



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

División de Estudios Profesionales  
Coordinación de Psicología General Experimental

“Descripción de características encontradas en usuarios de marihuana y cocaína”

Tesis que para obtener el Título de Licenciatura presenta:  
Georgina Pliego Sánchez

Directora:  
Dra. Silvia Morales Chainé

Revisor:  
Dr. Javier Nieto Gutiérrez

Tesis apoyada por el proyecto PAPIIT IN305114



Facultad  
de Psicología

México, D.F., Enero 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.

Agradezco a la DGAPA por el financiamiento al proyecto PAPIIT con clave 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” por el apoyo a este proyecto de titulación.

## Agradecimientos

Pensando en el camino que recorrí para concretar este proyecto, quiero darles las gracias especialmente a ustedes:

Eduardo Palacios y Héctor Aguirre con cariño y respeto, sin su apoyo, este proyecto no hubiera sido posible.

A Silvia Morales, Kirareset Barreda, David R. Reyes y Carlos Albuquerque. Queridos Doctores: su pasión por el conocimiento es una inspiración para otros. ¡Gracias! es un privilegio haberlos encontrado en el camino.

A mis queridas tía Ter, tía Tana, Gerri, Leo, Cris, Carmen y Mayra. Gracias por su cariño y apoyo en todo momento, y por compartir este proyecto conmigo.

## INDICE

I. ANTECEDENTES CONSUMO DE SUSTANCIAS .....	8
II. MARIGUANA.....	12
III. COCAÍNA.....	14
IV. POLIUSO DE SUSTANCIAS.....	16
V. MÉTODO .....	20
Participantes.....	20
Instrumentos.....	22
Procedimiento.....	28
Análisis.....	29
VI. RESULTADOS .....	30
VII. DISCUSIÓN .....	36
REFERENCIAS .....	43
APÉNDICES .....	50

## **Resumen**

El presente trabajo tuvo como objetivo describir las características de consumidores de sustancias en tres aspectos: los indicadores de malestar psicológico determinado por los síntomas psiquiátricos, hábitos de consumo y las consecuencias derivadas del consumo de sustancias en usuarios cuya principal droga reportada era la cocaína o la mariguana. Se trabajó con una muestra intencional no probabilística de 110 hombres usuarios con patrones de dependencia que acudieron a dos centros para el tratamiento del consumo. Se dividió a los participantes en cuatro grupos de consumidores de sustancias: Cocaína policonsumidores, cocaína monoconsumidores, mariguana policonsumidores y mariguana monoconsumidores. A través de un análisis de varianza con Anova y Ji cuadrada, se encontraron diferencias significativas en las diferentes áreas descritas, en donde el grupo de cocaína policonsumo fue el grupo más afectado por su conducta de uso. Estos resultados sugieren la necesidad de plantear estudios relacionados con los efectos del uso combinado de sustancias y su relación con el tratamiento o atención exitosos de este grupo de consumidores.

Palabras clave: cocaína, mariguana, policonsumidor, monoconsumidor

## **Introducción**

En el mundo, el consumo de drogas sigue causando un daño considerable, reflejado en la pérdida de vidas valiosas y años productivos de muchas personas. Según datos de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2014) los consumidores problemáticos de drogas suman aproximadamente 27 millones, o el 0,6% de la población adulta mundial; y unas 183,000 personas murieron por causas relacionadas con el uso de drogas. Los efectos del consumo de marihuana y cocaína se pueden potencializar si el consumidor añade al consumo una o más sustancias legales o ilegales.

Por tal motivo, el objetivo de este trabajo fue describir las características encontradas respecto a hábitos de consumo, consecuencias derivadas del consumo, y algunos indicadores de malestar psicológico en cuatro grupos: cocaína policonsumo, cocaína monoconsumo, marihuana policonsumo y marihuana monoconsumo.

En el primer capítulo se presentan datos sobre el consumo de estas dos sustancias ilícitas principales, la marihuana y la cocaína. Se describen los datos sobre la incidencia y prevalencia a nivel mundial y a nivel nacional y algunos datos sobre mortalidad a consecuencia del consumo. De la misma forma se presentan medias sobre datos sociodemográficos de los consumidores que solicitan tratamiento.

El consumo de la marihuana y la cocaína tiene diferentes efectos fisiológicos y psicológicos, en el segundo y tercer capítulo se presenta información relevante sobre el uso y abuso de la marihuana y la cocaína en forma de monoconsumo; los efectos que causa en el cuerpo, así como las consecuencias psicológicas que se derivan del consumo de cada una de estas sustancias.

En el cuarto capítulo se presenta información disponible sobre policonsumidores, recabada de un estudio de usuarios de sustancias en la Ciudad de México, donde se resalta que tres de cuatro consumidores empleaban más de una sustancia lícita o ilícita al momento del estudio (Encuesta de Usuarios de Drogas Ilegales, EUDI, 2012); esta información

resalta la importancia de tener más datos sobre las posibles consecuencias del consumo de varias sustancias, los efectos y las consecuencias, objetivo de este trabajo.



## **I. Antecedentes del consumo de marihuana y cocaína.**

El consumo de diferentes sustancias ilegales como la marihuana y la cocaína tiene efectos en el cerebro que promueven el desarrollo o presencia de diversos síntomas en las personas, afectando su funcionamiento psicosocial de manera importante. El uso y abuso de sustancias adictivas constituye un fenómeno complejo que tiene consecuencias adversas en la salud individual, en la integración familiar, en el desarrollo y en la estabilidad social. Una consecuencia del uso y abuso de drogas es la dependencia que se caracteriza por generar en el individuo una necesidad compulsiva para tener acceso a la droga y su uso frecuente a pesar de sus consecuencias negativas y la pérdida del control sobre los propios actos y control voluntario sobre el uso de una droga (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2005)

En el mundo, el consumo de drogas sigue causando un daño considerable, reflejado en la pérdida de vidas valiosas y años productivos de muchas personas. En 2014 la UNODC informó que aproximadamente 230 millones de personas, o el 5% de la población adulta del mundo, consumieron alguna droga ilícita por lo menos una vez en el último año. Los consumidores problemáticos de drogas suman aproximadamente 27 millones, o el 0,6% de la población adulta mundial; y unas 183.000 personas murieron por causas relacionadas con el uso de drogas (margen de variación: 95.000 a 226.000). Esa cifra corresponde a una tasa de mortalidad de 40,0 (margen de variación: 20,8 a 49,3) muertes por millón en la población de entre 15 y 64 años. Los consumos principales son de sustancias del grupo del cannabis, los opioides, la cocaína o los estimulantes de tipo anfetamínico (UNODC, 2014).

La marihuana es la droga ilícita de mayor consumo en el mundo y uno de cada cuatro usuarios se encuentra en el continente americano. El consumo de la cocaína está en

aumento en algunas regiones del Hemisferio y sus formas fumables se han convertido en un problema de salud pública en varios países de América del Sur como Argentina, Brasil, Chile y Uruguay (Organización de los Estados Americanos, OEA, 2013).

Según datos proporcionados por el Consejo Nacional sobre las Adicciones (2012) el consumo de cocaína se ha convertido en un serio problema de salud a nivel nacional y mundial. Más de 900,000 personas en el mundo fueron tratadas en el último año por dependencia al consumo de cocaína, de las cuales cerca del 90% provenían del Continente Americano. En Sudamérica cerca del 60% de la demanda del tratamiento por dependencia a una droga ilegal de abuso se debió propiamente a sujetos que presentaron consumo de cocaína y en Norteamérica, la cifra fue cercana al 40%. A pesar de esto, solo el 7% de los consumidores de cocaína están actualmente en tratamiento y se anticipa que cinco de cada 10,000 personas que consumen cocaína actualmente morirán como resultado de esta conducta. Además también se ha reportado que la cocaína en términos de generación de dependencia y causante de muerte, hoy en día ocupa el segundo lugar en la clasificación, se encuentra solo después de la heroína en cuanto a su peligrosidad (Kalivas, 2007).

En México, según la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011), el 0.8% de la población total había consumido algún tipo de droga ilegal durante el 2002, y para el 2011 este porcentaje aumentó al 1.5% de la población. El consumo más frecuente registrado se conforma por el 1.2% de consumidores de marihuana y 0.5% de consumidores de cocaína.

El consumo de sustancias ilegales varía en las diferentes regiones de la República Mexicana, sin embargo, considerando el consumo total en adultos, el consumo y prevalencia de cualquier droga en 2011 fue de 2.8% de la población entre 18 a 34 años; en este grupo se encuentra la mayor prevalencia global de consumo. En términos del

crecimiento poblacional, el número de personas dependientes a las drogas pasó de 450,000 en el 2008 a 550,000 en el 2011 (ENA, 2011).

En el Distrito Federal el Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID, 2014) hizo un estudio donde reportó que de los 784 casos que se captaron en Instituciones de atención para adicciones en el 2013, la marihuana continúa siendo la sustancia ilegal de mayor consumo, la prevalencia de ésta entre consumidores de sustancias ilegales pasó de 80.6% en la evaluación de junio de 2013, a 87.0% en noviembre de 2013. En el caso de Cocaína se detecta un ligero descenso de 49.5% a 42.0% (SRID, 2014).

Respecto a las sustancias ilegales preferidas por los adolescentes como droga de inicio, la marihuana es mencionada en el 70.4% de la población nacional y la cocaína en el 6.6% (SRID, 2014).

Los datos sociodemográficos obtenidos de usuarios de sustancias que acuden a tratamiento por primera vez a un centro especializado, específicamente los Centros de Integración Juvenil (CIJ) (Gutiérrez y Castillo, 2010), indican que existen consistencias en la demanda de tratamiento con lo reportado por los centros no gubernamentales en 2009. Las principales sustancias ilegales que motivaron la demanda de tratamiento fueron marihuana (15.6%) y cocaína (12.5%). La mayor demanda de tratamiento fue por parte de los hombres (77.2%), principalmente jóvenes de 15 a 19 años de edad (31.9%) seguidos por los de 35 años o más (20.9%).

En cuanto al estado civil, la mayor parte eran solteros (62.2%) y tenían estudios de nivel secundaria (45%). Con respecto a la ocupación, el 28.7% eran estudiantes y el 25% tenían un trabajo estable. El nivel socioeconómico de la mayoría fue medio bajo; al analizar por sexo, la marihuana fue la principal droga ilegal de inicio en los hombres (89.8%). En

cuanto a la droga ilegal de impacto, en los hombres la mariguana (89.5%) y la cocaína (87.9) fueron principalmente las drogas por las que acudían a tratamiento (ENA, 2011).

## **II. Marihuana**

Según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), la marihuana actúa como desorganizador (alucinógeno) y también como depresor del sistema nervioso central. El compuesto activo de la marihuana es tetrahidrocannabinol (THC), que afecta la regulación de las emociones, la memoria, la atención y la percepción (Piomelli, 2003). La marihuana tiene efectos desaceleradores en el funcionamiento y la actividad mental, por lo que produce relajación, su dependencia tiene consecuencias en la disminución de la capacidad creativa e intelectual (Cruz, 2007). Los efectos que produce son: confusión, letargo; alteración de la memoria, de la percepción, del juicio; incoordinación motora, alucinaciones; además de que distorsiona la capacidad para percibir con claridad los peligros potenciales (OMS, 2005).

La intoxicación con marihuana produce una sensación de euforia, ligereza de las extremidades y a menudo, retraimiento social. Altera la capacidad de conducción y la ejecución de otras actividades complejas y que exigen destreza; afecta a las siguientes esferas: memoria inmediata, capacidad de atención, tiempo de reacción, capacidad de aprendizaje, coordinación motriz, percepción de la profundidad, visión periférica, sentido del tiempo y detección de señales. Otros signos de intoxicación que pueden manifestarse son ansiedad excesiva, desconfianza o ideas paranoides en algunos casos y euforia o apatía en otros, alteración del juicio, hiperemia conjuntival, aumento del apetito, sequedad de boca y taquicardia (OMS, 2005). La marihuana se consume a veces con alcohol, una combinación que tiene efectos psicomotores aditivos.

El consumo intenso de marihuana incrementa la probabilidad de que se presenten síntomas psicóticos, depresivos y conducta suicida. Algunas investigaciones indican que las alteraciones cognitivas producidas por el consumo de marihuana como la psicosis podrían

ser reversibles una vez que la persona deja de consumirla (González-Pinto, 2011), pero a la vez otros estudios demuestran que el consumo durante la adolescencia puede producir cambios persistentes (Moore, Zammit, Lingford-Hughes, Barnes, Jones, et al, 2007).

Se han descrito casos de consumo de marihuana que han precipitado una reaparición de la esquizofrenia. Debido a intoxicación con marihuana, se han comunicado estados agudos de ansiedad y de angustia, así como estados delirantes agudos que suelen remitir en unos días. (OMS, 2005). Su uso crónico puede producir el llamado síndrome amotivacional (depresión, desinterés generalizado).

El riesgo más importante de esta sustancia es su clasificación como droga de inicio; es decir muchos jóvenes se inician con la marihuana para después consumir otras drogas con mayor poder adictivo y más perjudiciales para la salud (SRID, 2014).

### **III. Cocaína**

Según la clasificación de la OMS (2005), la cocaína se ubica dentro de las drogas estimulantes. Es un alcaloide que estimula o acelera el funcionamiento del sistema nervioso central, a través de la liberación de neurotransmisores estimulantes, lo que provoca un estado de ánimo euforizante, mayor sensación de felicidad, disminución del apetito y aumento de las pulsaciones del corazón lo que acelera el metabolismo, entre otras (Cruz, 2007). Se obtiene a partir de las hojas de la planta *Erythroxylon*. Del tratamiento de las hojas de coca se obtiene una pasta de coca o sulfato de cocaína, a partir de la cual se puede obtener clorhidrato de cocaína, si es tratada con ácido clorhídrico. El calentamiento del clorhidrato de cocaína con amoníaco o bicarbonato sódico disueltos en agua produce una forma básica de la cocaína: el crack. El clorhidrato de cocaína suele ser aspirado por la nariz, absorbiéndose en las mucosas nasales; puede también ser ingerido y debido a que es soluble en agua, se puede disolver e inyectar vía intravenosa. Se absorbe rápidamente y provoca efectos en pocos minutos: ausencia de fatiga, hambre y sueño, aumento de la temperatura corporal y la sudoración; anestesia local. Una diferencia de la pasta de coca y el crack respecto al clorhidrato de cocaína es que los primeros pueden calentarse y fumarse sin descomponerse (Benowitz, 1993)

La cocaína en el cerebro actúa bloqueando el funcionamiento de los transportadores de monoaminas, para los cuales tiene afinidades relativamente similares; sin embargo, los efectos reforzantes propios de la cocaína están mediados por el bloqueo de ésta sobre el transportador de dopamina (DAT). Cuando se libera dopamina en el espacio sináptico es el DAT quien se ocupa de recapturarla y transportarla al interior de la terminal presináptica; sin embargo, la cocaína evita dicha remoción al bloquear al DAT en las terminales presinápticas, incrementando el efecto y prolongando la disponibilidad de la DA en la

hendidura sináptica, lo cual se ha relacionado con la experiencia de euforia cocaínica y sus efectos reforzantes (Caballero, 2005; Howell, 2008; Kalivas, 2007).

El consumo de cocaína produce una amplia gama de efectos nocivos en la salud a corto plazo: alteraciones a la transmisión de los estímulos nerviosos, formación de coágulos al interior de los vasos sanguíneos, trastornos del ritmo y las contracciones cardiacas e infartos en órganos especialmente susceptibles como corazón y cerebro (National Institute of Drug Abuse, NIDA, 2010; SOCIDROGALCOHOL, 2008). Cuatro o seis segundos después de inhalar el crack, se produce un “subidón” intenso; se experimenta una sensación inmediata de euforia o la desaparición de la ansiedad, junto con sentimientos exagerados de confianza y autoestima. También se produce una alteración del juicio y por tanto, el consumidor tiende a emprender actividades ilegales o donde pone en riesgo su vida. El habla se acelera y a veces es incoherente o desordenado. A nivel psicológico provoca importantes trastornos, tales como ansiedad intensa, agresividad, alucinaciones, desinterés general, aislamiento social, depresión, exaltación del estado de ánimo, mayor seguridad en sí mismo, disminución de las inhibiciones, sensación de euforia y bienestar. A largo plazo, la cocaína puede causar atrofia cerebral, alteraciones en la memoria y trastornos del sueño y del ánimo, como la depresión (NIDA, 2010; SOCIDROGALCOHOL, 2008).

Tanto las personas que experimentan con la cocaína por primera vez como los consumidores crónicos pueden sufrir reacciones tóxicas agudas. Consisten en un delirio parecido al pánico, hiperpirexia, hipertensión (a veces con hemorragia subdural o subaracnoidea), arritmias cardíacas, infarto de miocardio, colapso cardiovascular, crisis convulsivas, estado epiléptico y la muerte. Otras secuelas neuropsiquiátricas son un síndrome psicótico con delirios paranoides, alucinaciones auditivas y visuales e ideas de referencia.



#### **IV. Poliuso de sustancias**

A las consecuencias del consumo de marihuana y cocaína, se pudieran añadir otras consecuencias de consumo si el usuario mezcla alguna de estas sustancias con otras sustancias legales o ilegales. Los resultados del SRID (2014) mostraron que existen poliusuarios, aunque solo clasificados por la sustancia de mayor consumo al momento de la encuesta; así aunque en este estudio los usuarios reportaron en la categoría “alguna vez en la vida” consumo de marihuana 87.0%, y de Cocaína del 42.0% y en la categoría “último mes” Marihuana 73.3% y Cocaína 28.5%; el 47.6% de los entrevistados reportaron emplear más de una sustancia, mientras que el 52.4% de los entrevistados reportaron ser monoconsumidores (SRID, 2014).

Como se ha visto en las encuestas oficiales sobre consumo de sustancias, la suma de las prevalencias por cada droga es mayor que la prevalencia total de uso de drogas reportadas, lo que sugiere que hay usuarios que consumen más de una droga, pero hay poca evidencia sobre si la preferencia de cada sustancia fue cambiando a través de la historia de consumo o si es simultáneo, es decir si son poliusuarios, ni en qué forma se mueve el fenómeno del consumo y sus posibles consecuencias. La importancia de analizar y atender a los policonsumidores radica en que conforman buena parte de los usuarios que demandan servicios institucionales, 38% según el (SRID, 2014).

La información que se reporta sobre poliusuarios de sustancias se recaba al momento que estos solicitan atención en alguna institución, sin embargo hay una población importante de consumidores que no solicitan atención por el consumo, por lo que se consultaron otras fuentes de información que recabaron datos de poliusuarios de sustancias en espacios públicos. La Encuesta de Usuarios de Drogas Ilegales (EUDI, 2012), realizada

por del Colectivo por una Política Integral hacia las Drogas, A. C. (CUPHID) exploró algunos datos sobre policonsumidores de sustancias aunque esta solamente consideró sustancias ilegales. La muestra constó de 429 adultos con una media de casi 30 años, el 95% de ellos del D. F., y el 5% del Estado de México que trabajaban en el D. F. Todos ellos eran consumidores de sustancias, 310 hombres y 119 mujeres. Se aplicaron cuestionarios de 350 reactivos, cara a cara, en espacios públicos y utilizaron el muestreo de bola de nieve, no probabilístico.

Los datos obtenidos indicaron que tres de cada cuatro usuarios de drogas ilícitas consumía más de una sustancia (71.7%). El 44.3% de los entrevistados reportó consumir 2 a 3 drogas ilícitas. Así mismo, sólo uno de cada cuatro consumidores reportó ser monousuario (28.2%). Entre las mezclas principales de policonsumo se encontraron la marihuana-cocaína con 33.3%; la marihuana-anfetaminas 16.2% y la marihuana e inhalables 15.3%.

El consumo de sustancias es un fenómeno dinámico que al involucrar combinación de sustancias legales e ilegales ya sea en forma simultánea o sucesiva, también involucra nuevos hábitos de consumo. Un ejemplo de esto son los segmentos de gasto por consumo de drogas entre diferentes consumidores dentro de los que destaca el de escaso valor, menor a \$200 pesos mensuales, el cual corresponde al 65.3% de la población y el de mayor valor, arriba de \$4,000 pesos mensuales en promedio, el cual responde al 14%; en este último segmento, se observa una diferencia importante entre los tipos de usuarios de drogas (EUDI, 2012). Mientras más drogas consumen los usuarios mayor es su proporción de gasto; así, sólo 9.4% de los monousuarios gasta más de \$2,000 pesos al mes, a diferencia del 13.6% de los poliusuarios (de 2 o 3 sustancias) y 17% de los poliusuarios de varias drogas ilícitas (más de 3), (EUDI, 2012). En promedio, el gasto semanal de los usuarios de

drogas ilícitas es de \$280.20. Es decir, \$14,570.40 al año. De forma desagregada, los monousuarios de drogas ilícitas tienen un gasto semanal promedio de \$238.20 (EUDI, 2012). Por último dentro de la proporción de poliusuarios para cada droga, destacan la cocaína 72.5%, los inhalables 59.4%, LSD 57.5% y la marihuana con 54.3%.

Se han presentado hasta ahora varias de las consecuencias físicas, neurológicas y conductuales del uso y abuso de dos de las sustancias más relevantes dentro del ámbito de las adicciones, pero al hablar de policonsumo con sustancias adictivas es importante también mencionar las consecuencias que éstas pueden tener en el ámbito psicosocial. Estas van desde ausentismo laboral, pérdida de empleo, conflictos familiares serios, problemas físicos severos, hasta dañar la capacidad para afrontar la vida diaria del usuario (CONADIC, 2012). Los problemas en el funcionamiento psicosocial del usuario de sustancias pueden incrementarse cuando se considera que existe consumo de más de una sustancia. La mayor parte de usuarios de drogas ilícitas suelen consumir otra (s) sustancia (s) legal (es) e ilegal (es), en diferentes etapas de su historia de consumo, encontrándose diversas combinaciones. Sin embargo, las encuestas oficiales disponibles ofrecen pocos indicadores sobre el número de usuarios de sustancias ilícitas que combina drogas, y la forma en la que se representan los hábitos de consumo y consecuencias. El resultado de describir las diferencias significativas en las características del consumo de cada grupo puede ser de utilidad para entender más sobre el fenómeno del policonsumo y sus consecuencias y desarrollar programas de prevención y tratamiento más específicos para esta problemática. Por lo tanto, el objetivo del presente estudio es describir las características de consumo de usuarios masculinos, adultos monoconsumidores y policonsumidores que principalmente tienen dependencia a marihuana o cocaína.

Cabe mencionar que para este estudio, se consideró un monoconsumidor al participante que aunque en su historia de consumo ha probado diferentes sustancias legales o ilegales, al momento del estudio y durante el año anterior a éste, solo mostró consumo o bien alta dependencia por una sustancia, ya fuera mariguana o cocaína.

De la misma forma, para el objeto de esta investigación, se consideró un policonsumidor a la persona que al momento del estudio y durante el año previo a éste consumió dos sustancias adictivas que requerían tratamiento, demostrando alta dependencia principalmente por mariguana o cocaína.

## V. Método

### Participantes

Se trabajó con una muestra intencional no probabilística de 110 usuarios cuyos patrones de consumo de dependencia permitieron clasificarlos en cuatro grupos que se detallan en la Tabla 1.

Tabla 1.

*Clasificación de los participantes del estudio por grupo de consumo.*

Tipo de consumidor		<i>N</i>
Cocaína Policonsumo	Cocaína / Tabaco	12
	Cocaína / Alcohol	22
Cocaína Monoconsumo		34
Marihuana Policonsumo	Marihuana/ tabaco	7
	Marihuana /Alcohol	7
Marihuana Monopconsumo		28
Total		110

Los participantes fueron usuarios de un centro para el tratamiento de adicciones ambulatorio del sector educativo y un centro de tratamiento residencial para las adicciones del sector salud, que participaron en el proyecto. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado de participación en el estudio, en el cual se explican tanto los objetivos de la investigación, como sus riesgos y beneficios, así como la posibilidad de poder abandonar el estudio en cualquier momento.

La información sociodemográfica de los participantes de este estudio divididos por grupo de consumo, así como los niveles de dependencia a la sustancia principal, medidos con los instrumentos CAD 20 y ASSIST que se detallarán en el apartado de instrumentos, se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2.  
Distribución de los datos sociodemográficos de los participantes de la investigación.

	Cocaína	Cocaína	Mariguana	Mariguana
	Policonsumo	Monoconsumo	Policonsumo	Monoconsumo
Ocupación	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Estudiante de tiempo completo	0	0	9.1	14.3
Estudiante con actividad laboral	2.9	2.7	0	3.6
Actividad laboral estable	26.5	37.8	27.3	35.7
Actividad laboral inestable	20.6	21.6	18.2	25
Desempleo	32.4	18.9	36.4	7.1
Desocupado	17.6	18.9	9.1	14.3
Nivel socioeconómico	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Menos de \$1000	11.8	11.4	0	22.2
\$1000 a \$2500	11.8	8.6	36.4	18.5
\$2500 a \$4000	26.5	28.6	27.3	37
\$4000 a \$6000	23.5	20	36.4	7.4
\$6000 a \$10000	17.6	17.1	0	7.4
Escolaridad	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Secundaria completa	23.5	21.6	18.2	17.9
Bachillerato incompleto	41.2	48.6	45.5	35.7
Bachillerato completo	23.5	18.9	18.2	17.9
Universidad incompleta	8.8	5.4	9.1	17.9
Universidad completa	2.9	5.4	9.1	7.1
Estado civil	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Casado	8.8	16.2	0	7.4
Unión libre	11.8	8.1	18.2	29.6
Viudo	2.9	0	0	0
Divorciado	2.9	10.8	0	0
Separado	26.5	24.3	18.2	11.1
Soltero	47.1	40.5	63.6	51.9
Nivel de dependencia CAD 20	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Moderada	3	11.2	0	35.7
Sustancial	45.5	77.8	63.7	46.3
Severa	51.6	11.1	36.3	17.8
Nivel de dependencia a mariguana ASSIST	N	N	N	N
Intervención Breve	8	5	1	1
Tratamiento Intensivo	7	4	10	27
Nivel de dependencia a cocaína ASSIST	N	N	N	N
Intervención Breve	0	1	2	5
Tratamiento Intensivo	34	35	9	0

### Criterios de inclusión.

Para formar parte de la muestra los participantes debían pertenecer al sexo masculino, tener entre 18 y 50 años de edad y tener como escolaridad mínima secundaria completa y como máxima licenciatura completa. Debieron contar con diagnóstico de

dependencia a la marihuana o cocaína emitido por los instrumentos CAD 20 y ASSIST que se detallan en la parte de instrumentos y que su consumo requiriera tratamiento intensivo.

Debieron contar con un mínimo de tres pérdidas o daños en alguna de las siguientes áreas de la vida del individuo: Físico, Laboral, académico, familiar, social, legal, psicológico, económico, y personal, reportada en la Ficha Demográfica e Historia clínica de consumo que se detalla en la parte de instrumentos; que hubieran sido consumidores de cocaína o marihuana principalmente en el último año, independiente del consumo de otras sustancias y que aceptaran participar voluntariamente en la investigación, firmando el consentimiento informado.

### **Instrumentos**

Ficha Demográfica e Historia clínica de consumo: entrevista estructurada con la cual se obtiene información de las variables sexo, nivel socioeconómico, nivel educativo, edad, tipo de droga, tiempo de consumo regular y tiempo en abstinencia (Barragán, Flores, Morales, González y Martínez, 2006). Así como para evaluar que hayan tenido al menos tres pérdidas o daños en alguna de las siguientes áreas de la vida del individuo: Salud física, alteraciones cognitivas, emocionales, legales, alteraciones en relaciones interpersonales, conducta agresiva, alteraciones económicas, laborales o escolares; así como historia de consumo de sustancias (Ver Apéndice A).

Formato de consentimiento de participación, en el que se especifica en qué consiste la investigación, cuales son los beneficios de participar en ésta, y cuáles son los riesgos, así mismo se informa de la libertad de abandonarla en cualquier momento (Ver Apéndice B).

Pruebas de orina para detectar drogas “Drug Screen Dip Test” para 7 drogas (Marihuana, Cocaína, Opiáceos, Anfetaminas, Metanfetaminas, Barbitúricos,

Benzodiazepinas) de AMEDICA®, con el que se confirmó el uso de las sustancias reportadas.

El Cuestionario de Confianza Situacional (CCS). Elaborado por Annis y Graham en 1987; se fundamenta en la teoría de autoeficacia de Bandura. La autoeficacia es la percepción del individuo de su habilidad para afrontar en forma efectiva, situaciones de alto riesgo; que se desprenden de la clasificación de factores de riesgo de Marlatt (1978; Marlatt y Rohsenow, 1980). Fue adaptado a población mexicana por Echeverría y Ayala (1997). Las ocho categorías conformaron una distribución normal; la validez de constructo fue adecuada al correlacionar cada categoría con medidas de consumo pudiendo predecir situaciones de recaídas. Las ocho categorías fueron confiables para administrarse a consumidores de sustancias. Un cuestionario de auto reporte de 100 reactivos se adaptó en una versión breve de ocho reactivos correspondiendo cada uno a los factores de riesgo: 1. Emociones desagradables; 2. Malestar físico; 3. Emociones agradables; 4. Probando autocontrol; 5. Necesidad física; 6. Conflicto con otros; 7. Presión social para beber; 8. Emociones agradables con otros. Su objetivo es valorar la auto-eficacia del usuario ante situaciones específicas de consumo de sustancias. El cuestionario es autoaplicable, en un tiempo estimado de cinco a 15 minutos; puede administrarse individual o grupalmente; se le pide al sujeto imaginarse a sí mismo en cada una de las ocho situaciones e indicar que tan confiado está de resistirse a la necesidad de consumir sustancias (Ver Apéndice C).

Línea Base Retrospectiva. Fue elaborada por Sobell y Sobell en 1992. Es un registro retrospectivo de la cantidad de consumo del usuario 7 meses antes de iniciado el tratamiento y fue adaptado a población mexicana por Echeverría y Ayala en 1993. El objetivo de la LIBARE es medir la conducta de consumo de sustancias adictiva antes del tratamiento, evalúa cambios específicos en el patrón de consumo antes del tratamiento;



permite identificar datos como: los días/meses de mayor consumo, la frecuencia del consumo. Tiene una confiabilidad test-retest de .91. La correlación del consumo entre el reporte del individuo y el del colateral es de .82. La validez concurrente, con la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) y con el Cuestionario Breve de Tamizaje de Alcohol de Michigan (SMAST) muestra correlaciones de .53. Se reporta también validez concurrente con otras medidas como los días de confinamiento al comparársele con reportes oficiales de días de cárcel, hospitalizaciones, tratamiento del internamiento; con instrumentos de consecuencias del consumo de alcohol; con otros marcadores biológicos (gama-glutamil-transpeptidasa). Se le pide al individuo que registre la cantidad de tragos estándar que tomó día a día hasta 7 meses retrospectivo de la fecha actual. Se utilizó como criterio de cantidad estándar en la presente investigación el número de cigarrillos en el caso de marihuana, y en el de la cocaína el número de gramos (Ver Apéndice D).

Escala de Satisfacción General (ESG). Fue elaborada por Azrin, Naster y Jones en 1973, aplicada en población mexicana por Barragán (2005); consta de 10 reactivos que evalúan el porcentaje de satisfacción del individuo en nueve áreas de vida cotidiana y en otra adicional que evalúa el nivel general de satisfacción. Las áreas de vida evaluadas son 1. Consumo; 2. Progreso en el trabajo o en la escuela; 3. Manejo del dinero; 4. Vida social / recreativa; 5. Hábitos personales; 6. Relaciones familiares o matrimoniales; 7. situación legal; 8. Vida emocional; 9. Comunicación; 10. Satisfacción general. El instrumento arroja un criterio global de satisfacción, un criterio promedio y medidas específicas de satisfacción. Su aplicación es de entre 5 a 10 minutos de duración y la consigna de aplicación es: “Pregúntese ¿Qué tan satisfecho me siento con mi funcionamiento en esta área de mi vida?. Establezca en una escala de 1 a 10 cómo se siente hoy y evite que la calificación que asignó en un área afecte a otra”. La confiabilidad de los autores Azrin,

Naster y Jones es de .76 mostrando buena consistencia interna y validez de criterio adecuada. El instrumento fue aplicado en población mexicana por Sánchez, la confiabilidad de la Escala fue de .88 con una varianza explicada de 66.8%. (Ver Apéndice E).

Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD). Este instrumento fue desarrollado por Skinner (1982), es de auto-informe está compuesto por 20 preguntas con respuestas dicotómicas. Proporciona un índice cuantitativo del rango de problemas asociados con el abuso de drogas. El análisis factorial reportó cinco dimensiones de consecuencias: 1. Dependencia a las drogas; 2. Problemas sociales; 3. Problemas médicos; 4. Poli-uso de drogas; y 5. Búsqueda de ayuda. El objetivo del instrumento es medir la percepción que el individuo tiene de las consecuencias que le está ocasionando su consumo de drogas, permitiendo discriminar clínicamente entre los más involucrados en el consumo y los menos, así como con fines de evaluación en el tratamiento. Los índices reportados de confiabilidad han variado de .95 a .86 para usuarios de alcohol y drogas, (De las Fuentes, Villalpando, Oropeza, Vázquez, y Ayala, 2001). En estudios de análisis factorial se han encontrado de dos a cinco componentes que explican más del 50% de la varianza total. Las puntuaciones han correlacionado significativamente con medidas de drogas usadas con frecuencia como mariguana, de barbitúricos, de anfetaminas y heroína. El CAD puede ser administrado tanto en forma de entrevista como en formato de auto-aplicación. No debe de administrarse a pacientes que se encuentren bajo la influencia de drogas. Puede ser contestado en cinco minutos, en formato de prueba de lápiz y papel (Ver Apéndice F).

Test de tamizaje de alcohol, tabaco y uso de drogas. ASSIST. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés) fue elaborada por Henry-Edwards, Humeniuk, Ali, Poznyak y Monteiro (2003) y adaptada

a población mexicana por Linage y Lucio en 2012. Su objetivo es medir el nivel de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. Este instrumento posee validez convergente con correlaciones significativas en un rango de .30 y .60 y confiabilizado mediante test-retest con coeficientes de correlación intraclass (CCI) en un rango de aceptables a excelentes (.40 a .84) en una muestra de estudiantes mexicanos. La prueba ASSIST consiste en un cuestionario de ocho preguntas en versión de papel y lápiz; llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en ‘bajo, moderado o ‘alto’, y en cada caso se determina la intervención más adecuada (‘no tratamiento’, ‘intervención breve’ o ‘tratamiento intensivo’ respectivamente). El diseño de la prueba es culturalmente neutral, se utiliza para detectar el consumo de las siguientes sustancias: Tabaco, Alcohol, Marihuana, Cocaína, Estimulantes de tipo anfetamina, Inhalantes, Sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas), Alucinógenos, Opiáceos, Otras drogas (Ver Apéndice G).

SCL 90. El Inventario de Síntomas de Derogatis, Revisado (Derogatis Symptom Checklist, Revised [SCL-90-R]) es un instrumento de autoinforme desarrollado por Leonard Derogatis y asociados (1975, 1994) para evaluar el grado de malestar psicológico actual que experimenta una persona. Consiste en un listado de 90 síntomas psiquiátricos de variado nivel de gravedad, que califican las nueve dimensiones que mide el instrumento: Somatización: Malestares que surgen de la percepción de disfunciones corporales cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias y de otros sistemas con fuerte mediación del sistema nervioso autónomo. Obsesiones: Incluye los síntomas característicos del síndrome obsesivo compulsivo: diversos pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como involuntarios, indeseados, irresistibles, egodistónicos o imposibles de

controlar. Sensitividad interpersonal: Sentimientos de inferioridad e inadecuación personal durante las interacciones personales. Trastorno Depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, pérdida de interés en las actividades habituales, poca energía vital y sentimiento de desesperanza. También se incluyen ideaciones suicidas y otros correlatos somáticos y cognitivos de la depresión. Ansiedad: Síntomas y comportamientos asociados clínicamente con elevados grados de ansiedad: inquietud, nerviosismo, tensión y ataques de pánico. Hostilidad: pensamientos, sentimientos y acciones característicos del estado afectivo negativo caracterizado como rabia o ira. Ansiedad Fóbica: Caracteriza una respuesta persistente de miedo que es irracional y desproporcionada al estímulo que la provoca, ocasionando que una persona desarrolle una conducta de evitación o escape del estímulo atemorizante. Ideación paranoide: Representa fundamentalmente las distorsiones cognitivas típicas del comportamiento paranoide. Psicoticismo. Esta dimensión fue diseñada para representar el constructo en tanto un continuo de la experiencia humana; por ello incluye un amplio espectro de síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones auditivas, transmisión y control de pensamiento. Es un instrumento de lápiz y papel de tipo Likert de autoaplicación, Para responder, se ofrece una escala de cinco opciones acotada por los términos "Nada", "Muy poco", "Poco", "Bastante" y "Mucho", que en la corrección es valorada en un rango de 0 a 4 puntos. Se le indica a la persona que encontrará una serie de oraciones, deberá indicar en qué medida lo han molestado o perturbado cada uno de esos problemas durante el período comprendido entre el día de la evaluación y la semana inmediatamente anterior. La confiabilidad y validez del instrumento han sido corroboradas a través de un estudio aplicado a sujetos mexicanos (Cruz, López, Blas, y col., 2004; Ver Apéndice H).

## **Procedimiento**

Se llevó a cabo un estudio no experimental de tipo transversal, en una sesión de 90 minutos para la administración de pruebas psicológicas definidas en la sección de instrumentos, mismas que se aplicaron al momento de la admisión para el tratamiento del usuario en cada institución.

Admisión. Se le explicó al usuario en qué consistía el protocolo de la investigación:

“Esta investigación consiste en recabar información sociodemográfica y de consumo de cada usuario, con el objetivo de conocer los hábitos y consecuencias del consumo de diferentes sustancias o combinación de sustancias, la información se recabará a través de la aplicación de diferentes instrumentos, en una sesión de evaluación. Los resultados de estas evaluaciones se adjuntarán a su expediente y servirán para asignarle a usted el tratamiento más adecuado a su problemática”

Se informó que los datos que proporcionaría serían confidenciales y se utilizarían únicamente para fines de investigación, se le preguntó si deseaba participar en el estudio, entregándole el consentimiento informado:

“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. Estoy de acuerdo en que la relación con el profesional de la salud será únicamente profesional”.

Una vez que el usuario aceptó participar en la investigación, se le explicó en qué consistía cada una de las pruebas de psicodiagnóstico, qué información proporcionaban, y se leyeron las instrucciones indicadas en cada uno de los instrumentos que conformaron el protocolo, para saber si el usuario cumplía los criterios de inclusión: Ficha Demográfica e Historia clínica de consumo; Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD-20); Test de tamizaje de alcohol, tabaco y uso de drogas (ASSIST).

Evaluación. Una vez que se determinó que el participante cumplía los criterios de inclusión, se llevó a cabo la aplicación de los siguientes instrumentos: Entrevista inicial; Cuestionario de Confianza Situacional (CCS); Symptom Checklist 90 (SCL90); Línea Base Retrospectiva (LIBARE); y Prueba antidoping.

### **Análisis.**

Para el análisis de datos se dividió a los participantes en cuatro grupos según el tipo de consumo: Cocaína policonsumidores, Cocaína monoconsumidores, Marihuana policonsumidores y Marihuana monoconsumidores. Se utilizó Ji cuadrada para el análisis de datos cualitativos. Para el análisis de datos cuantitativos, se realizó la prueba de homogeneidad de varianza Levene, Posteriormente se realizaron Análisis de Varianza ANOVA para detectar diferencias en el promedio de las muestras y prueba Post Hoc Tukey para encontrar entre que grupos había diferencias significativas. .

En donde no se encontró homogeneidad de varianza en los grupos, se utilizó la prueba Welch y posteriormente la prueba Post Hoc T3 de Dunnett para encontrar en que grupos había diferencias significativas. Todos los análisis se realizaron a través del paquete estadístico SPSS® versión 15.0 para Windows®.

## VI. Resultados

La información analizada se presenta en el siguiente orden: Indicadores de malestar psicológico que presentó cada grupo de participantes al momento de la evaluación definidos por el SCL90, hábitos de consumo de sustancias y por último consecuencias derivadas del consumo de sustancias.

Dentro de los indicadores de malestar psicológico que mostraron los diferentes grupos de consumidores a través de las escalas de síntomas psiquiátricos del SCL 90, un análisis de varianza mostró que en la sub-escala de depresión hubo diferencias entre grupos [F (3,95) = 4.41, p=.006] y una prueba Post Hoc Tukey indicó que las diferencias se encontraban entre el grupo de cocaína policonsumo ( $M=1.45$ ) y los grupos cocaína monoconsumo ( $M=.95$ ) y mariguana monoconsumo ( $M=.84$ ) como se muestra en la tabla 3.

En las sub-escalas donde no se encontró homogeneidad en las varianzas, se aplicó una prueba Welch para encontrar diferencias significativas y una prueba Post Hoc T3 Dunnett para identificar los grupos en los que había diferencias, y estas se encontraron en las sub-escalas Obsesivo compulsivo [F (3,95) = 3.53, p=.018] entre los grupos de cocaína policonsumo ( $M=1.31$ ) y cocaína monoconsumo ( $M=.69$ ). De la misma forma en la sub-escala Ansiedad [F (3,95) = 5.80, p=.001], entre los grupos de cocaína policonsumo ( $M=1.06$ ) y cocaína monoconsumo ( $M=.47$ ); por último, en la sub-escala de Ansiedad Fóbica se encontraron diferencias significativas [F (3,95) = 6.16, p=.001] entre el grupo de cocaína policonsumo ( $M=.64$ ) y mariguana monoconsumo ( $M=.23$ ) como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3.  
Medias de las subescalas del SCL-90 en las que se encontraron diferencias significativas.

	Cocaína		Marihuana		F	p
	Policonsumo	Monoconsumo	Policonsumo	Monoconsumo		
	M	M	M	M		
Depresión	1.45 ● ◦	0.95 ●	1.57	0.84 ◦	4.41	0.006
Obsesivo Compulsivo	1.31 ●	0.69 ●	1.09	1.01	3.54	0.018
Ansiedad	1.06 ●	0.47 ●	1.08	0.64	5.81	0.001
Ansiedad Fóbica	0.64 ●	0.25	0.9	0.23 ●	6.17	0.001

● Significativas entre grupo Cocaína Policonsumo y otros grupos

◦ Significativa entre grupos Cocaína Policonsumo y Marihuana Monoconsumo

Dentro de los hábitos de consumo de los diferentes grupos de usuarios de sustancias, se analizó el porcentaje de sueldo que cada grupo invertía en compra de droga y no se encontraron diferencias significativas entre grupos. De la misma forma se analizó el tiempo que tenía cada grupo consumiendo la sustancia principal, sin encontrarse diferencias significativas entre grupos.

Para cada grupo de consumidores se analizó el número de años que tenían en el trabajo actual al momento de la entrevista, o bien el número de años de desempleo, sin encontrarse diferencias significativas entre grupos. Al analizar el número de días de consumo de droga a la semana, no se encontraron diferencias significativas entre los diferentes grupos de usuarios. Se analizaron también el total de días de consumo, consumo total por ocasión, por semana y por mes, sin encontrarse diferencias significativas entre los grupos.

Se analizó el grado de confianza de cada grupo de usuarios para mantenerse sin consumo en ciertas circunstancias como en emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando mi control sobre la droga, necesidad física, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros. Un análisis de varianza mostró que en Probando el Control sobre la droga, hubo diferencias significativas entre los grupos [F



(3,100) = 3.12, p=.029], y una prueba Post Hoc Tukey indicó que estas se encontraron en el grupo de cocaína policonsumo ( $M=32.6$ ) que mostró menor grado de confianza para no consumir sustancias adictivas que el grupo de mariguana monoconsumo ( $M=61.8$ ).

Por otro lado, a través de un análisis de varianza se encontró que hubo diferencias significativas en las Emociones Agradables entre los grupos [ $F(3,102) = 3.74$ ,  $p=.013$ ], y una prueba Post Hoc T3 Dunnett mostró que las diferencias estaban entre los grupos de cocaína policonsumo ( $M=60.35$ ) que mostró menor grado de confianza que el grupo cocaína monoconsumo ( $M=84.17$ ) como se muestra en la tabla 4.

Tabla 4.  
Medias de las subescalas del CCS en las que se encontraron diferencias significativas.

	Cocaína	Cocaína	Mariguana	Mariguana	F	p
	Policonsumo	Monoconsumo	Policonsumo	Monoconsumo		
	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>		
Probando Control sobre droga	32.6•	47.86	43.6	61.8•	3.12	0.029
Emociones Agradables	60.35•	84.17•	72	79.85	3.74	0.013

• Significativas entre grupo Cocaína Policonsumo y otros grupos

Se describieron consecuencias del consumo de los diferentes grupos de usuarios, recopilados de la entrevista inicial, entre estas se encuentran el número de alteraciones cognitivas, alteraciones emocionales, alteraciones en relaciones interpersonales, alteraciones de conducta agresiva, alteraciones legales, alteraciones económicas y alteraciones laborales.

Un análisis de varianza mostró que hubo diferencias significativas en los siguientes aspectos: Alteraciones del Sistema Nervioso [ $F(3,101) = 5.42$ ,  $p=.002$ ], y una prueba Post Hoc Tukey mostró que las diferencias se encontraron entre el grupo de cocaína policonsumo ( $M=4.94$ ) y los grupos cocaína monoconsumo ( $M=2.92$ ) y mariguana monoconsumo ( $M=2.58$ ). En el rubro de Alteraciones Cognitivas [ $f(3,102) = 3.71$ ,  $p=.014$ ],

las diferencias se encontraron entre los grupos cocaína policonsumo ( $M=2.73$ ) y cocaína monoconsumo ( $M=1.59$ ). En Alteraciones Emocionales [ $f(3,102) = 4.57, p=.005$ ], entre los grupos cocaína policonsumo ( $M=6.45$ ) y marihuana policonsumo ( $M=7.1$ ), con el grupo de marihuana monoconsumo ( $M=4.54$ ). Para el caso de las Alteraciones Relaciones Interpersonales [ $F(3,102) = 4.75, p=.004$ ], las diferencias se encontraron entre los grupos cocaína policonsumo ( $M=5.97$ ) y marihuana monoconsumo ( $M=3.81$ ). En Alteraciones laborales [ $F(3,100) = 5.77, p=.001$ ], entre los grupos cocaína policonsumo ( $M=3.79$ ) marihuana policonsumo ( $M=4.2$ ) con el grupo marihuana monoconsumo ( $M=1.39$ ). Por último, un análisis de varianza mostró que hubo diferencias significativas en Alteraciones Económicas [ $F(3,101) = 15.32, p=.000$ ], y una prueba Post Hoc T3 Dunnett indicó que estas diferencias estaban entre los grupos cocaína policonsumo ( $M=3.53$ ) y cocaína monoconsumo ( $M=2.81$ ), con el grupo marihuana monoconsumo ( $M=1.13$ ); como se muestra en la tabla 5.

Tabla 5.

*Medias de alteraciones a consecuencia del consumo en donde se encontraron diferencias significativas.*

	Cocaína	Cocaína	Mariguana	Mariguana	F	p
	Policonsumo	Monoconsumo	Policonsumo	Monoconsumo		
	M	M	M	M		
Alteraciones SNC	4.94 ● ○	2.92 ●	4	2.58 ○	5.42	0.002
Alteraciones Cognitivas	2.73 ●	1.59 ●	2.7	2.54	3.71	0.014
Alteraciones Emocionales	6.45 ●	4.92	7.1 ○	4.54 ● ○	4.57	0.005
A. Relaciones Interpersonales	5.97 ●	4.92	5.8	3.81 ●	4.75	0.004
Alteraciones Laborales	3.79 ●	2.54	4.2 ○	1.39 ● ○	5.77	0.001
Alteraciones Económicas	3.53 ●	2.81 ○	2.2	1.13 ● ○	15.32	0.000

● Significativas entre grupo Cocaína Policonsumo y otros grupos

○ Significativas entre grupo Marihuana Monoconsumo y otros grupos

De la misma forma se describió el número de tratamientos a consecuencia del consumo: Anexos, clínicas de rehabilitación, tratamiento psiquiátrico para la dependencia,

hospitalización psiquiátrica, salas de emergencia por intoxicación, grupos de autoayuda o tratamientos psicológicos para la dependencia. Una prueba de comparación múltiple no asumiendo varianzas iguales mostro que había diferencias significativas en los tratamientos de clínicas de rehabilitación [ $F(3,103) = 6.23, p=.001$ ], y una prueba Post Hoc T3 Dunnett indico que las diferencias estaban en los grupos cocaína policonsumo ( $M=1.21$ ) y cocaína monoconsumo ( $M=.70$ ) con el grupo mariguana monoconsumo ( $M=.15$ ) como se muestra en la tabla 6.

Tabla 6.  
Medias de tratamientos a causa del consumo en donde se encontraron diferencias significativas.

	Cocaína	Cocaína	Mariguana	Mariguana	F	p
	Policonsumo	Monoconsumo	Policonsumo	Monoconsumo		
	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>		
Clinicas de Rehabilitación	1.21 •	0.70 ◦	1.7	0.15 • ◦	6.24	0.001

• Significativas entre los grupos Cocaína Policonsumo y Mariguana Monoconsumo  
◦ Significativa entre los grupos Cocaína Monoconsumo y Mariguana Monoconsumo

Al analizar el nivel de satisfacción general en las áreas de la vida del usuario respecto a su consumo, progreso en el trabajo o en la escuela, manejo del dinero, vida social/recreativa, hábitos personales, relaciones familiares o matrimoniales, situación legal, vida emocional, comunicación y satisfacción general; un análisis de varianza mostro que había diferencias significativas en los siguientes aspectos: Vida Social/Recreativa [ $F(3,104) = 5.63, p=.001$ ], y una prueba Post Hoc Tukey mostro que las diferencias se encontraron entre el grupo cocaína policonsumo ( $M=4.03$ ) y los grupos cocaína monoconsumo ( $M=5.83$ ) y mariguana monoconsumo ( $M=6.61$ ). En el aspecto Vida emocional [ $F(3,103) = 4.64, p=.004$ ], entre el grupo mariguana monoconsumo ( $M=6.89$ ) y los grupos cocaína policonsumo ( $M=4.64$ ) y mariguana policonsumo ( $M=4.3$ ). En el rubro Comunicación con otros [ $F(3,104) = 6.64, p=.000$ ], se encontraron diferencias significativas por un lado entre el grupo cocaína policonsumo ( $M=4.76$ ) y los grupos

cocaína monoconsumo ( $M=6.72$ ) y marihuana monoconsumo ( $M=7.32$ ); y entre los grupos marihuana monoconsumo ( $M=7.32$ ) y marihuana policonsumo ( $M=4.80$ ). En cuanto a Satisfacción general [ $F(3,104) = 4.87, p=.003$ ], las diferencias están entre el grupo cocaína policonsumo ( $M=5.29$ ) y los grupos cocaína monoconsumo ( $M=6.89$ ) y marihuana monoconsumo ( $M=7.46$ ), como se observa en la tabla 7.

Tabla 7.  
Medias de las subescalas del CSG en que se encontraron diferencias significativas

	Cocaína Policonsumo <i>M</i>	Cocaína Monoconsumo <i>M</i>	Marihuana Policonsumo <i>M</i>	Marihuana Monoconsumo <i>M</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Vida Social y Recreativa	4.03 ● ○	5.83 ●	4.2	6.61 ○	5.63	0.001
Vida Emocional	4.64 ●	5.22	4.3 ■	6.89 ● ■	4.64	0.004
Comunicación con Otros	4.76 ● ○	6.72 ○	4.8 ■	7.32 ● ■	6.64	0.000
Satisfacción General	5.29 ● ○	6.89 ●	6.1	7.46 ○	4.87	0.003

- Significativas entre grupo Cocaína Policonsumo y otros grupos
- Significativas entre grupo Cocaína Policonsumo y otros grupos
- Significativas entre grupos Marihuana Monoconsumo y Marihuana Policonsumo

## VII. Discusión

Esta investigación tuvo como objetivo describir las características que se encontraron en monoconsumidores y policonsumidores de cocaína y mariguana, se describieron indicadores de malestar psicológico, hábitos de consumo y consecuencias derivadas del consumo. En el aspecto de indicadores de malestar psicológico, se encontró que algunos grupos de consumidores mostraron grados de síntomas psiquiátricos más altos que otros, de esta manera el grupo de cocaína policonsumo mostró más síntomas de depresión, ansiedad, y obsesividad compulsividad que el grupo de cocaína monoconsumo; de la misma forma el grupo cocaína policonsumo mostró más síntomas de depresión que el grupo de mariguana monoconsumo, estos resultados coinciden con estudios donde se ha confirmado la alta prevalencia de sintomatología psiquiátrica en pacientes que solicitan tratamiento por abuso de cocaína (Sánchez, Tomás, Morales, 2000), aunque cabe mencionar que este estudio no especificó si los participantes eran monoconsumidores o policonsumidores. La información encontrada en esta investigación sugiere que el consumo combinado de cocaína con otras sustancias pudiera estar relacionado con la presencia de algunos síntomas psiquiátricos más que en los grupos de monoconsumo de mariguana o cocaína, información que es consistente con lo mencionado en la descripción de efectos relacionados al consumo de cocaína (OMS, 2005). Cabe recordar que en la muestra de este estudio aproximadamente dos tercios de los participantes del grupo de cocaína policonsumo, combinaban cocaína-alcohol, y se ha dicho en algunos estudios que la interacción farmacológica alcohol/cocaína da como resultado cuadros clínicos más graves que en los pacientes que solo consumen cocaína, pues existe mayor afectación en el SNC, y algunas peculiaridades como conducta de búsqueda compulsiva de cocaína, mayor pérdida de control del consumo, más problemas sociales, y más conductas de riesgo y antisociales

(Pastor, Llopis, Baquero, 2003), por lo que en el caso de la ansiedad, la ansiedad fóbica y quizá la obsesividad/compulsividad, probablemente algunos de estos síntomas se acentúan con la combinación de cocaína y otras sustancias adictivas .

En el caso de la depresión, pudiera ser que las tres sustancias principales que conforman las diadas de consumo del grupo cocaína policonsumo, cocaína/alcohol cocaína/tabaco, acentúen los síntomas depresivos, más que el consumo de cada sustancia en forma única, ya que hay estudios que apoyan la existencia de una base neurológica común entre la depresión y la dependencia al alcohol (Bertolin, 2006) Por otro lado existen algunos vínculos estrechos entre los trastornos depresivos mayores y la dependencia al tabaco, como que la incidencia de trastornos depresivos mayores entre fumadores es dos veces mayor que entre no fumadores (Glassman y colab., 1990), y existe una clara relación entre fumar y padecer depresión (Leonard y colab., 2001). Por otro lado la abstinencia de psicoestimulantes como la cocaína se caracteriza por perturbaciones severas del estado de ánimo, incluyendo síntomas depresivos combinados con irritabilidad y ansiedad (American Psychiatric Association (APA), 1994; Gawin y Kleber, 1986; Satel y colab., 1991; Weddington y colab., 1990). Aunque se ha encontrado poca información sobre consecuencias de consumo en policonsumidores de las características de este estudio, resulta posible sugerir que si las sustancias consumidas en forma individual causan dichos efectos, estos se acentúen cuando se consumen en forma combinada.

Coincidiendo con los estudios sobre posible pérdida de control del consumo cuando se añaden varias sustancias, particularmente en policonsumidores de cocaína y alcohol (Pastor, Llopis, Baquero, 2003), se encontró que bajo algunas situaciones de riesgo como al probar el control que el individuo tiene sobre la droga (por ejemplo si el usuario pensara que ya no tiene problemas con el consumo o se sintiera seguro de consumir sólo un poco),

el grupo de cocaína policonsumo se percibe más inseguro de mantenerse sin consumo que el grupo de cocaína monoconsumo; de la misma manera al encontrarse con emociones agradables (por ejemplo si se sintieran contentos, si quisieran celebrar, si todo fuera por buen camino) el grupo de cocaína policonsumo se encuentra más inseguro de poder mantenerse sin consumo que el grupo de marihuana monoconsumo.

Se encontraron algunas áreas en la funcionalidad de la vida de los individuos que se vieron afectadas mayormente en algunos grupos que en otros; así, el grupo de cocaína policonsumo mostró autorreportes de más alteraciones del SNC, alteraciones cognitivas, alteraciones emocionales y alteraciones en relaciones interpersonales que el grupo de marihuana monoconsumo; estos hallazgos apoyan investigaciones donde se menciona que el consumo de cocaína puede inducir alteraciones del funcionamiento cerebral que van desde trastornos neurológicos, hasta alteraciones neuropsicológicas más sutiles que pueden manifestarse como deterioro cognitivo, asociado a alteraciones emocionales y comportamentales, que tienen un trasfondo orgánico (Guardia, Segura, Gonzalvo, y colab., 2001), alteraciones que podrían empeorar si se unieran varias sustancias al consumo, alteraciones que se potencian con la presencia del metabolito cocaetileno, resultado de la combinación del consumo de cocaína y alcohol; probablemente por esta razón el grupo de cocaína policonsumo mostró más alteraciones SNC que el grupo de cocaína monoconsumo. El grupo de marihuana policonsumo presentó más alteraciones emocionales que el grupo de marihuana monoconsumo; sin embargo, no se sabe la razón de estos hallazgos, ya que los efectos de marihuana por si sola incluyen alteraciones emocionales. Se piensa que esta problemática podría agravarse si se mezcla la sustancia con otras más, investigaciones adicionales deberán confirmar estos hallazgos.

Adicionalmente, se encontró que los grupos de policonsumo cocaína y policonsumo mariguana presentaron más alteraciones laborales que los monoconsumidores de mariguana, y de la misma forma se piensa que la razón es que al hacer combinación de sustancias, los efectos pueden diversificarse y la funcionalidad del consumidor disminuir, se recomienda ampliar la investigación al respecto para corroborar estos resultados. Por otro lado los grupos de cocaína policonsumo y cocaína monoconsumo presentaron más alteraciones económicas que el grupo de mariguana monoconsumo, estos hallazgos coinciden con la información de EUDI (2012), donde se menciona que por una parte dentro de los monousuarios, destaca el gasto de los consumidores de cocaína contra los usuarios de otras sustancias, y dentro de los poliusuarios destaca el gasto de los poliusuarios de cocaína, contra los poliusuarios de otras sustancias Otra teoría que podría explicar este comportamiento es lo que muestran algunas investigaciones al respecto de que los policonsumidores de cocaína y alcohol muestran mayor pérdida de control de consumo (Pastor, Llopis, Baquero, 2003).

Dentro de la percepción de satisfacción que tienen los diferentes grupos de consumidores sobre algunas áreas de su vida en donde se encontraron diferencias significativas como vida social y recreativa, vida emocional, comunicación con otros y satisfacción general, el grupo de mariguana monoconsumo fue el grupo que mostró mayor satisfacción en todas las áreas, y el grupo de cocaína policonsumo se percibió como el menos satisfecho en todas las áreas excepto en vida emocional, en donde el grupo de mariguana policonsumo fue el que mostró menor satisfacción. En este sentido, aunque todas las sustancias psicoactivas tienen efectos en la funcionalidad de los individuos, se piensa que la combinación de varias sustancias pudiera tener más efectos negativos, como fue en este caso en que los policonsumidores de cocaína y mariguana se perciben mas



insatisfechos en ciertas áreas de su vida; se sugiere ampliar la investigación para corroborar los hallazgos encontrados.

En conclusión, los resultados de esta investigación muestran que cuando los consumidores pasan del monoconsumo al policonsumo de sustancias, especialmente en el caso de la cocaína, las consecuencias y pérdidas del individuo se agravan considerablemente, y dado que el fenómeno del policonsumo de sustancias es cada vez más frecuente, resultaría importante ampliar la investigación en estudios posteriores. El grupo de cocaína policonsumo es básicamente el que percibe más pérdidas de funcionalidad y menor satisfacción en varias áreas de su vida. Estos usuarios no solamente reconocen más afectaciones fisiológicas, sino más problemas psicológicos. Probablemente del resultado de todas estas afectaciones se desprende el hecho de que es este grupo de cocaína policonsumo el que ha solicitado más tratamientos en clínicas de rehabilitación, comparado al grupo de marihuana monoconsumo. Se sugiere para estudios posteriores evaluar la correlación entre número o tipo de tratamientos previos y la efectividad de tratamiento que ha recibido el grupo de cocaína policonsumidores, para saber si éstos han sido adecuados a la problemática o bien la razón por la que han solicitado más tratamientos, es porque los tratamientos disponibles no han dado una solución efectiva. Si este último fuera el caso, sería conveniente diversificar los tratamientos con intervenciones expresamente dirigidas al tipo de consumidor, o aplicar la terapia en forma más intensiva en el caso de los policonsumidores de cocaína.

Otro punto que se sugiere investigar en estudios posteriores es de qué manera interactúa la sintomatología psiquiátrica que se ha encontrado en los consumidores de cocaína y que se ha mencionado en algunos estudios (Glawin y Kleber, 1986; Guardia,

Segura, Gonzalvo y colab., 2001; Sánchez, Tomás y Morales, 2000; Satel y colab., 1991; Weddington y colab., 1990) cuando a este consumo se suman otras sustancias.

Algunos puntos que no se controlaron en la realización de este estudio, es que existe otra población de consumidores que usualmente no se toma en cuenta en las encuestas oficiales ni se consideraron en este estudio, que son las personas que no solicitan tratamiento, por ejemplo casi toda la población de mujeres consumidoras. Pudiera ser importante investigar de qué manera varían los resultados en estos usuarios. De la misma forma en comparación con los usuarios en general, en este estudio pudieron haber influido en los resultados la edad de los participantes, la zona geográfica en donde se ubicaron las clínicas u otros aspectos.

Otro punto que pudo influir en los resultados, fue que se encontraron escasos participantes del grupo mariguana policonsumo, apenas 14 participantes solicitaron tratamiento en comparación con alrededor de 30 participantes para cada uno de los otros grupos. En este caso cabría preguntarse ¿cuál es la razón de que este grupo en particular solicita menos tratamiento para su consumo?

Se sugiere para estudios posteriores una muestra de participantes más balanceada y ampliar la investigación sobre los hábitos y consecuencias del consumo en policonsumidores de diferentes combinaciones de sustancias para saber si ciertas combinaciones de sustancias pudieran afectar de diferente forma la funcionalidad del usuario.

Profundizar en el fenómeno del policonsumo permitirá entender mejor porqué éste se ha incrementado de manera considerable en las últimas décadas, así como las implicaciones y consecuencias negativas de esta práctica. De la misma manera podremos desarrollar programas terapéuticos más efectivos para este sector de consumidores, pues

hasta el momento los programas basados en la evidencia -que son los que han dado mayor resultado en la rehabilitación de consumidores de sustancias (CONADIC, 2012)-, no consideran una diferencia en el tratamiento de un monoconsumidor o un policonsumidor de sustancias.

## Referencias

- Annis, H., Graham, J., y Martin, J. (1987). Situational confidence questionnaire (SCQ) user's guide. *Addiction Research Foundation*. Toronto, Canada
- American Psychiatric Association (1994) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, 4a Edición (DSM-IV). Asociación Psiquiátrica Estadounidense, Washington, DC, EE.UU.
- Azrin, N., Naster, B., y Jones, R. (1973). Reciprocity counseling: A rapid-learning based procedure for marital counseling. *Behavior Research and Therapy*. 14, 339-382
- Barragán, L., Flores, M., Morales, S., González, J. y Martínez, M. (2006). *Programa de satisfactores cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas: manual del terapeuta*. México: UNAM. CONADIC
- Barragán, L., Gonzalez, J., Medina-Mora, M., y Ayala, H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: Un estudio piloto. *Revista Salud Mental*, 28 (1). 61-71, Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58212807.pdf>
- Benowitz, N.L. (1993). Clinical pharmacology and toxicology of cocaine. *Pharmacology & Toxicology*; 72; 3-12. doi: 10.1111/j.1600-0773.1993.tb01331.x
- Bertolin, J.M., (2006). El consumo de alcohol y cocaína en España: los adolescentes. *Revista Española de Drogodependencia* 31 (3). España. Disponible en: [http://www.aesed.com/descargas/revistas/v31n3-4\\_ed2.pdf](http://www.aesed.com/descargas/revistas/v31n3-4_ed2.pdf)
- Caballero, L. (2005). *Adicción a Cocaína: Neurobiología Clínica, Diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Consejo Nacional contra las Adicciones. CONADIC (2012). *Lineamientos para la prevención y atención de las adicciones en el ámbito laboral mexicano, (2011)*. México. Recuperado de: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/lineamientos.pdf>
- Consejo Nacional contra las Adicciones CONADIC (2012). *Avances en los Métodos diagnósticos y terapéuticos de las adicciones*. Libro 3. En Actualidades en Adicciones (2012). México Recuperado de: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/libro3.pdf>
- Cruz, S. (2007). *Los efectos de las drogas: De sueños y de pesadillas*. México: Editorial Trillas.
- Cruz, C., Lopez, L., Blas, C., y Gonzalez, L. (2005). Datos sobre la Validez y confiabilidad de la Symptom Check List 90 (SCL90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Revista Salud Mental*, (28) 1. Recuperado de: <http://inprf.bi-digital.com:8080/bitstream/123456789/1947/1/sm280172.pdf>
- De la Fuente, M., Villalpando, J., Oropeza, R., Vázquez, F. y Ayala, H. (2001). *Cuestionario de Abuso de Drogas*. Adaptación de un instrumento de tamizaje para población mexicana que consume drogas (Tesis de licenciatura). México: Facultad de Psicología UNAM.
- Derogatis, L. (1994). *SCL-90R Symptom Checklist. Administration, Scoring and Procedures Manual*. E.E.U.U: National Computer System
- Echeverría, L., Ayala, H. (1997). *Cuestionario de Confianza Situacional: Traducción y Adaptación*. Mexico: Universidad Nacional Autonoma de México
- Gawin, FH., Kleber, H.D. (1986) Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers: clinical observations. *Archives of General Psychiatry*. 43, 107–113.

- González-Pinto, A. (Mayo, 2011) Cannabis and First-Episode Psychosis: Different Long-term Outcomes Depending on Continued or Discontinued Use. *Revista Schizophrenia bulletin.*; 37(3): 631–639. doi:10.1093/schbul/sbp126.
- Glassman, A.H. y colab. (1990) Smoking, smoking cessation, and major depression. *Journal of the American Medical Association.* 264, 1546–1549.
- Guardia, J., Segura, L., Gonzalvo, B., Iglesias L., Roncero C., (2001) Neuroimagen y alteraciones del funcionamiento cerebral, asociadas al consumo de cocaína. *Revista Adicciones*, 13, 415-431
- Gutiérrez López, A.D. y Castillo Franco, P.I. (2010). *Tendencias del consumo alguna vez en la vida de drogas en Centros de Integración Juvenil 2004-2009*. Centros de Integración Juvenil, A. C., CIJ. Mexico. Recuperado de: [http://www.cij.gob.mx/Programas/Investigacion/pdf/10\\_01e.pdf](http://www.cij.gob.mx/Programas/Investigacion/pdf/10_01e.pdf)
- Henry-Edwards, S., Humeniuk, R.E., Ali, R.L., Poznyak. V., y Monteiro, M. (2003) *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Guidelines for use in primary care*, World Health Organization, Suiza.
- Howell, L. y Kimmel, H. (2008) Monoamine transporters and psychostimulant addiction. *Biochemical Pharmacology.* 78, 196-217. doi:10.1016/j.bcp.2007.08.003
- Kalivas, P.W. (2007) Neurobiology of cocaine addiction: implications for new pharmacotherapy. *The American Journal on Addictions* 16, (2), 71–78. doi: 10.1080/10550490601184142
- Leonard, S., y col. (2001). Smoking and mental illness. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 70, 561-570. doi:10.1016/S0091-3057(01)00677-3

Marlatt, G., y Rohsenow, D. (1980). *Cognitive processes in alcohol use: Expectancy and the balanced placebo design*. In N. K. Mello (Ed.) *Advances in substance abuse*, 1. E.E.U.U.: JAI Press.

Medina-Mora, M., Villatoro-Velázquez, J., Fleiz-Bautista, C., Téllez-Rojo, M., Mendoza-Alvarado, L., Romero-Martínez, M., Gutiérrez-Reyes, J., Castro-Tinoco, M., Hernández-Ávila, M., Tena-Tamayo, C., Alvear-Sevilla, C. y Guisa-Cruz, V. (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de drogas*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. México D.F. Disponible en: [www.inprf.gob.mx](http://www.inprf.gob.mx), [www.conadic.gob.mx](http://www.conadic.gob.mx), [www.cenadic.salud.gob.mx](http://www.cenadic.salud.gob.mx), [www.insp.mx](http://www.insp.mx)

Moore, T.H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T.R., Jones, P.B., Burke, M., Lewis, G. (2007) Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *The Lancet*. (370) 319–328. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61162-3.

National Institute of Drug Abuse. NIDA, (2010). *Cocaína: Abuso y Adicción (2010)*. National Institute on Drug Abuse. E.E.U.U. Recuperado de: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/cocaina-abuso-y-adiccion/cual-es-el-alcance-del-consumo-de-cocaina-en-los-estados-unidos>

National Institute of Drug Abuse. NIDA, (2014). *DrugFacts (2014)*. National Institute on Drug Abuse. E.E.U.U. Recuperado de: [http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/drugfacts\\_marihuana\\_sp\\_112014\\_2.pdf](http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/drugfacts_marihuana_sp_112014_2.pdf)

Organización de los Estados Americanos. OEA, (2013). *El problema de las drogas en las Américas: Estudios Drogas y Salud Pública*. Washington, DC. E.E.U.U.

Recuperado de:  
[http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth\\_ESP.pdf](http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf)

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. UNODC, (2014). *Informe Mundial sobre las Drogas*. E.E.U.U. Recuperado de:  
[https://www.unodc.org/documents/wdr2014/V1403603\\_spanish.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr2014/V1403603_spanish.pdf)

Organización Mundial de la Salud. OMS, (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington, D. C. E.E.U.U.: Banco Mundial. Recuperado de:  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/neuroscience\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf)

Organización Mundial de la Salud. OMS, (1994). *Glosario de términos de Alcohol y Drogas*. Recuperado de:  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)

Ortiz, A., Martínez, R., Meza, D. (2014). Resultados de la Aplicación de la Cédula: “Informe Individual sobre Consumo de Drogas”. Tendencias en el área metropolitana. *Sistema de Reporte de Información en Drogas SRID*. Recuperado de:  
[http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/srid/rep\\_55\\_pdf.pdf](http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/srid/rep_55_pdf.pdf)

Pastor, R., Llopis, J.J., Baquero, A. (2003). Interacciones y consecuencias del consumo combinado de alcohol y cocaína: una actualización sobre el cocaetileno. *Revista Adicciones* 15 (2), 159-164. Recuperado de: <http://www.adicciones.es/files/06-Interacciones%20y%20cons.pdf>



- Pérez Prior, N., Milara, J., Soler, E., Ferrando, R., Caja, M., Romero, R. (2006) Transcendencia del cocaetileno en el consumo combinado de etanol y cocaína. *Revista Española de Drogodependencia*. 31 (3 y 4), 254-270. Recuperado de: [http://www.aesed.com/descargas/revistas/v31n3-4\\_2.pdf](http://www.aesed.com/descargas/revistas/v31n3-4_2.pdf)
- Piomelli, D. (2003) *The molecular logic of endocannabinoid signaling*. *Nature Reviews Neuroscience*. 11, 873-84.
- Skinner, H. A. (1982). The Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behaviors*, 7, 363-371.
- Sánchez, E., Tomás, E., y Morales, E. (2000). Evaluación psicopatológica de pacientes dependientes de cocaína. *Atención Primaria*. 26, (5), 319–322. doi:10.1016/S0212-6567(00)78672-0
- Satel, S.L. y colab. (1991) Clinical phenomenology and neurobiology of cocaine abstinence: a prospective inpatient study. *American Journal of Psychiatry*. 148, 1712–1716.
- Sobell, L.C., y Sobell, M.B. (1992). *Timeline follow-back: A technique for assessing self-reported ethanol consumption*. In J. Allen and R. Litten (Eds). *Measuring alcohol consumption: Psychosocial and biological methods*. E.E.U.U.: Human Press
- SOCIDROGALCOHOL (2008), *Cocaína: Guías Clínicas (2007)*. Valencia, España. Recuperado de: <file:///C:/Users/COMPAQ/Downloads/gua%20clinica%20cocana%202008.pdf>
- Uriarte, V. (2009) *Psicofarmacología*. (6ª Ed.) México: Editorial Trillas
- Weddington, W.W. y colab. (1990) Changes in mood, craving, and sleep during short-term abstinence reported by male cocaine addicts: a controlled, residential study. *Archives of General Psychiatry*. 47, 861–868.

Zamudio, C. A. (2012) *Encuesta de Usuarios de Drogas Ilegales (EUDI)*. Colectivo por una Política Integral hacia las Drogas A.C., Recuperado de: <http://www.cupihd.org/portal/wp-content/uploads/2013/07/CUADERNO-6-para-internet.pdf>

## Apéndice A

### Ficha demográfica e Historia clínica de consumo Entrevista Inicial

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

Las preguntas escritas en *CURSIVAS*, sólo se aplican si el usuario es adolescente.

#### CONSUMO DE SUSTANCIAS

1. Consumo en el último año:

2. Principal sustancia de consumo (marque sólo una):

SUSTANCIA	CONSUMO ❖ 1 = No 2 = Si	FORMA DE CONSUMO 1 Ingerida 2 Inyectada 3 Fumada 4 Inhalada 5 Otras	FRECUENCIA DE DÍAS DE CONSUMO (SEMANAL)	CANTIDAD CONSUMIDA CON MÁS FRECUENCIA (POR OCASIÓN)
Alcohol				
Marihuana				
Cocaína				
Heroína				
Metanfetaminas - Anfetaminas				
Inhalables				
Alucinógenos				
Drogas de diseño				
Medicamentos estimulantes				
Medicamentos depresores				
Otras				

(1) Alcohol     (2) Tabaco     (3) Marihuana/Cannabis  
 (4) Cocaína     (5) Crack     (6) Pastillas nombre: \_\_\_\_\_  
 (7) Otras (drogas): \_\_\_\_\_

3. En caso de consumo de alcohol, ¿qué tipo de bebida consume?

Cerveza     Vino     Pulque     Coolers  
 Destilados (ron, ginebra, aguardiente, vodka, whisky, tequila, mezcal, etcétera)

4. ¿Fumas?

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

---

EN CASO DE QUE EL TABACO SEA LA SUSTANCIA QUE MOTIVA EL TRATAMIENTO

5. ¿Edad en la que iniciaste a fumar? \_\_\_\_\_

6. ¿Cuál considera que es la razón principal por la que inició a fumar?

- a) Por que sus compañeros, amigos o familiares fumaban
- b) Por presión de los amigos o compañeros
- c) Por curiosidad

- d) Para tranquilizarse
- e) Para sentirse adulto
- f) Por rebeldía
- g) Otra \_\_\_\_\_

7. ¿Por cuánto tiempo has sido un fumador regular? \_\_\_\_\_
8. Promedio de cigarrillos que fumas diariamente: \_\_\_\_\_
9. ¿Le da el golpe al cigarrillo cuando fuma? Nunca ( ) Algunas veces ( ) Siempre ( )
10. ¿Por cuántos meses ha consumido alcohol/droga? (sustancia principal)  
\_\_\_\_\_
11. ¿Desde hace cuánto consume en forma excesiva alcohol/droga? (sustancia principal)  
\_\_\_\_\_
12. ¿Desde hace cuánto ha consumido alcohol/droga? (sustancia secundaria en poli-usuarios) \_\_\_\_\_
13. ¿Desde hace cuánto consume en forma excesiva alcohol/droga? (sustancia secundaria en poli-usuarios) \_\_\_\_\_
14. Normalmente consume: \_\_\_\_\_ (1) solo \_\_\_\_\_ (2) acompañado
15. El lugar donde consume normalmente es: \_\_\_\_\_ (1) público \_\_\_\_\_ (2) privado
16. Una vez que empieza a consumir alcohol/drogas, ¿puede detener su consumo voluntariamente? \_\_\_\_\_ (1) SI \_\_\_\_\_ (2) NO
17. Número de días de consumo en la semana: \_\_\_\_\_
18. Mensualmente, ¿qué porcentaje de su sueldo utiliza en comprar lo siguiente?  
\_\_\_\_\_ Alcohol \_\_\_\_\_ Droga
19. ¿Qué tan seguro, de 1 a 10 puntos, se siente de lograr no consumir la sustancia adictiva? \_\_\_\_\_
20. De acuerdo con la siguiente escala, señale la opción que mejor describa su consumo de alcohol/droga durante los últimos 12 meses (marque sólo una opción):

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

DISPOSICIÓN AL CAMBIO

21. 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. Si nunca se ha abstenido, marque "0".)

\_\_\_\_\_

22. ¿Cuándo ocurrió? \_\_\_\_\_ (Mes y Año)

23. ¿Por qué se abstuvo en esa ocasión?

\_\_\_\_\_

24. Actualmente, ¿qué tan importante es para usted dejar de consumir alcohol/droga?

\_\_\_\_\_ (1) Nada importante    \_\_\_\_\_ (2) Poco importante    \_\_\_\_\_ (3) Algo importante  
\_\_\_\_\_ (4) Importante    \_\_\_\_\_ (5) Muy importante

25. Mencione dos razones por las cuales es importante para usted dejar de consumir:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### SITUACIÓN LABORAL

26. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días no trabajó como resultado del consumo alcohol y/o droga? (De 0 a 365 días.) \_\_\_\_\_

27. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces perdió el empleo como resultado de consumir alcohol o droga? (De 0 a 365 días.)

\_\_\_\_\_

#### SU ESTADO DE ÁNIMO

28. ¿Se siente triste con frecuencia?    \_\_\_\_\_ (1) No    \_\_\_\_\_ (2) Si

29. ¿Cuáles son las causas?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

30. ¿Ha tenido alguna vez en su vida ideas suicidas?    (1) \_\_\_\_\_ No    (2) \_\_\_\_\_ Si

31. ¿Cuándo?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

32. ¿Ha tenido alguna vez en su vida intentos suicidas? (1) \_\_\_\_\_ No    (2) \_\_\_\_\_ Si

33. ¿Cuándo?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

34. ¿Se siente ansioso con frecuencia?    (1) \_\_\_\_\_ No    (2) \_\_\_\_\_ Si

¿Por qué?

---

---

### SU SALUD FÍSICA

35. ¿Está siendo atendido por algún problema de salud en la actualidad?  
(1) No \_\_\_\_ (2) Si \_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

36. ¿Está tomando algún medicamento por prescripción médica o se está automedicando? \_\_\_\_ (1) No \_\_\_\_ (2) Si

37. ¿Con cuál medicamento, cada cuándo y por qué?

---

---

38. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días estuvo en el hospital por problemas relacionados con el consumo de alcohol/droga? \_\_\_\_\_

### 39. CONSECUENCIAS ADVERSAS AL USO DE SUSTANCIAS

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

Sustancia			
Problema	¿Qué daños te ha ocasionado el consumo? Especificalos	Número de Problemas	¿Qué tanto te afecta en tu vida, en una escala del 1 al 10?
<b>SALUD FÍSICA</b>		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>• HIGADO GRASO</li><li>• ULCERA</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>		
ALTERACIONES ÓSEAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DESCALCIFICACIÓN</li> <li>• FRACTURAS</li> <li>• PÉRDIDA DE DIENTES</li> </ul>		
ALTERACIONES RESPIRATORIAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ENFISEMA PULMONAR OBSTRUCTIVO</li> <li>• TOS</li> <li>• NEUMONÍAS</li> <li>• TUBERCULOSIS</li> <li>• PULMONÍA</li> </ul>		
ALTERACIONES COGNITIVAS		Número total=	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	<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>		
ALTERACIONES EMOCIONALES		Número total=	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ANSIEDAD</li> </ul>		

	<ul style="list-style-type: none"> <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 DRASTICOS DE ESTADO DE ÁNIMO</li> <li>• TEMOR</li> <li>• SIN SENTIMIENTOS DE AFECTAR/DAÑAR A OTROS</li> </ul>		
ALTERACIONES EN RELACIONES INTERPERSONALES		Número total=	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	<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> <li>• VIVIR FUERA DE CASA</li> </ul>		
ALTERACIONES DE CONDUCTA AGRESIVA		Número total=	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	<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>		
ALTERACIONES LEGALES		Número total=	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DEMANDA POR ROBO</li> <li>• HOMICIDIO</li> <li>• INTENTO DE HOMICIDIO</li> </ul>		



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DETENCIONES</li> <li>• ENCARCELAMIENTO(fecha, duración y causas)</li> <li>• MANEJO DE ARMAS</li> <li>• ROBO</li> <li>• VENTA O TRANSPORTACIÓN DE SUSTANCIAS ADICTIVAS</li> </ul>		
<b>ALTERACIONES ECONÓMICAS</b>		Número total=	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DEUDAS</li> <li>• GASTO EXCESIVO</li> <li>• EMPEÑAR</li> <li>• PEDIR PRESTADO</li> </ul>		
<b>ALTERACIONES LABORALES</b>		Número total=	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	<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>ALTERACIONES ESCOLARES</b>		Número total=	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	<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>		

71. ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento o ayuda para resolver sus problemas de alcohol o droga?

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

72. ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

73. ¿Cuáles?

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

74. ¿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

75. ¿Cuáles son sus metas para el futuro?

---



---

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

ESTE DOCUMENTO FORMA PARTE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

## Apéndice B

### Carta de consentimiento de participación

Por medio de la presente yo, \_\_\_\_\_  
acepto participar en el protocolo de investigación sobre Descuento temporal y  
probabilístico.

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.
- 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.
- Estoy de acuerdo en que se realicen grabaciones de algunas de las sesiones con fines de investigación, en cuales se guardara confidencialidad y manejo ético de la información.
- 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.

## Apéndice C

### Cuestionario breve de confianza situacional (CBCS)

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

**INSTRUCCIONES:** A continuación se presentan ocho situaciones o eventos ante los que algunas personas consumen cigarros frecuentemente o de forma excesiva. Imagine que está en este momento en cada una de estas situaciones e indique en la escala, qué tan seguro se siente de poder resistir la tentación de fumar, marcando con una X a lo largo de la línea, 0% si está INSEGURO ante esa situación ó 100% si está SEGURO de poder resistir fumar. En este momento qué tan seguro se siente para resistir la tentación de fumar en aquellas situaciones que involucran.....

1. EMOCIONES DESAGRADABLES: (Por ejemplo: si estuviera deprimido en general; si las cosas 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 EL CONSUMO DE CIGARROS (Por ejemplo: si pensara que ya no tengo problemas con el cigarro o con drogas; si me sintiera que puedo fumar solo pocos cigarros o que puedo controlar mi consumo de cigarros)

Me siento...

\_\_\_\_\_

0%	100%
Inseguro	Seguro

5. NECESIDAD FÍSICA (Por ejemplo: si tuviera urgencia de fumar, si pensara que rico es fumar)

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. PRESIÓN SOCIAL (Por ejemplo: si alguien me presionara a fumar; si alguien me invitara a su casa y me ofreciera un cigarrillo, un puro)  
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

## Apéndice D

### Línea Base Retrospectiva (LIBARE)

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

ENERO						
Lun	Mar	Mier	Jue	Vier	Sab	Dom
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24/31	25	26	27	28	29	30

JULIO						
Lun	Mar	Mier	Jue	Vier	Sab	Dom
					1	2
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

FEBRERO						
Lun	Mar	Mier	Jue	Vier	Sab	Dom
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28						

AGOSTO						
Lun	Mar	Mier	Jue	Vier	Sab	Dom
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

MARZO						
Lun	Mar	Mier	Jue	Vier	Sab	Dom
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

SEPTIEMBRE						
Lun	Mar	Mier	Jue	Vier	Sab	Dom
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

ABRIL						
Lun	Mar	Mier	Jue	Vier	Sab	Dom
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

OCTUBRE						
Lun	Mar	Mier	Jue	Vier	Sab	Dom
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24/31	25	26	27	28	29	30

MAYO						
Lun	Mar	Mier	Jue	Vier	Sab	Dom
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23/30	24/31	25	26	27	28	29

NOVIEMBRE						
Lun	Mar	Mier	Jue	Vier	Sab	Dom
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

JUNIO						
Lun	Mar	Mier	Jue	Vier	Sab	Dom
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

DICIEMBRE						
Lun	Mar	Mier	Jue	Vier	Sab	Dom
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

## Apéndice E



PSC

**CENTRO ACASULCO**  
Programa de Satisfaccións Cotidianas



### <sup>6</sup>ESCALA DE SATISFACCION GENERAL

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

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

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

	Completamente Insatisfecho					Completamente Satisfecho				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Consumo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Progreso en el trabajo o en 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

<sup>6</sup> Azrin, Naster & Jones, (1973).



## Apéndice F



**PSC**

**CENTRO ACASULCO**  
Programa de Servicios Civiles



\* Ó a partir del último periodo de evaluación al siguiente, p. ejemplo: Desde el Post-tratamiento al 1er. Seguimiento, etc.

<sup>5</sup>Recuerde que estos reactivos se refieren a los últimos 12 meses\*

CUESTIONARIO DE USO DE DROGAS CAD – 20	SI	NO
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?		

<sup>5</sup> Skinner, (1982).

## Apéndice G

### Prueba de detección de consumo de alcohol, Tabaco y sustancias (ASSIST)

Entrevistador		País		Clínica	
No. de participante		Fecha			

**RECUERDE:** dar una breve introducción, decir el objetivo del cuestionario, la confidencialidad, pedir su consentimiento para la aplicación, entregar la tarjeta de respuestas, dar tarjeta de retroalimentación, con su puntaje e interpretación

#### ASSIST-OMS

1. ¿Alguna vez en su vida ha consumido ... ?	No	Sí
a. Tabaco	0	3
b. Bebidas alcohólicas	0	3
c. Marihuana	0	3
d. Cocaína	0	3
e. Anfetaminas	0	3
f. Inhalables	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	3
h. Alucinógenos	0	3
i. Opiáceos	0	3
j. Otros, especifique	0	3

Si todas las respuestas son negativas pregunte: ¿Tampoco cuando era estudiante?, si después de esta pregunta todas las respuestas son negativas, termine la entrevista.  
Si alguna respuesta es positiva, continúe con la pregunta 2 para cada sustancia consumida.

2. ¿Con qué frecuencia ha consumido ... (haga la pregunta para cada sustancia mencionada en p1) en los últimos tres meses ?	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
a. Tabaco	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas	0	2	3	4	6
c. Marihuana	0	2	3	4	6
d. Cocaína	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas	0	2	3	4	6
f. Inhalables	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes 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 todas las respuestas son nunca pase a la pregunta 6  
Si ha consumido alguna sustancia en los últimos tres meses responda las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia.

3. En los últimos tres meses ¿Con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (haga la pregunta para cada sustancia mencionada en p2)?	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
a. Tabaco	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas	0	3	4	5	6
c. Marihuana	0	3	4	5	6
d. Cocaína	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas	0	3	4	5	6
f. Inhalables	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes 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 su consumo de (haga la pregunta para cada sustancia mencionada en p2) le ha ocasionado problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
a. Tabaco	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas	0	4	5	6	7
c. Marihuana	0	4	5	6	7
d. Cocaína	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas	0	4	5	6	7
f. Inhalables	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes 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 algo que debería haber hecho debido a su consumo de (haga la pregunta para cada sustancia mencionada en p2)?

	Nunca	1 ó 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
a. Tabaco	0	5	6	7	8
b. Bebidas alcohólicas	0	5	6	7	8
c. Marihuana	0	5	6	7	8
d. Cocaína	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas	0	5	6	7	8
f. Inhalables	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos	0	5	6	7	8
i. Opiáceos	0	5	6	7	8
j. Otros, especifique	0	5	6	7	8

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido (pregunta 1)

6. ¿Alguna vez un amigo, un familiar o alguien más ha mostrado preocupación por su consumo de (haga la pregunta para cada sustancia mencionada en p1)?

	No, nunca	Sí, en los últimos tres meses	Sí, pero no en los últimos tres meses
a. Tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Marihuana	0	6	3
d. Cocaína	0	6	3
e. Anfetaminas	0	6	3
f. Inhalables	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opiáceos	0	6	3
j. Otros, especifique	0	6	3

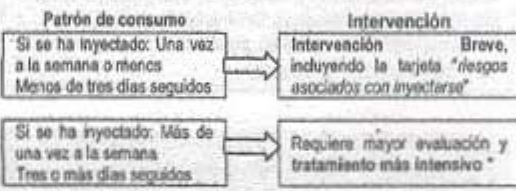
7. ¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (haga la pregunta para cada sustancia mencionada en p1) y no lo ha logrado?

	No, nunca	Sí, en los últimos tres meses	Sí, pero no en los últimos tres meses
a. Tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Marihuana	0	6	3
d. Cocaína	0	6	3
e. Anfetaminas	0	6	3
f. Inhalables	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opiáceos	0	6	3
j. Otros, especifique	0	6	3

NOTA: Si se ha inyectado drogas en los últimos tres meses se le debe preguntar sobre su patrón de inyección en este periodo, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

8. ¿Alguna vez en su vida se ha inyectado, alguna droga? (ÚNICAMENTE PARA USO NO MÉDICO)

No, nunca	Sí, en los últimos tres meses	Sí, pero no en los últimos tres meses



Recuerde: para obtener los puntajes por sustancia no incluya las respuestas de las preguntas 1 y 8

EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA DEL PACIENTE PARA CADA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para la sustancia específica	Sin intervención	Intervención breve	Tratamiento más intensivo *
Tabaco		0-3	4-26	27 o más
Alcohol		0-10	11-26	27 o más
Marihuana		0-3	4-26	27 o más
Cocaína		0-3	4-26	27 o más
Anfetaminas		0-3	4-26	27 o más
Inhalables		0-3	4-26	27 o más
Tranquilizantes o pastillas para dormir		0-3	4-26	27 o más
Alucinógenos		0-3	4-26	27 o más
Opiáceos		0-3	4-26	27 o más

Nota: \*UNA EVALUACIÓN MÁS DETALLADA Y TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO\* puede ser proporcionado por profesionales de la salud dentro del ámbito de la Atención Primaria o por un servicio especializado para las adicciones cuando esté disponible

## Apéndice H

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

Durante la semana pasada, ¿has tenido o sentido?	0	1	2	3	4
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					
Durante la semana pasada, ¿has tenido o sentido?					
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 acomplejado 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					