



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**Comparación de dos tratamientos cognitivo
conductuales para usuarios de marihuana en
contexto penitenciario**

TESIS PRESENTADA POR

Omar Bravo Alcocer

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE

Maestro en Psicología

COMITÉ TUTORAL

Roberto Oropeza Tena (Tutor)

Doctor en Psicología

Mónica Fulgencio Juárez

Doctora en Psicología

Gabriela Navarro Contreras

Doctora en Psicología Social

REVISORES

Eiji Alfredo Fukushima Taniguchi

Maestro en Psicología

María Elena Rivera Heredia

Doctora en Psicología

MORELIA, MICH., ENERO 2018



Índice

Tabla de abreviaturas	5
Resumen	6
Abstract	7
Introducción	8
Capítulo I. Modelos cognitivo conductuales de intervención	
Características de los modelos cognitivo conductuales	11
Elementos teóricos del modelo cognitivo conductual	12
Condicionamiento clásico	12
Condicionamiento operante o instrumental	15
Cognitivo social	17
Teoría cognitiva	20
Diferencias entre tratamientos e intervenciones cognitivo conductuales	22
Intervenciones	22
Tratamientos	23
Semejanzas y diferencias	24
Componentes de los modelos cognitivo conductuales	25
Entrevista motivacional	25
Estrategias de afrontamiento	26
Prevención de recaídas	26
Aplicación grupal de tratamientos cognitivo conductuales	27
Capítulo II. Consumo de marihuana	
Breve historia de la marihuana	29
Farmacocinética y farmacodinamia	30
Datos epidemiológicos	31
Datos epidemiológicos en población penitenciaria	32
Consecuencias para la salud	34
Tratamientos farmacológicos	35
Planteamiento del problema	
Justificación	36
Objetivos	37
Hipótesis	37

Método

Participantes	38
Instrumentos	38
Escenario	40
Diseño	40
Procedimiento	41
Consideraciones éticas	42

Resultados

TBUD	44
IBUM	50
Comparaciones grupales	56

Discusión	61
------------------------	----

Referencias	69
--------------------------	----

Apéndices	80
------------------------	----

Tabla de abreviaturas

Siglas	Significado
BAI	Inventario de Ansiedad de Beck
BDI	Inventario de Depresión de Beck
CAD	Cuestionario de Abuso de Drogas
CBCS	Cuestionario Breve de Confianza Situacional
CDCS	Cuestionario Diagnóstico del Consumo de Sustancias
CERESO	Centro de Readaptación Social
ENA	Encuesta Nacional de Adicciones
IBUM	Intervención Breve para Usuarios de Marihuana
LIBARE	Línea Base Retrospectiva
TBUD	Tratamiento Breve para Usuarios de Drogas
TCC	Tratamientos Cognitivo Conductuales
THC	Tetrahidrocannabinol

Resumen

En México la marihuana es la droga ilegal con mayor consumo, ocasiona enfermedades físicas y psicológicas. Por otro lado, las personas en situación penitenciaria, se consideran una población vulnerable para el desarrollo de conductas adictivas por sus características de exclusión. Se considera necesario la evaluación de tratamientos eficaces para la modificación de tales comportamientos. Desde el enfoque cognitivo conductual, se propone desarrollar intervenciones grupales para beneficiar a un mayor número de personas en un tiempo similar. La presente investigación tiene el propósito de comparar dos tratamientos cognitivo conductuales aplicados grupalmente para lograr la abstinencia de marihuana. Participaron 11 hombres en contexto penitenciario (rango de edad = 25 - 53), cuatro recibieron el Tratamiento Breve para Usuarios de Drogas (TBUD) y siete la Intervención Breve para Usuarios de Marihuana (IBUM). Diseño cuasiexperimental con mediciones pre y post tratamiento y tres seguimientos. Se evaluó el patrón de consumo, nivel de dependencia a la sustancia, abuso de drogas, confianza para mantenerse sin consumo en situaciones de riesgo, ansiedad y depresión. Los resultados mostraron efectividad para lograr la abstinencia con ambos tratamientos, no existieron diferencias estadísticamente significativas para reducir la ansiedad pero si para la depresión, confianza situacional, dependencia y abuso de drogas. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos tratamientos, aunque clínicamente se logró mayor involucramiento en actividades sociorecreativas y laborales en los participantes del TBUD. Para futuros tratamientos en contexto penitenciario, se sugiere medir otros indicadores relacionados como las habilidades sociales o estrategias de afrontamiento para corroborar los cambios observados en los grupos.

Palabras clave: tratamiento cognitivo conductual, marihuana, tratamiento grupal, contexto penitenciario, adicciones.

Abstract

In Mexico marijuana is the illegal drug with highest consumption, causes physical and psychological diseases. On the other hand, the imprisoned people is considered a vulnerable population for the development of addictive behavior due to its exclusion characteristics. The evaluation of effective treatments for the modification of such behaviors is considered necessary. From the cognitive behavioral approach, it is proposes to develop group interventions to benefit a greater number of people in a similar time. The present research aims to compare two cognitive behavioral treatments applied in group to achieve marijuana abstinence. Eleven imprisoned men participated, four received the Brief Treatment for Users of Drugs (TBUD) and seven received the Brief Intervention for Marijuana Users (IBUM). It consisted of a quasi-experimental design with pre and post treatment measurements and three follow-ups. Pattern of consumption, level of dependence on substance, drug abuse, confidence to remain without consumption in situations of risk, anxiety and depression were evaluated. The results showed effectiveness to achieve abstinence with both treatments. There were no statistically significant differences to reduce anxiety. But there were for depression, situational confidence, dependence and drug abuse. No statistically significant differences were found between the two treatments, although clinically it was possible to get more involved in recreational and work activities in TBUD participants. For future treatments in the prison context, it is suggested to measure other related indicators such as social skills or coping strategies to corroborate the changes observed in the groups.

Key words: cognitive behavioral treatment, marijuana, group treatment, prisons, addictive behavior.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el consumo de cannabis en sus distintas formas de uso (entre las que destaca la marihuana) tiene la prevalencia más elevada en el mundo en lo que respecta a las drogas ilegales. De acuerdo con la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) en su Informe Mundial sobre las Drogas del 2014 se reportó que 177.63 millones de personas en el mundo consumen cannabis. De igual forma, según lo reportado por la sexta y séptima Encuesta Nacional de Adicciones en México, la marihuana también es la sustancia ilegal de mayor consumo, y no solo eso, sino que ha registrado una tendencia a incrementar su uso de acuerdo a la comparación de resultados entre estas dos últimas encuestas de adicciones (ENA, 2011 y 2016).

Un aspecto importante a resaltar, es que actualmente existe cierta controversia acerca de dos posturas contrarias, por un lado la legalización del uso de marihuana con fines recreativos y medicinales, y por otro lado, continuar con la prohibición de dicha sustancia. Sin embargo, desde una postura acorde a la perspectiva de las ciencias de la salud, hay evidencia acerca de las consecuencias nocivas de su uso (De la Fuente, 2015) lo que lo vuelve un problema sanitario. Estas repercusiones, van desde daños al sistema respiratorio, hasta afectaciones en las funciones cognitivas (Anderson, Rizzo, Block, Pearson y O'Leary, 2010) e incluso enfermedades del estado de ánimo como la ansiedad o trastornos mentales como la esquizofrenia (OMS, 1997). Esta situación hace necesario que se propongan desde las distintas disciplinas de la salud, formas de intervención para tal problemática que aporten a su resolución manteniendo una postura neutra en lo que refiere a la prohibición o legalización.

Debido al problema de salud que representa el consumo de marihuana y al elevado número de personas con problemas por dicha conducta adictiva que existe en México, se considera relevante continuar diseñando, actualizando y evaluando la efectividad de tratamientos psicológicos que brinden herramientas a las personas de distintos estratos sociales y culturales del país. Así mismo, es importante generar propuestas de intervención para poblaciones con características específicas, tal como las personas recluidas en centros de readaptación social que presentan mayor vulnerabilidad a tales problemáticas de salud (Bergman y Azaola, 2007). Entre otros modelos de intervención, el enfoque cognitivo conductual como modelo integral que permite la comprensión del ser humano para lograr cambiar de manera evidente tanto conductas como cogniciones desadaptativas, brinda las herramientas adecuadas para problemáticas de salud como lo son las adicciones. En este

sentido, el principal objetivo que buscan estas intervenciones es el logro de la abstinencia en las personas con consumo de sustancias.

Por otra parte, el desarrollo de nuevas vías de tratamiento, como puede ser la aplicación grupal de los mismos, permite ampliar su aplicación a un mayor número de personas. En este sentido, la presente investigación tiene como propuesta de estudio la evaluación tanto del Tratamiento Breve para Usuarios de Drogas (TBUD) como de la Intervención Breve para Usuarios de Marihuana (IBUM) en su aplicación grupal. Lo que se trata de indagar es, la comparación de ambos modelos para atender a usuarios de marihuana y evaluar su efectividad para lograr la abstinencia.

Por lo anterior, en el primer capítulo se detallan las principales características de los modelos cognitivo conductuales de intervención y su pertinencia en los problemas agudos del comportamiento. Se detallan los principales componentes teóricos que sustentan los programas de tratamiento cognitivo conductuales del TBUD y la IBUM. Estos elementos que se describen son el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante, la teoría cognitivo social y la teoría cognitiva. Se señalan las generalidades de cada teoría, la explicación que realizan de las conductas adictivas y sus principales estrategias que se utilizan en los programas de Tratamiento Cognitivo Conductual (TCC). Por otra parte, se mencionan las características de las intervenciones y los tratamientos, describiendo las diferencias encontradas respecto a los rasgos de ambas. Por último se mencionan algunos componentes que complementan a los TCC para las adicciones, tales como la entrevista motivacional, la prevención de recaídas y las estrategias de afrontamiento, así como las ventajas de aplicar de forma grupal dichas intervenciones.

En el segundo capítulo se señalan algunas generalidades respecto al consumo de marihuana. Se hace una breve descripción de la historia de dicha planta, desde su utilidad por su uso textil, los primeros registros de su utilización como sustancia psicotrópica hasta la actualidad, donde se debate su prohibición o legalización para fines recreativos. Por otra parte, se señalan brevemente la farmacocinética y farmacodinamia de dicha planta. Posteriormente se mencionan los datos epidemiológicos a nivel global, así como en México y de forma más específica la situación del consumo en contexto penitenciario. Por último en este capítulo, se detallan las consecuencias nocivas hacia la salud que tiene el consumo de marihuana, se señalan algunas de sus propiedades terapéuticas de ciertos componentes aislados de la planta y se abordan ciertos aspectos desde la perspectiva de las ciencias de la salud en torno al debate de su legalización o prohibición.

Por último, se detallan los elementos del método (participantes, instrumentos y procedimiento) realizado para la aplicación de la intervención y tratamiento donde se acudió a un centro penitenciario para brindar el servicio psicológico a personas que lo pudieran requerir. Se señalan las consideraciones éticas acordes a lineamientos nacionales e internacionales en diseños de investigación con personas. En cuanto a los resultados, se presentan los cambios observados en las distintas variables medidas con ambos tratamientos y al final la comparación de los mismos en los dos grupos. Respecto a las conclusiones y dado a los cambios favorables con ambos tratamientos en el patrón de consumo y demás variables, se destaca la importancia de continuar desarrollando propuestas de TCC es grupales para las conductas adictivas. Sin embargo, se sugiere evaluar indicadores como las habilidades sociales o estrategias de afrontamiento para determinar con mayor precisión si existen diferencias en dichas variables en los grupos de tratamiento.

Capítulo 1. Modelos cognitivo conductuales de intervención

En este capítulo, se describen los tratamientos cognitivo conductuales, así como la pertinencia que tiene desarrollar y continuar aportando evidencia que enriquezca el valor empírico de los programas que se aplican en los tratamientos de adicciones. Además, se explican los principales elementos teóricos y postulados, así como su aplicación al complejo fenómeno de las conductas adictivas. Posteriormente, se comparan las características tanto de los tratamientos y las intervenciones breves para aclarar las diferencias entre ambos conceptos. Por último, se especifican los componentes de los tratamientos cognitivo conductuales así como las técnicas que se han utilizado y un breve acercamiento a los tratamientos grupales desde este enfoque.

Características de los tratamiento cognitivo conductuales

De los distintos enfoques psicológicos de intervenciones terapéuticas que existen, es importante destacar el uso de las terapias basadas en evidencia empírica (Echeburúa, Salaberría, de Corral y Polo-López, 2010) para tratar de manera efectiva las diversas problemáticas de salud, entre ellas las conductas adictivas.

En este sentido, un enfoque psicológico que ha logrado posicionarse dentro de las terapias basadas en evidencia es el cognitivo conductual. Dicho enfoque, como su nombre lo indica, tiene sus orígenes tanto en las propuestas de la teoría cognitiva y del aprendizaje social, como en técnicas de modificación conductual y terapia de la conducta. La convergencia de los postulados cognitivos con los conductuales, logra conformar un enfoque terapéutico y de comprensión del comportamiento humano desde una visión que integran la realidad biopsicosocial del ser humano en distintas problemáticas, como pueden ser las adicciones.

Se trata de un enfoque integral con fines principalmente terapéuticos y de aprendizaje para disminuir o eliminar conductas desadaptativas, así como cogniciones y emociones distorsionadas que pueden estar afectando la calidad de vida de las personas, por lo que se pretende sustituirlas o adquirir (en caso de que no existieran previamente en la persona) nuevos comportamientos adaptativos (Somers y Querée, 2007); así como modificar cogniciones y emociones (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012) que se encuentran detrás de los actos desadaptativos del ser humano.

Otras características de los tratamientos cognitivo conductuales, es que se busca que sean de formato breve y se orientan a objetivos específicos de cambio en las personas. Por ejemplo, en lo que respecta al abordaje de las adicciones desde este enfoque, lo que se

pretende es suprimir la conducta de consumo con ayuda de diferentes estrategias dirigidas a esta meta. Al respecto, Fullana, de la Cruz, Bulbena y Toro (2012) señalan que los tratamientos cognitivo conductuales tienen como principal objetivo los cambios de carácter sintomático, es decir, abordar las problemáticas agudas de distintos trastornos. Sin embargo, de manera alterna también inciden en otros aspectos de la persona, en el caso de los trastornos de consumo de sustancias se abordan también las relaciones familiares, habilidades de comunicación y algunos antecedentes en el desarrollo del paciente como puede ser la baja escolaridad o el consumo a edades tempranas, así como la posible asociación que se ha hecho con la sustancia como medio de afrontar situaciones estresantes.

De este modo, es claro el carácter empírico del enfoque conductual, ya que se priorizan los cambios observables en el comportamiento; sin embargo, la teoría cognitiva complementa la intervención en la conducta mediante la modificación de los pensamientos y emociones de las personas de manera simultánea.

Elementos teóricos del enfoque cognitivo conductual

Para comenzar se describirán brevemente las principales teorías que componen el enfoque cognitivo conductual, sobre el cual se sustenta tanto la intervención como el tratamiento aplicados en la presente investigación. Posteriormente se abordarán algunas explicaciones del proceso adictivo desde las teorías señaladas.

Condicionamiento clásico

Características del condicionamiento clásico

Las aportaciones del condicionamiento clásico a partir de los resultados de sus estudios formales y sistemáticos sobre la conducta humana ayudaron a establecer la fórmula básica del comportamiento humano a partir de la relación estímulo y respuesta. Un pionero dentro de dicha teoría fue Iván Pavlov quien de manera azarosa descubrió el proceso del condicionamiento respondiente (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Desde este tipo de condicionamiento reflejo o también llamado clásico, se explica de manera general la forma natural como responden diversos organismos vivos a ciertos estímulos llamados incondicionados, incluido el propio ser humano. Sin embargo, estos estímulos se pueden asociar o condicionar a estímulos neutros que de manera natural no provocarían la misma conducta, pero una vez asociados llevan al organismo a responder de manera similar, dándose así una respuesta condicionada.

Para ejemplificar lo anterior, se recurrirá al ya clásico experimento sobre el reflejo que es la salivación de un perro (respuesta incondicionada, RI) al presentar un plato de comida (estímulo incondicionado, EI). Inicialmente Pavlov sólo buscaba medir la cantidad de saliva que secretaba el organismo del sujeto experimental. Sin embargo, observó que la salivación se presentaba desde el momento en que el animal escuchaba los pasos del experimentador aproximándose a la puerta del laboratorio. De esta forma descubrió que el entorno, en este caso un ruido específico que ocurría previamente a la presentación del alimento, y que se presentaba con relativa frecuencia se asoció al EI (Gross, 2000). Posteriormente se hicieron algunas variaciones sobre esta asociación causal, por lo que se descubrió cómo un ruido ajeno o un estímulo neutro (EN) al entorno cotidiano como es el timbre de una campana, logra condicionarse con el EI obteniendo una respuesta similar, siendo ahora la salivación ante el sonido una respuesta condicionada (RC), en esta situación se considera un estímulo condicionado (EC) debido a que tiene las características del EN pero produce una RC. Como se mencionó anteriormente, la relación entre estímulos y respuestas está presente en la mayoría de los organismos.

Conductas adictivas desde el condicionamiento clásico

De esta forma, el condicionamiento clásico sustenta la manera en que el aprendizaje de distintas conductas está influido por el entorno. Es así que la conducta se ve inmersa de manera recurrente en distintos condicionamientos, lo cual se ha comprobado experimentalmente. Los estudios sobre la preferencia del lugar condicionado (*conditioned place preference*), realizados con diversos animales de laboratorio, han demostrado la asociación que se hace de la sustancia con el ambiente.

Se han realizado experimentos en los que se utilizan tres fases (Bardo y Bevins, 2000; Planeta, 2013), la primera de pre condicionamiento, donde se colocaba a los animales, generalmente ratones, en medio de dos distintos compartimentos que variaban en la textura del suelo, el color de los muros o pistas olfativas, con pequeñas puertas para que ingresara el ratón, a los cuales se bloqueaba el acceso con pequeñas puertas. En la segunda fase que es de condicionamiento, se inyectaban sustancias psicoactivas al roedor y se le colocaba en uno de los dos compartimentos durante 30 minutos aproximadamente. En la tercer fase, de post condicionamiento se colocaba al animal en medio de ambos compartimentos, abriendo ambas puertas durante 30 minutos y se registró que pasaban más tiempo en la caja asociada con el efecto de la droga.

En el caso específico de las adicciones en seres humanos ocurre de forma muy similar. De acuerdo al condicionamiento clásico una sustancia psicoactiva funciona como un EI. Por otro lado, algunas características específicas del ambiente, que por sí solas podrían ser EN, tales como algunos lugares o personas presentes al momento del consumo, se asocian con una reacción (RI-RC) del organismo que ya ha consumido determinada droga. Ante esto, el EI que es la droga, se asocia al entorno (EC). Esto provoca el mismo efecto experimental de la preferencia del lugar condicionado y son precisamente estos EC del entorno es lo que se observa detrás de algunos de los factores de riesgo para que el usuario consuma.

Por lo anterior, el entorno donde regularmente se consigue o ingiere determinada droga, así como algunas emociones o la presencia de ciertas personas al momento de consumir son ejemplos de lo que se conoce como precipitadores de uso o de abuso de sustancias (Vázquez y Becoña, 2000).

Estrategias derivadas del condicionamiento clásico

Dentro de las técnicas aplicadas en los programas de tratamiento basados en esta teoría, está el análisis funcional de la conducta, que es una de las principales formas en las que desde el enfoque conductual se enseña al usuario a identificar tanto los antecedentes de su conducta de consumo (es decir, las situaciones previas a consumir la sustancia), así como las consecuencias (que son las reacciones reforzantes que pueden estar manteniendo la conducta desadaptativa). Se identifican junto con el usuario tanto los EC y EI, es decir, los precipitadores de consumo y de qué manera se pueden afrontar o evitar.

Esta estrategia es de gran utilidad para identificar las situaciones de riesgo de consumo. En este caso, es importante interrogar a los usuarios sobre su estado de ánimo y pensamientos asociados a cada situación de riesgo. Así mismo, se pide que se realice un autorregistro del consumo diario del usuario mientras participa en el tratamiento, esto además de brindar datos más precisos acerca de sus situaciones de riesgo de consumo, permite analizar de forma esquemática los posibles cambios en el patrón de consumo del usuario. Esta información permite mejorar los tratamientos y brindar una retroalimentación oportuna al participante acerca de sus logros y posibles recaídas que de ocurrir, requerirían que el usuario repase las estrategias que más le benefician.

Por último, se destaca la importancia de las aportaciones del condicionamiento clásico en primer lugar para encontrar vías con las cuales identificar los precipitadores específicos para cada usuario. Una vía útil para conocer los precipitadores en los usuarios, es la implementación de escalas que permitan indagar en ello, tales como el Inventario de Situaciones de Consumo

de Drogas (ISCD; De León, Pérez, Oropeza y Ayala, 2001) que permiten conocer cuáles son estas situaciones de riesgo para cada usuario en ocho áreas específicas como son la incomodidad física, emociones placenteras, presión social de consumo, entre otras. A partir de identificar estas situaciones, se puede incidir de manera más efectiva en una intervención terapéutica.

Condicionamiento operante

Características del condicionamiento operante

Por otra parte, en la teoría del condicionamiento operante desarrollada de manera sistemática principalmente por Skinner (1974), se analiza la forma en que el ambiente y sus consecuencias posteriores a la conducta influyen en la probabilidad de que se presente un comportamiento o deje de hacerlo. Así mismo se postulan los principios básicos a través de los cuales se puede intervenir para modificar dicha conducta.

Se parte de la idea central del condicionamiento operante también llamado condicionamiento instrumental, acerca de cómo las conductas se repiten o eliminan dependiendo de las consecuencias que obtenga la persona que las realiza. Es decir, si después de realizada la conducta hay un estímulo agradable es muy probable que se repita y se incremente su frecuencia. A este proceso de incrementar la frecuencia de conductas se le llama reforzamiento, mientras que el estímulo que se brinda para aumentar la probabilidad de la conducta es llamado reforzador. En cambio, si el estímulo posterior es aversivo, se trata de un castigo y muy probablemente la frecuencia de la conducta disminuya de forma paulatina y se deje de realizar (Kazdin, 2000).

Por lo anterior, desde el condicionamiento operante se pretenden explicar distintos fenómenos en los procesos de las conductas adictivas. Lo que principalmente se observa es la característica reforzante que puede llegar a tener el consumo de una sustancia debido al placer que obtiene de manera inmediata por la ingesta de la droga, de ahí que se tienda a buscar la repetición del consumo.

Conductas adictivas desde el condicionamiento operante

En situaciones experimentales se ha comprobado como las drogas funcionan como reforzadores (Justinova, Tanda, Redhi y Goldberg, 2003; Planeta, 2013). En específico con el THC, principal componente psicoactivo de la marihuana, se ha estudiado con monos el efecto que tiene como reforzador. A estos animales, se les administraba la sustancia a través de

inyecciones intravenosas después de accionar una palanca. Se observó como la adquisición de la autoadministración fue rápida y logró mantener la conducta por un período de tiempo prolongado (Justinova, Tanda, Redhi y Goldberg, 2003).

En lo que respecta a las adicciones en seres humanos, es clara la injerencia del proceso de reforzamiento de la conducta de consumo en las distintas fases del proceso adictivo. El proceso adictivo se compone de tres fases básicas, a saber: el uso, abuso y la adicción (Casas, Bruguera, Duro y Pinet, 2011). Para esquematizar el proceso de reforzamiento que se da en estos tres momentos de la adicción, en un primer momento está el usuario que consume por primera ocasión la marihuana o que quizá consume de manera esporádica y moderada dicha sustancia. La composición química de la marihuana (Sustaeta, 2010) y en general de todas las drogas que inciden en el sistema nervioso central (SNC), tiene un efecto placentero para el consumidor. Por ende, la marihuana tiene ciertas características de un reforzador positivo, al ser un estímulo consecuente que tiene una alta probabilidad de producir la repetición de la conducta de consumo.

En cuanto a la fase de abuso dentro del proceso adictivo, diversos elementos entre ellos la presencia de factores de riesgo, la tolerancia creciente a dosis bajas de la droga y por ende el incremento paulatino en las cantidades de consumo, así como el bajo o nulo peligro de una sobredosis letal en lo que respecta a la ingesta de marihuana, que no está presente en las demás drogas ilegales (De la Fuente, 2015) aumentan el riesgo de avanzar hacia una adicción. Toda esta convergencia de situaciones pueden derivar en el abuso de la sustancia por parte del usuario. Esto implica la ingesta de dosis más elevadas de manera recurrente. Si a esto se añade el malestar posterior al consumo excesivo, conocido como síndrome de abstinencia (Casas, Bruguera, Duro y Pinet, 2011), se tiene el escenario propicio para que exista un reforzamiento tanto positivo (búsqueda de un estímulo placentero) como negativo (tratar de retirar un estímulo aversivo).

Se sabe que los procedimientos de condicionamiento instrumental más eficaces para incrementar conductas (Kazdin, 2000) son los programas de reforzamiento positivo. Si a esto se añade de forma continua un reforzamiento negativo, resulta de suma eficacia el proceso concurrente de incremento de la conducta de consumo que traen consigo los efectos naturales de la sustancia. Por último, en la última de las fases que es la adicción, el sujeto se ve inmerso en un constante reforzamiento como consecuencia de su consumo, lo que conlleva en un periodo extenso de tiempo, entre 6 y 12 meses (Casas, Bruguera, Duro y Pinet, 2011), a tener cierta dependencia hacia la sustancia. En tal caso el usuario intenta consumir para continuar haciendo de forma regular sus actividades cotidianas, la droga puede ser el principal móvil para

conseguir los recursos que le permitan una nueva dosis, que sería el reforzador positivo, de esta forma trataría de quitar el estímulo aversivo, que es el síndrome de abstinencia.

Estrategias del condicionamiento operante

Con relación en estos principios básicos, además de entender el proceso adictivo, también se pueden proponer formas de intervenir y modificar la conducta de los usuarios. En la actualidad más que un solo procedimiento se realizan programas con distintos componentes conductuales. Uno de los tratamientos más conocidos en el que se aplican varios principios del condicionamiento operante es el Community Reinforcement Approach (CRA; Hunter, Han, Slaughter, Godley y Garner, 2015) que en términos generales, consiste en la sustitución de contingencias ambientales del consumo e incrementar la realización de actividades prosociales mediante la entrega de reforzadores generalizados o el retiro de algunos reforzadores si se tiene evidencia de alguna recaída.

Si bien, el CRA ha mostrado ser un tratamiento sumamente eficaz para personas en situaciones de consumo crónico de sustancias altamente adictivas, se sabe que es un programa extenso en el número de sesiones y quizá con poco coste y beneficio para sustancias menos adictivas como la marihuana que difícilmente genera una adicción similar como otras drogas de laboratorio o de fabricación sintética.

En lo que concierne a los refuerzos sociales, se busca promover la conducta de no consumo y de manera simultánea se aplica el refuerzo diferencial de conductas incompatibles (Martin y Pear, 1998) para eliminar paulatinamente la conducta de consumo. Esto es, mediante la adquisición de nuevas conductas o el refuerzo de algunas ya existentes que de preferencia sean prosociales, por ejemplo actividades recreativas, artísticas, deportivas o productivas, que resulten lo suficientemente reforzantes y que tengan la capacidad de competir con las cualidades reforzantes inherentes a la conducta de consumo y la sustituya.

Teoría cognitivo social

Características de la teoría cognitivo social

La teoría cognitivo social inicialmente fue desarrollada por Albert Bandura como teoría del aprendizaje social (Bandura, 2005). Esta tiene diversas aportaciones para el tratamiento de las drogodependencias. Entre ellas destacan los conceptos de modelamiento para el aprendizaje de conductas y el constructo psicológico de la autoeficacia, entre otros.

El modelamiento como medio de aprendizaje, se refiere al proceso por el cual una conducta puede ser aprendida incluso antes de ser ejecutada, es decir, el aprendizaje también es vicario y no sólo se da tras ensayo y error. Este proceso se divide en cuatro subprocesos que se interrelacionan. El primero es el subproceso atencional, en el cual se destaca que la simple observación no genera un aprendizaje, sino que requiere la atención del observador a la persona que ejecuta la conducta, llamada modelo. El segundo subproceso es la retención, que implica la capacidad de representar en la memoria de forma simbólica la conducta observada. El tercer subproceso es la reproducción motora, que tiene que ver con llevar a cabo la conducta. Por último está el subproceso de reforzamiento y motivación, en el cual es probable que se obtengan estímulos favorables por ejecutar la conducta, lo que favorecerá su repetición (Bandura, 1971).

Por otro lado, en lo que refiere a la autoeficacia se puede definir en términos generales como la percepción que una persona tiene sobre sus propias capacidades, tanto en el aspecto individual como social, influyendo en las personas principalmente a nivel cognitivo, motivacional, afectivo y en la toma de decisiones (Bandura, 1994). Por otra parte, se señalan cuatro fuentes de generar autoeficacia (Bandura, 2012), la primera es a través de la experiencia, es decir, de realizar las conductas de forma adecuada durante varias ejecuciones. La segunda es por modelado, esto es cuando se observa que otra persona afronta con éxito determinada situación. La tercera es por persuasión social, esto es cuando de manera verbal se persuade a alguien de afrontar las dificultades. Y la última fuente es el estado emocional, por ejemplo, es más probable tener mayor autoeficacia en un estado de tranquilidad que al afrontar una situación cuando hay un nivel de activación elevado como ansiedad.

Conductas adictivas desde la teoría cognitivo social

En lo que refiere al aprendizaje por modelado, los primeros modelos de conductas adictivas en primer lugar se encuentran en el entorno social cercano, como pueden ser los familiares o amigos que consumen sustancias y tienen influencia tienen en los usuarios quienes pueden replicar la conducta de consumo. Por otra parte, también se puede destacar el impacto que tienen algunos medios de comunicación en la propagación de ciertos estereotipos o modelos conductuales, que muestran información errónea o superficial acerca del consumo de marihuana como droga inofensiva y de recreación; esto resulta en consecuencias perjudiciales para un porcentaje elevado de la población, como son los adolescentes (Sustaeta, 2010).

Por otra parte, la autoeficacia resulta importante para el éxito de los tratamientos en conductas adictivas ya que se relaciona con la capacidad que el usuario perciba de sí mismo

para mantenerse sin consumo. Al respecto, se han identificado cinco categorías de autoeficacia que se relacionan con las conductas de consumo de sustancias (Marlatt, Baer y Quigley, 1995; como se citó en Chicharro, Pedrero y Pérez, 2007), la primera es la autoeficacia de resistencia, que implica la capacidad percibida para evitar el contacto inicial con las sustancias, la segunda categoría es la autoeficacia de reducción de daños, que se refiere a la capacidad de reducir el consumo de sustancias con el fin de prevenir problemas debidos al abuso, la tercer categoría es la autoeficacia de acción que es la capacidad percibida para frenar el consumo de sustancias, la cuarta categoría es la autoeficacia de afrontamiento, que es la capacidad percibida por el usuario para enfrentar situaciones de riesgo de consumo, y por último, la autoeficacia de recuperación, que se refiere a la capacidad percibida del usuario para sobreponerse a un consumo y volver a la abstinencia.

En cuanto a la autoeficacia se destacan tres formas en que puede ser útil en la estructura de los tratamientos para adicciones (López-Torrecillas, Salvador, Verdejo y Cobo, 2002), en primer lugar para el desarrollo de tratamientos que favorezcan la eficacia para mantenerse sin consumir en los usuarios a partir de las cuatro fuentes de autoeficacia. En segundo lugar, mediante la utilización de escalas que midan la autoeficacia y contribuyan a identificar a los usuarios con más riesgo de consumir drogas y recaer. Y por último, para evaluar a los participantes de tratamientos e identificar las situaciones específicas de riesgo de consumo y a partir de ahí dirigir las estrategias de intervención.

Estrategias de la teoría cognitivo social

En lo que refiere al uso de la teoría cognitivo social, es importante destacar como se pueden implementar nuevas conductas que probablemente no estaban en el repertorio comportamental del usuario antes de consumir a través del modelamiento. Estrategias como el afrontamiento de situaciones de ofrecimiento mediante ensayos conductuales y la enseñanza paso por paso de habilidades asertivas de comunicación y rechazo de drogas (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012), pueden ser de suma utilidad para un usuario que esté dejando de consumir y tenga dificultades cotidianamente en estas áreas.

Las habilidades asertivas de comunicación forman parte de las técnicas de entrenamiento en habilidades sociales (Caballo, 2015). Al respecto, se señalan tres categorías de respuestas para preguntas que implican la toma de decisiones, estas categorías son pasiva o no asertiva, asertiva y agresiva. Lo que se pretende para los usuarios de drogas que participan en tratamientos cognitivo conductuales, es el entrenamiento de las respuestas asertivas para el rechazo de drogas. Entre las características de tales respuestas implican el

lenguaje verbal breve, firme y directo, además de un lenguaje corporal congruente con lo que se expresa, manteniendo contacto visual y con una postura relajada. Estas estrategias se modelan al usuario de diferentes formas (el propio terapeuta, con videos o ilustraciones) y se pretende que el usuario realice ensayos de la conducta asertiva cumpliendo con las características de dicha respuesta.

Teoría cognitiva

Características de la teoría cognitiva

Por otra parte, otro de los elementos teóricos que es importante revisar en los programas de TCC, es el derivado de la terapia cognitiva. Existen diferentes autores que aportaron a dicha teoría, entre los más destacados está Aaron Beck quien desarrolló la Terapia Cognitiva (Beck, 1993) y Albert Ellis con la Terapia Racional-Emotiva (Ellis, 1990). Para la presente investigación se hará referencia a la obra de Beck.

En cuanto a la terapia cognitiva de Beck, los postulados principales explican cómo las conductas del ser humano regularmente están mediadas por cierta organización cognitiva conocida como esquemas mentales o creencias nucleares (Dozois y Beck, 2011), que son los procesos internos mediante los cuales el ser humano codifica la información que proviene del exterior. Sin embargo, lo que se ha observado es que estos esquemas pueden ser adaptativos o desadaptativos. Así mismo, la propia teoría cognitiva tiene como propuesta terapéutica generar cambios precisamente en estos esquemas desadaptativos para hacerlos más funcionales en cada individuo.

Con relación a lo anterior, entre los principales esquemas desadaptativos se encuentran las distorsiones cognitivas, entendidas como creencias irracionales acerca de acontecimientos externos (Dobson y Dozois, 2010; como se citó en Dozois y Beck, 2011). Estas distorsiones cognitivas tienen como una de sus propiedades principales el que se presentan en forma de pensamientos automáticos para cada persona. Esto es, en cierta medida rigen algunas conductas disfuncionales del ser humano quien rara vez se percata de ello. Por esta razón, parte de las propuestas de la terapia cognitiva es identificar en primer lugar dichos pensamientos automáticos y abordar un cambio en ellos a través de una reestructuración cognitiva (Ruiz, Días y Villalobos, 2012).

De manera general se pueden destacar tres principios básicos de la teoría cognitiva con fines terapéuticos, en primer lugar que la cognición afecta tanto la conducta como las emociones, en segundo lugar que la actividad cognitiva puede ser monitoreada y a su vez

modificada y por último, que a través de realizar cambios en las creencias nucleares se puede tener mayor efectividad en los cambios de conducta y mayor estabilidad emocional (Stewart-Sicking, 2015).

Conductas adictivas desde la teoría cognitiva

En lo que respecta a las aportaciones de la teoría cognitiva para las conductas adictivas, se propone la modificación de creencias nucleares que preceden a la conducta de consumo. Entre estas ideas disfuncionales están la creencia de que es necesario consumir para mantener un balance físico y psicológico, la expectativa de que el consumo mejorará el funcionamiento social e intelectual de la persona, la expectativa de que se experimentará placer al consumir, la creencia de que la droga incrementará la energía de quien consume, la creencia de que el consumo ayuda a aliviar de la tensión emocional o la ansiedad, entre otras (Beck, 1993).

Existe un vínculo entre las creencias disfuncionales con la conducta de consumo de sustancias, se tiende a presentar mayores niveles de craving al estar presentes, por ejemplo, los pensamientos permisivos hacia el consumo, de igual forma el usuario percibe cierta funcionalidad del consumo, lo que puede disminuir las expectativas de éxito que el participante tiene sobre tomar algún tratamiento (Martínez y Verdejo, 2012). Con lo anterior, se destaca la relevancia que tienen las creencias nucleares para conseguir algún cambio conductual duradero.

Estrategias de la teoría cognitiva

De acuerdo con el enfoque de la teoría cognitiva, en las distintas estrategias a utilizar se destacan ciertos principios generales abordados a lo largo de las actividades en las sesiones terapéuticas (Dobson y Franche, 2015). Entre los cuales destacan tres, el primero es el uso del método socrático para fomentar que el usuario se dé cuenta de sus propios pensamientos. El segundo es la retroalimentación constante del terapeuta al paciente acerca de lo revisado con las distintas estrategias y el tercero es la asignación de actividades o tareas entre una sesión a otra.

Entre las principales estrategias de la terapia cognitiva que se utilizan para tratar conductas adictivas están: el análisis de ventajas y desventajas tanto de consumir como de no consumir; la identificación y modificación de creencias relacionadas con el consumo; el diario de pensamientos donde se registran las ideas en torno a las situaciones de riesgo de consumo (Beck, 1993); el entrenamiento en auto-instrucciones para motivar a continuar en abstinencia; y

la técnica de solución de problemas que es un método sistemático para resolver posibles conflictos que lleven al usuario a consumir (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

De acuerdo con el análisis de la información presentada sobre los elementos teóricos del enfoque cognitivo conductual, es importante resaltar que gracias a las aportaciones de la teoría conductual (condicionamiento clásico y operante), de la teoría cognitivo social y de la teoría cognitiva se ha logrado una comprensión más integral del comportamiento humano. De esta manera se consigue no sólo un mayor entendimiento de las conductas y las cogniciones, sino que se puede incidir en cambios más duraderos mediante las intervenciones que se sustenten en dicho enfoque.

Diferencias entre tratamientos e intervenciones cognitivo conductuales

Cabe hacer algunas aclaraciones acerca de las categorías de estudio que se pretenden abordar en la presente investigación. En cuanto a los modelos cognitivo conductuales, actualmente existe la posibilidad de desarrollar intervenciones o tratamientos cada uno con características diferenciadas en función de los objetivos que se tengan. Por esta razón, se pretende en un primer momento presentar las características de ambos y posteriormente resaltar las diferencias entre tratamientos e intervenciones.

Intervenciones

De acuerdo con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (USHHS) las intervenciones breves en general, independientemente del enfoque, consisten en prácticas dirigidas a investigar un problema potencial (Barry, 1999). Es decir, en el caso de las conductas adictivas se estaría hablando de un determinado nivel de dependencia a la sustancia que aún no es severo. A partir de ahí, se puede comenzar a motivar al usuario a tomar algunas acciones o desarrollar estrategias con el fin de modificar la conducta.

Otra característica de las intervenciones breves está relacionada con el alcance de los objetivos que se proponen, en este sentido, se tratan de enfocar en metas intermedias como pueden ser el retirar el consumo de una sustancia a la vez, en el caso de poliusuarios (personas que consumen más de una sustancia psicoactiva), es decir, no presionar para que el usuario deje todas las drogas desde un inicio, sino brindar la alternativa de elegir la que considere más difícil de quitar. Otra característica puede ser ofrecer la reducción gradual del consumo de sustancias. En el mismo orden de ideas, no se presiona ni se invita al usuario a llegar a la abstinencia, sólo se puede sugerir como meta a largo plazo.

Por otro lado, el propio departamento de la USHHS señala seis componentes particulares para que las intervenciones breves resulten efectivas. El primer componente es el feed-back (retroalimentación) que se brinda a los usuarios acerca de las situaciones de riesgo que caracterizan su consumo; el segundo es acentuar la responsabilidad del cambio en el usuario y no en el terapeuta; el tercero en relación con el anterior, se refiere a que el terapeuta brinde sólo la guía y los avisos acerca del cambio de conducta; el cuarto es ofrecer un menú de alternativas o estrategias para que sea el usuario quien elija la que mejor se adapte a sus capacidades o a su percepción de las mismas. Un quinto componente remite a la utilización de un estilo empático por parte del terapeuta; por último, un sexto componente consiste en trabajar de manera directa con la autoeficacia del usuario como un elemento clínico de suma importancia para lograr las metas propuestas del tratamiento (Kumar y Malhotra, 2000).

Tratamientos

Una característica de la mayoría de los tratamientos breves cognitivo conductuales es que están dirigidos a personas que buscan apoyo para dejar una conducta persistente y severa, que para el caso de las adicciones a una sustancia, se trata de una conducta adictiva con un nivel elevado de dependencia a la sustancia. El objetivo de estos tratamientos es que el usuario asuma su responsabilidad respecto al cambio de conducta, específicamente se pide que sea el propio usuario quien elija las opciones o estrategias a utilizar una vez estas son sugeridas por el terapeuta (Barry, 1999). Lo anterior con la finalidad de aprovechar las fortalezas que el propio usuario tenga para enfrentar las situaciones de consumo.

Como parte de los aspectos que caracterizan a los tratamientos breves está la duración, si bien suelen ser más extensas que las intervenciones breves, regularmente constan de un mínimo de seis sesiones con mayor duración que en las intervenciones. Otra característica importante es el hecho de ser tratamientos en los que, además de atender la problemática de consumo de sustancias, se puede intentar brindar algunas estrategias para solucionar conflictos de carácter psicológico, social o familiar con los usuarios, tratando de lograr un impacto en la conducta de consumo. Sin embargo, es importante señalar que estas cuestiones alternas se tratan con un énfasis en la situación actual, es decir, buscando junto con el usuario las soluciones a situaciones estresantes del momento presente, más que enfocarse en antecedentes de la historia clínica del individuo (Becoña, Cortés, Pedrero, Fernández, Casete, Bermejo y Tomás, 2008).

Semejanzas y diferencias

Como se puede observar, existen una gran cantidad de semejanzas entre las que están el enfoque empático y no directivo de ambos, es decir, se trata de fomentar un clima de confianza que permita realizar cambios de conducta en períodos cortos de tiempo. En gran parte también tienen en común que si bien no se instigan las metas ni en las intervenciones ni tratamientos, en ambos se sugiere realizar cambios y se invita al usuario a reducir el consumo hasta eliminarlo por completo. En ambos enfoques es posible abordar desde el componente de la entrevista motivacional (Becoña y Cortés, 2011).

En cuanto a las diferencias, se encuentra en primer lugar el tiempo que implica cada una de ellas, en ese punto las intervenciones tienden a ser más breves tanto en duración de la sesión como en cantidad total a diferencia de los tratamientos. Si bien, ambos son modelos breves que buscan el menor coste de tiempo y recursos por parte del usuario y con resultados similares, se ha visto que las intervenciones resultan más eficaces para usuarios en las primeras fases del proceso adictivo, mientras que los tratamientos resultan de mayor utilidad para las fases más avanzadas de la adicción (Barry, 1999), debido principalmente a que las estrategias de los tratamientos están dirigidas a desarrollar un mayor número de habilidades frente a obstáculos y situaciones de riesgo que puede llegar a tener una persona con una problemática de dependencia a la sustancia más avanzada.

Por último, una diferencia es la focalización de las estrategias o técnicas de modificación cognitivas y conductuales. Mientras que las intervenciones se dirigen a un aspecto en particular que puede influir en la consecución de las metas terapéuticas, los tratamientos van dirigidos a una mayor gama de habilidades que convergen para alcanzar la abstinencia del consumo. Es decir, las intervenciones pueden ir dirigidas específicamente al establecimiento de planes de acción cognitivo o conductuales que se anticipan para saber cómo actuar y qué reestructuraciones cognitivas es necesario implementar en diferentes situaciones de riesgo. Mientras que los tratamientos, pueden dirigir una o más de sus sesiones (pero no todas) al establecimiento de planes de acción, sin embargo, indagan en otros aspectos de la vida del paciente, como pueden ser algunos planes de acción para resolver algún problema de pareja o laboral surgido por el consumo de la sustancia.

Sin profundizar en aspectos ajenos al consumo, en los tratamientos se tiene mayor apertura a aplicar estrategias en otras áreas que se ven impactadas por la adicción del usuario. Si bien, de fondo tanto en las intervenciones como en los tratamientos se comparte la misma meta terapéutica que es la reducción paulatina del consumo hasta lograr la abstinencia, es de

resaltar las diferencias que existen en la forma de impartir ambas, esto es las diferencias específicas en el contenido.

Componentes de los modelos cognitivo conductuales

Es importante mencionar que se pueden utilizar algunos otros componentes que si bien no son exclusivos de los modelos de TCC, resultan de gran utilidad al implementarlos de manera simultánea a las diferentes estrategias realizadas en las sesiones de cada programa de intervención. Para el presente estudio se integran a los tratamientos cognitivos conductuales la entrevista motivacional, las estrategias de afrontamiento y la prevención de recaídas.

Entrevista motivacional

Uno de los componentes que se utiliza a lo largo de las intervenciones para el consumo de sustancias es la entrevista motivacional (López, Bruzzzone, Krebs y Castro, 2013), en lo que se refiere al tratamiento de conductas adictivas es útil para generar un ambiente de mayor confianza y reflexión con el usuario, esto a su vez puede generar mayor disposición al cambio y un mejor apego al tratamiento. Además, dadas las características de dicho modelo, permite realizar un mejor acercamiento a los propios recursos del usuario y en combinación con las demás estrategias lograr la abstinencia.

En términos generales se pueden señalar cinco principios generales en la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 2015), el primero es expresar empatía que es la actitud de aceptación por parte del terapeuta hacia el usuario por medio de escucharlo reflexivamente. El segundo es crear discrepancia en la conducta de consumo, es decir, generar una disonancia cognitiva en el usuario para motivarlo a la abstinencia. En tercero evitar la discusión o cualquier tipo de confrontación. En cuarto es la habilidad de manejar las resistencias del usuario. Y en quinto lugar la labor del terapeuta en fomentar la autoeficacia del usuario. Cabe señalar que la entrevista motivacional más que un tipo de entrevista a utilizar en algunas sesiones específicas consiste en un estilo terapéutico para manejar las intervenciones dirigidas a las adicciones.

Es importante señalar, que aún cuando se tenga evidencia de la eficacia de implementar técnicas cognitivo conductuales para la rehabilitación de usuarios de drogas, se sabe también que complementar la aplicación de tales técnicas con otros componentes como la entrevista motivacional resulta tener mayor impacto en la efectividad del tratamiento (Davis, Powers, Handelsman, Medina, Zvolensky y Smits, 2015) para sustancias como la marihuana.

Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento son utilizadas para diferentes problemáticas, en el caso de las adicciones resultan sumamente útiles para el manejo del estrés o la ansiedad causadas por la reducción en el consumo de la droga, así como para enfrentar situaciones de riesgo de consumo. El afrontamiento se entiende como los esfuerzos tanto cognitivos como conductuales que adaptan las personas para manejar situaciones específicas que pueden ser internas o externas y que en ocasiones sobrepasan los recursos de quien las experimenta (Quiroz, Méndez, Valero y Trujano, 2013).

Las estrategias de afrontamiento se pueden dividir en dos amplias categorías, la primera es el afrontamiento focalizado al problema, que implica realizar acciones directas para modificar las situaciones ambientales que provocan estrés. La segunda es el afrontamiento focalizado a las emociones, que se refiere a la reducción o eliminación de los sentimientos negativos que se originan ante la situación estresante (Paris y Omar, 2013). En este sentido, parte de las actividades en los modelos de intervención se dirigen a que la persona con consumo de drogas adquiera herramientas tanto conductuales como cognitivas para afrontar mejor el deseo de consumir.

Entre las estrategias de afrontamiento dirigido a los problemas, se entrena al individuo en técnicas conductuales para afrontar situaciones de riesgo de consumo entre las que están el evitar ciertos precipitadores identificados previamente mediante el análisis funcional, lo que implica evitar de manera temporal ir a ciertas reuniones sociales o lugares de esparcimiento. También existen estrategias de afrontamiento conductual ante situaciones sociales de riesgo, como el rechazo de ofrecimiento de sustancias, que conlleva el entrenamiento en toda una serie de pasos y habilidades de comunicación, que van desde la modulación de la voz, el uso del lenguaje más apropiado y la utilización de un lenguaje corporal congruente con lo que se dice verbalmente. Entre las estrategias de afrontamiento focalizadas a las emociones, destacan las de tipo cognitivo como son la de solución de problemas y la reestructuración cognitiva para la modificación de pensamientos disfuncionales y las estrategias de control de la activación emocional para situaciones estresantes o que generan ansiedad (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Prevención de recaídas

La prevención de recaídas es otro de los componentes que pueden complementar la atención brindada a los usuarios de drogas que participan de los programas de TCC. Sus principales objetivos son en primer lugar prevenir un consumo cuando el usuario ha iniciado la abstinencia (como parte de las metas del tratamiento) y en segundo lugar mantenerla una vez que ha

concluido el tratamiento (Hendershot, Witkiewitz, George y Marlatt, 2011). De esta forma el usuario tendrá más herramientas para no tener una recaída y regresar al patrón de consumo previo a la intervención.

Para realizar la prevención de recaídas es importante anticipar las problemáticas que puede enfrentar el usuario ante un probable consumo. En este sentido, estas situaciones de riesgo se clasifican en tres grupos que son los estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y la presión social (Blasco, Martínez-Raga, Carrasco y Didia-Attas, 2008). Con estas situaciones identificadas en cada usuario se dirige el entrenamiento en habilidades de forma específica hacia las áreas de mayor riesgo.

Para complementar lo anterior, Witkiewitz y Marlatt (2004) señalan dos tipos de determinantes para una recaída, por un lado los factores intrapersonales, como pueden ser la autoeficacia, las expectativas, la motivación, las habilidades de afrontamiento con que cuente o no, los estados emocionales y el deseo por consumir. Por otro lado, están los factores interpersonales como son el apoyo social, tanto por la familia, amigos o el entorno social cercano.

Aplicación grupal de tratamientos cognitivo conductuales

Por último, se exponen algunas generalidades de la aplicación grupal desde el enfoque cognitivo conductual, lo cual es parte de la propuesta de la presente investigación. Al respecto, cabe resaltar que las aplicaciones grupales tienen características muy similares en cuanto a las estrategias que se imparten en las sesiones, la diferencia principal es el apoyo que realiza el terapeuta con los miembros del grupo para la aplicación de dichas estrategias y fomentar el cambio conductual que se establece como meta de tratamiento.

Las intervenciones grupales desde el enfoque cognitivo conductual se han dirigido a diversas problemáticas agudas con resultados favorables, entre estas aplicaciones están tratamientos grupales para trastornos obsesivos compulsivos con un estilo motivacional de entrevista (Meyer, et al, 2010) donde se observa que contribuye al cambio conductual y la disminución de los síntomas de dicho trastorno. También se ha aplicado a poblaciones con características sumamente específicas como es el tratamiento de pacientes con trastorno de ansiedad social comorbido con trastorno de personalidad evitativo (Baljé, Greeven, van Giezen, Korrelboom, Arntz y Spinhoven, 2016) donde se logran disminuir los síntomas de dicha población.

En lo que respecta a las intervenciones grupales para las conductas de consumo de sustancias se han aplicado técnicas cognitivo conductuales de forma grupal para pacientes con

consumo de drogas altamente adictivas como la cocaína (Sanchez, et al, 2011), en dicha intervención se encontraron resultados favorables en la adherencia al tratamiento y efectividad para el mantenimiento de la abstinencia. Por otro lado, se ha encontrado la utilidad del enfoque terapéutico de entrevista motivacional durante las sesiones grupales, en un estudio realizado con adolescentes con problemas por consumo de alcohol y marihuana (D'Amico, Houck, Hunter, Miles, Osilla y Ewing, 2015) se hace evidente cómo influye este enfoque para manejar la expectativa del consumo en los consumidores e impulsar el cambio conductual durante las sesiones.

Además de que al aplicar los tratamientos cognitivos se logra el desarrollo de habilidades de afrontamiento en un tiempo relativamente similar y a un mayor número de personas existen otras ventajas. Entre ellas destaca que los miembros del grupo se apoyan para actividades como los ensayos de conducta de las habilidades sociales, también es útil en el modelado de respuestas asertivas, donde se logra un mayor acercamiento al contexto en que se presentan las situaciones conflictivas. Por otra parte que se fomenta el reforzamiento principalmente de tipo social entre los compañeros al lograr una meta de tratamiento (Wessler, 2015). Se ha encontrado que la aplicación grupal favorece el desarrollo de la autoeficacia para enfrentar situaciones de riesgo de consumo y mejora el pronóstico de los participantes en los tratamientos al desarrollar el apoyo social percibido por los usuarios (Flórez y Gantiva, 2009).

Conclusiones

Para concluir el capítulo, resulta relevante como el modelo cognitivo conductual aquí expuesto hace uso de teorías que explican los procesos de aprendizaje del ser humano y las formas más viables para realizar cambios tanto internos (pensamientos y emociones) como externos (conducta) en las personas que tienen algún comportamiento desadaptativo. Así mismo, es un enfoque integral que busca el mayor coste beneficio al poder adaptarse a modelos breves de intervención y tener la capacidad de combinar sus estrategias con diversos componentes que buscan incrementar la eficacia en los cambios comportamentales y cognitivos. Por otra parte, la aplicación grupal de dicho enfoque busca abordar la realidad compleja de las adicciones desde una visión biopsicosocial, donde el grupo terapéutico fortalezca el aprendizaje de conductas adaptativas. De igual forma, resulta necesario conocer con mayor detalle los mecanismos de acción de las distintas sustancias de consumo que influyen en el proceso adictivo y en la recuperación de los usuarios. Para las intervenciones hacia el consumo de marihuana.

Capítulo 2. Consumo de Marihuana

En el presente capítulo se abordan generalidades sobre la marihuana. En un primer momento se hace un breve recorrido sobre la historia del consumo de esta planta, posteriormente se explica la farmacodinamia y farmacocinética de la droga, enseguida se revisan los datos epidemiológicos que argumentan porqué considerar el uso de la marihuana como un problema de salud pública, así mismo se señalan datos de la dependencia a la marihuana en contextos penitenciarios. Por último, se mencionan algunos tratamientos, principalmente los aportes de la farmacología en el desarrollo de sustancias que mitigan los síntomas de ansiedad en los primeros días de abstinencia.

Breve historia de la marihuana

La marihuana es un derivado de la planta Cannabis Sativa, la cual es una tiene su origen hace miles de años en Asia central. De la cannabis se obtienen como drogas de consumo la marihuana, que se elabora con sus flores, hojas y tallos; el aceite de cannabis, que secretan las terminaciones de los tallos y las flores; y el hachís, que es una resina extraída de dicha planta (De la Fuente, 2015).

Algunas de las primeras evidencias de la utilización de la cannabis data de hace alrededor de cinco mil años en China, principalmente para la obtención de fibras, aunque ya se registraban las consecuencias de su consumo como el mareo, alteraciones en la percepción y presencia de alucinaciones. Por otra parte, en India, cerca del año 2000 a.C. las tribus arias además de encontrar ciertas propiedades curativas en el cannabis, le daban un uso religioso a la planta (Atance y Ruiz, 2000).

Posteriormente en la Europa medieval se comenzó a extender el uso del cannabis por influencia de los árabes, quienes le conferían propiedades medicinales. Después del descubrimiento de América, serían los conquistadores españoles quienes introducirían la planta a México y otras regiones del continente quienes la utilizaban principalmente para la producción de cañamo y fibras para la elaboración de cuerdas y textiles, sin embargo, también eran conocidos sus efectos psicotrópicos a través de su consumo (Fernández, Lorenzo y Leza, 2009).

Durante los siguientes años, el consumo de marihuana se extendió con fines recreativos y medicinales. Fue hasta inicios del siglo XX que se comenzó a prohibir en diferentes países. En el año 1920 se proscribió en México ingerir dicha planta al relacionarla con problemas sociales con la generación de violencia y locura (Stefanoni y Domingo, 2014). En 1937 es prohibida en Estados Unidos, sin embargo, su continúa consumiéndose de forma clandestina y

se asocia con ciertas expresiones contraculturales entre los que destaca el movimiento hippy en la década de los sesenta (Atance y Ruiz, 2000).

En años recientes se ha abierto el debate acerca de la regulación de los usos que puede tener la marihuana, ya sean medicinales o recreativos. Destacan países como Holanda, donde se permite la venta de marihuana en los llamados coffe shops, en algunos estados de la unión Americana se permite su uso para fines recreativos, mientras en Uruguay desde 2013 se legalizó su consumo, producción y venta (De la Fuente, 2015). En México recientemente se ha aprobando su uso únicamente con fines medicinales (Zavala, 2017).

Farmacocinética y farmacodinamia

En los estudios que se han hecho sobre la composición química del cannabis se han identificado cerca de 500 compuestos, de los cuales los más abundantes son los cannabinoides, siendo el *delta 9 tetrahidrocannabinol* (THC) el más estudiado por sus efectos en el sistema nervioso central y su capacidad de interactuar con el sistema de receptores endógenos (Ángeles, Brindis, Cristians y Ventura, 2014).

Existen distintas formas de consumo, las más comunes son la ingestión y la inhalación. Los efectos tóxicos del THC pueden depender por un lado de las concentraciones que existan en las distintas presentaciones como se consume la sustancia, las cuales van de un 5 a 14 % en los cigarillos y de entre 10 a 20 % en el caso del hachís. Por otro lado, también influye la forma de consumirlo, si se fuma variará de acuerdo a la habilidad del sujeto para inhalar el humo. Al respecto se estima que un fumador principiante consigue entre un 2 y 10 % del THC total, mientras que un fumador experimentado conseguirá entre un 20 y 40 % del mismo (Fernández, Lorenzo y Leza, 2009).

La persona que fuma, experimenta las consecuencias de un cigarro de marihuana después de unos segundos o minutos, logrando el efecto máximo en los primeros 30 minutos, sin embargo, el efecto del cigarrillo puede durar hasta 2 o 3 horas (Rivera-Olmos y Parra-Bernal, 2016). Debido a que el THC y los demás cannabinoides tienen una elevada liposolubilidad se favorece la rápida absorción que distribuye el THC en distintas zonas del cuerpo, como son el hígado, corazón, bazo, riñón y el cerebro (Ashton, 2001). El THC se metaboliza rápidamente por enzimas hepáticas, sin embargo, debido a la redistribución que tiene en el tejido adiposo se reabsorbe con facilidad, por lo que se ha encontrado que cerca del 70 % de la sustancia se excreta durante la primer semana posterior al consumo (Fernández, Lorenzo y Leza, 2009), lo que es un periodo considerablemente elevado.

Por otro lado, en los mecanismos de acción de los cannabinoides (entre ellos el THC) presentes en la marihuana, juega un papel importante el sistema cannabinoide endógeno, que son un grupo de receptores membranales en el sistema nervioso central similares en estructura y actividad a los cannabinoides de la planta. Hasta el momento se han descrito dos principales receptores cannabinoides, uno es el CB1 que esta presente en el sistema nervioso y el CB2 presente principalmente en el sistema inmune (De la Fuente, 2015). En cuanto a la relación con el sistema dopaminérgico, se ha encontrado que los agonistas receptores CB1 estimulan el área tegmental ventral, la cual esta implicada en el control de recompensa cerebral, de igual forma el THC aumenta los niveles de dopamina en la corteza del núcleo accumbens, el cual esta relacionado con el efecto reforzador de las drogas (Ashton, 2001).

Datos epidemiológicos

En años recientes, el consumo y la dependencia a sustancias adictivas se ha vuelto un problema de salud a nivel mundial. Al respecto, la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) en su Informe Mundial sobre las Drogas del 2014, señala el incremento de usuarios de sustancias que hubo del 2006 al 2012. En 2006 se registraron 208 millones de usuarios en el mundo, y en 2012 se registraron 243 millones lo que representa el 5.2 % de la población mundial con edades entre los 15 y los 64 años. Si bien el porcentaje de personas usuarias de drogas puede parecer bajo en comparación con el total de personas que habitan en el mundo, es importante resaltar que el aumento en el consumo ha sido constante durante los años registrados por la UNODC.

En lo que respecta a las drogas ilícitas, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) señala los siguientes datos respecto a los narcóticos con mayor consumo a nivel mundial. Durante el año 2012 se observó que 177.63 millones de personas a nivel mundial consumían cannabis (siendo la sustancia de mayor consumo), seguida de las anfetaminas de tipo estimulante (ATS) con 34.40 millones de usuarios; en tercer lugar están los derivados del opio con 33.04 millones de usuarios; y en cuarto lugar está la cocaína con 17.24 millones (UNODC, 2014). Sin embargo, la propia ONU reconoce que existen diferencias en la preferencia del consumo de determinadas sustancias de acuerdo a la región específica del mundo.

En relación con esto, en México, la séptima Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2016) señala que en lo que respecta al consumo de drogas ilícitas, en la población del país de entre los 12 y 65 años, la marihuana también es la sustancia de mayor consumo a nivel nacional, con una prevalencia de 2.1 % de la población total en el último año. De igual forma, la prevalencia de personas que alguna vez consumieron marihuana pasó de 6 % de acuerdo a lo

reportado en la anterior Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011) incrementando a 8.6 % de acuerdo a los datos del 2016.

Aunado a esto, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA, 2012) cuya principal función es obtener información sobre datos epidemiológicos en diversos Centros de Atención Primaria a las Adicciones (CAPA) que hay en el país así como de algunos centros de asistencia privada; ha reportado las siguientes drogas ilegales de inicio con mayor prevalencia. Señala que la marihuana la consume un 12.7 % de la población (antecedida tan sólo por el alcohol y el tabaco con un 46.5 % y 30.7 % respectivamente, ambas drogas legales), seguida de los inhalables con un 5.4 % y la cocaína con un 2.1 %; con un porcentaje menor están los tranquilizantes con 0.4 %, otras drogas ilegales (alucinógenos y psicotrópicos) con un 0.2 % y las anfetaminas con 0.1 %. Además, el SISVEA señala que dentro de las drogas de impacto (sustancia que el usuario identifica con mayor capacidad de producirle efectos negativos, tanto en la salud, en lo familiar, en lo laboral o en el ámbito legal) la droga ilícita reportada con mayor frecuencia es la marihuana, con un 16.4 %, seguida por los inhalables con un 8.5 %, tranquilizantes con 1.2 %, alucinógenos y psicotrópicos con 0.5 % y las anfetaminas con 0.2 %.

Hasta este punto, los datos estadísticos mencionados señalan primeramente la prevalencia de consumo de sustancias a nivel global y en México, así como la distribución en nuestro país de las principales drogas de inicio e impacto entre los consumidores. Debido a que en la presente investigación se realizan intervenciones breves para eliminar el consumo de marihuana en población penitenciaria, es importante conocer el panorama general de dicho contexto en lo que refiere a las adicciones a las sustancias. En el apartado siguiente se hablará de los datos estadísticos específicamente en las cárceles de México

Datos epidemiológicos en población penitenciaria

De acuerdo con la Primera Encuesta a Población en Reclusión del Sistema Penitenciario Federal (Centro de Investigación y Docencia Económicas, CIDE 2012), la cual tomó una muestra de ocho Centros Federales de Readaptación Social (CEFERESO); los delitos contra la salud (venta o posesión de droga) ocupan el primer lugar entre los internos sentenciados, con un 60.2 % en el caso de los hombres y un 80 % en el caso de las mujeres; según la clasificación por tipo de delito por el que ingresan a las cárceles en México.

Así mismo, se reportó que en los Consejos Tutelares para Menores, quienes cometieron algún delito bajo el efecto de una sustancia, en su mayoría consumieron alcohol con un 43.3 %, la marihuana fue la segunda sustancia con mayor prevalencia de consumo con un 23.7 %,

seguida de los inhalables con un 22.2 %, las anfetaminas en un 3.3 %, la cocaína con 2.4 % y otras drogas ilegales (alucinógenos y psicotrópicos) un 0.9 % (SISVEA, 2012).

Respecto a la población penitenciaria, los datos oficiales de la primera y segunda encuestas en centros penitenciarios realizadas en 2002 y 2005 respectivamente, señalan un 17 % de consumo en dicha población. Sin embargo, dentro de este contexto es más común que se oculten datos del consumo de sustancias, la misma encuesta señala que algunos internos pensaron en que la información recabada sería reportada a las autoridades de la cárcel, pudiendo afectar a su respectivo proceso judicial; las propias autoridades de estas prisiones encuestadas estiman que cerca del 50 % tienen conductas de abuso o consumo (Bergman y Azaola, 2007). Incluso hay datos que establecen que hasta un 74 % de los internos han consumido drogas alguna vez en el tiempo que han estado recluidos (Peters, Greenbaum, Edens, Carter y Ortiz, 1998). Por lo anterior, dado el alto índice de consumo que se tiene estimado, se considera que diseñar y aplicar tratamientos para este tipo de población tiene una relevancia social significativa.

Con relación a lo anterior, es importante realizar tratamientos dirigidos a población penitenciaria, porque además de ser una vía que ayuda a mejorar la calidad de vida de los internos mientras se encuentran recluidos, el tratar su adicción también les brinda otras ventajas, ya que una vez que cumplen su sentencia se establecen cambios en su conducta más duraderos además de la abstinencia al consumo. Al respecto, algunas investigaciones señalan que el tratamiento para adicciones a personas que se encuentran en un reclusorio conlleva beneficios adicionales a largo plazo, como el hecho de que disminuye la reincidencia en el actos delitivos una vez que cumplen su condena y egresan de los centros penitenciarios (Butzin, O'Connell, Martin y Inciardi, 2006), especialmente cuando el delito por el que fueron sentenciados estaba relacionado con el consumo de alguna sustancia (Martin, Butzin, Saum y Inciardi, 1999).

De acuerdo con los datos estadísticos que se presentaron previamente, así como algunas particularidades del contexto penitenciario, como los beneficios a largo plazo de la toma de tratamientos mientras los usuarios están recluidos, señalan la relevancia que tiene a nivel social el diseño de tratamientos para adicciones. A continuación se presentan brevemente las repercusiones que tienen a nivel individual y fisiológico el consumo de marihuana, se hace mención también de las controversias que giran en torno a las propuestas de legalización en oposición a las propuestas de continuar con la prohibición del consumo de dicha sustancia.

Consecuencias para la salud

En términos generales, el consumo de drogas ilegales tiene múltiples efectos nocivos para la salud del consumidor. Respecto a la marihuana, la OMS señala entre los efectos inmediatos que produce su consumo están la sensación de relajación, desinhibición emocional, aumento de la percepción sensorial; en dosis más elevadas puede producir euforia, cambios perceptuales o alucinaciones moderadas, despersonalización y pánico. Asimismo, desde 1997 la OMS ha reconocido que el consumo persistente de marihuana tiene consecuencias negativas en la salud mental del consumidor, ya que parece ocasionar un síndrome de dependencia, inducir cuadros psicóticos, causar un síndrome amotivacional, así como precipitar el inicio y exacerbar el curso de la esquizofrenia (OMS, 1997).

De manera específica se ha encontrado evidencia del efecto que tiene el consumo crónico de marihuana para generar fallas en determinadas funciones cognitivas. Como ejemplo de ello están los daños en los procesos de atención sostenida, atención selectiva y atención dividida (Hunault et al., 2009). Igualmente, tiene afectaciones significativas en la memoria de trabajo generando daños en zonas importantes de la corteza prefrontal (Ilan, Smith y Gevins, 2004; Bossong et al., 2012). Asimismo se ha encontrado que el consumo repetido de marihuana tiene repercusiones en el razonamiento, disminuyendo la flexibilidad cognitiva (Anderson, Rizzo, Block, Pearlson y O'Leary, 2010).

Además de los riesgos a la salud mental, el consumo crónico de marihuana se relaciona con afecciones respiratorias tales como reducción de la densidad pulmonar, quistes en los pulmones y bronquitis crónica; y también aumenta el riesgo de infartos al miocardio y arritmias cardíacas (Reece, 2009).

Si bien es claro que existen múltiples consecuencias perjudiciales para la salud física y mental generadas por el consumo de diversas drogas entre las cuales está la marihuana. En lo que refiere a esta droga en específico, hay datos contrastantes que dan lugar a cierta controversia. Por un lado, no existen por ejemplo, registros de muertes por sobredosis de consumo de marihuana (De la Fuente et al., 2015) por lo que es probable que no impacte en este sentido al compararla con los efectos letales de otras sustancias. Además de lo anterior también hay evidencia de algunos componentes terapéuticos en dicha droga, entre los cuales están sus efectos analgésicos y relajantes (Grotenhermen, 2003) y la utilidad en algunos padecimientos como la esclerosis múltiple, síndrome de Tourette, entre otros (Fernández, Lorenzo y Leza, 2009). Estas aplicaciones médicas en gran medida ha abierto actualmente el debate no sólo científico sino incluso político acerca de su legalización y comercialización generando posturas opuestas.

Teniendo en cuenta lo anterior, y manteniendo una postura neutral dentro de este debate, en la presente investigación se resalta el hecho de que el consumo de marihuana puede derivar en un problema de salud. Ante esta situación, se considera necesario investigar sobre procedimientos específicos, que prueben ser eficaces en el tratamiento de la dependencia a sustancias adictivas. En cuanto al desarrollo de programas de intervención probados empíricamente para población penitenciaria, se mencionó previamente la importancia tanto a nivel individual como social que conlleva su diseño.

Tratamientos farmacológicos

En cuanto a los procedimientos que se han desarrollado para tratar el consumo de diversas sustancias, en la actualidad existen algunos tratamientos farmacológicos que han probado ser eficaces mientras se mantiene la ingesta del medicamento. Sin embargo, estos resultan insuficientes para el mantenimiento de la abstinencia una vez retirada la administración controlada del medicamento. En lo que respecta a la marihuana, se ha administrado de manera oral el delta 9-tetrahidrocannabinol (THC), que resulta de gran ayuda para combatir los primeros síntomas de la abstinencia por consumo de dicha sustancia (Ramos, 2006).

Si bien los tratamientos farmacológicos por sí solos brindan buenos resultados, es importante resaltar que algunas investigaciones señalan las ventajas de utilizar el tratamiento farmacológico y el psicológico en conjunto para optimizar su efectividad. Esto de acuerdo a la revisión hecha por Díaz-Morán y Fernández-Teruel (2013), quienes encontraron mayor efectividad en tratamientos que combinan la intervención desde el área farmacológica y psicológica para el abordaje de la problemática. Los autores señalan que específicamente en la prevención de recaídas mejora significativamente los resultados de los enfoques combinados, ya que se contrarrestan las limitaciones que tienen los tratamientos en forma aislada.

Planteamiento del problema

Justificación

Debido al incremento en el consumo de drogas ilegales que se ha mostrado recientemente, tanto a nivel mundial según lo señala la UNODC (2014), como a nivel nacional, de acuerdo a los datos revisados de la ENA (2011 y 2016), se observa que es necesario el desarrollo y evaluación de programas de intervención que prueben ser eficaces mediante evidencia empírica, no sólo por las características de la problemática, sino además como un deber ético que exige la aplicación de tratamientos validados (Batres, 1998).

Por otro lado, desde la perspectiva de la psicología como ciencia de la salud resulta importante generar formas de intervenir en situaciones que afectan la salud de la población. En este sentido, el consumo de marihuana al ser la droga ilegal de mayor consumo en el país y debido a que se asocia con la generación de daños a la salud física y mental de quien genera dependencia a tal sustancia (De la Fuente, 2015), resulta de gran relevancia buscar distintas vías de tratamiento.

Dentro de las intervenciones psicológicas del área de la salud que más efectividad han mostrado para el manejo de conductas adictivas están las intervenciones basadas en el enfoque cognitivo conductual (Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo, 2007). Si bien se han desarrollado diversos tratamientos para sustancias específicas e incluso para determinadas poblaciones de acuerdo a la edad (por ejemplo tratamientos para adolescentes), resulta necesario continuar evaluando tratamientos que reporten un menor coste en su aplicación (Echeburúa, Salaberría, de Corral y Polo-López, 2010).

En este sentido se considera de relevancia teórica el desarrollo de tratamientos grupales bajo dicho enfoque, lo cual además de que permitiría ampliar los beneficios de su aplicación a un mayor número de personas, en un tiempo similar (Wessler, 2015). Permite conocer a mayor profundidad las ventajas y desventajas de la aplicación grupal de los TCC, así como los alcances de dicho enfoque de intervención en grupo.

Por otra parte, dada la escasa información encontrada respecto al diseño de tratamientos contra drogas para poblaciones penitenciarias, resulta evidente la necesidad de generar propuestas de intervención para dicha población, más aún por los niveles elevados de consumo en las cárceles que se estima que llegan hasta un 74 % (Peters, Greenbaum, Edens, Carter y Ortiz, 1998).

Al respecto, la propuesta del presente proyecto de investigación fue comparar dos modelos de intervención para usuarios de drogas: el Tratamiento Breve para Usuarios de

Drogas (TBUD, Oropeza y Fukushima, 2011) y la Intervención Breve para Usuarios de Marihuana (IBUM). Estos dos tratamientos se utilizan para atender a pacientes de manera individual, lo que se pretende es probar su efectividad en la aplicación grupal de las sesiones que componen cada tratamiento. La investigación llevó a cabo en población penitenciaria. Por lo anterior, en el presente estudio se realiza la comparación del efecto del TBUD y la IBUM, aplicados de forma grupal en contexto penitenciario.

Objetivos

Objetivo General

Comparar y evaluar el efecto de dos diferentes tratamientos cognitivo conductuales (TBUD e IBUM) para reducir o lograr la abstinencia en personas con consumo de marihuana dentro de un contexto penitenciario.

Objetivos particulares.

- Lograr la abstinencia de marihuana en los usuarios de los tratamientos.
- Eliminar los síntomas de dependencia y de abuso a la marihuana.
- Incrementar el nivel de confianza situacional en los usuarios.
- Disminuir las puntuaciones de ansiedad.
- Disminuir las puntuaciones de depresión.

Hipótesis

Como hipótesis se plantea que existirá mayor efectividad del TBUD con respecto a la intervención, dadas sus características generales, ya que se exploran mayor cantidad de estrategias, estas diferencias se podrán observar durante la evaluación post tratamiento y los tres seguimientos realizados.

MÉTODO

Participantes

Los tratamientos cognitivo conductuales se aplicaron a 11 varones mayores de 18 años ($\bar{x}$ = 39.09; DE = 10.33), que se encontraban recluidos en un Centro de Reinserción Social (CERESO) para Delitos de Alto Impacto y que tenían una dependencia de consumo de leve a fuerte, la selección de los participantes se realizó por conveniencia, identificando a los que cubrieran los siguientes criterios de inclusión:

- a) Saber leer y escribir.
- b) Presentar consumo de marihuana.
- c) No consumir derivados del opio.

Se formaron dos grupos de intervención (ver Tabla 1). El primer grupo estuvo integrado por 4 participantes quienes recibieron el Tratamiento Breve para Usuarios de Drogas (TBUD). El segundo grupo se conformó por 7 participantes con quienes se llevó a cabo la Intervención Breve para Usuarios de Marihuana (IBUM). El grupo que participó en el TBUD tenía una edad promedio de 37.5 años (DE = 13.22). Mientras que el grupo que asistió a las sesiones del IBUM obtuvo una edad promedio de 40 años (DE=9.36).

Tabla 1. Datos generales de los participantes del TBUD e IBUM

N	Tratamiento	Edad	Escolaridad	Situación legal	Ocupación	Años de consumo	Frecuencia de consumo
1	TBUD	53	Primaria	Sentenciado	Trabaja	30	Más de una vez al día
2	TBUD	26	Secundaria	Sentenciado	Trabaja	1	Dos a tres veces a la semana
3	TBUD	44	Primaria	Sentenciado	Trabaja	32	Diario
4	TBUD	27	Primaria	En proceso	No trabaja	8	Más de una vez al día
1	IBUM	37	Primaria	En proceso	Trabaja	4	Dos a tres veces a la semana
2	IBUM	47	Primaria	Sentenciado	Trabaja	15	Dos a tres veces a la semana
3	IBUM	31	Primaria	En proceso	Trabaja	4	Diario
4	IBUM	44	Primaria	Sentenciado	No trabaja	5	Diario
5	IBUM	25	Bachillerato	En proceso	No trabaja	5	Dos a tres veces a la semana
6	IBUM	45	Secundaria	Sentenciado	Trabaja	6	Diario
7	IBUM	51	Secundaria	Sentenciado	No trabaja	10	Dos a tres veces a la semana

Fuente: elaboración propia

Instrumentos

Ficha de Identificación. Incluye datos generales del usuario con el fin de obtener información para localizar al usuario y generar un expediente con datos útiles para el proceso terapéutico.

Historia Familiar y Social. Como parte de la entrevista inicial para conocer el entorno social del usuario, así como sus actividades recreativas.

Línea Base Retrospectiva (LIBARE; Ayala, Echeverría, Sobell, y Sobell, 2001), es un registro retrospectivo para obtener el patrón de consumo del usuario durante los últimos meses previos al tratamiento (ver apéndice 1). Para el presente estudio se obtuvo el patrón de consumo de tres meses antes. Cuenta con una confiabilidad de test-retest de .91.

Cuestionario Diagnóstico del Consumo de Sustancias (CDCS; Oropeza, 2003), tiene como objetivo conocer si el participante tiene o no dependencia a la sustancia. Cuenta con 13 reactivos basados en distintas situaciones de consumo del usuario en los últimos doce meses, con opciones de respuesta dicotómicas (sí me identifico – no me identifico con la situación). Está basado en los síntomas de dependencia por lo que cuenta con relevancia clínica aun cuando no se han medido las propiedades psicométricas del cuestionario (ver apéndice 2).

Cuestionario del Abuso de Drogas (CAD; De las Fuentes, Villalpando, Oropeza, Vázquez, y Ayala, 2001), el objetivo de la prueba es conocer el nivel de abuso a la sustancia por parte del participante (ver apéndice 3). Consta de 20 reactivos con respuestas dicotómicas (sí - no) que arrojan cuatro niveles de abuso (puntaje de 0-5 = leve, 6-10 moderado, 11-15 = fuerte y 16-20 = severo). Su confiabilidad es de $\alpha=.86$.

Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS; Annis y Martin, 1985; adaptado por De León y Pérez, 2001), tiene el objetivo de conocer la confianza que tiene el usuario de rehusarse a consumir en ocho situaciones de riesgo (emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad física, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros). Consiste en ocho reactivos en los cuales las opciones de respuesta es una escala de 0 a 100 por ciento de acuerdo a la confianza para consumir del participante en cada situación (ver apéndice 4). Cuenta con una consistencia interna de $\alpha = .97$.

Autorregistro. Es un formato que permite monitorear la conducta y el contexto del consumo si ocurre durante el tiempo que dura el tratamiento. Se obtienen datos semanales del consumo diario, registrando el primer cigarro del día y el último indagando acerca del lugar y personas presentes durante el consumo, descripción breve de la situación y los pensamientos y sentimientos asociados al consumo. Se indaga también el total de cigarros consumidos por el usuario (ver apéndice 8).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988; adaptado por Sanz, García-Vera y Fortún, 2012) con la finalidad de identificar la presencia de los síntomas más comunes de ansiedad. Este instrumento cuenta con 21 reactivos en escala Likert de cuatro opciones de respuesta, para evaluar la presencia o ausencia de los síntomas de ansiedad en la semana anterior a su aplicación (ver apéndice 5). Se reportan 4 niveles distintos de ansiedad (puntaje de 0-5 = mínimo, 6-15 = leve, 16-30 = moderado y 31-63 = severo). La adaptación cuenta con una confiabilidad de $\alpha = 0.90$ para evaluar los niveles de ansiedad .

Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; adaptado por Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún, Vázquez, 2005) tiene el objetivo de medir la severidad de los síntomas de depresión. Consta de 21 oraciones cada una con 4 opciones que están enfocadas en los síntomas de depresión identificándolos desde una semana previa a la aplicación (ver apéndice 6). Se asignan 4 niveles de depresión de acuerdo a la puntuación final (puntaje de 0-9 = mínimo, 10-16 = leve, 17-29 = moderado y 30-63 = severo). Esta adaptación alcanzó un nivel de confiabilidad de $\alpha = 0.89$ en la evaluación de los síntomas de depresión.

Escenario

Centro de Reinserción Social (CERESO) para Delitos de Alto Impacto, departamento de área educativa. En dicho CERESO se encuentran reclusos personas que cometieron uno o más delitos como robo con violencia, lesiones dolosas, homicidios culposos y dolosos, violaciones o delitos sexuales y secuestros. Por lo anterior, se tiene un alto nivel de supervisión de la población.

Diseño

Consiste en un diseño cuasi experimental con mediciones pre y post intervención, además de tres seguimientos, que se realizaron, al mes, a los tres y a los seis meses de haber sido dados de alta (ver figura 1).

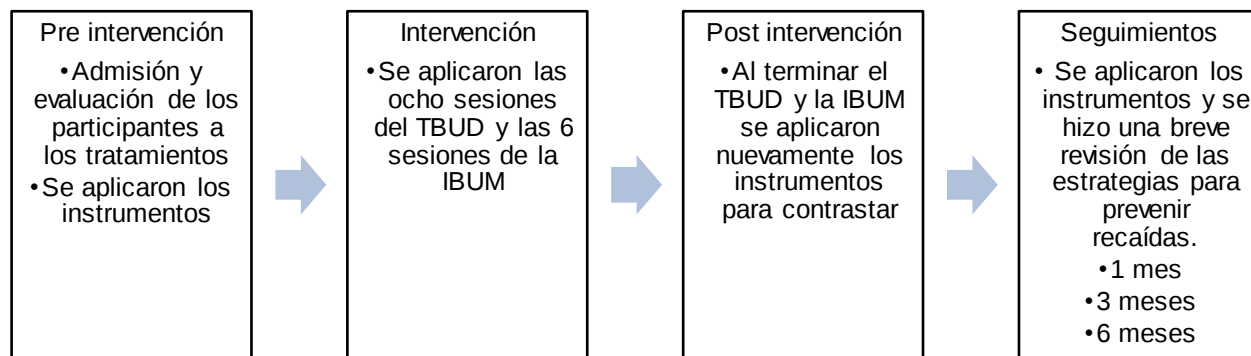


Figura 1. Diagrama del diseño utilizado en la investigación.

Procedimiento

Antes de aplicar los tratamientos se realizaron entrevistas a psicólogos de distintos centros de atención para las adicciones, con el fin de conocer sus sugerencias respecto a la aplicación grupal del TBUD y las posibles modificaciones pertinentes para mejorar el uso de los tópicos y estrategias que lo componen. A partir de las observaciones realizadas se realizaron algunos ajustes para la posterior aplicación del mismo.

En un primer momento se conformaron 2 grupos de 5 personas para cada tratamiento, sin embargo, las 5 personas que inicialmente participaban en la IBUM decidieron abandonar la intervención. Por esta razón se conformó un segundo grupo para participar en la IBUM integrado por 7 usuarios, mismos que concluyeron la totalidad de la intervención. En lo que respecta al TBUD es importante mencionar que un usuario decidió abandonar el tratamiento en la tercera sesión por lo que sólo 4 terminaron (ver tabla 5).

Posteriormente, se realizó la aplicación del tratamiento en los dos grupos de internos para lograr la abstinencia del consumo de marihuana. Tanto el TBUD como la IBUM se aplicaron de manera grupal, en población penitenciaria a usuarios de marihuana (que es la droga que hasta el momento se ha identificado que más consumen los internos) con la finalidad de comparar los resultados mostrados por ambos tratamientos.

En cuanto a los tratamientos, ambos cuentan con sesiones iniciales de evaluación y admisión. En cuanto al TBUD se realizan 8 sesiones de intervención posterior al proceso de evaluación, en la primer sesión se aplican estrategias cognitivas para motivar al cambio y generar probables metas parciales de reducción para conseguir la abstinencia. En la sesión 2 se realiza con los usuarios el análisis funcional de su conducta con el fin de identificar principales situaciones de riesgo de consumo. En la sesión 3 se abordan los tipos de

pensamientos que influyen en el consumo de los usuarios. En la sesión 4 se muestra la aplicación de estrategias para manejar el deseo por consumir. En la sesión 5 entre otras actividades se realizan ensayos conductuales para el rechazo asertivo de ofrecimientos de consumo. En la sesión 6 se analiza con mayor detalle la cadena de decisiones que pueden llevar a una situación de consumo. En la sesión 7 se explica a los usuarios la estrategia de solución de problemas. Por último, en la sesión 8 se pide a los usuarios restablecer una meta de abstinencia una vez concluido el tratamiento.

Tabla 5. Sesiones del TBUD y de la IBUM

No.	TBUD	IBUM
1	Evaluación y admisión	Evaluación y admisión
2	Evaluación y admisión	Evaluación y admisión
3	Balance decisional y establecimiento de metas	Sesión de Inducción. Mitos y realidades del consumo de marihuana
4	Manejo del consumo de drogas	Decidir cambiar y establecimiento de metas
5	Identificación y manejo de pensamientos sobre drogas	Identificar situaciones de riesgo que llevan al consumo de marihuana
6	Identificación y manejo del deseo de consumo de drogas	Opciones para no consumir y consecuencias de estas opciones. Planes de acción.
7	Habilidades asertivas de rechazo	Prevención de recaídas
8	Decisiones aparentemente irrelevantes	Mantenimiento de la meta
9	Solución de problemas	Manejo del deseo y ansiedad
10	Restablecimiento de metas y planes de acción	

Fuente: elaboración propia

Por otro lado, en la IBUM se realiza una sesión de inducción previo a la fase de intervención que consta de 6 sesiones de intervención. En la primer sesión se establece una meta de cambio motivando hacia la abstinencia. En la segunda sesión se realiza el análisis de las principales situaciones de riesgo de consumo para cada usuario. En la sesión 3 se indagan en los planes de acción ante diversas situaciones de riesgo. En la sesión 4 se continúan elaborando planes de acción para evitar el consumo. En la sesión 5 se motiva a los usuarios a mantenerse en abstinencia a través de las estrategias revisadas. Por último, en la sesión 6 se

abordan algunas estrategias para el manejo del posible deseo por consumir así como para la ansiedad.

Consideraciones éticas

En apego al Código Ético del Psicólogo (SMP, 2007) que establece la Sociedad Mexicana de Psicología, la Norma Oficial Mexicana (NOM, 2013) y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (WMA, 2008) se consideran diversos aspectos para los siguientes momentos de la investigación.

- a) En la intervención, se consiguió la *aprobación institucional* del CERESO explicando los fines de la investigación y el posible beneficio a la población participante.
- b) Se entregó un *consentimiento informado* a cada uno de los participantes (ver apéndice 7). En dicho documento se aclara que su participación es voluntaria, así como el derecho que tienen de no continuar con las sesiones si lo consideran pertinente, se comunican el número de sesiones de la intervención y el tratamiento. A su vez, se explican los principios de confidencialidad de las pruebas aplicadas en las distintas fases y los resultados obtenidos (NOM, 2013).
- c) En cuanto a lo anterior, se respetan la *confidencialidad* de los datos de los participantes y atendiendo al artículo 52 (SMP, 2007) únicamente se entregarán dichos resultados a los usuarios de la intervención.
- d) En relación a la intervención psicológica que se brinda a los participantes, se toma en consideración el principio general de beneficencia y no maleficiencia debido a que se pretende que el tratamiento coadyuve a mejorar la salud de los participantes.
- e) Es importante resaltar la supervisión de personal cualificado, en lo que respecta a los fines de investigación, por lo que se contó con asesoría de expertos en investigación, sin embargo, también se contó con un supervisor competente y cualificado (WMA, 2008) en terapia grupal para las adicciones que apoyó en las cuestiones clínicas que surgieron en los participantes durante las sesiones del tratamiento e intervención.
- f) Se establece que *la investigación tiene un riesgo mínimo* para las personas que fueron parte del estudio ya que no tiene implicaciones perjudiciales para su bienestar y propone sumarse a la parte del proceso de readaptación social bajo el que están sujetos los participantes.

RESULTADOS

Se presentan los resultados de ambas intervenciones, en primer lugar se muestran los resultados del TBUD y posteriormente los de la IBUM. El objetivo principal de las intervenciones fue disminuir progresivamente el consumo de marihuana hasta lograr la abstinencia. Además de esto se mencionan los cambios mostrados hacia la abstinencia en el post tratamiento y en los tres seguimientos de las evaluaciones realizadas con el Cuestionario de Diagnóstico de Consumo de Sustancias (CDCS), el Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD), el Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI) en las 5 mediciones llevadas a cabo, a su vez, se señalan los eventos de vida observados que pudieron influir clínicamente en los participantes. Posteriormente se presenta la comparación grupal entre el TBUD y la IBUM respecto a los datos de consumo y de cada instrumento.

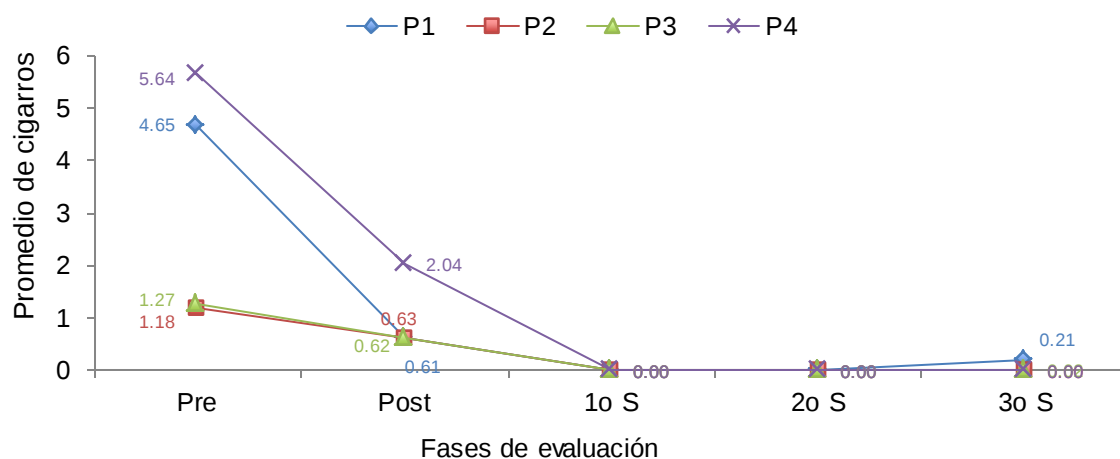
TBUD

En los cuatro participantes del TBUD se muestran los siguientes resultados en cada una de las evaluaciones realizadas.

Cambios en el consumo

En lo que respecta al consumo de marihuana de los participantes del TBUD se observa que hubo una reducción general en el post. A excepción del P2 el resto de los usuarios logró una reducción de un cigarrillo o más (ver figura 1). De igual forma se obtuvo la abstinencia en todos los usuarios durante el primer y segundo seguimiento. Sin embargo, los participantes 1 y 3 tuvieron algunas recaídas, el P1 volvió a consumir de forma moderada después del segundo seguimiento, señalando que tuvo una lesión en la mano y utilizó la sustancia para mitigar el dolor. El P3 sólo tuvo dos consumos después del segundo seguimiento, donde señaló que fue en días festivos al pasar tiempo con otros usuarios. En cuanto al P2 y el P4 lograron mantenerse en abstinencia desde el segundo seguimiento.

Al aplicar la prueba de Friedman se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el consumo respecto a las cinco mediciones realizadas ($\chi^2 = 15.31$; $gl=4$; $p.004$), se observa que el menor consumo se logró entre el primero y segundo seguimiento. Por otra parte, una vez que se realiza la prueba de Wilcoxon para identificar entre qué condición hubo diferencias, se observa que sólo existen diferencias estadísticamente significativas entre el pre y post tratamiento ($W=1.826$, $p.034$) y en el post tratamiento con relación al primer seguimiento ($W=1.826$, $p.034$).



Nota: En el eje horizontal s = seguimiento. En las leyendas de la parte derecha P = participante.

Figura 1. Promedio de cigarros consumidos por los participantes del TBUD

Debido a lo anterior se considera que uno de los objetivos específicos de la investigación se cumplió al alcanzar la abstinencia de los participantes 2 y 4 y mantener la ausencia de consumo por un período prolongado, de igual forma se redujo de manera considerable el consumo en P1 y P3. Es importante mencionar que se brindaron estrategias de prevención de recaídas en la última sesión para motivar a los usuarios que tuvieron las recaídas a continuar con el avance mostrado durante los seguimientos anteriores.

En cuanto a algunos eventos de vida que se observaron durante la aplicación del TBUD destaca en cada uno de los participantes lo siguiente. El P1 al iniciar el tratamiento trabaja vendiendo alimentos al interior del CERESO; a lo largo de las sesiones conforme realizó la reducción del consumo, refiere que consiguió ahorrar dinero para utilizarlo en ampliar los productos que vendía. Por otra parte se integró a distintas actividades recreativas que lo motivaron a continuar el cambio de su conducta.

En cuanto al P2 señaló que sus principales motivaciones para mantenerse sin consumo fueron sus familiares, durante el tratamiento localizó a su hijo con quien no había platicado desde que ingreso al CERESO, estos eventos afectaban su confianza en no consumir, sin embargo, continuó disminuyendo su consumo y permaneció en abstinencia. El P3 logró involucrarse en otras actividades recreativas lo que refiere le motivó a lograr la meta de abstinencia. Por último, el P4 quien no trabajaba al inicio del tratamiento, se incorporó a un taller, y pesar de comenzar el consumo de otra sustancia se logró mantener sin consumo de marihuana.

Diagnóstico de consumo de sustancias

En cuanto a los puntajes obtenidos por el CDCS se observa que existieron algunos cambios en las distintas evaluaciones (ver figura 2). Al aplicar la prueba de Friedman en las 5 mediciones incluyendo los seguimientos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($X^2 = 12.61$, $gl = 4$, $p.013$), donde el menor puntaje se observa en el segundo seguimiento. Por otra parte, al aplicar la prueba de Wilcoxon para identificar en qué fases había un cambio significativo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas únicamente entre el pre y post tratamiento ($W=1.826$, $p.034$)

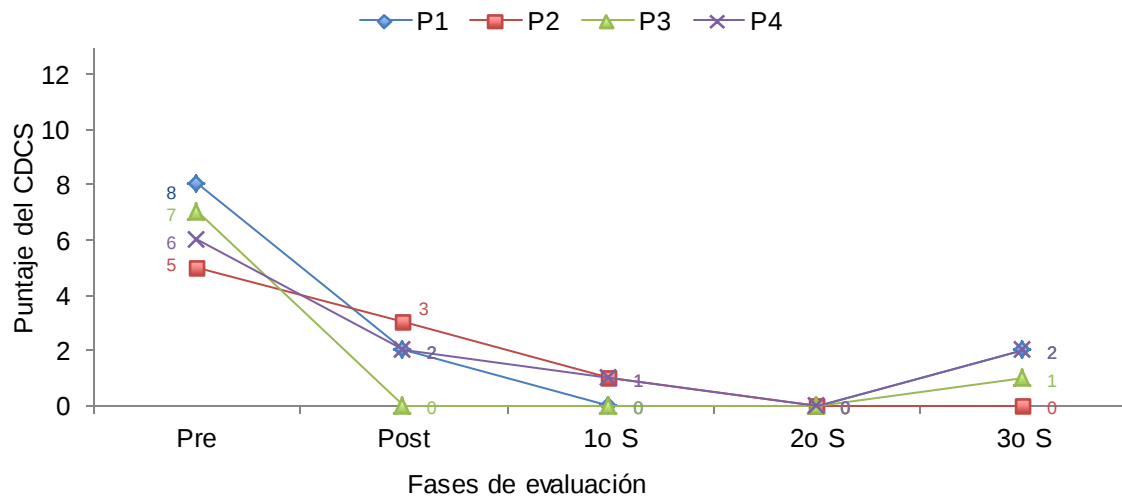


Figura 2. Puntuaciones del CDCS de los participantes del TBUD

Cabe mencionar que únicamente el P2 se mantuvo en puntuación cero hasta el segundo seguimiento, en el P1 y P3 probablemente hubo un incremento en la tercer medición debido a la ligera recaída, en el caso del P1 refiere el consumo esporádico como forma de aliviar malestares físicos, mientras que el P3 refiere presentar aún dificultad para relajarse en algunas situaciones. Por otro lado, el P4 aunque menciona haberse mantenido en abstinencia de marihuana que fue la droga que consumía al inicio de la intervención, menciona que tenía cerca de dos meses que comenzó a consumir otro tipo de sustancia por lo que presenta síntomas de consumo, aun así su puntaje en este instrumento es mínimo.

Abuso de drogas

En cuanto al CAD al aplicar la prueba de Friedman con las 5 mediciones se observan diferencias estadísticamente significativas ($X^2 = 15.5$, $gl = 4$, $p.004$) en donde los puntajes

menores se observan en el primer y segundo seguimiento. Al aplicar la prueba de Wilcoxon se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del pre y post tratamiento ($W=1.826$, $p.034$) y las del post y primer seguimiento ($W=1.826$, $p.034$).

Se puede observar un incremento mínimo en las puntuaciones del tercer seguimiento en el P1 y P3, así como en el P4. Únicamente el P2 se mantuvo en 0 (ver figura 3). En cuanto al P1 se presenta la puntuación de 1 debido a que realizó un consumo constante durante los meses registrados en el último seguimiento, refiere que sólo da una fumada de vez en cuando y guarda el cigarro, por lo que una dosis le puede durar por una semana. En cuanto al P3 y P4 refieren sentimientos de culpa por consumir, el P3 por el consumo que tuvo después de mantenerse en 0 y el P4 por consumir otra sustancia, a su vez, el P4 refiere presentar algunos síntomas por el retiro de la sustancia, de ahí que su puntuación fuera de 3.

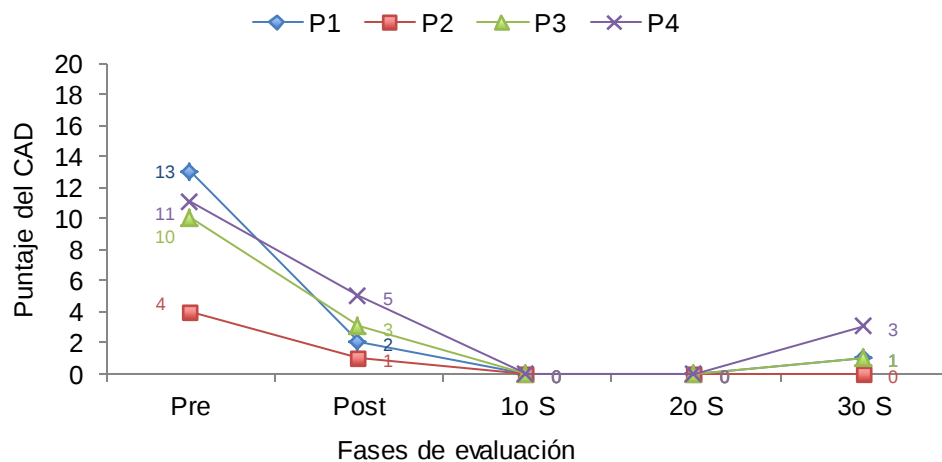


Figura 3. Puntuaciones del CAD en los participantes del TBUD

Confianza situacional

En lo que respecta al CBCS se observaron algunos cambios en los porcentajes de confianza situacional, sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al aplicar Friedman para las 5 mediciones. Los cambios reportados muestran un incremento del pre al post tratamiento donde el P2 fue quien mostró el incremento menor de los 4 participantes (ver figura 4).

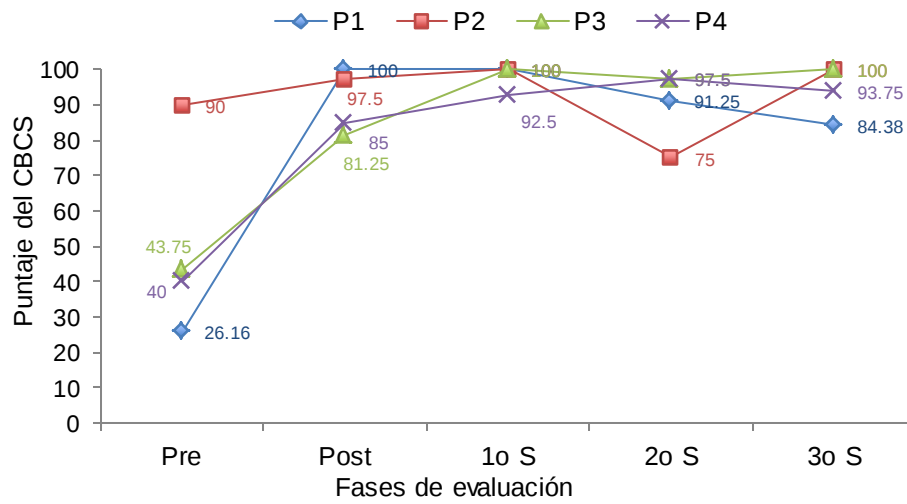


Figura 4. Puntuaciones del CBCS en los participantes del TBUD

El P1 si bien había conseguido una confianza de 100% en las dos evaluaciones posteriores al termino del tratamiento en los últimos dos seguimientos comenzó a reducir dicha confianza, debido a que refiere poca confianza frente a malestares físicos. En cuanto al P2 si bien refiere baja confianza para no consumir frente a malestar físico y emociones desagradables durante el segundo seguimiento, contrasta con el hecho de que se mantuvo en abstinencia. Por último en el P3 y P4 se mantuvo estable el incremento de autoconfianza para no consumir marihuana en las últimas dos mediciones.

Ansiedad

En cuanto a los puntajes del BAI al aplicar la prueba de Friedman para las 5 mediciones no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Aun así es notorio el cambio en algunas puntuaciones, por ejemplo, la disminución de ansiedad se dio en los usuarios P1, P3 y P4 mientras que el P2 tuvo un ligero incremento en el post tratamiento (ver figura 5).

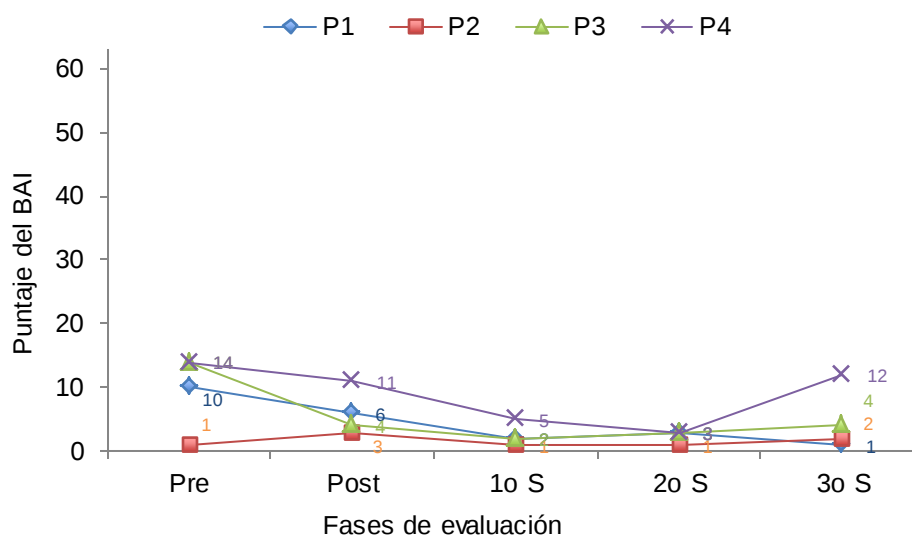


Figura 5. Puntuaciones del BAI en los participantes del TBUD

Los 4 usuarios coinciden en el ítem de dificultad para relajarse en un nivel mínimo. El P3 refiere síntomas mínimos de sensación de ahogo, dificultad para respirar y debilidad. Por otra parte, el aumento en los niveles de ansiedad del P4 pueden deberse al hecho de que comenzó el consumo de otra sustancia, además a que en el momento de la evaluación del tercer seguimiento el participante se encontraba aislado por problemas de conducta de acuerdo a las autoridades del CERESO.

Depresión

En lo que respecta a las puntuaciones del BDI al aplicar la prueba Friedman para las 5 mediciones se observan diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 11.57$, $gl = 4$, $p = 0.021$) donde el puntaje menor estuvo en el primer seguimiento. Por otro lado, al aplicar la prueba Wilcoxon se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el pre y post tratamiento ($W = 1.826$, $p = 0.034$) así como entre el post y el primer seguimiento ($W = 1.841$, $p = 0.033$).

La tendencia de los puntajes fue disminuir y mantenerse en niveles bajos, siendo únicamente los participantes 2 y 3 quienes obtuvieron puntajes de 0 en el tercer seguimiento (ver figura 6). Aun así, es importante resaltar que los rasgos de depresión mostrados por el P1 y P4 son mínimos. En cuanto al P1 destacan niveles bajos en los ítems de sentirse castigado, irritabilidad y preocupación por la propia salud. En el P4 destacan niveles bajos en los ítems de desilusión de sí mismo, sentimiento de culpa, disminución del apetito y preocupación por la apariencia personal.

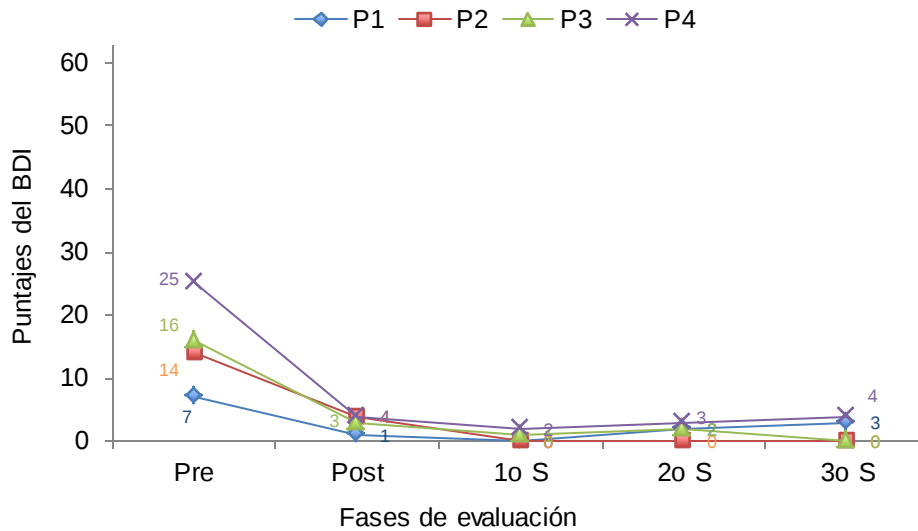


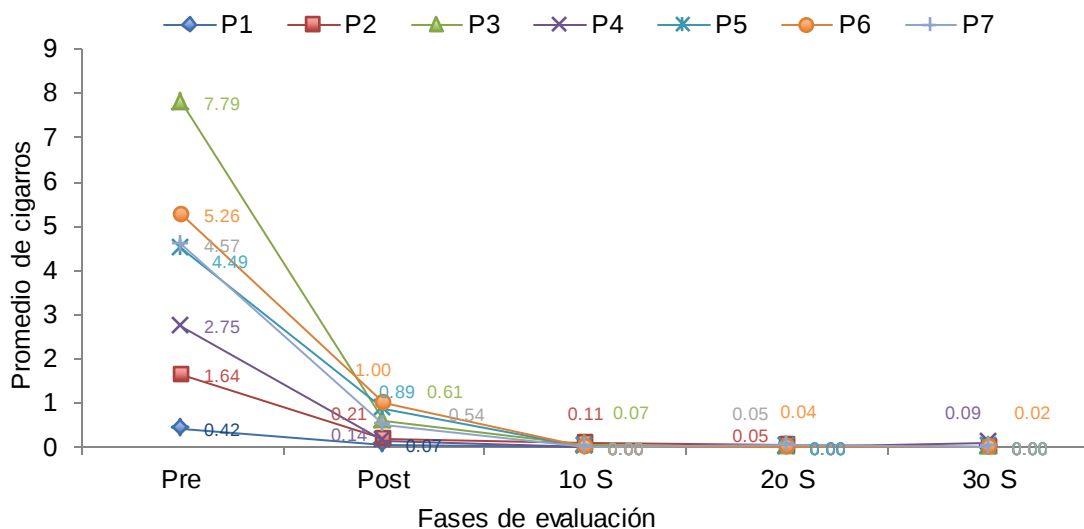
Figura 6. Puntuaciones del BDI en los participantes del TBUD

IBUM

En los 7 participantes de la IBUM se mostraron los siguientes resultados en las evaluaciones realizadas en la intervención.

Cambios en el consumo

En el consumo de los participantes de la IBUM se observa una reducción considerable en los participantes, donde sólo el P1 y P5 mantuvieron un consumo de 0 cigarros durante los tres seguimientos (ver figura 7), sin embargo, los consumos reportados por los demás participantes fue mínimo. Al realizar la prueba de diferencias Friedman en las 5 mediciones evaluadas se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=24.43$, $gl=4$, $p.001$) entre los puntajes de consumo. El menor consumo se mostró en el tercer seguimiento.



Nota: En el eje horizontal s = seguimiento. En las leyendas de la parte derecha P = participante.

Figura 7. Promedio de cigarros consumidos por los participantes del IBUM

Por otro lado, al realizar la prueba estadística de Wilcoxon entre el pre y el post tratamiento se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la reducción del consumo ($W=2.36$, $p.009$), de igual forma se encontraron diferencias entre el post y el primer seguimiento ($W=2.37$, $p.009$). Se resalta también que la mayoría de los usuarios se mantuvieron en abstinencia una vez concluidos los seguimientos.

En cuanto al P1 mostró un consumo bajo desde el inicio, logrando la abstinencia desde las últimas dos semanas de la intervención. El P2 reportó algunos consumo en el primer y segundo seguimiento, principalmente por emociones desagradables al recibir noticias de la muerte de un familiar cercano y por el enojo causado por el conflicto con otros internos. El P3 logró la abstinencia después del primer seguimiento, las principales situaciones de riesgo en las que refería mayor conflicto fue en emociones desagradables, en específico al experimentar soledad, debido a que tenía algunos años sin recibir visitas de sus familiares.

Únicamente el P4 se mantuvo con un consumo moderado semanas después del segundo seguimiento refiriendo que le servía para relajarse, como parte de las estrategias que refirió le eran útiles era la distracción del pensamiento a través de incorporarse a actividades laborales, sin embargo, a partir del segundo seguimiento comentó ya no continuar con el trabajo. Respecto al P5 mencionó preocupación por su salud y apariencia a futuro como motivación para mantenerse en abstinencia. El P6 reportó sólo un consumo, el cual señaló que fue ante la situación de riesgo de emociones agradables durante una festividad que tuvieron en el CERESO. Por último, el P7 refirió que la recaída que tuvo previo al segundo seguimiento se debió a noticias sobre el estado de salud delicado de una hija, lo que le evocaba emociones

desagradables (preocupación y tristeza) como precipitador de consumo, sin embargo, logró continuar en abstinencia de acuerdo a lo reportado en el tercer seguimiento. Se invitó a continuar en abstinencia a los usuarios que lo consiguieron y se motivó a establecer una meta de abstinencia a los participantes que reportaron consumo en el último seguimiento.

Diagnóstico de consumo de sustancias

En lo que corresponde a los puntajes del CDCS se observaron reducciones en todos los participantes entre el pre y post tratamiento (ver figura 8). Al realizar la prueba de diferencias de Friedman para las 5 mediciones, se observan diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=18.43$, $gl=4$, $p.001$) donde el puntaje menor se encontró en el tercer seguimiento. Por otro lado, al realizar la prueba de diferencias de Wilcoxon se encontraron diferencias estadísticamente significativas únicamente entre el pre y el post tratamiento ($W= 2.37$, $p.009$).

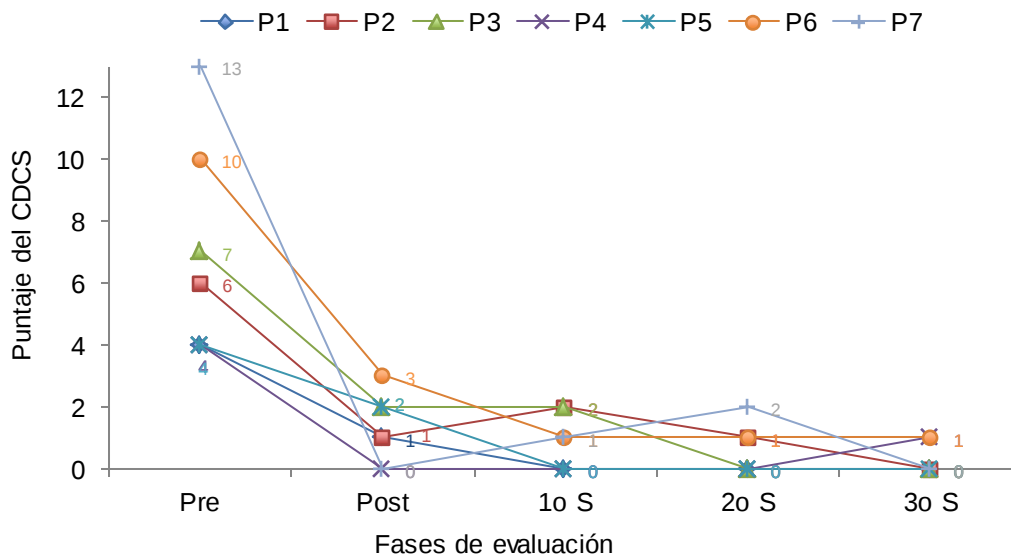


Figura 8. Puntuaciones del CDCS en los participantes del IBUM

Cabe resaltar que los participantes 1, 3 y 5 obtuvieron puntuaciones de 0 en las últimas dos evaluaciones. En el tercer seguimiento únicamente el P4 y P6 reportaron la puntuación mínima de 1, en lo que respecta al P4 reporta consumo para aliviar malestar físico y psicológico, donde refiere consumir para manejar la ansiedad. Mientras que el P6 reporta tener síntomas físicos por el hecho de no consumir.

Abuso de drogas

En lo que respecta a las puntuaciones del CAD se observa una disminución entre la evaluación realizada en el pre y la hecha en el post tratamiento (ver figura 9). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas al aplicar la prueba de Friedman con las 5 mediciones evaluadas ($\chi^2 = 23.89$, $gl = 4$, $p.000084$) en donde el puntaje menor se observó en el segundo seguimiento. Al aplicar la prueba de diferencias de Wilcoxon se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre el pre tratamiento y el post tratamiento ($W = 2.384$, $p.008$) y entre el post y el primer seguimiento ($W = 2.226$, $p.013$).

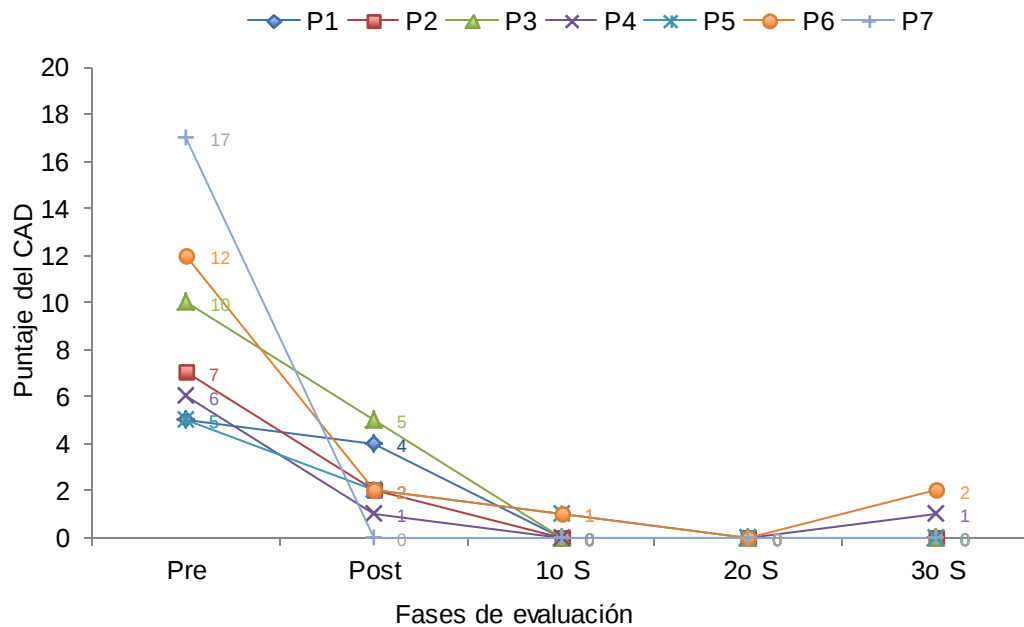


Figura 9. Puntuaciones del CAD en los participantes de la IBUM

Confianza situacional

En cuanto a los puntajes del CBCS se observa un incremento en las puntuaciones de confianza situacional de los 7 participantes entre el pre y el post tratamiento, esta última puntuación se mantiene constante a lo largo de los seguimientos (ver figura 10). Al aplicar la prueba de Friedman para las 5 mediciones que fueron evaluadas se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 19.15$, $gl = 4$, $p.001$), donde el rango menor está en el pre tratamiento. Por otra parte, al aplicar la prueba de diferencias de Wilcoxon se encontraron diferencias entre el pre y el post tratamiento ($W = 2.37$, $p.009$).

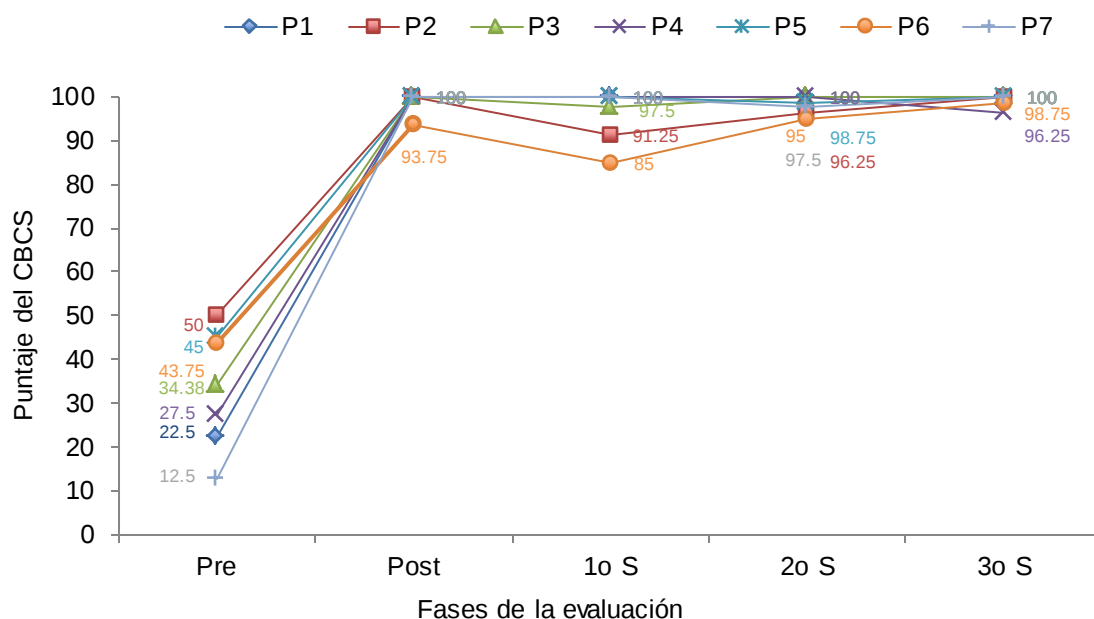


Figura 10. Puntuaciones del CBCS en los participantes de la IBUM

En cuanto a las puntuaciones de confianza situacional se observa que únicamente los participantes 4 y 6 tuvieron una ligera disminución. El P4 refiere una menor confianza frente a situaciones de malestar físico y emociones agradables, mientras que el P6 sólo refiere una disminución de confianza para mantenerse sin consumo frente a emociones agradables.

Ansiedad

En los puntajes de ansiedad obtenidos con el BAI se observan diferentes resultados en los participantes, los participantes P1, P2, P4, P5 y P6 mostraron una reducción entre el pre y el post, mientras que P3 y P7 mostraron un incremento (ver figura 11). Sin embargo, al aplicar la prueba de diferencias Friedman no se observan diferencias estadísticamente significativas entre las 5 mediciones evaluadas.

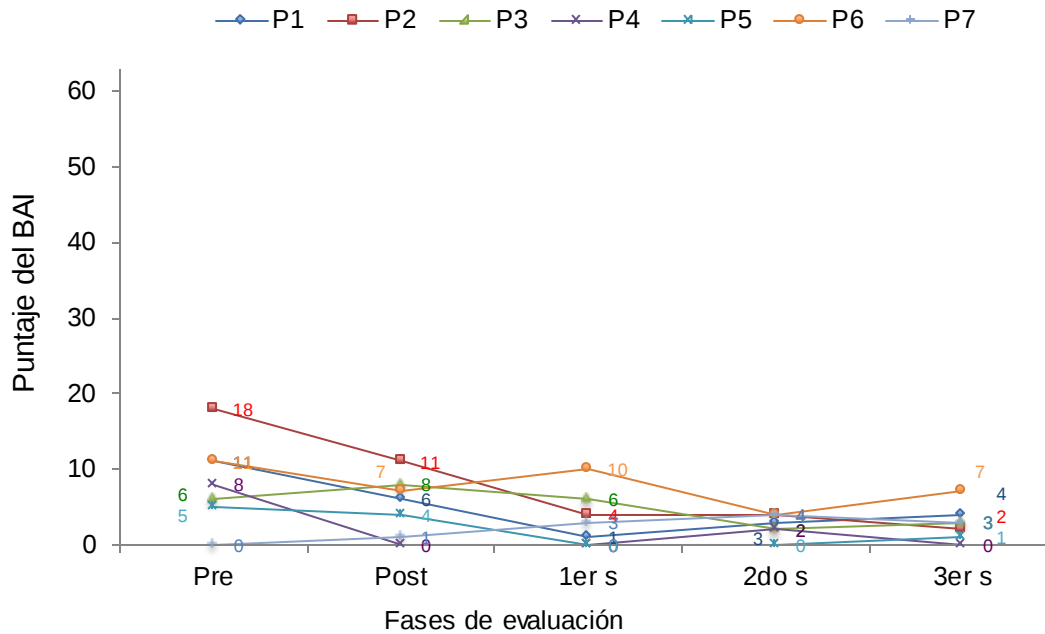


Figura 11. Puntuaciones del BAI en los participantes de la IBUM

En cuanto a los cambios mostrados en las puntuaciones, es de destacar que únicamente el P7 mostró un ligero aumento en síntomas de ansiedad, donde en el último seguimiento refiere la mínima puntuación en los síntomas de miedo a perder el control, miedo a morir e indigestión estomacal. Por otro lado, en el P6 se observa el nivel mayor de ansiedad de los participantes del IBUM en el tercer seguimiento. Únicamente el P4 mantuvo obtuvo puntuación 0 en el el último seguimiento. Por último, el P6 fue quien reportó una mayor disminución en los niveles de ansiedad desde la evaluación pre tratamiento al último seguimiento, en la cual refiere puntuaciones mínimas en síntomas de debilidad.

Depresión

Por último, en los puntajes de depresión mostrados por el BDI se observan algunos cambios donde la mayor parte de los usuarios muestran una reducción de dichos puntajes, únicamente el P6 muestra un incremento (ver figura 12), sin embargo, las puntuaciones comienzan a reducir después en las evaluaciones de los seguimientos. Al aplicar la prueba de Friedman para las 5 mediciones evaluadas se observan diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 11.66$, $gl = 4$, $p.02$) donde el menor rango se obtuvo en el tercer seguimiento.

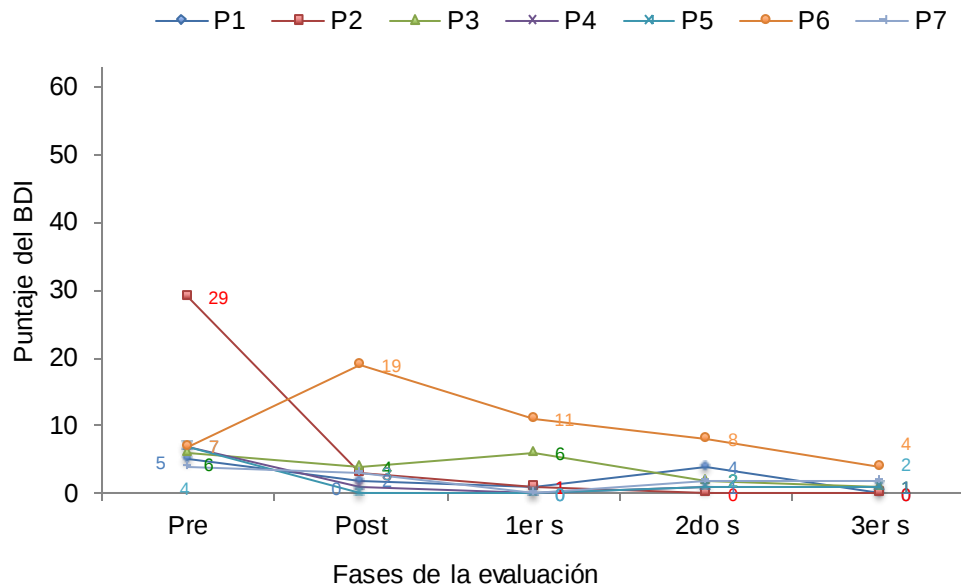


Figura 12. Puntuaciones del BDI en los participantes de la IBUM

Cabe destacar la disminución en las puntuaciones de ansiedad del P6, quien refería diferentes síntomas del inventario de ansiedad mostrando el mayor puntaje en los participantes de ambos grupos, mientras que en las últimas dos evaluaciones permaneció en 0. Por último, en los participantes 3, 4, 5, 6 y 7 quienes presentaron síntomas mínimos de ansiedad en el último seguimiento destaca que coinciden principalmente en síntomas de dificultad para relajarse y malestar estomacal.

Comparaciones grupales

En este apartado se realiza la comparación de los puntajes obtenidos en el grupo del TBUD y la IBUM, primero en cuanto al consumo y posteriormente en cada uno de los instrumentos. Se obtuvo el promedio de los participantes por cada grupo y se muestran las puntuaciones en las 5 evaluaciones realizadas.

Consumo

En cuanto al consumo se observa un consumo promedio similar en ambos grupos al realizar la evaluación pre tratamiento (ver figura 13). Se puede apreciar que también las modificaciones en ambos coincide en una reducción, aunque, la disminución de consumo en la IBUM fue ligeramente mayor que en el TBUD para el post tratamiento. Sin embargo, al aplicar la prueba U de Mann entre ambos grupos de tratamiento no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas en las evaluaciones. Por otro lado, al realizar la

prueba U de Mann entre el patrón de consumo al termino de la sesión 6 del TBUD que corresponde al número total de sesiones de la IBUM se observa que existen diferencias estadísticamente significativas ($U = 6.5$, $p.023$) con una $x = 1.45$ cigarros consumidos en los participantes del TBUD frente a una 0.49 cigarros consumidos en los participantes de la IBUM.

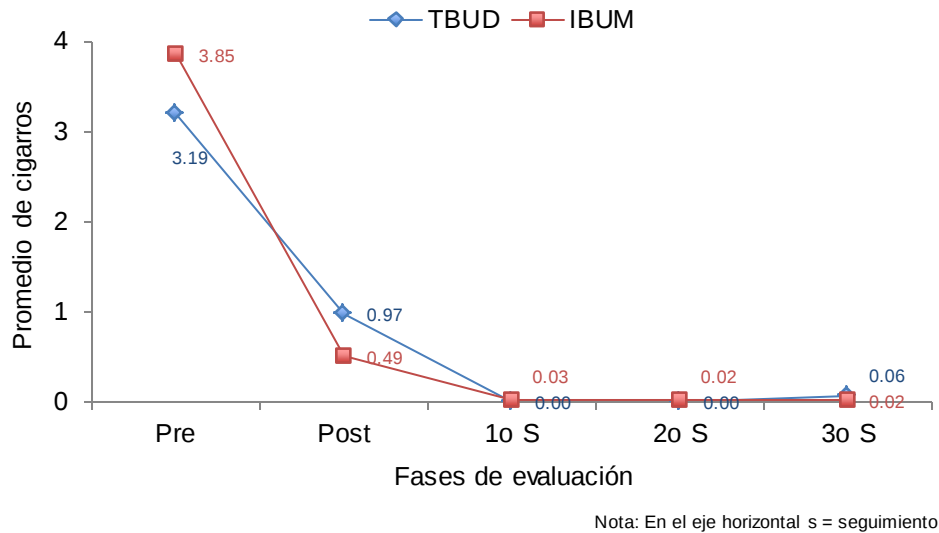


Figura 13. Comparación del consumo entre el TBUD y la IBUM.

Cuestionario diagnóstico de consumo de sustancias

En cuanto al CDCS se observan niveles de disminución similares en las 5 mediciones evaluadas. Al aplicar la prueba de U de Mann-Whitney entre los tratamientos únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($U = 5.5$, $p.038$) entre los resultados de la aplicación en el tercer seguimiento, donde se observa un puntaje mayor en el grupo del TBUD con respecto al del IBUM (ver figura 14).

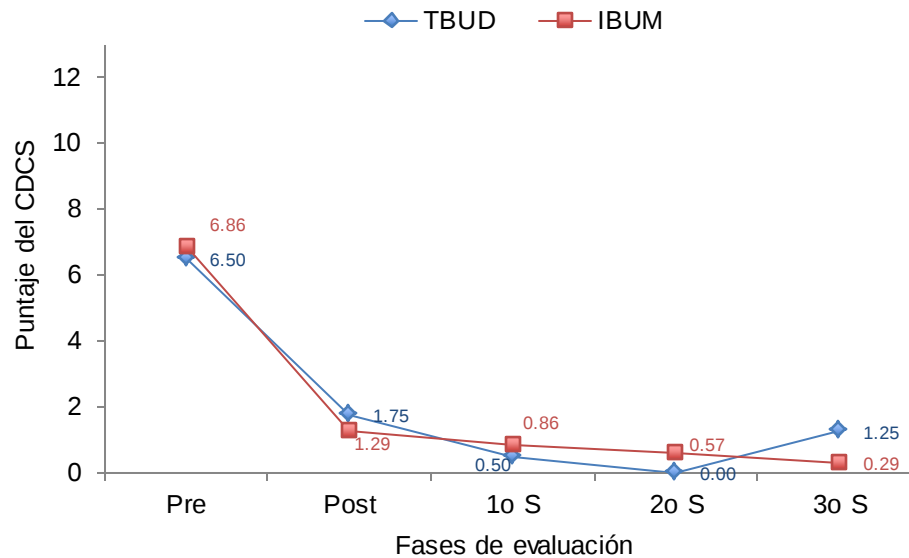


Figura 14. Resultados grupales del CDCS en el TBUD y la IBUM

Cuestionario de abuso de drogas

En la aplicación del CAD se observa que la tendencia a la disminución es similar en ambos grupos, únicamente hasta el segundo seguimiento. Coincide el ligero incremento con la recaída de usuarios en ambos grupos en el tercer seguimiento, si bien son recaídas que no llegan a un nivel de abuso elevado si influyen en las puntuaciones del CAD. Sin embargo, al aplicar la prueba de U de Mann no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

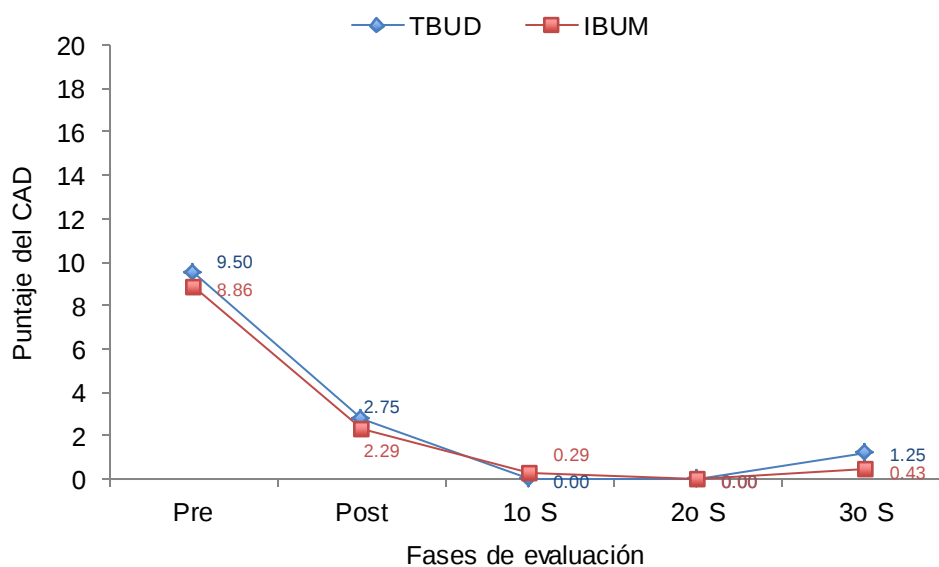


Figura 15. Resultados grupales del CAD en las distintas evaluaciones del TBUD

Cuestionario de confianza situacional

En los puntajes del CBCS se observa la tendencia al incremento del pre al post tratamiento, posteriormente se observa estable en las evaluaciones del seguimiento (ver figura 16). Al aplicar la prueba de U de Mann se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de intervención en el post tratamiento ($U= 5$, $p.02$) y en el segundo seguimiento ($U= 5$, $p.04$).

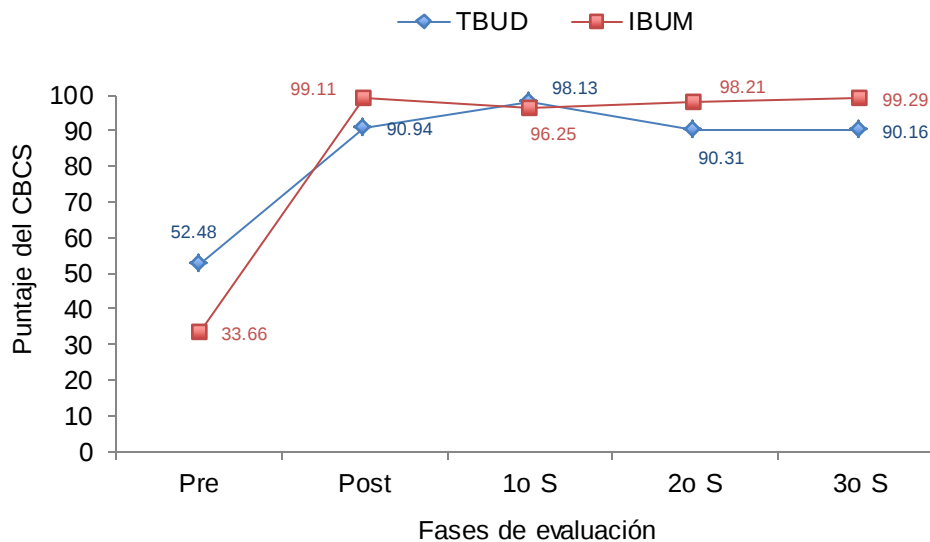


Figura 16. Resultados grupales en el CBCS del TBUD y la IBUM

Inventario de ansiedad

En las puntuaciones del BAI se observa que los cambios son similares en ambos grupos, se obtiene una disminución entre el pre y post tratamiento, continúa disminuyendo en el primer y segundo seguimiento y existe un aumento en el tercer seguimiento, siendo mayor el del TBUD (ver figura 17). Sin embargo, al aplicar la prueba de U de Mann no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las 5 evaluaciones de ambos grupos.

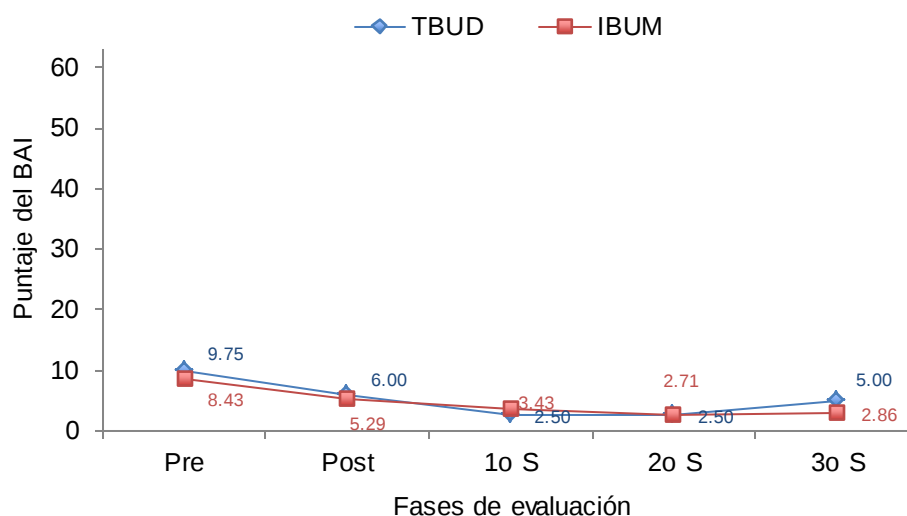


Figura 17. Resultados grupales del BAI en el TBUD y la IBUM

Inventario de depresión

En cuanto a las puntuaciones de depresión se observa una disminución entre el pre y post tratamiento en ambos grupos, así mismo se mantienen bajos los puntajes en los seguimientos (ver figura 18). Al hacer la prueba de U de Mann sólo se encontraron diferencias en las puntuaciones del pre tratamiento ($U = 5.5$, $p.05$).

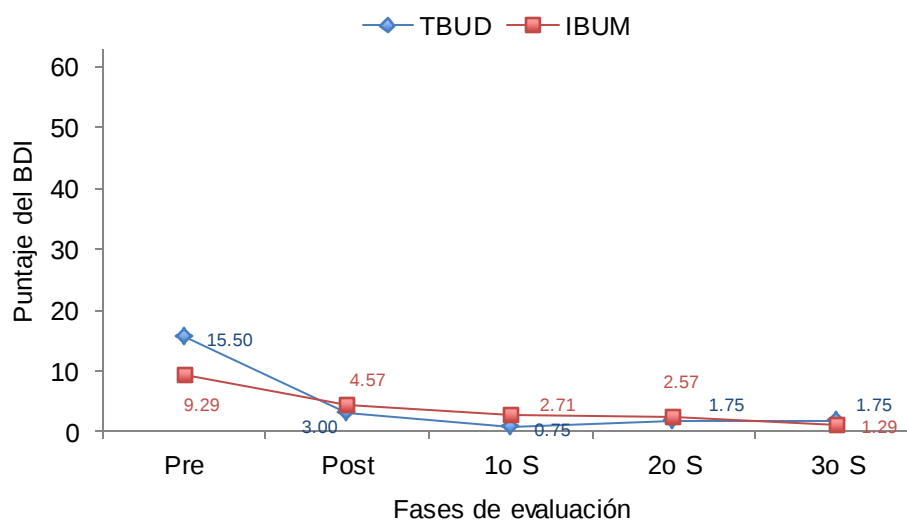


Figura 18. Resultados grupales del BDI en el TBUD y la IBUM

DISCUSIÓN

En la presente investigación se realizó la comparación de dos tratamientos cognitivo conductuales aplicados grupalmente con el objetivo de reducir el consumo de marihuana. Así mismo, se evalúa el efecto sobre otros indicadores como son el nivel de dependencia y abuso a la sustancia, la confianza de no consumo ante situaciones de riesgo, la ansiedad y la depresión.

Patrón de consumo

En primer lugar, se tiene evidencia en la literatura de la eficacia de los tratamientos grupales desde el modelo cognitivo conductual para diversos padecimientos psicológicos agudos como pueden ser trastornos obsesivos compulsivos (Wroe y Wise, 2012), ansiedad, dolor crónico, depresión e insomnia, entre otros (Lubis, Jaya, Arjadi, Hanum, Astri y Putri, 2013). Si bien, en estos estudios se ha encontrado una eficacia similar a las aplicaciones individuales de los tratamientos cognitivo conductuales, destaca el hecho de que se puede atender a un mayor número de personas, lo que reduce el tiempo y el costo de la intervención. En segundo lugar, los tratamientos desde este modelo se han utilizado con eficacia de forma individual para el tratamiento de las adicciones en contexto penitenciario (Castellanos, 2014). En la presente investigación, se propuso comprobar la eficacia de dos intervenciones desde el modelo cognitivo conductual a grupos de personas con consumo de marihuana.

En el TBUD y la IBUM aplicados para la presente investigación, se observó, después de la intervención, una disminución estadísticamente significativa en el consumo de marihuana en ambos grupos (TBUD de $\tilde{x} = 3.19$ a $\tilde{x} = 0.49$ cigarros al día y en la IBUM de $\tilde{x} = 3.85$ a $\tilde{x} = 0.97$). De igual manera, se consiguió llegar a la abstinencia en un 50 % de los participantes del TBUD ($n = 4$) y un 71.42 % de la IBUM ($n = 7$) al término del tercer seguimiento. Sin embargo, tanto en el TBUD como en la IBUM algunos participantes tuvieron una ligera recaída. En el TBUD un usuario consumió un cigarro en dos ocasiones después del segundo seguimiento y otro participante comenzó a tener un consumo de 0.21 cigarros al día. Mientras que en la IBUM un participante consumió en dos ocasiones un cigarro y otro participante comenzó a tener un consumo de 0.09 cigarros al día.

Con los usuarios que tuvieron la recaída se observó un fenómeno similar a lo reportado por Castellanos (2014), debido a que se registró consumo después del segundo seguimiento, esto es tres meses después del tratamiento. En dicha investigación se utilizó un programa cognitivo conductual para la reducción del consumo de un usuario policonsumidor en reclusión, en dicha investigación se logra la abstinencia por ocho meses. Así mismo, en la investigación de Cuevas (2016) quien realizó una intervención breve para eliminar la conducta de consumo

de una sustancia distinta como es el tabaco, pero también en población penitenciaria, se observa una reducción en el patrón de consumo en las 14 participantes de la intervención, que constó de tres grupos que participaron en ocho, siete y seis sesiones respectivamente. Posterior a la intervención se observa un incremento a partir del primer seguimiento de 1 mes.

Respecto a la investigación de Castellanos se realizó un tratamiento cognitivo conductual que constó de 20 sesiones dirigidas al entrenamiento en habilidades (análisis funcional de la conducta de consumo y no consumo, habilidades de comunicación, solución de problemas, entre otras) el participante reportaba un consumo de 835.5 dosis en 294 ocasiones en un lapso de 49 semanas ($\bar{x} = 2.44$ dosis por día). En la post intervención registró 51 dosis en 18 ocasiones dentro de 3 semanas ($\bar{x} = 2.43$ dosis al día). En el primer y segundo seguimiento registro 0 dosis consumidas. En un tercer seguimiento, el participante reportó un consumo de 37 dosis en 20 ocasiones dentro de 5 semanas ($\bar{x} = 1.06$ dosis al día). Por último, en el cuarto seguimiento hubo un total de 85 dosis consumidas en 22 ocasiones en 5 semanas ($\bar{x} = 2.43$ dosis por día). Como se observa en la intervención de Castellanos, la recaída se dio después del segundo seguimiento (tres meses después de la intervención).

En cuanto al consumo de marihuana reportado por los participantes del TBUD y la IBUM, es importante señalar que se atendió a usuarios que señalaban como droga de impacto dicha sustancia. Las cantidades de cigarros de marihuana registradas en el pre tratamiento no se consideran como un consumo severo, logrando un éxito en el tercer seguimiento de 50 % de abstinencia en el TBUD y de 71.42 % de abstinencia en la IBUM. Al respecto, se ha encontrado evidencia sobre como los tratamientos breves cognitivo conductuales en general son más eficaces para personas con un consumo elevado, más no para una dependencia severa a las sustancias (Flórez y Garvita, 2009).

Debido a lo anterior y al diseño de tratamiento cognitivo conductual bajo el que están elaborados tanto el TBUD y la IBUM para conseguir la abstinencia en la mayoría de los usuarios o la reducción significativa del consumo se puede atribuir una parte del éxito de los tratamientos aplicados. Otro aspecto que contribuyó fue que trabajar en un formato de aplicación grupal supone que se puede ampliar la implementación de algunos principios básicos de los tratamientos cognitivos conductuales breves señalados por Kumar y Malhotra (2000). Sin embargo, resulta necesario realizar la comparación, de intervenciones grupales frente a las individuales de dicho enfoque. Dentro de las ventajas observadas en su aplicación grupal destacan, que los participantes del tratamiento se brinden retroalimentación entre ellos sobre los logros en la reducción o abstinencia durante el tratamiento y los avances logrados durante

las sesiones, con lo cual, de acuerdo a Kumar y Malhotra se tiene la posibilidad de fomentar el desarrollo de empatía y responsabilizar más a los usuarios sobre sus cambios conductuales.

Si bien los resultados son similares para conseguir la abstinencia con el TBUD y la IBUM, es importante resaltar que con la aplicación de la IBUM se logran resultados favorables en un menor tiempo, comparado con el TBUD, esto es, dos semanas de diferencia, debido a que el TBUD cuenta con dos sesiones más que la IBUM. La efectividad de la IBUM en un menor tiempo se puede deber a las características de la intervención breve, entre las que destaca el hecho de dirigir las sesiones a una estrategia en particular para lograr la meta de la abstinencia (Barry, 1999) sobre la cual el usuario puede trabajar con mayor profundidad. En el caso de la IBUM, la estrategia a la que se dirigían la mayor parte de las sesiones es la identificación de situaciones de riesgo y elaboración de planes de acción ante dichos eventos. Sin embargo, cabe añadir que tanto la identificación de situaciones de riesgo como los planes de acción se utilizan también en el TBUD, en complemento con una mayor cantidad de estrategias de enfrentamiento. Estas características del TBUD, pueden haber influido de forma favorable para que los participantes se integraran a un mayor número de actividades recreativas y laborales posterior al tratamiento.

Por otra parte, es de destacar la importancia de la técnica de entrevista motivacional que se utilizó tanto en el TBUD como en la IBUM. Se ha encontrado, que en particular las intervenciones grupales motivacionales son eficaces para reducir la frecuencia de uso de la droga, incrementar la autoeficacia para afrontar situaciones de riesgo de consumo y mejora el uso de procesos conductuales relacionados con el cambio y su mantenimiento (Flórez y Gantiva, 2009). Es probable que mediante la utilización de las estrategias de la entrevista motivacional grupal, se favorezca a que los propios miembros de cada grupo fomenten entre sí la motivación al cambio conductual. Esto se logró haciendo partícipes a todos los usuarios del grupo en la aplicación de estrategias para la resolución de la ambivalencia en torno al consumo de marihuana, el refuerzo de la reducción de su uso, la retroalimentación acerca de los planes de acción a utilizar, entre otras actividades.

Otro rasgo importante en el uso grupal de algunas de las técnicas de entrevista motivacional es dirigir la motivación de los usuarios a una meta en común. En el caso de las intervenciones para la adicción a sustancias se pretende tener una muestra de abstinencia mientras se llevan a cabo las sesiones del tratamiento, lo cual consiste en motivar a los usuarios a proponerse un período de tiempo sin consumo de la sustancia (López, Bruzzone, Krebs y Castro, 2013). Si bien, en la aplicación del TBUD y la IBUM no se tomó la muestra de abstinencia como meta específica de una de las sesiones, si se invitó a los usuarios a

proponerse la meta de eliminar el consumo desde el inicio de cada intervención. Esto favoreció que tanto en ambos tratamientos, los participantes lograrán llegar a la abstinencia durante las últimas sesiones de intervención y en algunos casos continuar sin consumo durante los seguimientos.

Como ya se señaló, tanto en la investigación de Castellanos (2014) sobre un consumidor de sustancias, como en la de Cuevas (2016) sobre consumidoras de tabaco, ambos realizados en contexto penitenciario, se presentaron recaídas durante el período de seguimiento. En la primer investigación, se presentó a los 8 meses de concluida la intervención y en la segunda a los 2 meses aproximadamente. En la aplicación del TBUD y la IBUM se realizó un seguimiento a los 6 meses de terminar las sesiones terapéuticas.

Sin embargo, aún con los consumos presentados durante el seguimiento en los dos grupos se puede prever un pronóstico favorable para los usuarios de ambas intervenciones. Lo anterior es probable debido a dos razones, en primer lugar debido a que no se presentó una recaída al mismo patrón de consumo registrado durante la línea base. En segundo lugar, por lo que mencionan Flórez y Ganvita (2009) que una ventaja en la aplicación de intervenciones grupales con respecto a la aplicación individual, es que los participantes tienden a tener mejor pronóstico para continuar en abstinencia una vez que se termina la intervención, al desarrollar mayor autonomía e incrementar el soporte social percibido. En cuanto a este último punto, destacan que los participantes que reciben una intervención grupal tienen mayor probabilidad de buscar grupos de autoayuda una vez que concluyen su tratamiento así como a incorporarse a actividades prosociales.

Confianza situacional para mantenerse sin consumo

En cuanto a las demás variables evaluadas en el TBUD y la IBUM, específicamente en los cambios observados con el Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS), cabe aclarar que no mide específicamente la autoeficacia, sino la confianza de los usuarios para no consumir ante las principales situaciones de riesgo que se han descrito como parte de la prevención de recaídas (Witkiewitz y Marlatt, 2004). Estas situaciones de riesgo son emociones agradables, malestar físico, emociones desagradables, prueba de autocontrol sobre el consumo de la sustancia, necesidad física, conflicto interpersonal, la presión social y momentos agradables con otros. Sin embargo, se considera que esta confianza percibida por los usuarios, que se obtiene con el CBCS, es un indicador de la autoeficacia de afrontamiento, que es uno de los 5 tipos de autoeficacia que se observan en las personas con conductas de consumo (Marlatt, Baer y Quigley, 1995; citado en Chicharro, Pedrero y Pérez, 2007), ya que da una idea

de la eficacia percibida por los participantes ante las ocho distintas situaciones de riesgo que evalúa el CBCS.

Respecto a lo anterior, es importante resaltar que los participantes del TBUD y la IBUM, de manera general tuvieron un incremento en las puntuaciones del CBCS. Como lo demuestran los análisis realizados en los resultados, hubo diferencias estadísticamente significativas en los puntajes del CBCS sólo entre el pre y post del grupo IBUM, así como en el post y seguimiento en la comparación de los dos grupos. Esto indicaría mayor efectividad del IBUM para el incremento de la confianza situacional.

Sin embargo, es de destacar que en ambos tratamientos se incrementaron los puntajes del CBCS del pre al post, lo que coincide con el período de tiempo donde se logró la mayor disminución del consumo de marihuana e incluso la abstinencia. Con relación a esto, se ha encontrado que la utilización de tratamientos cognitivo conductuales con la técnica de entrevista motivacional en usuarios con consumo de marihuana, ayuda a incrementar la autoeficacia. De acuerdo a lo reportado por Litt, Kadden, Kabela-Cormier y Petry (2008) este indicador favorece el aprendizaje de estrategias de afrontamiento y ayuda a mantener la abstinencia por mayores períodos de tiempo.

De esta forma, se considera que el aumento en la confianza situacional de los usuarios, permitió que las estrategias de afrontamiento que se enseñan a lo largo de los dos tratamientos pudieran funcionar de forma más eficaz, fortaleciéndose el aprendizaje en las sesiones. Sin embargo, un aspecto que es necesario considerar para el pronóstico de los participantes de ambos tratamientos, es el hecho de que sólo en el TBUD se revisan a detalle en las actividades de cada uno de los tópicos, las estrategias para afrontar las situaciones de riesgo evaluadas por el CBCS. Por otro lado, en el IBUM solo se abordan las estrategias de afrontamiento de acuerdo a las situaciones de riesgo que los usuarios señalaban en sus planes de acción, lo cual limitaba la revisión de las ocho situaciones completas.

En este sentido, una ventaja que tuvo el TBUD fue conseguir que el 100 % participantes se integraran a más actividades prosociales (laborales o recreativas) durante el período de intervención a diferencia de los participantes de la IBUM. Ejemplo de esto, fue que el P4 del TBUD que reportó no tener trabajo en la evaluación pre tratamiento se incorporó a actividades laborales en un taller del CERESO tres semanas previas a concluir el tratamiento, mientras que el P1 se incorporó a actividades deportivas, lo que mencionaba que no realizaba desde hace años. Por otra parte, el P5 y P7 de la IBUM que reportaron no tener trabajo en la evaluación pre tratamiento no se incorporaron a actividades laborales, el P4 refirió incorporarse a un taller al

termino de la intervención, sin embargo en el segundo seguimiento comentó que ya no continuaba en dicho trabajo.

La tendencia a incrementar en los puntajes del CBCS de los dos tratamientos, tomando en cuenta las diferencias de las sesiones del TBUD y la IBUM, puede ser resultado de la aplicación grupal de las sesiones de tratamiento. Al llevar a cabo las sesiones del IBUM, las distintas situaciones de riesgo que reportaban los participantes en la elaboración de los planes de acción permitían retroalimentación por parte de todos los miembros del grupo y a su vez, se fomentaba el aprendizaje de estrategias que podrían resultar útiles en futuras situaciones de riesgo aun cuando no las contemplarán en ese momento y no se enseñarán como parte de los tópicos del IBUM. Al respecto, se ha encontrado que los TCC grupales favorecen el desarrollo de habilidades de afrontamiento a un mayor número de personas (Quirk, Miller, Duncan y Owen, 2013). De esta forma, resulta de utilidad el proceso de socialización que los participantes hacían de las actividades realizadas tanto en el TBUD como en la IBUM, lo que pudo favorecer el desarrollo de las mismas a pesar de las limitaciones de la IBUM.

Ansiedad

Por otra parte, en lo que respecta a las puntuaciones de ansiedad obtenidas con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), en general los dos grupos reportan resultados similares, sin mostrar diferencias estadísticamente significativas entre sí. En un inicio los participantes de ambos tratamientos reportaron los mayores puntajes de ansiedad, sin embargo, de acuerdo a la escala de rangos del BAI se consideran niveles de ansiedad leves. Estos puntajes iniciales pueden ser considerados parte de los síntomas que son consecuencia del consumo de marihuana, debido a que se ha encontrado evidencia de síntomas de ansiedad principalmente en los períodos de no consumo en las personas que ingieren marihuana con regularidad (Cheung, et. al., 2010), principalmente al inicio del periodo de abstinencia.

De acuerdo a una investigación realizada con un TCC para el consumo de marihuana, al que se añadieron el uso de un tratamiento específico para la ansiedad en usuarios de dicha sustancia (Buckner, Zvolensky, Schmidt, Carroll, Schatschneider y Crapanzano, 2014), se señala la importancia de añadir técnicas para el manejo de la ansiedad. Los autores mencionan pertinente implementar estrategias para la reducción de los síntomas de ansiedad no sólo porque es uno de los trastornos que se presentan al consumir y dejar de consumir marihuana, sino que además, la presencia de estos síntomas pueden ser un predictor del abandono de los tratamientos, es decir, al atender la ansiedad también se contribuye a la adherencia en el tratamiento de los usuarios.

De lo anterior, se destaca que tanto en el TBUD como en la IBUM se revisan estrategias para el manejo de la ansiedad. En el TBUD se enseñan técnicas de respiración y relajación progresiva en el tópico de manejo del deseo por consumir. Mientras que en la IBUM se destina una sesión completa al manejo de la ansiedad, la cual está basada principalmente en enseñar técnicas de respiración. Por lo cual, se puede considerar que dichas estrategias influyeron de manera clínicamente significativa en modificar los síntomas de ansiedad presentes en los participantes, por lo que se observa una disminución en la mayoría de los resultados obtenidos en el BAI.

Depresión

En cuanto a los puntajes de depresión obtenidos con el Inventario de Depresión de Beck (BDI), se reportaron disminuciones estadísticamente significativas en los participantes del TBUD y la IBUM. Resulta necesario evaluar los síntomas de depresión, porque de igual forma que con la ansiedad, estos síntomas pueden estar presentes como parte del síndrome de abstinencia de marihuana (Rivera-Olmos y Parra-Bernal, 2016). Se considera que pueden llegar a ser intensos durante la primera semana de no consumir la sustancia, aunque es probable que se presenten también después de este período de tiempo (Jafari y Tang, 2016). Por otra parte, se ha encontrado evidencia de la relación entre niveles más bajos de depresión con el éxito de los tratamientos para dejar de consumir marihuana (Rooke, Norberg y Copeland, 2011).

En los participantes de ambos tratamientos se reportaron los puntajes más altos en la evaluación pre tratamiento, donde la mayoría de los usuarios mostraban puntuaciones mínimas de depresión, aunque tanto en la IBUM como en el TBUD se registraron casos con niveles de depresión moderados. Es de destacar que los síntomas de depresión disminuyeron en la evaluación post tratamiento y se mantuvieron en niveles mínimos durante los seguimientos. Se puede atribuir la reducción de dichos síntomas tanto a la reducción y eliminación del consumo de marihuana como al hecho de mantener a los usuarios con metas de tratamiento de una sesión a otra, principalmente con la actividad del autorregistro así como lo revisado en las sesiones.

Limitaciones y sugerencias

Finalmente, de acuerdo a lo encontrado en los resultados globales de las dos intervenciones se hacen las siguientes sugerencias para el desarrollo posterior de tratamientos cognitivo conductuales de aplicación grupal. En primer lugar, puede ser de utilidad la implementación de sesiones de psicoeducación acerca de las consecuencias del consumo de drogas, ya que

principalmente en población penitenciaria estas sesiones pueden incrementar la efectividad de la intervención al brindar mayor información que resulte de utilidad para la resolución de la ambivalencia al cambio (Arseneault, Alain, Plourde, Ferland, Blanchette-Martin y Rousseau, 2015). Esto puede ser importante debido al bajo nivel de escolaridad que tiende a tener la población de centros penitenciarios. En este sentido, puede ser un acierto que la IBUM cuenta con una sesión de inducción en la que se abordan principalmente en forma de psicoeducación los mitos y realidades del consumo de marihuana. Esto probablemente permitió la reducción del consumo a pesar de las limitaciones en sus tópicos señaladas previamente.

En segundo lugar, se ha encontrado que la efectividad de las estrategias para no consumir puede estar afectada por factores sociodemográficos de los participantes entre los que destacan la baja escolaridad, ya que esto se relaciona con un menor desarrollo de habilidades de afrontamiento de situaciones de riesgo, para solucionar problemas y mayor impulsividad en la toma de decisiones (Rooke, Norberg y Copeland, 2011). Sin embargo, la aplicación grupal a poblaciones un tanto heterogéneas en la escolaridad como la muestra de la presente investigación, puede contribuir a mejorar estas habilidades de afrontamiento al fomentarse la retroalimentación de los temas entre los mismos miembros del grupo de tratamiento. Además como se señaló anteriormente, el apoyo social que fomentan las intervenciones grupales contribuye a apegarse mejor a las metas de tratamiento. Sin embargo, se sugiere estudiar de forma más sistemática la influencia de la escolaridad para las metas de tratamiento de adicciones en población penitenciaria, así como la influencia y ventaja que pueda representar el formato grupal de intervención.

Por último, si bien las intervenciones y tratamientos desarrollados por distintas ciencias de la salud con fines clínicos proponen realizar aproximaciones científicas para mejorar el bienestar global del ser humano, y por ende proponer soluciones a distintas enfermedades, problemas emocionales o de conducta (Herd, 1984). También es importante señalar que la realidad del ser humano puede ser estudiada desde distintas disciplinas, sin perder de vista los resultados brindados a través del estudio de la cognición y la conducta de cada usuario de tratamientos.

REFERENCIAS

- Aletraris, L., Edmond, M.B. y Roman, P.M. (2015). Adoption of injectable naltrexone in US substance use disorder treatment programs. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 76 (1), 143-151.
- American Psychological Association, (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington, DC, Estados Unidos de América.
- Anderson, B. M., Rizzo, M., Block, R. I., Pearlson, G. D., y O'Leary, D. S. (2010). Sex, drugs, and cognition: effects of marijuana. *Journal of Psychoactive Drugs*, 42 (4), 413-424.
- Ángeles, G. E., Brindis, F., Cristians, S. y Ventura, R. (2014). Cannabis sativa L., una planta singular. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 45 (4), 1-6.
- Arseneault, C., Alain, M., Plourde, C., Ferland, F., Blanchette-Martin, N. y Rousseau, M. (2015). Impact Evaluation of an Addiction Intervention Program in a Quebec Prison. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 9 (1), 47-57.
- Ashton, C. H. (2001). Pharmacology and effects of cannabis: a brief review. *The British Journal of Psychiatry*, 178 (2), 101-106.
- Atance, J. R. y Ruiz, J. F. (2000). Uso de los cannabinoides a través de la historia. *Adicciones*, 12(5), 19-30.
- Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. y Gutiérrez, M. (1995). Los resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. *Salud Mental*, 18(4), 18-24.
- Bandura, A. (1971). *Social Learning Theory*. New York: General learning press
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. En Ramachaudran, V. S. (Ed.), *Encyclopedia of human behavior*, 71-81. New York: Academic Press.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Reviews of Psychology*. 52, 1-26.
- Bandura, A. (2005). The Evolution of Social Cognitive Theory. En K. Smith and M. A. Hitt (Eds.), *Great Minds in Management: The Process of Theory Development* (pp. 9–35). New York: Oxford University Press.
- Bandura, A. (2012). On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. *Journal of Management*. 38 (1), 9-44. DOI: 10.1177/0149206311410606
- Bardo, M. T. y Bevins, R. A. (2000). Conditioned place preference: what does it add to our preclinical understanding of drug reward?. *Psychopharmacology*, 153 (1), 31-43.

- Barragán, L., Flores, M., Morales, S., Gonzalez, J. y Martínez, M. (2012). *Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas: Manual del Terapeuta*. México: CONADIC.
- Barragán, L., González, J., Medina-Mora, M.E. y Ayala, H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. *Salud Mental*, 28 (1), 61-71.
- Barry, K. (1999). *Center for Substance Abuse Treatment*. Brief interventions and brief therapies for substance abuse. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 34. U.S. Department of health and human services. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration
- Batres, C. (1998). Deontología profesional: el código deontológico. *Papeles del psicólogo*. 70, 43-47. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=786#inicio>
- Beck, A., Wright, F., Newman, C. y Liese, B. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: The Guildford press.
- Becoña, E. y Cortés, M. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E. J., Fernández, J. R., Casete, L., Bermejo, M. P. y Tomás, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Beltrán, M.C., Freyre, M.A., y Hernández-Guzmán, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica*, 30 (1), 5-13.
- Bergman, M. y Azaola, E. (2007). Cárceles en México: cuadros de una crisis. *Revista Latinoamericana de Seguridad Ciudadano*, 1, 74-87. Recuperado de: <http://revistas.flacsoandes.edu.ec/urvio/article/view/74-87/966>
- Bosson, M. G., Jansma, J. M., van Hell, H. H., Jager, G., Oudman, E., Saliasi, E., Kahn, R. y Ramsey, N. F. (2012). Effects of δ 9-tetrahydrocannabinol on human working memory function. *Biological Psychiatry*, 71(8), 693-699.
- Buckner, J. D., Zvolensky, M. J., Schmidt, N. B., Carroll, K. M., Schatschneider, C. y Crapanzano, K. (2014). Integrated cognitive behavioral therapy for cannabis use and anxiety disorders: rationale and development. *Addictive Behaviors*, 39 (3), 495-499.
- Budney, A.J., Moore, B.A., Rocha, H.L. y Higgins, S.T. (2006). Clinical trial of abstinence-based vouchers and cognitive-behavioral therapy for cannabis dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 307-316.

- Butzin, C.A., O'Connell, D.J., Martin, S.S. y Inciardi, J.A. (2006). Effect of drug treatment during work release on new arrests and incarcerations. *Journal Criminal Justice*, 34 (5), 557–565.
- Caballo, V. (2015). El entrenamiento en habilidades sociales. En Caballo, V. (comp.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 403-443). Madrid: Siglo XXI
- Carroll, K. y Onken, L. (2005). Behavioral Therapies for Drug Abuse. *American Journal Psychiatry*, 162 (8), 1452-1460. Recuperado de: <http://ajp.psychiatryonline.org>
- Casares-López, M., González-Menéndez, A., Fernández-García, P. y Villagrà, P. (2012). Evaluación de la eficacia de un tratamiento libre de drogas intrapenitenciario. *Psicothema*, 24 (2), 217-223. Recuperado de: <http://www.uniovi.es/~psicothema/index.php/PST/article/view/9612>
- Casas, M., Bruguera, E., Duro, P. y Pinet, C. (2011). Conceptos básicos en trastornos adictivos. En Bobes, J., Casas, M., y Gutiérrez, M. (Eds). *Manual de trastornos adictivos*. (pp. 17-25). Recuperado de http://www.adamedfarma.es/wp-content/uploads/2012/02/doc_productos/d_pro_44_87.pdf.
- Castellanos, G. E. (2014). Programa de satisfactores cotidianos: un estudio de caso para tratar la adicción en prisión. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(4), 1597-1621.
- Cheung, J. T., Mann, R. E., Ialomiteanu, A., Stoduto, G., Chan, V., Ala-Leppilampi, K. y Rehm, J. (2010). Anxiety and mood disorders and cannabis use. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36 (2), 118-122.
- Chicharro, J., Pedrero, E.J. y Pérez, M. (2007). Autoeficacia para resistirse al consumo de sustancias como predictora de resultados de tratamiento y su relación con variables de personalidad: estudio de una muestra de adictos con el DTCQ, el VIP y el MCMI-II. *Adicciones*, 19 (2), 141-151. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122037004>
- CIDE. (2012). *Resultados de la Primera Encuesta realizada a Población Interna en Centros Federales de Readaptación Social*. México.
- Consejo Nacional contra las Adicciones (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas Ilícitas*, México: Secretaría de Salud. Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf
- Consejo Nacional contra las Adicciones (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Consumo de Drogas: Prevalencias globales, tendencias y variaciones estatales*. México: Secretaría de Salud.

- Corea, R. (2007). *Tratamiento de un caso con el modelo de intervención cognitivo conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas*. (Tesis de maestría en psicología). Universidad Autónoma de México. Recuperado de: <http://132.248.9.195/pd2008/0625618/Index.html>
- Cuevas, M. E. (2016). *Evaluación de una intervención breve basada en el modelo transteórico de cambio dirigida a fumadoras reclusas*. (Tesis de maestría en psicología). Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
- Davis, M.L., Powers, M.B., Handelsman, P., Medina, J.L., Zvolensky, M. y Smits, J. (2015). Behavioral Therapies for Treatment-Seeking Cannabis Users: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Health Promotion and Treatment*. 38 (1), 94-114. DOI: 10.1177/0163278714529970
- De la Fuente, J.R. (2015). *Marihuana y salud*. México, D.F. Fondo de Cultura Económica.
- De León, L., Pérez, Y., Oropeza, R. y Ayala, H. (2001). *Inventario de situaciones de consumo de drogas. adaptación, validación y confiabilidad del Inventory of drug taking situations (IDTS) y el drug taking confidence questionnaire (DTCQ)*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Department of Health and Human Services. (2005). *Substance Abuse Treatment for Adults in the Criminal Justice System. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 44*, DHHS Publication. Rockville: US. Recuperado de: <https://store.samhsa.gov/shin/content/SMA13-4056/SMA13-4056.pdf>
- Díaz-Morán, S. y Fernández-Teruel, A. (2013). Integración e interacciones entre los tratamientos farmacológicos y psicológicos de las adicciones: una revisión. *Anales de Psicología*, 29 (1), 54-65. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.135131>
- Dobson, K. y Franche, R. (2015). La práctica de la terapia cognitiva. En Caballo, V. (comp.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 493-526). Madrid: Siglo XXI
- Dozois, D. y Beck, A. (2011). Cognitive Therapy. En Herbert, J. D., y Forman, E. M. (Eds.), *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies* (pp. 26-56). New Jersey: John Wiley y Sons.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P. y Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19 (3), 247-256.

- Ellis, A. (1990). La Terapia Racional-Emotiva y la Terapia Cognitivo-Conductual: Similitudes y diferencias. En Ellis, A. y Grieger, R. (comp.), *Manual de Terapia Racional-Emotiva. Volumen 2*. (pp. 47-62). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Espada, J.P., Pereira, J.R. y García-Fernández, J.M. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema*, 20 (4), 531-537.
- Fernández, J., Lorenzo, P. y Leza, J.C. (2009). Cannabis: Farmacología. En Lorenzo, P., Ladero, J.M., Leza, J.C. y Lizasoain, I. (Ed.), *Drogodependencias* (pp. 303-327). Madrid: Médica Panamericana.
- Flórez, L. y Gantiva, C. A. (2009). Terapias motivacionales breves: diferencias entre la aplicación individual y grupal para la moderación del consumo de alcohol y de las variables psicológicas asociadas al cambio. *Acta Colombiana de Psicología*, 12 (1), 12-26.
- Folkman, S. y Moskowitz, J. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Fullana, M. A., de la Cruz, L. F., Bulbena, A. y Toro, J. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 138 (5), 215-219.
- García-Rodríguez, O., Secades-Villa, R., Álvarez, H., Río, A., Fernández-Hermida, J.R., Carballo, J.L., Errasti, J.M. y Al-Halabí S. (2007). Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína. *Psicothema*, 19 (1), 134-139.
- Graña, J. y Carrobbles, J.A. (1991). Condicionamiento clásico en la adicción. *Psicothema*, 3 (1), 87-96.
- Gross, R.D. (2000). *Psicología: la ciencia de la mente y la conducta*. México: El Manual Moderno.
- Grotenhermen, F. (2003). Pharmacokinetics and pharmacodynamics of cannabinoids. *Clinical Pharmacokinetics*, 42 (4), 327-360.
- Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H. y Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6 (1), 17.
- Herd, J. A. (1984). *Handbook of Behavioral Medicine*. USA: The Guilford Press.
- Hunault, C. C., Mensinga, T. T., Böcker, K. B., Schipper, C. M. A., Kruidenier, M., Leenders, M. E., de Vries, I. y Meulenbelt, J. (2009). Cognitive and psychomotor effects in males after smoking a combination of tobacco and cannabis containing up to 69 mg delta-9-tetrahydrocannabinol (THC). *Psychopharmacology*, 204 (1), 85-94.

- Hunter, S.B., Han, B., Slaughter, M.E., Godley, S.H. y Garner, B.R. (2015). Associations between implementation characteristics and evidence-based practice sustainment: a study of the Adolescent Community Reinforcement Approach. *Implementation Science*, 10 (173), 1-11. DOI 10.1186/s13012-015-0364-4.
- Ilan, A. B., Smith, M. E., y Gevins, A. (2004). Effects of marijuana on neurophysiological signals of working and episodic memory. *Psychopharmacology*, 176 (2), 214-222.
- Jafari, S. y Tang, T. (2016). Diagnosis and treatment of marijuana dependence. *British Columbia Medical Journal*, 58 (6), 315-317.
- Jiménez, M. (2015). *Drogodependencias y prisión: influencia del consumo de drogas y abordaje de su tratamiento en el ámbito penitenciario*. Universidad de Jaén.
- Jurado, S., Villegas, M.E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21 (3), 26-31
- Justinova, Z., Tanda, G., Redhi, G. H. y Goldberg, S. R. (2003). Self-administration of Δ^9 -tetrahydrocannabinol (THC) by drug naive squirrel monkeys. *Psychopharmacology*, 169 (2), 135-140.
- Kazdin, A. E. (2000). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.
- Kumar, S. y Malhotra, A. (2000). Brief interventions in substance abuse. *Indian Journal of Psychiatry*, 42 (2), 172-183.
- Larimer, M.E., Palmer, R.S. y Marlatt, G.A. (1999). Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research & Health*, 2, 151-160.
- Lira, J., Cruz, S.E. y Ayala, H. (2012). *Manual del terapeuta para la aplicación de la Intervención Breve Motivacional para Fumadores*. México: CONADIC.
- Litt, M. D., Kadden, R. M., Kabela- Cormier, E. y Petry, N. M. (2008). Coping skills training and contingency management treatments for marijuana dependence: exploring mechanisms of behavior change. *Addiction*, 103 (4), 638-648.
- Llorens, N., Perelló, M. y Palmer, A. (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones*, 16 (4), 261-266. Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/391/391>
- López-Torrecillas, F., Salvador, M.M., Verdejo, A. y Cobo, P. (2002). Autoeficacia y consumo de drogas: una revisión. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2 (1), 33-51.
- López, C., Bruzzone, C., Krebs, M. y Castro, X. (2013). La intervención motivacional y sus efectos sobre la entrada a tratamiento de adicción. *Revista de Psicología*, 22 (1), 37-47.

- Lubis, D. U., Jaya, E. S., Arjadi, R., Hanum, L., Astri, K. y Putri, M. D. D. (2013). Preliminary study on the effectiveness of short group cognitive behavioral therapy (GCBT) on Indonesian older adults. *PloS One*, 8 (2), 1-10.
- Marcos, J.A. y Garrido, M. (2009). La Terapia Familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de Psicología*, 27 (2), 339-362.
- Martin, G. y Pear, J. (1998). *Modificación de conducta*. Madrid: Prentice Hall.
- Martín, L.J. (2002). Tratamientos psicológicos. *Adicciones*, 14, 409-420. Recuperado de: <http://www.centrorenace.cl/motivacion%20en%20adiciones.pdf>
- Martin, S.S., Butzin, C.A., Saum, C.A. y Inciardi, J.A. (1999). Three-year outcomes of therapeutic community treatment for drug-involved offenders in Delaware: From prison to work release to aftercare. *The Prison Journal*, 79 (3), 294–320.
- Martínez-González, J. M., Albein-Urios, N., Lozano-Rojas, O. y Verdejo-García, A. (2015). Variables de interés clínico en el tratamiento cognitivo-conductual de la adicción a la cocaína: Especificidad de los trastornos de la personalidad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20 (2), 115-123.
- Martínez, J.M. y Verdejo, A. (2012). Evolución de las creencias nucleares relacionadas con la adicción en drogodependientes con y sin trastornos de personalidad. *Adicciones*, 24 (3), 229-238. Recuperado de: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/94/93>
- Martínez, K.I., Pedroza, F.J., Salazar, M.L. y Vacio, M.A. (2010). Evaluación experimental de dos intervenciones breves para la reducción del consumo de alcohol de adolescentes. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 36 (3), 35-53.
- Martínez, M., Ayala, V., Salazar, G., Ruiz, T. y Barrientos, C. (2004). *Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas. Manual del Terapeuta*. México: CONADIC.
- Medina, M., Chavez, M., Lopez, F., Félix, V., Gordillo, T. y Morales, S. (2012). *Manual del Terapeuta para la Aplicación de la Intervención Breve para Usuarios de Marihuana*. México: CONADIC.
- Miller, W. R., y Rollnick, S. (2015). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Monti, P. y Rohsenow, D. (1999). Coping-Skills Training and Cue-Exposure Therapy in the Treatment of Alcoholism. *Alcohol Research and Health*, 23 (2), 107-115. Recuperado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.519.9087yrep=rep1ytype=pdf>

- Mustaca, A. (2011). Evaluación objetiva de los tratamientos psicológicos: modelos basados en la ciencia. *Revista Colombiana de Psicología*, 20 (1), 99-106. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80419035003>
- Navarro, M., Ladero, J.M., Del Moral, M. y Leza, J.C. (2009). Cannabis: Dependencia, complicaciones orgánicas y psiquiátricas. En Lorenzo, P., Ladero, J.M., Leza, J.C. y Lizasoain, I. (Ed.), *Drogodependencias* (pp. 329-344). Madrid: Médica Panamericana.
- Norma Oficial Mexicana. NOM-012-SSA3-2012. Autorización sanitaria para protocolos de investigación. Criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos (2013)
- Oropeza, R, Medina-Mora, M. y Sánchez, J. (2007). Evaluación de un tratamiento breve para usuarios de cocaína. *Revista Mexicana de Psicología*, 24 (2), 219-231.
- Oropeza, R. (2003). *Desarrollo, aplicación y evaluación de un programa de tratamiento breve cognoscitivo conductual dirigido a consumidores de cocaína*. (Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de México). UNAM.
- Oropeza, R. y Fukushima, E. (2011). *Tratamiento breve para usuarios de drogas*. Manuscrito inédito.
- Oropeza, R., Loyola, P. y Vazquez, F. (2012). *Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína. Un Modelo Cognitivo Conductual, Principios de Aplicación*. México: CONADIC.
- Ortiz, B. (2013). *Intervención breve cognitivo-conductual para alcanzar la abstinencia de consumo de alcohol*. (Tesis de maestría en psicología, Universidad Nacional Autónoma de México). Recuperado de: <http://132.248.9.195/ptd2014/anteriores/0713759/Index.html>
- Paris, L. y Omar, A. (2013). Estrategias de afrontamiento del estrés como potenciadoras de bienestar. *Psicología y Salud*, 19 (2), 167-175.
- Peters, R.H., Greenbaum, P.E., Edens, J.F., Carter, C.R. y Ortiz, M.M. (1998). Prevalence of DSM-IV substance abuse and dependence disorders among prison inmates. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24 (4), 573–587.
- Planeta, C. S. (2013). Animal models of alcohol and drug dependence. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35, 140-S146.
- Puigdollersa, E., Cotsa, F., Brugalc, M.T., Torralbac, L. y Domingo-Salvanya, A. (2003). Programas de mantenimiento de metadona con servicios auxiliares: un estudio de coste-efectividad. *Gaceta Sanitaria*, 17 (2), 123-130. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v17n2/original4.pdf>

- Quirk, K., Miller, S., Duncan, B. y Owen, J. (2013). Group Session Rating Scale: Preliminary psyeometrics in substance abuse group interventions. *Counselling and Psychotherapy Research*, 13 (3), 194-200.
- Quiroz, C. N., Méndez, P. O., Valero, C. Z. V. y Trujano, R. S. (2013). Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación. *Psicología y Salud*, 20 (2), 213-220.
- Ramos, J. (2006). Búsqueda de un tratamiento farmacológico para la dependencia de la marihuana. *Adicciones*, 18 (1), 5-10.
- Ramos, J. y Fernández, J. (2009). Cannabis: Posible utilidad terapéutica de los derivados del cannabis. En Lorenzo, P., Ladero, J.M., Leza, J.C. y Lizasoain, I. (Ed.), *Drogodependencias* (pp. 345-358). Madrid: Médica Panamericana.
- Reece, A.S. (2009). Chronic toxicology of cannabis. *Clinical Toxicology*, 47 (6), 517-524.
- Rivera-Olmos, V. M. y Parra-Bernal, M. (2016). Cannabis: efectos en el sistema nervioso central. Consecuencias terapéuticas, sociales y legales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54 (5), 626-634.
- Rodríguez, J.M. (2007). Comparación de un programa libre de drogas y uno de mantenimiento con metadona en adictos a opiáceos. *Intervención Psicosocial*, 16 (3), 361-373. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v16n3/v16n3a05.pdf>
- Roncero, C. y Casas, M. (2005). Eficacia clínica de la buprenorfina. *Trastornos Adictivos*, 7 (1), 23-26. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575097305745037?np=y>
- Rooke, S. E., Norberg, M. M. y Copeland, J. (2011). Successful and unsuccessful cannabis quitters: Comparing group characteristics and quitting strategies. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6 (1), 1-9.
- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductual*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J.R. y Carballo, J.L. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28 (1), 29-40.
- Secretaría de Salud (2012). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. Informe 2012, México: Secretaría de Salud. Recuperado de: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/inf_sisvea/informes_sisvea_2012.pdf
- Skinner, B.F. (1974). *About Behaviorism*. New York: Alfred A. Knopf.

- Skinner, M.D., Lahmek, P., Pham, H. y Aubin, H.J. (2014). Disulfiram Efficacy in the Treatment of Alcohol Dependence: A Meta-Analysis. *PLoS One*, 9 (2). Recuperado de: [http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pone.0087366](http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pone.0087366&representation=PDF), doi: 10.1371/journal.pone.0087366.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código ético del psicólogo*. 4ª ed. México: Trillas.
- Somers, J. y Querée, M. (2007). *Cognitive Behavioural Therapy*. Canadá: British Columbia.
- Stefanoni, S. y Domingo, J. (2014). Home grown: marijuana and the origins of Mexico's war on drugs. *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, (47), 224-231.
- Stephens, R.S., Roffman, R.A. y Simpson, E.E. (1994). Treating adult marijuana dependence: a test of the relapse prevention model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (1), 92-99.
- Stewart-Sicking, J. A. (2015). Cognitive Therapy and the Punctual Self: Using an Ascetical Framework to Critique Approaches to Psychotherapy. *Pastoral Psychology*, 64 (1), 111-122.
- Stotts, A.L., Schmitz, J.M., Rhoades, H.M. y Grabowski, J. (2001). Motivational interviewing with cocaine-dependent patients: A pilot study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (5), 858-862.
- Sustaeta, P. B. (2010). Consumo de marihuana y sus efectos en la salud mental y las habilidades cognitivas necesarias para el aprendizaje. *Medicina Universitaria*. 49-53.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2014). *World Drug Report 2014*. New York: UNODC. Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf
- Vazquez, F. y Becoña, E. (2000). Factores de riesgo y escalada cannabinoide. *Adicciones*, 12 (5), 175-184.
- Wessler, R. (2015). Terapia de grupo cognitivo conductual. En Caballo, V. (comp.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 819-841). Madrid: Siglo XXI
- Witkiewitz, K. y Marlatt, G.A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, 59 (4), 224-235
- World Health Organization. (1997). *Cannabis: a health perspective and research agenda*. Geneva: WHO. Recuperado de: http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_msa_PSA_97.4.pdf
- World Medical Association. *Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects* 2008. Seúl: Corea. <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>

- Wroe, A. L. y Wise, C. (2012). Evaluation of an adapted cognitive behavioural therapy (CBT) group programme for people with obsessive compulsive disorder: a case study. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 5 (4), 112-123.
- Zarza, M., Obert, J., Rawson, R., Muñoz, C., Perelló, M., Sánchez, A. y Cortell, C. (2011). Tratamiento psicosocial Matrix para la adicción a cocaína: componentes de un tratamiento efectivo. *Revista Española de Drogodependencias*, 36 (1), 27-48. Recuperado de: http://www.aesed.com/descargas/revistas/v36n1_2.pdf
- Zavala, R. O. (2017). Impact of the study of marijuana and suicide in Mexico. *Salud Mental*, 40 (3), 91-92.

APÉNDICES

1. Línea Base Retrospectiva (LIBARE)

Mes 1 (primer mes)			Mes:		Año	
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Mes 2			Mes:		Año	
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Mes 3			Mes:		Año	
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Mes 4			Mes:		Año	
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

2. Cuestionario Diagnóstico del Consumo de Sustancias

El objetivo de este instrumento es conocer algunas de las situaciones de consumo de drogas con las cuales te identificas en los últimos 12 meses.

Opciones de respuesta:

- S – si me identifico
- N – no me identifico.

Reactivos	S	N
1. Tu consumo de sustancias es recurrente y ha dado lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o la casa.		
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.		
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.		
4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o problemas interpersonales causados o incrementados por los efectos de la sustancia.		
5. Tienes una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de la sustancia para conseguir el efecto deseado.		
6. El efecto de la misma cantidad de sustancia disminuye claramente con tu consumo continuado.		
7. Presenta síntomas de malestar físico y psicológico después de un tiempo de dejar de consumir la sustancia.		
8. En ocasiones consumes la sustancia (o una muy similar) para aliviar los síntomas de malestar físico y psicológico que aparecen si no te la administras.		
9. Consumes la sustancia frecuentemente en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.		
10. Los esfuerzos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia han resultado ineficaces.		
11. Empleas mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención, el consumo de la sustancia, la recuperación de los efectos de la misma.		
12. Has reducido actividades sociales, laborales o recreativas importantes debido al consumo de la sustancia.		
13. Continúas tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos persistentes, que parecen causados o incrementados por su consumo.		

3. Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD)

De las Fuentes, Villalpando, Oropeza, Vázquez, y Ayala, 2001

En el siguiente cuestionario responde SI o NO en cada una de los reactivos

CAD	SI	NO
1. ¿Has usado drogas diferentes de las que se utilizan por razones médicas?		
2. ¿Has abusado de las drogas de prescripción médica?		
3. ¿Has abusado de más de una droga al mismo tiempo?		
4. ¿Puede transcurrir una semana sin que utilices drogas?		
5. ¿Puedes dejar de utilizar drogas cuando quiere?		
6. ¿Has tenido "lagunas mentales" o "alucinaciones" como resultado del uso de drogas?		
7. ¿Alguna vez te has sentido mal o culpable acerca de tu uso de drogas?		
8. ¿Tu pareja o familiares se quejan constantemente por involucrarse con el uso de drogas?		
9. ¿El abuso de drogas te ha creado problemas con tu pareja o familiares?		
10. ¿Has perdido amigos por tu uso de drogas?		
11. ¿Has descuidado a tu familia o faltado al trabajo y/o escuela como consecuencia del uso de drogas?		
12. ¿Has tenido problemas en el trabajo y/o escuela debido al abuso de drogas?		
13. ¿Has perdido algún trabajo debido al abuso de drogas?		
14. ¿Te has involucrado en peleas cuando estas bajo la influencia de las drogas?		
15. ¿Te has involucrado en actividades ilegales con tal de obtener drogas?		
16. ¿Te han arrestado por posesión de drogas ilegales?		
17. ¿Alguna vez has experimentado los síntomas físicos de retiro (<i>sudoración, taquicardia, ansiedad, etc.</i>) cuando has dejado de usar drogas?		
18. ¿Has tenido problemas médicos como resultado de tu uso de drogas (<i>ej. Pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrados, etc.</i>)?		
19. ¿Has pedido a alguien que te ayude a resolver tu problema con las drogas?		
20. ¿Has estado en un tratamiento específicamente relacionado con el uso de drogas?		

4. Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS)

Annis y Martin, 1985

Instrucciones: A continuación se presentan ocho diferentes situaciones o eventos ante los que algunas personas tienen problemas por su forma de beber o consumir alguna droga.

Imagínate que estás en este momento en cada una de estas situaciones e indica en la escala que tan seguro te sientes de poder resistir la necesidad de beber en exceso o consumir alguna droga, marcando con una x a lo largo de la línea 0% sí “*definitivamente consumiría*” ante esa situación o 100% sí “*definitivamente no consumiría*” en esa situación

1. Emociones desagradables:

0% _____ 100%
Definitivamente consumiría *Definitivamente no consumiría*

2. Malestar físico:

0% _____
100% *Definitivamente consumiría* *Definitivamente no consumiría*

3. Emociones agradables:

0% _____
100% *Definitivamente consumiría* *Definitivamente no consumiría*

4. Probando mi control sobre el consumo de alcohol o drogas:

0% _____ 100%
Definitivamente consumiría *Definitivamente no consumiría*

5. Necesidad física:

0% _____
100% *Definitivamente consumiría* *Definitivamente no consumiría*

6. Conflicto con otros:

0% _____
100% *Definitivamente consumiría* *Definitivamente no consumiría*

7. Presión social:

0% _____
100% *Definitivamente consumiría* *Definitivamente no consumiría*

8. Momentos agradables con otros:

0% _____ 100%
Definitivamente consumiría *Definitivamente no consumiría*

5. Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988

Instrucciones: En la lista de abajo hay un cuadro que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuánto te ha molestado cada síntoma durante la última semana, incluyendo el día de hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

	Poco o nada	Más o menos	Moderadamente	Severamente
1. Entumecimiento, hormigueo				
2. Sentir oleadas de calor (bochorno)	.			
3. Debilitamiento de las piernas				
4. Dificultad para relajarse	..			
5. Miedo a que pase lo peor				
6. Sensación de mareo	..			
7. Opresión en el pecho o latidos acelerados				
8. Inseguridad	.			..
9. Terror	...			
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo	..			
12. Manos temblorosas	..			
13. Cuerpo tembloroso				
14. Miedo a perder el control	..			
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir	..			
17. Asustado				
18. Indigestión o malestar estomacal				
19. Debilidad				
20. Ruborizarse				
21. Sudoración (no debida al calor)				

6. Inventario de Depresión de Beck. BDI

Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979

Instrucciones: En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lee cada una cuidadosamente. Posteriormente escoje una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que te se sentiste LA SEMANA PASADA INCLUSIVE EL DIA DE HOY. Encierra en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que escogiste. Asegurate de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer tu elección.

0. Yo no me siento triste 1. Me siento triste 2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo. 3. Estoy tan triste e infeliz que no pueda soportarlo	0. Yo no me siento que este siendo castigado 1. Siento que podría ser castigado 2. Espero ser castigado 3. Siento que he sido castigado
0. En general no me siento descorazonado por el futuro. 1. Me siento descorazonado por mi futuro 2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro 3. Siento que el futuro no tiene esperanzas y que las cosas no pueden mejorar.	0. Yo no me siento desilusionado por mi 1. Estoy desilusionado de mí mismo 2. Estoy disgustado conmigo mismo 3. Me odio.
0. Yo no me siento como un fracasado 1. Siento que he fracasado más que las personas en general. 2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos 3. Siento que soy un completo fracaso como persona	0. Yo no me siento que sea peor que otras personas. 1. Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores 2. Me culpo por todo el tiempo por más faltas 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.
0. Obtenga tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo. 1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como en que disfrutaba hacerlo 2. Yo no obtengo verdaderas satisfacciones de nada 3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo	0. Yo no tengo pensamientos suicidas 1. Tengo pensamientos suicida pero no los llevaría a cabo 2. Me gustaría suicidarme 3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad
0. En realidad yo no me siento culpable 1. Me siento culpable una gran parte del tiempo 2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo 3. Me siento culpable todo el tiempo	0. Yo no lloro más de lo usual 1. Lloro más ahora de lo que solía hacerlo 2. Actualmente lloro todo el tiempo 3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo
0. Yo no he perdido el interesen la gente 1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar 2. He perdido en gran medida el interés en la gente 3. He perdido todo mi interés en la gente	0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar 1. Me enoja o irrito más fácilmente que antes 2. Me siento irritado todo el tiempo ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo 3. Ya no me irrito por las cosas que solía hacerlo

0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho 1. Pospongo tomar decisiones más que antes 2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes 3. Ya no puedo tomar decisiones.	0. Mi apetito no es peor de lo habitual 1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo 2. Mi apetito está muy mal ahora 3. No tengo apetito de nada
0. No creo que me vea peor de cómo me veía 1. Estoy preocupado(a) de verme viejo(a) o poco atractivo 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver menos atractivo(a) 3. Creo que me veo feo(a)	0. Yo no he perdido mucho peso últimamente 1. He perdido más de dos kilogramos 2. He perdido más de cinco kilogramos 3. He perdido más de ocho kilogramos A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos SÍ_____ No_____
0. Puedo trabajar tan bien como antes 1. Requiero de más esfuerzo para iniciar algo 2. Tengo que obligarme para hacer algo 3. Yo no puedo hacer ningún trabajo	0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes 1. Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como, dolores, molestares estomacales o constipación 2. Estoy muy preocupado por problemas físico y es difícil pensar en algo mas 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
0. Puedo dormir tan bien como antes 1. Ya no puedo dormir tan bien como solía hacerlo 2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volver a dormir 3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir.	0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora 3. He perdido completamente el interés por el sexo
0. Yo no me canso más de lo habitual 1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo 2. Con cualquier cosa me canso 3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa	

7. Consentimiento Informado

Fecha _____

Por medio del presente, yo: _____ doy mi consentimiento para participar en un tratamiento que forma parte de una investigación sobre tratamientos de adicciones. El tratamiento consiste en una sesión de inducción, una evaluación, varias sesiones de tratamiento y tres seguimientos, aunque puedo dejar de participar en el momento en que yo desee.

Como participante, leeré y realizaré los ejercicios asignados (relacionados con el tratamiento), llenaré todos los registros e instrumentos que se me pidan.

Aunque sé que puedo abandonar el tratamiento en el momento que quiera, me comprometo a asistir por lo menos a cuatro sesiones, dándome la oportunidad de ver si funciona este programa. Después de eso, si quiero abandonarlo, discutiré mis razones con el terapeuta antes de tomar mi decisión final, que él respetará.

Me comprometo a hablar sobre cualquier consumo de drogas que haya tenido antes de ingresar al tratamiento, de los pensamientos y del deseo de consumir, así como del miedo que puedo sentir por tener alguna recaída.

Los datos que proporcione tendrán carácter confidencial y estarán legalmente asegurados. Mi nombre o alguna otra información que pueda identificarme será resguardada con los datos que yo haya dado.

Tanto yo como mi terapeuta firmaremos este consentimiento, comprometiéndonos a respetar los puntos descritos anteriormente.

Firma _____
Usuario

Terapeuta (s)

8. Autorregistro del Consumo de Marihuana

Explicación

Fecha <i>(día/mes)</i>	Número de cigarro <i>Especificar si es el primer cigarro, el segundo, etc. hasta el último del día. (ejemplo: 1°, 2°, 3°)</i>	Hora <i>Hora en que empieza a fumar</i>	Lugar y personas presentes <i>Personas que estaban presentes mientras fumaba y el lugar dónde fumó</i>	Situación <i>Qué es lo que estaba haciendo mientras fumaba</i>	Pensamientos <i>Qué pensamientos tenía antes de comenzar a fumar</i>	Emociones o sentimientos <i>Qué emoción sintió antes de empezar a fumar</i>
----------------------------------	---	---	--	--	--	---

Ejemplo

13/Enero	Primero	8:00 a.m.	Me encontraba en el comedor con mis amigos Juan y Pablo	Estaba tomando un café y platicando con mis amigos	Me siento un poco estresado, necesito una fumada	Alegría
<i>Total</i> 8 cigarros en todo el día	Último	10:30 p.m.	En mi habitación solo	Estaba en mi habitación preparándome para dormir	Me siento estresado y creo que necesito una fumada para dormir mejor	Ansiedad

Formato de autorregistro para el usuario

Fecha	Número de cigarro	Hora	Lugar y personas presentes	Situación	Pensamientos	Emociones o sentimientos
Día/Mes	Primero					
Total	Último					
Día/Mes	Primero					
Total	Último					
Día/Mes	Primero					
Total	Último					
Día/Mes	Primero					
Total	Último					
Día/Mes	Primero					
Total	Último					
Día/Mes	Primero					
Total	Último					
Día/Mes	Primero					
Total	Último					