



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

**ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE EVITACIÓN EXPERIENCIAL
EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS**

TESIS

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

PRESENTA:

BEXATIN IZAHID HERRERA VELÁZQUEZ

DIRECTORA:

MTRA. GUILLERMINA NATERA REY
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ

COMITÉ:

DRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
DR. JOSÉ AGUSTÍN VÉLEZ BARAJAS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DR. CÉSAR AUGUSTO CARRASCOZA VENEGAS
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Ciudad de México

OCTUBRE 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A mis padres y hermana que siempre están conmigo para apoyarme y alentarme a continuar.

A mis amigos de la maestría Clau, Yaz, San, Ale, Alex, Marco y Tom, de quienes recibí mucho apoyo durante y después de habernos conocido.

A mis profesores por su profesionalismo, disponibilidad y paciencia.

AGRADECIMIENTOS

Muchas gracias mi alma mater UNAM, sin ti este logro habría sido muy complicado.

A las instituciones de salud UNEME CAPA, INPJRFM & CAIS, que siempre dejaron la puerta abierta y brindaron su apoyo para el desarrollo de este trabajo.

Al CONACYT por otorgar el apoyo económico y facilitar este trabajo.

Adaptación y Validación del cuestionario de Evitación Experiencial en el consumo de sustancias

Resumen.....	V
Abstract.....	VI
Introducción	1
1. Consumo de sustancias psicoactivas en México.....	4
1.1 Alcohol	4
1.2 Tabaco	5
1.3 Drogas	6
2. Oferta de tratamiento para el consumo de sustancias en México	9
2.1 Programas de Intervención en adicciones	10
2.2. Efectividad de los programas de tratamiento	14
3. La importancia de los tratamientos manualizados en la patología dual.....	16
4. Terapias de tercera generación (contextuales).....	18
4.1 Algunas Intervenciones Contextuales	21
4.2 Intervenciones contextuales en el tratamiento de la conducta adictiva.....	27
4.3 Evidencia del concepto de Evitación Experiencial, en el consumo de sustancias	31
5. Método	35
Objetivo.....	35
Participantes	35
Herramientas	36
Procedimiento.....	36
Características del instrumento	36
Traducción y adaptación del instrumento	37
Validación por jueces	41

Retraducción del instrumento.....	42
Adaptación del instrumento	45
Piloteo del instrumento.....	46
6. Resultados	47
Validación y confiabilidad del instrumento	49
Conclusión y discusión	51
Referencias.....	53
Anexos	59

Resumen

Diversas intervenciones psicológicas han presentado un abordaje para el tratamiento de adicciones, siendo las de orientación cognitivo conductual las que han presentado mayor evidencia empírica (Hunt & Azrin, 1973; Center for Substance Abuse Treatment, 1999; Pascual, 2004; National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2010; Horigian et al., 2016). Dichas intervenciones han presentado cambios y propuestas en los últimos veinte años; de las cuales surgen las *Intervenciones Contextuales*. Entre ellas resalta la Terapia de Aceptación y Compromiso, la cual incorpora un constructo llamado Evitación Experiencial (del inglés *Experiential Avoidance*), constructo tomado como variable mediadora de diversos problemas psicológicos, entre ellos las conductas adictivas en cuya intervención se le incorpora como una variable de cambio (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). Se llevó a cabo la validación y adaptación de un instrumento, para medir el grado de Evitación Experiencial, para dicha adaptación se aplicó el instrumento AAQ-SA (Acceptance and Action Questionnaire – Substance Abuse), para su validación, en una muestra de 110 poliusuarios hombres y mujeres de 17 a 55 años. Durante la validación del instrumento se obtuvo, el sesgo, discriminación de reactivos, direccionalidad y análisis factorial. A partir de estos resultados se modificó el instrumento reduciendo la cantidad de reactivos, de 18 a 13, y se decidió omitir el factor de flexibilidad psicológica y dejar solamente el factor de inflexibilidad, debido a los resultados del análisis factorial. Se obtuvo un índice de confiabilidad de 0.894 y una varianza explicada del 63.99%. Finalmente se generaron los puntajes Z, que establecen los rangos para calificar el nivel de inflexibilidad psicológica. La finalidad es contribuir con un instrumento válido, para medir el constructo de evitación experiencial en la terapia de aceptación y compromiso, y favorecer una medición precisa por parte de profesionales de la salud al implementar programas o estrategias basados en intervenciones contextuales.

Palabras clave: Evitación Experiencial, Inflexibilidad psicológica, Terapias contextuales, Validación y adaptación.

Abstract

Different psychological interventions have presented an approach for the treatment of addictions, being cognitive behavioural orientation which have presented empirical evidence (Hunt & Azrin, 1973;) Center for Substance Abuse Treatment, 1999; Pascual, 2004; National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2010; Horigian et al., 2016). Such interventions have submitted proposals and changes in the last twenty years; of which are contextual interventions. Among them stands out the acceptance and commitment therapy, which incorporates a construct called *Experiential Avoidance*, such construct taken as variable mediator of various psychological problems, including addictive behaviors, and incorporated as a variable of change (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). Was carried out the validation and adaptation of an instrument, to measure the degree of experiential avoidance, for such adaptation was applied the AAQ-SA instrument (Acceptance and Action Questionnaire - Substance Abuse), for validation, in a sample of 110 polydrug users, men and women from 17 to 55 years. During the validation of the instrument was obtained, the bias, discrimination of items, directionality and factor analysis. From these results was modified the instrument by reducing the amount of items, from 18 to 13, and it was decided to omit the factor of psychological flexibility and leave only the factor of inflexibility, due to the results of factor analysis. Was obtained a 0.894 reliability index and 63.99% of explained variance. Finally generated the Z-scores, establishing ranges to qualify the level of psychological inflexibility. The aim is to contribute with a valid instrument to measure the construct of experiential avoidance in acceptance and commitment therapy, and favor a measure needed by health professionals to implement programmes or strategies based on contextual interventions.

Key words: Experiential Avoidance, Psychological Inflexibility, Contextual Therapies, Validation and Adaptation

Introducción

El consumo crónico de sustancias es una problemática manifiesta en México y a nivel mundial (UNODC, 2015; ENCODAT, 2016-2017).

Entre los múltiples factores que propician y mantienen el consumo de sustancias a nivel individual y social, se encuentran la falta de autocontrol, el deterioro de la autoeficacia, las distorsiones del pensamiento, la poca eficiencia en solución de problemas, etc., hasta la presencia de un trastorno como la depresión, ansiedad, esquizofrenia, entre otros; que al presentarse y afectarse recíprocamente constituyen una patología dual (Stowell, 1991; Marín-Navarrete & Szerman, 2015). En consecuencia, las personas experimentan diferentes e intensas sensaciones desagradables, las cuales intentan disminuir, evitar o eliminar (Forsyth, Parker y Finlay, 2003).

Las personas que consumen sustancias psicoactivas utilizan el consumo como una forma de aliviar o evitar tal malestar, sin embargo, este patrón de conducta de evitación, con el tiempo se vuelve poco funcional y refuerza la falta de iniciativa para enfrentar y solucionar cierto malestar o problemática (Luciano, Páez-Blarrina & Valdivia-Salas, 2010).

De este tipo de conducta deriva el término *Evitación Experiencial (EE)*, el cual puede definirse como una serie de acontecimientos que ocurren cuando una persona no está dispuesta a ponerse en contacto con experiencias negativas internas (sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, entre otros) por lo cual trata de modificar el contenido o no procurar la frecuencia de esos eventos (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996).

Desde esta conceptualización se han propuesto diversas intervenciones terapéuticas, bajo el nombre de terapias contextuales (tercera generación), para el tratamiento de la *EE* y otras

problemáticas psicológicas, como la *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)* y el tratamiento basado en la práctica de atención plena (*mindfulness*), éstas derivan de una orientación cognitivo conductual y se centran en la aceptación como estrategia de cambio, lo que consiste en enfrentar, dirigir o cambiar los elementos que forman parte de ese evento psicológico desagradable.

En el primer capítulo de este trabajo, de tipo exploratorio, se abordará la problemática del consumo perjudicial por medio de las encuestas y estadísticas a nivel nacional; posteriormente, en el segundo capítulo, se hará una revisión acerca del tratamiento de las adicciones, tomando en cuenta los programas de intervención actuales válidos y eficaces, utilizados por la secretaría de salud a nivel nacional. En el tercer y cuarto capítulo se incluye la reflexión de los actuales programas, como la inclusión de personas con patología dual moderada y, por ende, la oportunidad de incluir intervenciones que amplíen las estrategias de tratamiento para esta población, así como, brindar evidencia de la eficacia de las intervenciones contextuales en el tratamiento de las adicciones, dando énfasis a la *Terapia de Aceptación y Compromiso*.

En este contenido temático se describe el procedimiento para la medición del constructo de Evitación Experiencial, a través del inventario AAQ-SA (*Acceptance and Action Questionary-Substance Abuse*), creado por Luoma y colaboradores en 2011 a partir de su traducción y validación para población mexicana.

Por último, a manera de discusión, se menciona la utilidad del instrumento, como una herramienta que permite al profesional de la salud, identificar elementos que pueden utilizarse en la intervención desde una perspectiva contextual, sin dejar de lado la implementación de los programas actuales. A su vez, se considera la importancia de continuar desarrollando estudios

aleatorizados en población mexicana, que incluyan comparaciones entre los programas actuales y las intervenciones contextuales, con la finalidad de tomar en cuenta estrategias de tratamiento, para personas con otras características, como son las que presentan patología dual, quienes en ocasiones no son candidatas para ser tratadas por los programas actuales.

1. Consumo de sustancias psicoactivas en México

El consumo crónico de sustancias psicoactivas en México constituye una problemática de salud pública, debido a la gran variedad y severidad de consecuencias negativas que ocasiona tanto a la persona que las consume, como a sus familiares y a la sociedad en general (UNODC, 2015).

Desde los últimos 15 años aproximadamente, la prevalencia y el consumo, han sido monitoreados por medio de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), y en su última publicación como la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2016-2017); que, en colaboración con otras instituciones de salud y vigilancia, presentan un análisis del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (ONUDC, 2015; OMS, 2016).

1.1 Alcohol

El consumo de alcohol es una problemática de impacto global, pues la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que alrededor de 2.5 millones de personas murieron en 2004 por causas relacionadas al consumo de alcohol, lo cual representa el tercer lugar entre los factores de riesgo de muerte prematura a nivel mundial (OMS, 2010).

En la anterior ENA (2011) se reportó que aproximadamente el 71.3% de la población total de 12 a 65 años (54.1 millones) ha consumido alcohol alguna vez en la vida (42.7 millones de hombres y 33.1 millones de mujeres), y en el último año la prevalencia de consumo fue de 51.4% (62.7% hombres y 40.8% mujeres).

La ENCODAT (2016-2017) menciona que la prevalencia en el consumo en el último año presentó una disminución porcentual significativa, de 51.4 % en 2011 a 49.1% en 2016. Sin embargo, el patrón de consumo en la categoría de consumo excesivo aumentó, de ser de 12.3% a

19.8% y la población con mayor incidencia es la de 12 a 17 años, la cual aumentó su consumo en comparación, de 4.3% a 8.3%. Se resalta el consumo en mujeres, el cual también presentó un aumento significativo de 2.2% a 7.7%, lo que significa un aumento en proporción a 3.5 veces. En cuanto a la población de 18 a 65 años, el incremento pasó de 13.9% a 22.1%.

Los usuarios que buscaron tratamiento por consumo de alcohol se estimaron en 700 mil, en la categoría del último año, lo cual representa el 2.2%, y por parte de los usuarios que presentan dependencia, la proporción fue del 13.9%, equivalente a 262 mil personas aproximadamente.

1.2 Tabaco

En lo que respecta al consumo de tabaco, la ENA 2011 indicó un mantenimiento del consumo (prevalencia) de 21.7%, lo que corresponde a 17.3 millones de fumadores (12 millones de los hombres y 5.2 millones de las mujeres son fumadores activos).

Al comparar las cifras anteriores con las del año 2002, la prevalencia de fumadores activos se mostró estable (23.5% ENA 2002 y 21.7% ENA 2011); e incluso, se observó una disminución en el grupo de los hombres (36.2% ENA 2002 y 31.4% ENA 2011); así como una disminución en la prevalencia de fumadores diarios (12.4% ENA 2002 y 8.9% ENA 2011), dicha disminución se presenta tanto en hombres (19.6% ENA 2002 y 13.2% ENA 2011) como en mujeres (6.5% ENA 2002 y 4.8% ENA 2011).

La ENCODAT (2016-2017) reportó que la prevalencia global en México es del 17.6%; mostrando una tendencia a la baja, pues de igual forma, la proporción de fumadores diario bajó a 6.4%. Respecto a los intentos por dejar de fumar, el 85.1% lo han intentado por medio de la “fuerza de voluntad” y sólo el 3.5 % ha recurrido a un tratamiento farmacológico.

En lo que concierne a la población adolescente, el consumo activo de tabaco reportado en 2011 representaba el 12.3%, lo que correspondía a 1.7 millones de adolescentes fumadores; para el reporte de ENCODAT, el consumo reportado fue del 4.9%, lo que corresponde a 684 mil adolescentes.

A pesar de los avances respecto a la baja del consumo en México, se estima que, en otros países en vías de desarrollo, el tabaquismo es reportado como causa directa de problemas respiratorios, cardíacos y degenerativos, que provoca cerca de 6 millones de decesos al año. De mantener dicha tendencia, para el 2030 el tabaquismo será causante de muerte de alrededor de 8 millones de personas al año, en donde el 80% se registrarán en esos países (OMS, 2011).

1.3 Drogas

Por último, lo referente al uso de sustancias ilegales y otras de uso médico, la ENA de 2011 refirió que la prevalencia del consumo de cualquier droga era del 7.8%; en la ENCODAT 2016-2017, la prevalencia reportada fue de 10.3%. Respecto a la prevalencia de cualquier droga el último año, ésta pasó de 1.8%, en 2011, al 2.9% en 2016.

De las sustancias ilegales de mayor consumo entre la población de rangos de edad de 12 a 65 años, la marihuana es la que presenta una prevalencia en comparación de 1.2% a 2.1% siendo significativo en la población masculina, donde el incremento pasó del 2.2% a 3.5%.

Respecto a la prevalencia de consumo en el último año en población adolescente (12 a 17 años), la comparativa es de 1.5% en 2011, a 2.9% en 2016, siendo el consumo de marihuana el más significativo (1.3%, a 2.6%), seguido de la cocaína (0.4% a 0.6%).

Tanto en México, como en el resto del mundo, el consumo de sustancias psicoactivas presenta periodos de aumento y decremento; en comparación con las últimas encuestas, el

consumo mantiene un crecimiento sostenido, y los incrementos más significativos se presentan en población de 12 a 17 años.

Por otro lado, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), en el que se reportan datos sobre la prevalencia de sustancias a nivel nacional, estimó en 2016, una muestra de 60,582 registros, donde las principales sustancias de inicio de consumo fueron el alcohol (45.8%), tabaco (28.7%) y la marihuana (14.8%); en un promedio de edad de 14.7 años. En cuanto al consumo de la droga de impacto (sustancia que la persona considera le ha ocasionado mayores problemas), el promedio de edad se registró en 17.9 años; siendo las principales sustancias de consumo el alcohol (39.3%), cristal (22.9), marihuana (14.3%) y cocaína base (9.4%)

De igual manera, el Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID), el cual es un mecanismo de recolección de datos que opera con el acuerdo y apoyo voluntario de 20 Instituciones del Sector Salud y de Procuración de Justicia de la Ciudad de México. En su último informe publicado en 2015, indicó que en la categoría de consumo “alguna vez en la vida”, la marihuana presentaba una prevalencia de 82.6%, los Inhalables: 35.9%, Cocaína: 45.4%, Alucinógenos: 14.3% y otras sustancias no médicas: 7.8%, Sedantes-Tranquilizantes: 7.1%, Anfetaminas y Otros Estimulantes: 1.7%, Heroína: 0.2%. Estos resultados fueron tomados de una muestra de 889 personas (727 hombres y 162 mujeres) en un rango de 15 a 30 años aproximadamente.

Los porcentajes respecto del uso en la categoría de consumo “último mes” fueron: Marihuana: 68.3%, Inhalables: 26.4%, Cocaína: 33.6%, Otras Sustancias No Médicas: 7.1%, Alucinógenos: 7.9%, Sedantes-Tranquilizantes: 4.3%, Anfetaminas y Otros Estimulantes: 1.7%,

Otros Opiáceos: 0.4%, Heroína: 0.2% y otras sustancias médicas; cifras muy similares a la categoría de consumo de “alguna vez en la vida”.

Tanto las tendencias de la ENA de 2011, la ENCODAT 2016-2017, como las del informe del SRID, coinciden en que la marihuana, la cocaína y los inhalables continúan siendo las sustancias ilegales de mayor consumo al menos alguna vez, y los problemas asociados más frecuentes reportados por los usuarios antes del consumo y después del mismo, son de tipo “Familiar”: 12.4% y 78.0% respectivamente; “Académico”: 4.3% y 41.7%, “Orgánico” (desorden de salud) 1.7% y 38.1% y “Psicológico” 7.4% y 36.3%. Las personas reportaron que el número de problemas enlistados y asociados al consumo, son menores antes del inicio de éste.

De esta comparación, se observa el avance respecto al consumo de drogas, sin embargo, se ha detectado la disminución de consumo de tabaco, lo que indica que la ejecución de medidas como MPOWER del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) propuesto por la OMS, ha presentado buenos resultados. En ésta se establecen una serie de implementaciones costo-efectivas, compuestas por un acrónimo que describe: (M) Monitorear y vigilar el consumo, así como las políticas públicas de prevención, (P) Proteger a la población de la exposición al humo de tabaco (O) Ofrecer ayuda para el cese del consumo de tabaco (W) Advertir sobre los riesgos del consumo de tabaco (E) Hacer cumplir las restricciones de la publicidad y promoción del tabaco, (R) Aumentar el impuesto al tabaco.

Sin embargo, aún hace falta reformar e incluir nuevas políticas públicas concernientes a la prevención y tratamiento de todas las sustancias psicoactivas, con el fin de impactar en su consumo.

2. Oferta de tratamiento para el consumo de sustancias en México

Respecto a las necesidades de políticas y tratamiento, la legislación mexicana destinó recursos e implementó propuestas para la prevención y tratamiento, al integrarlas en el marco del desarrollo de la estrategia nacional para la prevención y el tratamiento de las adicciones (2006-2012), resultando en la construcción de 335 centros para la atención de personas con consumo de sustancias, que en conjunto con los Centros de Integración Juvenil (CIJ) representan parte del sistema integral de tratamiento a las adicciones en la Ciudad de México, aunado a las Unidades de Especialidad Médica: Centros de Atención Primaria de Adicciones (UNEMES-CAPA) las cuales se encuentran, tanto en la Ciudad de México, como en los estados de la república mexicana, formando así una red de mayor cobertura de tratamiento a nivel nacional.

Gran parte de los recursos que se designan a los Centros de atención profesional antes mencionados, se concentran en el área de tratamiento, mismo que tiene como finalidad, que cada persona que solicite atención, reciba un servicio de calidad que le permita ejercer su derecho a la salud y pueda dedicarse libremente, en labores cotidianas que ayudan a su desarrollo y calidad de vida, tales como: recibir educación de calidad, tener una vida social sana y recreativa, desempeño laboral, entre otras (Nesse, 1997; Mc Cardy, Rodríguez & Otero-López, 1998; Medina-Mora, 2001; Tapia, 2001; Lende & Smith, 2007; Campollo, 2013).

Los tratamientos integrales en México incorporan diversos perfiles profesionales como médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros; con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas consumidoras de sustancias y a las personas que le rodean.

Una característica importante dentro del tratamiento del consumo, son las intervenciones terapéuticas, impartidas por el área de psicología, la cual ofrece una serie de programas estructurados, basados en evidencia empírica, que han sido evaluados y han mostrado su

efectividad. Estos programas tienen como principal objetivo, ayudar a modificar las conductas relacionadas al consumo y al mejoramiento del estilo de vida (Pascual, 2004).

En los siguientes apartados, se hará una breve revisión de los principales programas de intervención psicológica para las adicciones, posteriormente, se propone un enfoque teórico basado en las terapias contextuales (tercera generación), como evidencia que pueda enriquecer la práctica clínica en este tipo de tratamiento.

2.1 Programas de Intervención en adicciones

La estructura de atención y tratamiento que ofrecen los centros de profesionales, a personas con problemas de consumo de sustancias, están basados en intervenciones breves¹, motivacionales de corte cognitivo-conductual, que a su vez se orientan en investigación aplicada para su estructura y desarrollo, demostrando ser costo-efectivas, es decir que no representan un amplio costo de recursos monetarios ni humanos, debido a su breve pero efectiva duración (Center for Substance Abuse Treatment, 1999).

Conocer por qué un tratamiento funciona, es breve y costo-efectivo, requiere describir algunas características y requisitos. Para que un tratamiento sea aprobado y utilizado en la población a la que va dirigido, el Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA, por sus siglas en inglés), desde 1992, contempla que un tratamiento con las características ya mencionadas debe ser probado bajo tres etapas, con el fin de revisar su uso desde su concepción hasta su probable implementación.

¹Una intervención breve se caracteriza por tener una duración de no más de 10 sesiones, se centra en un problema específico y no en problemáticas adyacentes y tiene una orientación motivacional

La primera de estas etapas consiste en **pruebas piloto o de viabilidad** para tratamientos nuevos que aún no han sido probados, lo cual incluye la preparación de manuales del programa y principalmente la transición de principios de investigación básica a la práctica clínica; la segunda etapa consiste en **probar la eficacia** de tratamientos que han sido desarrollados completamente y que han demostrado eficacia en estudios anteriores o presentan una propuesta prometedora; en cuanto a la tercera y última etapa, se dirige primordialmente a **generalizar su aplicación** en escenarios reales con la comunidad, con la consigna de aportar resultados bajo un marco científico que refuerce futuras investigaciones (Carroll & Onken, 2005).

Los tratamientos institucionales para el consumo de sustancias, en la mayoría de los países, incluido México, se fundamentan principalmente en la perspectiva cognitivo-conductual, algunos de los cuales se encuentran en transición a la tercera etapa, esto debido a que se han empleado sus principios no solamente para mejorar el mantenimiento de la abstinencia, sino que ofrecen un amplio repertorio de herramientas que atienden las problemáticas de la persona en su ambiente (Rawson et al. 2002; Epstein et al. 2003).

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF) en 2013, realizó un ensayo clínico aleatorizado, el cual puede alinearse a la primera etapa (pruebas piloto o de viabilidad). Dicho estudio fue el Programa de Ayuda para el Abuso de Drogas y Depresión (PAADD); donde se trabajó con una muestra de 120 adultos quienes tomarían tres tipos de tratamiento durante 8 semanas, los cuales fueron: tratamiento usual, una guía estandarizada para la reducción del consumo y por último un tratamiento mediante una plataforma digital. Este último (PAADD) cumple con la finalidad de desarrollar y evaluar una intervención en línea para reducir el abuso de sustancias y sintomatología depresiva; bajo el uso de estrategias *e-Health*, cuyas características incluyen la transferencia de los recursos de atención a la salud a través de

medios electrónicos. Dicha intervención incluía los principios cognitivo-conductuales y motivacionales; con la principal característica de contener instrumentos para la detección del consumo de sustancias y síntomas depresivos, estrategias para la modificación del consumo de sustancias y prevención de recaídas; así como el acompañamiento de un orientador, cuya función era monitorear, orientar, motivar y retroalimentar el progreso de los usuarios. Actualmente el proyecto se encuentra en la fase de análisis de resultados (OMS, 2005; Tiburcio & Lara, 2013).

Por su parte, los programas costo-efectivos, que son base en la formación profesional y académica, son impartidos por la unidad de posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y son utilizados para el tratamiento del consumo de sustancias, en centros gubernamentales de salud a nivel nacional (UNEMES-CAPA).

De estos programas resalta el *Programa de Satisfactores cotidianos*, el cual está basado en uno de los modelos desarrollados para intervenir en la conducta de consumo, el Community Reinforcement Approach (CRA), desarrollado por Hunt y Azrin en 1973, donde el principal objetivo consistía en que los usuarios consiguieran mantener la abstinencia del alcohol, al organizar su vida cotidiana mediante el acceso a otros reforzadores alternativos que compitieran con el consumo.

De acuerdo con Hunt & Azrin (1973), el CRA ha sido considerado en diversos estudios comparativos como un tratamiento altamente efectivo para individuos con dependencia al consumo de sustancias psicoactivas, en las cuales se comparó al CRA con un modelo de tratamiento tradicional (reuniones de consejería grupales) para el tratamiento de consumo de alcohol; los resultados indicaron que las personas que recibieron el CRA consumieron menos y con menor frecuencia, estuvieron menos días internados en alguna institución, se mantuvieron

más días empleados y mantenían mayor interacción con sus familias, a comparación de los pacientes del modelo tradicional (como se citó en Barragán, 2005).

Las modificaciones en la mejora del programa fueron realizadas por Azrin en 1976, incorporando componentes como el uso del Disulfiram (fármaco utilizado en el tratamiento de personas con dependencia al alcohol) y el involucramiento del otro significativo (una persona significativa para el usuario) como monitor para la administración del Disulfiram. De igual forma se realizó una comparación entre los usuarios del CRA y los de un modelo tradicional; en este caso los días de consumo en usuarios del grupo del CRA eran sólo del 2% del total de los días, en comparación con el 55% del total de días de los usuarios del tratamiento tradicional.

En lo que respecta al Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC), éste es la adaptación del CRA a población mexicana, y fue desarrollado dentro del marco conceptual del análisis conductual aplicado. El principal objetivo del PSC es hacer que un estilo de vida sin alcohol o drogas sea más probable, en conjunto con el establecimiento de metas y el involucramiento motivacional; de manera paralela el programa adiestra al usuario en las habilidades necesarias para crear estilos de vida que favorezcan la calidad de vida (Barragán, González, Medina-Mora & Ayala, 2005).

El programa se integra de 12 componentes, cuya función es identificar, establecer y alcanzar metas que el usuario se proponga; de manera que, pueda atender y enfrentar otros problemas percibidos además de las situaciones de consumo. En la mayoría de los casos, al no desarrollar las habilidades necesarias y lidiar con estos problemas, el usuario recurría inevitablemente al uso de sustancias, por lo que posterior a la intervención se espera que decida enfrentar los problemas, favoreciendo su aprendizaje y aplicación de nuevos hábitos (Barragán,

González, Medina-Mora & Ayala, 2005). Cabe mencionar que los componentes no necesariamente se deben realizar de manera consecutiva, sino que se adaptan a las necesidades de la persona en conjunto con el terapeuta (ver anexo 1).

2.2. Efectividad de los programas de tratamiento

Para describir como los tratamientos logran ser eficaces² y efectivos³, es importante realizar una breve revisión que ayude a identificar las variables que intervienen, para que los tratamientos cognitivo conductuales muestren tal evidencia.

Las principales características para conocer cómo funcionan estas intervenciones se basan en el conocimiento de los mediadores, moderadores y mecanismos de acción (Johansson & Hoglend, 2007; Kazdin, 2007).

Para Kazdin (2007) un mediador es un constructo que muestra una relación estadística significativa entre una intervención (variable independiente) y un resultado (variable dependiente); por lo que se puede entender que, un mediador sirve como un intermediario para una o más variables con las cuales se correlaciona.

Por su parte, un moderador es una característica que influye en la dirección o magnitud de la relación entre una variable independiente y una variable dependiente; dicho de otra forma, si los hombres mejoran más con el tratamiento *A*, mientras que las mujeres mejoran con el tratamiento *B*, el género es un moderador del tratamiento (Pérez, 2014).

² La propiedad de un tratamiento para producir cambios esperados de manera significativa, comparados con otros tratamientos en un ensayo clínico aleatorizado.

³ La característica de un tratamiento para ser generalizado a diversos tipos de poblaciones y circunstancias no controladas experimentalmente.

Otro ejemplo que ayuda a ampliar la distinción entre mediador y moderador es, sí un buen resultado de un tratamiento se alcanzó por medio de cambiar el nivel de autocontrol de un individuo, hay que considerar ciertas características pre-tratamiento, como el nivel de autocontrol antes de la intervención, de esta forma el constructo de autocontrol puede definirse como un moderador y un mediador al mismo tiempo, pero lo que en realidad lo distingue es que el moderador se presenta siempre antes del tratamiento y el mediador es algo que cambia durante el tratamiento (Johansson & Hoglend, 2007).

Por último, un mecanismo de cambio se define como el proceso o eventos que son responsables del cambio, es decir, las razones por las cuales el cambio ocurrió.

En la intervención cognitivo conductual (TCC) un mediador, consiste en el déficit en destrezas de afrontamiento cognitivo y conductuales, cuyo principio afecta variables de autoeficacia y autocontrol, dando como resultado un marco conceptual para la elaboración del modelo cognitivo-conductual en la intervención del déficit de dichas conductas y en alguien con problemas de consumo de sustancias (Donohue et al., 2009; Longabaugh, Donovan, Karno, McCardy, Morgenstern, & Tonigan, 2005).

En sentido de verificar qué componentes mediadores son claros en el proceso terapéutico de la TCC para el consumo de sustancias, se pueden mencionar los trabajos de investigación básica sobre descuento temporal, que se refieren al proceso de elección de una recompensa grande demorada sobre otra inmediata pequeña, que en el contexto del consumo de sustancias se refiere a, una persona puede elegir consumir una droga ahora, lo cual es una recompensa pequeña pero inmediata, o bien no consumir y elegir estar sano, lo cual es una recompensa mayor pero más demorada, de modo que el valor de una recompensa disminuye, según el tiempo que tenga que esperar para recibirla (Rachlin & Green, 1972).

Este tipo de estudios de descuento temporal hacen referencia al autocontrol y la impulsividad, pues cuando las personas eligen la recompensa de mayor valor, tienen que esperar un cierto periodo de tiempo, y durante este periodo experiencias corporales como ansiedad, angustia, enojo y pensamientos poco funcionales tienden a aparecer, lo que hace la espera más difícil, de modo que las personas asocian estas sensaciones y como resultado prefieren elegir la recompensa inmediata, que a su vez se puede relacionar con conductas referentes a la psicopatología (Morrison, 2013).

3. La importancia de los tratamientos manualizados en la patología dual

El describir cómo los tratamientos manualizados, son eficaces y efectivos, permite explorar la manera de enriquecerlos dentro del enfoque cognitivo conductual, al proponer intervenciones terapéuticas dirigidas a: 1) la complejidad de tratamiento, ante la presencia de un trastorno mental y el consumo de sustancias, conocido como patología dual; que se relaciona con el alto nivel reportado de abandono y recaídas de usuarios que han tomado tratamiento, y 2) la inclusión de intervenciones que, bajo lineamientos empíricos y de costo efectividad, ayuden a ampliar el alcance del tratamiento de usuarios que puedan presentar las características de la patología dual (Morrison, 2013; Marín-Navarrete & Szerman, 2015).

Es importante resaltar que la relación entre la patología dual y el nivel de deserción y recaída en los usuarios es frecuente, lo que lleva a presentar un estimado del 40% a 60% de recaídas en los primeros tres meses, y hasta el 80% a 90% de recaídas en el año siguiente al tratamiento (McLellan et al., 2000; Breslin, Zack & McMain, 2002, citado en Pérez, 2014). Por otra parte, de acuerdo con diversos estudios epidemiológicos, entre el 20% y 50% de la población en general, presentan un trastorno por consumo de sustancias y algún otro trastorno mental, y entre un 40% y 80% en población clínica (que se encuentra bajo tratamiento y

supervisión médica), de igual forma se estima que el 80% de este tipo de usuarios presentaron algún tipo de trastorno mental antes que un trastorno por consumo de sustancias (Marín-Navarrete & Szerman, 2015). Tomando en consideración la prevalencia de la patología dual, las personas con algún trastorno por sustancias presentan relación con trastornos de tipo externalizantes⁴ de manera secundaria, es decir, primero se presenta el trastorno mental y posteriormente el trastorno por consumo (trastornos por déficit de atención e hiperactividad, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, trastornos de personalidad, entre otros); este tipo de relación es predominante en hombres; mientras que los llamados trastornos internalizantes⁵ (trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, distimia, principalmente) se presentan con mayor frecuencia en las mujeres, y de igual manera, el trastorno por consumo de sustancias es secundario al trastorno internalizante (Kendler, Jacobson & Prescott, 2003).

Una vez proporcionado un breve marco de referencia respecto a la efectividad de las intervenciones cognitivo conductuales y la identificación de las variables que intervienen, a continuación, se describirán algunas intervenciones contextuales, las cuales podrían aportar de manera efectiva a la práctica clínica en adicciones.

⁴ Se caracterizan por una mayor interacción conductual con su ambiente.

⁵ Se caracterizan por una manifestación interna de los síntomas.

4. Terapias de tercera generación (contextuales)

A principios de los noventa se comenzaron a articular una serie de intervenciones terapéuticas que fueron llamadas *terapias de tercera generación*, en la tradición de la terapia de conducta y cognitivo conductual (Hayes, 2004). El movimiento de estas terapias se identificó en un principio con el análisis de la conducta clínica basado en el análisis funcional y el conductismo radical, tomando interés en la conducta verbal (Pérez-Álvarez, 2014).

Hacer referencia a la tercera generación trae consigo la necesidad de contextualizar la primera y segunda generación. En términos generales, la **primera generación** hace referencia a la terapia de la conducta clásica, basada en el manejo de contingencias, el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante. Sin embargo, a pesar de los avances generados a finales de los 60 por esta generación, los procedimientos utilizados en ámbitos clínicos no fueron del todo eficaces al no explicar de manera satisfactoria, fenómenos como el lenguaje y la cognición humana. De manera muy breve, la terapia de conducta presenta dos paradigmas centrales, el primero se conoce como condicionamiento respondiente, del cual se derivan técnicas como la desensibilización sistemática, que consiste en una exposición progresiva (poco a poco, de manera imaginaria o en vivo) a los estímulos o situaciones que generan respuestas de aversión, como el miedo, tratando de mantener una respuesta incompatible con la ansiedad, por ejemplo, un estado de relajación previamente aprendido. La segunda técnica es la Exposición prolongada con prevención de respuesta, en la cual se indica la exposición a estímulos que generan ansiedad de forma plena, procurando una respuesta de evitación, durante el tiempo requerido hasta que la respuesta se extingue o pasa a una fase de decremento, ésta también puede ser en vivo o de manera imaginaria. Ambas técnicas tienen como objetivo la extinción de respuestas condicionadas. El segundo paradigma es el condicionamiento operante, del cual se desprende el análisis funcional de la conducta, el control de estímulos, manejo de contingencias, auto control

y el análisis aplicado de la conducta; de los anteriores resalta en análisis funcional de la conducta, el cual describe la importancia de elegir las conductas importantes en relación con el problema presentado, como una entidad de tres términos: A (antecedente), B (behavior/conducta) y C (consecuencia) (Pérez-Alvarez, 2014).

Cabe mencionar que la descripción y aplicación clínica de estos paradigmas es mucho más amplia, con una vigencia actual; incluso las terapias de tercera generación se fundamentan en estos paradigmas, y sin dejar de mencionar el caso de los programas cognitivo conductuales para el tratamiento de personas con consumo de sustancias, cuyo principal sustento es el análisis funcional de la conducta.

Por otra parte, la llamada *segunda generación*, se presenta en la década de los 70, en donde los modelos cognitivos tomaron el foco de atención y cuyo eje de tratamiento es la modificación del pensamiento, para generar un cambio en la conducta; pues se consideraba, por ejemplo, que el proceso del aprendizaje no era algo automático, sino mediado por variables cognitivas, como la atención o la motivación; tomando entonces a la cognición como un elemento fundamental que explicaba la conducta humana, y que de igual forma se relacionaba con los trastornos psicológicos. El modelo cognitivo, no desechó los principios del conductismo, simplemente le dieron mayor importancia a la cognición, por lo que en su aplicación clínica se consideró el manejo de contingencias (Hayes, 2004; Rey, 2004).

De esta generación, los aportes clínicos de algunas terapias como la cognitiva de Beck (1998), la racional emotiva de Ellis (1955), la terapia de solución de problemas de D' Zurila y Golfried (1971), entre otras, tratan las problemáticas psicológicas bajo la premisa de que existen distorsiones en los pensamientos, las cuales influyen en el estado de ánimo y la conducta de la persona, por lo cual el cambio de pensamientos, la supresión de eventos negativos privados y las

autoafirmaciones positivas resultan esenciales para hacer modificaciones en la manera de pensar de la persona (Beck, 1985; Ellis,1998).

El término *tercera generación*, de manera más estricta, tiene la función de ser una propaganda, que desde el punto de vista funcional es arriesgado, pues, si bien pueden presentar un sustento teórico y aplicado, esto no quiere decir que sean un parteaguas por lo cual llamar una nueva generación, en realidad éstas se encuentran sustentadas, como se mencionó, en los paradigmas del condicionamiento operante. En aclaración a esta propaganda, Hayes (2004) define por *generación*, a la metodología, teoría, práctica y constructos que integran esta ola de terapias; redefiniendo el término a *terapias contextuales*.

Las terapias de tercera generación toman con mayor interés lo contextual, que la terapia cognitivo conductual dejó de lado respecto a su uso en la terapia de conducta clásica, pues esta última se caracteriza por tener un enfoque ambientalista (contextual) respecto del enfoque intrapsíquico que ha adoptado la terapia cognitivo conductual, de ahí que se llamen terapias contextuales (Pérez-Álvarez, 2014).

Las terapias contextuales, a diferencia de las terapias cognitivas no intentan cambiar la forma, frecuencia o la situación en la que se da un pensamiento, sino cambiar su función, en donde se genera un modelo de intervención basado en la unidad de análisis de la conducta ejecutándose en el contexto, por ejemplo pensamientos como *no valgo nada o mi vida no merece la pena*; no se trata de contrastar su adecuación a la realidad ni de disputar su racionalidad, sino de identificar y entender el sentido funcional que pudiera cumplir en un cierto problema; de modo que tales cogniciones funcionan más como formas de evitación, que paradójicamente contribuyen al mantenimiento del problema que a su correcto análisis y solución (Pérez, 2008).

4.1 Algunas Intervenciones Contextuales

Considerando lo anterior, dentro de las intervenciones terapéuticas delineadas bajo el título de contextuales, se encuentran múltiples aplicaciones, de las cuales mencionaré algunas.

La Terapia Dialéctico Conductual (TDC), de Linehan (1993) se basa en los estudios sobre el trastorno límite de la personalidad, donde se encontró que el uso de los principios conductuales directos en la práctica clínica con este tipo de pacientes producían resultados poco positivos, pues el cambio conductual directo y rápido provocaba una sensación de invalidación y rechazo; de esta manera la TDC se fundamenta bajo el principio dialéctico (tesis y antítesis) que eventualmente avanza hacia una nueva síntesis continua de cambio, con la primera dialéctica entre la aceptación y el cambio. El usuario en este aspecto debe desarrollar la facultad de tolerar la aversión asociada al problema, de otro modo la inhabilidad para aceptar las situaciones problemáticas impedirá el cambio.

La TDC se basa en un modelo transaccional donde el Trastorno Límite de la Personalidad es el resultado de un proceso disfuncional de la regulación de las emociones y de su relación con el ambiente y contempla para su intervención: a) la aceptación y validación de la conducta (del terapeuta y el usuario), tal como se da en el momento actual, b) enfatiza el abordaje de conductas que interfieren con la terapia, c) resalta la relación terapéutica como parte esencial del tratamiento y d) el centro de la acción está en función de los procesos dialécticos. De esta manera la TDC enfatiza la aceptación de la conducta y de la realidad mucho más que la terapia conductual tradicional, en donde ésta se manifiesta como una tecnología de cambio. En la TDC el componente dialéctico subyace en la manera terapéutica de trabajo, lo que se refiere a centrar la atención en el contexto y utilizar las conductas de oposición que se producen de forma natural en la terapia, considerando equilibrar los intentos de cambio con la aceptación, por ejemplo, si la persona ha recibido la invalidación por parte del ambiente, recibiendo el mensaje de que su

forma de pensar, comportarse y sentir es errónea y que tienen que cambiar, cuando se interviene con la premisa del pensamiento lógico del enfoque cognitivo conductual, se corre el riesgo de que interpreten la base lógica del tratamiento como el mensaje que siempre han escuchado por parte de su ambiente, en otras palabras, se le transmite que algo funciona mal y hay que cambiarlo. Por lo que la TDC enseña a los usuarios a regular sus reacciones emocionales y tolerar el malestar (Aramburú, 1996).

Por su parte, la Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) fue desarrollada por Kohlenberg y Tsai (2008) la cual centra su aplicación en la interacción cliente-terapeuta, sobre la que se desarrolla un análisis y clasificación funcional de las conductas clínicamente relevantes. La FAP, supone que bajo estas condiciones se puede generar un contexto interpersonal funcionalmente equivalente a las situaciones del ambiente real del cliente fuera de la terapia. Cabe mencionar que esta práctica se basa en el análisis de la conducta.

Otra intervención clínica contextual, es la terapia cognitiva basada en Mindfulness, la cual fue descrita por Teasdale, Segal y Williams (1995), con el objetivo de reducir la sintomatología depresiva, se centra en cambiar la relación que el usuario establece con sus pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales.

Este tipo de intervención basada en la aceptación y en la atención plena fue impulsada por Jon Kabat-Zinn quien popularizó el uso de la meditación Mindfulness como procedimiento para tratamiento de trastornos psicofisiológicos o psicosomáticos. En 1979 creó el Centro Mindfulness en la Facultad de Medicina de la Universidad de Massachussets para tratar casos y problemas clínicos que no respondían adecuadamente al tratamiento médico convencional.

La experiencia de mindfulness procura la aceptación de las sensaciones y sucesos como ocurren, supone optar por experimentar conductas funcionalmente distintas de aquellas que

pueden estar generando el problema, frente al intento por huir de las experiencias sin tener ocasión de experimentarlas. La atención e implicación activa en el momento presente es congruente con el modo de operar en la terapia cognitivo conductual. Sin embargo, donde sí puede producirse un cierto contrasentido, es en el interés por aceptar las sensaciones y los elementos vividos frente a controlarlos (Baer, 2003; Vallejo, 2006).

Por último, una de las psicoterapias que han fundamentado su aplicación en el área de las adicciones y de donde se deriva el constructo a desarrollar en este trabajo, es la Terapia de Aceptación y compromiso (ACT por sus siglas en inglés), desarrollada por Hayes, Strosahl, y Wilson (1999). Parte de una teoría del lenguaje y la cognición llamada *Teoría de los marcos relacionales* (RFT por sus siglas en inglés), la cual hace hincapié en la capacidad de las personas para establecer relaciones entre sucesos, por medio del desarrollo del lenguaje y la cognición y mostrando como son derivados de la práctica social, y no derivados de la gramática universal. Por ejemplo, los niños pueden aprender a establecer funciones relacionales como el significado de *diferente* (un árbol es diferente de un tigre y de cualquier otra cosa), *igual* (el número 1 es igual a la palabra “uno” o a una cosa que está en algún lugar), *opuesto* (caliente respecto a frío), *comparación* (mayor a algo o menor que), *pertenencia* (las uñas son de la mano) y la *toma de perspectiva* referida en la persona (yo estoy aquí y eso está allá). Dentro de las numerosas relaciones y funciones que estudia la teoría de los marcos relacionales, esta lo que define como vinculación mutua, vinculación combinatoria y la transformación de funciones. La *vinculación mutua* implica una relación bidireccional entre dos eventos. De la relación en una dirección (una moneda de diez pesos es mayor que una de cinco pesos) deriva una segunda relación en dirección opuesta (una moneda de cinco pesos es menor que una de diez pesos). Más allá de las diferencias de tamaño, un niño puede aprender la convencionalidad de un cierto marco

relacional, por ejemplo, un niño sabe que un peso vale más que cincuenta centavos, aunque se sabe que cincuenta es mayor que uno. La *vinculación combinatoria* implica una relación transitiva en la que dos relaciones se pueden combinar para generar una tercera, por ejemplo, si Jesús es más alto que Lucia y Lucia es más alta que Luis, Jesús es más alto que Luis, etc. Lo que hay que resaltar de esas premisas es que constituyen procesos que permiten establecer un sin fin de nuevas relaciones, no enseñadas, practicadas y por lo tanto no reforzadas. La *transformación de funciones* se refiere a cambios en las funciones de estímulos relacionados con un tercero. Un niño estadounidense de 4 años aprende que una moneda de 10 centavos (dime) es “más grande” (porque vale más), que una de 5 centavos (nickel), aunque en realidad la moneda de 5 es más grande (tamaño) que la de 10 centavos. La propiedad que se ha relacionado (valor del dinero) está determinada socialmente, por lo cual no es un aspecto físico el que se está relacionando. De esta manera, los factores contextuales alteran las conductas aprendidas en relación con ciertos estímulos, eventos o situaciones. Así, la experiencia de *tristeza*, evocada por un evento de *pérdida* de algo o alguien valioso, al formar parte de marcos de referencia o contextos verbales del tipo *es malo, no lo soporto, tengo que estar bien*, terminan por adquirir funciones negativas y evitativas, distintas a la sola experiencia de *estar triste*.

De la misma forma, si un niño no ha interactuado jamás con un perro, pero después de aprender la relación de la palabra P-E-R-R-O a animal y P-E-R-R-O al concepto. En otro momento, suponga que el niño al interactuar por primera vez con un perro es mordido, el niño llora y se aleja. Posteriormente, el niño escucha decir a su madre “¡Mira! un perro”, en ese momento el niño reacciona de manera similar al evento que lo hizo llorar y alejarse, aunque el niño no haya sido mordido por la expresión de las palabras dichas por su madre. En este ejemplo, el estímulo oral nunca se asoció en presencia del animal.

Por tanto, son las actividades verbales y cognitivas la relación de este tipo de eventos, no simplemente la exposición a los estímulos, por lo que la RFT refiere que el lenguaje y la cognición son marcos relacionales dependientes. Cuando se piensa, razona, habla o se escucha, se derivan este tipo de relaciones, entre eventos; entre eventos y palabras; palabras con palabras y eventos con eventos (Hayes, 2004).

Cuando un organismo responde de esta forma no lo hace al contenido físico de los estímulos, sino al marco relacional, es decir a las claves contextuales establecidas históricamente (Hayes et al., 1999). A este proceso determinado se le llama inflexibilidad psicológica (Luciano, 2006; Pérez-Álvarez, 2014).

El objetivo de la ACT no es la regulación emocional, el contenido cognitivo o la eliminación de los síntomas, mismo de la terapia cognitivo conductual. Por su parte la ACT se centra en el contexto y en la función de los síntomas y no en los síntomas mismos (experiencias y contenidos cognitivos). En otras palabras, se pretende generar la flexibilidad psicológica, es decir, aceptar y experimentar los eventos privados sin necesidad de defensa o evitación (Hayes, 2004; Luoma, Hayes & Walser, 2007).

Dentro de la aplicación de la ACT, la primera etapa se dirige a *establecer acciones comprometidas como alternativa al control*, y comienza con el *establecimiento de aceptación y voluntad*. En donde se evalúa lo que el usuario ha intentado previamente para aliviar su sufrimiento y los costos que los intentos de control y evitación tienen respecto a lo que valora en su vida, dicho proceso se denomina *desesperanza creativa*, pues enfatiza el sentido de creatividad y empoderamiento que genera el descubrir, que no es la persona lo inefectivo, sino el sistema de control inflexible que ha establecido (Wilson & Byrd, 2004).

Durante esta etapa se conforma un espacio para la aceptación, la cual se presenta como una oportunidad para tomar responsabilidad por las decisiones que se toman en la vida cotidiana y el malestar que las acompaña.

En segunda instancia se encuentra el contacto con los *Valores*, lo cual remite una evaluación y clarificación de éstos, pues el sufrimiento y desesperanza creativa no se manifestarían, si no estuvieran relacionados con los valores, que redirigen a la persona de sus metas poco alcanzables (controlar los sentimientos y pensamientos desagradables), hacia las acciones que definen lo que desea para su vida (Eifert & Forsyth, 2005).

Los valores se conceptualizan como patrones conductuales individuales y dinámicos que abarcan distintas áreas de la vida y proveen un sentido de dirección. Los valores proveen el criterio para evaluar si la terapia está progresando, independientemente de los eventos privados que se experimentan en el camino.

La siguiente fase del tratamiento busca *usar la atención plena (mindfulness) y la desliteralización cognitiva para superar obstáculos emocionales*. Se enseña a los usuarios a reconocer obstáculos del pensamiento, y entender que los eventos psicológicos (sensaciones, pensamientos, impulsos) son productos automáticos derivados de su historia personal, que ocurren en su conciencia y que ésta es un lugar seguro donde pueden ser contemplados. Aceptar la ansiedad, urgencias u obsesiones, para después utilizar la *desliteralización cognitiva*, la cual consiste en enseñar a experimentar los eventos psicológicos como lo que son (las sensaciones son sensaciones, las memorias son memorias, etc.), no de la forma en que se interpretan. Se muestra la naturaleza automática y programable del lenguaje, y se hace una separación entre las experiencias psicológicas que son independientes de la conducta (Strosahl, Hayes, Wilson, & Gifford, 2004).

4.2 Intervenciones contextuales en el tratamiento de la conducta adictiva

La evidencia de resultados para las intervenciones contextuales en el tratamiento de consumo de sustancias, con base en los mecanismos que evidencian su eficacia y su efectividad, deriva en gran medida del entrenamiento en habilidades de atención plena, la exposición, cambio cognitivo, relajación, aceptación, reducción de la literalidad en reglas verbales, regulación emocional y aprendizaje in vivo de conductas adaptativas (Baer, 2003; Lynch et al., 2006).

Estos mecanismos funcionan sin desvincularse de la perspectiva del análisis funcional de la conducta, debido a que contempla su uso al integrarlo en tecnologías como la exposición conductual y el aprendizaje de nuevas respuestas, que por medio de la aceptación y la observación de la experiencia interna (eventos privados), deriva la función de la exposición no reforzada de estos eventos.

En un efecto práctico, el uso de sustancias es la conducta operante que prevalece mediante las consecuencias de una recompensa (efecto de la sustancia, reforzador positivo), el retiro de un estímulo aversivo (alivio de la necesidad de consumo, reforzador negativo) o la presentación de un estímulo aversivo (abstinencia-castigo); bajo dicha situación, el mecanismo regulatorio de una intervención contextual se basaría en las estrategias de enfrentamiento en situaciones de riesgo de consumo, desde este punto de vista, el usuario se enfrenta de manera cognitiva en el contexto donde se encuentra, bajo el acto de inacción, es decir, situarse en el momento presente, observar y aceptar sin sobre analizar.

Si el usuario presenta urgencia por el consumo (craving) y termina por administrarse la sustancia, esta acción únicamente refuerza la conducta de consumo, en cambio, el no actuar frente a la urgencia, resta la acción del condicionamiento formado anteriormente, dando como resultado el incremento de la aceptación y la autoeficacia en dicha situación.

Otra de las principales características de este tipo de intervención, se puede presentar cuando la perspectiva contextual funcional se centra en el comportamiento de los organismos, que interactúan bajo un contexto, considerando que una acción se identifica o cobra sentido observando su contexto y éstas (comportamiento y contexto) no están totalmente separadas. (Hayes, Barnes-Holmes & Wilson, 2012).

Cabe mencionar que hasta la fecha han sido pocos los ensayos clínicos aleatorizados realizados con las terapias contextuales en el ámbito del consumo de sustancias, sin embargo, la literatura al respecto ha reportado resultados positivos previamente con estudios de caso utilizando la ACT (Luciano, Páez-Blarrina & Valdivia-Salas, 2010; Luciano, Gómez, Hernández & Cabello, 2001), estudios aleatorizados con ACT y consumo de marihuana (Twohig, Shoenberger & Hayes, 2007), manejo de poliusuarios con patología dual límite, utilizando los principios de la TDC (Linehan, 1999), prevención de recaídas para consumidores de sustancias con la práctica de mindfulness (Witkiewitz, Marlatt & Walker, 2005), por mencionar algunos.

Un ensayo clínico aleatorizado que utilizó la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) como recurso terapéutico, es el realizado por Stotts y colaboradores (2012), quienes trabajaron con una muestra de 56 usuarios que recibieron desintoxicación de metadona (fármaco opioide sintético). Los autores refieren que el proceso de desintoxicación se asocia con altas tasas de abandono de tratamiento y recaídas, debido al *miedo* anticipado de los usuarios por los síntomas de la abstinencia, que, a su vez al tratar de no experimentarlos, los asocian con conductas de evitación.

Durante el procedimiento se comparó el tratamiento de la ACT con uno de consejería en adicciones (DC, por sus siglas en inglés) durante 24 sesiones individuales.

El procedimiento terapéutico de la ACT y del DC, se realizaba en sesiones individuales con duración de 45-50 minutos una vez por semana. Los objetivos particulares de la ACT en el tratamiento consistían en disminuir la evitación experiencial, mientras que se incrementaba la aceptación y disposición al malestar físico, experiencias y pensamientos desagradables; junto con el establecimiento de un compromiso que llevara a conductas consistentes con los valores y metas elegidos por los usuarios. Por su parte, el objetivo de la DC estaba encaminado a proporcionar educación general sobre el consumo de sustancias, apoyo y motivación para realizar actividades incompatibles con el consumo y análisis de pensamientos relacionados a la desintoxicación.

Los resultados presentaron que, aunque no hubo una diferencia estadísticamente significativa (debido al tamaño de muestra), el 37% de los usuarios que participaron con la ACT y el proceso de desintoxicación, terminaron de manera satisfactoria, en comparación con el 19% de los usuarios que recibieron DC.

Los autores contemplan que el hecho de enfocarse en la evitación experiencial de los usuarios (evitar entrar en contacto con pensamientos, emociones y sensaciones desagradables), con respecto al proceso de desintoxicación, aumentó el éxito de la aplicación de la ACT. Independientemente del tamaño de la muestra, la diferencia fue del 15%, mientras que, en comparación con otros estudios, los resultados difieren en un 37% a favor de los resultados de la ACT en la desintoxicación y mantenimiento de abstinencia de usuarios consumidores de sustancias (Stotts et al., 2012).

Por su parte, otro estudio realizado por Luoma, Kohlenberg y Hayes (2012), tomo en cuenta el estigma de vergüenza y pena (sentimiento de tristeza) que presentan las personas consumidoras de sustancias; pues sustentan que en diversas revisiones las personas con un auto-

estigma de vergüenza, suelen tener poca interacción social, débiles herramientas para solucionar problemas y pueden presentar consumo de sustancias, de manera que surgen pensamientos de auto-devaluación que se retroalimentan de manera negativa, por lo que el consumo se utiliza para evitar y suprimir estos pensamientos y emociones (Sirey et al., 2001 citado en Luoma, 2012).

En este estudio 133 usuarios se mantuvieron en tratamiento residencial durante 28 días, bajo la intervención y aplicación de la ACT. El análisis de los resultados demostró un menor número de días de consumo de sustancias y una mayor asistencia al seguimiento; los efectos de la intervención de la ACT también demostraron que una persona con un mayor nivel de vergüenza y pena trabajado durante el tratamiento era más propensa a asistir al seguimiento. Estos resultados demostraron que el trabajo con el concepto de vergüenza desde la atención plena y la aceptación parece producir una reducción en el consumo.

Como se ha mencionado en capítulos previos, conocer los mediadores por los cuales una intervención puede ser exitosa es de gran importancia, y como se ha señalado hasta el momento con los dos ejemplos anteriores, el mediador que concuerda en ambos estudios es el de *evitación o escape*, que en términos de las intervenciones contextuales se denomina *Evitación Experiencial*. Este término describe el hecho de cuando una persona no está dispuesta a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, predisposiciones conductuales), e intenta alterar la forma o la frecuencia de esos eventos y el contexto que los ocasiona; a su vez, la *Evitación Experiencial* frecuentemente tiene una función positiva a corto plazo, sin embargo puede tener efectos negativos a largo plazo, cuando se sobre utiliza y se aplica de manera inflexible, resultando en una estrategia poco funcional para aceptar y modificar conductas poco adaptativas, en donde se incluye el consumo de sustancias (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996).

De manera muy general, se han presentado algunos fundamentos; por lo que a continuación se mencionaran algunas aplicaciones, tomando en cuenta de manera central, el constructo de *Evitación Experiencial* derivado de la ACT; visto como un factor a evaluar dentro del tratamiento en el consumo de sustancias.

4.3 Evidencia del concepto de Evitación Experiencial, en el consumo de sustancias

De manera sintetizada, el constructo de *Evitación Experiencial* se muestra como el intento de cambiar experiencias privadas como pensamientos, sentimientos, sensaciones corporales o recuerdos desagradables respecto al punto de vista de las personas. A manera de ejemplo, el intento por controlar la ansiedad para evitar la experiencia física de sudor o ruborización, tiende a evocar la propia ansiedad como respuesta a las construcciones verbales acerca de que *no hay nada que temer*. La conducta de evitación misma, a través del reforzamiento negativo puede fortalecer la sucesiva conducta de evitación de cierto evento (Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001).

En el caso de una persona con consumo de alguna sustancia, el patrón de comportamiento puede ser descrito como evitación experiencial si el consumo de dicha sustancia alivia a la persona al “hacerla olvidar” o “reducir las penas” que constantemente le persiguen (Patrón, 2013).

La evidencia empírica muestra que la evitación experiencial, está asociada con el decremento de la calidad de vida; sin embargo, en un principio modera el impacto de eventos externos o estresantes, así como una gama de variables psicológicas, incluyendo estilos de afrontamiento y estrategias de regulación emocional. La revisión filosófica y teórica argumenta que la utilidad de este concepto se debe al hecho de que la evitación experiencial está diseñada para ser una categoría funcional (Hayes et al., 1999).

Muchos sistemas de psicopatología o terapéuticos han lidiado con algunos aspectos del concepto de evitación experiencial de manera explícita o implícita. Por ejemplo, la perspectiva psicodinámica pone particular atención a las defensas que incluyen la represión y la identificación proyectiva, las cuales funcionan para evitar el autoconocimiento de eventos dolorosos, pensamientos, impulsos y emociones (Freud, 1937).

Por su parte, los terapeutas humanistas promueven una apertura a la experiencia, para que el individuo se vuelva más consciente de sus propios sentimientos y actitudes tal cual existen en él, y sea capaz de tomar la evidencia en una nueva situación tal cual es, más que distorsionarla para acomodarla en un patrón que él ya presenta (Rogers, 1961).

Los terapeutas cognitivo conductuales también reconocen la importancia de la evitación de experiencias privadas, especialmente en el área de los trastornos de ansiedad (Foa, Steketee, & Young, 1984) y la facilidad con la cual los acontecimientos no placenteros son ignorados o distorsionados.

De lo anterior, se puede identificar que el concepto de evitación experiencial se presenta como un fenómeno consistente y que actualmente se ha constituido como un constructo de índole *experiencial*, con el fin de incluir eventos privados evitados, no solamente emociones sino pensamientos, reacciones psicológicas, impulsos o recuerdos.

La evitación experiencial es un tema central de las intervenciones contextuales, las cuales precisamente toman particular atención al contexto y función de las conductas de interés, enfocándose en estrategias de aceptación y flexibilidad psicológica (Hayes, 2004). Esto incluye a la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), que fue desarrollada para enfocarse a la evitación experiencial, como un factor etiológico y de mantenimiento en la psicopatología.

La evitación experiencial comparte algunas similitudes con otros conceptos en la literatura, tales como desregulación emocional (Gratz & Roemer, 2004), intolerancia a la angustia (Brown, Lejuez, Kahler, & Strong, 2002), intolerancia a la incertidumbre (Dugas, Freeston, Ladouceur, 1997), supresión emocional y cognitiva (Wenzlaff & Wegner, 2000), flexibilidad psicológica (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006, p 6), etc.

De igual forma, la evitación experiencial se correlaciona con depresión, estrés, ansiedad y malestar psicológico en general. La evitación experiencial se ha relacionado también con el abuso de sustancias, trastorno de estrés postraumático, homofobia, tricotomía y miedo fóbico, entre otras problemáticas; por lo que resalta la importancia de incluir la patología dual en los tratamientos actuales. (Hayes et al., 2006).

Debido a lo anterior, es que el concepto de *Evitación Experiencial* puede considerarse dentro de la conducta de consumo de sustancias, pues de acuerdo con Ostafin y Marlatt (2008), se examinó que por medio de la práctica de mindfulness se podría moderar la relación entre procesos automáticos y la conducta de consumo de alcohol, en donde se llevaron a cabo varias evaluaciones concernientes al consumo peligroso de alcohol, motivación y aceptación; por lo que lograron identificar que a un mayor grado de aceptación de la experiencia actual, se reducía la relación entre asociaciones positivas al consumo de alcohol y las conductas peligrosas. De esta manera el entrenamiento en atención plena disminuía las respuestas de evitación.

Evaluar y medir el constructo de *Evitación Experiencial* dentro de los tratamientos dirigidos a la atención de consumo de sustancias, incluido el fenómeno de la patología dual, podría dar pie a incluir algún tipo de intervención contextual, por medio de futuros ensayos clínicos aleatorizados, de modo que se mantenga la disposición de innovación y mejora de la práctica clínica y sus herramientas en el campo de las adicciones.

A continuación, se describirá el desarrollo de la adaptación de un instrumento de tamizaje, que permita medir el grado de evitación experiencial, en personas consumidoras de sustancias.

5. Método

Objetivo

Realizar la adaptación y validación del inventario Acceptance and Action Questionnaire-Substance Abuse (AAQ-SA), como una herramienta de tamizaje, para evaluar la evitación experiencial de las personas que presentan consumo de sustancias.

Participantes

Participaron 110 personas poliusuarios de 17 a 55 años (13 mujeres y 97 hombres) con dependencia al consumo de sustancias, en tratamiento por no más de tres sesiones y posterior a valoración psiquiátrica.

Los participantes reportaron como droga de impacto, el cristal (46 usuarios) y marihuana (44 usuarios), y como droga secundaria reportaron alcohol (29 usuarios) y marihuana (22 usuarios).

Dentro de los criterios de inclusión, se consideró que los pacientes fueran diagnosticados por el área de psiquiatría con otro trastorno asociado, como depresión, ansiedad, trastorno oposicionista desafiante, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y sintomatología psicótica en remisión (bajo previo tratamiento médico), con tratamiento de inicio de no más de tres sesiones.

La muestra de tipo no probabilístico se obtuvo de dos instituciones gubernamentales de tratamiento de adicciones. Por parte de la ciudad de México, el Centro de Asistencia e Integración Social y el Centro de Atención Integral en Adicciones de León Guanajuato.

Herramientas

Se realizará la adaptación del instrumento Acceptance and Action Questionnaire-Substance Abuse (AAQ-SA), desarrollado por Luoma, Drake, Kohlenberg & Hayes (2011), que tiene como objetivo, realizar una medición acerca del nivel de evitación que presenta una persona consumidora, ante situaciones adversas.

Procedimiento

Se medirá la presencia del constructo de evitación experiencial, que, de acuerdo con los supuestos descritos anteriormente, se presenta en personas consumidoras de sustancias.

La manera de medir la evitación experiencial en el presente instrumento, es por medio de dos factores, la *flexibilidad psicológica*, que refiere la capacidad para realizar acciones dirigidas hacia una meta o cambio, a pesar de experimentar pensamientos, emociones y situaciones que dificulten dicho cambio; y la *inflexibilidad psicológica*, que se refiere a la poca capacidad para aceptar experiencias, pensamientos y emociones desagradables, las cuales le dificultan tomar acciones y decisiones que a su vez impiden cumplir metas o realizar algún cambio (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006, p 6).

Características del instrumento

El AAQ-SA, se constituye de un total de 18 reactivos con siete opciones de respuesta tipo Likert: 1) nunca cierto, 2) muy rara vez cierto, 3) casi cierto, 4) algunas veces cierto, 5) frecuentemente cierto, 6) casi siempre cierto, 7) siempre cierto, y la distribución de los factores se representa de la siguiente manera:

Tabla 1. Factores del AAQ-SA

Factor	Número de reactivos	Descripción
(Flexibilidad psicológica)	9 reactivos	Expresa la capacidad de la persona para aceptar y llevar a cabo acciones dirigidas hacia una meta o cambio, a pesar de experimentar pensamientos, emociones y situaciones que le dificultan dicho cambio.
(Inflexibilidad psicológica)	9 reactivos	Se refiere a la poca capacidad de la persona para aceptar experiencias, pensamientos y emociones desagradables, las cuales le dificultan tomar acciones que a su vez le impiden cumplir metas o realizar un cambio.

Por su parte, el grado de confiabilidad de los factores son aceptables, 0.82 para flexibilidad psicológica y 0.84 para inflexibilidad psicológica. La validez interna del AAQ-SA muestra un alpha de 0.85.

Traducción y adaptación del instrumento

En esta etapa, el instrumento se traduce de su idioma original (inglés), al idioma español. Para llevarlo a cabo, se solicitó a un docente de posgrado de psicología, con un alto nivel y fluidez del idioma inglés, que tradujera el instrumento, posteriormente se solicitó lo mismo a un profesor de inglés. Una vez realizada la traducción al español del AAQ-SA, se verificó que los reactivos presentaran el mismo significado que en la prueba original. La versión de ambos instrumentos se presenta en la tabla 2.

Tabla 2. Traducción del Acceptance and Action Questionnaire-Substance Abuse (AAQ-SA)

<p>Below you will find a list of statements. Please rate how true each statement is for you by circling a number next to it. Use the scale below to make your choice. The term <i>substance</i> is used below to refer to both drugs and alcohol.</p>	<p>Abajo encontrará una lista de afirmaciones . Por favor, evalúe qué tan cierto para Usted es cada afirmación encerrando en un círculo el número que corresponda y que se muestra a continuación . Al hacer su elección utilice la escala que aparece en la parte inferior . El término “sustancia” se utiliza para hacer referencia a ambos, drogas y alcohol.</p>
<p>1. I can do things that are important to me even when I’m feeling urges to use substances.</p>	<p>1. Puedo realizar las cosas que son importantes para mi, aunque sienta impulsos para consumir sustancias.</p>
<p>2. My urges and cravings to use get in the way of my success.</p>	<p>2. Mis impulsos y ansias de consumir se interponen para alcanzar el éxito.</p>
<p>3. If I have urges to use substances, then I am a substance abuser.</p>	<p>3. Si tengo impulsos por consumir sustancias, se debe a que soy una persona que abusa de las sustancias.</p>
<p>4. I try to achieve my sobriety goals, even if I am uncertain that I can.</p>	<p>4. Intento alcanzar mis metas de abstinencia, aunque este inseguro de lograrlas</p>
<p>5. I work towards things I value, even though at times I feel cravings to use substances.</p>	<p>5. Trabajo por las cosas que valoro, aunque a veces sienta ansiedad por consumir sustancias.</p>
<p>6. I am not very aware of what occurs around me when I am thinking of using substances.</p>	<p>6. No estoy muy consciente de lo que ocurre a mi alrededor cuando pienso en consumir sustancias.</p>
<p>7. I can set a course in my life and stick to it, even if I have doubts about my sobriety.</p>	<p>7. Puedo fijar un curso en mi vida y apegarme a él, aunque tenga dudas sobre mi sobriedad.</p>

8. Memories of my substance use history make it difficult for me to live a life that I would value.	8. Los recuerdos de mi historia de uso de sustancias me dificultan vivir la vida que valoro.
9. If I get bored working toward my recovery, I can still take the steps necessary to succeed.	9. Si me aburro por cuidarme para conseguir mi recuperación, aún así puedo retomar los pasos necesarios para lograrlo.
10. If I feel uncertain about my recovery, I can still make a choice and take action.	10. Si me siento inseguro sobre mi recuperación, aún así puedo tomar la decisión de ponerme en acción.
11. If I promised to do something, I'll do it, even if I later don't feel like it.	11. Si me prometí hacer algo, lo hare, aunque después no tenga ganas de hacerlo.
12. Having some worries about substance use will not prevent me from living a fulfilling life.	12. Preocuparme sobre mi uso de sustancias no me impedirá vivir una vida plena.
13. I would rather achieve my goals than avoid thoughts and feelings about substances.	13. Preferiría alcanzar mis objetivos que evitar pensamientos y sentimientos acerca de las sustancias.
14. Urges and cravings cause problems in my life.	14. Los impulsos y ansias me causan problemas en mi vida.
15. I'm afraid of my positive feelings about a substance I've abused.	15. Estoy temeroso de mis sentimientos agradables sobre una sustancia de la que he abusado.
16. When I think of substance use my mind is often on "automatic pilot", not fully involved in what I am doing in the moment.	16. Cuando pienso en el consumo, mi mente se pone regularmente en "automático", y no me concentro en lo que estoy haciendo en el momento.
17. I worry about not being able to control my cravings.	17. Me preocupa no ser capaz de controlar mis ansias por consumir.
18. Feeling sad or anxious makes me want to use substances.	18. Sentirme triste o ansioso hace que quiera consumir sustancias.

De los 18 reactivos originales, el 2, 13, 14 y 18 son reactivos que miden dos motivos cada uno, debido a esto, se separaron y construyeron reactivos para cada motivo, lo cual dio como resultado un total de 22 reactivos para la versión en español. En la tabla 6 se muestran los reactivos separados y en la tabla 7 el total de los reactivos.

Tabla 3. Reactivos que miden dos motivos

2. Mis impulsos de consumir se interponen en mi camino hacia el éxito.	2. Mis ansias de consumir se interponen en mi camino hacia el éxito.
13. Preferiría alcanzar mis objetivos que evitar pensamientos y sentimientos acerca de las sustancias.	13. Preferiría alcanzar mis objetivos que evitar sentimientos ante el uso de las sustancias.
14. Los impulsos me causan problemas en mi vida	14. Las ansias me causan problemas en mi vida.
18. Sentirme triste hace que quiera consumir sustancias.	18. Sentirme ansioso hace que quiera consumir sustancias.

Tabla 4. Reactivos de la primera versión en español del AAQ-SA.

1. Puedo realizar las cosas que son importantes para mi aunque sienta impulsos de consumir sustancias.
2. Mis impulsos de consumir se interponen en mi camino hacia el éxito.
3. Si tengo impulsos de consumir sustancias, entonces soy un abusador de sustancias.
4. Intento alcanzar mis metas de abstinencia, aunque este inseguro de poder.
5. Trabajo por las cosas que valoro, aunque a veces sienta ansiedad de usar sustancias.
6. No estoy muy consciente de lo que ocurre a mi alrededor cuando pienso en consumir sustancias.

-
7. **Puedo fijar un curso en mi vida y apegarme a él, aunque tenga dudas sobre mi sobriedad.**
-
8. **Los recuerdos de mi historia de uso de sustancias me dificultan vivir la vida que valoro.**
-
9. **Si me aburre trabajar en mi recuperación, aún así puedo retomar los pasos necesarios para lograrlo.**
-
10. **Si me siento inseguro sobre mi recuperación, aún puedo tomar la decisión de ponerme en acción.**
-
11. **Si me prometi hacer algo, lo hare, aunque después no tenga ganas de hacerlo.**
-
12. **Preocuparme sobre mi uso de sustancias no me impedirá vivir una vida plena.**
-
13. **Preferiría alcanzar mis objetivos que evitar pensamientos y sentimientos acerca de las sustancias.**
-
14. **Los impulsos me causan problemas en mi vida.**
-
15. **Estoy temeroso de mis sentimientos positivos sobre una sustancia de la que he abusado.**
-
16. **Cuando pienso en el consumo, mi mente se pone regularmente en “automático”, y no me concentro en lo que estoy haciendo en el momento.**
-
17. **Me preocupa no ser capaz de controlar mis ansias.**
-
18. **Sentirme triste hace que quiera consumir sustancias.**
-
19. **Mis ansias de consumir se interponen en mi camino hacia el éxito.**
-
20. **Las ansias me causan problemas en mi vida.**
-
21. **Preferiría alcanzar mis objetivos que evitar sentimientos acerca de las sustancias.**
-
22. **Sentirme ansioso hace que quiera consumir sustancias.**
-

Validación por jueces

Para el desarrollo de esta fase, se presentó el instrumento a 8 expertos en el área de las adicciones: 1 Doctora con experiencia de más de 10 años en el área de investigación y docencia en adicciones, 1 Doctor con 20 años en la práctica clínica de pacientes con adicciones, 1 Maestro

en psicología de las adicciones con 6 años de experiencia, 3 Maestros de psicología con 2 años de experiencia y 2 estudiantes de posgrado del área de adicciones del último semestre.

A los jueces se les explicaron las características del instrumento, lo que pretendía medir y los factores en la cual se basaba; posteriormente se les solicitó que asignaran cada reactivo al factor que correspondía.

Del ejercicio anterior se obtuvieron los siguientes resultados, mostrados en la tabla 8

Tabla 5. Porcentaje de acuerdo y acierto entre jueces en cada factor.

Factores	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	Juez 8	Acuerdo entre jueces
Psychological flexibility	80.8 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	90%	98.3%
Psychological inflexibility	50.0 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	75%	90.6%

Se obtuvo un 93.5% de acuerdo entre los jueces al momento de asignar los reactivos a sus respectivos factores. Se presentó un acuerdo en el primer factor que va desde el 80.8% hasta el 100%, sin embargo, el segundo factor presentó mayor diferencia, de 50% hasta 100% de acuerdo.

Retraducción del instrumento

Para esta fase se volvió a traducir la prueba, de su primera versión del español al inglés, con el fin de saber si los reactivos habían perdido el significado o el sentido original, dicha traducción la realizó un profesor de inglés distinto al de la primera traducción.

La revisión de la retraducción verificó que el sentido de los reactivos se mantenía sin modificaciones, sólo algunas palabras en el sentido gramatical fueron modificadas y se utilizaron algunos sinónimos, éstas se muestran en negritas en la siguiente tabla:

Tabla 6. Comparación de la versión traducida del AAQ-SA.

1. I can do things that are important to me even when I'm feeling urges to use substances.	1. I can do things that are important to me even if I am feeling urges to consume drugs.
2. My urges and cravings to use get in the way of my success.	2. My urges to consume get in the way of my success.
3. If I have urges to use substances, then I am a substance abuser	3. If I have urges to consume substances, then I am a substance abuser.
4. I try to achieve my sobriety goals, even if I am uncertain that I can.	4. I try to achieve my abstinence goal, even if I am not sure of it.
5. I work towards things I value, even though at times I feel cravings to use substances.	5. I work for things that I value, though sometimes I feel anxiety to use substances.
6. I am not very aware of what occurs around me when I am thinking of using substances.	6. I am not very aware of what occurs around me when I am thinking of using substances.
7. I can set a course in my life and stick to it, even if I have doubts about my sobriety.	7. I can set a course in my life and stick to it, even if I have doubts about my sobriety.
8. Memories of my substance use history make it difficult for me to live a life that I would value.	8. Memories of my substance use history make it difficult for me to live a life I value.
9. If I get bored working toward my recovery, I can still take the steps necessary to succeed.	9. If I get bored of working in my recovery, I can still take the steps necessary to achieve it.

10. If I feel uncertain about my recovery, I can still make a choice and take action.	10. If I feel insecure about my recovery, I can still make a choice to take action.
11. If I promised to do something, I'll do it, even if I later don't feel like it.	11. If I promise to do something, I will do it, even if I later do not feel like doing it.
12. Having some worries about substance use will not prevent me from living a fulfilling life.	12. Worrying about my substance use, will not prevent me from living a fulfilling life.
13. I would rather achieve my goals than avoiding thoughts about substances.	13. I would rather achieve my goals than avoiding thoughts about substances.
14. Urges cause problems in my life.	14. Urges cause problems in my life.
15. I'm afraid of my positive feelings about a substance I've abused.	15. I am afraid of my positive feelings about using a substance I have abused before.
16. When I think of substance use my mind is often on "automatic pilot", not fully involved in what I am doing in the moment.	16. When I think of using substances, my mind goes on "automatic pilot" and I cannot concentrate on what I'm doing in the moment.
17. I worry about not being able to control my cravings.	17. I am worried about not being able to control my cravings.
18. Feeling sad makes me want to use substances.	18. Feeling sad makes me want to consume substances.
19. My cravings to use get in the way of my success.	19. My cravings to consume get in the way of my success.
20. I would rather achieve my goals than avoiding feelings about substances.	20. I would rather achieve my goals than avoiding feelings about substances.
21. Cravings cause problems in my life.	21. Cravings cause problems in my life.
22. Feeling anxious makes me want to use substances.	22. Feeling anxious makes me want to use substances.

Adaptación del instrumento

En esta fase, se realizaron las adecuaciones necesarias a los reactivos, de tal forma que presentaran relevancia cultural, es decir, que, al leer los reactivos, éstos sean de fácil entendimiento para la población consumidora de sustancias.

La primera adecuación del instrumento fue en la redacción de las instrucciones, esta observación fue consistente en las observaciones de los jueces, por lo que se hicieron ligeras modificaciones sin que estas afectaran el sentido original.

Tabla 7. Adecuación de las instrucciones del AAQ-SA

Abajo encontrará una lista de declaraciones. Por favor, evalúe qué tan cierto es cada declaración para usted, encerrando el número junto a él. Utilice la escala que esta debajo para hacer su elección. El término “sustancia” se utiliza para hacer referencia a ambos, drogas y alcohol.	→	A continuación encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, evalúe qué tan cierto es cada afirmación para usted. Marque en la escala que va del 1 al 6 para hacer su elección. El término “sustancia” se utiliza para hacer referencia tanto a drogas como a alcohol.
--	----------	--

La siguiente adecuación que resaltar, fue en la redacción de los reactivos 9 y 10; que presentan una oración condicional y no de causa, por lo cual se cambió la conjunción *sí* por la conjunción, *aunque*, facilitando el sentido de la oración.

Tabla 8. Adecuación de los reactivos 9 y 10 del AAQ-SA

9. Si me aburre trabajar en mi recuperación, aun así, puedo retomar los pasos necesarios para lograrlo.	→	9. Aunque me aburre trabajar en mi recuperación, aun así, puedo dar los pasos necesarios para lograrlo.
--	----------	--

10. Si me siento inseguro sobre mi recuperación, aun puedo tomar la decisión de ponerme en acción.	→	10. Aunque me siento inseguro sobre mi recuperación, aun así, puedo tomar la decisión de ponerme en acción.
---	----------	--

Otra adecuación se realizó en los reactivos 17 y 20, pues en su versión original no es clara la relación entre el resultado de una sensación con una acción específica, por lo que se agregaron las palabras *por consumir*. La adecuación se muestra en la siguiente figura:

Tabla 9. Adecuación de los reactivos 17 y 20 del AAQ-SA

17. Me preocupa no ser capaz de controlar mis ansias.	→	17. Me preocupa no ser capaz de controlar mis ansias por consumir.
20. Las ansias me causan problemas en mi vida.		20. Las ansias por consumir causan problemas en mi vida.

Piloteo del instrumento.

En esta fase se realizó el piloteo a 50 personas consumidoras de sustancias, mayores de edad, de los cuales 38 fueron hombres y 12 mujeres; lo anterior con la finalidad de saber si los reactivos de la prueba eran de fácil entendimiento, de igual manera que sugirieran alguna modificación en la redacción.

El 60% de las personas realizaron observaciones al reactivo 8, en la parte que menciona *uso de sustancias* y en la última parte que menciona *vivir la vida que valoro*, se sugirió para la primera parte, la palabra *consumo*, lo cual resultaba menos técnico; y en la segunda parte se sugería sustituir con frases como *vivir la vida que quisiera* o *vivir la vida que me gustaría*. La adecuación se muestra en la tabla 10.

Tabla 10. Adecuación del reactivo 8

8. Los recuerdos de mi historia de uso de sustancias me dificultan vivir la vida que valoro	→	8. Los recuerdos de mi historia de consumo me dificultan vivir la vida como me gustaría
--	----------	--

Una vez concluida la fase de traducción y adaptación, se realizó la versión adaptada al español del cuestionario con un total de 22 reactivos (ver anexo2).

6. Resultados

Con la versión adaptada al español del AAQ-SA, se inició el proceso estadístico de validación, como se mencionó anteriormente, se necesitó de 110 personas poliusuarios de sustancias de 17 a 55 años, de ellos 13 fueron mujeres y 89 hombres, originarios de la ciudad de México y León Guanajuato, que podrían presentar patología dual moderada.

Se realizó una base de datos con el paquete estadístico SPSS 20, donde se organizaron los reactivos del instrumento y sus opciones de respuestas, las cuales iban del 1 al 6, donde 1 es “completamente falso” y 6 “siempre cierto”

El primer paso fue realizar un análisis de frecuencias, cuya finalidad fue conocer si las opciones de respuesta presentaban una frecuencia mayor a cero, de este análisis, los 22 reactivos mostraron frecuencias mayores a cero. Posteriormente, se realizó un análisis de distribución para determinar si todas las opciones de respuesta resultaron atractivas a la población, y comprobar en cada reactivo que la distribución de las respuestas fuera homogénea (normal) o no (sesgada). En este caso, 19 reactivos presentaron distribuciones sesgadas de respuesta, debido a las características de la población, y 3 reactivos presentaron una distribución normal (*1 Puedo*

realizar las cosas que son importantes para mí, aunque sienta muchas ganas de consumir; 9 Aunque me aburre trabajar en mi recuperación, aun así, puedo dar los pasos necesarios para lograrlo; 12 Preocuparme sobre mi consumo de sustancias, no me impedirá vivir una vida plena).

A continuación, se llevó a cabo un análisis de discriminación, para saber si en los reactivos había diferencias entre los sujetos de los grupos extremos (altos y bajos). Se realizó por medio de la prueba t para muestras independientes, en donde se eliminó el reactivo 1 debido a que no se encontraron diferencias significativas en los dos grupos.

El siguiente paso fue realizar un análisis factorial, para determinar en cuantos factores se agrupan los reactivos y qué porcentaje de varianza explican, considerando factores a aquellas agrupaciones de por lo menos tres reactivos.

El análisis agrupó tres factores con una varianza explicada del 63.99%, sin embargo, el primer factor correspondiente a la inflexibilidad psicológica explica más del 50% de la varianza acumulada, sin mencionar que los últimos reactivos se presentan puntuaciones factoriales negativas y menores a 0.40. Debido a lo anterior, se tomará en cuenta solo el factor de inflexibilidad psicológica para la elaboración en español del presente instrumento. A continuación, se muestra la tabla del análisis factorial.

Tabla 11. Ponderación de factores del análisis factorial con rotación varimax del AAQ-SA, versión en español

Reactivos	Factores		
	1	2	3
2. Mis impulsos por consumir se interponen en mi camino hacia el éxito	.670	.451	-.171
3. Si me dan ganas de consumir sustancias, significa que soy un adicto	.613	.206	.285
6. No estoy muy consciente de lo que pasa a mí alrededor cuando pienso en consumir sustancias	.641	.494	-.081
7. Puedo fijar un curso en mi vida y apegarme a él, aunque tenga dudas sobre mi sobriedad	.414	.087	.742
8. Los recuerdos de mi historia de consumo me dificultan vivir la vida como me gustaría	.661	.102	.392
14. Mis impulsos por consumir causan problemas en mi vida	.704	.248	-.014
15. Me asustan los sentimientos positivos acerca de las sustancias de las que he abusado	.569	.139	-.313
16. Cuando pienso en el consumo, generalmente mi mente se pone en “automático” y no pongo atención en lo que estoy haciendo	.686	-.347	-.014
17. Me preocupa no ser capaz de controlar mis impulsos por consumir	.626	-.609	.057
18. Sentirme triste hace que quiera consumir	.574	-.472	-.085
19. Mis ansias por consumir sustancias se interpone en mi camino hacia el éxito	.832	-.353	-.073
20. Sentirme ansioso hace que quiera consumir	.848	-.054	-.129
21. Mis ansias por consumir causan problemas en mi vida	.760	.167	-.255

Nota: Factor de ponderación >.40 en negritas.

Validación y confiabilidad del instrumento

Posterior a los análisis de datos, se obtuvo un instrumento confiable, con un alpha de Cronbach, de 0.894 de la escala global. Lo siguiente fue la estandarización de los puntajes; donde se transformó el puntaje crudo de la sumatoria del AAQ versión al español de 21

reactivos, a puntajes z, con la formula $Z = \frac{Y-X}{\sigma}$, donde Y es el puntaje crudo, X es la media de la población y σ es la desviación estándar de la población, la X para esta población es de 52.76 y la σ de 13.26, a continuación se establecieron los rangos que muestran el nivel inflexibilidad, que se muestran en la tabla 16.

Tabla 12. Puntajes crudos, estandarizados y el nivel inflexibilidad

Puntaje Crudo	Puntaje Z	Nivel inflexibilidad
13 a 26	-2.99 a -2.01	Mínima
27 a 39	-1.94 a -1.03	Leve
40 a 52	-0.96 a -0.05	Normal
53 a 65	0.01 a 0.92	Moderada
66 a 78	0.99 a 1.90	Alta

El proceso de validación generó modificaciones significativas al cuestionario, pues el análisis de confiabilidad aumentó de 0.85 con 21 reactivos a 0.87 con 17 reactivos. En esta etapa se habían identificado dos factores, donde 13 reactivos se acomodaban en el factor de inflexibilidad psicológica y 4 en flexibilidad psicológica; estos resultados ayudaron a tomar en cuenta, sólo el factor de inflexibilidad, lo cual facilitaría la medición del constructo de Evitación Experiencial en niveles de inflexibilidad psicológica. Posteriormente se realizó un análisis de confiabilidad con los 13 reactivos del factor de inflexibilidad, dando como resultado un índice de 0.89, con lo cual se generó la versión final del cuestionario. Cabe mencionar que el índice de confiabilidad no cambio de manera significativa, pues el propuesto por Luoma, Drake, Kohlenberg & Hayes (2011) fue de 0.85.

Conclusión y discusión

A lo largo del presente trabajo se realizó una revisión general de las perspectivas contextuales, semejanzas y diferencias, respecto a la perspectiva cognitivo conductual. Principalmente se le dio énfasis al constructo de *EE*, al proponer la validación de una herramienta que permita medir el nivel de este constructo en personas con consumo de sustancias. Por lo que se logró el objetivo de obtener un instrumento confiable para la versión en español del AAQ-SA. Dicho instrumento pretende acercar la posibilidad de incluir enfoques complementarios, como son las terapias de tercera generación, y aquellas que han mostrado efectividad en el tratamiento de sustancias, como lo es la Terapia de Aceptación y Compromiso.

Esta propuesta puede presentar una revisión para tomar en cuenta a personas que presentan algún grado mayor de patología dual, en los programas de tratamiento en adicciones; pues actualmente estos programas prestan mayor atención a la conducta adictiva, reservando en un segundo término, el tratamiento dirigido al trastorno que se genera o exacerba por el consumo.

Por tal razón se propone dar un mayor alcance a estas intervenciones, bajo la perspectiva de terapias contextuales. Como mencionan Nieto & Barraca (2017), en un estudio que compara una intervención contextual versus una terapia cognitiva, los principales componentes de una intervención cognitiva son generalmente: reestructuración cognitiva, análisis funcional, identificación de pensamientos automáticos negativos y presentar y formular explicaciones alternativas por medio del debate de ideas. Por su parte una intervención contextual traslacional y de interés particular en el lenguaje, contempla los siguientes componentes: análisis funcional, identificación de pensamientos automáticos en su contexto natural, buscar disminuir y aceptar sensaciones, pensamientos y emociones poco funcionales, en el contexto natural del usuario.

Los programas en adicciones como el PSC, incluyen la aplicación del análisis conductual y la generación de conductas alternativas por medio de instrucciones positivas y el aumento de la autoeficacia. Por lo que, basados en esta línea de buenos resultados, se pueda desprender una línea de investigación a partir de una perspectiva contextual, al considerar incluir la función de la evitación experiencial dentro de la aplicación del análisis funcional y el manejo de emociones durante el tratamiento y al término de éste (Pérez, 2014; Dindo, Van Liew & Arch, 2017; Nieto & Barraca, 2017).

Por tales razones, se desprende la importancia de iniciar con herramientas de medición, como lo es la versión de 13 reactivos del AAQ-SA, para medir el nivel de Evitación Experiencial.

Actualmente, en México no existen suficientes ensayos clínicos aleatorizados que ayuden a medir la eficacia de las intervenciones contextuales en adicciones, por lo que este trabajo abona a que se utilice una herramienta de tamizaje válida y confiable para futuras investigaciones, las cuales se dirijan, como se ha hecho énfasis, a enriquecer las intervenciones para el tratamiento en adicciones.

Referencias

- Aramburú, B. (1996). La terapia dialectico conductual para el trastorno límite de la personalidad. *Psicología Conductual*, 4 (1), 123-140.
- Ayala, H. A., Echeverría, L., Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta Comportamental*, 6(1), 71-93.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 10 (2), 125-143.
- Barragán, L. T., González, J. V., Medina, M.E.M., & Ayala, H.V. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. *Salud Mental*, 28(1), 67-71.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: a Cognitive Perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Campollo, O. (2013). Epidemiología de las adicciones. En González, A. & Matute, E. *Cerebro y Drogas*. México: Manual Moderno, pp. 2-5.
- Center for Substance Abuse. Treatment. *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse*. Treatment Improvement Protocol (TIP). Series 34. HHS Publication No. (SMA) 09-3952.
- Cañas, J. L. (2004). *Antropología de las adicciones: Psicoterapia y rehumanización*. Dykinson.
- Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (2003). Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42813/1/9243591010.pdf>
- Cruz, S. L. (2007). El alcohol. En Cruz, S. L. (Ed.) *Los efectos de las drogas de sueños y pesadillas* (pp. 100-102). México: Editorial Trillas.
- Davidson, G., & Raistrick, D. (1986). The validity of the Short Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD): A short self-report questionnaire for assessment of alcohol dependence. *British Journal of Addictions*, 81, 217-222.
- DiClemente, C., & Prochaska, J. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change of cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*, 7, 133-142.
- Dindo, L., Van Liew, J. R., & Arch, J.J. (2017). *Acceptance and Commitment Therapy: A Transdiagnostic Behavioral Intervention for Mental Health and Medical Conditions*. The American Society for Experimental. NeuroTherapeutics, Inc. (outside the U.S.)

- Donohue, B., Azrin, A., Allen, D., Romero, V., Hill, H., Tracy, K., Lapota, H., & Gorney, S. (2009). Family behavior therapy for substance abuse and other associated problems: A review of its intervention components and applicability. *Behavior Modification*, 5, 495-519.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and value based behavior change strategies*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Comisión Nacional Contra las Adicciones. (2018). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (2016-2017) Recuperado de <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>
- Epstein D.E., Hawkins W.E., Covi L., Umbricht A., & Preston K.L. (2003). Cognitive behavioral therapy plus contingency management for cocaine use: findings during treatment and across 12-month follow-up. *Psychol Addict Behav*, 17:73–82.
- Forsyth, J.P., Parker, J.D., & Finlay, C.G. (2003). Anxiety sensitivity, controllability, and experiential avoidance and their relation to drug of choice and addiction severity in a residential sample of substance-abusing veterans. *Addictive Behaviors* 28, 851-870.
- Fernández, A., & Ferro, R. (2006). Psicoterapia Analítico Funcional: Una aproximación contextual funcional al tratamiento psicológico. *eduPsykhé*, 2, 203-229.
- Hayes, S. C. (1991). A relational control theory of stimulus equivalence. En Hayes, L. J. & Chase, N. P. (Eds.) *Dialogues on verbal behaviour* (pp. 19-40). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, US: The Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639–666.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Rational Frame Theory: A Précis*. Springer, US 8, 141-154.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Wilson, K. G. (2012). Contextual Behavioral Science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 1-6.
- Hayes, S.C.; Wilson, K.G.; Gifford, E.V.; Follette, V.M. & Strosahl, K. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1.152- 1.168.

- Horigian, E., Espinal, P., Alonso, E., Verdeja, R., Rui, D., Usaga, I., Pérez-López, A., Marín, R., Feaster, D. (2016). Readiness and barriers to adopt evidence-based practices for substance abuse treatment in Mexico 39(2):77-84
- Johansson, P., & Hoglend, P. (2007). Identifying mechanisms of change in psychotherapy: Mediators of treatment Outcome. *Clinical psychology and psychotherapy*, 14, 1-9.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27.
- Kendler, K.S., Jacobson K.C., Prescott C.A., & Neale, M.C. (2003). Specificity of genetic and environmental risk factors for use and abuse/dependence of cannabis, cocaine, hallucinogens, sedatives, stimulants, and opiates in male twins. *Am J Psychiatry*, 160(4):687-695.
- Kring, A. M., & Sloan, D. M. (2010). *Emotion Regulation and Psychopathology. A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment*. New York, US: The Guilford Press.
- Lega, L. I., Caballo, V., & Ellis, A. (1998) *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. México: Siglo veintiuno editores.
- Lende, D.H., & Smith, E.O. (2007). Evolution meets biopsychosociality: An analysis of addictive behavior. *Addiction*, 97: 447-58.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford.
- Linehan, M. M. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American Journal on Addictions*, 8 (4), 279-292.
- Longabaugh, R., Donovan, D. M., Karno, M. P., McCrady, B., Morgenstern, J & Tonigan, J. S. (2005). Active Ingredients: How and why evidence-based alcohol behavioral treatment interventions work. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29, (2) 235-247.
- Luciano, M. C. & Sonsoles, M. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*. 27 (2), 79-91.
- Luciano, C., Gómez, S., Hernández, M., & Cabello, F. (2001). Alcoholismo, Evitación Experiencial y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*. 27, 113.
- Luciano, C., Páez-Blarrina, M., & Valdivia-Salas, S. (2010). La terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 1, 141-165.

- Luoma, J. B., Hayes, S. C. & Walser, R. D. (2007), *Learning ACT, an acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists*. Oakland: New Harbinger Publications Inc.
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., & Fletcher, L. (2012). Slow and Steady Wins the Race: A Randomized Clinical Trial of Acceptance and Commitment Therapy Targeting Shame in Substance Use Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1, 43-53.
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M.z., Kuo, J., & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 6 (4), 459-480.
- Marín-Navarrete, R., & Szerman, N. (2015). Repensando el concepto de adicciones: pasos hacia la patología dual. *Salud Mental*, 38(4):395-396 ISSN: 0185-3325
- Medina-Mora, M.E. (2001). *Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición. En Tapia, C. Las Adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. México: Manual Moderno, pp. 21-44.
- McCrary, B., Roríguez, R., & Otero-López, J. (1998). *Los problemas de la bebida: Un sistema de tratamiento paso a paso*. España: Ediciones Pirámide.
- McLellan, A.T., Lewis, D.C., O'Brien, C.P., & Kleber, H.D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*284 (13):1689-1695.
- Morrison, K. (2013). Influence of acceptance techniques on delay discounting. ProQuest LLC. Utah State University.
- National Institute on Drug Abuse. (2018). Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion-una-guia-basada-en-las-investigaciones> en 2018, March 23
- Nesse, R.M., & Berridge, K.C. (1997). Psychoactive drug use in evolutionary perspective, 278: 63-66.
- Nieto, E., & Barraca, J. (2017). Behavioral activation versus cognitive restructuring to reduce automatic negative thoughts in anxiety generating situations. *Psicothema*, 2, 172-177.
- Oficinas de las Naciones Unidas contra la Droga y Delito (2014). Recuperado de <http://www.un.org/es/globalissues/drugs/>
- Oropeza, R. T., Medina-Mora, M. E. I., & Sánchez, J. J. S. (2007). Evaluación de un tratamiento breve para usuarios de cocaína. *Revista Mexicana de Psicología* 24(2), 219-231.

- Ostafin, B. D., & Marlatt, G. A. (2008). Surfing the urge: experiential acceptance moderates the relation between automatic alcohol motivation and hazardous drinking. *Journal of Social and Clinical Psychology, 27*(4), 404-418.
- Pascual, J. L., Frias, M.D.N., & Monterde, H. I. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo, 87*, 1-8.
- Patrón, F. (2010). La Evitación Experiencial y su medición por medio del AAQ-II. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 15*, 0185-1594.
- Patrón, F. (2013). La evitación experiencial como dimensión funcional de los trastornos de depresión, ansiedad y psicóticos. *Journal of Behavior, Health & Social Issues. 1*, 85-95.
- Pérez, M. (2008). Las terapias de conducta de tercera generación como modelo contextual de psicoterapia. Recuperado de <http://www.morellpsicologia.com/guias/002-FOCAD-01.pdf>
- Pérez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. España: Editorial Síntesis.
- Pérez, L. (2014). *Prevención estructurada de recaídas basada en destrezas de enfrentamiento y de atención plena (mindfulness) y aceptación para el mantenimiento de del cambio en problemas de adicción a sustancias psicoactivas* (Tesis de maestría inédita). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Rachlin, H. C., & Green, L. (1972). Commitment, choice, and self-control. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 17*, 15-22.
- Rawson, R.A., Huber, A., McCann, M.J., Shoptaw, S., Farabee, D., Reiber, C. & Ling W. (2002). A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches during methadone maintenance for cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry, 59*:817–824
- Rey, C. (2004). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Sus aplicaciones y principales fundamentos conceptuales, teóricos y metodológicos. *Suma Psicológica, 11* (2), 267-284.
- Rojas, E., Real, T., Garcia-Silberman, S., & Medina-Mora, M. E. (2011). Revisión sistemática sobre tratamientos de adicciones en México. *Salud Mental, 34*, 351-365.
- Sidman, M. (1971). Reading and auditory-visual equivalences. *Journal of speech and Hearing Research, 14*, 5-13.
- Sistema de Reporte de Información en Drogas. (2015). Recuperado de http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/srid/rep_53_pdf.pdf

- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. (2016). Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informes-anuales-sistema-de-vigilancia-epidemiologica-de-las-adicciones>
- Sobell, M.B. & Sobell, L.C. (1993). *Problem drinkers: Guided self-change treatment*. New York: Guilford Press.
- Stotts, A. L., Green, C., Masudab, A., Grabowskic, J., Wilson, K., Northrupa, T. F., Moellera, F. G., & Schmitza, J. M. (2012). A Stage I pilot study of acceptance and commitment therapy for methadone detoxification. *Elsevier*. 125, 215-222.
- Stowell, R. (1991). Dual diagnosis issues. *Psychiatric Annals*; 21:98-104.
- Strosahl, K. D., Hayes, S. C., Wilson, K. G., & Gifford, E. (2004). An ACT primer: Core therapy processes, intervention strategies, and therapist competencies. En S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 31–58). New York: Springer-Verlag.
- Tapia, C. (2001). *Las Adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. México: Manual Moderno.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & William, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent relapse and why should attention control (mindfulness) training help? *Behavior Research and Therapy*, 33 (1), 25-39.
- Tiburcio, M. & Lara, M.A. (2013). Intervención en línea para el abuso de sustancias y depresión. Manuscrito presentado para su publicación.
- Twohig, M. P., Shoenberger, D., & Hayes, S. C. (2007). A preliminary investigation of Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for marijuana dependence in adults. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 40, 619-632.
- Vallejo, M. A. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*. 27 (2), 92-99.
- Wilson, K. G., & Byrd, M. R. (2004). ACT for substance abuse and dependence. En S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 153–184). New York: Springer-Verlag.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 19 (3), 211-228.
- World Health Organization. (2011). Report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco. Recuperado de http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/index.html

Anexos

Anexo 1

Aplicación y contenido de algunos de los programas de intervención

Para el **Programa de Satisfactores Cotidianos**, se realiza una evaluación que consta de los siguientes instrumentos:

Tabla 17. Instrumentos de evaluación del PSC

Cuestionario Diagnóstico del Consumo de Sustancias (CDCS)	El CDCS tiene como objetivo conocer si el usuario presenta dependencia a la cocaína. Se basa en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, American Psychiatric Association, 2004), consta de 13 preguntas cuyas opciones de respuesta son SÍ o NO y se refieren a situaciones de consumo durante los últimos 12 meses.	(Oropeza, 2003).
Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD)	El Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD) tiene como objetivo determinar el nivel de consumo. Consta de 20 preguntas acerca del consumo de drogas en los últimos 12 meses, sin incluir alcohol ni tabaco.	(De las Fuentes, Villalpando, Oropeza, Vázquez & Ayala, 2001).
Línea Base Retrospectiva (LIBARE)	La LIBARE tiene como objetivo conocer el patrón de consumo de cocaína de los últimos seis meses. La aplicación de este instrumento consiste en preguntar al usuario la cantidad consumida por día,	(Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell, 2001).

	a partir de la fecha actual, hacia atrás.	
Inventario de Situaciones del Consumo de Drogas (ISCD)	El ISCD tiene como objetivo conocer las principales situaciones de riesgo de consumo. Consta de 60 reactivos que se dividen en ocho subescalas: emociones placenteras, emociones displacenteras, control personal, incomodidad física, necesidad y tentación de consumo, tiempo placentero con otros, conflicto con otros y presión social.	(De León, Pérez, Oropeza & Ayala, 2001).
Autorregistro del deseo y consumo de cocaína	Se emplea un autorregistro del consumo de cocaína y del deseo de consumir; mismo que se le entrega al usuario desde el inicio del tratamiento. Esta herramienta permite monitorear la conducta y el contexto en el que se presenta el consumo, así como las situaciones que despiertan las ganas de consumo.	(Oropeza, 2003).
Cuestionario de confianza situacional (CCS)	Sirve para evaluar el nivel de satisfacción del usuario con su entorno y funcionamiento en diferentes áreas de su vida cotidiana, es por medio de la Escala general de satisfacción	(Abrams & Niaura, 1987; Kasdin, 2000; Solomon & Annis, 1990).

Posteriormente, el primer componente es el Análisis funcional de la conducta de consumo, el cual permite al terapeuta y al usuario identificar los antecedentes, las consecuencias del consumo, y como resultado, las situaciones de alto riesgo. De igual manera se gestan las metas a alcanzar mediante conductas alternativas de cambio. También se hace un análisis funcional de una conducta que no tenga que ver con el consumo y que el usuario disfrute; analizar esta conducta le permite al usuario identificar aquellas conductas satisfactorias que ya utiliza y que puede incrementar.

El siguiente componente es la Muestra de Abstinencia. El usuario experimenta los beneficios de mantenerse sin consumo y se facilita la negociación del mantenimiento de la abstinencia. Un componente adicional, es el uso del Disulfiram para usuarios consumidores de alcohol, este componente se integra cuando el usuario no ha sido capaz de cumplir con la muestra de abstinencia por medio de los planes de acción delimitados entre él y el terapeuta. El uso del Disulfiram es supervisado bajo la prescripción del médico psiquiatra.

Los siguientes componentes del programa, enfatizan la variedad de habilidades que el usuario puede necesitar para mantenerse sin consumo. Cada componente se enfoca en la adquisición de habilidades específicas: componentes de rehusarse al consumo, habilidades de comunicación, habilidades de solución de problemas, búsqueda de empleo, consejo marital, habilidades sociales y recreativas y control de emociones (Barragán et al., 2005).

Un componente primordial de este programa es el componente de Prevención de Recaídas en el cual se entrena al usuario a reconocer indicadores de posibles recaídas y a desarrollar estrategias efectivas de enfrentamiento.

De manera adicional, se integra un componente para el otro significativo, esto con el fin de que el usuario haya decidido que un familiar o amigo suyo no consumidor participe en el tratamiento, para favorecer cambios en su ambiente inmediato y propiciar interacciones familiares y sociales favorables y de apoyo.

De acuerdo con Barragán (2005), el estudio piloto del PSC bajo la estructura ya mencionada se implementó en 9 usuarios, cuyos criterios de inclusión fueron: ser mayor de 18 años, saber leer y escribir, tener un nivel de dependencia media y severa, ya sea de alcohol u otras drogas, que hubiera tomado uno o más tratamientos o internamientos previos.

La duración del tratamiento fue de 15 a 24 sesiones con una duración de las sesiones de una hora y media a dos horas por semana. Los resultados identificados en este estudio fueron: el decremento en el patrón de consumo durante el tratamiento y a un año del mismo, incremento en el nivel de satisfacción de vida cotidiana y en el nivel de auto-eficacia después de tratamiento y en seguimientos; así como la disminución de precipitadores de consumo después de tratamiento y en seguimientos.

Consecuentemente y con base en los resultados del piloteo, se evaluó la eficacia del modelo en una muestra de 20 usuarios con dependencia a sustancias adictivas a partir de algunas modificaciones como: la inclusión de una sesión más a la semana (dos en total) y la inclusión de usuarios al club social al alcanzar la abstinencia durante el tratamiento, mismo que se diseñó bajo la supervisión de los terapeutas participantes en el estudio. Como resultado del programa aplicado a los 20 usuarios, el patrón de consumo de 18 usuarios mostró un cambio positivo a seis meses de terminado el tratamiento (Barragán et al., 2005).

Programa de Intervención Breve para Bebedores Problema (PIBB)

Otro de los programas de intervención utilizados, es el Programa de Intervención Breve para Bebedores Problema (PIBB).

Diversos estudios (Orford & Keddie, 1986; Bandura; 1986; Miller, 1987; Sobell & Sobell, 1993) coinciden que el PIBB al igual que el PSC, tiene la característica de ser una intervención breve que se imparte en la modalidad de consulta externa. En el caso del PIBB la meta terapéutica puede ser tanto la moderación como la abstinencia, permitiendo a los usuarios elegir dicha meta. Este principio se adoptó para hacer atractivo el tratamiento e incrementar la adherencia en bebedores que difícilmente aceptan la abstinencia (como se citó en Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell, 1998).

El PIBB sentó sus bases del modelo denominado *autocontrol dirigido* (Sobell y Sobell, 1993), el cual se orienta a personas con dependencia, en donde los usuarios desarrollan estrategias en solución de problemas que les permitan enfrentar cambios en el estilo de vida; de igual forma descubrir las razones para reducir o dejar el consumo de alcohol, identificar las situaciones en las que es más probable que consuma en exceso y desarrollar de manera alterna estrategias que ayuden a enfrentarse a dichas situaciones.

El estudio que sustentó su aplicación en población mexicana se publicó en 1998, en donde participaron 117 personas bajo los criterios de dependencia, evaluados por medio de la Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA) (Davison & Raistrick, 1986), que completaron las cuatro sesiones del tratamiento.

Los resultados con base a los efectos del programa indicaron que los usuarios tomaron en cuenta la estrategia motivacional de la moderación de su consumo al inicio del tratamiento y

cuando se les presentó la oportunidad de volver a señalar su meta al final del tratamiento; la proporción de usuarios volvió a elegir la moderación como meta permanente de consumo, de esta manera el impacto del tratamiento se identificó al comparar el patrón de consumo de los usuarios a través de cuatro fases: antes de iniciar el tratamiento, durante las cuatro sesiones de tratamiento y finalmente en los seguimientos a los seis y doce meses de haber culminado el tratamiento (Ayala et al., 1998).

Aplicación y contenido del programa

La **admisión**, primer componente del PIBB, tiene la finalidad de identificar la etapa de cambio que presenta el usuario antes del tratamiento. Un modelo útil para identificar dicha etapa fue desarrollado por Prochaska y Di Clemente (1982); el cual refiere que el cambio de este tipo de conductas de consumo pocas veces es repentino y que por lo tanto involucra una serie de etapas (véase la tabla 1), las cuales no necesariamente presentan una continuidad lineal y que pueden interactuar entre sí; el trabajo terapéutico consiste en llevar dichas etapas a su exitosa culminación y evitar así la desmotivación del usuario en su tratamiento de modificación del consumo de sustancias.

Tabla 13. Etapas de cambio basadas en el Modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente

Pre-contemplación	Contemplación	Determinación	Acción	Mantenimiento
En esta fase la persona no considera la posibilidad de cambiar, ya que no ha identificado tener un problema, de igual forma subestima los beneficios del cambio o sobre-estima los costos.	La persona reconoce que tiene un problema con su consumo que se define como un periodo de ambivalencia, en el cual la persona considera un cambio y a la vez lo rechaza, en su discurso puede presentar razones objetivas por las cuales realizar el cambio y en otro momento presenta razones que justifican no realizar dicho cambio.	Esta etapa se presenta cuando la persona ya se encuentra a favor del cambio en su forma de consumo de sustancias, por lo que se considera “motivado” Las personas en esta fase tienen generalmente un plan de acción, como asistir a un grupo de recuperación, consultar un libro de auto-ayuda o consultar a su médico.	En esta etapa la persona ha hecho modificaciones observables en su estilo de vida para disminuir o evitar su consumo de sustancias; la persona ya cuenta con la disposición de analizar sus situaciones de riesgo en donde se le puede proporcionar asesoría para plantear las opciones de solución a éstas.	Esta etapa se centra en el mantenimiento de la meta de consumo y la prevención de recaídas, la persona se siente con una mayor confianza de continuar el cambio. Esta etapa puede interactuar de manera alterna con la etapa de acción, pues el objetivo es extender las acciones y la motivación del cambio en la forma de consumo.

Posterior a la identificación de las etapas de cambio, el procedimiento continúa con la identificación de los patrones de consumo de alcohol y los problemas relacionados a éste, lo cual se denomina *historia de consumo de alcohol*.

Se obtiene el promedio de tragos estándar por semana, promedio de días de consumo semanal, promedio de consumo de tragos por día y el consumo máximo en una ocasión durante el último mes; esta exploración se realiza por medio de la LIBARE, la cual explora un periodo de seis meses.

Una vez recopilada la información de historia de consumo y problemas asociados, se explora el nivel de dependencia por medio del BEDA, el cual es un instrumento sencillo que consta de 15 reactivos y su interpretación va de 0 a 10 puntos, lo cual indica *consumo de riesgo*; de 11 a 25 puntos indica *consumo nocivo* y de 25 a 45 puntos *dependencia*.

Posteriormente a la admisión, sigue la **evaluación inicial**, en la cual se pretende recabar información de manera concisa por medio de diversos instrumentos. Se hace una retroalimentación de la LIBARE, consecutivamente se aplica el ISCA el cual tiene como objetivo identificar la frecuencia con la que el usuario bebió intensamente en ciertas situaciones durante el último año; posteriormente se realiza el CCS, el cual evalúa la habilidad percibida del usuario para resistir el consumo de alcohol en situaciones particulares (Echeverría, Ruiz, Salazar, Tiburcio & Ayala, 2012).

Por último se le hace entrega de un auto-registro en donde el usuario anotará diariamente aspectos acerca de su conducta de consumo, el objetivo consiste en que por medio de este automonitoreo se le proporcione al usuario retroalimentación y que con el simple hecho de registrar su conducta pueda reducir su consumo (Echeverría et al., 2012).

La primera sesión de tratamiento, llamada *Decidir cambiar y establecimiento de metas*, tiene como objetivo asistir al usuario para que reflexione y encuentre las razones para moderar o suspender su consumo. Se le solicita al usuario su autorregistro (proporcionado en la sesión de

admisión) con el propósito de revisar su consumo semanal, dicho registro se solicita durante todas las sesiones. Posteriormente se realiza un balance decisional con las ventajas y desventajas de seguir consumiendo y detener el consumo respectivamente, en donde es importante apoyar las razones de cambio identificadas por el usuario (Echeverría et al., 2012).

Es importante que en esta sesión el usuario defina su meta a detalle. En el caso de usuarios que eligen la moderación se les pide que describan las situaciones en las que planean beber, así como en las que no lo harán.

Es muy importante verificar que si el usuario elige una meta de consumo que no concuerda con los lineamientos de consumo moderado (4 copas estándar por ocasión), o elige una reducción en su consumo a pesar de una dependencia severa, se le indique de manera explícita que lo más indicado es que opte por la abstinencia.

El siguiente paso del tratamiento es ***Identificar situaciones que ponen en riesgo de beber en exceso***, en donde se identifica la relación entre el estilo de vida del usuario y su problema con el consumo de alcohol, las situaciones de riesgo y las consecuencias.

Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol es el tercer paso del tratamiento, en donde se le pide al usuario que desarrolle estrategias para enfrentarse a las situaciones de alto riesgo de consumo, se hace uso de ejemplos escritos y de situaciones en las cuales se describen las consecuencias de un consumo excesivo, lo cual le puede ayudar a delimitar las estrategias a utilizar.

Por último, el paso cuatro consiste en un ***Nuevo establecimiento de metas***, en donde el terapeuta analiza el progreso del usuario durante su inclusión en el modelo, esto con la finalidad de culminar el tratamiento o bien, incluir sesiones adicionales; en este sentido el usuario elige su

meta de consumo por segunda ocasión. Durante la sesión se retoma lo visto en las tres sesiones anteriores y se le pide al usuario que defina su meta de consumo para los siguientes meses, considerando de manera realista sus avances y posibles obstáculos. Se vuelven a aplicar los instrumentos de ISCA y CCS y se proporciona retroalimentación al respecto.

Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC)

La descripción del siguiente programa de intervención, va dirigido a la intervención de usuarios consumidores de cocaína.

Anteriormente no existía un modelo de tratamiento específico y eficaz para los usuarios consumidores de cocaína en México. Oropeza (2003) desarrolló un modelo de Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC), de corte cognitivo conductual, basado en los modelos de prevención de recaídas, en cuyo estudio participaron 35 usuarios de cocaína (19 hombres y 18 mujeres con una edad promedio de 26 años) quienes finalizaron el tratamiento y el seguimiento a los seis meses.

Los resultados de este estudio muestran que hubo una disminución importante y significativa en el patrón de consumo de cocaína en los usuarios. Esta disminución se observó durante el tratamiento y durante el seguimiento, en un mayor número de días en que permanecieron abstemios (comparados con la línea base) y, en general, aquellas ocasiones en que consumieron la sustancia, los usuarios reportaron un consumo moderado o de bajo riesgo; estos cambios se mantuvieron a lo largo de un periodo de por lo menos seis meses posteriores al término del tratamiento. Dichos resultados también mostraron que respecto a la deserción del tratamiento, el 45.7% de los participantes lo abandonó antes de la quinta sesión. Se compararon algunas variables sociodemográficas relacionadas con el consumo de cocaína del grupo de usuarios que terminaron el tratamiento y el grupo que abandonó, sin embargo, no se encontró

alguna diferencia significativa entre ambos grupos. Aunque se presentó deserción en el programa, ésta resultó menor a las tasas de deserción encontradas con otros programas de tratamiento dirigidos a usuarios de diversas sustancias (Oropeza, Medina-Mora & Sánchez, 2007).

Aplicación y contenido del programa

El TBUC es un modelo de tratamiento y rehabilitación de diez sesiones (dos de evaluación y ocho de tratamiento), más una sesión de seguimiento (a los seis meses de haber dado de alta al usuario).

La aplicación del TBUC tiene la finalidad de conseguir la abstinencia de la sustancia y se enfoca en los problemas actuales que enfrentan los consumidores que presentan dependencia a la cocaína, cuando tratan de controlar su consumo y de igual forma favorece a personas que usan o abusan de la cocaína, sin presentar dependencia.

Es un modelo estructurado y personalizado, que al igual que los dos tipos de intervenciones anteriormente descritas, cuenta con un número determinado de sesiones de tratamiento bajo una secuencia predeterminada.

La primera sesión de Admisión y evaluación consisten en una entrevista y la aplicación de instrumentos que permiten evaluar los aspectos relacionados con su consumo, así como conocer su historia de uso de drogas.

La fase de Tratamiento consta de ocho sesiones (ver tabla 19), donde se trabajan estrategias que el usuario tendrá que poner en práctica.

Las sesiones, al igual que en el PSC y el PIBB pueden trabajarse dependiendo de los avances del usuario, de modo que existe la posibilidad de retomar una sesión dos veces o avanzar a un tópico que no corresponda con la secuencia, esto cumple con la personalización del tratamiento del usuario. Las sesiones tienen una duración aproximada de una hora, y se puede

brindar de una a dos veces a la semana. Una vez terminados los ocho tópicos, es posible extender algunas sesiones complementarias, en caso de ser necesario (Tena et al., 2003).

Tabla 14. Componentes terapéuticos del TBUC.

<p>Balance decisional y establecimiento de metas.</p>	<p>Su objetivo es motivar al usuario para que logre establecer una meta de cambio al suspender el consumo de cocaína, a través de la reducción gradual o buscando la abstinencia desde esta sesión. Se emplea un balance decisional, donde se trabaja la ambivalencia del usuario, considerando su disponibilidad y el deseo, tratando de alcanzar la abstinencia inicial o el control de su consumo (Marlatt & Gordon, 1985).</p>
<p>Manejo de problemas relacionados con la cocaína</p>	<p>Su objetivo es enseñar al usuario a identificar y a manejar los disparadores del consumo, así como identificar las consecuencias, tanto positivas como negativas del mismo. Lo anterior requiere un análisis funcional cuidadoso de las circunstancias de cada episodio, de las herramientas y de los recursos disponibles del usuario.</p>
<p>Identificar y manejar pensamientos relacionados con la cocaína</p>	<p>Su objetivo es mostrar al usuario estrategias para reconocer, evitar y/o enfrentar sus pensamientos con relación al uso y deseo de la cocaína. Usualmente, la ambivalencia se manifiesta en los pensamientos relacionados con la sustancia, los cuales pueden resultar complicados de manejar.</p>
<p>Identificar y manejar el deseo de la cocaína</p>	<p>Su objetivo es enseñar al usuario a identificar disparadores que le hacen desear consumir cocaína y ayudarlo a manejar, tanto los disparadores como el deseo, por medio de las técnicas de evitación y enfrentamiento.</p>

Habilidades asertivas de rechazo	Su objetivo es enseñar al usuario habilidades para romper el contacto con distribuidores, y rechazar efectivamente los ofrecimientos de cocaína o prevenir futuros ofrecimientos de la misma.
Decisiones aparentemente irrelevantes	El objetivo es enseñar al usuario a identificar e interrumpir aquellas decisiones que aparentemente no tienen importancia o relación con el consumo de cocaína, pero que al final conducen inevitablemente al consumo.
Solución de problemas	El objetivo es que el usuario aprenda, desarrolle y aplique una estrategia de solución de problemas. Así, se enseña a los usuarios a elegir la mejor solución después de generar diversas alternativas.
Re establecimiento de metas y planes de acción	Los objetivos son la evaluación del cumplimiento de la meta de tratamiento y la creación de planes de acción, que incluyan las habilidades adquiridas durante el tratamiento.

Al final de la aplicación de las sesiones descritas, se lleva a cabo la fase de *Seguimiento*, que posterior al alta del usuario, se realiza al mes, tres y seis meses. Estos seguimientos tienen como objetivo conocer los efectos que ha tenido el tratamiento en su calidad de vida y si se ha mantenido el cambio en el consumo. (Tena et al., 2003).

Anexo 2

AAQ-SA

(Versión en español)

A continuación encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, evalúe qué tan cierto es cada afirmación para usted. Marque en la escala que va del 1 al 6 para hacer su elección. El término “sustancia” se utiliza para hacer referencia tanto a drogas como a alcohol.

Edad: _____ Sexo: **F** **M** Edo. Civil: _____ Escolaridad: _____

	1	2	3	4	5	6					
	Completamente falso	Raramente cierto	A veces cierto	Frecuentemente cierto	Casi siempre cierto	Siempre cierto					
1.	Mis impulsos por consumir se interponen en mi camino hacia el éxito.					1	2	3	4	5	6
2.	Si me dan ganas de consumir sustancias, significa que soy un adicto.					1	2	3	4	5	6
3.	No estoy muy consciente de lo que pasa a mí alrededor cuando pienso en consumir sustancias.					1	2	3	4	5	6
4.	Puedo fijar un curso en mi vida y apegarme a él, aunque tenga dudas sobre mi sobriedad.					1	2	3	4	5	6
5.	Los recuerdos de mi historia de consumo me dificultan vivir la vida como me gustaría.					1	2	3	4	5	6
6.	Mis impulsos por consumir causan problemas en mi vida.					1	2	3	4	5	6
7.	Me asustan los sentimientos positivos acerca de las sustancias de las que he abusado.					1	2	3	4	5	6
8.	Cuando pienso en el consumo, generalmente mi mente se pone en “automático” y no pongo atención en lo que estoy haciendo.					1	2	3	4	5	6
9.	Me preocupa no ser capaz de controlar mis impulsos por consumir.					1	2	3	4	5	6
10.	Sentirme triste hace que quiera consumir.					1	2	3	4	5	6
11.	Mis ansias de consumir sustancias se interponen en mi camino hacia el éxito.					1	2	3	4	5	6
12.	Sentirme ansioso hace que quiera consumir.					1	2	3	4	5	6
13.	Mis ansias por consumir causan problemas en mi vida.					1	2	3	4	5	6