. (2004). Role of dopamine D₃ receptors in the addictive properties of ethanol. *Drugs of Today*, 40(4): 355-365.
- Heidbreder, C.A., Gardner, E.L., Xi, Z., Thanos, P.K., Mugnaini, M., Hagan, J.J. & Ashby, C.R. (2005). The role of central dopamine D₃ receptors in drug addiction: a review of pharmacological evidence. *Brain Research Reviews*, 49: 77-105.
- Hettema, J., Steele, J. & Miller, W.R. (2005). Motivational Interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111.
- Higgins, S.T. & Petry, N.M. (1999). Contingency Management: Incentives for Sobriety. *Alcohol Research & Health*, 23, 122-127.
- Hosmer, D.W. y Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression*. Second edition. New York: John Wiley & Sons.
- Houser, N.W. (1990). *El cigarro y la salud*. México: Trillas.
- Hughes, J.R., Stead, L.F. y Lancaster, T. (2010). Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Tobacco Addiction Group
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. (2012). **Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco**. Reynales-Shigematsu, L.M., Guerrero-López, C.M., Lazcano-Ponce, E., Villatoro-Velázquez, J.A., Medina-Mora, M.E., Fleiz-Bautista, C., Téllez-Rojo, M.M., Mendoza-Alvarado, L.R., Romero-Martínez, M., Gutiérrez-Reyes, J.P., Castro-Tinoco, M., Hernández-Ávila, M., Tena-Tamayo, C., Alvear-Semilla, C. y Guisa-Cruz, V. México D.F. México: INPRFM.
Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_TABACO.pdf
- Jiménez, C.A., Guirao, A.L., Cicero, A., Ruíz, J.J., Cristóbal, M., Mayayo, M. y Amor, N. (2008). La asistencia clínica en el tabaquismo. Madrid: Comunidad en Madrid.
- Jorenby, D.E., Hays, J.T., Rigotti, N.A., Azoulay, S., Watsky, E.J., Williams, K.E. (...) Reeves, K.R. (2006). Efficacy of Varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ Nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist, vs Placebo or Sustained-Release Bupropion for Smoking Cessation A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, 296(1): 56-63.
- Kalivas, P. W. y Volkow, N. (2005). Fundamentos Neurales de la Adicción: Una Afección de la Motivación y de la Capacidad de Elección. *American Journal of Psychiatry*. (Ed. esp.) 8: 577-588. Recuperado de: <http://ebookbrowse.com/fundamentos-neurales-de-la-adiccion-una-afeccion-de-la-motivacion-y-de-la-capacidad-de-eleccion-pps-d110291497>

- Kalkhuis-Beam, S., Stevens, S.L., Baumritter, A., Carlson, E.C., Pletcher, J.R., Rodríguez, D. y Audrain-McGovern, J. (2011). Participant- and Study-Related Characteristics Predicting Treatment Completion and Study Retention in an Adolescent Smoking Cessation Trial. *Journal of Adolescent Health, 49*, 371-378.
- Kellogg, S.H., Stitzer, M.L., Petry, N.M. & Kreek, M.J. (2009). Contingency Management: Foundations and Principles. Revisado el 18 de Marzo, 2009, Recuperado de: http://www.courts.state.co.us/userfiles/File/Administration/Probation/ResearchInBriefs/RIB_CM-Jan_09.pdf
- Koob, G.F. & Le Moal, M. (1997). Drug abuse: hedonic homeostatic dysregulation. *Science, 278*(5335): 52-58.
- Laespada, T., Iraurgi, I. y Aróstegi, E. (2004). Factores de Riesgo y Protección frente al consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV. Instituto Deusto de Drogodependencias: Universidad de Deusto.
- Lancaster, T. y Stead, L. (2008). Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Tobacco Addiction Group.
- Lancaster, T., Stead, L., Silagy, C. y Sowden, A. (2000). Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ, 321*(7257): 355-358.
- Larimer, M.E., Palmer, R.S. & Marlatt, G.A. (1999). Relapse Prevention: An Overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model. *Alcohol Research & Health, 23*(2): 151-160.
- Lee, C.S., Hayes, R.B., McQuaid, E.L. y Borrelli, B. (2010). Predictors of retention in smoking cessation treatment among Latino smokers in the Northeast United States. *Health Education Research, 25*(4): 687-697.
- Lezcano, E. (2002). La epidemia de tabaquismo. Epidemiología, factores de riesgo y medidas de prevención. *Salud Pública de México, 44*(supl. 1):5-18.
- López, S. y Rodríguez-Arias, J.L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema, 22*(4): 568-573.
- Lussier, J. P., Heil, S. H., Mongeon, J. A., Badger, G. J. & Higgins, S. T. (2006). A metaanalysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction, 101*, 192-203.
- Mackay, J., Eriksen, M. & Shafey, O. (2006). The Tobacco Atlas, 2nd Edition. Atlanta, GA: American Cancer Society (ACS).
- Magill, M. & Ray, L.A. (2009). Cognitive-Behavioral Treatment With Adult Alcohol and Illicit Drug Users: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 70*, 516-527.
- Marks, M.J., Burch, J.B. y Collins, A.C. (1983). Effects of chronic nicotine infusion on tolerance development and nicotinic receptors. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics, 226*(3): 817-25.

- Martin, L. y Grau, J.A. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14(1): 89-99.
- Martín, M. y Lorenzo, P. (2009). Capítulo 2: Fundamentos Biopsicosociales de las Drogodependencias, Prevención y Tratamiento (27-62). En *Drogodependencias: Farmacología, patología, psicología, legislación*. Madrid: Médica Panamericana.
- Martínez, K. y Ayala, H. (2003). Desarrollo y Evaluación de un Programa de Evaluación Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas (Tesis Doctoral sin publicar). Facultad de Psicología, UNAM. México.
- McCambridge, J. y Strang, J. (2005). Deterioration over time in effect of motivational interviewing in reducing drug consumption and related risk among young people. *Addiction*, 100, 470-478.
- McKay, J. R., Alterman, A. I., Cacciola, J. S., Rutherford, M. J., O'Brien, C. P. y Koppenhaver, J. (1997). Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine-dependent outpatients. *Archives of General Psychiatry*, 61, 264-272.
- McMurrin, M. (2009). Motivational interviewing with offenders: A systematic review. *Legal and Criminological Psychology*, 14(1): 83-100.
- Medina-Mora, M.E., Cravioto, P., Villatoro, J., Fleiz, C., Galván, F. y Tapia, R. (2003). Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998. *Salud Pública de México*, 45 (supl1):16-25.
- Medina-Mora, M.E., Villatoro, J., López, E., Berenzon, S., Carreño, S. y Juárez, F. (1995). Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos. *Gaceta Medica de México*, 131:383-387.
- Miller, W.R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98, 84-107.
- Moreno-Coutiño, A.B. y Medina-Mora, M.E., (2008). Tabaquismo y depresión. *Salud Mental*, 31. 409-415.
- Moreno-Coutiño, A., Hernández-Delgado, M., García-Anguiano, F., Díaz-Ayala, D., Reidl-Martínez, L. y Medina Mora-Icaza, M. (2011). *Manual de Tratamiento Integral Preabstinencia contra el tabaquismo para fumadores con sintomatología depresiva*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Moreno-Coutiño, A.B., Ruíz-Velasco, S. & Medina-Mora, M.E., (2009). Association between smoking and minimal-mild depressive symptomatology in heavy smokers. *Salud Mental*, 32. 199-204.
- MTPRG (2004). Brief treatments for cannabis dependence: findings from a randomized multisite trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3): 455-466.
- Murphy, K., Myers, B. y Wolach, A. (2008). *Statistical Power Analysis: A Simple and General Model for Traditional and Modern Hypothesis Tests*. Taylor & Francis.

- Murray, C.J. & Lopez, A.D. (1996). *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Disease, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health.
- National Institute on Drug Abuse (2004). *Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad*, 2ª edición. Estados Unidos: Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, Departamento de Salud y Servicios Humanos.
- National Institute on Drug Abuse (2005). *Los cigarrillos y otros productos que contienen nicotina*. Disponible en: http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/adicciones/23_-_nicotine-sp05.pdf
- National Institute on Drug Abuse (2010). *¿En qué consiste el tratamiento para la adicción?* Recuperado el 24 de Marzo de 2013, Recuperado de: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/preguntas-frecuentes/en-que-consiste-el-tratamiento-para-la-dro>
- National Institute on Drug Abuse (2011). *Prescription Drugs: Abuse and Addiction*. Revisado el 20 de Marzo, 2013 de NIDA en <http://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/prescription-drugs/treating-prescription-drug-addiction>
- Novacek, J., Raskin, R. y Hogan, R. (1991). *Why Do Adolescents Use Drugs? Age, Sex and User Differences*. *Journal of Youth and Adolescence*, 20 (5): 475-492.
- Nuño, B. L. y Flores, F. (2004). *La búsqueda de un mundo diferente. La representación social que determina la toma de decisiones en los adolescentes mexicanos usuarios de drogas ilegales*. *Salud Mental*, 27(4): 26-34.
- Nuño-Gutiérrez, B.L., Álvarez-Nemegyei, J., Madrigal-de León, E. y Rasmussen-Cruz, B. (2005). *Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes de una preparatoria de Guadalajara*. *Salud Mental*, 28(5): 64-70.
- Nuño-Gutiérrez, B.L., Álvarez-Nemegyei, J., Madrigal-de León, E. y Tapia-Curiel, A. (2008). *Factores asociados a los patrones de consumo de tabaco en adolescentes escolares*. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(1): 19-26.
- O'Loughlin, J., Paradise, G., Kim, W., DiFranza, j., Meshefedjian, G., Mc Millan-Davey, E., Wong, S., Hanley, J. & Tyndale, R.F. (2004). *Genetically decreased CYP2A6 and the risk of tobacco dependence: a prospective study of novice smokers*. *Tobacco Control*, 13: 422-428.
- Oficina contra la Droga y el Delito de las Naciones Unidas (2010). *Informe Mundial sobre las Drogas: Resumen Ejecutivo*. Recuperado de: <http://www.cinu.mx/comunicados/2010/06/en-el-informe-mundial-sobre-la/>
- Oficina contra la Droga y el Delito de las Naciones Unidas (2012). *Informe Mundial sobre las Drogas: Resumen Ejecutivo*. Recuperado de: http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/Executive_summary_spanish.pdf

- Oncken, C., Gonzáles, D., Nides, M., Rennard, S., Watsky, E., Billing C.B. et al. (2006). Efficacy and safety of the novel selective nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, varenicline, for smoking cessation. *Archives of Internal Medicine*, 166(15): 1571-1577.
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Tratamiento Farmacológico de los Trastornos Mentales en la Atención Primaria de la Salud*. Washington D.C.: OPS.
- Organización Mundial de la Salud (2011). Riesgos para la salud de los jóvenes. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2009). Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: un enfoque de salud pública. Recuperado de: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/epidemiologia_drogas_web.pdf
- Oropeza, R., Loyola, L.P. y Vázquez, F. (2005). *Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína: Un Modelo Cognitivo Conductual, Principios de Aplicación*. México: CONADIC.
- Pascual, P.F. y S. Vicéns (2004). Aspectos históricos, sociales y económicos del tabaco. *Adicciones*, 16 (2): 13-24.
- Pedrero, E.J., Fernández, J.R., Casete, L., Bermejo, M.A., Secades, R. y Tomás, V. (2008). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Valencia: SOCIDROGALCOHOL.
- Pérez-Pérez, R., Palomo-Camacho, L., Lima-Suarez, A. y López-Martínez, A. (2006). Abordaje diagnóstico del tabaquismo en un consultorio de medicina familiar en la Habana, Cuba. *Archivos en Medicina Familiar*, 8(3): 175-181.
- Petry, N. M. (2000). A comprehensive guide to the application of contingency management procedures in clinical settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 58, 9-25.
- Pitarque, R., Bolzán, A., Gatella, M.E., Moranga, F., Bugasen, S. y Echaide, L. (2007). Tabaquismo en adolescentes escolarizados de la ciudad de Olavarría, Buenos Aires. Prevalencia y factpres asociados. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 105(1): 115-121.
- Prendergast, M., Podus, D., Finney, J., Greenwell, L. & Roll, J. (2006). Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta-analysis. *Addiction*, 101(11): 1546-1560.
- procedures in clinical settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 58, 9-25.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking. Towards an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51, 390-395.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. y Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Project MATCH Research Group (1993). Project MATCH: Rationale and Methods for a Multisite Clinical Trial Matching Patients to Alcoholism Treatment. *Alcoholism*, 17(6): 1130-1145.
- Pyle, S.A., Haddock, C.K., Hymowitz, N., Schwab, J. & Meshberg, S. (2005). Family rules about exposure to environmental tobacco smoke. *Families, Systems & Health*, 23(1): 3-16.

- Quezada, V., Alarcón, D., Cavieres, M. y Betancourt, R. (2009). Aumento de la Conducta Operante tras la Presentación de Estímulos Condicionados Asociados al Efecto del Etanol. *Revista de Psicología*, 18(2): 65-79.
- Quirke, M. (2001). What Works in the Treatment of Adult Substance Dependency? *Wisconsin Bureau of Substance Abuse Services*. Recuperado el 21 de Marzo, 2013. Recuperado de: <http://www.dhs.wisconsin.gov/substabuse/docs/reports/WHATWORKadult.pdf>
- Rao, Y., Hoffmann, E., Zia, M., Bodin, L., Zeman, M., Sellers, M. y Tyndale, R.F. (2000). Duplications and defects in the CYP2A6 gene: identification, genotyping, and in vivo effects on smoking. *Molecular Pharmacology*, 58, 747-755.
- Rawson, R.A., Huber, A., McCann, M., Shoptaw, S., Farabee, D., Reiber, C. & Ling, W. (2002). A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59, 817-824.
- Ripple, C. & Luthar, S. (1996). Familial factors in illicit drug abuse: an interdisciplinary perspective. *The American Journal and Drug and Alcohol Abuse*, 22(2): 147-172.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). Efectos de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Satisfacción del paciente. Cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. En Rodríguez-Marín, J. (Ed.): *Psicología social de la salud* (pp. 151-160). Madrid: Síntesis.
- Roll, J.M., Petry, N.M., Stitzer, M.L., Brecht, M.L., Peirce, J.M., McCann, M.J. et al. (2006). Contingency management for the treatment of methamphetamine use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 163(11): 1993-1999.
- Rollnick, S., Butler, C.C., Kinnersley, P., Gregory, J. y Mash, B. (2010). Motivational interviewing. *BMJ*, 340.
- Rose, J.E., Behm, F.M., Westman, E.C. & Kukovich, P. (2006). Precesation treatment with nicotine skin patch facilitates smoking cessation. *Nicotine Tobacco Research*, 8: 89-101.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T. & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *The British Journal of General Practice*, 55(513): 305-312.
- Sánchez, L. (2002). Regularidades y tendencias relativas al problema de las drogas observadas en el ámbito mundial en los últimos años. Recuperado de <http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/drogas.pdf>
- Santander, S., Zubarew, T., Santelices, L., Argollo, P., Cerda, J. y Bórquez, M. (2008). Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos. *Revista Médica de Chile*, 136: 317-324.
- Santisteban, D. A., Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Kurtines, W. M., Murray, E. J., & LaPerriere, A. (1996). Efficacy of intervention for engaging youth and families into treatment and some variables that may contribute to differential effectiveness. *Journal of Family Psychology*, 10, 35 – 44.

- Santisteban, D.A., Pérez-Vidal, A., Coastworth, J.D., Kurtines, W.M., Schwartz, S.J., LaPerriere, A. y Szapocznik, J. (2003). Efficacy of Brief Strategic Family Therapy in Modifying Hispanic Adolescent Behavior Problems and Substance Use. *Journal of Family Psychology*, 17(1): 121-133.
- Schepis, T.S. & Rao, U. (2005). Epidemiology and etiology of adolescent smoking. *Current Opinion in Pediatrics*, 17(5):607-612.
- Schinke, S.P. & Blythe, B.J. (1981). Cognitive-behavioral prevention of children's smoking. *Child Behavior Therapy*, 3(4): 25-42.
- Schinke, S.P. & Gilchrist, L.D. (1983). Primary Prevention of tobacco smoking. *Journal of School Health*, 53, 416-419.
- Secades-Villa, R., Fernández-Hermida, J.R. y Arnáez-Montaraz, C. (2004). Motivational Interviewing and Treatment Retention Among Drug User Patients: A Pilot Study. *Substance Use & Misuse*, 39(9): 1369-1378.
- Sellman, J.D., Sullivan, P.F., Dore, G.M., Adamson, S.J. y MacEwan, I. (2001). A randomized controlled trial of motivational enhancement therapy (MET) for mild-moderate alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 62, 389–396.
- Shiffman, S., Dresler, C.M., Hajek, P., Gilburt, S., Targett, D.A. y Strahs, K.R. (2002). Efficacy of a Nicotine Lozenge for Smoking Cessation. *Archives of Internal Medicine*, 162(11): 1267-1276.
- Shytle, R.D., Silver, A.A. & Sanberg, P.R. (1996). Nicotine, tobacco and addiction. *Nature*, 384(6604):18-19.
- Silberfeld, M. & Glaser, F. B. (1978). Use of the life table method in determining attrition from treatment. *Journal of studies on Alcohol*, 39, 1582 – 1590.
- Slater, S.J., Chaloupka, F., Wakefield, M., Johnston, L.D. & O'Malley, P. (2007). The Impact of Cigarette Marketing Practices on Youth Smoking Uptake. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 161:440-445.
- Smith, D., DiLillo, V., Bursac, Z., Gore, S.A. y Greene, P.G. (2007). Motivational Interviewing Improves Weight Loss in Women With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 30(5): 1081-1087.
- Snow, W.M., Connett, J.E., Sharma, S. y Murray, R.P. (2007). Predictors of attendance and dropout at the Lung Health Study 11-year follow-up. *Contemporary Clinical Trials*, 28: 25-32.
- Spirito, A., Monti, P.M., Barnett, N.P., Colby, S.M., Sindelar, H., Rohsenow, D.J. (...) Myers, M. (2004). A randomized clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *The Journal of Pediatrics*, 145(3): 396-402.
- Stark, M. J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical Psychology Review*, 12, 93-116.
- Stead, L.F., Perera, R., Bullen, C., Mant, D. y Lancaster, T. (2008). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Tobacco Addiction Group.

- Stead L.F. y Lancaster, T. (2009). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Grupo Cochrane Tobacco Addiction Group.
- Stead, L.F. y Lancaster, T. (2012). Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. Grupo Cochrane Tobacco Addiction Group
- Stead, L.F., Perera, R., Bullen, C., Mant, D., Hartmann-Boyce, J., Cahill, K. y Lancaster, T. (2012). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Grupo Cochrane Tobacco Addiction Group.
- Stead, L.F., Perera, R., Bullen, C., Mant, D., Hartmann-Boyce, J., Cahill, K. y Lancaster, T. (2012). Can nicotine replacement therapy (NRT) help people quit smoking? Grupo Cochrane Tobacco Addiction Group.
- Stein, M. D., Solomon D. A., Herman, D. S., Anthony, J. L., Ramsey, S. E., Anderson, B. J. y Miller, I.W. (2004). Pharmacotherapy plus psychotherapy for treatment of depression in active injection drug users. *Archives of General Psychiatry*, 61, 152-159.
- Stephenson, A.L., Henry, C.S. y Robinson, L.C. (1996). Family characteristics and adolescent substance use. *Adolescence*, 31(121): 59-77
- Stitzer, M.L., Iguchi, M.Y. y Felch, L.J. (1992). Contingent take-home incentive: effects on drug use of methadone-maintenance patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 927-934.
- Stolerman, I. (1992). Drugs of abuse: behavioural principles, methods and terms. *Trends in Pharmacological Sciences*, 13(5): 170-176.
- Suárez, E. y Krauskopf, D. (1995). El enfoque de riesgo y su aplicación a las conductas del adolescente, una perspectiva psicosocial. En *La salud del adolescente y del joven*. Washington: OPS, Publicación científica.
- Suárez, N. y Campos, E. (2010). Prevalencia y percepción del riesgo del tabaquismo en el área de la salud del policlínico “Dr. Jorge Ruíz Ramírez”. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(2): 125-131.
- Sussman, S., Unger, J.B. & Dent, C.W. (2004). Peer group self-identification among alternative high school youth: A predictor of their psychosocial functioning five years later. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4: 9-25.
- Sweet, C., & Noones, J. (1989). Factors associated with premature termination from outpatient treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 47 – 51.
- Szapocznik, J., Hervis, O. y Schwartz, S. (2003). *Therapy Manuals for Drug Addiction: Brief Strategic Family Therapy for Adolescent Drug Abuse*. Maryland: NIDA.
- Szapocznik, J., Kurtines, W. M., Foote, F., Perez-Vidal, A., & Hervis, O. (1986). Conjoint versus one person family therapy: Further evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person. *Journal of Behavioral Sciences*, 6, 303 – 330.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M. & Parker, J.D. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge, Massachusetts, USA: Cambridge University Press.

- Terrasa, S., Ortíz, T., Nikisch, L., Cavadas, A., Giraudó, N., Loubiere, S. y Schoj, V. (2009). Creencias y actitudes de adolescentes escolarizados de la ciudad de Buenos Aires frente al tabaquismo. *Archivos de medicina Familiar y General*, 6(2): 14-27.
- Tong, E.K., Carmody, T.P. y Simon, J.A. (2006). Bupropion for Smoking Cessation: A Review. *Comprehensive Therapy*, 32(1): 26-33.
- Tyndale, R.F., Pianezza, M.L. & Sellers, E.M. (1999). A common genetic defect in nicotine metabolism decreases risk for dependence and lowers cigarette consumption. *Nicotine Tobacco Research*, 1 Suppl 2:63-7.
- Tucker, J.A., Vuchinich, R.E. y Harris, C.V. (1985). Determinants of Substance Abuse Relapse. En Galizio, M. y Maisto, S.A. (Eds.), *Determinants of Substance Abuse: Biological, psychological and environmental factors* (383-421). New York: Plenum.
- Vaillant, G.E. (1966). A twelve-year follow-up of New York narcotic addicts: I. The relation of treatment to outcome, *The American Journal of Psychiatry*, 122, 727-737.
- Wagner, E.H., Schoenbach, V.J., Orleans, C.T., Grothaus, L.C. et al (1990). Participation in a smoking cessation program: A population-based perspective. *American Journal of Preventive Medicine*, 6(5): 258-266.
- Waters, H., Sáens de Miera, B., Ross, H. y Reynales, L.M. (2010). *La economía del tabaco y los impuestos al tabaco en México*. París: Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias.
- Wassenaar, C.A., Dong, Q., Wei, Q., Amos, C.I., Spitz, M.R. & Tyndale, R.F. (2011). Relationship Between CYP2A6 and CHRNA5-CHRNA3-CHRNA4 variation and smoking behaviors and lung cancer risk. *Journal of the National Cancer Institute*, 103(17). 1342-1346.
- Wells, E.A., Peterson, P.L., Gainey, R.R., Hawkins, J.D. y Catalano, R.F. (1994). Outpatient treatment for cocaine abuse: a controlled comparison of relapse prevention and twelve-step approaches. *The American Journal of drug and alcohol abuse*, 20(1): 1 – 17.
- Wierzbicki, M. y Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2): 190-195.
- Wickizer, T., Maynard, C., Atherly, A., Frederick, M., Koepsell, T., Krupski, A. y Stark, K. (1994). Completion rates of clients discharged from drug and alcohol treatment programs in Washington State. *American Journal of Public Health*, 84(2): 215-22.
- Wonnacott, S. (1987). Brain nicotine binding sites. *Human & Experimental Toxicology*, 6 (5): 343-53.
- Zuckerman, M. (1991). *Psychobiology of personality*. Cambridge, Massachusetts: Cambridge University Press.