



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA**

**DESCUENTO TEMPORAL EN USUARIOS DE MARIHUANA CON  
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN**

**TESIS**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DEL  
COMPORTAMIENTO ADICTIVO**

**PRESENTA:**

**DANAE CELESTE RAMÍREZ ARRIAGA**

**DIRECTORA:**

**DRA. SILVIA MORALES CHAINÉ**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**COMITÉ:**

**DR. CESAR CARRASCOZA VENEGAS**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DRA. MAURA JAZMÍN RAMÍREZ FLORES**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**MTRO. MIGUEL ÁNGEL MEDINA GUTIÉRREZ**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**MTRA. VIOLETA FÉLIX ROMERO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**México D.F.**

**Mayo 2015**



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.

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

*A Emiliano*

## AGRADECIMIENTOS

*A mi familia, mis papás Martina y Diego, mis hermanos Diego y Juan, porque esto no se hubiera logrado sin su apoyo, gracias por estar conmigo en las buenas y en las malas y por darme su cariño incondicional.*

*A David por dejarme compartir mi vida contigo, gracias también porque me animaste cuando pensaba que no iba a terminar.*

*A mis amigos de acasulco y al equipo de descuento temporal Sandra, Chris, Ale, Gina, Judith, Montse, Isma, Liss, Ana, Liz, Dra. Lydia y Diana por sus palabras de aliento y por acompañarme en el largo camino de elaboración de la tesis.*

*A la Dra. Silvia porque hizo posible que este proyecto empezara y terminara exitosamente, gracias por todas las enseñanzas.*

*Y a mis asesores y jurados Dr. Cesar, Dra. Maura, Mtra. Violeta y Mtro. Miguel por su tiempo y su valiosa retroalimentación.*

## ÍNDICE

RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN.....	8
I. Consumo de marihuana, ansiedad y depresión.....	9
II. Descuento temporal de ganancias y pérdidas.....	14
III. Descuento temporal en usuarios de marihuana y comorbilidad con ansiedad y depresión.....	20
MÉTODO	
Participantes.....	26
Instrumentos y aparatos.....	28
Procedimiento.....	32
RESULTADOS.....	35
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.....	44
REFERENCIAS.....	49
ANEXOS.....	56

## RESÚMEN

Desde la perspectiva del descuento temporal el elegir una recompensa inmediata pequeña sobre una demorada de mayor valor es considerada una conducta impulsiva (Ainslie, 1975; Rachlin & Green, 1972). Pacientes con depresión o ansiedad han sido relacionados con la elección de recompensas inmediatas (Imhoff, 2014; Pulcu et al., 2013; Hofmann & DiBartolo, 2010). Usuarios de marihuana no parecen mostrar esta preferencia por ganancias inmediatas en comparación con usuarios de otras sustancias como cigarro o cocaína (Baker, Johnson & Bickel, 2003; Coffey, Gudleski, Saladin & Brady, 2003; Kirby & Petry, 2004). El objetivo de este estudio es describir el descuento temporal de ganancias y pérdidas en usuarios de marihuana en función de sus síntomas de depresión y ansiedad. PARTICIPANTES: 31 hombres de entre 19 y 30 años que contaron con un diagnóstico de dependencia severa o sustancial a la marihuana. INSTRUMENTOS Y APARATOS: SCL-90 (Cruz et al., 2005) y Programa de computadora Procedimiento de Ajuste de la Cantidad Inmediata en Java® (TM) Platform SE b version 7, para Windows®7 y 8, con el procedimiento establecido por Holt, Green & Myerson (2012). RESULTADOS: El ANOVA mostró que existen diferencias significativas entre los valores del área bajo la curva presentados por los usuarios del grupo con depresión baja en comparación con los usuarios con depresión alta para la ganancia de \$200 ( $p= 0.023$ ) y para la ganancia de la bebida de preferencia ( $p= 0.035$ ). No hubo diferencias significativas en los valores de AuC en relación a la ansiedad presentada.

Palabras clave: descuento temporal, marihuana, depresión, ansiedad.

## ABSTRACT

From the perspective of delay discounting, preference of a small and lower value reward instead a delayed larger one is considered impulsivity (Ainslie, 1975; Rachlin & Green, 1972). In losses tasks in contrast an impulsive behavior is preference of a delayed and larger lost instead an immediate small one (Yates & Watts, 1975). Patients with depression and anxiety have been correlated with the preference of immediate rewards (Imhoff, 2014; Pulcu et al., 2013; Hofmann & DiBartolo, 2010). Otherwise marijuana users don't show this preference of immediate rewards compared with tobacco or cocaine users (Baker, Johnson & Bickel, 2003; Coffey, Gudleski, Saladin & Brady, 2003; Kirby & Petry, 2004). The aim of this study is describe the delay discounting of gains and losses in marijuana users with depression and anxiety symptoms. PARTICIPANTS: 31 males aged 18 to 50 years old with several and substantial marijuana dependence. INSTRUMENTS AND APPARATUS: SCL-90 (Cruz et al., 2005) and computer with Adjust of the Immediate Quantity Procedure program in Java® (TM) Platform SE b version 7, for Windows®7 and 8, with the procedures established by Holt, Green & Myerson (2012). RESULTS: The ANOVA shows significant differences in area under the curve values presents by the group of low depression users compared with the high depression users for the \$200 ( $p= 0.023$ ) gain and the preference drink ( $p= 0.035$ ). No significant difference shown in the AUC related the anxiety presented.

Key words: delay discounting, marijuana, depression, anxiety.



## INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias es multifactorial es decir en él influyen diferentes factores, tanto biológicos, como psicológicos y sociales. El campo de la psicología se ha enfocado en la comprensión de estos múltiples factores que intervienen en el usuario de sustancias para entonces diseñar programas de intervención efectivos acorde a sus necesidades. Uno de los aspectos determinantes en el comportamiento adictivo es la conducta de elección y en específico la devaluación del valor de las consecuencias, es determinante ya que dicha devaluación los lleva a involucrarse en conductas adictivas que a corto y largo plazo son dañinas para el individuo.

Esta investigación aborda el cómo esta devaluación del valor de las consecuencias puede verse influenciada por la presencia no sólo de la dependencia a una sustancia adictiva sino también de la presencia de un trastorno del estado de ánimo como la ansiedad y depresión. Se explica la comorbilidad entre estos trastornos, se indaga sobre el método de descuento temporal a través del cual se mide la devaluación de las consecuencias y se discuten las implicaciones de la asociación entre el consumo de sustancias, presencia de síntomas de depresión y ansiedad y descuento temporal.

## **I. Consumo de marihuana, ansiedad y depresión**

El consumo de sustancias es un problema de salud pública que ha sido de interés en distintas áreas de la psicología. Afecta tanto a hombres como mujeres, adultos y jóvenes de cualquier estrato socioeconómico. Mundialmente se estimó que en el 2012 cerca de 243 millones de personas que corresponde al 5.2% de la población de entre 15 y 64 años ha usado alguna droga ilegal (UNODC, 2012). En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (2011), la prevalencia del consumo de cualquier droga en el último año pasó de 1.6% (en el 2008) a 1.8% (en el 2011). Mientras que para el consumo de drogas ilegales como la marihuana, cocaína o las anfetaminas, la prevalencia de consumo fue de 1.5%.

Particularmente, la marihuana se ha mantenido como la droga ilegal de mayor consumo en México. Representa el 80% del consumo total de drogas (ENA, 2011). El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA, 2011) ha reportado que el 43% de la población mexicana que asistió a un centro de atención de adicciones se inició con el uso de marihuana. Así mismo en el Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID, 2014) se informó que la marihuana es la sustancia ilegal de mayor consumo (85.1%).

El 23.8% de las personas consumidoras de marihuana informaron tener un consumo alto, es decir, consumieron 20 días o más durante el último mes y aunque el 51.9% de los usuarios de marihuana se encontraban en el grupo de 15 a 19 años, en la ENA (2011) se reportó que en el grupo de 18 a 34 años se encuentran las prevalencias

de consumo más altas de drogas en general, posicionándose la marihuana como la de mayor consumo (1.9%). Además en esta misma encuesta se reportó que la prevalencia de dependencia es más alta para los hombres (1.3%) en comparación con las mujeres (0.2%). Resultados parecidos los mostró el SISVEA (2012) al señalar que el 90.75% de los usuarios de marihuana ( $n = 609,948$ ) pertenecieron al sexo masculino.

Las estadísticas muestran que el consumo de sustancias se ha incrementado a lo largo de los años, por lo cual es importante comprender el comportamiento adictivo considerando también la comorbilidad con trastornos afectivos para crear estrategias de prevención y tratamiento específicas para este tipo de usuarios y que sean efectivas, que promuevan un estilo de vida saludable, que detengan el progreso de la conducta adictiva, es decir, que se reduzca el nivel de dependencia de los usuarios de sustancias y que reduzcan los daños que el consumo ya ha provocado en esta población.

Dentro de la población de usuarios de sustancias es común que se muestre comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos. Aproximadamente 6 de cada 10 personas que abusan de alguna sustancia ilegal presentan también otro trastorno mental (NIDA, 2014). Otros datos (NIDA, 2011) muestran que las personas diagnosticadas con trastornos del estado de ánimo o de ansiedad son doblemente propensas a presentar abuso y dependencia a sustancias, comparados con la población en general, así mismo las personas que presentan consumo de sustancias son más propensas a sufrir algún trastorno del estado de ánimo o de ansiedad. El consumo de sustancias también se ha asociado a otro tipo de trastornos en los cuales

la impulsividad es una característica importante por ejemplo, la personalidad antisocial o problemas de conducta.

Además las tasas de comorbilidad pueden variar por género, de acuerdo a una investigación de Conway et al. (2006) donde evaluaron a usuarios de sustancias en tratamiento, la personalidad antisocial es más común en hombres, mientras que las mujeres presentaban tasas más altas de depresión mayor, estrés postraumático y ansiedad.

Existen algunos estudios en México que indagan sobre la comorbilidad en usuarios de sustancias. Una investigación realizada por Caraveo y Colmenares (2002) con 1734 sujetos de la Ciudad de México de entre 18 y 65 años de edad, utilizó la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) para evaluar la edad de inicio de trastornos psiquiátricos y problemas asociados con el consumo de sustancias. Los resultados mostraron comorbilidad entre consumo de drogas, trastornos afectivos (depresión mayor, distimia y manía) y con trastornos de ansiedad (pánico, ansiedad generalizada, agorafobia, fobia simple y fobia social). Los trastornos de ansiedad precedieron en mayor proporción al consumo problemático de sustancias a diferencia de los trastornos afectivos. Lo cual podría ser un indicador de la necesidad de atender los síntomas de ansiedad en su inicio como método para prevenir el futuro consumo de sustancias.

Otro estudio realizado en México con 535 usuarios de un Centro Residencial de Ayuda Mutua para la Atención de Adicciones (CRAMAA) también utilizó la entrevista CIDI para evaluar la presencia de trastornos y encontró que el 75.72% de la población

evaluada cumplió con los criterios diagnósticos para algún trastorno mental. Entre los trastornos más frecuentes estuvieron: el déficit de atención y comportamiento perturbador (trastorno disocial y negativista desafiante), los trastornos de ansiedad (de angustia, agorafobia, fobia social, obsesivo compulsivo, estrés postraumático y ansiedad generalizada), de ansiedad de separación, afectivos (depresivo mayor, distímico o bipolar), de control de los impulsos y de la conducta alimentaria. Además en este estudio se reportó una relación entre el nivel de dependencia y la frecuencia de comorbilidad, es decir, el 85.93% de usuarios con dependencia a la sustancia presentaron comorbilidad, en comparación con usuarios con abuso de sustancias (75%), lo que sugirió que a mayor dependencia mayor comorbilidad psiquiátrica. (Marín et al, 2013).

En otro estudio se seleccionaron a 1920 participantes que habían sido parte de otra investigación 14 años antes, se dividió la muestra en dos grupos: 83 participantes que reportaron tener abuso de marihuana y 1837 sin abuso de marihuana, se les contactó y realizó una entrevista de seguimiento para saber entre otras cosas si habían presentado síntomas de depresión a lo largo de esos años, los resultados mostraron que los participantes con abuso de marihuana tenían cuatro veces más probabilidad de tener síntomas de depresión (Bovasso, 2001).

Crippa et al. (2009) hicieron una revisión sistemática de 16 artículos publicados durante el 2008. Mediante la revisión sistemática de bases de datos electrónicas emplearon términos como marihuana, cannabis, ansiedad, estrés, entre otros. Los resultados mostraron que los usuarios de marihuana presentaron niveles más altos de

ansiedad en comparación con los usuarios sin consumo. (Fergusson & Horwood, 1997; Degenhardt et al., 2001). Los usuarios de marihuana con dependencia mayor a la sustancia reportaban mayores síntomas de ansiedad. (Reily et al., 1998; Troisi et al., 1998; Clough et al., 2005; Spalleta et al., 2007) y un número considerable de participantes desarrollaron trastornos de ansiedad antes de los primeros síntomas de dependencia a la marihuana sugiriendo que algunos de ellos podrían estar usando marihuana como automedicación para la ansiedad (Agnosti et al., 2002).

Si bien, se han reportado en las investigaciones con consumidores de sustancias altas prevalencias de comorbilidad no es posible afirmar que una condición cause la otra a pesar de que una se haya presentado primero. Es necesario conocer la naturaleza de esta comorbilidad, e identificar los factores que subyacen a los dos para así poder dar un tratamiento integral que intervenga en las dos problemáticas.

El fenómeno de las adicciones es multidimensional y una de las formas que se ha utilizado para abordarlo es el estudio de la conducta impulsiva, la conducta impulsiva esta frecuentemente asociada a los consumidores de sustancias y se han desarrollado procedimientos para medirla, tales como las tareas de descuento temporal.

## II. Descuento temporal de ganancias y pérdidas

No existe una única definición de impulsividad y no ha habido un consenso sobre sus características; sin embargo hay varias aproximaciones que han ayudado a comprender las conductas impulsivas.

El término de impulsividad se ha asociado con frecuencia a aspectos negativos de la conducta. La impulsividad es conceptualizada como una característica que se debería cambiar o corregir y ha sido asociada a diversos trastornos como la manía, trastornos de personalidad, TDAH y abuso de sustancias. (Swann, 2009; Berlin, Rolls & Iversen, 2005; Crews & Boettiger, 2009). Desde esta perspectiva Evenden (1999) definió la impulsividad como conductas realizadas sin considerar las consecuencias, conductas que son expresadas rápidamente, arriesgadas o inapropiadas a la situación lo cual resulta en consecuencias indeseadas. Desde el contexto de la psicopatología la American Psychological Association (APA, 2000) la definió como la falla en resistir un impulso y la propensión a realizar actos que son dañinos para la persona o para otros. Eysenck et al. (1985) concibió la impulsividad como la relacionada con la toma de riesgos, la falta de planeación y el “pensar rápido”. Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz y Swann (2001) propusieron que una definición de impulsividad debe incluir tres aspectos importantes: poca sensibilidad a consecuencias negativas, las reacciones rápidas no planeadas ante los estímulos antes de procesar completamente la información y la falta de consideración por las consecuencias a largo plazo. Dickman (1990) por su parte propuso que hay dos tipos de impulsividad la disfuncional y la

funcional, a esta última la define como una toma de decisiones rápida o arriesgada que no lleva a consecuencias negativas y en cambio produce beneficios.

Dentro del campo de estudio de las conductas impulsivas se ha sugerido que no existe una única impulsividad sino una variedad de impulsividades lo cual lleva a una variedad de conductas impulsivas, que pueden ser medidas de diversas formas y pueden estar reguladas por diferentes mecanismos biológicos (Evenden, 1999). Estíbaliz y Santisteban (2006) en su revisión sobre la impulsividad también aluden a esta concepción de diferentes tipos de impulsividades que dividen en dos: la conductual y la cognitiva. La conductual es lo equivalente a la inhibición de respuestas mientras que la cognitiva se refiere a la incapacidad de valorar las consecuencias de eventos inmediatos y futuros y por tanto de demorar la gratificación.

Desde la perspectiva del descuento temporal la conducta impulsiva es considerada como el elegir un reforzador menor pero inmediato sobre un reforzador de mayor valor pero demorado (Ainslie, 1975; Rachlin & Green, 1972). Por tal motivo la impulsividad ha sido asociada al consumo de sustancias pues implica elegir una gratificación inmediata, como son los efectos de las sustancias (relajación, euforia, etc.) en lugar de los futuros beneficios obtenidos por la abstinencia. Sin embargo son diversas las conductas involucradas en el marco de la impulsividad y se necesitan más estudios para afirmar que la impulsividad es producto de una sustancia. La conducta impulsiva está relacionada con un patrón de recompensas disponibles por emitir ciertas conductas dentro de ciertos contextos.



Se ha observado que las decisiones que toman los individuos no solo dependen de su valor real sino del valor que es percibido o el valor psicológico (Mazur, 1987). A la disminución del valor subjetivo o psicológico de la recompensa se le llama descuento y el valor cambia en función de varios factores, entre ellos la demora de su entrega.

El método que es utilizado comúnmente para determinar el descuento temporal consiste en presentar al sujeto una serie de elecciones sucesivas donde se presentan dos opciones de recompensas o pérdidas ya sean reales o hipotéticas: una pequeña e inmediata y una de mayor valor pero demorada. La opción inmediata se ajusta de acuerdo a la elección previamente hecha por el participante, por ejemplo si el participante elige la opción inmediata entonces en el siguiente ensayo la opción inmediata presentada será de menor valor, en cambio si esta vez elige la opción demorada, en el siguiente ensayo la opción inmediata aumentará de valor. A través de las elecciones ante varias demoras es posible obtener el llamado punto de indiferencia que es el momento en el que la opción pequeña inmediata y la mayor pero demorada, tienen el mismo valor para el sujeto. Así pues, mediante estos puntos de indiferencia se puede determinar el valor subjetivo que el participante asigna a un resultado determinado (Madden & Johnson, 2010).

Cuando una persona se encuentra dentro de una situación de elección y debe elegir entre una ganancia demorada y una inmediata del mismo valor, tenderá a elegir la inmediata (Myerson & Green, 1995). Si se tiene que evaluar más de una dimensión de la consecuencia a elegir, es decir, cuando se evalúa tanto la magnitud de la consecuencia como la demora de su entrega, por ejemplo si se presenta a una

persona una ganancia inmediata pequeña y una ganancia mayor pero demorada también tenderá a elegir la recompensa inmediata, esto significa que las ganancias demoradas de mayor valor son descontadas de forma más pronunciada que las recompensas inmediatas de menor valor.

En las tareas de elección con ganancias también se ha observado que se descuentan de forma más pronunciada las ganancias demoradas de menor valor que las ganancias demoradas de mayor valor, a lo cual se ha llamado efecto de la magnitud (Green, Myerson & McFadden, 1997; Raineri & Rachlin, 1993).

Las elecciones en las tareas de descuento temporal con pérdidas han sido menos estudiadas. Sin embargo se ha demostrado que el descuento de pérdidas demoradas normalmente es menos pronunciado que el de ganancias demoradas, el cual ha sido llamado el efecto del signo. Sugiere que para la mayoría de las personas las pérdidas grandes pero demoradas son más aversivas que lo atractivo que pueden ser las ganancias (Murphy, Vuchinich & Simpson, 2001; Estle, Green, Myerson & Holt, 2006). Aislina (1975) llevó a cabo un estudio con estudiantes a los que se les daba a elegir entre recibir choques eléctricos en ese momento o en diferentes demoras: 1 día, 1 semana o 3 semanas. Mostró que la mayoría prefirió los choques eléctricos inmediatos lo cual implica que el evento aversivo inmediato es considerado menos aversivo que si este se presenta con cierta demora. Con esto infirió que la demora en sí misma es aversiva, esta demora hizo que el estímulo aversivo fuera aún más aversivo. Sin embargo Yates & Watts (1975) encontraron lo contrario, a los participantes se les daba a elegir entre pérdidas monetarias demoradas o inmediatas

ante varias demoras, las personas preferían las pérdidas demoradas en lugar de las inmediatas.

Estle, Green, Myerson y Holt (2006) mostraron que en tareas de descuento con pérdidas también se presentó el efecto de la magnitud. Los participantes descontaban de forma más pronunciada una pérdida pequeña que una grande.

Dentro del campo de estudio del descuento temporal existen diferentes conceptualizaciones del proceso de toma de decisiones. Estos son el “racional”, sustentado en la ecuación exponencial que se basa en la maximización de ganancias, y que indica que la elección de los individuos se mantendrá a lo largo del tiempo mostrando lo que el organismo debería hacer (Vunich & Heather, 2003; Rachlin, 2006) y el enfoque “empírico” el cual propone que los seres humanos no siempre maximizan ganancias (Mazur, 1987). Se basa en la ecuación hiperbólica o cuasi hiperbólica que en cambio se ajusta con mayor precisión a lo que el organismo en realidad hace. La ecuación cuasihiperbólica es la siguiente:

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

En donde Y es el valor subjetivo de la recompensa de la cantidad A, b es el parámetro de descuento, X es la variable independiente, la demora de entrega y <sup>s</sup> refleja la escala no lineal de la cantidad y el tiempo o probabilidad. Esta ecuación es una descripción matemática de la forma en que cambia el valor subjetivo de la recompensa en función de la demora. La evidencia muestra que ésta ecuación cuasihiperbólica explicación con mayor precisión las decisiones que involucran demoras y probabilidad de entrega (Myerson & Green, 1995).

Además de usar ecuaciones ya sea exponenciales o cuasi hiperbólicas también se ha usado el cálculo matemático del Área bajo la Curva (AbC) para medir el descuento, comprobando que es una medida útil pues coincide con los resultados obtenidos con otros métodos (Myerson, Green & Warusawitharana, 2001).

El descuento temporal es una aproximación teórica que aporta procedimientos comúnmente utilizados para medir la impulsividad. El estudio sobre el descuento temporal ha aportado hallazgos para la comprensión de diferentes problemáticas sociales. Por ejemplo, en humanos se ha estudiado el valor de las recompensas en función de la demora de su entrega en diferentes poblaciones: personas con obesidad (Epstein, Salvy, Carr, Dearing & Bickel, 2010) jugadores de apuestas (Madden, Francisco, Brewer & Stein, 2011) y usuarios de sustancias (Baker, Johnson, & Bickel, 2003) entre otros. En estas investigaciones se discuten sus implicaciones tanto teóricas como prácticas.

### **III. Descuento temporal en usuarios de marihuana y comorbilidad con ansiedad y depresión**

Se ha evaluado el descuento temporal en usuarios de sustancias con distintos niveles de dependencia y con algunas otras problemáticas (Baker, Johnson, & Bickel, 2003; Coffey, Gudleski, Saladin, & Brady, 2003; Kirby & Petry, 2004; Kirby, Petry, & Bickel, 1999; Mitchell, Fields, D'Esposito, & Boettiger, 2005; Odum & Rainaud, 2003; Reynolds et al., 2009). Se ha encontrado que individuos que abusan de alcohol, nicotina, cocaína, metanfetaminas y opioides descuentan las recompensas demoradas de forma más pronunciada que los controles y descuentan más la sustancia que el dinero.

Sin embargo se ha observado que la dependencia a la marihuana puede estar asociada al descuento temporal (en tareas con ganancias) pero en menor proporción que el descuento que muestran los usuarios con dependencia a otros tipos de drogas como tabaco, cocaína y alcohol (Odum & Baumann, 2007; Coffey, Gudleski, Saladin, & Brady, 2003; Moore & Cusens, 2010). Johnson, Bickel, Baker, Moore, Badger & Budney (2010) compararon el descuento temporal presentado por tres diferentes grupos: dependientes a marihuana, ex dependientes a marihuana y controles (93 participantes en total). Los usuarios de marihuana puntuaron significativamente más alto en la subescala de impulsividad del cuestionario "Eysenck Impulsiveness-Venturesomeness-Empathy" (1985) que los controles, sin embargo no hubo diferencias significativas entre los tres grupos en la tarea de descuento.

McDonald, Schleifer, Richards & Wit (2003) administraron dosis de THC (el principal activo de la marihuana) a participantes sin dependencia a sustancias, los compararon con participantes a quienes administraron un placebo, y observaron su desempeño en cuatro tareas que medían impulsividad, entre ellas una tarea de descuento temporal. No encontraron diferencias en el descuento pero si en otras tareas; por lo cual sugirieron que el THC aumentó ciertas formas de conducta impulsiva y sin embargo no afectó otras conductas que también pueden calificarse como impulsivas. Esta “disociación” entre las cuatro medidas de impulsividad sugirió que la impulsividad es un conjunto de distintos componentes más que un proceso único. En esta misma investigación describen que el THC y el receptor agonista cannabinoide CB1 incrementan la actividad de las neuronas dopaminérgicas, la administración crónica de dichos agonistas de dopamina decrementan la conducta impulsiva, tal como se ha observado con niños con TDAH a quienes se les administra metilfenidato, el cual también es un agonista de dopamina.

Las investigaciones anteriormente indagan sobre la asociación del descuento temporal con el consumo de sustancias, además de ellos en otros estudios también se han relacionado otro tipo de trastornos, como depresión o ansiedad. Por ejemplo Liu et al. (2012) describieron el descuento temporal de 466 usuarios dependientes a opiáceos y cocaína, divididos en dos grupos, el primer grupo estaba formado por los usuarios que reportaban haber tenido algún intento suicida a lo largo de su vida, el segundo grupo lo conformaban usuarios sin historial de intentos suicidas; los participantes realizaron el cuestionario de decisiones monetarias de Kirby (1999) con dos ganancias monetarias: una pequeña y una grande, para evaluar el efecto de la magnitud.

Encontraron que no hubo diferencias significativas entre los grupos para la ganancia pequeña, sin embargo para la ganancia de mayor valor los usuarios dependientes sin historial de suicidios descontaban de forma pronunciada las recompensas demoradas, en comparación con los usuarios con historial de intentos suicidas. Los usuarios con historial de intentos suicidas parecían ser indiferentes a la magnitud de la recompensa demorada, descontaban tanto las recompensas pequeñas demoradas como las grandes demoradas, mostrando tasas casi idénticas.

Imhoff (2014) llevó a cabo un estudio con 80 adolescentes divididos en cuatro grupos: usuarios de tabaco sin depresión, usuarios de tabaco con depresión, no consumidores de tabaco con depresión y no consumidores de tabaco sin depresión. Aplicó una tarea de descuento por computadora propuesta por Richards et al. (1999) en donde los participantes eligieron entre ganancias monetarias inmediatas y demoradas, los resultados mostraron que el descuento temporal y la presencia de depresión estuvieron significativamente correlacionados. El grupo de usuarios de tabaco con depresión y los usuarios de tabaco sin depresión así como el grupo de no fumadores con depresión descontaron más que los participantes que no presentaban consumo de tabaco ni depresión (el grupo control).

Engelman et al. (2013) por su parte realizaron un estudio con 36 participantes divididos en tres grupos. En el primer grupo los participantes presentaban depresión mayor y trastorno de estrés postraumático, en el segundo grupo los participantes presentaban depresión mayor sin trastorno de estrés postraumático y en el tercer grupo los participantes no presentaban ningún tipo de trastorno. Los resultados

mostraron que los pacientes con depresión y los pacientes que presentaban tanto el trastorno de estrés postraumático como depresión, descontaron de forma más pronunciada el valor de la ganancia demorada en comparación con los controles (participantes sin depresión ni trastorno de estrés postraumático). Además se observó que el grupo de pacientes que presentaba trastorno de estrés postraumático y depresión, mostraron una tasa de descuento menos pronunciada en comparación con los pacientes con depresión sin trastorno de estrés postraumático en la tarea de pérdidas demoradas. Los autores explicaron que la ansiedad asociada con el trastorno de estrés postraumático podría estar sirviendo en parte como un factor protector en la toma de decisiones sobre pérdidas potenciales a largo plazo comparado con los pacientes con solo depresión.

Resultados similares fueron encontrados por Pulcu et al. (2013) quienes evaluaron a 82 participantes divididos en tres grupos, pacientes con depresión mayor, sin depresión o con depresión remitida (es decir, aquellos pacientes que tuvieron depresión en algún momento de su vida pero que actualmente ya no presentan síntomas de depresión). Utilizaron una tarea de elección monetaria basada en la de Kirby (1999) la cual consta de 27 ítems. Encontraron que los pacientes con depresión mayor, con relación a los pacientes con depresión remitida, y los sujetos sin depresión, descontaron las recompensas grandes y demoradas mostrando tasas más altas de descuento además los pacientes con depresión fueron insensibles a los cambios en el tamaño de la recompensa.



En cuanto al estudio del descuento temporal en participantes con ansiedad, Salters y Diller (2013) evaluaron a 34 estudiantes, examinaron el papel que juegan la ansiedad, el afecto negativo y la tendencia al escape (se refiere a la acción del sujeto de evitar o demorar situaciones, estímulos o eventos que le producen miedo) en las elecciones entre resultados aversivos inmediatos o demorados. La tarea de descuento consistió en elegir entre choques eléctricos inmediatos o demorados. Los resultados indicaron que altos niveles de ansiedad, mayor afectividad negativa y mayor tendencia a escapar predijeron la preferencia de estímulos aversivos mayores pero demorados a los pequeños pero inmediatos.

Hofmann y DiBartolo (2010) explicaron que una persona que presenta ansiedad social tiende a preferir ganancias inmediatas más pequeñas por ejemplo la tranquilidad de quedarse en casa y no salir a fiestas en vez de salir y enfrentarse a ambientes desconocidos con muchas personas con las cuales podría establecer relaciones de amistad lo cual es una consecuencia más grande pero que se presentaría con cierta demora. Algo parecido sucedió con las pérdidas, las personas con ansiedad social tendieron a evitar pérdidas inmediatas por ejemplo evitando la incomodidad que les produciría el hacer una presentación de trabajo, prefiriendo entonces las pérdidas mayores y demoradas como sería en este mismo ejemplo el perder el empleo.

Rounds, Beck y Grant (2007) evaluaron a 88 participantes que presentaban ansiedad social alta o baja. Los participantes que presentaban un nivel mayor de ansiedad mostraron mayores tasas de descuento en comparación con los participantes que tenían ansiedad baja.

El estudio del descuento temporal tiene implicaciones teóricas para la comprensión de la toma de decisiones. Sin embargo existe poca evidencia del descuento temporal en poblaciones con dependencia a marihuana y síntomas de ansiedad y depresión. Por lo cual el objetivo de este estudio es describir el descuento temporal de ganancias y pérdidas en usuarios de marihuana en función de sus síntomas de depresión y ansiedad.

## MÉTODO

### *Participantes*

Se trabajó con 31 participantes de sexo masculino de entre 19 y 30 años, con un promedio de 25 años de edad, que asistieron a dos centros de atención para las adicciones, uno residencial y otro ambulatorio, que contaron con un diagnóstico de dependencia severa o sustancial a la marihuana y que aceptaron participar en el estudio firmando la carta de consentimiento informado. Las características de la muestra se presentan en la Tabla 1.

Se excluyó a cualquier usuario que presentara: algún diagnóstico psicótico, algún diagnóstico bipolar en fase maníaca aguda, problemas cognoscitivos que incapacitara su participación en el tratamiento y que presentara criterios de dependencia a otras drogas diferentes a la marihuana.

Tabla 1.  
*Datos Sociodemográficos*

Ocupación	%
Estudiante de tiempo completo	12,9
Estudiante con actividad laboral	3,2
Actividad laboral estable	32,3
Actividad laboral inestable	22,6
Desempleo	12,9
Desocupado	16,1
Nivel socioeconómico	

Menos de \$1000	19,4
\$1000 a \$2500	22,6
\$2500 a \$4000	35,5
\$4000 a \$6000	9,7
\$6000 a \$10000	6,5
Más de \$10000	6,5
<hr/>	
Escolaridad	
<hr/>	
Secundaria completa	16,1
Bachillerato incompleto	41,9
Bachillerato completo	16,1
Universidad incompleta	16,1
Universidad completa	9,7
<hr/>	
Nivel de dependencia a marihuana CAD 20	
<hr/>	
Moderada	25,8
Sustancial	41,93
Severa	32,25
<hr/>	
Nivel de dependencia a marihuana ASSIST	
<hr/>	
Intervención Breve	12,9
Tratamiento Intensivo	87,09
<hr/>	
Poli-consumidores	32,25
<hr/>	
Tabaco	9,09
Alcohol	54,54
Cocaína	27,27
Inhalantes	27,27
Pastillas para dormir	9,09
<hr/>	

## *Instrumentos y aparatos*

**Test de tamizaje de alcohol, tabaco y uso de drogas**, (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test *ASS/ST*, Linage & Lucio, 2012). Cuestionario de lápiz y papel que consta de 8 reactivos, las opciones de respuesta van de 0 a 6 y determina el tipo de intervención necesaria para el usuario (Consejo breve, Intervención Breve o Tratamiento intensivo). Mostró tener validez concurrente y coincidió con otros instrumentos ampliamente empleados en la medición del consumo de sustancias. También mostró buena confiabilidad test-retest (estabilidad temporal), con índices que variaron entre de 0.40 a 0.84.

**Cuestionario de Abuso de Drogas CAD-20**, (De las Fuentes, Villalpando, Oropeza, Vázquez & Ayala, 2001). Cuestionario de lápiz y papel con 20 reactivos, las opciones de respuesta son Sí o No y mide el nivel de dependencia: bajo, moderado, sustancial o severa. Su confiabilidad es de .86 y en cuanto su validez, 4 componentes explican más del 50% de la validez total y se correlaciona con el número, frecuencia y problemas asociados al consumo.

**MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional**, (Sheehan et al., 1998). Instrumento de lápiz y papel, las opciones de respuesta son Sí o No, la escala de trastorno psicótico actual consta de 10 reactivos, de los cuales 7 contesta el usuario y 3 el terapeuta; la escala de Episodio Hipomaníaco actual consta de 9 reactivos. Se reporta que hay concordancia con la entrevista CIDI con valores del coeficiente de

Kappa de Cohen buenos, es decir mayores de 0.70, en cuanto a su confiabilidad los valores de kappa para la prueba test-retest eran mayores de 0.75.

**Cuestionario de Tamizaje para la detección de juego patológico,** Cuestionario de lápiz y papel con 6 reactivos en los cuales el usuario puede responder Sí o No. Tiene como objetivo ser un primer filtro para conocer si el usuario presenta signos de juego patológico.

**Sub pruebas de retención de dígitos, y símbolos del WAIS,** (Tulsky & Zhu, 2003), la sub prueba de retención de dígitos está compuesta por dos tareas que se aplican por separado: dígitos de orden directo, dígitos en orden inverso; para la sub prueba de símbolos el sujeto debe copiar una serie de símbolos que aparecen emparejados cada uno a un número. El sujeto debe dibujar debajo de cada número el símbolo que le corresponda.

**Cuestionario de confianza situacional,** (CCS; Echeverría & Ayala, 1997), evaluó el nivel de autoeficacia para resistirse al consumo de drogas ante 8 categorías situacionales, la puntuación van de un rango de 0 a 100%, las 8 categorías reportaron ser confiables y la validez de constructo fue adecuada al correlacionar cada categoría con las medidas del consumo, prediciendo correctamente situaciones de recaídas.

**Escala de Satisfacción General,** (ESG; Teichner, DeCato, Donohue, Azrin & Howell, 1998) evalúa el porcentaje de satisfacción del usuario (0-100%) en 9 áreas de

vida cotidiana y en su satisfacción general, la confiabilidad del instrumento es de 0.76 y la validez de criterio reportada es adecuada, se correlacionó el promedio de satisfacción de las diferentes áreas con el general.

**Entrevista inicial.** Consta de 77 preguntas que indagan sobre las características del consumo de sustancias, consecuencias del consumo, abstinencia, información sobre consumo de tabaco, disposición al cambio, situación laboral, su estado de ánimo, su salud física, consecuencias adversas al uso de sustancias y tratamientos previos.

**Medición de la Bebida de Preferencia y Lista de Actividades de Tiempo Libre.** Consta de 15 opciones de bebidas y 15 opciones de actividades entre las cuales el usuario elige cual es su preferida, es utilizada para programar la tarea de descuento temporal

**Lista checable de síntomas, (SCL-90;** Cruz et al., 2005), es una escala de síntomas que permite evaluar el grado de distrés psicológico que experimenta una persona. Cuenta con 90 síntomas y las opciones de respuesta van de 0 a 4 (no, un poco, regular, mucho o muchísimo). Se evalúa en función de 9 dimensiones y 3 índices globales de malestar psicológico: Somatizaciones, Obsesiones y compulsiones, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide, Psicoticismo, Índice global de severidad, Índice positivo de Malestar, Total de síntomas positivos. La escala mostró buena consistencia interna, el valor del alfa de Cronbach para las dimensiones de ansiedad y depresión fueron 0.80 y 0.83 respectivamente. La validez de constructo fue evaluada por una prueba de hipótesis

conceptuales previamente definidas, la cual se basó en el supuesto de que el nivel de síntomas cambia en función de las variables sociodemográficas, los resultados mostraron que los puntajes promedio fueron mayores en el grupo de mujeres que en el de hombres, se observó que los grupos de población más jóvenes tienden a obtener puntajes más altos así mismo los grupos de hombres y mujeres con algún trastorno psiquiátrico mostraron valores significativamente más altos.

Para la evaluación de descuento temporal se utilizó una computadora equipada con el programa Procedimiento de Ajuste de la Cantidad Inmediata en Java® (TM) Platform SE b versión 7, para Windows®7 y 8, con los procedimientos establecidos utilizados por Holt, Green y Myerson (2012).

Por último se utilizó un marcador biológico Drug Screen Dip Test® para evaluar la presencia de sustancias en el cuerpo realizado con una muestra de orina.

### *Procedimiento*

En el presente estudio se empleó un diseño no experimental de tipo correlacional.

El procedimiento general consistió en una sesión de Admisión y una sesión de Evaluación. Posterior a estas sesiones el usuario iniciaba el tratamiento con el terapeuta asignado.



Los participantes acudieron voluntariamente al centro a solicitar el servicio de atención debido al consumo de marihuana. Se les asignó una cita a los usuarios en el momento en el que se comunicaban al centro, en la primer sesión de admisión se aplicaron los instrumentos de lápiz y papel en el siguiente orden: 1. Ficha de identificación 2. ASSIST, 3. Cuestionario de Abuso de Drogas CAD-20, 4. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, 5. Cuestionario de Tamizaje para la detección de juego patológico, 6. Sub pruebas de retención de dígitos, y símbolos del WAIS, 7. Formato de criterios de inclusión, 8. Medición de la Bebida de Preferencia, 9. Lista de Actividades de Tiempo Libre (las cuales eran necesarias para la programación de la tarea de descuento) y 10. Formato de consentimiento de participación.

Finalmente se realizó el antidoping, se entregó los resultados y se programó la próxima cita.

En la sesión de Evaluación se aplicó la tarea de descuento temporal, posteriormente se aplicaron los siguientes instrumentos en este orden: 1. Línea Base Retrospectiva (LIBARE), 2. Lista checable de síntomas (SCL-90), 3. Cuestionario de Confianza Situacional (CCS), 4. Escala de Satisfacción General (ESG) y 5. Entrevista inicial.

Para la aplicación de la tarea de descuento temporal se le pidió al participante que entrara al cubículo de aplicación, el cual contaba con adecuada iluminación, con ventana cerrada, silla confortable, escritorio de un metro por un metro, con las instrucciones de la tarea en rotafolio pegadas en la pared. A continuación se leían al participante las siguientes instrucciones:

“Las siguientes tareas consisten en que usted tome algunas decisiones sobre dos opciones de recompensas ó de pérdida que le presentaremos en la pantalla de la computadora. Usted no recibirá las recompensas o pérdidas que usted elija, pero tome las decisiones como si realmente fuera a recibir los resultados que usted elija, reflexione cada pregunta y elija lo que usted realmente quiera. Las posibles recompensas se presentarán en dos cuadros uno a su derecha y el otro a la izquierda, usted puede elegir con el ratón la opción que prefiera ó con las flechas de su teclado. Recuerde que las decisiones que usted tome son totalmente confidenciales, no hay respuestas buenas ni malas, así que responda conforme lo que usted prefiera en este momento, por favor evite responder pensando en lo que usted elegiría en el pasado o en el futuro. A continuación haremos unos ejercicios de práctica”.

Se realizaron 10 ejercicios de práctica, que incluían ejemplos de situaciones de elección con ganancias y pérdidas demoradas, se resolvían las dudas que surgieran y se dejaba al participante realizar la tarea.

El participante tenía que elegir entre una ganancia demorada: \$200, \$3000, 40 unidades de consumible líquido, 100 minutos de actividad de tiempo libre o una pérdida demorada: \$1500 y una opción inmediata (la magnitud variaba en un 50% de acuerdo a la elección). La demora para cada resultado varió en un rango de 7, 30, 180, 365 y 1095 días. Dentro de la tarea se determinó el orden de presentación de los tipos de recompensa al azar.

Se determinó el punto de indiferencia para cada uno de los participantes de acuerdo a las opciones elegidas. Se obtenía sumando el último valor aceptado más el último valor rechazado y dividiendo esto entre dos. Para los resultados monetarios se programaron 4 ensayos para encontrar el punto de indiferencia, mientras que para la bebida y la actividad de preferencia se utilizaron 5 ensayos.

## RESULTADOS

Para el análisis de resultados se utilizó el software de Ajuste de la cantidad con el cual se obtuvieron los puntos de indiferencia para los cinco resultados a partir de las decisiones de cada participante durante la tarea de descuento. Dichos puntos de indiferencia se analizaron con el programa SigmaPlot® 12.3 ajustándolos a la ecuación cuasihiperbólica  $Y = A / (1+kX)^S$ . También a través de los puntos de indiferencia se obtuvo el valor del área bajo la curva para cada participante de acuerdo al método propuesto por Myerson, Green y Warusawitharana (2001). Finalmente se realizó el análisis de varianza (ANOVA) para comparar el descuento temporal de los usuarios en función del nivel de depresión y ansiedad reportado a través del programa IBM SPSS® Statistics 21.

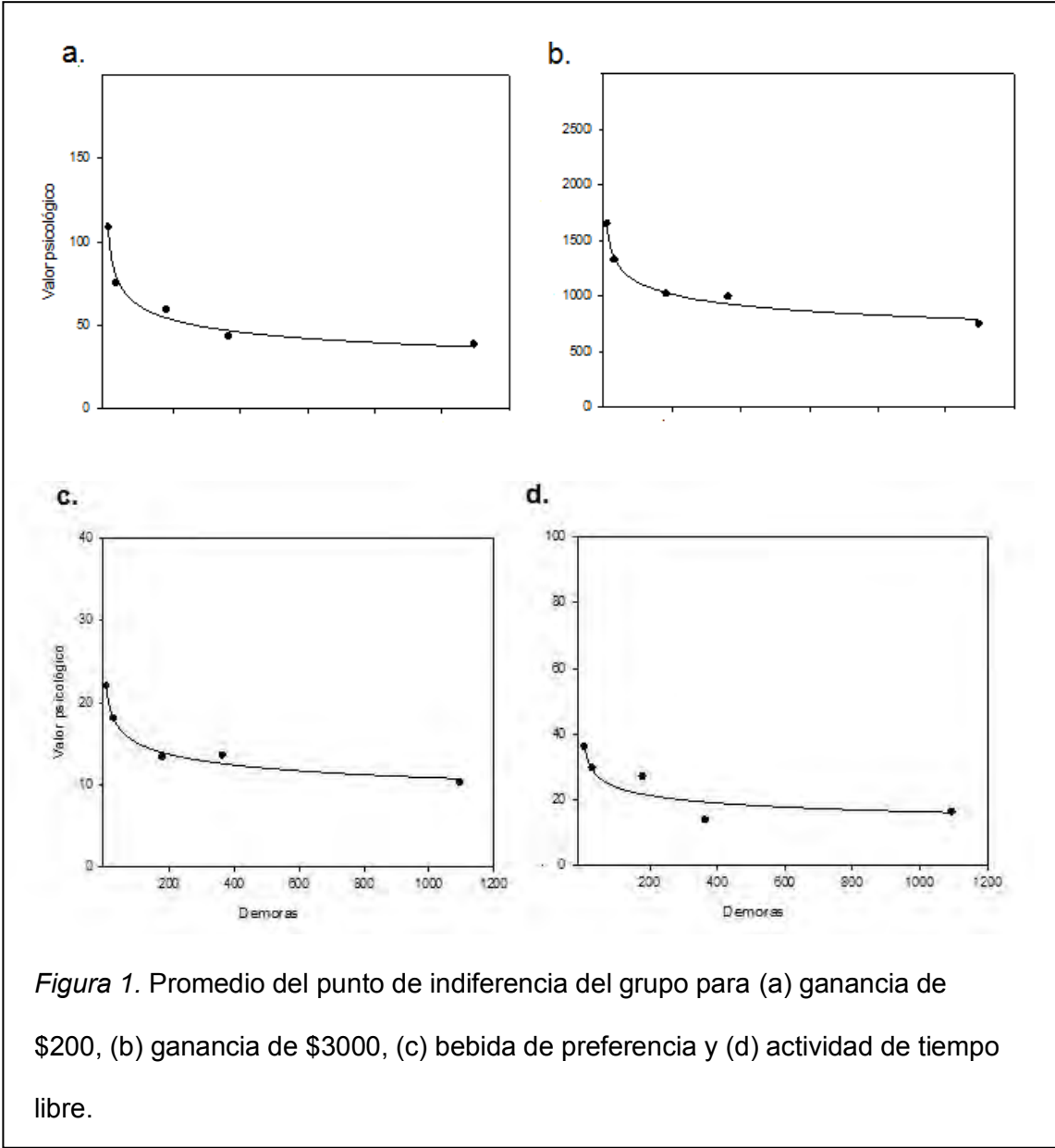
De acuerdo con los datos de la muestra analizada se presenta en primer lugar la distribución de frecuencias de los puntajes obtenidos en la escala de depresión y ansiedad de la Lista Checable de Síntomas SCL 90; se describe la media de los puntos de indiferencia de la muestra para los cinco tipos de resultados: ganancias de \$200, \$3000, consumible líquido, actividad de tiempo libre y pérdida de \$1500 ajustándolos a la ecuación cuasihiperbólica, así como los puntajes del Área Bajo la Curva (AbC) para los cinco resultados. Finalmente se presenta la media de los puntos de indiferencia en función del nivel de depresión y ansiedad presentado.

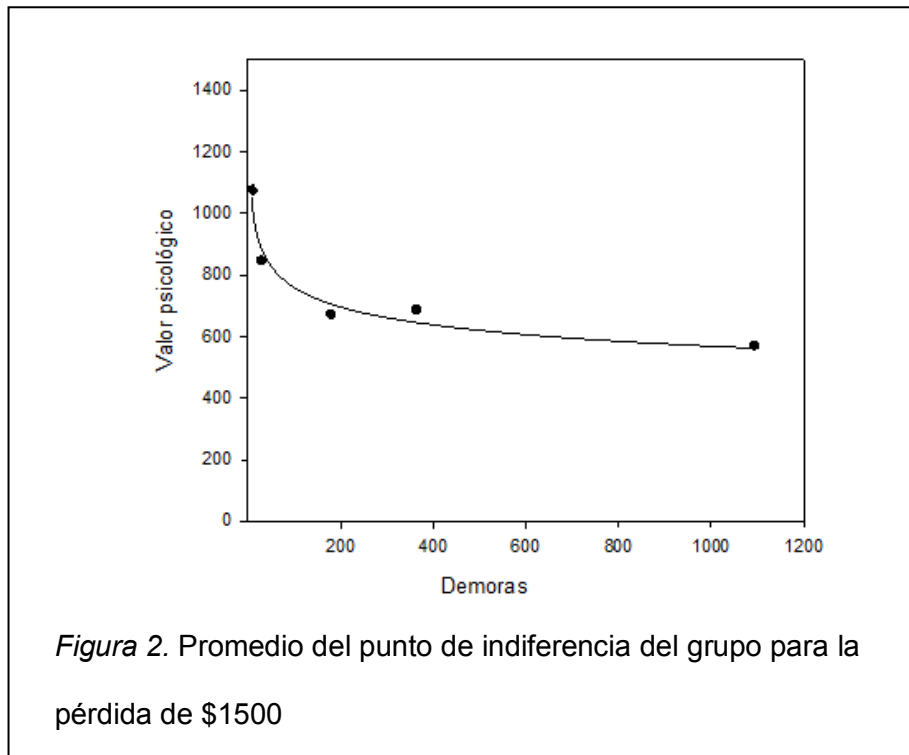
La distribución de los puntajes del SCL 90 muestra que el puntaje máximo en la escala de depresión fue de 2.3 y la media fue de 1.03, mientras que para ansiedad el

puntaje máximo fue de 2.0 y la media de 0.769, los usuarios reportaron tener un mayor número de síntomas de depresión que de ansiedad. A partir de esta distribución y para su posterior análisis, se dividieron los puntajes de ansiedad y depresión en dos categorías: depresión baja (puntaje de 0 a 1.6), depresión alta (puntaje de 1.7 a 2.4), ansiedad baja (puntaje de 0 a 1) y ansiedad alta (puntaje de 1.1 a 2). Dividiéndose así la muestra en 4 grupos: 18 sujetos con depresión baja, 13 sujetos con depresión alta, 22 con ansiedad baja y 9 sujetos con ansiedad alta.

Se observó que el 25.8% de la muestra reportó estar tomando algún medicamento para tratar los síntomas de ansiedad y el 3.3% para síntomas de depresión, entre los medicamentos que reportaron consumir estaban: las benzodiazepinas, clonazepam y valproato de magnesio, sin embargo algunos desconocían el tipo de medicamento que les había sido recetado y lo reportaron como antidepresivos, tranquilizantes o medicamentos para “tratar la droga” para “dejar de consumir” o para “el deseo de consumir”.

Para evaluar el descuento temporal se obtuvo el promedio de los puntos de indiferencia, de toda la muestra, obtenidos en los cinco diferentes resultados, los cuales se representan en la Figura 1 y 2. Recordando que el punto de indiferencia se refiere al momento en el que la consecuencia grande demorada y la pequeña inmediata tienen el mismo valor para el usuario.





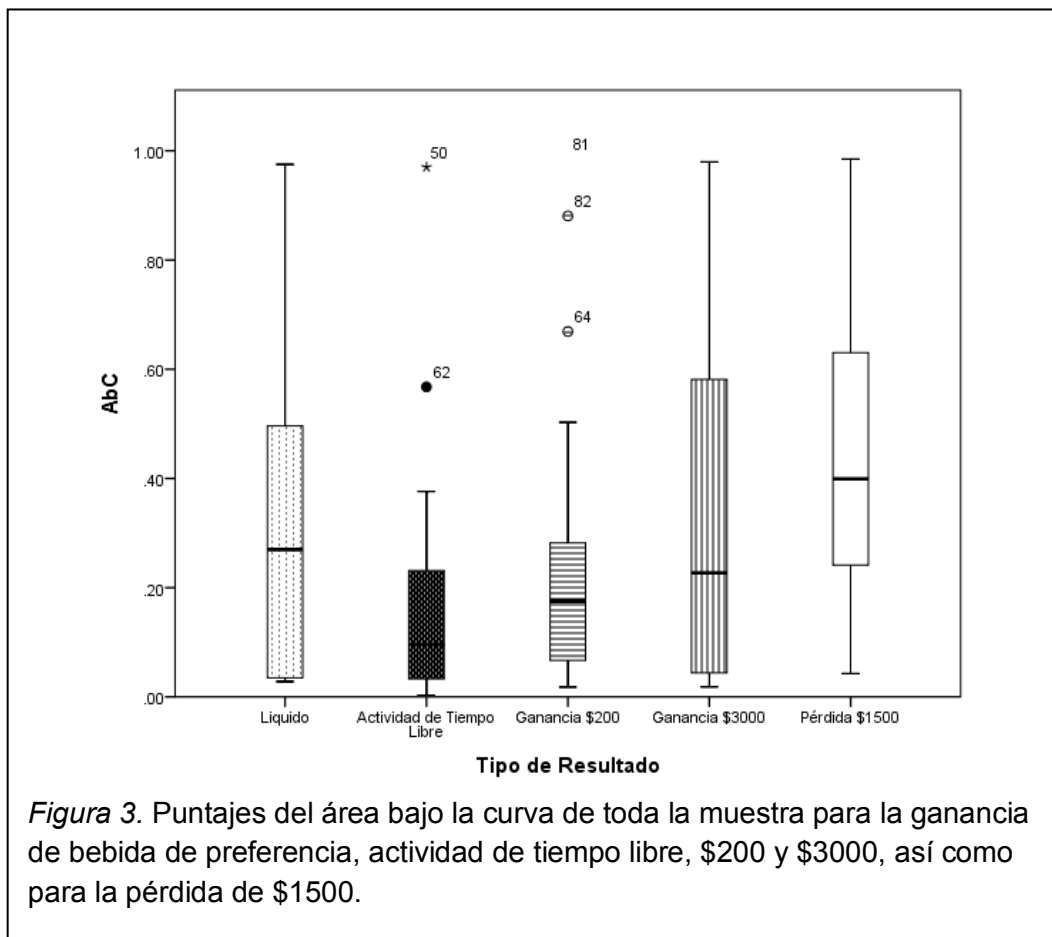
Además se muestran diferentes tasas de descuento para los diferentes tipos de consecuencias (Tabla 2), se observó un mayor descuento para la ganancia de \$200 que para la de \$3000. En general se observó un descuento más pronunciado para las ganancias que para la pérdida. La proporción de varianza explicada fue alta tanto en las ganancias como en la pérdida ( $R^2 > 0.82$ ). Y el promedio de los puntos de indiferencia de toda la muestra se ajustaron al modelo cuasihiperbólico.

Tabla 2.

Valores de  $k$ ,  $s$  y  $R^2$

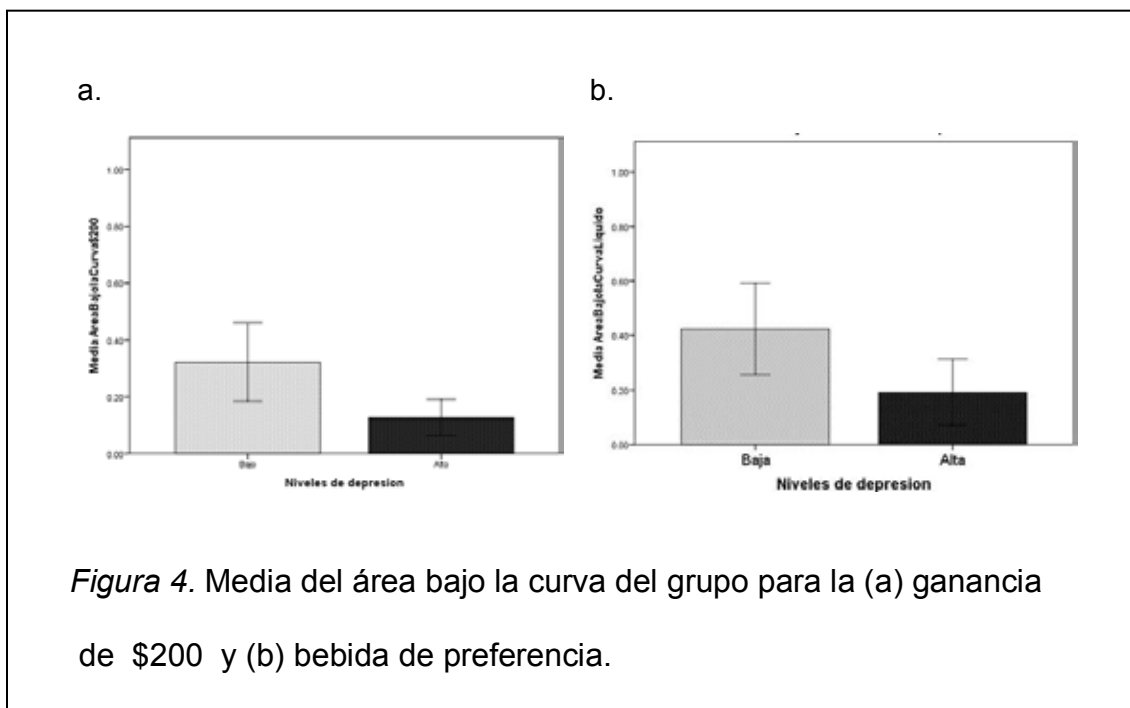
Parámetro	Ganancias				Pérdida
	\$200	\$3000	Bebida	Actividad	\$1500
$k$	2.5675	8.6111	8.5171	57.4794	2.2706
$s$	0.2122	0.1456	0.1441	0.1658	0.1256
$R^2$	0.9828	0.9869	0.9821	0.8295	0.9686

En la Figura 3, se representan los puntajes del área bajo la curva de toda la muestra para los cinco tipos de resultados, tomando en cuenta que entre más se acercan los puntajes a 1 significa que hubo menor descuento. Se pueden observar las diferencias entre las ganancias de \$200 ( $\bar{x}=0.24007$ ) y la de \$3000 ( $\bar{x}=0.31884$ ), el grupo presentó un menor descuento de esta última, sin embargo la diferencia no fue estadísticamente significativa ( $p=.865$ ). Así mismo se observa que la pérdida demorada se descontó en menor proporción que las ganancias, hubo diferencia significativa únicamente entre la ganancia de actividad de tiempo libre y la pérdida ( $p=0.005$ ,  $F=4$ ).





Se obtuvieron también los puntajes del área bajo la curva para cada uno de los cuatro grupos (depresión baja, depresión alta, ansiedad alta y ansiedad baja). El ANOVA mostró que existen diferencias significativas entre los valores del área bajo la curva presentados por los usuarios del grupo con depresión baja en comparación con los usuarios con depresión alta para la ganancia de \$200, el grupo con depresión baja tuvo una media del AbC de 0.32222 y el grupo de depresión alta una media de 0.1263 ( $F= 30, p= 0.023$ ) y para la ganancia de la bebida de preferencia, el grupo con depresión baja tuvo una media del AbC de 0.4244 y el grupo con depresión alta tuvo una media del AbC de 0.19028 ( $F= 30, p= 0.035$ ). Como se muestra en la Figura 4, los usuarios con depresión baja presentan mayor AbC es decir descuentan en menor proporción que los usuarios con depresión alta.



No se encontraron diferencias significativas en los resultados de \$3000, actividad de tiempo libre y pérdida de \$1500 en cuanto al nivel de depresión registrado y no hubo diferencias significativas entre los grupos de acuerdo a su nivel de ansiedad en ninguno de los cinco resultados.

Finalmente en las Figura 5 y 6 se representa la comparación entre las medias de los puntos de indiferencia según el nivel de depresión registrado, únicamente para los dos resultados en donde se obtuvieron diferencias significativas reportadas en el ANOVA del AuC, ganancia de \$200 (Depresión baja  $\bar{x}=0.32222$ , depresión alta  $\bar{x}=0.1263$ ;  $F= 30$ ,  $p= 0.023$ ) y de bebida de preferencia (Depresión baja  $\bar{x}=0.4244$ , depresión alta  $\bar{x}=0.19028$ ;  $F= 30$ ,  $p= 0.035$ ).

En las tablas 3 y 4 se observó que los usuarios con depresión alta presentaron mayor descuento de la recompensa demorada en comparación con los usuarios con depresión baja. La proporción de varianza explicada fue alta ( $R^2>0.93$ ).

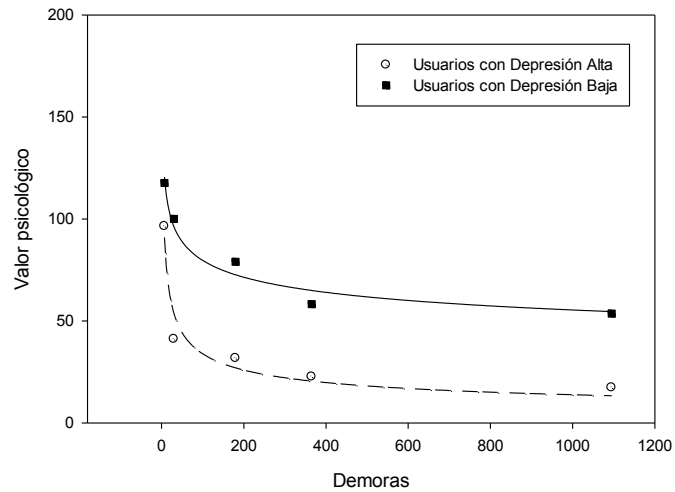


Figura 5. Media de los puntos de indiferencia del grupo de usuarios con depresión alta, en comparación con los usuarios con depresión baja para la ganancia de \$200.

Tabla 3.

Valores de  $k$ ,  $s$  y  $R^2$

Parámetros	Nivel de depresión	
	Alta	Baja
$k$	0.9262	3.3601
$s$	0.3913	0.1581
$R^2$	0.9427	0.9631

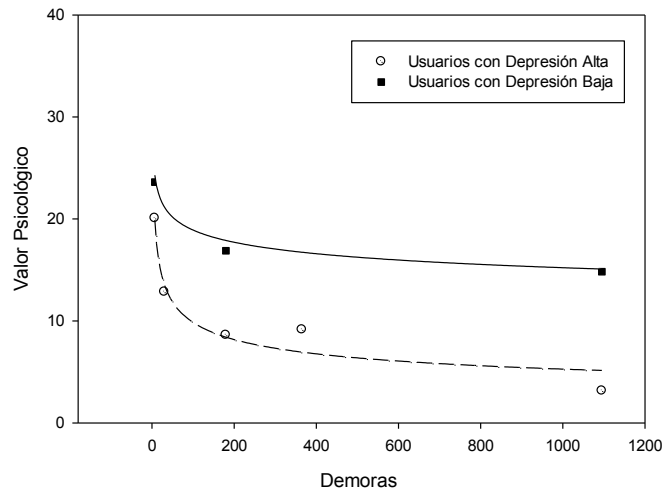


Figura 6. Media de los puntos de indiferencia del grupo de usuarios con depresión alta, en comparación con los usuarios con depresión baja para la bebida de preferencia.

Tabla 4.

Valores de  $k$ ,  $s$  y  $R^2$

Parámetros	Nivel de depresión	
	Alta	Baja
$k$	1.7222	28.2674
$s$	0.2719	0.0943
$R^2$	0.9388	0.9368

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue describir el descuento temporal de usuarios de marihuana con dependencia severa en función de los síntomas de depresión y ansiedad que reportaban. Los resultados mostraron que al utilizar la ecuación cuasihiperbólica para las medias de los puntos de indiferencia de toda la muestra, los datos se ajustaron adecuadamente al modelo matemático, lo cual apoya los resultados de estudios como el de Myerson y Green (1995) que demuestran que las personas no maximizan las ganancias en todo momento, en cambio el valor psicológico de las recompensas va disminuyendo en función de la demora de su entrega.

Se observó que los usuarios de marihuana descontaron las recompensas, es decir que tendieron a elegir las recompensas inmediatas y pequeñas en lugar de las grandes y demoradas. Esto apoya la evidencia de que los usuarios de sustancias adictivas muestran decisiones impulsivas en las tareas de descuento, sin embargo debido a los objetivos de este estudio no se puede afirmar si los usuarios de marihuana están presentando un descuento tan pronunciado como el reportado en estudios con usuarios de otras sustancias como alcohol, tabaco o cocaína (Coffey, Gudleski, Saladin & Brady, 2003; Hoffman et al., 2006; Kirby & Petry, 2004; Kirby, Petry & Bickel)

Se encontró que los usuarios descontaron de forma más pronunciada la ganancia de menor valor que la ganancia de mayor valor, demostrando el efecto de la magnitud que ha sido descrito en los resultados de otros autores (Green, Myerson & McFadden, 1997).

Los usuarios descontaron de forma pronunciada la pérdida demorada, como se explicó previamente. Por un lado se ha encontrado que prefieren las pérdidas inmediatas pues la demora hace aún más aversiva a la pérdida (Aisline, 1975) mientras que otros explican que los seres humanos tienden a evitar las pérdidas y al demorarlas la aversión es menor (Yates & Watts, 1975), sin embargo se puede afirmar que en las situaciones de elección con pérdidas una conducta auto controlada consiste en elegir las pérdidas inmediatas pequeñas mientras que una conducta impulsiva sería elegir las pérdidas mayores demoradas. Si bien se pudo observar que los usuarios en tareas de ganancias están siendo impulsivos, en las tareas de pérdidas se comportaron de forma auto controlada lo cual podría indicar que la conducta impulsiva puede variar ante diferentes situaciones de elección y la impulsividad no se podría considerar como un rasgo de los usuarios pues no necesariamente se presenta consistentemente en todas las situaciones de elección. Por lo tanto la impulsividad podría ser considerada como un constructo complejo que se expresa de diferentes formas y que le subyacen procesos diferentes, desde esta perspectiva no se hablaría de una única impulsividad, sino de varios tipos de impulsividad, lo cual apoya las afirmaciones de Evenden (1999) y Estíbaliz & Santisteban (2006).

En cuanto a la media de los puntos de indiferencia de toda la muestra los usuarios presentaron una tasa de descuento más alta para las ganancias que para la pérdida lo cual coincide con la literatura (Murphy, Vuchinich & Simpson, 2001; Estle, Green, Myerson & Holt, 2006) y sugiere que para las personas las pérdidas grandes pero demoradas son más aversivas que lo atractivo que pueden ser las ganancias, es

decir el valor subjetivo en las tareas con ganancias ante ciertas demoras es menor que el valor subjetivo de los participantes ante las tareas con pérdidas ante las mismas demoras. Lo anterior es importante pues considerando las variables de depresión y ansiedad los resultados indican que los usuarios de sustancias con depresión o ansiedad estarían descontando de forma más pronunciada las consecuencias positivas de su conducta por ejemplo la oportunidad de sentirse bien con su familia, de tener un trabajo estable, de tener buenas relaciones interpersonales en comparación con las pérdidas demoradas, descontarían en menor proporción las pérdidas como la pérdida de memoria. Esto sugiere que las intervenciones enfocadas en los costos que producen el consumo o un estado de ánimo alterado serán más efectivas que aquellas enfocadas en las recompensas que pueden obtener en un futuro (Murphy, Vuchinich & Simpson, 2001).

Finalmente sobre la relación entre el nivel de depresión y ansiedad y los valores del área bajo la curva que mostraron los usuarios de marihuana se encontró que los usuarios con nivel de depresión alta, obtuvieron valores más bajos del área bajo la curva, es decir descontaban de forma más pronunciada las recompensas demoradas lo cual coincide con los resultados de Imhoff et al. (2014) y Pulcu et al. (2013) en donde también reportaron que a mayor depresión se presentó mayor descuento temporal, estos hallazgos indican que los síntomas de depresión podrían tener un efecto aditivo a la impulsividad ya mostrada en los usuarios con dependencia a la marihuana. Así los resultados parecen indicar que los usuarios de marihuana que están presentando síntomas de depresión estarán más propensos a tomar decisiones impulsivas, dentro y

fuera del tratamiento, por ejemplo, no asistiendo a las citas programadas o dejando de tomar medicamentos prescritos.

En general, para los cuatro tipos de ganancias se observó que los participantes con depresión alta tenían una tendencia a descontar más, sin embargo solo en una recompensa monetaria y otra relacionada con consumible líquido se mostraron diferencias significativas. Estos resultados probablemente se debieron al tamaño de la muestra, serían necesarios estudios posteriores con muestras mayores que permitieran ver con mayor claridad las diferencias entre grupos ante diferentes tipos de reforzadores.

En cuanto a la relación entre el nivel de ansiedad y los valores del área bajo la curva, no hubo diferencias significativas para ninguno de los resultados sin embargo también se observó una tendencia de los usuarios con mayor ansiedad a descontar más las recompensas demoradas. La falta de diferencias puede deberse en parte a que los puntajes de ansiedad de la muestra podrían considerarse bajos más parecidos a los de una población “normal” o sin padecimientos psiquiátricos comparados con las muestras de otros estudios (Cruz et al., 2005). Esto probablemente debido a que algunos usuarios ya estaban en tratamiento farmacológico al momento de la evaluación, además la falta de diferencias podría deberse a que los grupos que se formaron a partir de estos puntajes no fueron equivalentes.

Los resultados presentados muestran que usuarios de una misma sustancia están comportándose de forma diferente en tareas de descuento, lo que da cuenta de



que la presencia de comorbilidad entre uso de sustancias y síntomas de depresión o ansiedad a pesar de que no se presentan como trastornos, están influyendo en la toma de decisiones, haciéndolos más propenso a mostrar conductas impulsivas.

Se requieren posteriores investigaciones que permitan comparar el descuento presentado por usuarios de otro tipo de sustancias como tabaco, cocaína o alcohol con el descuento presentado por los usuarios de marihuana. Además de obtener muestras de usuarios con niveles de depresión y ansiedad más altos.

El análisis del descuento temporal presentado por los usuarios de sustancias es de utilidad para conocer y entender mejor los procesos involucrados en la toma de decisiones, considerando que no solo el consumo de sustancias influye en el descuento temporal sino también ciertos estados emocionales como los que implica un trastorno afectivo como depresión o ansiedad. Lo anterior indica la necesidad de crear tratamientos integrales para el consumo de sustancias que incidan también en los síntomas de depresión o ansiedad para poder influir en la mejor toma de decisiones. Los resultados analizados en el presente estudio indican la importancia de incluir en los programas de intervención para usuarios estrategias de autocontrol que le permitan realizar una evaluación adecuada de las consecuencias de ciertas conductas impulsivas y así elegir gratificaciones de mayor valor aunque no sean inmediatas, tales como conductas que procuren un estilo de vida más saludable.

## REFERENCIAS

- Agosti, V., Nunes, E., & Levin, F. (2002). Rates of psychiatric comorbidity among U.S. residents with lifetime cannabis dependence. *Am J Drug Alcohol Abuse, 28*, 643–652. doi: 10.1081/ADA-120015873
- Ainslie, G. (1975). Specious reward: A behavioral theory of impulsiveness and impulse control. *Psychological Bulletin, 82*, 463-496. doi: 10.1037/h0076860
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Baker, F., Johnson, M.W., & Bickel, W.K. (2003). Delay discounting in current and never-before cigarette smokers: Similarities and differences across commodity, sign, and magnitude. *Journal of Abnormal Psychology, 112*, 382–392. doi: 10.1037/0021-843X.112.3.382
- Berlin, H. A., Rolls, E. T., & Iversen, S. D. (2005). Borderline personality disorder, impulsivity, and the orbitofrontal cortex. *American Journal of Psychiatry, 162*, 2360-73. doi: 10.1176/appi.ajp.162.12.2360
- Bovasso, G. (2001). Cannabis Abuse as a Risk Factor for Depressive Symptoms. *The American Journal of Psychiatry, 158*, 2033-2037. doi: 10.1176/appi.ajp.158.12.2033
- Caraveo, J., & Colmenares, E. (2002). Los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias en México: Panorama epidemiológico. *Salud Mental, 25*(2), 9-15. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58222502>
- Clough, A., & Cairney, S. (2005). Adverse mental health effects of cannabis use in two indigenous communities in Arnhem Land, Northern Territory, Australia: exploratory study. *Aust N Z J Psychiatry, 39*, 612–620. doi: 10.1111/j.1440-1614.2005.01634.x
- Coffey, S. F., Gudleski, G. D., Saladin, M. E., & Brady, K. T. (2003). Impulsivity and rapid discounting of delayed hypothetical rewards in cocaine-dependent individuals. *Exp Clin Psychopharmacol, 11*, 18-25. doi: 10.1037/1064-1297.11.1.18
- Consejo Nacional Contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones, ENA*. Recuperado de [http://encuestas.insp.mx/ena/ena2011/ENA2011\\_drogas\\_con\\_anexo.pdf](http://encuestas.insp.mx/ena/ena2011/ENA2011_drogas_con_anexo.pdf)

- Conway, K. P., Compton, W., Stinson, F. S., & Grant, B.F. (2006). Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*, *67*, 247-57. doi: 10.1136/ebmh.9.4.113
- Crews, F. T., & Boettiger, C. A. (2009). Impulsivity, frontal lobes and risk for addiction. *Pharmacol Biochem Behav.*, *93*, 237-47. doi: 10.1016/j.pbb.2009.04.018.
- Crippa, J., Waldo, A., Martin, R., Bhattacharyya, S., Atakan, Z., McGuire, P., & Fusar, P. (2009). Cannabis and anxiety: a critical review of the evidence. *Human Psychopharmacology*, *24*, 515-23. doi: 10.1002/hup.1048
- Cruz, F. C., López, B. L., Blas, G. C., González, M. L. & Chávez, B. R. A. (2005). Datos sobre la validez y confiabilidad de la Symptom Check List 90 (SCL 90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental*, *28*(1), 72-81. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58212808.pdf>
- De las Fuentes, M. E., Villalpando, J., Oropeza, R., Vázquez, F., & Ayala, H. (2001). Cuestionario de Abuso de Drogas. En M. E. de las Fuentes y J. Villalpando, Adaptación de un instrumento de tamizaje para población mexicana que consume drogas. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Degenhardt, L., Hall, W., & Lynskey, M. (2001). Alcohol, cannabis and tobacco use among Australians: a comparison of their associations with other drug use and use disorders, affective and anxiety disorders, and psychosis. *Addiction*, *96*, 1603-1614. doi: 10.1046/j.1360-0443.2001.961116037.x
- Dickman, S. J. (1990). Functional and dysfunctional impulsivity: personality and cognitive correlates. *J Pers Soc Psychol*, *58*, 95-102. doi: 10.1037/0022-3514.58.1.95
- Echeverría, L., & Ayala, H. (1997). Cuestionario de Confianza Situacional: Traducción y Adaptación. Universidad Nacional Autónoma de México
- Engelmann, J. B., Maciuba, B., Vaughan, C., Paulus, M. P., Dunlop, B. W. (2013). Posttraumatic Stress Disorder Increases Sensitivity to Long Term Losses among Patients with Major Depressive Disorder. *Plos One*, *8*. doi:10.1371/journal.pone.0078292
- Epstein, L. H., Salvy, S. J., Carr, K. A., Dearing, K., K., & Bickel, W.K. (2010). Food reinforcement, delay discounting and obesity. *Physiology & Behavior*. *100*, 438-445. doi: 10.1016/j.physbeh.2010.04.029

- Estíbaliz, A., & Santisteban, C. (2006). Impulsivity: a review. *Psicothema*, 18(2), 213-220. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3200>
- Estle, S. J., Green, L., Myerson, J., & Holt, D. D. (2006). Differential effects of amount on temporal and probability discounting of gains and losses. *Memory & Cognition*, 34, 914-928. doi: 10.3758/BF03193437
- Evenden, J. L. (1999). Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology (Berl)*, 146, 348-61. doi: 10.1007/PL00005481
- Eysenck, S. B. G., Pearson, P. R., Easting, G., & Allsopp, J. F. (1985). Age norms for impulsiveness, venturesomeness, and empathy in adults. *Personality and Individual Differences*, 6, 613-619. doi: 10.1016/0191-8869(85)90011-X
- Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (1997). Early onset cannabis-use and psychosocial adjustment in young adults. *Addiction*, 92, 279-296. doi: 10.1046/j.1360-0443.1997.9232794.x
- Green, L., Myerson, J., & McFadden, E. (1997) Rate of temporal discounting decreases with amount of reward. *Memory & Cognition*, 25, 715-723. doi: 10.3758/BF03211314
- Hofmann, S. G., & Dibartolo, P. M. (2010). Social Anxiety: Clinical, Developmental, and Social Perspectives. Second Edition. *Child & Family Behavior Therapy*, 33, doi: 10.1080/07317107.2011.623536
- Holt, D. D., Green, L., & Myerson, J. (2012). Estimating the subjective value of future rewards: Comparison of adjusting-amount and adjusting-delay procedures. *Behavioral Processes*, 90, 302-310. doi: 10.1016/j.beproc.2012.03.003.
- Imhoff, S., Harris, M., Weiser, J., Reynolds, B. (2014). Delay discounting by depressed and non-depressed adolescent smokers and non-smokers. *Drug Alcohol Depend*, 1, 152-5. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.11.014.
- Johnson, M. W., Bickel, W. K., Baker, F., Moore, B. A., Badger, G. J., & Budney, A. J. (2010). Delay Discounting in Current and Former Marijuana-Dependent Individuals. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 18, 99-107. doi:10.1037/a0018333
- Kirby, K. N., & Petry, N. M. (2004). Heroin and cocaine abusers have higher discount rates for delayed rewards than alcoholics or non-drug-using controls. *Addiction*, 99, 461-471. doi: 10.1111/j.1360-0443.2003.00669.x

- Kirby, K. N., Petry, N. M., & Bickel, W. K. (1999). Heroin addicts have higher discount rates for delayed rewards than non-drug-using controls. *J Exp Psychol Gen*, *128*, 78-87. doi: 10.1037/0096-3445.128.1.78
- Linage, M., & Lucio, E. (2012). Propiedades psicométricas del ASSIST en un grupo de estudiantes mexicanos. *Revista española de drogodependencias*, *1*, 37-51.
- Liu, R. T., Vassileva, J., Gonzalez, R., & Martin, E. M. (2012). A comparison of delay discounting among substance users with and without suicide attempt history. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, *26*, 980–985. doi: 10.1037/a0027384
- Madden, G. J., Francisco, M. T., Brewer, A. T., & Stein, J.S. (2011). Delay discounting and gambling. *Behav Processes*, *87*, 43-9. doi: 10.1016/j.beproc.2011.01.012.
- Madden, G. J., & Johnson, P. S. (2010). A discounting primer. En G. J., Madden, & W. K., Bickel (Eds.), *Impulsivity: The Behavioral and Neurological Science of Discounting*. (11-37). Washington, DC: American Psychological Association
- Marín, R., Benjet, C., Borges, G., Eliosa, A., Nanni, R., Ayala, M., Fernández, J., & Medina, M. (2013). Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud mental*, *36*(6), 471-479. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58229682004>
- Mazur, J. E. (1987). An adjusting procedure for studying delayed reinforcement. *Quantitative Analyses of Behavior: The Effect of Delay and of Intervening Events on Reinforcement Value*, *5*, 55–73
- McDonald, J., Schleifer, L., Richards, J., & de Wit, H. (2003). Effects of THC on Behavioral Measures of Impulsivity in Humans. *Neuropsychopharmacology*, *28*, 1356–1365. doi:10.1038/sj.npp.1300176
- Mitchell, J. M., Fields, H. L., D'Esposito, M., & Boettiger, C. A. (2005) Impulsive responding in alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res*, *29*, 2158-2169. doi: 10.1097/01.alc.0000191755.63639.4a
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry*, *158*, 1783-93. doi: 10.1176/appi.ajp.158.11.1783

- Moore, S.C., & Cusens, B., (2010). Delay discounting predicts increase in blood alcohol level in social drinkers, *Psychiatry Res.*, 179, 324-7 doi:10.1016/j.psychres.2008.07.024
- Murphy, J. G., Vuchinich, R. E., & Simpson, C. A. (2001). Delayed Reward And Cost Discounting. *The Psychological Record*, 51, 571-588. Recuperado de <http://opensiuc.lib.siu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1300&context=tpr>
- Myerson, J., & Green, L. (1995). Discounting of delayed rewards: Models of individual choice. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 64, 263–276. doi:10.1901/jeab.1995.64-263
- Myerson, J., Green, L., & Warusawitharana, M. (2001). Area Under The Curve As A Measure Of Discounting. *Journal Of The Experimental Analysis Of Behavior*, 76, 235–243. doi: 10.1901/jeab.2001.76-235
- National Institute on Drug Abuse. (2014). Comorbid Drug Abuse and Mental Illness. *NIH Publication*. Recuperado de <https://www.apa.org/about/gr/issues/substance-abuse/comorbid.pdf>
- National Institute on Drug Abuse. (2011). Reseach Report Series Comorbidity: Adiction and other mental illnesses. *NIH Publication*. Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/rrcomorbidity.pdf>
- Odum, A. L., & Baumann, A. A. (2007). Cigarette smokers show steeper discounting of both food and cigarettes than money. *Drug and Alcohol Dependence*, 91, 293–296. doi:10.1016/j.drugalcdep.2007.07.004
- Odum, A. L., & Rainaud, C. P. (2003). Discounting of delayed hypothetical money, alcohol, and food. *Behav Processes*, 64, 305-313. doi: 10.1016/S0376-6357(03)00145-1
- Ortiz, A., Martínez, R., & Meza, D. (2014). *Grupo Interinstitucional para el desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas, SRID. Resultados de la Aplicación de la Cédula: “Informe Individual sobre Consumo de Drogas”*. Recuperado [http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/srid/rep\\_56\\_pdf.pdf](http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/srid/rep_56_pdf.pdf)
- Pulcu, E., Trotter, P. D., Thomas, E. J., McFarquhar, M., Juhasz, G., Sahakian, B. J., & Elliott, R. (2013). Temporal discounting in major depressive disorder. *Psychological Medicine*, 4, 1825-34. doi: 10.1017/S0033291713002584.

- Rachlin, H. (2006). Notes on Discounting. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *85*, 425–435. doi:10.1901/jeab.2006.85-05
- Rachlin, H., & Green, L. (1972). Commitment, choice, and self-control. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *15*, 15-22. doi: 10.1901/jeab.1972.17-15
- Raineri, A., & Rachlin, H. (1993). The effect of temporal constraints on the value of money and other commodities. *Journal of Behavioral Decision Making*, *6*, 77– 94. doi: 10.1002/bdm.3960060202
- Reilly, D., Didcott, R., & Swift, W. (1998). Long-term cannabis use: characteristics of users in Australian rural areas. *Addiction*, *93*, 837 -846. doi: 10.1046/j.1360-0443.1998.9368375.x
- Reynolds, B., Leraas, K., Collins, C., & Melanko, S. (2009). Delay discounting by the children of smokers and nonsmokers. *Drug and Alcohol Dependence*, *99*, 350-353. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2008.07.015
- Richards, J.B., Zhang, L., Mitchell, S., & de Wit, H. (1999). Delay and probability discounting in a model of impulsive behavior: Effect of alcohol. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, *71*, 121-143. doi: 10.1901/jeab.1999.71-121
- Rounds, J. S., Beck, J. G., & Grant, D. M. (2007). Is the delay discounting paradigm useful in understanding social anxiety? *Behav Res Ther.*, *45*, 729-35. doi: 10.1016/j.brat.2006.06.007
- Salters, P. K., & Diller, J. W. (2013). A Preliminary Study of Anxiety, Negative Affect, Experiential Avoidance, and Delaying of Aversive Events. *Behaviour Change*, *30*, 241-248. doi:10.1017/bec.2013.23.
- Secretaría de Salud & Dirección General de Epidemiología. (2011). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, SISVEA*. Secretaría de Salud. Recuperado de [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/inf\\_sisvea/informes\\_sisvea\\_2011.pdf](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/inf_sisvea/informes_sisvea_2011.pdf)
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) The Development and validation of a structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*, *59*(20), 22-33. Recuperado de [http://academicdepartments.musc.edu/psychiatry/research/cns/upadhyayareferencas/Sheehan\\_1998.pdf](http://academicdepartments.musc.edu/psychiatry/research/cns/upadhyayareferencas/Sheehan_1998.pdf)

- Spalletta, G., Bria, P., & Caltagirone, C. (2007). Differences in temperament, character and psychopathology among subjects with different patterns of cannabis use. *Psychopathology*, *40*, 29–34. doi: 10.1159/000096387
- Swann, A. C. (2009). Impulsivity in mania. *Curr Psychiatry Rep.*, *11*, 481-7. doi: 10.1007/s11920-009-0073-2
- Teichner, G., Azrin, N. H., Donohue, B., Howell, J., Rindsberg, J., Decato, L., & Ward, J. (1998). Psychometric evaluation of the Life Satisfaction Scale in a population of conduct-disordered and drug abusing youth. Presentación de poster en la conferencia internacional AABT, Washington, D.C
- Troisi, A., Pasini, A., & Saracco, M. (1998) Psychiatric symptoms in male cannabis users not using other illicit drugs. *Addiction*, *93*, 487 -492. doi: 10.1046/j.1360-0443.1998.9344874.x
- Tulsky, D., & Zhu, J. (2003). *Escala Wechsler de Inteligencia para adultos-III*. Cuauhtémoc, México: Manual Moderno.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2014). *World Drug Report, UNODC*.United Nations publication. Recuperado de [http://www.unodc.org/documents/wdr2014/World\\_Drug\\_Report\\_2014\\_web.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf)
- Vuchinich, R. E., & Heather, N. (2003). Introduction: Overview of behavioural economic perspectives on substance use and addiction. *Choice, behavioral economics and addiction.Oxford*, *19*, 1–31. doi: 10.1016/B978-008044056-9/50042-7
- Yates, F., & Watts, R. (1975). Preferences for Deferred Losses. *Organizational Behavior and Human Performance*, *13*, 294-306. doi: 10.1016/0030-5073(75)90051-3



# ANEXOS

## ASSIST

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

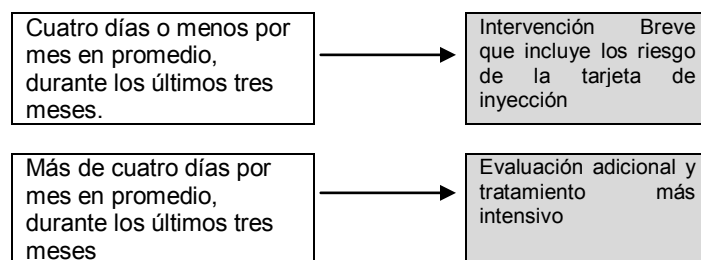
7. Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda, etc.)	Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Cannabis	0	6	3
d. Cocaína	0	6	3
e. Estimulantes de tipo anfetamina	0	6	3
f. Inhalables	0	6	3
g.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

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

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

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

Es importante preguntar acerca de sus hábitos de inyección:



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

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

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

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

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

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

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

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

## MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL

Trastorno psicótico actual.

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

1. ¿Actualmente tiene usted la impresión de que alguien le espía, o conspira contra usted, o que tratan de hacerle daño? (NO) (SI)
2. ¿Actualmente tiene usted la impresión de que alguien puede leer o escuchar sus pensamientos o que usted puede leer o escuchar los pensamientos de otros? (NO) (SI)
3. ¿Actualmente cree usted que alguien o una fuerza externa se ha metido en usted, que le hace actuar de manera no usual? (NO) (SI)
4. ¿Actualmente cree que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor, o el periódico, o que una persona que no conoce personalmente se interesa particularmente por usted? (NO) (SI)
5. ¿Actualmente consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales? (NO) (SI)
6. ¿Actualmente escucha una voz que comenta acerca de sus pensamientos o sus actos, o escucha dos o más voces conversando entre sí? (NO) (SI)
7. ¿Actualmente estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no pueden ver? (NO) (SI)

BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/A:

8. ¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O MARCADA PÉRDIDA DE LAS AOCIACIONES? (NO) (SI)
9. ¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO? (NO) (SI)
10. ¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENÍA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA? (NO) (SI)

Episodio (hipo) maniaco actual.

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

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

Lo que queremos decir con exaltado o eufórico es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, los pensamientos se aceleran, se tienen muchas ideas y aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.

(NO) (SI)

2. ¿En este momento se siente exaltado, eufórico o lleno de energía? (NO) (SI)
3. ¿Siente que puede hacer cosas que otros no podrían hacer o que usted es una persona especialmente importante?
4. ¿Necesita dormir menos (se siente descansado con pocas horas de sueño)? (NO) (SI)
5. ¿Habla usted sin parar o tan deprisa que los demás tienen dificultad para entenderle? (NO) (SI)
6. ¿Sus pensamientos pasan tan deprisa por su cabeza que tiene dificultad para seguirlos? (NO) (SI)
7. ¿Se distrae tan fácilmente que la menor interrupción le hace perder el hilo de lo que está haciendo o pensando? (NO) (SI)
8. ¿Está tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupan por usted? (NO) (SI)
9. ¿Quiere involucrarse en actividades tan placenteras que ignora los riesgos las consecuencias (p. ej. tener gastos descontrolados, conducir imprudentemente o mantener actividades sexuales de riesgo)? (NO) (SI)

## Cuestionario de Tamizaje para la detección del juego patológico

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

1. ¿Alguna vez en su vida ha apostado o jugado en exceso?

Sí       No

2. ¿Le preocupa su conducta de apuesta o de juego en exceso?

Sí       No

3. ¿Tiene una necesidad urgente por apostar o jugar?

Sí       No

4. ¿Ha aumentado las cantidades de apuesta o el tiempo dedicado al juego, para tener la misma emoción de la primera vez que lo hizo?

Sí       No

5. ¿Ha tenido problemas en su vida por apostar o jugar en exceso?

Sí       No

6. ¿Ha intentado dejar de apostar/jugar sin éxito?

Sí       No

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

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

¿Qué resultados obtuvo?

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

**REPETICION DE DIGITOS**

**SÍMBOLOS Y DÍGITOS**

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

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

Puntuación Normalizada	Repetición de Dígitos	Símbolos y Dígitos	Puntuación Normalizada
19	17	87-90	19
18		83-86	18
17		79-82	17
16	16	76-78	16
15	15	72-75	15
14	14	69-71	14
13		66-68	13
12	13	62-65	12
11	12	59-61	11
10	11	55-57	10
9	10	47-51	9
8		41-46	8
7	9	35-40	7
6	8	28-34	6
5		23-28	5
4	7	18-22	4
3		15-17	3
2	6	13-14	2
1	1	12	1
0	4-5	0-11	0
	0-3		

REPETICION DE DIGITOS	CALIFICACION
<i>Hacia adelante</i>	<i>Encierre</i>
5-8-2	3
6-9-4	3
6-4-3-9	4
7-2-8-6	4
4-2-7-3-1	5
7-5-8-3-6	5
6-1-9-4-7-3	6
3-9-2-4-8-7	6
5-9-1-7-4-2-8	7
4-1-7-9-3-8-6	7
5-8-1-9-2-6-4-7	8
3-8-2-9-5-1-7-4	8
2-7-5-8-6-2-5-8-4	9
7-1-3-9-4-2-5-6-8	9
<i>Hacia atrás</i>	
2-4	2
5-8	2
6-2-9	3
4-1-5	3
3-2-7-9	4
4-9-6-8	4
1-5-2-8-6	5
6-1-8-4-3	5
5-3-9-4-1-8	6
7-2-4-8-5-6	6
8-1-2-9-3-6-5	7
4-7-3-9-1-2-8	7
9-4-3-7-6-2-5-8	8
7-2-8-1-9-6-5-3	8
Ad ____ + AL ____ =	
Mayor No. encerrado	

SÍMBOLOS Y  
DÍGITOS

1	=
---	---

2	⊥
---	---

3	≡
---	---

4	⊥
---	---

5	U
---	---

6	0
---	---

7	∧
---	---

8	X
---	---

9	=
---	---

PUNTAJE

--

EJEMPLOS

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

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

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

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



## CUESTIONARIO BREVE DE CONFIANZA SITUACIONAL (CCS)

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

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

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

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

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

Me siento...

0 % \_\_\_\_\_ 100%  
Inseguro \_\_\_\_\_ Seguro

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

Me siento...

0 % \_\_\_\_\_ 100%  
Inseguro \_\_\_\_\_ Seguro

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

Me siento...

0 % \_\_\_\_\_ 100%  
Inseguro \_\_\_\_\_ Seguro

4. PROBANDO MI CONTROL SOBRE LA DROGA (por ejemplo: si pensara que ya no tengo problemas con el consumo de droga; si me sintiera seguro de poder consumir sólo un poco de droga).

Me siento...

0 % \_\_\_\_\_ 100%  
Inseguro \_\_\_\_\_ Seguro

5. NECESIDAD FÍSICA (por ejemplo: si tuviera urgencia de consumir la droga; si pensara que me haría sentir muy bien y que la necesito mucho).

Me siento...

0 % \_\_\_\_\_ 100%  
Inseguro Seguro

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

Me siento...

0 % \_\_\_\_\_ 100%  
Inseguro Seguro

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

Me siento...

0 % \_\_\_\_\_ 100%  
Inseguro Seguro

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

Me siento...

0 % \_\_\_\_\_ 100%  
Inseguro Seguro

GRACIAS POR SU COLABORACION.

## ESCALA DE SATISFACCIÓN GENERAL

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

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

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

---

Azrin, Naster & Jones, (1973)

### Entrevista Inicial

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

**Nombre del terapeuta:**

**EI1-Fecha de Nacimiento:**

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

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

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

**EI4-¿Por cuántos meses ha consumido alcohol/droga? (sustancia principal)** \_\_\_\_\_

**EI5-¿Desde hace cuánto, en años, meses y días, consume en forma excesiva alcohol/droga? (sustancia principal)** \_\_\_\_\_

**EI6-¿Desde hace cuánto ha consumido alcohol/droga, en años, meses y días? (sustancia secundaria en poli-usuarios)** \_\_\_\_\_

**EI7- ¿Desde hace cuánto consume en forma excesiva alcohol/droga, en años, meses y días? (sustancia secundaria en poli-usuarios)** \_\_\_\_\_

**EI8-Normalmente consume:** \_\_\_\_\_ (1) solo \_\_\_\_\_ (2) acompañado

**EI9-EI lugar donde consume normalmente es:** \_\_\_\_\_ (1) público \_\_\_\_\_ (2) privado

<b>EI10- Una vez que empieza a consumir alcohol/drogas, ¿puede detener su consumo voluntariamente?</b> _____ (1) SI _____ (2) NO		
<b>EI11- Número de días de consumo en la semana:</b> _____		
<b>EI12-Mensualmente, ¿qué porcentaje de su sueldo utiliza en comprar lo siguiente?</b> _____ Alcohol _____ Droga		
<b>EI13-¿Qué tan seguro, de 1 a 10 puntos, se siente de lograr no consumir la sustancia adictiva?</b> _____		
<b>EI14-En caso de consumo de alcohol, ¿qué tipo de bebida consume?</b> _____ Cerveza _____ Vino _____ Pulque _____ Coolers _____ Destilados (ron, ginebra, aguardiente, vodka, whisky, tequila, mezcal, etcétera), <u>999</u> No aplica		
<b>EI15-¿Fumas?</b> (1) Nunca he fumado (2) Actualmente fumo (3) Ex - fumador (< de 1 año) (4) Ex-fumador (> de 1 año) No. de años: _____		
<b>EI16-¿Edad en la que iniciaste a fumar?</b> _____		
<b>EI17-¿Cuál considera que es la razón principal por la que inició a fumar?</b> a) Por que sus compañeros, amigos o familiares fumaban b) Por presión de los amigos o compañeros c) Por curiosidad d) Para tranquilizarse e) Para sentirse adulto f) Por rebeldía g) Otra _____ 999, No aplica		
<b>EI18-¿Por cuánto tiempo has sido un fumador regular, en años, meses y días?</b> _____ 999, No aplica		
<b>EI19-Promedio de cigarros que fumas diariamente:</b> _____ 999, No aplica		
<b>EI20-¿Le da el golpe al cigarro cuando fuma?</b> 1 Nunca ( )      2 Algunas veces ( )      3 Siempre ( )      No aplica (999)		
<b>EI21-De acuerdo con la siguiente escala, señale la opción que mejor describa su consumo de alcohol/droga durante los últimos 12 meses (marque sólo una opción):</b>		
<b>Tipo de problema</b>	<b>A)Alcohol</b>	<b>B)Droga</b>
<b>1. Sin problema.</b>		
<b>2. Un pequeño problema</b> (estoy preocupado al respecto, pero no he tenido ninguna experiencia negativa).		
<b>3. Un problema</b> (he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que puede considerarse seria).		
<b>4. Un gran problema</b> (he tenido algunas consecuencias serias).		

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

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

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



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

<b>EI39I-Alteraciones escolares</b>		<b>Número total=</b>	<b>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• expulsiones ( )</li> <li>• inasistencias ( )</li> <li>• reprobación de año ( )</li> <li>• reprobación de materias ( )</li> <li>• retardos ( )</li> </ul>		

**EI40-¿Ha recibido algún tipo de tratamiento o ayuda para resolver sus problemas de alcohol o droga?**

\_\_\_\_\_ (1) No, nunca. \_\_\_\_\_ (2) Si

**EI41-¿Cuántos? \_\_\_\_\_**

**EI42-Tratamientos previos (Indique el número de veces que ha recibido el tratamiento)**

	Código	Número de veces		Código	Número de veces
A) Anexos	1		E) Sala de Emergencias (por intoxicación)	5	
B) Clínicas de Rehabilitación	2		F) Grupos de Ayuda Mutua	6	
C) Tratamiento Psiquiátrico para la dependencia	3		G) Tratamiento Psicológico para la dependencia	7	
D) Hospitalización Psiquiátrica	4		H)Otros (ESPECIFIQUE)	9999	

**EI43-¿Qué lo llevó a solicitar tratamiento en éste momento?**

Por voluntad propia	1	Por órdenes de un médico o de un profesional de salud	3	Por condicionamiento legal	5
Por órdenes de su familia o amigos	2	Por recomendación de una agencia del sistema judicial	4		

**EI44-¿Qué tan satisfecho está con "su forma (estilo) de vida" en este momento?**

\_\_\_ (1) Muy satisfecho \_\_\_ (2) Satisfecho \_\_\_ (3) Inseguro  
 \_\_\_ (4) Insatisfecho \_\_\_ (5) Muy insatisfecho

**EI45- ¿Cuáles son sus metas para el futuro?**

**Solo en caso de adolescentes**

**EI46- ¿Tienes papá?**

(1) Tiene papá (2) Lo sustituye algún familiar (3) Otro

**EI47- ¿Qué edad tiene tu papá?**

**EI48- ¿Hasta qué año estudió tu papá? (o quién lo cuida)**

**EI49- ¿A qué se dedica tu papá? (o quién lo cuida)**

<b>EI50- ¿Tienes mamá?</b> (1) Tiene mamá (2) Lo sustituye algún familiar (3) Otro:			
<b>EI51. ¿Qué edad tiene tu mamá?</b>			
<b>EI52. ¿Hasta qué año estudió tu mamá? (o quién lo cuida)</b>			
<b>EI53. ¿A qué se dedica tu mamá? (o quién lo cuida) 34. ¿Cuántos hermanos y hermanas tienes?</b> Hermanos <span style="float: right;">Hermanas</span>			
<b>Apartado para todos los usuarios</b>			
<b>EI54- ¿Cuántos hermanos y hermanas tienes?</b> Hermanos <span style="float: right;">Hermanas</span>			
<b>EI55- ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?</b>			
<b>EI56- En los últimos 12 meses, ¿ha tenido algún conflicto familiar grave?</b> _____ (1) No _____ (2) Si			
<b>EI57-Describe el conflicto que has tenido con tus papas</b>			
<b>EI58- ¿Alguna de las personas que se enlistan a continuación ha usado algún tipo de droga? Especifique si se trata de alcohol u otra droga.</b>			
	<b>SI/NO</b>	<b>¿Qué sustancia?</b>	<b>¿Ha tenido problemas con alguna? ¿Cuál?</b>
1) Papá			
2) Mamá			
3) Hermano(a)			
4) Amigo			
5) Algún familiar que vive contigo.			
6) Pareja			
<b>EI59- Cuando está con amigos o familiares, ¿éstos lo presionan a consumir alcohol o droga?</b> _____ (1) No. _____ (2) Sí, pero sólo mis amigos. _____ (3) Sí, pero sólo mi familia. _____ (4) Sí, tanto mis amigos como mi familia.			
<b>EI60- Entre sus amigos o familiares, ¿quiénes lo ayudarían a cambiar su consumo de alcohol/drogas?</b>			
<b>EI61- ¿Cómo describes tu relación con tus padres?</b> (1) Muy Buena (2) Buena (3) Regular (4) Mala (5) Muy mala			
<b>EI62- ¿Cómo describes tu relación con tus hermanos?</b> (1) Muy Buena (2) Buena (3) Regular (4) Mala (5) Muy mala			
<b>EI63- ¿Qué opinan las siguientes personas de que tu tomes alcohol o pruebes drogas? (preguntar de acuerdo con la sustancia principal de consumo)</b>			
	<b>Lo ve bien</b>	<b>Ni bien ni mal</b>	<b>Lo ve mal</b>
1) Mi madre/sustituta			
2) Mi padre/ sustituto			
3) Mis maestros o patronos			
4) Mi mejor amigo			
5) La mayoría de los jóvenes de mi edad			
<b>EI64- ¿Cómo son las relaciones familiares?</b>			
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
a) ¿Se niegan tus padres (o quien lo sustituye) a hablarte cuando se enfadan contigo?	1	2	
b) La mayoría de las veces, ¿saben tus padres (o quien te cuida) dónde estás y lo que estás haciendo?	1	2	
c) ¿Participas en muchas actividades en compañía de tus padres (o de quien te	1	2	

cuida)?			
d) ¿Te prestan atención tus padres (o quien te cuida) cuando les hablas?	1	2	
e) ¿Sabes tus padres (o tutores) cómo realmente piensas o te sientes?	1	2	
f) ¿Discutes frecuentemente con tus padres (o quien te cuida), levantando la voz y gritando?	1	2	
g) ¿Les gusta a tus padres (o quien te cuida) hablar y estar contigo?	1	2	
h) ¿Tienen tus padres (o quien te cuida) una idea relativamente buena de lo que te interesa?	1	2	
i) ¿Están tus padres (o quien te cuida) de acuerdo en cuanto a la forma en la que te deben manejar?	1	2	
<b>EI65- Normas familiares con relación al consumo de alcohol y drogas (preguntar por la sustancia principal)</b>			
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
a) ¿Tus padres saben que tomas alcohol o consumo drogas?	1	2	
b) ¿Tus padres te han puesto las reglas muy claras sobre el consumo de alcohol o drogas?	1	2	
c) ¿Es importante para ti cumplir las normas que tienen tus padres acerca de tomar alcohol o probar drogas?	1	2	
<b>EI66-¿Tienes novio (a)?</b> (1) Sí (2) NO			
<b>EI67-¿Cuánto tiempo llevas con esta relación?</b>			
<b>EI68-¿Has tenido relaciones sexuales?</b> (1) NO (2) Una vez (3) Más de una vez			
<b>EI69-¿Edad de inicio?</b>			
<b>EI70-Cuando tienes relaciones sexuales, ¿utilizas algún método anticonceptivo para evitar el embarazo o para no contraer alguna enfermedad? (1) Sí (2) NO</b>			
<b>EI71-¿Cuál?</b>			
<b>EI72-¿Con qué frecuencia?</b> (1) Siempre (2) Casi siempre (3) Frecuentemente (4) Algunas Veces (5) Nunca			
<b>EI73-¿Has tenido problemas relacionados a tu conducta sexual?</b> (1) Sí (2) NO			
<b>EI74-¿Has tenido relaciones sexuales después de consumir alcohol o drogas?</b> (1) Sí (2) NO			
<b>EI75-¿Qué acostumbras hacer cuando no estás en la escuela?</b> (Marcar una respuesta para cada inciso)			
	<b>Nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi Siempre</b>
1) Veo la televisión en casa	1	2	3
2) Practico algún deporte	1	2	3
3) Juego o salgo con amigos (as)	1	2	3
4) Nada y me aburro	1	2	3
5) Ayudo en las labores de la casa	1	2	3
6) Hago tarea o estudio	1	2	3
7) Juego nintendo, voy a las máquinas y a los juegos electrónicos	1	2	3
8) Salgo a pasear con mi familia	1	2	3
9) Me voy a beber con mis amigos	1	2	3
10) Escucho música	1	2	3
11) Hablo por teléfono	1	2	3

12) Voy a fiestas	1	2	3
13) Asisto a clases artísticas (baile, tocar un instrumento, etc.)	1	2	3
14) Voy al cine	1	2	3
15) Otro (especifica)	1	2	3
<b>EI76-¿Estas actividades están relacionadas al consumo de alcohol o drogas?</b>			
(1) <u>SÍ</u> (2) <u>NO</u>			
<b>EI77-¿Cuáles?</b>			

Firma del Profesional de la Salud \_\_\_\_\_  
**ESTE DOCUMENTO FORMA PARTE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

Registro protocolo descuento temporal

### Formato de Bebida de Preferencia

Imagine que está en una máquina expendedora de bebidas. Asumiendo que esta máquina tiene su bebida favorita. ¿Cuál de las siete categorías listadas abajo prefiere más? Por favor indique la bebida de su preferencia con una X, marque solo una.

	Marque con una X
Refresco en la lata de 350ml	
Jugo enlatado de 350ml	
Botella de agua de sabor de 350ml	
Botella de agua mineral de 350ml	
Botella de té de 350ml	
Botella de capuchino frío de 350ml	
Vaso de café o capuchino de 350ml	
Botella de agua natural de 350ml	
Otros:	

### Lista de actividades de tiempo libre

¿Cuál de las siguientes actividades de tiempo libre prefiere usted más?, por favor elija solo una actividad, marcando con una X.

	Marque con una X
Ver televisión, películas o videos	
Jugar video juegos ó juegos por computadora	
Leer revistas, libros ó periódico	
Navegar por internet, visitar facebook, twitter	
Dormir o tomar una siesta	
Ir al cine, teatro, espectáculos, museos, conciertos	
Hablar por teléfono, mensajes, whatsApp	
Escribir	
Jugar juegos de mesa como cartas	
Hacer algún deporte como nadar, especificar: _____	
Armar rompecabezas	
Algún otro: _____	

**SCL-90**

Nombre completo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

A continuación encontrarás una lista de problemas y quejas que la gente tiene a veces. Marca uno de los espacios de la derecha con una "X" que describa que tanto tuviste este problema durante la semana pasada incluyendo el día de hoy.

- 0 No
- 1 Un poco
- 2 Regular
- 3 Mucho
- 4 Muchísimo

<b>Durante la semana pasada, ¿has tenido o sentido?</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1.-Dolores de cabeza					
2.-Nerviosismo o agitación interior					
3.-Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente					
4.-Sensaciones de desmayo o mareo					
5.-Pérdida de interés o placer sexual					
6.-Actitud de crítica hacia los demás					
7.-La idea de que otra persona puede controlar tus pensamientos					
8.-Crees que a otros se les debe culpar por tus problemas					
9.-Problemas para recordar las cosas					
10.-Preocupación por tu descuido o dejadez					
11.-Fácilmente molesto o irritado					
12.-Dolores en el corazón o en el pecho					
13.-Miedo en los espacios abiertos o en las calles					
14.-Sentimientos de falta de energía o lentitud					
15.-Pensamientos de acabar con tu vida					
16.-Oír voces que otras personas no oyen					
17.-Temblores					
18.-Sentimientos de que la mayoría de la gente no es de confianza					
19.-Poco apetito					
20.-Lloras fácilmente					
21.-Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto					
22.- Te sientes atrapado					
23.-Miedo de repente, sin razón					
24.-Explosiones temperamentales sin control					
25.-Miedo de salir solo de casa					
26.-Culparse a si mismo por las cosas					
27.-Dolores en la parte baja de la espalda					
28.-Te sientes bloqueado para terminar las cosas					
29.-Sentirte solo					
30.-Sentirte triste					
31.-Preocuparte demasiado por las cosas					
32.-No sentir interés en las cosas					
33.-Sentir miedo					
34.-Te sientes fácilmente herido en tus sentimientos					
35.-Que los demás están enterados de tus pensamientos privados					
36.-Sentimientos de que los demás no te entienden o que son indiferentes.					
37.-La impresión de que otras personas son poco amistosas o que no les gustas					
38.-Tener que hacer las cosas muy despacio para asegurarte que están bien hechas					

<b>Durante la semana pasada, ¿has tenido o sentido?</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
39.-Sientes que el corazón te golpea o está acelerado					
40.-Nauseas o malestar en el estomago					
41.-Sentirte inferior a los demás					
42.-Dolores musculares					
43.-Sentimientos de que estás siendo observado y que los demás hablan de ti					
44.-Problemas para quedarte dormido					
45.-Tienes que comprobar lo que haces una o dos veces					
46.-Dificultad para tomar decisiones					
47.-Sentir miedo de viajar en autobús, metro o tren					
48.-Dificultad para respirar					
49.-Escalofrios, sentir calor o frío de repente					
50.-Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque te dan miedo					
51.-Se te queda la mente en blanco					
52.-Entumecimiento u hormigueo en partes de tu cuerpo					
53.-Un nudo en la garganta					
54.-Sentirte sin esperanzas en el futuro					
55.-Dificultad para concentrarte					
56.-Sentir debilidad en partes de tu cuerpo					
57.-Sentirte tenso o con los nervios de punta					
58.-Pesadez en brazos o piernas					
59.-Pensamientos de muerte o el hecho de morir					
60.-Comer en exceso					
61.-Sentirte incómodo cuando la gente te mira o habla acerca de ti					
62.-Tener pensamientos que no son tuyos					
63.-Sentir el impulso de golpear, dañar o herir a alguien					
64.-Despertarte de madrugada					
65.-Tienes que repetir las mismas acciones tales como tocar, contar, lavar					
66.-Sueño inquieto o agitado					
67.-Tener el impulso de romper o destrozar cosas					
68.-Tener ideas o creencias que los demás no comparten					
69.-Sentirte muy aconplejado con otras personas					
70.-Incomodidad en las multitudes como ir de compras o en el cine					
71.-Sentir que todo requiere un gran esfuerzo					
72.-Ataques de terror o pánico					
73.-Sentirte incómodo comiendo o bebiendo en público					
74.-Tener discusiones frecuentes					
75.-Sentirte nervioso cuando te quedas solo					
76.-El que otros no te reconozcan adecuadamente tus méritos					
77.-Sentirte solo aún cuando estás con otra gente					
78.-Sentirte tan intranquilo que no puedes quedarte quieto					
79.-Sentimientos de inutilidad					
80.-Sentir que las cosas conocidas son extrañas e irreales					
81.-Gritar o tirar cosas					
82.-Miedo a que puedas desmayarte en público					
83.-Sentir que los demás de aprovecharán de ti si les dejas					
84.-Tener pensamientos sobre sexo que te molestan mucho					
85.-La idea de que deberías ser castigado por tus pecados					
86.-Sentirte obligado a que las cosas estén hechas					
87.-La idea de que algo grave pasa en tu cuerpo					
88.-Sentirte siempre distante de otras personas					
89.-Sentimientos de culpa					
90.-La idea de que algo anda mal en tu mente					



## Carta de consentimiento de participación

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

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

Así mismo, estoy de acuerdo en lo siguiente:

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación o parentesco: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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