



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**Prevención de recaídas en el consumo de
metanfetaminas: Efectos de un tratamiento
conductual (ICARUS-ACT) en el antojo y la
flexibilidad psicológica.**

TESIS PRESENTADA POR

Giovanni Benigno Razo Ramírez

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE
Maestro en Psicología

COMITÉ TUTORAL

Roberto Oropeza Tena (director)

Doctor en Psicología

Johanna Gabriela Sánchez Angulo

Doctora en Psicología

Fabiola González Betanzos

Doctora en Metodología en

Ciencias del Comportamiento y de la Salud

Juan Arturo Honold Espinosa

Maestro en Psicología

Andrea Hernández Rangel

Doctora en Psicología



MORELIA, MICHOACÁN. OCTUBRE DEL 2025

Índice

<i>Siglas</i>	4
<i>Resumen</i>	5
<i>Introducción</i>	7
<i>Capítulo I. Conducta Adictiva A Sustancias Psicoactivas</i>	11
Drogas: Horizonte Histórico	11
Adicción y Enfermedad	11
Nosología de la Conducta Adictiva a Sustancias Psicoactivas.....	12
Estimulantes de Tipo Anfetamínico	13
<i>Metanfetaminas</i>	14
Antojo	16
<i>Capítulo II. Recaídas en el Uso de Sustancias</i>	19
Modelos Teóricos de la Recaída	19
1. <i>Teorías del Aprendizaje</i>	19
2. <i>Teorías sobre la Diferencia en Rasgos Individuales</i>	20
3. <i>Teorías de la Autorregulación</i>	22
4. <i>Modelo integrativo (Cognitivo-Conductual) de la Recaída</i>	23
Modelo de Etapas de Cambio.....	24
Prevención de Recaídas	26
Intervenciones Basadas en Mindfulness.....	28
<i>Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness</i>	28
<i>Capítulo III. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)</i>	30
Tres generaciones de terapias de conducta.....	30
Orígenes y progreso de la ACT	32
<i>Evitación Experiencial</i>	34
<i>Flexibilidad Psicológica</i>	34
<i>Matrix-ACT</i>	35
ACT y Conducta Adictiva a Sustancias	36
<i>Capítulo IV. Planteamiento del Problema</i>	39
Justificación	39
Pregunta de investigación	41
Hipótesis	41
<i>Capítulo V. Método</i>	42

Fase 1. Diseño del tratamiento ICARUS-ACT y prueba piloto.....	42
<i>Objetivo general</i>	42
<i>Objetivos específicos</i>	42
<i>Procedimiento</i>	42
Fase 2. Aplicación del tratamiento ICARUS-ACT y observaciones del participante en lista de espera.....	47
<i>Objetivo general</i>	47
<i>Objetivos específicos</i>	47
Diseño	48
Participantes	48
<i>[ICAR00] Participante en lista de espera</i>	48
<i>[ICAR01] Participante en tratamiento</i>	48
Criterios de inclusión.....	49
Criterios de exclusión	49
Instrumentos	49
Consideraciones éticas	50
Procedimiento	50
VI. Resultados	53
Resultados del participante en lista de espera (ICAR00).....	54
Resultados del participante en tratamiento (ICAR01)	58
VII. Discusión	64
1. Frecuencia, intensidad y duración del antojo	64
2. Flexibilidad psicológica.....	65
Limitaciones y recomendaciones	66
Referencias.....	68
Apéndice 1. Cuestionario de Aceptación Acción Adaptado a Sustancias.....	80
Apéndice 2. Autorregistro conductual de antojo por consumir.	81

Siglas

AAQ-SA/CAA-AS-18	Acceptance and Action Questionnaire for Substance Abuse (Cuestionario de Aceptación Acción para Abuso de Sustancias)
ACT	Acceptance and Commitment Therapy (Terapia de Aceptación y Compromiso)
APA	American Psychiatric Association (Asociación Psiquiátrica Americana)
CAPA	Centros de Atención Primaria en Adicciones
CIJ	Centros de Integración Juvenil
CONADIC	Comisión Nacional Contra las Adicciones
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 th Edition (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición)
EC	Estímulo Condicionado
ENCODAT	Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017
IBM	Intervenciones Basadas en Mindfulness
ICARUS-ACT	Intervención Conductual en Adicciones y Recaídas en el Uso de Sustancias
ICAR00	Participante en lista de espera
ICAR01	Participante en tratamiento
MBRP	Mindfulness Based Relapse Prevention (Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness)
n=1	Diseño de caso único
NIDA	National Institute on Drug Abuse (Instituto Nacional para el Abuso de Drogas)
PEM	Percentage of data points Exceeding the Median (Porcentaje de datos que Exceden la Mediana)
PND	Percentage of Non-overlapping Data (Porcentaje de Datos No solapados)
PR	Prevención de Recaídas
RC	Respuesta Condicionada
TCC	Terapia Cognitivo Conductual
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime (Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito)

Resumen

El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de un tratamiento conductual-contextual, basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), sobre el antojo por consumir metanfetaminas, la flexibilidad psicológica y su posible papel en la prevención de recaídas. Se utilizó un diseño de caso único ($n=1$) con dos participantes hombres, de 31 y 38 años, ambos en abstinencia sostenida del consumo de metanfetaminas, por ocho y seis meses respectivamente. Uno de ellos fue asignado al tratamiento y el otro a una lista de espera. El tratamiento consistió en seis sesiones terapéuticas centradas en los componentes de la ACT (momento presente, valores, acción comprometida, yo-contexto, defusión cognitiva y aceptación), con el objetivo de incrementar la flexibilidad psicológica, y tres sesiones de seguimiento: al mes, tres y seis meses posteriores al tratamiento. Para la evaluación se aplicó el Cuestionario de Aceptación y Acción adaptado a sustancias (CAA-AS-18) y un autorregistro del antojo por consumir. Los resultados mostraron que el tratamiento fue efectivo para reducir la duración de los episodios de antojo por consumir metanfetaminas, de 20 a 6.5 minutos en promedio. Sin embargo, no se observaron cambios clínicamente significativos en los niveles de flexibilidad psicológica del participante que recibió la intervención. Así mismo, el participante en lista de espera se mantuvo sin cambios significativos en todas las observaciones. Se concluye que los abordajes contextuales pueden ser útiles para intervenir sobre el antojo por consumir, considerado un factor crítico en el proceso de recaída. No obstante, se señala la necesidad de replicar este estudio con más participantes con el fin de identificar con mayor claridad sus efectos, así como el desarrollo y validación de instrumentos específicos para la medición del antojo, que permitan una evaluación más precisa de este fenómeno clínicamente relevante en los tratamientos de adicciones.

Palabras clave: antojo por consumir, flexibilidad psicológica, metanfetaminas, terapia de aceptación y compromiso, diseño de caso único, prevención de recaídas.

Abstract

This study aimed to evaluate the effect of a contextual behavioral treatment based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on methamphetamine craving, psychological flexibility, and their potential role in relapse prevention. A single-case design ($n=1$) was used with two male participants, aged 31 and 38, both in sustained abstinence from methamphetamine use, for eight and six months respectively. One was assigned to the treatment condition, and the other to a waitlist. The treatment consisted of six therapy sessions addressing ACT components to enhance psychological flexibility, followed by three follow-up sessions: one month, three and six months after the treatment. Assessment tools included the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-SA) adapted for substance use and a self-monitoring craving log. The results indicated that the treatment was effective in reducing the duration of craving episodes from 20 to 6.5 minutes on average. However, no significant clinical changes were observed in the psychological flexibility of the participant who received the intervention. In addition, the waitlist participant remained unchanged across all observations. It is concluded that contextual behavioral approaches may be useful in addressing craving, a critical factor in the relapse process. The findings suggest that this study should be replicated with more participants to better understand its effects. Additionally, developing and validating specific tools to assess craving is necessary, as accurately measuring craving remains challenging in addiction treatment.

Keywords: craving, psychological flexibility, methamphetamines, acceptance and commitment therapy, single-case design, relapse prevention.

Introducción

Los desórdenes por uso de sustancias son fenómenos multifactoriales y frecuentemente siguen un curso que deriva en recaídas o en enfermedades crónicas, tales como cáncer, embolias, enfermedades pulmonares y cardíacas, así como problemas en salud mental (National Institute of Drug Abuse [NIDA], 2020). Las inequidades socioeconómicas, la marginación y el limitado acceso a la educación son factores que contribuyen a incrementar el riesgo de desarrollar adicciones así como a exacerbar sus distintas consecuencias (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2020).

Durante el año 2018 un estimado de 269 millones de personas alrededor del mundo usaron drogas, tanto ilegales como legales, al menos una ocasión en el año previo al informe, de las cuales cerca de 35.6 millones de personas presentó un patrón de uso de sustancias dañino. La prevalencia mundial de trastornos por consumo de sustancias es de un 0.7% en la población de entre los 15 y 64 años de edad (UNODC, 2020).

En cuanto al ámbito nacional, la edad de inicio en el consumo de drogas legales e ilegales en México se ha mostrado en descenso con el paso del tiempo. Mientras que para los hombres la edad de inicio se situaba en 2002 a los 19.8 años, para 2016 se redujo a los 17.7 años. Por otra parte, para las mujeres el inicio ocurría durante 2002 a los 23.6 años, pasando a los 18.2 años para el año 2016 (Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 [ENCODAT], 2017).

La dependencia a drogas del último año reportada por la ENCODAT 2016-2017 se situó en el 0.6% de la población general, resultando más evidente en hombres (2%) y mujeres (0.3%) de entre 18 y 34 años. Datos recabados en el Informe sobre la Situación de la Salud Mental y el Consumo de Sustancias Psicoactivas en México (Comisión Nacional contra las Adicciones [CONADIC], 2021) señalan que la sustancia cuyo consumo causó mayor demanda de tratamiento, con un 30.2% de los casos, fueron los estimulantes de tipo anfetamínico; entre los que se encuentra la metanfetamina. Además, el mismo Informe evidenció que en la Línea de Vida (un centro multicanal con atención

las 24 hrs. en temas de salud mental y adicciones), la segunda sustancia por la que más se solicitó atención fue por el uso de metanfetaminas.

De acuerdo con los datos contenidos en el Informe de Investigación realizado por los Centros de Integración Juvenil (CIJ, 2021), el consumo de metanfetaminas en Michoacán ha pasado de los 15.0 puntos porcentuales en inicios del 2015 a los 52.9 al final del año 2020 para todas las personas solicitantes de tratamiento en el CIJ. Es evidente que el incremento en el consumo de las metanfetaminas se ha intensificado a niveles alarmantes en la región en los últimos cinco años.

Las opciones de tratamiento más comunes para cesar el uso de sustancias en el país son el residencial y el ambulatorio. El modelo ambulatorio y público más popular en México, es el brindado por los Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA, actualmente CECOSAMA; Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones), perteneciente a la Secretaría de Salud. Durante el año 2018 los CAPA realizaron un estimado de 145,090 sesiones de tratamiento para un total de 34,152 personas usuarias de alguna sustancia, de las cuales 25,700 eran hombres y 8,453 eran mujeres (Informe sobre la Situación del Consumo de Drogas en México y su Atención Integral 2019, Secretaría de Salud-CONADIC, 2019). Sin embargo, la cobertura de atención en el sector resulta insuficiente comparado con el ritmo de crecimiento en el consumo de sustancias psicoactivas.

Si bien el acceso a tratamientos oportunos es fundamental para reducir o abandonar el consumo de sustancias y sus daños asociados, muchas veces dichas intervenciones parecen insuficientes para alcanzar la abstinencia o la reducción del consumo, especialmente debido a las altas tasas de recaídas que se han encontrado.

Una recaída es definida como un obstáculo que ocurre durante un proceso de cambio de comportamiento; el progreso en la iniciación o el mantenimiento de conductas de abstinencia frente a sustancias es interrumpido por una reversión hacia el comportamiento problema (Hendershot et al., 2011). Para autores como Bhandari et al. (2015), una recaída debe ser vista como un proceso compuesto de respuestas desadaptativas que eventualmente terminarán en el acto de consumir drogas.

La recaída forma parte de un proceso de ajuste a los cambios necesarios para aprender un nuevo repertorio comportamental y no significa un fracaso, toda vez que representa una valiosa oportunidad que la persona tiene para comprender de mejor manera su comportamiento y hacerse de habilidades de afrontamiento que le sean útiles en un futuro (Parks et al., 2003).

En un estudio realizado por Grau-López et al. (2012), se evidenció que la mayoría de los pacientes (72.2%) con adicción a sustancias y que estuvieron en desintoxicación hospitalaria, tuvieron recaída en un seguimiento a los seis meses. Otra investigación con resultados similares fue la efectuada por Pasareanu et al. (2016) en la cual, después de un seguimiento de seis meses a un grupo de pacientes hospitalizados con trastorno por abuso de sustancias, se encontró que el 61% reportó un incremento en la tasa de recaídas.

En línea con estas investigaciones, Andersson et al. (2019) realizaron un estudio en el que observaron por tres meses a pacientes con problemas de consumo de sustancias, provenientes de cinco centros especializados en Noruega y que habían concluido sus tratamientos (dos a seis meses), encontrando una tasa de recaídas del 37% y tres principales predictores del incremento en riesgo de recaída: 1. contar con un diagnóstico psiquiátrico coocurrente (ansiedad y depresión), 2. cursar una estancia corta (menor a cuatro meses) o abandono de tratamiento y 3. a menor edad mayor riesgo de recaída.

De acuerdo con la UNODC (2017), en la publicación titulada Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas, las intervenciones psicosociales y comportamentales basadas en la evidencia que reportan más eficacia en el tratamiento de las drogodependencias son la terapia cognitivo conductual, la entrevista motivacional, el enfoque de refuerzo comunitario, las modalidades de terapia familiar y el manejo de contingencias, entre otros.

La eficacia de las terapias conductuales contextuales ha sido probada en una variedad de problemas clínicos. Tal es el caso de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), terapia que ha probado su efectividad en trastornos de ansiedad, depresión y

adicciones (A-Tjak et al., 2015, como se citó en Reyes, 2017). En acuerdo con Salgado (2016), dado que las terapias conductuales de tercera generación (denominadas también terapias contextuales) continúan demostrando ser una alternativa eficaz para el tratamiento de problemas en salud mental y especialmente de aquellos que implican un alto nivel de cronificación. El presente proyecto se propone el diseño e implementación de un tratamiento conductual-contextual basado en la ACT, así como evaluar sus efectos en la prevención de recaídas en el consumo de metanfetaminas.

A continuación, se presentan los capítulos que constituyen el marco teórico. En el primero se hace un breve recorrido histórico sobre el uso de drogas, las tendencias actuales en el consumo, en específico respecto a las metanfetaminas, así como el antojo o craving como un aspecto relevante para comprender e intervenir la conducta adictiva a sustancias. En el segundo capítulo se revisan los principales modelos teóricos de la recaída, los orígenes de la prevención de recaídas en el consumo de sustancias y algunos ejemplos relativos a la misma. Finalmente, se expone la evolución actual en terapias de conducta hasta la ACT, terapia de tercera generación en la que se fundamenta esta investigación.

Capítulo I. Conducta Adictiva A Sustancias Psicoactivas

En este capítulo se hará un breve recorrido histórico sobre el consumo de sustancias, la concepción de la adicción como una enfermedad, el antojo como un concepto central tanto en el mantenimiento como en la prevención del consumo. Además, se mostrarán aquellas cifras de consumo de metanfetaminas concernientes al contexto particular del estado de Michoacán, donde se desarrolla esta investigación.

Drogas: Horizonte Histórico

Una droga es, en términos amplios, aquella sustancia química que tiene efectos biológicos conocidos tanto en humanos como en animales. Se trata también de una sustancia que puede modificar el estado de ánimo produciendo placer, llegando incluso a tener un potencial de abuso y daño sobre las personas que las consumen (Valdés et al., 2018).

El ser humano, en su incansable búsqueda por el placer, ha recorrido diversos caminos y uno de ellos lo han constituido las drogas. El consumo de drogas representa un recorrido vasto y de larga trayectoria, tal es el caso del opio, cuyos primeros usos se han reportado desde el siglo XVI antes de Cristo (Pinto, 1998).

En un sentido comercial, la venta y distribución de sustancias psicoactivas se popularizó en Europa a lo largo de los siglos XVIII y XIX debido a dos razones: 1. eran utilizadas por sectores desfavorecidos, generalmente como tranquilizantes o estimulantes; y 2. la élite colonial se encargaba de adquirir las sustancias en sus lugares de origen, importarlas y distribuirlas, propiciando así la dependencia (Luna-Fabritius, 2015).

Adicción y Enfermedad

La concepción del término *adicción* tiene su origen a finales del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX, cuando algunos estadounidenses comenzaron a reportar deseos irresistibles por beber. Es entonces que por primera vez las personas comenzaban a denominarse adictas al alcohol. La idea de que las drogas eran inherentemente adictivas comienza con el alcohol y se extendió a otras sustancias psicoactivas (Levine, 1978).

En este sentido, la noción de la adicción como una enfermedad cerebral es relativamente reciente. Institutos como el NIDA en EUA, declararon a finales del siglo XX que el uso sostenido de drogas transformaba permanentemente los mecanismos cerebrales, haciendo que las intervenciones que busquen revertir ese estado sean sumamente difíciles (Kushner, 2010).

El abuso en el consumo de alcohol fue, definitivamente, uno de los primeros comportamientos adictivos en ser estudiados. La construcción del alcoholismo como una enfermedad nace como resultado de la mezcla entre la orientación espiritual de Alcohólicos Anónimos y el empirismo de la ciencia contemporánea (Roizen, 2004).

Frecuentemente, se ha considerado a la adicción y/o a los comportamientos adictivos a sustancias como una enfermedad e incluso como un defecto moral, “el adicto comprende que lo que hace es incorrecto, pero al no sentir dolor ni malestar no se siente enfermo, solo disfruta la experiencia placentera que le ocasiona su adicción” (Nizama, 2015, p. 25).

En una visión más integral, la adicción es causada generalmente por una exposición repetida a las sustancias. El proceso adictivo está fuertemente influenciado tanto por la composición genética de la persona como por el contexto social y psicológico en el que sucede el consumo de drogas (Zou et al., 2017).

Nosología de la Conducta Adictiva a Sustancias Psicoactivas

Para el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013), el consumo problemático de sustancias se engloba dentro de una categoría que se ha denominado Trastornos Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos. A su vez, dentro de las sustancias abordadas para tales trastornos se encuentran 10 clases de diferentes psicoactivos, a saber: el alcohol, la marihuana, los alucinógenos, los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, los ansiolíticos, los estimulantes, la cafeína y el tabaco.

La característica principal de un abuso de sustancias, de acuerdo con el DSM-5 (APA, 2013), es la asociación entre síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos,

asociación que pone de manifiesto que la persona continúa consumiendo la sustancia aún con los evidentes problemas que le acarrea.

Un aspecto importante que considera el manual sobre los trastornos por consumo de sustancias es la afectación en los circuitos cerebrales que persiste luego de la desintoxicación. Los efectos comportamentales de dichos cambios cerebrales se muestran en las recaídas y además en el deseo intenso (antojo) por consumir que experimenta la persona al exponerse a estímulos relacionados con la droga.

Estimulantes de Tipo Anfetamínico

De acuerdo con datos contenidos en el Informe Mundial sobre las Drogas 2020 (UNODC, 2020), se estima que, durante el 2019, cerca de 27 millones de personas alrededor del mundo usaron anfetaminas, incluida la metanfetamina y los estimulantes farmacéuticos.

En los centros de tratamiento y rehabilitación no gubernamentales de México, la droga de impacto más reportada solo después del alcohol (39.3%) es el cristal (22.9%), información que puede ser confirmada en la ENCODAT 2016-2017 (Secretaría de Salud, 2017).

Con base en los datos contenidos en el Reporte del Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas (2022), realizado por los CIJ, el consumo de Metanfetaminas en Michoacán pasó de los 4.6 puntos porcentuales en 2010 a los 43 puntos porcentuales hacia el primer semestre del año 2020; lo cual representa un incremento de un 834.78% en la zona, en tan solo una década.

Los llamados estimulantes ejercen un efecto sobre el sistema nervioso central, provocando estados de alerta, aceleración de los procesos cognitivos, elevación del rendimiento físico con disminución de la fatiga, así como reducción del apetito. Entre ellos se encuentran la cocaína y el crack, las anfetaminas, metanfetaminas, nicotina y cafeína (Gloria-Garcés y Vedana, 2013).

Poseen un mecanismo de acción en el que se ven involucrados varios neurotransmisores como la dopamina, la serotonina, la adrenalina y la noradrenalina. A nivel del sistema nervioso central, las anfetaminas producen una sensación de alerta,

mejoría del rendimiento intelectual, así como de la ejecución en tareas manuales, sensación de energía, disminución del cansancio, del sueño y del hambre (Robledo, 2008).

Las anfetaminas son aminas con una fórmula química estructural semejante a la adrenalina. Son un derivado sintético de la fenetilamina, amina natural biosintetizada a partir de la fenilalanina. La adición de un grupo metilo extra a la anfetamina es la que finalmente da como resultado la producción de metanfetamina, droga sintetizada por primera vez en 1893 en Japón (Reyes, 2021).

La metanfetamina es considerada el derivado más potente de las anfetaminas, con una duración y acción más prolongada, así como una habilidad incrementada para cruzar la barrera hematoencefálica (Siefried et al., 2020). A continuación, se abordan algunas de las características principales de las metanfetaminas.

Metanfetaminas

Estimulante sumamente adictivo que afecta al sistema nervioso central, coloquialmente conocido como cristal o hielo. Es un polvo blanco y cristalino, sin olor, con sabor amargo y diluible en agua o alcohol. Es una droga que puede producirse fácilmente en laboratorios clandestinos con ingredientes relativamente económicos y que pueden obtenerse sin receta médica. La metanfetamina disminuye el apetito, aumenta la actividad y el habla, produce una sensación general de bienestar (NIDA, 2007).

Para el DSM-5 (APA, 2013), las personas que se exponen a estimulantes de tipo anfetamínico o cocaína pueden desarrollar un trastorno por consumo de estimulantes en tan solo una semana. Algunos de los síntomas de abstinencia que pueden presentarse son la hipersomnia, el aumento del apetito y la disforia, síntomas que suelen intensificar el antojo de consumo o craving.

Se ha encontrado que el consumo de metanfetamina se asocia con cambios en la estructura y función del cerebro, con deterioros en la memoria, el razonamiento y la coordinación motriz, deterioro dental, temblores, convulsiones, lesiones irreversibles de los vasos sanguíneos cerebrales y en consecuencia derrames, problemas respiratorios,

arritmias, anorexia extrema, así como síntomas psicóticos persistentes (Jiménez y Castillo, 2011).

Autores como De la Osa et al. (2022), refieren además que los efectos se extienden a la conducta violenta y que esta se relaciona con el deterioro neurocognitivo y social, con ciertos rasgos de personalidad, así como con la sintomatología ansiosa-depresiva derivada del consumo.

En suma, los síntomas exacerbados por las metanfetaminas pueden dividirse en (véase tabla 1): 1. Síntomas positivos psicóticos, 2. Síntomas afectivos y 3. Síntomas psicomotores.

Tabla 1

Síntomas derivados por el uso de metanfetaminas (Paulus y Stewart, 2020)

Síntomas	Ejemplos
<i>Positivos psicóticos</i>	Desconfianza, contenidos del pensamiento inusuales, alucinaciones y conducta extraña.
<i>Afectivos</i>	Depresión, conducta suicida, culpa, hostilidad, preocupación y negligencia con la propia persona.
<i>Psicomotores</i>	Tensión, excitación, distracción e hiperactividad motora.

A continuación, se aborda detalladamente al antojo como un componente esencial para comprender la conducta adictiva.

Antojo

El término antojo, también denominado *craving*, ha enfrentado dificultades a lo largo de la historia para encontrar un consenso en la comunidad de investigadores respecto a su definición. Las conceptualizaciones suelen partir desde bases biológicas, explicaciones cognitivas, hasta nociones comportamentales.

Autores como Horvath (1988) consideran que, para comenzar a definir la experiencia del antojo se hace necesaria una distinción básica entre impulso y antojo. Mientras que el impulso se refiere a un determinante conductual de búsqueda y consumo de droga, el antojo se caracteriza por una sensación subjetiva de deseo de conseguir un estado psicológico provocado por las sustancias.

Skinner y Aubin (2010), por ejemplo, consideran al antojo como aquel deseo de cualquier intensidad para consumir una sustancia. Este deseo crearía, para dichos autores, un desequilibrio (irritabilidad, ansiedad, disonancia cognitiva) debido en parte a una alteración en el cerebro y la función de los neurotransmisores (sensibilización) y como resultado del uso previo de sustancias psicoactivas.

El consenso más sólido respecto al antojo es considerarlo un fenómeno central que juega un papel importante tanto en la adicción activa como en las recaídas. Se le describe como un deseo abrumador que, cuando aparece, puede anular todos los intentos e intenciones de abstenerse de consumir drogas conduciendo a una recaída, incluso con severas consecuencias (Lavalley, 2020).

De acuerdo con Sánchez-Hervás et al. (2001), hay elementos comunes entre las concepciones teóricas del antojo, los principales son:

1. El antojo o craving a drogas forma parte de la adicción.
2. El antojo incrementa significativamente si el individuo se expone a señales asociadas al consumo.
3. Es importante entrenar a los pacientes en analizar y afrontar su antojo, así como en observar cómo desaparece sin necesidad de consumo.

Siguiendo a Gómez y Conde (2004), se pueden identificar hasta cuatro modelos

parciales para explicar el antojo o craving:

1. Condicionales, que se basan principalmente en la recompensa hedónica (refuerzo positivo) y evitación del síndrome de abstinencia (refuerzo negativo) que representa el consumo.
2. Cognitivos, que asumen que el antojo es producto de funciones mentales superiores.
3. Fenomenológicos, fundamentados en la observación clínica de los síntomas y sus conductas asociadas.
4. Neuroadaptativos, basados en el estudio de la neuroanatomía y neuroquímica cerebrales.

Autores como Early (1991) en su libro *The Cocaine Recovery Book*, distingue cuatro tipos de antojo, mismos que pueden aparecerse en distintos momentos del proceso adictivo (véase tabla 2).

Tabla 2

Tipos de antojo durante el proceso adictivo (Early, 1991)

Tipo de antojo	Descripción
<i>Uso reforzado</i>	Aparece durante la fase de consumo y desaparece tras abandonarlo.
<i>Interoceptivo</i>	Aparece en el mes posterior al cese del consumo, puede desencadenarse por síntomas físicos o pensamientos.
<i>Encubierto</i>	Hasta dos meses después del cese del consumo, se caracteriza por inquietud y un falso sentido de confianza sobre ya no necesitar la droga.
<i>Condicionado a señales internas y externas</i>	Permanece hasta dos años después del cese del consumo y se desencadena por estímulos externos (sensoriales) o internos (pensamientos, recuerdos).

Una vez definidos algunos modelos conceptuales, se hace necesario dilucidar las estrategias terapéuticas que permitan hacerle frente al antojo por consumir. Así pues, Marlatt et al. (1985) distinguen componentes cognitivos y conductuales para el abordaje terapéutico del antojo (ver tabla 3).

Tabla 3

Abordaje terapéutico del antojo (Marlatt et al., 1985)

Intervenciones cognitivas	Intervenciones conductuales
• Registro y análisis de las situaciones que disparan el antojo • Análisis de expectativas que el paciente tiene sobre los efectos de consumir • Reestructuración de las creencias del sujeto sobre el antojo • Tomar conciencia en el momento en que aparece el antojo anticipando las consecuencias negativas a largo plazo	• Ejecución de estrategias de afrontamiento adecuadas en las situaciones de riesgo • Evitación o control de los estímulos • Distracción y realización de actividades alternativas • Exposición a los estímulos

Si bien lograr un consenso sobre la experiencia del antojo ha sido difícil hasta en su denominación (craving, querencia, deseo). Es innegable que constituye un proceso central para la comprensión y tratamiento de la conducta adictiva. Abordar y/o intervenir en la experiencia del antojo requiere de estrategias que incluyen tanto a los componentes encubiertos de la conducta (pensamiento, emoción, recuerdo, etc.) como a las dimensiones públicas del comportamiento

En el siguiente capítulo, se revisarán los modelos teóricos de la recaída, así como algunas de las propuestas terapéuticas que hasta ahora se han implementado para su manejo y prevención.

Capítulo II. Recaídas en el Uso de Sustancias

En el presente capítulo se abordan las teorías o modelos explicativos que se han desarrollado en torno de la experiencia de la recaída en el consumo de sustancias, desde una perspectiva conductual y del aprendizaje social.

La recaída es, sin duda, uno de los desafíos más relevantes cuando hablamos de problemas comportamentales. Es un fenómeno presente no solo en el ámbito de las adicciones, sino también en múltiples situaciones en las cuales luego de un tratamiento se regresa, momentánea o indefinidamente, a las conductas problema intervenidas previamente con el tratamiento. A continuación, se abordan algunas de las definiciones que se han desarrollado para explicar dicho comportamiento.

Modelos Teóricos de la Recaída

Las teorías sobre la recaída pueden agruparse, siguiendo a Brandon et al. (2007), en cuatro categorías, a saber:

1. Del aprendizaje
2. Sobre la diferencia en rasgos individuales
3. De la autorregulación
4. Modelo integrativo (cognitivo-conductual) de la recaída

En seguida se describen cada una de estas categorías y sus aportaciones al conocimiento que actualmente tenemos sobre el tema.

1. Teorías del Aprendizaje

Basada en el condicionamiento clásico, esta perspectiva descansa en la noción de que, un estímulo pareado repetidamente con el uso de sustancias se convierte en un estímulo condicionado (EC) que puede elicitar respuestas condicionadas (RC) y que, estas a su vez, pueden ser percibidas subjetivamente como antojo de consumir y así propiciar una recaída (Brandon et al., 2007). Por ejemplo, una persona con adicción a las

metanfetaminas/cristal y que se encuentra en rehabilitación, puede hallar en su ropa un pequeño empaque vacío que antes contenía la droga y experimentar un antojo condicionado que le impulse a buscar y consumir la sustancia.

Por otra parte, de acuerdo con los postulados del condicionamiento operante, se ha puesto el foco en el papel que juega el reforzamiento negativo en la experiencia del síndrome de abstinencia como precipitador de la recaída. El papel del reforzamiento negativo, para Skinner (1974), es fortalecer la reducción o eliminación de un estado, generalmente aversivo. Para este modelo, el consumo de sustancias se mantiene gracias al alivio inmediato que produce la retirada de los signos y síntomas del síndrome de abstinencia con el consumo de la droga (Eissenberg, 2004).

2. Teorías sobre la Diferencia en Rasgos Individuales

Estas teorías enfatizan las características personales de los usuarios de drogas, aunque no puede pasarse por alto el papel que el aprendizaje juega en el desarrollo de dichos rasgos personales. Estas teorías pueden agruparse en tres rubros: afectividad negativa, tolerancia al malestar y variables del aprendizaje social.

El afecto negativo representa un distrés subjetivo desagradable que incluye una amplia gama de estados emocionales aversivos tales como el miedo, la culpa y el enojo (Balladares y Saiz, 2015). La afectividad negativa ha sido demostrada como una medida predictiva incluso más fuerte que la dependencia física, además, la relación entre afectividad negativa y recaída aparece en el consumo de sustancias y se encuentra moderada por estresores y habilidades de afrontamiento (Kenford et al., 2002; Wills, 1990).

En cuanto a la tolerancia al malestar, se asume que la retirada de la sustancia genera en la persona un estado aversivo para el cual será necesario un esfuerzo considerable para resistir con éxito el antojo de consumo. La noción general es que las personas difieren en el grado en que pueden tolerar malestar físico y psicológico (Brandon et al., 2007).

Finalmente, las variables del aprendizaje social se refieren a lo descrito por Bandura. Para Bandura (1977), impulsor del concepto de *autoeficacia*, las expectativas que una persona tiene sobre sus propias destrezas tienen una influencia directa sobre la iniciación y la persistencia de comportamientos de afrontamiento. En este mismo sentido, el autor explica que las personas tienden por naturaleza a temer y escapar de situaciones amenazantes de las cuales creen que exceden sus habilidades para afrontarlas.

Tener eficacia lidiando con nuestro propio ambiente, como menciona Bandura (1982), no es simplemente saber qué hacer, implica una capacidad en la cual habilidades cognitivas, sociales y comportamentales deben organizarse e integrarse en vías de acción que sirvan a múltiples propósitos, según se requiera.

Las personas frecuentemente no se comportan de forma óptima, incluso aunque sepan exactamente qué es lo que tienen que hacer. Esto es debido a que los pensamientos autorreferenciales intervienen para mediar la relación entre el saber qué hacer y la acción. (Bandura, 1982, p. 122).

En este sentido, y considerando que en la autoeficacia influyen tanto procesos psicológicos individuales como sociales, Bandura (1977) describe 4 factores a tener en cuenta para un mayor entendimiento de la autoeficacia: 1. Logro de ejecución, 2. Experiencia vicaria, 3. Persuasión verbal y 4. Activación emocional. En la tabla 4 se pueden observar las características generales de dichos factores.

Tabla 4
Factores de la autoeficacia (Bandura, 1977)

Factor	Descripción
<i>Logro de ejecución</i>	Se basa en experiencias reales. Cuanto mayor éxito al hacer una actividad perciba un individuo, aumentan sus expectativas positivas y se reducen las expectativas de fracaso. Cuando ha existido una repetida exposición al fracaso que se anula por esfuerzos posteriores, otorga a la persona una percepción automotivada.
<i>Experiencia</i>	Ya sea por imaginación o por observación, la persona percibe cómo sus

<i>vicaria</i>	iguales se enfrentan a situaciones amenazantes. Esto puede generar expectativas en los observadores de que también es posible lograrlo si persisten y se esfuerzan.
<i>Persuasión verbal</i>	La persona es guiada, a través de la sugestión, a creer que puede afrontar exitosamente aquello que le abrumó en el pasado. Sin embargo, este tipo de expectativas de eficacia no son muy sólidas, ya que no se basan en experiencias reales.
<i>Activación emocional</i>	Situaciones estresantes o agotadoras pueden provocar estados fisiológicos de activación. Usualmente, esta activación debilita el desempeño en las tareas y las personas son más propensas a creer en su éxito cuando no están bajo esa tensión fisiológica.

En suma, una persona con altos niveles de autoeficacia estaría en condiciones de reconocer de forma autónoma la presencia de antojos por consumir sustancias o por ejecutar conductas que atenten contra su integridad (Minda, 2021).

3. Teorías de la Autorregulación

Las tres teorías principales que alimentan el constructo de la autorregulación son la economía conductual, la falta de recursos y la automaticidad. En seguida se exploran cada una de ellas.

Con base en la aplicación de la teoría económica al análisis de la conducta, autores como Bickel y Marsch (2001) enfatizan dos conceptos fundamentales implicados en la recaída, así como en su prevención: inflexibilidad ante la demanda de droga y descarte de reforzadores retardados. Esto es, dada una situación, los usuarios podrán elegir reforzadores alternativos a las drogas, siempre y cuando el costo económico de estos sea significativamente menor que el de las drogas en sí; así, aquellos reforzadores que estén disponibles para el usuario de forma demorada serán desechados en comparación con los reforzadores inmediatos de igual valor.

Por otra parte, en cuanto a la teoría de la falta de recursos, esta descansa en la noción del autocontrol. El autocontrol requiere inhibir impulsos, pensamientos o conductas que pueden entrar en conflicto con los objetivos a largo plazo del individuo y las normas sociales del entorno en que se desarrolla (Brandon et al., 2007). En un corto

plazo, las acciones de autocontrol agotan este recurso y solo el paso del tiempo y el descanso pueden restaurarlo, mientras que a largo plazo el autocontrol puede verse fortalecido por la repetición constante.

Finalmente, la teoría de la automaticidad (Tiffany, 1990), refiere que el comportamiento de consumo de sustancias se vuelve, en buena medida, automático para los usuarios más experimentados. El antojo aumentaría en aquellos usuarios intentando abstenerse al enfrentarse a estímulos asociados con el consumo, lo que requiere un procesamiento cognitivo controlado que interrumpa la automaticidad, de modo que la recaída ocurriría cuando el procesamiento controlado es insuficiente para impedir la acción automática de consumir droga.

4. Modelo integrativo (Cognitivo-Conductual) de la Recaída

El modelo teórico más difundido y con más soporte entre los investigadores, es sin duda el modelo de recaída de Marlatt. Se trata de un modelo cognitivo-conductual para describir el proceso de la recaída y que además establece una distinción entre caída y recaída.

De acuerdo con este enfoque (Marlatt, 1985), una potencial recaída será precipitada por una situación de alto riesgo. Tener poco éxito para ejecutar respuestas de afrontamiento conduce a disminuir la autoeficacia y a incrementar las expectativas positivas sobre una droga, lo que hace probable una caída inicial; la probabilidad de progresar a una recaída completa depende de la respuesta del sujeto a su caída inicial.

Todo el proceso será mediado por lo que Marlatt (en Brandon et al., 2007) denominó el “efecto de violación de la abstinencia”, caracterizado por pensamientos dicotómicos producidos por disonancia cognitiva y auto atribución de fracaso. Este efecto de violación de la abstinencia puede ir a extremos de autopercepción de un máximo autocontrol hasta la total pérdida de control, lo que puede servir como autojustificación para progresar hasta la recaída completa (Brandon et al., 2007).

En el campo de las adicciones, es algo muy difundido que la motivación debe ser

tomada en cuenta cuando se implementan los tratamientos (Annis et al., 1996). Más que considerar a las personas con problemas de abuso de sustancias como débiles de voluntad o con defectos del carácter, debe considerarse que la motivación es algo que fluctúa bastante durante todo el proceso y que las personas que buscan un tratamiento para cesar el consumo, son realmente ambivalentes respecto al cambio.

A continuación, se presenta el Modelo de Etapas de Cambio como uno de los pilares en la construcción de lo que posteriormente conformará a la prevención de recaídas.

Modelo de Etapas de Cambio

El Modelo Transteórico o también denominado Modelo de Etapas de Cambio tiene sus orígenes en el año 1977, cuando Prochaska y un grupo de estudiantes de posgrado efectuaron una revisión a los diversos sistemas de psicoterapias con el fin de encontrar aquellos aspectos que son comunes entre las teorías de psicoterapia más populares del momento (Norcross y Goldfried, 2005).

El concepto de “etapa” es fundamental para comprender cómo se dan los cambios de comportamiento en materia de salud, ya que refleja una dimensión temporal en el que estos se desarrollan. Al respecto, Marcus y Simkin (1994) mencionan que, el término etapa es un constructo intermedio ubicado entre rasgo y estado; un rasgo es considerado como algo estable y poco abierto al cambio y un estado tiende fácilmente al cambio a la vez que tiene poca estabilidad. Así pues, una etapa integraría tanto una naturaleza dinámica como estable.

Como señala O'Connor (1995), este modelo surgió en buena parte debido a las investigaciones tempranas en conductas adictivas tales como el abuso del alcohol, el tabaquismo, la obesidad y la adicción a sustancias; además de que se ha mostrado como una opción valiosa para promover la actividad física y el mantenimiento de conductas saludables.

Para los autores de este modelo (Prochaska y DiClemente, 1982), los individuos

que buscan modificar sus comportamientos adictivos constantemente se mueven a través de una serie de etapas que van desde la precontemplación hasta el mantenimiento (ver Tabla 5). Dicho esquema de etapas fue formulado cuando estos autores investigaban a fumadores intentando dejar de fumar por sí mismos y por medio de tratamientos profesionales.

Tabla 5

Modelo de Etapas de Cambio (Prochaska y DiClemente, 1982)

Etapas	Descripción
<i>Precontemplación</i>	No existe ninguna intención de cambiar el comportamiento en un futuro próximo. Es común que en esta etapa los individuos no identifiquen un problema o lo minimicen.
<i>Contemplación</i>	Las personas ya son conscientes de que existe un problema y piensan seriamente en superarlo, pero aún no se comprometen a dar un paso a la acción. Los individuos suelen quedarse atrapados por un largo tiempo en esta etapa.
<i>Preparación</i>	En esta etapa se combinan la intención y el criterio de comportamiento. Los individuos intentarán pasar a la acción el mes siguiente y también fallaron en pasar a la acción durante el año pasado. Suelen hacer pequeños cambios comportamentales que todavía no son suficientes.
<i>Acción</i>	La persona modifica su comportamiento, experiencias, así como el entorno con el fin de superar su problema. Implica cambios comportamentales más visibles y requiere un considerable compromiso de tiempo y energía.
<i>Mantenimiento</i>	Es la etapa en la cual las personas trabajan para prevenir una recaída y consolidar los resultados que se obtuvieron durante la acción. El mantenimiento es una continuación y no una ausencia de cambios.
<i>Recaída</i>	Después de un periodo de mantenimiento algunas personas mantienen un bajo riesgo de recaer, mientras que otros durante su progreso pueden retornar a la etapa de preparación e incluso a la pre-contemplación.

Prevención de Recaídas

Posteriormente, Marlatt et al. (1993), basándose en la teoría del aprendizaje social de Bandura (1971) y el Modelo de Etapas de Cambio, desarrollaron el enfoque de Prevención de Recaídas (PR) con el objetivo de enseñar, empoderar y capacitar a las personas a vivir las recaídas como parte de un proceso de aprendizaje y de adquisición de nuevos hábitos saludables, así como para prevenir su aparición.

Para Marlatt (1996), el objetivo primordial de la PR es identificar situaciones con un potencial riesgo de consumo y brindar a las personas estrategias efectivas de afrontamiento para prevenir la recaída. Los procedimientos diseñados para estos fines buscan disminuir la posibilidad de que la persona retorne a las etapas previas, así como ayudarlo a que retome el camino del mantenimiento lo más pronto posible.

La teoría de la PR ha sido dividida en dos partes por autores como Laws (1995, en Laws, 1999): 1. Cómo las personas se involucran en situaciones de alto riesgo y 2. Cómo la gente puede afrontar las situaciones de alto riesgo. Cuando las cosas que una persona cree que debería hacer empiezan a desequilibrarse con las cosas que quiere hacer, se puede crear un deseo de indulgencia o de gratificación inmediata (por ejemplo, uso de alcohol o comportamiento sexual riesgoso). Por otro lado, el éxito que una persona tenga al enfrentar una situación riesgosa depende de la disponibilidad de respuestas de afrontamiento efectivas y de la determinación para usarlas.

Hacia finales de la década de 1980, la investigación que dirigieron Marlatt et al. (1988) con un grupo de fumadores intentando dejar de fumar, los llevó a concluir que algo fundamental para aquellas personas que buscan abandonar un hábito nocivo para la salud, es monitorear su motivación, así como intervenciones que incrementen su autoeficacia.

Annis y Davis (1988, en Annis et al., 1996) por otra parte, dirigieron una investigación en la que evaluaron componentes presentes en la PR estructurada, especialmente el componente referente a las tareas. Encontraron que aquellas tareas generadas por los propios clientes tenían más probabilidad de ser realizadas (90%) en comparación con las tareas que diseñaba y encargaba el terapeuta (73%). Lo anterior

indica la importancia de la participación de los usuarios en sus tratamientos.

Uno de los ámbitos en los que la PR también demostró tener aplicaciones fue en materia judicial con agresores sexuales. Con base en el modelo original de Marlatt y Gordon, Pithers (1990) desarrolló una adaptación para agresores sexuales que manifestaran un interés por no recaer en dicho comportamiento. El propósito principal de esta adaptación era mejorar el autocontrol de los agresores y sus primeras aplicaciones demostraron que el modelo incrementó la conciencia sobre el rango de opciones que regulaban su comportamiento, así como el desarrollo de estrategias de afrontamiento específicas para cada situación de riesgo.

Hacia comienzos del siglo XXI, un grupo de investigadores en Taiwán (Yen et al., 2004) desarrollaron un proyecto cuyo objetivo era examinar el efecto que una intervención breve en terapia cognitivo conductual tenía en el aumento de la confianza para manejar situaciones relacionadas con el uso de drogas como la heroína y la metanfetamina. Sus hallazgos fueron significativos y confirmaron que su intervención breve dotaba de habilidades para resistir a los impulsos de consumo en situaciones interpersonales estresantes.

Un aspecto esencial de las intervenciones en prevención de recaídas es la evaluación de los procesos que se implican en la recaída: situaciones de alto riesgo, habilidades para identificar tales situaciones, así como las estrategias de afrontamiento ante las mismas (Secades, 1997).

Así pues, una intervención que busque dotar a las personas de herramientas de afrontamiento para prevenir las recaídas debe mantener una observación o monitoreo en dos aspectos esenciales: la motivación para el cambio y la propia percepción de eficacia sobre las capacidades para afrontar situaciones de riesgo para el consumo.

Se han abordado ejemplos de aplicaciones clínicas del modelo de prevención de recaídas, todas tienen en común que su eje integrador está conformado por una influencia directa de la terapia cognitivo conductual, también denominada segunda generación de terapias de conducta.

En contraposición, y como una respuesta a las limitaciones encontradas en la segunda generación, surgen las terapias contextuales o de tercera generación. En las siguientes líneas se describe un ejemplo de intervención para la PR desde el mindfulness, uno de los principales componentes de esta tercera generación de terapias, así como el único enfoque de esta generación desde el cual se ha abordado el tema de la PR.

Intervenciones Basadas en Mindfulness

Las Intervenciones Basadas en Mindfulness (IBM) han demostrado ser efectivas para una variedad de trastornos mentales en adultos debido a que trabajan procesos transdiagnósticos que son usuales en múltiples problemas de salud mental (Baer, 2007). La perspectiva transdiagnóstica (Sandín et al., 2012) permite comprender los trastornos mentales desde un punto de vista dimensional, a partir de la convergencia de procesos psicológicos distintos que son frecuentes en grupos de trastornos o diagnósticos.

Investigaciones como la de Barceló-Soler et al. (2018), cuyo objetivo fue realizar un metaanálisis sobre los efectos de la práctica del mindfulness en la atención primaria a la salud, concluyen que las intervenciones basadas en mindfulness favorecen el incremento de la calidad de vida tanto para población clínica como para población sana y que, además, son potencialmente útiles como estrategia de prevención.

Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness

El programa de prevención de recaídas basado en técnicas de mindfulness (MBRP, por sus siglas en inglés) es, para sus autores, “un programa de post-intervención que integra destrezas cognitivo-conductuales para la prevención de recaídas con la práctica de la meditación de consciencia plena, diseñado para personas que han completado un tratamiento inicial por trastornos de consumo de sustancias” (Bowen et al., 2013, p. 20).

La MBRP cuenta con un protocolo estructurado con guías, sesión por sesión, se incluyen prácticas y hojas de trabajo (para casa) donde se integran principios de la terapia cognitivo-conductual, así como enseñanzas tradicionales para el desarrollo de la atención plena o mindfulness (Bowen et al., 2013).

Los alcances de este protocolo fueron estudiados por Witkiewitz et al. (2013), quienes condujeron un estudio piloto para evaluar su eficacia con 168 participantes, encontrando que la participación en el programa se relaciona con reducciones significativas en el antojo o craving, tanto durante como después del tratamiento.

Hasta aquí se ha abordado el complejo fenómeno de la recaída, desde los modelos teóricos en los que se sustenta hasta los programas desarrollados para su prevención que han sido implementados en la actualidad. El siguiente capítulo se encargará de presentar algunos de los últimos avances en el análisis de la conducta, hasta la llamada tercera generación de terapias conductuales así como sus alcances en la conducta adictiva a sustancias psicoactivas.

Capítulo III. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Las terapias de conducta han presentado un desarrollo importante en las últimas décadas. Actualmente se identifican tres generaciones de terapias comportamentales. Este capítulo se centrará en la tercera generación; también denominadas terapias contextuales.

Tres generaciones de terapias de conducta

Una vez que los modelos cognitivos de Beck y Ellis (citado en Álvarez-García, 2019) propusieron la integración del pensamiento a los trastornos mentales, el avance en las terapias cognitivo-conductuales no se ha detenido y ha seguido un desarrollo más intenso en los últimos 20 años (Álvarez-García, 2019).

Desde sus orígenes y a lo largo de su historia, la terapia de conducta se ha caracterizado por ser una aproximación al rigor científico y su compromiso con el desarrollo de una tecnología basada en los principios o leyes del aprendizaje validados de forma empírica (Mañas, 2012).

Con el fin de sintetizar el progreso histórico de la terapia conductual, autores como O'Donohue et al. (2009) comienzan a nombrar una división en dicha historia por generaciones; primera, segunda y tercera generación de terapias de conducta.

Las características principales para cada una de las generaciones pueden observarse en la siguiente tabla:

Tabla 6

Evolución en las terapias de conducta (Ruiz et al., 2012)

Generaciones de terapias de conducta	Características principales
Primera generación	Estrecha relación con las teorías del aprendizaje (condicionamiento clásico) y el análisis conductual aplicado (condicionamiento operante). Extrapolación de los principios de aprendizaje a la clínica. El terapeuta es un investigador que aplica la investigación básica a los problemas clínicos.

Generaciones de terapias de conducta	Características principales
<i>Segunda generación</i>	Consideran limitantes los principios del aprendizaje (condicionamiento) para explicar el comportamiento humano. Incorporan a la psicología experimental, la psicología cognitiva (Aaron Beck y Albert Ellis) y psicología social (Albert Bandura), distanciándose de la investigación básica sobre el aprendizaje.
<i>Tercera generación</i>	Persiguen un retorno a los orígenes, extrapolando los nuevos desarrollos de la psicología del aprendizaje y experimental. Fomentan la relación entre investigación básica y aplicación clínica. Se aparta de las bases racionalistas de los modelos cognitivos anteriores. Los modelos de terapias representativos de esta generación son la Terapia de Aceptación y Compromiso, la Terapia Dialéctico-Conductual, la Terapia Integrativa de Pareja, la Terapia Analítico Funcional, la Terapia Basada en Mindfulness y la Activación Conductual para la depresión.

En suma, la primera generación de terapias de conducta se caracteriza por basarse en los principios de aprendizaje derivados de laboratorio, así como de técnicas probadas experimentalmente. La segunda generación, en cambio, bajo lo que se denominó *revolución cognitiva* se alejó de la posición ambientalista y monista de la primera generación, adoptando un enfoque reduccionista y mentalista. Finalmente, la tercera generación parte de una filosofía contextual y funcional que no persigue la modificación de los eventos privados ni el ambiente, optimizando la flexibilidad de respuesta orientada a metas valiosas (Reyes, 2017).

Emergiendo en la década de los noventa, bajo un movimiento llamado *análisis de la conducta clínica*, la tercera generación de terapias conductuales representa un alejamiento del cognitivismo y un retorno al conductismo radical; en particular al análisis funcional del comportamiento y al estudio de la conducta verbal (Dougher, 2011).

Un aspecto fundamental en esta generación de terapias es el renacimiento de los principios del condicionamiento operante, así como el abordaje de temas novedosos para las terapias conductuales, tales como: aceptación, fusión cognitiva, mindfulness, espiritualidad, dialéctica y relación terapéutica (Khal et al., 2012).

A continuación, se presentan las características principales de uno de los modelos de terapia más emblemáticos de esta generación: la ACT, misma en la que se fundamenta esta investigación.

Orígenes y progreso de la ACT

Se trata de una de las más populares de las terapias contextuales, siendo de todas estas la que más acumula evidencia empírica hasta la fecha. ACT sienta sus bases en el contextualismo funcional, una filosofía de la ciencia cuyo énfasis es el análisis funcional de la conducta en su contexto (Barbero, 2022).

La ACT como un modelo de tratamiento vio la luz con un libro homónimo publicado en 1999 (Hayes et al., 1999) y desde su aparición ha tenido múltiples aplicaciones para una importante variedad de problemas clínicos y para distintas poblaciones. La ACT es un modelo clínico enfocado en un conjunto de procesos centrales cuyo objetivo es aumentar la flexibilidad psicológica, es decir, la capacidad del individuo para actuar en línea con lo que le es importante, a pesar de la incomodidad o dificultades que pueda implicarle (Strosahl et al., 2004).

En palabras de Strosahl et al. (2004), la forma más sencilla de entender la esencia de ACT es recordando los procesos en los que el consultante queda atrapado en una insostenible forma de vida. El objetivo es ayudar al consultante a moverse desde la trampa FEAR (evitación) hacia ACT (aceptación) (véase la tabla 7).

Tabla 7

Procesos FEAR-ACT (Strosahl et al., 2004)

FEAR	ACT
FUSIÓN	ACEPTAR
Apego excesivo a los contenidos del pensamiento, haciendo difícil o imposible la flexibilidad psicológica. Los eventos privados (pensamientos, emociones, recuerdos, sensaciones) se interpretan como indeseables.	Aceptar las experiencias privadas desagradables, tales como pensamientos, emociones, recuerdos, así como las situaciones externas adversas, tomándolas por lo que realmente son y no por lo que aparentan ser.

FEAR	ACT
EVALUACIÓN	CHOOSE (ELEGIR)
Valoraciones provocativas y evocativas de la propia persona, de los otros, del mundo en general. Experiencias privadas como la historia personal. Contenidos muchas veces innecesarios o inútiles.	Elegir un conjunto de valores que den dirección a la propia vida, aumentando la sensación de vitalidad, propósito y significado.
AVOIDANCE (EVITACIÓN)	TOMAR ACCIÓN
Un estilo de lidiar con los propios eventos privados desagradables, así como con los eventos externos que implican una evitación emocional, a pesar del costo conductual.	Construir patrones de acción comprometida cada vez más perdurables y en línea con los valores elegidos.
RACIONALIZACIÓN	
Uso excesivo de la lógica y el razonamiento para justificar el empleo de estrategias de afrontamiento poco útiles, provocando que el individuo responda menos a las contingencias reales del ambiente.	

De acuerdo con la filosofía contextual propia de la ACT, el comportamiento, el ambiente, la historia y las consecuencias del comportamiento son todas partes del contexto y necesitan ser consideradas a lo largo de la terapia (Hayes et al., 2005).

Uno de los principales componentes de este modelo terapéutico es la *aceptación*, componente que puede ser explicado como una invitación a abordar nuestra experiencia interna (pensamientos, sentimientos, sensaciones y recuerdos) con una actitud de apertura y disposición, a pesar de que dicha experiencia pueda ser desagradable o indeseable (Jurado, 2017).

La aceptación dentro de este modelo no debe ser entendida como una resignación ante las circunstancias que acontecen y no hacer nada al respecto, todo lo contrario:

El modelo ACT nos invita a trabajar activamente en aquello que realmente nos

importa, consideramos valioso y deseamos en nuestra vida, aun cuando el dolor pueda estar presente. En esto estriba la acción con compromiso, o la acción congruente con los valores que se trabaja en ACT (Jurado, 2017, p. 73).

Evitación Experiencial

Considerada como un fenómeno que ocurre cuando la persona se resiste a entrar en contacto con sus experiencias privadas (pensamientos, emociones, sensaciones corporales, recuerdos) alterando la forma y frecuencia de esos eventos y los contextos que la ocasionan (Hayes et al., 1996) con el fin de huir del malestar derivado de dichas experiencias privadas.

Para Luciano et al. (2010), la evitación experiencial es una forma de regulación comportamental que consiste en una necesidad inflexible de actuar para no estar en contacto con el malestar o para escapar del mismo, con el paradójico resultado de que dicho malestar muchas veces se extiende o incluso intensifica, conduciendo finalmente a una importante limitación de las actividades valiosas para la persona.

De manera reciente, se ha optado por un cambio en el planteamiento hacia la conceptualización de la inflexibilidad psicológica, incluyendo de esta forma no solo el escape de la estimulación aversiva, reconociendo además la relevancia de las funciones apetitivas (Luciano, 2016).

Flexibilidad Psicológica

Entendida como la propia habilidad para mantenerse consciente y en contacto con el momento presente, pudiendo actuar además acorde con los valores personales, incluso y a pesar de las experiencias incómodas tales como pensamientos, emociones y sensaciones físicas que se presentan (Ortiz-Fune et al., 2020).

De acuerdo con Doorley et al. (2020), una forma de operacionalizar la flexibilidad psicológica es la tendencia a responder a las situaciones de una manera que facilite la búsqueda de metas valoradas como importantes. La flexibilidad psicológica es especialmente relevante en situaciones que son desafiantes y generan angustia.

El principal beneficio de la flexibilidad psicológica es la habilidad para adaptarse

a contextos tanto internos como externos avanzando hacia los objetivos personales, mismos que pueden variar desde mejorar la comodidad ante determinada situación, promover el éxito profesional o social a largo plazo e incluso la supervivencia básica (Stange et al., 2017).

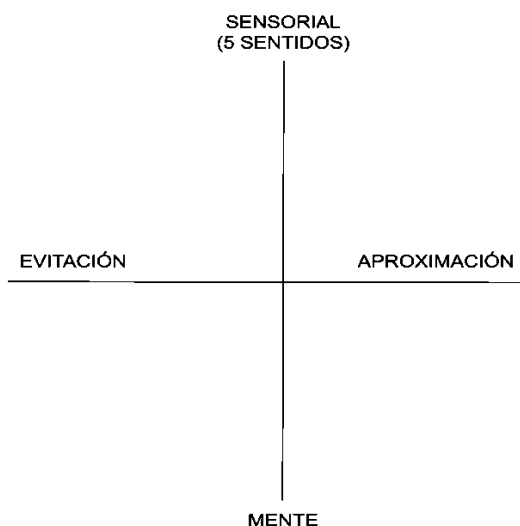
Matrix-ACT

En un esfuerzo por simplificar y adaptar los componentes derivados de la ACT al trabajo con grupos con distintas necesidades terapéuticas se desarrolló el formato *Matrix*. Hacia el año 2009, luego de 5 años de investigación, Polk y Schoendorff (2014) publicaron un diagrama que, basado en la ACT, tuviera dos objetivos primordiales: notar la diferencia entre el mundo sensorial y el mental, así como notar la diferencia entre moverse hacia lo que es importante y alejarse de las experiencias indeseadas.

La Matrix es, de acuerdo con Krafft et al. (2017), una herramienta visual que permite a las personas categorizar sus experiencias en dos dimensiones, con el objetivo de mejorar su flexibilidad psicológica. Se trata de un diagrama (Figura 1) compuesto por cuatro cuadrantes que representan los componentes clave de la flexibilidad psicológica: sensorial-aproximación, sensorial-evitación, mental-aproximación y mental-evitación.

Figura 1

Diagrama básico Matrix de la ACT (Polk y Schoendorff, 2014)



Siguiendo a Schwabach et al. (2018), las intervenciones basadas en ACT, incluida la Matrix, utilizan al contextualismo funcional como fundamento teórico e incluyen una diversidad de ejercicios y metáforas que ayudan a los usuarios a incrementar la flexibilidad psicológica y la acción comprometida. El objetivo de estas intervenciones es ayudar a las personas a que se comporten en línea con sus valores, a pesar de cualquier pensamiento o emoción indeseada que aparezca.

Mientras que muchos ejercicios basados en la ACT trabajan los componentes de forma separada, la Matrix combina cada uno de esos procesos dentro de una sola estructura, permitiendo al usuario que de forma intuitiva y simultánea gane práctica dentro de los diversos elementos que componen la ACT. Esto se logra a través de un simple diagrama y una persona dispuesta a usarlo (Schwabach et al., 2018, p. 209).

ACT y Conducta Adictiva a Sustancias

De forma histórica, como señalan Páez y Montesinos (2019), el análisis funcional del comportamiento ha mostrado que las drogas desempeñan un papel como reforzadores positivos y/o negativos en el comportamiento de abuso, como resultado de las propias características de las sustancias a las que las personas se han expuesto.

Investigaciones como la de Forsyth et al. (2003), han evidenciado que la evitación de las emociones catalogadas como negativas se correlaciona con un mayor abuso de sustancias. Además, las emociones negativas que se derivan de un abandono en el consumo de sustancias son potentes predictoras de las recaídas, incluso en mayor medida que la dependencia fisiológica y la historia de exposición a la sustancia (Kenford et al., 2002).

Datos como los anteriores han llevado a concluir, desde los postulados de la ACT, que el comportamiento adictivo surge como una estrategia de evitación experiencial que se mantiene por contingencias de reforzamiento tanto negativo como positivo. Desde la ACT (Páez y Montesinos, 2019), la evitación experiencial se explica como un tipo de

regulación comportamental consistente en la necesidad inflexible de actuar para no estar en contacto con el malestar (ansiedad, miedo, recuerdos, entre otros) o para huir de este, lo que finalmente extiende e incluso intensifica dicho malestar resultando en importantes limitaciones a la calidad de vida de la persona.

El primero de los estudios realizados en drogodependencias y ACT fue el desarrollado por Hayes et al. (2004) con personas bajo tratamiento con metadona y que seguían usando drogas, los investigadores compararon la eficacia del programa de mantenimiento con metadona, en contraposición del mismo programa con la adición de ACT o el programa de Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos. Los resultados mostraron que solo la incorporación de ACT al programa de mantenimiento con metadona se asoció con un menor uso de drogas en un seguimiento por seis meses.

Por otra parte, Petersen y Zettle (2009) dirigieron un estudio con pacientes internados con problemas de alcoholismo y depresión, los cuales fueron asignados aleatoriamente a una de dos condiciones: tratamiento usual con terapia individual bajo la filosofía de Alcohólicos Anónimos o terapia individual bajo el modelo ACT. Encontraron que el grupo que recibió terapia bajo el modelo ACT necesitó menos días de tratamiento (23 días con sesiones de 30 min.) para cumplir con los requisitos de alta del internamiento, en comparación con el grupo que recibió el tratamiento usual y cuya duración del tratamiento fue más extensa (33 días con sesiones de 60 min.).

Otro ejemplo de investigaciones realizadas en materia de adicciones desde la ACT fue la realizada por Hernández-López et al. (2009). Se trató de un estudio preliminar sobre la efectividad de un tratamiento basado en ACT para la cesación del consumo de tabaco en comparación con un tratamiento tradicional con Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). Los resultados observados fueron que la ACT es tan eficaz como la TCC en el manejo de la dependencia a la nicotina y que, además, la ACT mostró 5.13 veces mayores niveles de abstinencia en los seguimientos por 12 meses en comparación con la TCC.

Relativo a las metanfetaminas en específico, uno de los primeros estudios realizados fue el de Smout et al. (2010) cuyo objetivo fue probar si la ACT incrementaba

el apego al tratamiento, así como si favorecía una reducción en el consumo de metanfetaminas y los daños asociados, en comparación con la TCC. Los resultados mostraron que los alcances del tratamiento y el apego al mismo en ambos modelos de terapia (ACT-TCC) no fueron significativamente diferentes y que, en este sentido, cualquiera de los dos modelos era igualmente viable como primera opción de tratamiento.

Por otra parte, Khakbaz et al. (2016) dirigieron una investigación cuyo objetivo principal fue evaluar la eficacia de la ACT en la regulación emocional de individuos dependientes a las metanfetaminas con rehabilitación en curso en un centro médico. Concluyeron que la ACT representó una mejora en la regulación emocional (conducta dirigida a metas y control de impulsos, por ejemplo) permitiéndoles mejor control del antojo, apego al tratamiento y prevención de recaídas.

Finalmente, Ghouchani et al. (2018) coordinaron un estudio cuyo propósito fue evaluar los efectos de la ACT sobre la agresividad y salud general en pacientes con diagnóstico de psicosis inducida por consumo de metanfetaminas. Los hallazgos fueron que la ACT mejoró la salud general y disminuyó la agresividad de los participantes, el equipo de investigadores concluyó que la ACT representa una buena opción para personas dependientes de las metanfetaminas y que cursan síntomas psicóticos.

En suma, si bien las terapias de segunda generación (TCC) se han posicionado como uno de los tratamientos psicológicos de primera elección en materia de adicciones, terapias contextuales como la ACT han reunido evidencia de su utilidad en el manejo de problemáticas tan complejas como lo es la conducta adictiva. Sin embargo, la investigación en torno a la prevención de recaídas desde este modelo resulta limitada. En línea con lo anterior, en esta investigación se diseñó un tratamiento para la prevención de recaídas en el consumo de metanfetaminas, usando como modelo clínico las técnicas y estrategias de la ACT.

Capítulo IV. Planteamiento del Problema

Justificación

De acuerdo con información contenida en el Informe Mundial Sobre Drogas, en su apartado sobre Uso de Drogas y Consecuencias para la Salud, solo una de cada ocho personas con problemas de adicción recibirá tratamiento cada año (UNODC, 2020). En consecuencia, se verá afectada la calidad de vida de los individuos sin acceso a tratamientos y sus familias, dejando un importante reto en materia de salud pública, tanto para las organizaciones como para los profesionales de la salud.

Respecto a la demanda de servicios de atención a las adicciones en México y con base en la información contenida en la ENCODAT 2016-2017, únicamente durante el año 2016 se registraron un total de 60,582 personas que acudieron a 1125 centros de tratamiento no gubernamentales distribuidos por las 32 entidades federativas del país. Es relevante señalar además que, de acuerdo con la misma encuesta, las drogas de impacto reportadas después del alcohol (39.3%) son el cristal (22.9%), la marihuana (14.3%), la cocaína (9.4%), los inhalables (5.5%), la heroína (3.4%) y el tabaco (2.6%). Tan solo después del alcohol, las metanfetaminas o cristal son la sustancia con más demanda de atención en los centros de tratamiento del país.

Por otra parte, en acuerdo con lo señalado por Holmes et al. (2018), se requieren cada vez mayores esfuerzos en investigación para desarrollar tratamientos psicológicos que demuestren tener un efecto sustancial sobre la carga que dejan los trastornos psicológicos en todo el mundo. En este sentido, la dependencia a sustancias se vuelve tan costosa como las enfermedades crónicas, equiparable a la diabetes tipo 2, la hipertensión y el asma (McLellan et al., 2000).

Otro de los aspectos fundamentales en el desarrollo de investigaciones sobre modelos psicoterapéuticos es fomentar el acceso de la población a opciones basadas en la evidencia. Dicho de otra manera, opciones que hayan demostrado su eficacia para los problemas psicológicos a los que han sido destinados. Para autores como Echeburúa et al. (2010), la evaluación de la eficacia en las intervenciones terapéuticas es imperiosa

debido principalmente a tres razones:

1. El progreso de la psicología clínica requiere una delimitación de las terapias eficaces, así como de sus componentes activos.
2. Como disciplina, la psicología clínica se enfrenta a retos de cada vez mayor complejidad, entre ellos las nuevas adicciones.
3. Es importante que la sanidad pública ofrezca solo terapias efectivas que permitan acortar el sufrimiento del paciente, así como ahorrar gastos y tiempo.

Finalmente, investigaciones como la de López (2014) destacan que terapias contextuales como la ACT han demostrado una efectividad equivalente a los tratamientos farmacológicos, los programas de 12 pasos y la terapia cognitivo conductual y que, además, alcanza mayor efectividad en seguimientos a largo plazo, una de las principales limitaciones de los tratamientos de las drogodependencias.

Pregunta de investigación

¿Qué efecto tiene un tratamiento conductual-contextual basado en ACT sobre la flexibilidad psicológica y la frecuencia, duración e intensidad del antojo por consumir metanfetaminas, en ex-usuarios de centros para las adicciones que buscan prevenir recaídas?

Objetivo

La presente investigación se propone el desarrollo de un tratamiento conductual contextual (ICARUS-ACT) para la prevención de recaídas, para de esta manera conocer los efectos que este modelo terapéutico tiene en el manejo de la adicción a metanfetaminas; específicamente en la experiencia del antojo como un importante predictor de la recaída y el papel de la flexibilidad psicológica como posible factor protector ante la misma.

Hipotesis

El tratamiento disminuye la frecuencia, duración e intensidad del antojo por consumir metanfetaminas a través del incremento en la flexibilidad psicológica, favoreciendo así la prevención de recaídas en el consumo.

Capítulo V. Método

El estudio aquí presentado se compone por dos fases: 1) diseño del tratamiento ICARUS-ACT con prueba piloto del mismo y 2) aplicación del tratamiento ICARUS-ACT y observaciones del participante en lista de espera.

Fase 1. Diseño del tratamiento ICARUS-ACT y prueba piloto

Objetivo general

Diseñar un tratamiento conductual-contextual con base en ACT dirigido a personas que egresaron de un centro para las adicciones y que buscan prevenir las recaídas en el consumo de metanfetaminas.

Objetivos específicos

- Que el investigador principal complete una formación en terapias conductuales de tercera generación aplicadas a la conducta adictiva a sustancias y, en específico, desde el modelo ACT.
- Desarrollar cartas descriptivas de tratamiento con base en los seis procesos de la flexibilidad psicológica descrita por la ACT y los fundamentos de la prevención de recaídas. Con el propósito de contar con una guía de tratamiento para la aplicación de la intervención.
- Someter a jueceo las cartas descriptivas y realizar los ajustes correspondientes.
- Desarrollar materiales gráficos (cuadernillo de trabajo) para los participantes del tratamiento.
- Llevar a cabo una prueba piloto del tratamiento, previo a la aplicación final del mismo.

Procedimiento

Se realizó la revisión a la literatura existente en torno a los modelos terapéuticos de tercera generación y sus aplicaciones en el ámbito de las drogodependencias. En un primer momento, se tomó el curso “Terapias conductuales contextuales para el tratamiento por uso de sustancias” con una duración total de 55 horas. Los fundamentos teóricos y metodológicos planteados en el curso intensivo sentaron las bases para el

diseño del tratamiento. Posteriormente, se cursó un diplomado por 86 horas en ACT, dicho diplomado configuró un entrenamiento clínico en el modelo terapéutico de interés para el diseño del tratamiento.

Una vez identificados y estudiados los seis procesos (aceptación, defusión cognitiva, atención plena, yo-contexto, valores y acción comprometida) sobre los que trabaja la ACT, también denominados *hexaflex* (McHugh, 2011), se comenzó el diseño del tratamiento, cuyo objetivo fue incrementar la flexibilidad psicológica a través del desarrollo de cada uno de los seis procesos y que el eje rector para abordarlos fuera el diagrama Matrix (Polk y Schoendorff, 2014). De esta manera, en acuerdo con el director de tesis, el tratamiento se configuró por siete tópicos (Figura 2) que se enlistan a continuación:

Tópico 1: Admisión. El propósito es realizar una breve entrevista individual con los candidatos a formar parte del tratamiento. En dicha entrevista se recaban datos sociodemográficos. Finalmente, en una lista de chequeo se coteja si el candidato cumple con los criterios de inclusión y se le confirma su participación. En caso de cumplir con criterios de exclusión se comparten opciones de tratamiento individual.

Tópico 2: Encuadre terapéutico. Se trata de la sesión introductoria al tratamiento. En ella cada participante tendrá la oportunidad de familiarizarse con el resto del grupo y compartir sus experiencias en torno al consumo de sustancias; tendrán oportunidad también de declarar sus expectativas al participar del tratamiento. En común acuerdo con los terapeutas, los participantes definen las reglas y condiciones de participación, por ejemplo, minutos de tolerancia, usos del grupo de WhatsApp, entre otros.

Tópico 3: Flexibilidad psicológica. A través de dos sesiones, y haciendo uso de la Matrix, se revisan los comportamientos de aproximación y los de evitación, así como la diferencia entre la experiencia sensorial y la mental; todo ello en relación con ejemplos cotidianos y con especial énfasis en el consumo de sustancias. El propósito es desarrollar discriminaciones básicas (me acerca vs. me aleja, mis cinco sentidos vs. mi mente) en los participantes, a fin de que desarrollen repertorios comportamentales más

cercanos a la flexibilidad psicológica, así como el reconocimiento de su contraparte, la evitación experiencial o inflexibilidad psicológica.

Tópico 4: Craving: surfear los impulsos. Utilizando la Matrix se verificará con los participantes el comportamiento de recaída en el consumo de sustancias, así mismo se presentará al craving como uno de los principales predictores de la misma. A través de una exposición interoceptiva, se guiará a los participantes en una meditación donde imaginarán situaciones que les representan serios riesgos de consumo o disparadores de antojo por consumir. La sesión incorpora también un protocolo de relajación muscular progresiva con el fin de disminuir la activación fisiológica generada por la exposición a imágenes y recuerdos aversivos.

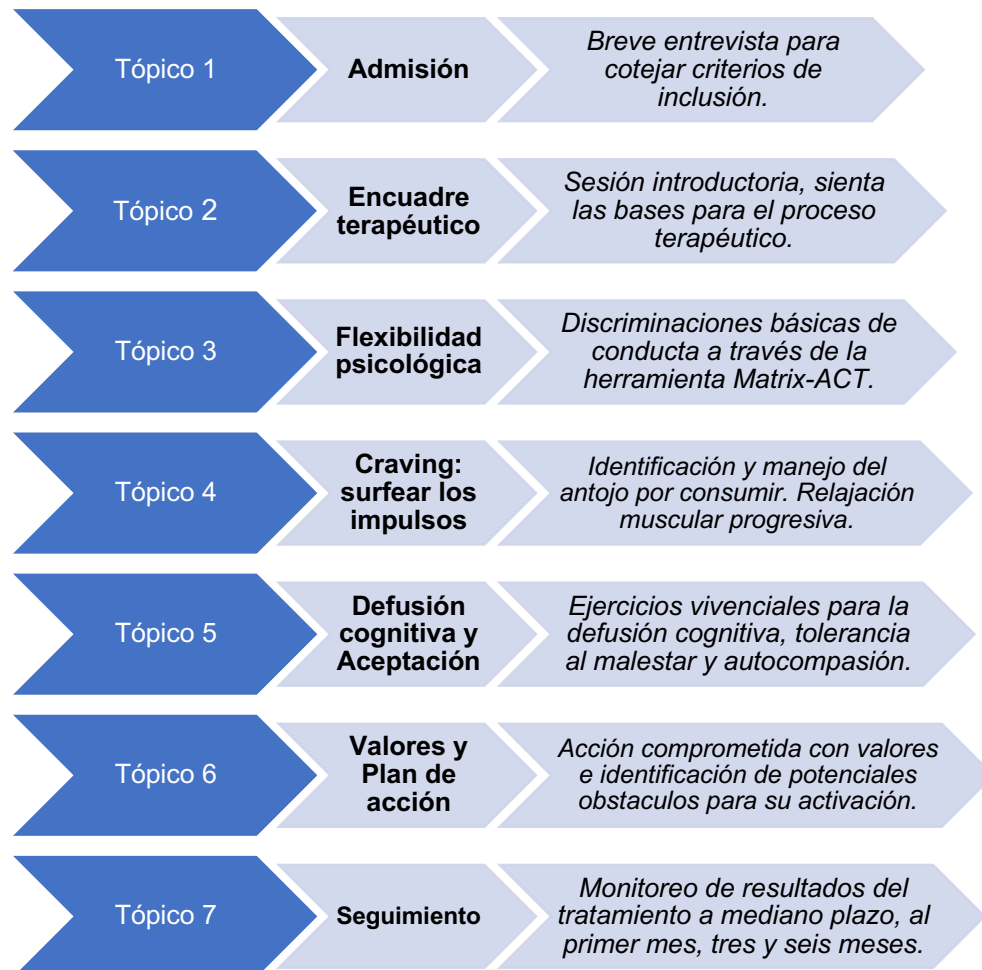
Tópico 5: Defusión cognitiva y Aceptación. Se trata de la sesión más experiencial del tratamiento. Por medio de ejercicios interactivos y vivenciales, el grupo desarrolla la noción del Yo-Continente descrita en la Matrix. Poder poner distancia a los pensamientos, desliteralizar el lenguaje y aceptar las experiencias internas o externas, así sean desagradables o indeseables; constituyen habilidades necesarias para la flexibilidad psicológica. En este tópico también se exploran temas como la tolerancia al malestar y la autocompasión.

Tópico 6: Valores y Plan de Acción. Haciendo uso de esquemas denominados “Brújulas” los participantes identifican aquellas áreas valiosas de su vida, aspectos de sus vidas en los cuales los comportamientos apetitivos están localizados. Identifican de igual manera los obstáculos internos que encuentran o es posible que encuentren al intentar acercarse a los mismos. Finalmente, es un tópico en el cual se persigue que los participantes diseñen planes de acción específicos a sus valores y las vías por las cuales acercarse a ellos con compromiso comportamental.

Tópico 7: Seguimiento. Una vez recorridos los temas del tratamiento se realizan los seguimientos correspondientes al mes, a los tres y finalmente a los seis meses. Se explora con los participantes dificultades y logros obtenidos luego de concluirse el tratamiento.

Figura 2

Tópicos del tratamiento ICARUS-ACT



Una vez concluido el diseño del tratamiento ICARUS-ACT se procedió con un jueceo entre pares académicos, estudiantes de programas de maestría y doctorado. El tratamiento fue enviado a jueceo en formato de cartas descriptivas con apéndices de instrumentos y materiales; dos estudiantes de doctorado y uno de maestría efectuaron observaciones y recomendaciones para la mejora del tratamiento. Así mismo, con la asesoría de una diseñadora gráfica se desarrolló un cuadernillo de trabajo y formatos de apoyo para los participantes.

Hechas las correcciones y ajustes con base en las recomendaciones del jueceo

entre pares académicos, se ejecutó una prueba piloto del tratamiento. Un total de nueve personas fueron incluidas en el piloteo, dos personas fueron eliminadas del análisis de datos por la droga de impacto reportada y otra por daño orgánico derivado del consumo; una más fue excluida de los análisis estadísticos por incorporación tardía a la prueba piloto. El grupo final de la prueba piloto quedó constituido por cinco personas con edades comprendidas entre los 19 y 31 años ($\bar{x} = 25.8$) con un consumo promedio de 4.8 años. Las variables dependientes observadas fueron la flexibilidad psicológica, depresión y ansiedad. Para resultados preliminares, y observar la diferencia entre los puntajes de flexibilidad psicológica, depresión y ansiedad antes del inicio del pilotaje y al finalizar el mismo, fue utilizada una prueba de rangos con signo de Wilcoxon a partir de la cual no se mostraron resultados significativos ($t=15$, $p=0.62$ (flexibilidad psicológica), $t=13.5$, $p=0.14$ (depresión), $t=15$, $p=0.58$ (ansiedad)).

Fase 2. Aplicación del tratamiento ICARUS-ACT y observaciones del participante en lista de espera.

Objetivo general

Observar los efectos de un tratamiento conductual-contextual basado en ACT, dirigido a personas que egresaron de un centro para las adicciones y que buscan prevenir las recaídas en el consumo de metanfetaminas.

Objetivos específicos

- Observar la frecuencia, duración e intensidad del antojo por consumir metanfetaminas así como los puntajes en flexibilidad psicológica en un participante en lista de espera, es decir, sin aplicación del tratamiento. Con el fin de conocer el patrón de esta conducta sin intervención.
- Identificar por medio de un diseño de caso único (n=1) los efectos en el antojo por consumir metanfetaminas, y los puntajes de flexibilidad psicológica, a través de la aplicación del tratamiento ICARUS-ACT.
- Observar la frecuencia, duración e intensidad del antojo por consumir metanfetaminas durante el tratamiento como en los seguimientos: al mes, tres y seis meses.
- Realizar un seguimiento de la frecuencia, duración e intensidad del antojo por consumir metanfetaminas durante los seguimientos: al mes, tres y seis meses, con el fin de conocer los efectos del tratamiento a mediano plazo.
- Identificar si existe un cambio clínicamente significativo con base en los niveles de flexibilidad psicológica antes del tratamiento, al final de este y al concluir los seguimientos al mes, tres y seis meses.

Diseño

Caso único (n=1) A-B-A. Con seguimientos al primer, tres y seis meses.

(ICAR00) → A₁A₂A₃A₄A₅A₆ S₁ S₂ S₃

(ICAR01) → A₁B A₂B A₃B A₄B A₅B A₆B S₁ S₂ S₃

A= registros/observaciones

B= momentos o sesiones del tratamiento

S₁= seguimiento al primer mes

S₂= seguimiento a los tres meses

S₃= seguimiento a los seis meses

Participantes

[ICAR00] Participante en lista de espera

Hombre de 31 años, soltero, proveniente de la Ciudad de México con residencia actual en Morelia. Empleado habitual de bares y centros nocturnos. Identifica problemas en su deseo sexual, mismo que vio incrementado desde que probó las metanfetaminas. Consumía frecuentemente sildenafil (medicamento usado para lograr y mantener erecciones) a la par de las metanfetaminas; consumo que sostuvo por 9 años con el fin de tener encuentros sexuales con mujeres y hombres. Es ingresado a un centro de rehabilitación para las adicciones por ocho meses, luego de que solicitara ayuda a sus familiares. Se incorporó como *servidor* (guardia y líder de grupo) al centro de rehabilitación del que egresó.

[ICAR01] Participante en tratamiento

Hombre de 38 años, con residencia en Morelia, Michoacán, casado y con dos hijos. Empleado administrativo de una Universidad, desarrolla el oficio de la carpintería en su tiempo libre. Mantuvo un consumo de metanfetaminas por 12 años, hasta que fue internado contra su voluntad en un centro de rehabilitación para las adicciones por seis meses. Entre las consecuencias de su consumo identifica pensamientos paranoicos,

violencia con familiares, celos e infidelidad hacia su pareja.

Criterios de inclusión

1. Haber concluido un tratamiento residencial en un centro para las adicciones.
2. Droga de impacto: metanfetaminas.
3. Desear prevenir recaídas en el consumo de metanfetaminas.
4. Saber leer y escribir.

Criterios de exclusión

1. Menores de edad.
2. Droga de impacto: cualquier sustancia ilegal diferente a las metanfetaminas.
3. Alteraciones persistentes en lenguaje y pensamiento, identificadas en entrevista de admisión.
4. Recibir o haber recibido tratamiento psicológico basado en la ACT.

Instrumentos

Cuestionario de Aceptación y Acción para Abuso de Sustancias (AAQ-SA, Luoma et al., 2011). Cuestionario que mide el constructo de flexibilidad psicológica, evalúa de forma específica la relación o función de los eventos privados en lugar del contenido de estos. Para la validación en población mexicana (CAA-AS-18, Pérez-Romero y Vite-Sierra, 2020) el instrumento fue aplicado a una muestra de 166 consumidores de sustancias provenientes de centros de atención en adicciones del Estado de México, así como de la capital del país. El coeficiente alfa de Cronbach para esta versión fue de 0.78, con 58.32% de la varianza total explicada.

Autorregistro conductual del craving (elaboración propia, con base en Méndez, 2005). Formato mediante el cual se monitorean comportamientos, tanto públicos como privados, que están directamente relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, así como con la experiencia del craving. El registro ayuda a identificar las relaciones existentes entre las respuestas conductuales de la persona y las variables del contexto. El formato se compone de cuatro aspectos a observar de la experiencia del deseo de consumo: la frecuencia, intensidad, duración, así como una descripción del evento

desencadenante; configurado por seis columnas: eventos, experiencias privadas, comportamientos de evitación, consecuencias inmediatas, utilidad de la respuesta empleada y consecuencias a mediano-largo plazo (valores).

Consideraciones éticas

En línea con el Código de Ética de las y los Psicólogos Mexicanos (Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México, 2018) se establece lo siguiente:

Toda persona participante del proyecto recibirá previo a la intervención un Consentimiento Informado, documento que describe los fines, beneficios y posibles riesgos de participar en la intervención; la firma y posterior participación será totalmente voluntaria y con pleno ejercicio de sus derechos, siendo posible abandonar el tratamiento en cualquier momento si así lo decide. En todo momento se garantizará la confidencialidad de los datos personales y el uso de sólo aquella información relevante para los propósitos de la investigación.

Procedimiento

Con base en los resultados de la prueba piloto, se delimitaron las observaciones a dos variables dependientes: 1. Antojo (frecuencia, duración e intensidad) por consumir, como uno de los más relevantes predictores de la recaída y 2. Puntajes en flexibilidad psicológica, principal habilidad que se persigue incrementar a través de los procesos de ACT.

Posteriormente se comenzó el reclutamiento de los candidatos a participar en la aplicación final del tratamiento. Se contactó directamente a centros para el tratamiento de adicciones en Morelia, sin embargo, el acceso a los datos de sus pacientes dados de alta fue complicado derivado de las políticas de confidencialidad. En mutuo acuerdo con los centros se definió que el primer contacto con sus pacientes egresados fuera a través de charlas impartidas en sus propias instalaciones y con asistencia voluntaria.

Un total de cuatro charlas introductorias al tema de la *Prevención de Recaídas* fueron dirigidas a cuatro diferentes centros para el tratamiento de las adicciones. Las personas eran convocadas por sus centros tomando en cuenta los criterios de inclusión de esta investigación. Los asistentes a estas charlas recibieron información en torno a las etapas del cambio (Prochaska y DiClemente, 1982), la identificación de detonadores de consumo y el antojo por consumir. Al finalizar cada charla se expuso el proyecto de investigación, así como los beneficios y requerimientos para formar parte del tratamiento.

Del total de asistentes (n=23) a las cuatro charlas, 11 personas manifestaron su intención de participar en el tratamiento. Cada una de estas personas fueron citadas a la entrevista descrita en el tópico 1 del diseño del tratamiento ICARUS-ACT. Se exploró con cada una sus expectativas de participación, historial general de consumo, experiencia en torno a tratamientos para las adicciones y se cotejó el cumplimiento de los criterios de inclusión. Así mismo, se informó del compromiso requerido para participar, especialmente en lo relativo al registro diario del antojo por consumir metanfetaminas dos semanas previo al inicio (línea base), durante las seis semanas del tratamiento y los seis meses del seguimiento, por un total de 34 semanas.

De igual manera, se hizo del conocimiento de los interesados en formar parte del tratamiento del hecho de que podrían ser asignados a una de dos condiciones: comienzo inmediato del tratamiento o lista de espera, cuyo comienzo del tratamiento ocurriría al finalizar las observaciones y los seguimientos de los primeros. Se informó que, independientemente de la condición a la cual fueran asignados, los registros diarios del antojo serían realizados desde el comienzo.

Una vez expuestas todas las necesidades del proyecto de investigación, cinco personas accedieron a firmar el consentimiento informado con el que aceptaban su participación voluntaria, aceptando sus derechos y responsabilidades. Tres personas fueron asignadas como participantes del tratamiento con inicio inmediato y las dos restantes en lista de espera, con quienes solo se realizarían las observaciones de las variables dependientes (antojo por consumir y flexibilidad psicológica) recibiendo tratamiento hasta concluir las observaciones de los primeros. Como parte del consentimiento informado, se declaró su derecho fundamental a renunciar a su

participación en cualquier momento.

En un consultorio privado en el centro histórico de Morelia se dio inicio al tratamiento de manera individual con cada uno de los tres participantes, dos semanas después de ser efectuada con cada participante la entrevista de admisión descrita en el tópico 1. Las dos personas en lista de espera eran visitadas en su centro una vez por semana con el fin de recabar sus registros semanales de antojo por consumir. Sus puntajes de flexibilidad psicológica fueron recogidos a la par de los participantes en activo del tratamiento. En el transcurso de la aplicación del tratamiento una persona abandonó el proyecto debido a factores laborales, una de las dos personas en lista de espera fue eliminada de las observaciones por reingreso a un centro de adicciones.

Dos personas concluyeron el tratamiento, sin embargo se descartaron las observaciones de una de ellas debido a inconsistencias en los registros diarios del antojo por consumir. Finalmente, se obtuvieron observaciones de una persona en cada una de las dos condiciones (tratamiento y lista de espera). Los resultados se exponen a continuación.

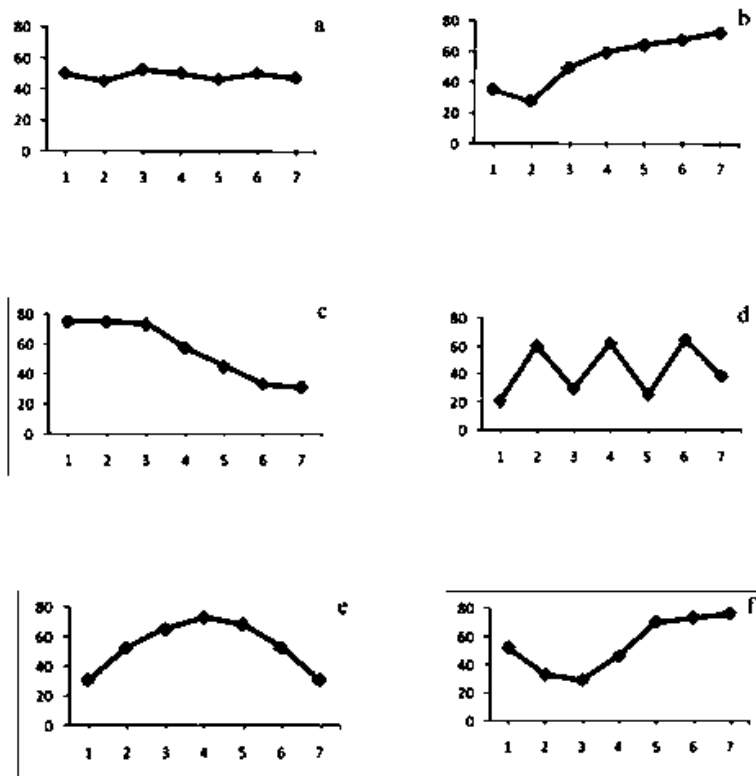
VI. Resultados

Se presentan los datos recabados respecto al antojo por consumir y flexibilidad psicológica. Primero se abordan los datos obtenidos respecto del participante en lista de espera (ICAR00), es decir, el participante que se mantuvo en observación sin la aplicación del tratamiento. Posteriormente, se exponen los resultados correspondientes al participante que recibió el tratamiento (ICAR01) bajo el diseño de caso único ($n=1$). Al tratarse de datos reportados con una frecuencia diaria, estos se representan gráficamente en todas las figuras a través de *medianas* (M_e) semanales.

Con base en Hersen y Barlow (1976), los patrones de cambio más comunes durante la línea base son de seis tipos: conducta estable (a), de deterioro (b), de mejora (c), de variación cíclica (d), alternante incremento-decremento (e) y alternante decremento-incremento (f). Véase Figura 3.

Figura 3

Ejemplos de patrones de cambio en línea base



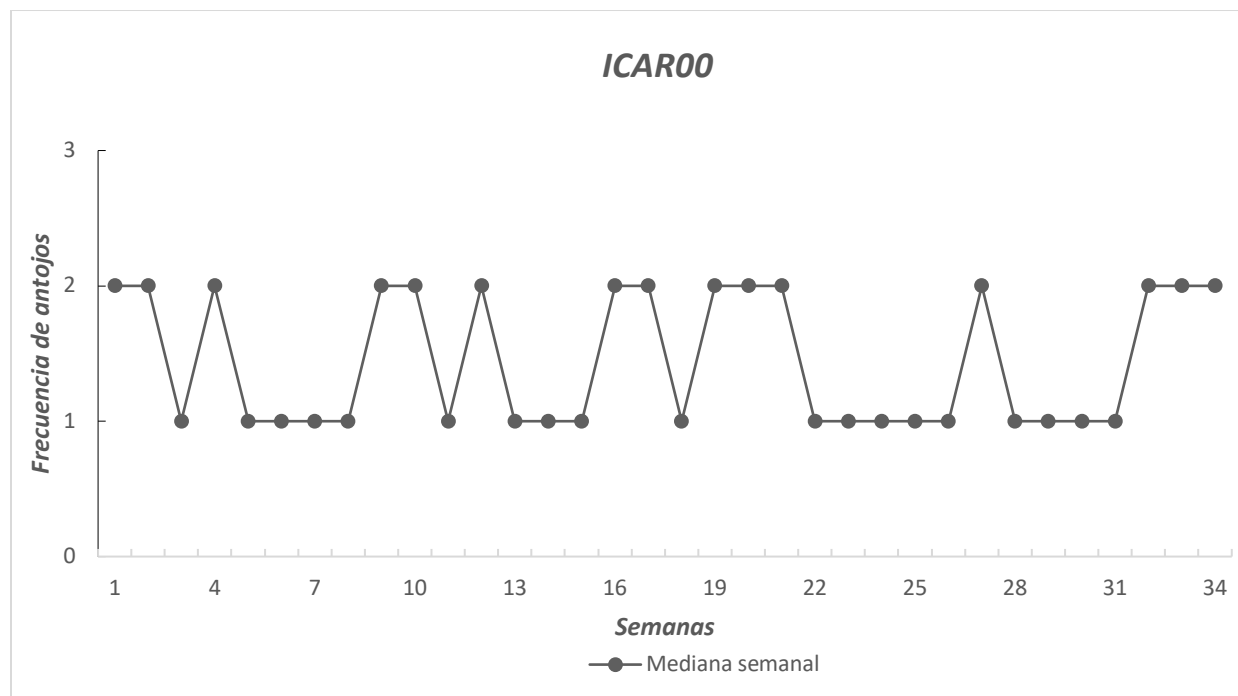
Nota: ejemplos tomados de Bono y Arnau (2014), (a) conducta estable, (b) de deterioro, (c) de mejora, (d) de variación cíclica, (e) alternante incremento-decremento y (f) alternante decremento-incremento.

Resultados del participante en lista de espera (ICAR00)

Como puede observarse en la Figura 4, correspondiente al participante en lista de espera, la frecuencia de los episodios de antojo reportados sigue un patrón estable de conducta a lo largo de las 34 semanas, es decir, una diferencia mínima entre un punto y el siguiente.

Figura 4

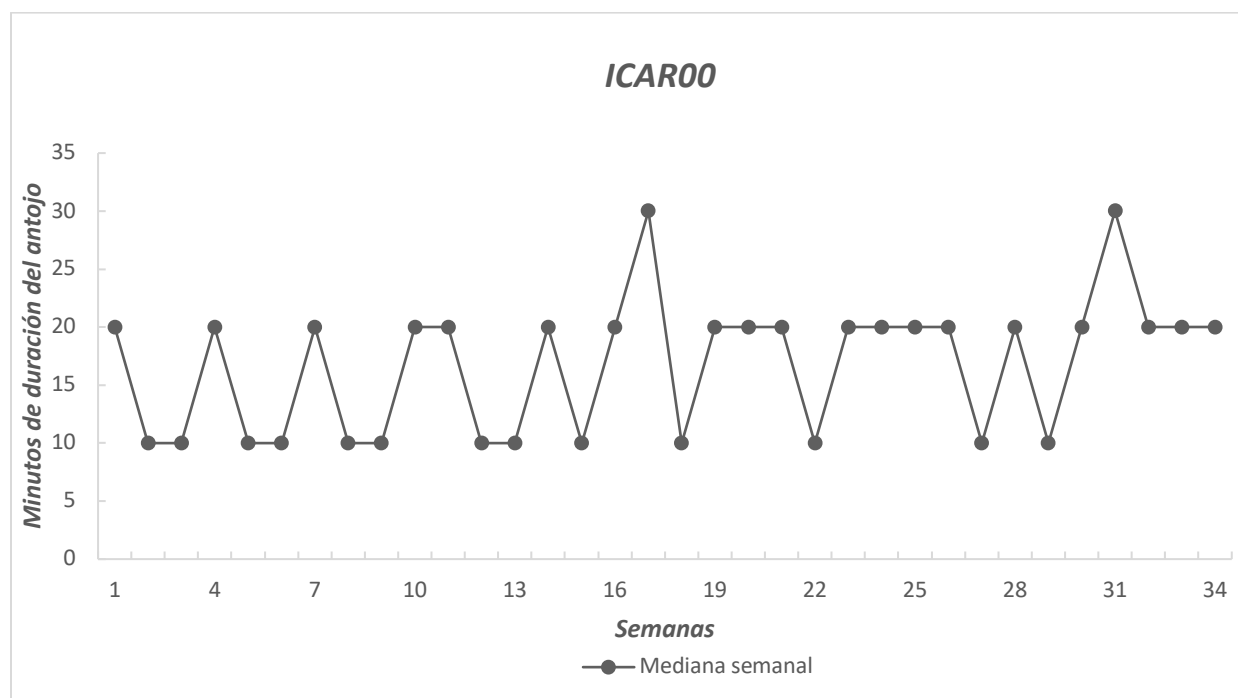
Frecuencia de episodios semanales de antojo. Participante en lista de espera



Por otra parte, respecto a la duración promedio de los episodios de antojo por consumir, véase Figura 5, el patrón de cambio no dista mucho de lo observado en la Figura 4, siendo visible de igual manera un patrón de conducta estable. Sin embargo, un pequeño incremento en los minutos de duración puede constatararse en la semana 17 como en la semana 31.

Figura 5

Duración semanal del antojo, participante en lista de espera

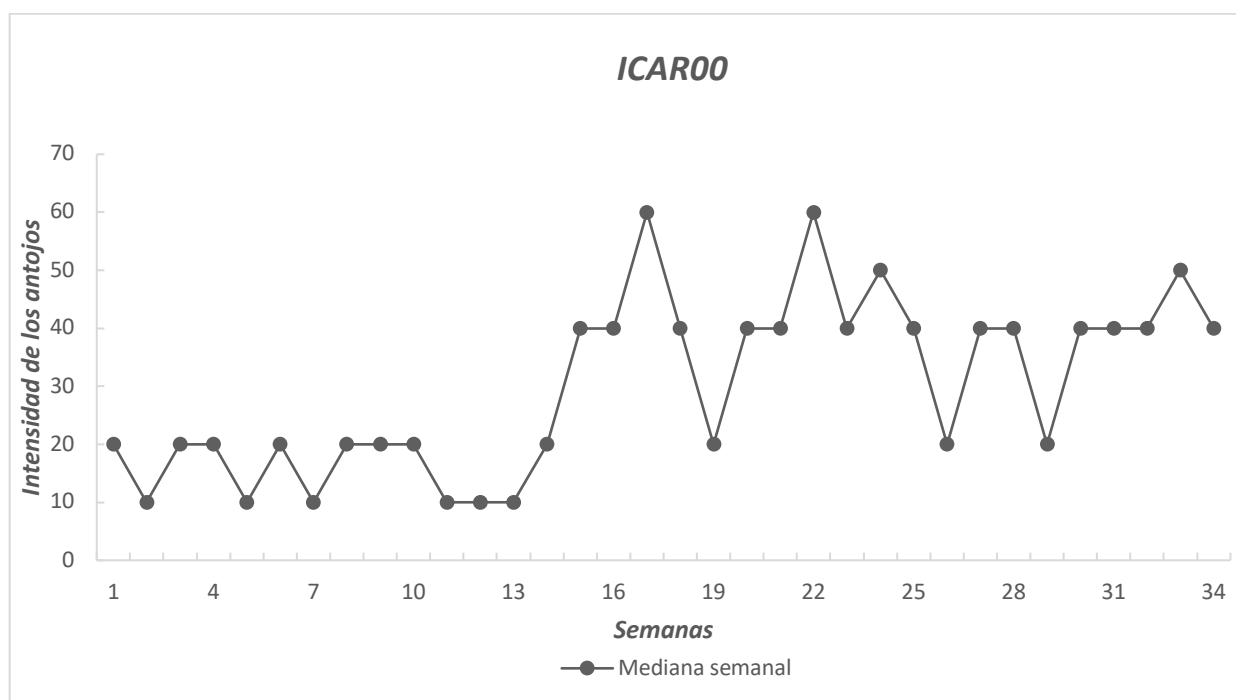


Nota: La duración del antojo fue reportada en intervalos de 5, 10, 15, 20, 30, 60 y 120 minutos.

En lo relativo a la intensidad experimentada del antojo por consumir metanfetaminas (véase Figura 6), si bien se observa durante las primeras 10 semanas un patrón de conducta estable, hacia la semana número 14 puede observarse una tendencia de incremento en la intensidad reportada, tendencia que se mantiene de manera cíclica hasta el final de las observaciones.

Figura 6

Intensidad semanal del antojo. Participante en lista de espera

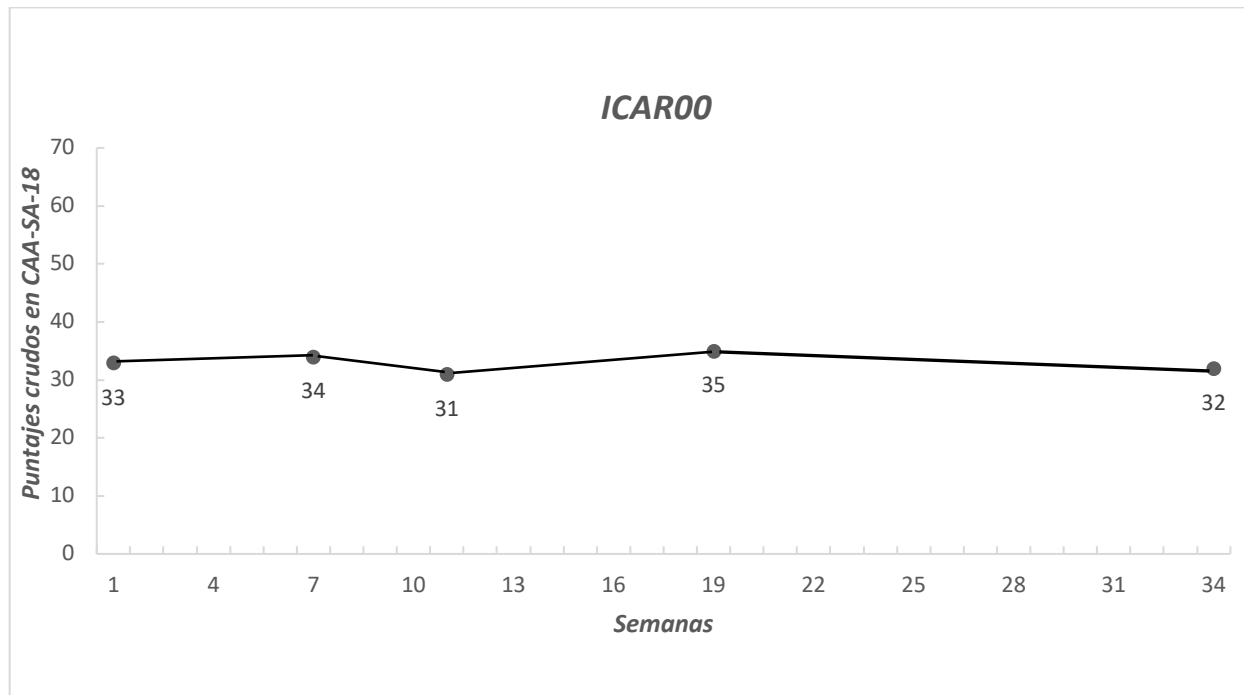


Nota: La intensidad del antojo fue reportada en una escala del 0-100, siendo 100 el máximo nivel.

Finalmente, en lo concerniente a la flexibilidad psicológica (Figura 7) se puede observar un patrón de conducta estable, es decir, una mínima variación entre un punto y el siguiente; lo más cercano a una línea recta.

Figura 7

Flexibilidad psicológica, participante en lista de espera



Nota: A mayor puntaje, mayor flexibilidad psicológica. Los puntajes fueron recabados en los mismos puntos de corte establecidos para el participante en tratamiento.

En suma, de acuerdo con todos los registros realizados por el participante en lista de espera, pudo observarse un patrón de conducta estable en cuanto a la frecuencia y duración de cada uno de los episodios de antojo por consumir, no así con la intensidad reportada, siendo posible observar un moderado incremento en dicha intensidad hacia el final de las semanas en observación. La flexibilidad psicológica, la otra variable de interés para esta investigación, mostró un patrón de conducta estable en ICAR00, sin una tendencia clara hacia el incremento o decremento de la conducta observada.

Resultados del participante en tratamiento (ICAR01)

A continuación, se presentan los resultados concernientes al participante en tratamiento. Para la evaluación de la magnitud del cambio terapéutico se utilizó el índice PND [*porcentaje de datos no solapados*] (Scruggs y Mastropieri, 1998), utilizado para evaluar diseños de caso único. Para el cálculo del PND se identificó el valor más extremo (el más bajo) en línea base. Dicho valor se representa en las siguientes figuras por una flecha horizontal de extremo a extremo (- - - >). Para este diseño de investigación se consideran los puntos por debajo de la línea PND como una medida de funcionalidad, es decir, se espera que la conducta observada disminuya o se mantenga por debajo de la línea conforme avanzan las semanas. El porcentaje se obtiene con la siguiente fórmula:

$$PND = \frac{\text{Nº de datos que exceden al dato más extremo de la línea base}}{\text{Total de número de datos del tratamiento o fase}} \times 100$$

Una vez obtenido el porcentaje, para la interpretación de la efectividad del tratamiento los autores de este índice (Scruggs y Mastropieri, 1998) proponen los siguientes valores (Tabla 8).

Tabla 8

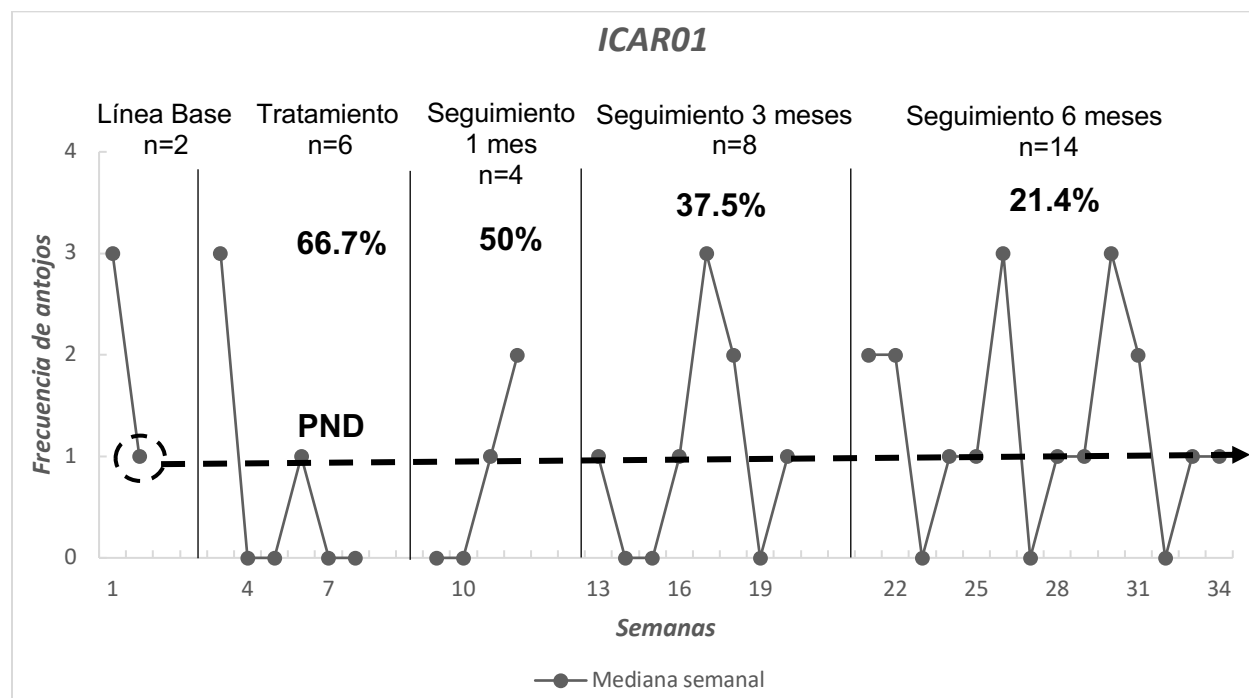
Valores PND convencionales para la interpretación de la efectividad del tratamiento

Porcentajes	Interpretación
< 50%	Tratamiento no efectivo
50% - 70%	Efectividad cuestionable
70% - 90%	Tratamiento efectivo
> 90%	Tratamiento bastante efectivo

Como puede observarse en la Figura 8, el valor extremo (más bajo) considerado para el PND es 1, de modo que la efectividad del tratamiento en la disminución de la frecuencia de episodios de antojo se resume en la Tabla 9:

Tabla 9*Efectividad del tratamiento en la disminución de la frecuencia del antojo por consumir*

Fase	PND	Interpretación
Tratamiento	66.7%	Efectividad cuestionable
Seguimiento 1mes	50%	Efectividad cuestionable
Seguimiento 3 meses	37.5%	Tratamiento no efectivo
Seguimiento 6 meses	21.4%	Tratamiento no efectivo

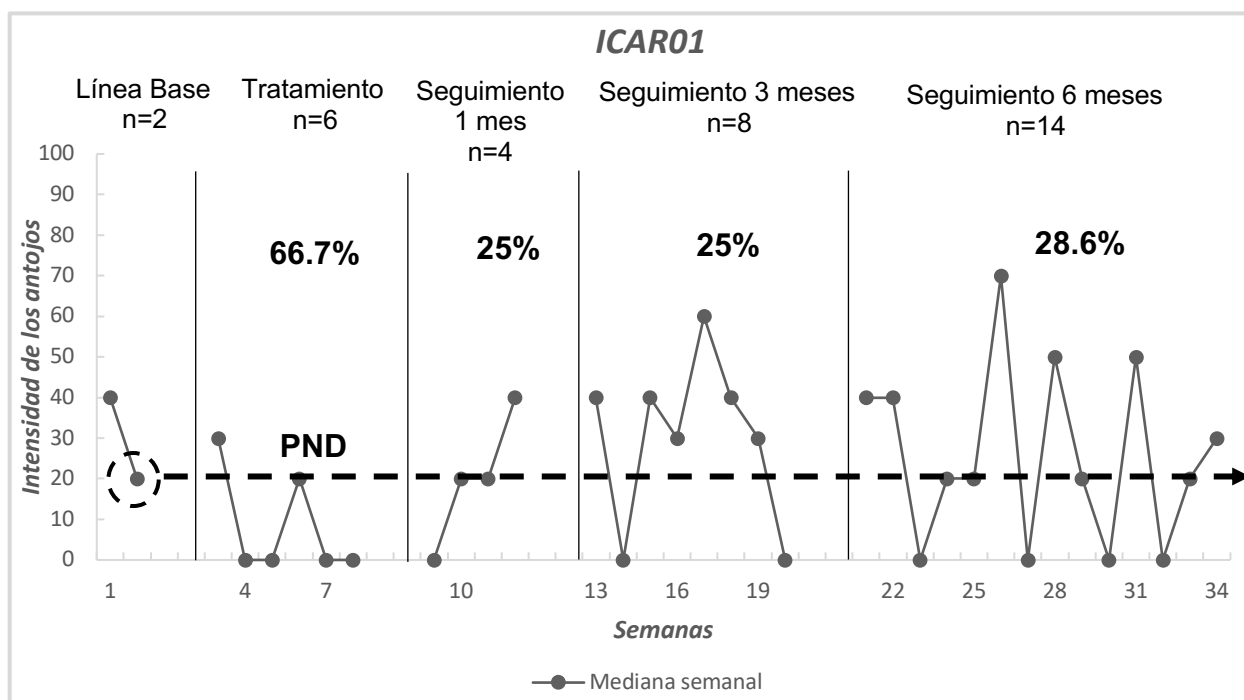
Figura 8*Frecuencia de episodios semanales de antojo. Participante en tratamiento*

Como puede apreciarse (véase Figura 8 y Tabla 9), se mantuvo una efectividad cuestionable tanto en la fase de tratamiento como en el seguimiento 1, no así en los seguimientos 2 y 3 donde el tratamiento no mostró efectividad para mantener a la baja la frecuencia de aparición de los episodios de antojo por consumir.

Por otra parte, respecto a la intensidad del antojo por consumir, el valor extremo considerado para el PND es 20 (véase Figura 9), en la Tabla 10 se pueden observar los porcentajes de efectividad del tratamiento.

Tabla 10*Efectividad del tratamiento en la disminución de la intensidad del antojo por consumir*

Fase	PND	Interpretación
Tratamiento	66.7%	Efectividad cuestionable
Seguimiento 1 mes	25%	Tratamiento no efectivo
Seguimiento 3 meses	25%	Tratamiento no efectivo
Seguimiento 6 meses	28.6%	Tratamiento no efectivo

Figura 9*Intensidad semanal del antojo. Participante en tratamiento*

Nota: La intensidad del antojo fue reportada en una escala del 0-100, siendo 100 el máximo nivel.

En resumen, la intensidad del antojo por consumir mostró una disminución durante el tratamiento (66.7%), no siendo así en los seguimientos, durante los cuales el tratamiento no demostró ser efectivo con base en el PND (ver Figura 9 y Tabla 10).

Respecto a los minutos de duración de los episodios de antojo por consumir, el valor extremo (más bajo) para el cálculo del PND fue 10 (véase Figura 10). El efecto del tratamiento para disminuir la duración de estos episodios se puede observar en la Tabla 11.

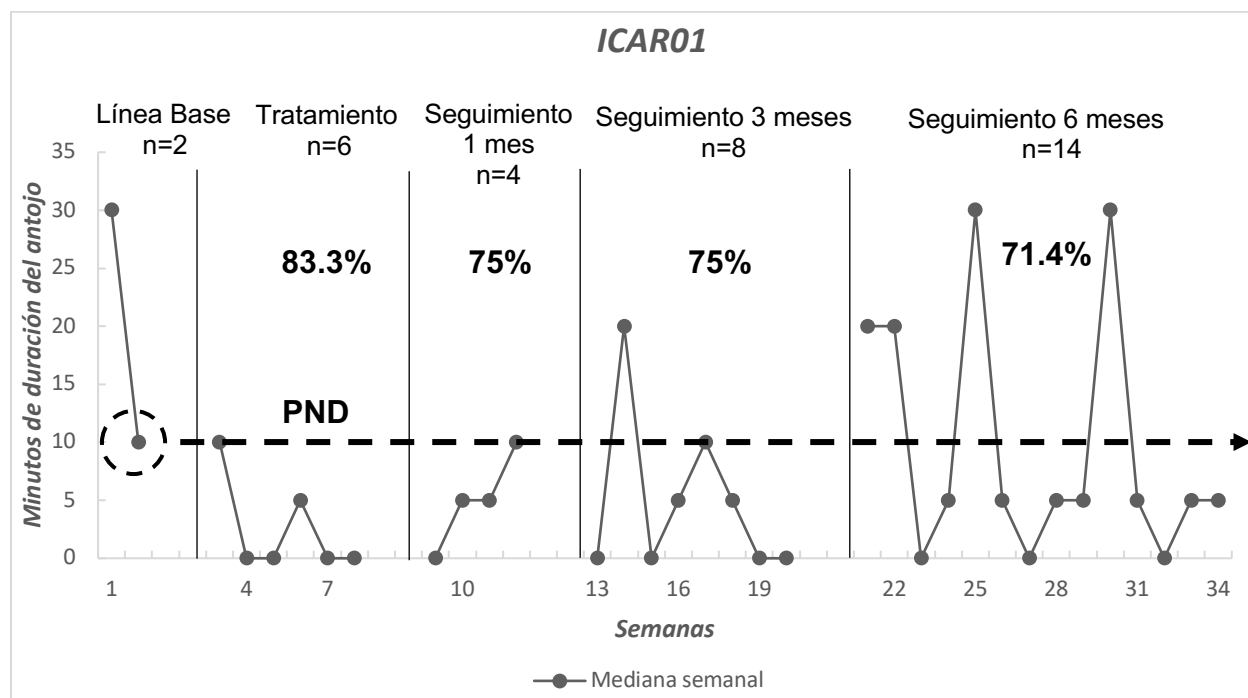
Tabla 11

Efectividad del tratamiento en la disminución de la duración del antojo por consumir

Fase	PND	Interpretación
Tratamiento	83.3%	Tratamiento efectivo
Seguimiento 1 mes	75%	Tratamiento efectivo
Seguimiento 3 meses	75%	Tratamiento efectivo
Seguimiento 6 meses	71.4%	Tratamiento efectivo

Figura 10

Duración del antojo, participante en tratamiento



Nota: La duración del antojo fue reportada en intervalos de 5, 10, 15, 30, 60 y 120 minutos.

Como puede constatarse al observar la Figura 10 y la Tabla 11, el tratamiento se mostró efectivo para reducir el tiempo de duración de los episodios de antojo por

consumir, tanto en la fase de tratamiento como en las de seguimiento.

Finalmente, para evaluar la magnitud del cambio terapéutico de la intervención sobre la flexibilidad psicológica, se utilizó el índice de Porcentaje de Datos que Exceden la Mediana o PEM [percentage of data points exceeding the median]. De acuerdo con su autor (Ma, 2006), el PEM se define como el porcentaje de datos de la fase de tratamiento que supera (por encima en medidas funcionales o por debajo en las disfuncionales) a la mediana del conjunto de datos.

Para su cálculo, se ordenan los datos de manera creciente con el fin de identificar la mediana de todo el conjunto de datos. Posteriormente, se dibuja una línea que atraviese horizontalmente los datos tomando como referencia la mediana identificada. Se observan los datos ubicados por encima de la línea PEM en medidas funcionales o los que están por debajo en medidas disfuncionales. El porcentaje se calcula con base en la siguiente fórmula:

$$PEM = \frac{\text{Nº de datos del tratamiento que exceden la mediana de la línea base}}{\text{Total de número de datos del tratamiento}} \times 100$$

Los valores convencionales que se sugieren para interpretar el índice de tamaño del efecto en el PEM pueden observarse en la tabla 12 (Ma, 2006):

Tabla 12

Valores PEM convencionales para la interpretación del tamaño del efecto

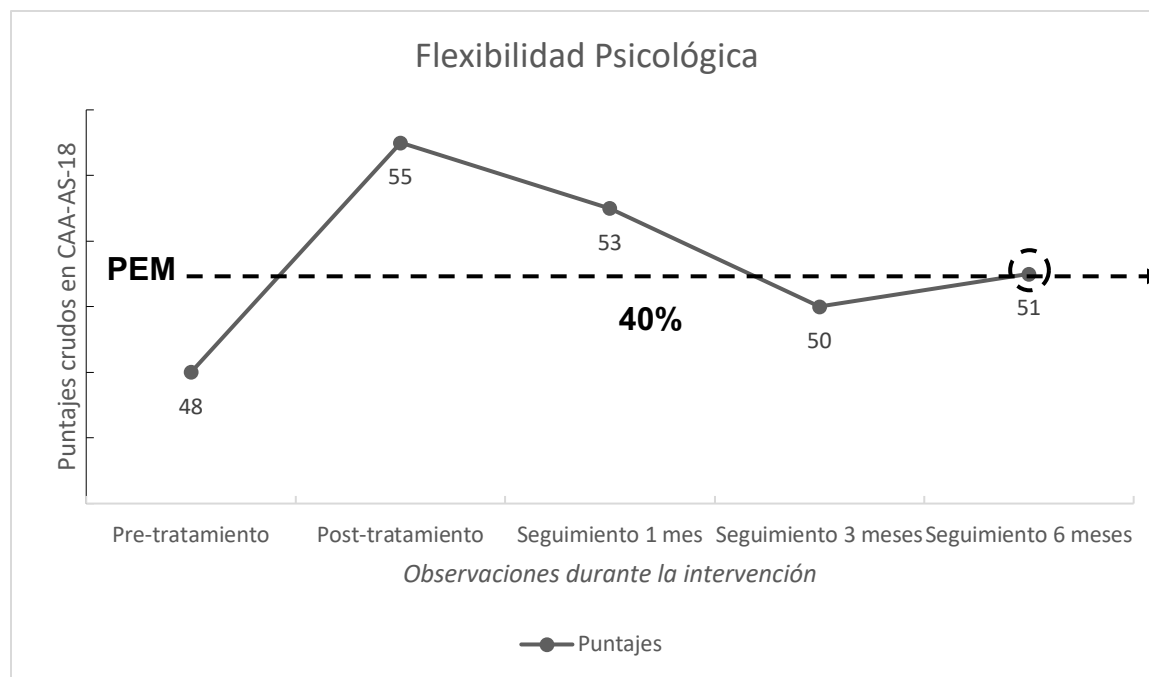
Porcentajes	Interpretación
< 70%	Tratamiento cuestionable o no efectivo
70% - 89%	Tratamiento moderadamente efectivo
> 90%	Tratamiento muy efectivo

En línea con lo anterior, se ubica la mediana en el conjunto de datos del participante en tratamiento siendo esta 51 (véase figura 11). Para el cálculo del tamaño del efecto se consideran únicamente los puntajes por encima de la línea PEM, es decir, aquellos puntajes que muestran un incremento en funcionalidad. El tamaño del efecto

que el tratamiento tuvo sobre la flexibilidad psicológica queda como se observa en la tabla 13.

Figura 11

Flexibilidad psicológica, participante en tratamiento



Nota: A mayor puntaje, mayor flexibilidad psicológica.

Tabla 13

Efectividad del tratamiento en la flexibilidad psicológica

Porcentaje	Interpretación
40%	Tratamiento cuestionable o no efectivo

En suma, de acuerdo con lo arrojado por el PEM, el tratamiento ICARUS-ACT no demostró ser efectivo para incrementar la flexibilidad psicológica de la persona que participó en el tratamiento. A continuación, se discuten los resultados arrojados en este proyecto de investigación.

VII. Discusión

En este apartado se exponen los principales aportes arrojados por la presente investigación, cuyo objetivo fue evaluar el efecto de una intervención conductual basada en ACT para la prevención de recaídas en el consumo de metanfetaminas. Las variables analizadas durante el estudio fueron las siguientes: 1. Frecuencia, intensidad y duración del antojo por consumir y 2. Flexibilidad psicológica. Para cada una de las anteriores variables se abordarán las contribuciones más relevantes.

1. Frecuencia, intensidad y duración del antojo

El antojo o craving ha enfrentado polémicas desde su denominación, la función que cumple en la adicción y, en definitiva, en las estrategias para medirlo (Tiffany y Wray, 2012). Si bien a lo largo de la intervención y del seguimiento efectuado por seis meses no se reportó consumo alguno, cabe cuestionarse si la abstinencia sostenida es producto de variables extrañas no contempladas en la investigación.

Aunque es indiscutible que existen instrumentos psicométricos diseñados para la medición del antojo, estos resultan parcialmente inadecuados al estar enfocados en reportar la experiencia del antojo frente a sustancias específicas como el alcohol (Bohn et al., 1995; Flannery et al., 1999; Guardia et al., 2004; Modell et al., 1992; Rubio y López, 1999), la cocaína (Halikas et al., 1991; Tejero y Trujols, 2003; Voris et al., 1991) y el tabaco (Heishman et al., 2003; Tiffany y Drobes, 1991).

Por otra parte, es de especial interés señalar que, si bien el tratamiento ICARUS-ACT demostró ser poco efectivo en la disminución del antojo por consumir, tanto en sus parámetros conductuales de frecuencia como de intensidad; no fue así con la duración de los episodios de antojo por consumir, en los cuales pudo observarse una disminución progresiva (de 20 a 6.5 minutos, en promedio) que se mantuvo hasta los seguimientos.

En un estudio desarrollado por Wang et al. (2013), se encontró que aquellos individuos con dependencia a la metanfetamina y que mantuvieron periodos prolongados de abstinencia (un año), mostraron una mejora en su control de impulsos, en la toma de

decisiones y en su estado emocional. Esto da cuenta de la importancia de impulsar estrategias que ayuden a las personas con problemas de consumo no solo a reducir la duración de sus episodios de antojo, sino a mantener periodos de abstinencia cada vez más prolongados.

En suma, dada la complejidad de un fenómeno como el antojo por consumir, una conducta encubierta desagradable a la que comúnmente escapan las personas que las experimentan, se hace indispensable el diseño y validación de instrumentos para la medición o monitoreo del antojo como una experiencia central en la conducta adictiva, independientemente de la sustancia que sea objeto de interés para los investigadores. Todo lo mencionado anteriormente es fundamental para el progreso de la psicología clínica en el ámbito de las adicciones, ya que facilitaría el desarrollo de intervenciones eficaces destinadas a predecir y prevenir la recaída en el consumo.

2. Flexibilidad psicológica

Estudios relativos al papel que juega la flexibilidad psicológica en el antojo por consumir, así como en el uso de drogas, siguen siendo un campo de investigación en ciernes. Como puede constatarse en el metaanálisis desarrollado por Li et al. (2019), quienes reconocen que su estudio (una revisión sistemática y metaanálisis de ensayos controlados aleatorizados sobre intervenciones basadas en la flexibilidad psicológica versus intervenciones psicológicas estándar en adicciones) es el primero en la materia, llegaron a la conclusión de que intervenciones basadas en la flexibilidad psicológica (tales como ACT y DBT) son especialmente útiles para el cese del consumo de drogas; debido a que mejoran la habilidad para lidiar con experiencias aversivas, sin recurrir al escape o evitación, manteniendo a la persona motivada para el cambio.

Por otra parte, al explorar el papel de la flexibilidad psicológica y el mindfulness sobre el efecto que ambos puedan ejercer en el antojo por consumir, Mallik et al. (2021) argumentan que la flexibilidad psicológica y el mindfulness se dirigen a aspectos completamente diferentes del antojo por consumir. Mientras que el mindfulness parece únicamente favorecer la toma de conciencia mientras ocurre el antojo, la flexibilidad psicológica estaría más relacionada con el curso de acción o, en otras palabras, las

respuestas de afrontamiento que se emplean una vez que se presenta un episodio de antojo.

Lo anterior da cuenta de la necesidad de que los tratamientos que pretendan modificar la experiencia del antojo por consumir y, en consecuencia, el consumo de sustancias psicoactivas, tienen que incluir en sus componentes tanto la flexibilidad psicológica como el mindfulness.

Si bien ambos componentes formaron parte del diseño e implementación de ICARUS-ACT, el presente estudio no logró demostrar efectividad del tratamiento; factor que pudo haber contribuido en buena medida a que tanto la frecuencia como la intensidad de los episodios por consumir no hayan presentado una disminución clínicamente significativa. Es importante promover investigaciones que analicen cada uno de estos componentes, así como los resultados que pueden alcanzar por separado.

Limitaciones y recomendaciones

Una de las primeras limitaciones encontradas al realizar esta investigación fue el acceso a los participantes. Al tratarse de personas que habían concluido tratamiento residencial, la mayoría no estaba en disposición de retomar tratamiento ambulatorio, por razones laborales y/o personales.

Por una parte, reclutar participantes fuera de internamiento y en sus actividades cotidianas, resultó en encontrar que la mayoría tenía poca disponibilidad en cuanto a sus horarios para asistir a las sesiones programadas para el tratamiento. Por otro lado, varios de los candidatos, al hacer un acercamiento a través de los centros donde fueron internados, se mostraron resistentes e incluso molestos a retomar cualquier actividad relacionada con el tratamiento de las adicciones; principalmente debido a lo que reportaron como experiencias desagradables (negligencia, abusos físicos y verbales) durante su internamiento.

Es bastante común que, en los centros de adicciones no profesionales se busque modificar el comportamiento a través del maltrato verbal, así como con el uso de castigos

físicos: como mantenerse de pie todo un día expuesto al sol, sentarse en posiciones incómodas, además de ser privados de alimentación y asistencia médica. Situaciones que, en su conjunto, propiciaron que las personas se mostraran resistentes a retomar tratamiento.

En lo referente al diseño de investigación, este estudio presenta limitaciones en lo que respecta a la línea base. Es importante ampliar las observaciones previo a la implementación del tratamiento, lo cual parte de que el investigador esté plenamente familiarizado tanto con el aspecto teórico de los diseños de caso único como con la evaluación de estos. Una vez cumplido lo anterior se estaría en mejores condiciones para la comparación de las fases del diseño de caso único (línea base, tratamiento, seguimientos) y así utilizar modelos más potentes de evaluación de la magnitud del cambio terapéutico.

Finalmente, se recomienda que en futuras investigaciones se incluyan medidas adicionales del antojo por consumir, tales como reactividad psicofisiológica, sesgo atencional hacia las señales de la droga y sueños relacionados con la droga. Las medidas fisiológicas, como las tecnologías de neuroimagen y las evaluaciones psicofisiológicas, son herramientas útiles para evaluar la adicción. Estas técnicas permiten identificar posibles biomarcadores y comprender los mecanismos neurobiológicos, lo cual puede orientar el desarrollo de tratamientos más eficaces y personalizados (Rosenberg, 2009).

Referencias

- Alvárez-García, H. (2019). Terapias contextuales. Una propuesta clínica desde una perspectiva post-skinneriana. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2), 42-57.
<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol22num2/Vol22No2Art15.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andersson, H., Wenaas, M. & Nordfjærn, T. (2019). Relapse after inpatient substance use treatment: A prospective cohort study among users of illicit substances. *Addictive Behaviors*, 90, 222-228. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.11.008>
- Annis, H., Schober, R. & Kelly, E. (1996). Matching addiction outpatient counseling to client readiness to change: The role of structured relapse prevention counseling. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4(1), 37-45.
<https://doi.org/10.1037/1064-1297.4.1.37>
- Baer, R. (2007). Mindfulness, assessment, and transdiagnostic processes. *Psychological Inquiry*, 18, 238–242.
<http://dx.doi.org/10.1080/10478400701598306>
- Balladares, S. & Saiz, M. (2015). Sentimiento y afecto. *Ciencias Psicológicas*, 9(1), 63-71. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v9n1/v9n1a07.pdf>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122>
- Barbero, A. (2022). Monográfico sobre la Terapia Contextual: Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *Revista de Psicoterapia*, 33(122), 1-4.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1152>
- Barceló-Soler, A., Monreal-Bartolomé, A., Navarro-Gil, M., Beltrán-Ruiz, M. & García-Campayo, J. (2018). Mindfulness aplicado a la atención primaria. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 25(10), 564-573.

<https://www.fmc.es/index.php?p=revista&tipo=pdf-simple&pii=S1134207218301907>

- Bickel, W. & Marsch, L. (2002). Toward a behavioral economic understanding of drug dependence: delay discounting processes. *Addiction*, 96, 73-83.
<https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2001.961736.x>
- Bohn, M., Krahm, D. & Staeheler, B. (1995). Development and initial validation of a measure of drinking urges in abstinent alcoholics. *Alcohol Clinical & Experimental Research*, 19(3), 600–606. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1995.tb01554.x>
- Bono, R. & Arnau, J. (2014). *Diseños de caso único en ciencias sociales y de la salud*. Síntesis.
- Bowen, S., Chawla, N. & Marlatt, A. (2013). *Prevención de recaídas en conductas adictivas basada en mindfulness*. Guía clínica. Desclée de Brouwer.
- Brandon, T., Vidrine, J. & Litvin, E. (2007). Relapse and Relapse Prevention. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 257-284.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091455>
- Centros de Integración Juvenil (2022). *Reporte del Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas. Droga de mayor impacto reportada por consumidores de drogas ilícitas solicitantes de tratamiento en Centros de Integración Juvenil del 2º semestre de 2004 al 1er semestre de 2022*. (Nivel Nacional y Entidades Federativa). (Informe de investigación 22-04g). CIJ.
<http://www.cij.gob.mx/programas/Investigacion/Epidemiologica.asp>
- De la Osa, I., De la Torre-Luque, A., Alcázar-Córcoles, M. & Benito, A. (2022). Aspectos neuropsicológicos y conducta violenta en consumidores de metanfetamina: una revisión sistemática. *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*, 16(3), 66-80. DOI: 10.7714/CNPS/16.3.205
- Doorley, J., Goodman, F., Kelso, K. & Kashdan, T. (2020). Psychological flexibility: what we know, what we do not know, and what we think we know. *Social and Personality Psychology Compass*, 14, 1-11. <https://doi.org/10.1111/spc3.12566>
- Dougher, M. (2011). *Clinical Behavior Analysis*. Context Press.
- Early, P. (1991). *The cocaine recovery book*. Sage Publications.
- Eissenberg, T. (2004). Measuring the emergence of tobacco dependence: the

- contribution of negative reinforcement models. *Addiction*, 99(1), 5-29.
<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00735.x>
- Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México. (2018). *Código de Ética de las y los Psicólogos Mexicanos*.
<https://colegiopsicologiaedomex.org.mx/wp-content/uploads/2022/10/codigo-de-etica.pdf>
- Flannery, B. Volpicelli, J. & Pettinati, H. (1999). Psychometric properties of the Penn Alcohol Craving Scale. *Alcohol Clinical & Experimental Research*, 3(8), 1289–1295. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10470970/>
- Forsyth, J., Parker, J. & Finley, C. (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. DOI:10.1016/S0306-4603(02)00216-2
- Ghouchani, S., Molavi, N., Massah, O., Sadeghi, M., Mousavi, S., Noroozi, M., Sabri, A. & Farhoudian, A. (2018). Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on aggression of patients with psychosis due to methamphetamine use: a pilot study. *Journal of Substance Use*, 23(4), 402-407.
<https://doi.org/10.1080/14659891.2018.1436602>
- Gloria-Garcés, C. & Vedana, K. (2013). Consumo de estimulantes del sistema nervioso central en estudiantes de enfermería y medicina de una universidad chilena. *Revista Electrónica Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 9(2), 62-69.
http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v9n2/es_03.pdf
- Gómez, A. & Conde, A. (2004). Craving y alcoholismo. *Medicina Clínica*, 123(6), 222-223. DOI: 10.1016/s0025-7753(04)74466-8
- Guardia, J. Segura, L. Gonzalvo, B. Trujols, J. Tejero, A. Suárez, A. & Martí, A. (2004). Estudio de validación de la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol. *Medicina Clínica*, 123(6), 211–216. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-estudio-validacion-escala-multidimensional-craving-13064414>
- Halikas, J. Kuhn, K. Crosby, R. Carlson, G. & Crea, F. (1991). The measurement of craving in cocaine patients using the Minnesota Cocaine Craving Scale. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 22–27. <https://doi.org/10.1016/0010->

[440X\(91\)90066-L](#)

- Hayes, S. & Pierson, H. (2005). Acceptance and Commitment Therapy in Freeman, A. (Ed.), *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*. Springer Science.
<https://psihoterapijafokus.com/wp-content/uploads/2021/06/Book-Encyclopedia-of-CBT.pdf#page=8>
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E. & Follete, V. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
<https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.597.5521&rep=rep1&type=pdf>
- Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S., Byrd, M. & Gregg, J. (2004). A preliminary trial of Twelve-Step Facilitation and Acceptance and Commitment Therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. *Behavior Therapy*, 35(4), 667-688.
[https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0005-7894\(04\)80014-5](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0005-7894(04)80014-5)
- Heishman, S. Singleton, E. & Moolchan, E. (2003). Tobacco Craving Questionnaire: reliability and validity of a new multifactorial instrument. *Nicotine and Tobacco Research*, 5(5), 645–654. <https://doi.org/10.1080/1462220031000158681>
- Hernández-López, M., Luciano, C., Bricker, J., Roales-Nieto, J. & Montesinos, F. (2009). Acceptance and commitment therapy for smoking cessation: a preliminary study of its effectiveness in comparison with cognitive behavioral therapy. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(4), 723-730.
<https://doi.org/10.1037/a0017632>
- Hersen, M. & Barlow, D. H. (1976). *Single case experimental designs: strategies for studying behavior change*. Pergamon Press. DOI:10.1017/S0813483900008834
- Horvath, A. (1988). Cognitive therapy and the addictions. *International Journal of Cognitive Therapy*, 4, 6-7.
- Ii, T., Sato, H., Watanabe, N., Kondo, M., Masuda, A., Hayes, S. C., & Akechi, T. (2019). Psychological flexibility-based interventions versus first-line psychosocial

- interventions for substance use disorders: Systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 13, 109–120. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.07.003>
- Jiménez, K. & Castillo, I. (2011). A través del cristal. La experiencia del consumo de metanfetaminas en Tijuana. *Región y Sociedad*, 23(50), 153-183. <https://www.redalyc.org/pdf/102/10218443007.pdf>
- Jurado, M. (2017). Una Mirada Introdutoria a la Terapia de Aceptación y Compromiso. *Revista Griot*, 10(1), 70-87. <https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/11907/11418>
- Kenford, S., Smith, S., Wetter, D., Jorenby, D., Fiore, M. & Baker, T. (2002). Predicting relapse back to smoking: contrasting affective and physical models of dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 216-227. DOI: 10.1037//0022-006X.70.1.216
- Kenford, S., Smith, S., Wetter, D., Jorenby, D., Fiore, M. & Baker, T. (2002). Predicting relapse back to smoking: contrasting affective and physical models of dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 216-227. <https://ctri.wiscweb.wisc.edu/wp-content/uploads/sites/240/2017/06/Kenford-Smith...Baker-JCCP-Predicting-relapse-back-to-smoking-02.pdf>
- Khakbaz, H., Farhoudian, A., Azkhosh, M., Dolatshahi, B., Karami, H. & Massah, O. (2016). The effectiveness of group acceptance and commitment therapy on emotion regulation in methamphetamine-dependent individuals undergoing rehabilitation. *International Journal of High-Risk Behaviors and Addiction*, 5(4), 1-9. <https://doi.org/10.5812/ijhrba.28329>
- Khal, K., Winter, L. & Schweiger, U. (2012). The third wave of cognitive behavioral therapies: what is new and what is effective?. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(6), 522-528. DOI: 10.1097/YCO.0b013e328358e531.
- Krafft, J., Potts, S., Schoendorff, B. & Levin, M. (2017). A Randomized Controlled Trial of Multiple Versions of an Acceptance and Commitment Therapy Matrix App for Well-Being. *Behavior Modification*, 00(0), 1-27. DOI: 10.1177/0145445517748561.
- Kushner, H. (2010). Toward a cultural biology of addiction. *BioSocieties*, 5(1), 8-24.

DOI: 10.1057/biosoc.2009.6

- Lavallee, Z. (2020). Addictive craving: there's more to wanting more. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 27(3), 227-238. <https://doi.org/10.1353/ppp.2020.0028>
- Laws, D. (1999). Relapse prevention: the state of the art. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(3), 285-302. <https://doi.org/10.1177/088626099014003005>
- Levine, H. (1978). The discovery of addiction. Changing conceptions of habitual drunkenness in America. *Journal of Studies of Alcohol*, 39(1), 143-174. DOI: 10.15288/jsa.1978.39.143
- Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165), 3-14. <https://doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2791>
- Luciano, C., Páez-Blarrina, M. & Valdivia-Salas, S. (2010). La Terapia de Aceptación y Compromiso en el consumo de sustancias como estrategia de evitación experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1), 141-165. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33712017009.pdf>
- Luna-Fabritius, A. (2015). Modernidad y drogas desde una perspectiva histórica. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 60(225), 21-44. <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmcps/v60n225/0185-1918-rmcps-60-225-00021.pdf>
- Ma, H-H. (2006). An Althernative Method for Quantitative Synthesis of Single-Subject Researches: Percentage of Data Points Exceeding the Median. *Behavior Modification*, 30(5), 598-617. <https://doi.org/10.1177/0145445504272974>
- Mallik, D., Kaplan, J., Somohano, V., Bergman, A., & Bowen, S. (2021). Examining the Role of Craving, Mindfulness, and Psychological Flexibility in a Sample of Individuals with Substance Use Disorder. *Substance Use & Misuse*, 56(6), 782–786. <https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1899220>
- Mañas, I. (2012). Nuevas terapias psicológicas: la tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, 40(1), 26-34. <http://centroippc.org/wp-content/uploads/2016/10/tercera-ola01.pdf>
- Marcus, B. & Simkin, L. (1994). The transtheoretical model: applications to exercise behavior. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 26(11), 1400-1404. <https://journals.lww.com/acsm->

[msse/Abstract/1994/11000/The transtheoretical model applications to.16.aspx](https://msse/Abstract/1994/11000/The%20transtheoretical%20model%20applications%20to.16.aspx)
[X](#)

- Marlatt, A. (1996). Models of relapse and relapse prevention: a commentary. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4(1), 55-60.
<https://doi.org/10.1037/1064-1297.4.1.55>
- Marlatt, A., Curry, S. & Gordon, J. (1988). A longitudinal analysis of unaided smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(5), 715-720.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.5.715>
- Marlatt, G. & Gordon, J. (1985). *Relapse Prevention*. Guilford Press.
- Marlatt, G. A. (1993). *La prevención de recaídas en las conductas adictivas: Un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual*. En M. Casas y M. Gossop (Eds.), *Recaída y prevención de recaídas* (pp.137-160). Sitges: Ediciones en Neurociencias.
- Marlatt, G. & Gordon, J. (eds.). (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford.
- McHugh, L. (2011). A new approach in psychotherapy: ACT (acceptance and commitment therapy). *The World Journal of Biological Psychiatry*, 12(1), 76-79.
DOI: 10.3109/15622975.2011.603225
- Méndez, B. (2005). *Medición del deseo en usuarios de cocaína: una evaluación a partir de un autorregistro* [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. <http://132.248.9.195/ptd2005/01921/0349579/0349579.pdf>
- Minda, J. (2021). Autoeficacia y riesgo de recaída en drogodependientes. *Revista Científica Retos de la Ciencia*, 5(11), 44-56.
<https://retosdelacienciaec.com/Revistas/index.php/retos/article/view/355/396>
- Modell, J. Glaser, F. Mountz, J. Schmaltz, S. & Cyr, L. (1992). Obsessive and compulsive characteristics of craving for alcohol in alcohol abuse and dependence: quantification by a newly developed questionnaire. *Alcohol Clinical & Experimental Research*, 16, 266–71. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1992.tb01374.x>
- National Institute on Drug Abuse NIDA. (2007). Abuso y Adicción a la Metanfetamina. *Serie de Reportes de Investigación*, (7), 1-8.

http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/RRmetanfeta.pdf

Nizama, M. (2015). Innovación conceptual en adicciones (primera parte). *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 78(1), 22-29.

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v78n1/a04v78n1.pdf>

Norcross, J. & Goldfried, M. (2005). The future of psychotherapy integration: a roundtable. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15(4), 392-471. DOI: 10.1037/1053-0479.15.4.392

O'Connor, M. (1995). Exercise promotion in physical education: application of the transtheoretical model. *Journal of Teaching in Physical Education*, 14(1), 2-12.

<https://doi.org/10.1123/jtpe.14.1.2>

O'donohue, W. & Fisher, J. (Eds.). (2009). *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavioral therapy*. John Wiley & Sons.

Ortiz-Fune, C., Kanter, J. & Arias, M. (2020). Burnout in mental health professionals: the role of psychological flexibility, awareness, courage and love. *Clínica y Salud*, 31(2), 85-90. <https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v31n2/1130-5274-clinsa-31-2-0085.pdf>

Páez, M. & Montesinos, F. (2019). Claves y evidencias en la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el tratamiento de las adicciones. *Análisis y Modificación de Conducta*, 45(171-172), 1-24.

<http://dx.doi.org/10.33776/amc.v45i171-2.3682>

Paulus, M. & Stewart, J. (2020). Neurobiology, clinical presentation, and treatment of methamphetamine use disorder. *Journal of the American Medical Association*, 77(9), 959-966. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2020.0246

Petersen, C. & Zettle, R. (2009). Treating inpatients with comorbid depression and alcohol use disorders: a comparison of Acceptance and Commitment Therapy versus Treatment as Usual. *The Psychological Record*, 59(4), 521-536. DOI: 10.1007/BF03395679

Pinto, P. (1998). Las drogas en la historia. *Salud Uninorte*, 13(1), 23-30.

<https://www.proquest.com/openview/d54eddb4020914f7b9a21022ef57468c/1?pg-origsite=gscholar&cbl=2027436>

- Pithers, W. (1990). Relapse prevention with sexual aggressors: a method for maintaining therapeutic gain and enhancing external supervision. En W. Marshall, D. Laws y H. Barbaree. (Eds.), *Handbook of Sexual Assault* (pp. 343-361). Springer. DOI: 10.1007/978-1-4899-0915-2_20
- Polk, K. & Schoendorff, B. (2014). *The ACT matrix: a new approach to building psychological flexibility across settings and populations*. New Harbinger.
- Prochaska, J. & DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276-288. DOI: 10.1037/h0088437.
- Reyes, M. (2017). Características distintivas de las terapias conductuales de tercera generación. *VERTIENTES Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 10-12. https://www.researchgate.net/profile/Michel_Reyes_Ortega/publication/337144826_Caracteristicas_distintivas_de_las_terapias_conductuales_de_tercera_generacion/links/5dc6db3c299bf1a47b25767e/Caracteristicas-distintivas-de-las-terapias-conductuales-de-tercera-generacion.pdf
- Reyes, M. (2021). *Morbimortalidad asociada a miocardiopatía dilatada secundaria a uso de metanfetaminas en un hospital de segundo nivel, estudio de casos y controles* [Tesis para obtener el diploma en la especialidad de cardiología clínica, Universidad Autónoma de San Luis Potosí]. <http://ninive.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/7352/TesisE.FM.2021.Morbimortalidad.Reyes.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Robledo, P. (2008). Las anfetaminas. *Trastornos Adictivos*, 10(3), 166-174. DOI: 10.1016/s1575-0973(08)76363-3
- Roizen, R. (2004). How does the nation's 'alcohol problem' change from era to era? En: S. Tracy and C. Acker (eds.). *Altering American Consciousness: The History of Alcohol and Drug Use in the United States, 1800–2000*. University of Massachusetts Press, pp. 61–87. DOI: [10.1093/alcalc/aql065](https://doi.org/10.1093/alcalc/aql065)
- Rosenberg, H. (2009). Clinical and laboratory assesment of the subjective experience of drug craving. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 519-534. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.002>
- Rubio, G. & López, M. (1999). Validación del cuestionario sobre los componentes

- obsesivo-compulsivos de bebida en alcoholicos españoles. *Adicciones*, 11, 7–16. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.590>
- Ruiz, M., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Sánchez-Hervás, E., Molina, N., Del Olmo, R., Tomás, V. & Morales, E. (2001). Craving y adicción a drogas. *Trastornos Adictivos*, 3(4), 237-243. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/craving_y_adiccion.pdf
- Sandín, B., Chorot, P. & Valiente, R. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203. https://www.aepcp.net/arc/02_2012_n3_sandin_chorot_valiente.pdf
- Sanz, J. & García-Vera, M. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, 26(3), 167-180. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2015.09.004>.
- Schwabach, J., Bartley, J. & Polk, K. (2018). Sorting it out: a framework for increasing mental flexibility and valued action in athletes using the ACT matrix. *Journal of Sport Psychology in Action*, 10(4), 208-213. <https://doi.org/10.1080/21520704.2018.1549638>
- Scruggs, T. & Mastropieri, M. (1998). Summarizing single-subject research: issues and applications. *Behavior Modification*, 22(3), 221-242. <https://doi.org/10.1177/01454455980223001>
- Secades, R. (1997). Evaluación conductual en prevención de recaídas en la adicción a las drogas: estado actual y aplicaciones clínicas. *Psicothema*, 9(2), 259-270. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7404/7268>
- Secretaría de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol*. http://inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/ena/ENCODAT_DROGAS_2016-2017.pdf
- Siefried, K., Acheson, L., Lintzeris, N. & Ezard, N. (2020). Pharmacological treatment of methamphetamine/amphetamine dependence: A systematic review. *CNS*

- Drugs*, 34, 337-365. <https://doi.org/10.1007/s40263-020-00711-x>
- Skinner, B.F. (1974). *Sobre el conductismo*. Planeta.
- Skinner, M. & Aubin, H. R. (2010). Craving's place in addiction theory: Contributions of the major models. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34(4), 606-623. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.11.024>
- Smout, M., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W. & White, J. (2010). Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: a preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy. *Substance Abuse*, 31(2), 98-107. DOI: 10.1080/08897071003641578
- Stange, J., Alloy, L. & Fresco, D. (2017). Inflexibility as a vulnerability to depression: a systematic qualitative review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(3), 245-276. DOI: 10.1111/cpsp.12201.
- Strosahl, K., Hayes, S., Wilson, K. & Gifford, E. (2004). An ACT Primer. In: Hayes, S.C., Strosahl, K.D. (eds) *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7_2
- Tejero, A. & Trujols, J. (2003). *Instrumentos clínicos para la evaluación de la dependencia de cocaína*. Ars Médica.
- Tiffany, S. (1990). A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: Role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological Review*, 97(2), 147–168. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.97.2.147>
- Tiffany, S. & Drobes, D. (1991). The development and initial validation of a questionnaire on smoking urges. *British Journal of Addiction*, 86(11), 1467–1476. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01732.x>
- Tiffany, S. & Wray, J. (2012). The clinical significance of drug craving. *Annals of The New York Academy of Sciences*, 1248, 1-17. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06298.x>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2020a). World Drug Report 2020. Drug Use and Health Consequences. https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_2.pdf
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2020b). World Drug Report 2020.

- Socioeconomic Characteristics and Drug Use Disorders.
https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_5.pdf
- Valdés, A., Vento, C., Hernández, D., Álvarez, E. & Díaz, G. (2018). Drogas, un problema de salud mundial. *Revista Universidad Médica Pinareña*, 14(2), 168-183. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revunimedpin/ump-2018/ump182j.pdf>
- Voris, J. Elder, I. & Sebastian, P. (1991). A simple test of cocaine craving and related responses. *Journal of Clinical Psychology*, 47(2), 320–323.
[https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199103\)47:2%3C320::AID-JCLP2270470221%3E3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199103)47:2%3C320::AID-JCLP2270470221%3E3.0.CO;2-F)
- Wang G, Shi J, Chen N, Xu L, Li J, Li P, Sun Y & Lu L. (2013). Effects of Length of Abstinence on Decision-Making and Craving in Methamphetamine Abusers. *PLOS one*, 8(7), e68791. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0068791>
- Wills, T. (1990). Stress and coping factors in the epidemiology of substance use. En L. T. Kozlowski, H. M. Annis, H. D. Cappell, F. B. Glaser, M. S. Goodstadt, Y. Israel, H. Kalant, E. M. Sellers, y E. R. Vingilis (Eds.), *Research advances in alcohol and drug problems*, Vol. 10, pp. 215–250. Plenum Press.
https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1669-3_7
- Witkiewitz, K., Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S. H. (2013). *Mindfulness-based relapse prevention for substance craving*. *Addictive Behaviors*, 38(2), 1563–1571. DOI:10.1016/j.addbeh.2012.04.001
- Yen, CF., Wu, HY., Yen, JY. & Ko, CH. (2004). Effects of brief cognitive-behavioral interventions on confidence to resist the urges to use heroin and methamphetamine in relapse-related situations. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(11), 788-791. DOI: 10.1097/01.nmd.0000144699.80765.7f
- Zou, Z., Wang, H., d'Oleire Uquillas, F., Wang, X., Ding, J. & Chen, H. (2017). Definition of Substance and Non-substance Addiction. In Zhang, X., Shi, J. & Tao, R. (Ed.), *Substance and Non-substance Addiction* (Vol. 1010, pp 169-202). Springer Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-10-5562-1_2

Apéndice 1. Cuestionario de Aceptación Acción Adaptado a Sustancias.

CAA-AS-18

Fecha: ____/____/____. Folio: _____

Abajo encontrarás una lista de afirmaciones. Por favor, califica que tan verdadera es cada afirmación para ti, para calificarla ayúdate de la escala que se muestra debajo y encierra en un círculo uno de los números que aparece a un lado de la afirmación. El término sustancia es usado en las afirmaciones para referirse tanto a drogas (cocaína, marihuana, solventes, etc.) como al alcohol y al cigarro.

1	2	3	4	5	6	7
NUNCA ES VERDADERO	MUY RARA VEZ ES VERDADERO	MUY POCAS VECES ES VERDADERO	A VECES ES VERDADERO	FRECUENTE MENTE ES VERDADERO	CASI SIEMPRE ES VERDADERO	SIEMPRE ES VERDADERO

1.- Puedo hacer cosas que son importantes para mí aun cuando estoy sintiendo impulsos de consumir sustancias.	1	2	3	4	5	6	7
2.- Mis impulsos y deseos de consumir sustancias dificultan que consiga mis metas.	1	2	3	4	5	6	7
3.- Si tengo impulsos de consumir sustancias, entonces soy un adicto.	1	2	3	4	5	6	7
4.- Trato de lograr mis metas de sobriedad, aun si estoy inseguro de que pueda lograrlas.	1	2	3	4	5	6	7
5.- Trabajo en la dirección de las cosas que importan, aun cuando a veces siento deseos de consumir sustancias.	1	2	3	4	5	6	7
6.- Puedo fijar un rumbo en mi vida y seguirlo, aun si tengo dudas sobre mi sobriedad.	1	2	3	4	5	6	7
7.- Los recuerdos de mi historia de consumo de sustancias hacen difícil vivir una vida que yo consideraría importante.	1	2	3	4	5	6	7
8.- Tener algunas preocupaciones sobre el consumo de sustancias evitará que viva una vida plena. *	1	2	3	4	5	6	7
9.- Los impulsos y deseos de consumir sustancias causan problemas en mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
10.- Cuando pienso en el consumo de sustancias, mi mente está en "piloto automático".	1	2	3	4	5	6	7
11.- Sentirme triste o ansioso me hace querer usar sustancias.	1	2	3	4	5	6	7
PUNTAJE							



Apéndice 2. Autorregistro conductual de antojo por consumir.

AUTORREGISTRO CONDUCTUAL

Aprendiendo a observar mi comportamiento y el costo que puede tener en mi vida.

Fecha: ____/____/____. Folio: _____

DESEO DE CONSUMIR (Méndez, 2005)												
Consumo: Sí () No () Frecuencia Marca el número de episodios de deseo que se presentaron en el día. () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 o más	Deseo: Sí () No () Intensidad Marca con una X el grado de severidad del episodio más significativo. <table border="1"> <tr> <td>0%</td><td>10%</td><td>20%</td><td>30%</td><td>40%</td><td>50%</td><td>60%</td><td>70%</td><td>80%</td><td>90%</td><td>100%</td> </tr> </table> Sin deseo Deseo intenso	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%		
Duración Marca el tiempo aproximado del episodio más significativo. () 0-5 min. () 6-10 min. () 11-20 min. () 21-30 min. () 31-45 min. () 46-60 min. () 1-2 hrs. () más de 2 hrs.	Disparador Situaciones, personas, lugares o cosas. Describe la situación a detalle en las siguientes columnas:											
Ansiedad <table border="1"> <tr> <td>0%</td><td>10%</td><td>20%</td><td>30%</td><td>40%</td><td>50%</td><td>60%</td><td>70%</td><td>80%</td><td>90%</td><td>100%</td> </tr> </table> NADA INTENSA MUY INTENSA		0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%		



¿Qué ocurrió, dónde, cuándo, quiénes estaban?	¿Qué pensamientos, emociones, impulsos o sensaciones (físicas) incómodas aparecieron?

¿Qué hice o dejé de hacer para evitar el malestar o la incomodidad?	¿Qué experimenté inmediatamente (pensamientos, emociones, impulsos, sensaciones)? ¿Cómo se sintió?

¿Fue útil para deshacerme del malestar a largo plazo, horas o días después? ¿Por qué?	Lo que hice o dejé de hacer para evitar el malestar o la incomodidad ¿Me acercó o alejó de mis valores? ¿De qué lado de mi matrix me pone?



18% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 18%  Fuentes de Internet
- 11%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

-  **Caracteres reemplazados**
46 caracteres sospechosos en N.º de páginas
Las letras son intercambiadas por caracteres similares de otro alfabeto.
-  **Texto oculto**
49 caracteres sospechosos en N.º de página
El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



A quien corresponda,

Por este medio, quien abajo firma, bajo protesta de decir verdad, declara lo siguiente:

- Que presenta para revisión de originalidad el manuscrito cuyos detalles se especifican abajo.
- Que todas las fuentes consultadas para la elaboración del manuscrito están debidamente identificadas dentro del cuerpo del texto, e incluidas en la lista de referencias.
- Que, en caso de haber usado un sistema de inteligencia artificial, en cualquier etapa del desarrollo de su trabajo, lo ha especificado en la tabla que se encuentra en este documento.
- Que conoce la normativa de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en particular los Incisos IX y XII del artículo 85, y los artículos 88 y 101 del Estatuto Universitario de la UMSNH, además del transitorio tercero del Reglamento General para los Estudios de Posgrado de la UMSNH.

Datos del manuscrito que se presenta a revisión		
Programa educativo	Maestría en Psicología	
Título del trabajo	Prevención de recaídas en el consumo de metanfetaminas: Efectos de un tratamiento conductual (ICARUS-ACT) en el antojo y la flexibilidad psicológica.	
	Nombre	Correo electrónico
Autor/es	Giovanni Benigno Razo Ramírez	giovanni.razo.ramirez@umich.mx
Director	Roberto Oropeza Tena	roberto.oropeza@umich.mx
Codirector		
Coordinador del programa	Blanca Edith Pintor Sánchez	mae.psicologia@umich.mx

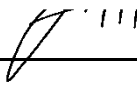
Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Asistencia en la redacción	No	

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Traducción al español	No	
Traducción a otra lengua	Si	Abstract
Revisión y corrección de estilo	No	
Análisis de datos	No	
Búsqueda y organización de información	No	
Formateo de las referencias bibliográficas	No	
Generación de contenido multimedia	No	
Otro	No	

Datos del solicitante	
Nombre y firma	Giovanni Benigno Razo Ramírez 
Lugar y fecha	Morelia Michoacán, 1 de octubre de 2025.