



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Revisión sistemática sobre el tratamiento psicoterapéutico en
México con dependientes de cocaína**

TESIS

que para obtener el título de
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

presenta

Angelica Elizabeth Guzmán Muñoz

Directora

Dra. Isabel del Rosario Stange Espínola

Codirectora

Dra. Aida Josefina Ortega Cambranis

Diciembre 2022

Agradecimientos

La Benemérita Universidad Autónoma de Puebla me ha cobijado y me ha abierto un abanico de posibilidades, a través de su profesorado además de una formación profesional y científica, he recibido ayuda y herramientas para superar situaciones adversas.

Es mi especial y más grande agradecimiento a la Dra. Isabel del Rosario Stange Espínola porque todas sus virtudes y conocimiento me han acompañado y fortalecido en el proceso que me implico llegar a este momento. Gracias profesora por su confianza, por sus enseñanzas, por permitirme ser parte de los grupos de estudiantes y profesionales que asesora, donde se construye y se comparte el conocimiento, cada persona que he conocido gracias a esta inclusión me ha fortalecido y son fuente de inspiración en lo académico y personal.

Gracias Dra. Aida Ortega Cambranis, es un privilegio contar con su orientación y ayuda, para mí ha sido muy importante en todo este camino.

Dra. Rosalía Tenorio Martínez valoro su amabilidad y atención, gracias por recibirme con una sonrisa, atender mis dudas y brindarme su orientación para concretar este trayecto.

Mtra. Lourdes Torres Villegas gracias por estar presente en los que considero momentos importantes y trascendentales en mi vida.

El entusiasmo, la dedicación, la calidad humana y profesionalismo con el que me han guiado me inspira a continuar preparándome, llevo esa semilla que me lleva también al autocuidado y sobre todo a servir con gran entusiasmo, gracias a todas ustedes profesoras y a todas las personas con las que he coincidido en esta mi universidad.

Dedicatoria

A ti mi amor, porque juntos llegamos y tu esfuerzo es tan importante como el mío, te agradezco y admiro la manera tan resiliente con la que me has acompañado.

Recuerda hijo que siempre es un buen momento para continuar, siempre es un buen momento para hacer, crear y vivir. Te comparto que nunca es tarde cuando de hacer realidad un sueño se trata.

Aprendí que cabe la posibilidad de que el trayecto sea corto, largo, de que la ruta cambie, aceptar ayuda nos fortalece o pedirla abre posibilidades, quizá haya instantes que nos frenan y es cuando tenemos la oportunidad de decidir.

Gracias por tu cariño, tu confianza, esa seguridad y creatividad que te caracteriza.

Gracias porque nunca dejaron de estar mis amigas, mi querido amigo y por supuesto mi familia, gracias Mercedes Toxqui, Nalleli García, Alma Delgado, Mario, mi Fanny querida, tío Alberto y a ti mamita, ¡gracias!

Contenido

Listado de Tablas.....	vii
Listado de Figuras	ix
Capítulo I Introducción	8
Antecedentes.....	8
Planteamiento del problema	15
Objetivos	22
Objetivo general.....	22
Objetivos específicos	22
Justificación.....	22
Preguntas de investigación	24
Clasificación de las sustancias psicoactivas (SPA)	24
Definición de términos	26
Criterios de clasificación de estudios clínicos:	30
Capítulo II Revisión de la literatura.....	32
Prevalencia de drogadicción en el mundo	34
Prevalencia de drogadicción en México.....	36
Situación general sobre el consumo de SPA en México.....	37
SISVEA y los Consejos Tutelares Para Menores.	41
El Sistema de Vigilancia	49
Prevalencia de drogadicción en Puebla.....	51
Características generales de las sustancias ilegales de mayor consumo en México.	53
Opio y sus derivados naturales y sintéticos	53
Derivados del opio.....	54

Modos de consumo del opio.....	54
Efectos del consumo de alcaloides del opio, naturales y sintéticos.....	54
Heroína.....	54
Métodos de consumo	55
Coca, cocaína y sus derivados	57
Composición química	57
Derivados de su producción	57
Historia	58
Cristal.....	64
Composición química	65
Inhalables	67
Marihuana.....	71
Química	71
Anfetaminas.....	73
Enfoques dentro de la investigación en la práctica clínica	74
Modelos.....	79
CAPITULO III	86
MÉTODO.....	86
Tipo de estudio.....	86
Población de estudio	86
Instrumentos.....	87
Procedimiento	87
Análisis de datos.....	87
Bases Bibliométricas	88
Criterios de inclusión	94

Características de las bases de datos.....	102
Muestra	103
Procedimiento	104
Capítulo IV Resultados.....	106
Capítulo V Conclusiones	115
Sugerencias de intervención psicoterapéutica:	120
Referencias	125
Apéndice A	134
Apéndice B	160
Anexo 3.....	170

Listado de Tablas

Tabla 1 <i>Sustancias psicoactivas de inicio e impacto en orden de uso mayor a menor a nivel nacional:</i>	18
Tabla 2 <i>Sustancias psicoactivas de inicio e impacto en orden de uso mayor a menor en México:</i>	18
Tabla 3 <i>Sustancias psicoactivas reportadas en forense de México:</i>	19
Tabla 4 <i>Sustancias psicoactivas de inicio e impacto en orden de uso de mayor a menor nivel en la Ciudad de Puebla, México:</i>	19
Tabla 5 <i>Distribución de la población según actividad principal</i>	38
Tabla 6 Listado de Ilustraciones	39
Tabla 7 <i>Actividad principal en la que se encontraban los menores antes de ingresar al Consejo Tutelar:</i>	43
Tabla 8 <i>Drogas de inicio en menores de edad.</i>	45
Tabla 9 <i>Lugares de adquisición y consumo de sustancias</i>	45
Tabla 10 <i>Sustancia presente en la persona fallecida</i>	48
Tabla 11 <i>Tipo de sustancia confirmada. Servicio Médico Forense</i>	49
Tabla 12 <i>Sustancias de Inicio e Impacto en la Ciudad de Puebla</i>	52
Tabla 13 <i>Alcaloides derivados del opio</i>	53
Tabla 14 <i>Síntomas de intoxicación, sobredosis y abstinencia</i>	55
Tabla 15 <i>Modos de consumo de la cocaína</i>	57
Tabla 16 <i>Efectos de la cocaína en el organismo</i>	59
Tabla 17 <i>Características de los Inhalables y resultados del estudio de su consumo en México con base en las investigaciones realizadas en el país durante 4 décadas</i>	68
Tabla 18 <i>Características de la intervención con personas farmacodependientes en México en el año de 1985</i>	70
Tabla 19 <i>Efectos de la marihuana en el organismo</i>	72
Tabla 20 <i>Elementos éticos para la evaluación de protocolos de investigación desde la Bioética:</i>	76
Tabla 21 <i>Elementos del Modelo Biopsicosocial</i>	79

Tabla 22 <i>Criterios de inclusión de revistas impresas y electrónicas en Latindex</i>	90
Tabla 23 <i>Elementos de la lista de verificación desarrollada por CONSORT-SPI</i> <i>2018</i>	95

Listado de Figuras

Figura 1 <i>Tipo de ingreso a los centros de tratamiento y rehabilitación no gubernamentales 1994-2016</i>	33
Figura 2 <i>Escolaridad de las personas que ingresan a los centros tutelares...</i>	42
Figura 3 <i>Motivo de ingreso al consejo tutelar año 2016</i>	44
Figura 4 <i>Sustancia presente en el momento del acto de detención</i>	46
Figura 5 <i>Principales estrategias metodológicas, diseños de estudio y técnicas de investigación relacionadas con el estudio del consumo de drogas.</i>	75
Figura 6 <i>Intervención psicoterapéutica en el Modelo Biopsicosocial</i>	81
Figura 7 <i>Distribución por año de las publicaciones de tratamientos psicoterapéuticos exitosos con personas dependientes de cocaína</i>	113
Figura 8 <i>Publicaciones de evaluación de tratamiento y País de origen</i>	114

Capítulo I Introducción

Antecedentes

El origen del consumo de sustancias psicoactivas se pierde en la historia de la humanidad y de forma inicialmente imperceptible, se fue convirtiendo en uno de los problemas que afectan a la salud pública que ha persistido a través del tiempo, existen muchos factores que han contribuido a que esto ocurra, entre ellos se encuentra el hecho de que estas sustancias son más accesibles, con efectos más novedosos y los consumidores son más jóvenes, siendo esta población la que las adquiere con mayor prevalencia.

En el Informe Mundial sobre las Drogas 2015 realizado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2015), se destaca que, en los años 2013 y 2015, en el mundo, alrededor de un 5 por ciento de las personas (1 de cada 20) de entre 15 y 64 años consumieron algún tipo de droga ilícita (UNODC, 2016. Naciones Unidas, 2016); en el informe 2017, se reportan las mismas cifras, haciendo referencia a que éstas no han aumentado en los últimos 4 años de acuerdo con la estadística proporcional a la población mundial. (UNODC; 2017). En cuanto al género, en el informe de 2015 realizado por la misma organización, se indica que “los hombres tienden a consumir con mayor frecuencia cannabis, cocaína y anfetaminas”, con respecto a estas sustancias el consumo es 3 veces más que el de las mujeres. En este mismo informe, refieren que “las mujeres tienden a consumir opioides y tranquilizantes sin un fin médico” (UNODC, 2016a, p.11).

En el Informe Mundial contra las Drogas del 2016 se registra “que uno de cada 20 adultos, es decir, alrededor de 250 millones de personas de entre 15 y 64 años consumieron por lo menos una droga en 2014” y que de los consumidores; 29 millones de personas, presentan trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, y solo 1 de cada 6 recibe tratamiento; 12 millones se administran la droga por vía intravenosa (IV). Se reporta que el 14 % de las

personas que hacen uso de la vía intravenosa vive con el síndrome de inmunodeficiencia humana (VIH) y en 2017 se reporta además que: “una de cada ocho (1,6 millones) y más de la mitad (6,1 millones) de personas tiene el virus de la hepatitis C” (UNODC, 2017, p. 11; UNODC, 2015, 2016a).

De acuerdo a las estadísticas publicadas referentes al consumo de diferentes tipos de drogas ilegales, (cannabis, anfetaminas, cocaína y nuevas drogas sintéticas); así como su producción e incautaciones, no existe una clara distinción de uso, ni preferencia en los consumidores debido a que, tanto el consumidor habitual como el ocasional muestran tendencia hacia el policonsumo.

Es importante destacar el hecho de que quienes buscan tratamiento por trastornos detonados con mayor frecuencia por el consumo de cannabis y anfetaminas, son personas menores de 30 años; a partir de esta edad, los tratamientos solicitados se encuentran relacionados con el uso de otras sustancias como: opioides o cocaína. En cuanto al género los datos reportan diferencias en relación al tipo de droga de consumo, estas diferencias se acentúan menos en los jóvenes que en los adultos. Con respecto a estos datos se puede argumentar que, entre menor sea la edad de los consumidores, hombres y mujeres consumen mayor variedad de drogas y al alcanzar la edad adulta los consumidores muestran su preferencia por una de ellas, esto implica que los consumidores podrían estar buscando efectos específicos en el organismo, principalmente en el Sistema Nervioso Central incrementando el riesgo de una sobredosis debido a la habituación, pues el efecto que producen estas sustancias se ve disminuido ante su consumo habitual y solo se consigue con igual o mayor intensidad al incrementar las dosis (UNODC, 2012).

El consumo de sustancias psicoactivas es muy complejo y su estudio debe abordarse desde diversos ámbitos del conocimiento. Por la misma razón, el impacto que ocasiona el consumo de sustancias se relaciona no solamente con el consumidor, también se relaciona con el contexto en el cual se desenvuelve (trabajo, familia, amigos, objetos visuales que le rodean, entre otros).

En el Informe Mundial, Sobre las Drogas 2016 se expone que las medidas de prevención, intervención temprana, tratamiento, atención, recuperación,

rehabilitación e integración social, así como el conjunto de medidas continuas de atención para las personas que consumen drogas, reducen el consumo de drogas y con ello su repercusión en la salud pública (UNODC, 2016a, p.24).

En ese mismo informe se señala que han resultado eficaces las medidas que realizan programas que promueven la distribución de los utensilios (como jeringas y agujas huecas), terapia de sustitución de opiáceos, terapia antirretroviral y otras que buscan la prevención de transmisión de hepatitis viral, VIH y otras enfermedades relacionadas con la transmisión derivadas del consumo de drogas, las implementaciones citadas están en contraposición al internamiento obligado debido a que este dificulta la vida de los consumidores vulnerables, principalmente los más jóvenes” (UNODC, 2016a).

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC; 2012), expone que en México se distinguen tres drogas por las cuales se pueden presentar situaciones fatales como resultados de su consumo: (ya sea por sobre dosis o accidentes) en primer lugar, el alcohol, en segundo lugar, los tranquilizantes y en tercer lugar la cocaína.

En la Encuesta Nacional de Adicciones en México de 2011 se reporta que, en la ciudad de Puebla las drogas de mayor impacto que llevaron al consumidor a solicitar tratamiento fueron: la marihuana, los inhalables y la cocaína (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz et al., 2012).

Para el año 2018, en la *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017*, se señalan los principios en los cuales está basada la política de drogas: el enfoque de salud pública, la prevención y reducción del daño social y disminución de la producción, tránsito y distribución (Secretaría de Salud et al., 2019).

En el mismo informe del año 2019 se reporta que en México se incrementó el consumo de sustancias entre jóvenes de 12 y 17 años. Dentro de las propuestas que mencionan las distintas instituciones para hacer frente a esta situación se destaca la necesidad de realizar estudios que analicen la estructura del tratamiento implementado, así como la efectividad a largo plazo que éste llegue a tener para el tratamiento de sustancias específicas (Secretaría de Salud et al., 2019).

La hoja de coca, considerada como planta sagrada en el Imperio Inca (S. XV-XVI) era empleada en rituales religiosos y sociales (González Carrero y González Isea, 1990).

La cocaína es aislada por Wholer y Albert Niemann en el año 1855, y en 1914 se decide controlar su cultivo debido a su potencial adictivo e intoxicación que provocan sus alcaloides aislados, de cualquier manera no se ha logrado disminuir el consumo de la cocaína, solo se estigmatizó y criminalizó a los usuarios quienes después de conseguir un estado de seguridad, felicidad o euforia, han subestimando los síntomas como la ansiedad, impulsividad, aceleración cardiaca entre otras consecuencias a nivel orgánico (Damin & Grau, 2015, p. 128).

El *Informe sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención integral 2019*, se fundamenta en los principales sistemas de atención, así como en los estudios epidemiológicos, lo que llevo a crear acciones que involucran lo siguiente: sensibilización y educación sobre riesgos; detección, fortalecimiento de tratamientos y rehabilitación; normatividad para uso de tabaco y alcohol, así como el objetivo de fortalecer el sistema de información y vigilancia epidemiológica (Secretaría de Salud et al., 2019).

Desde el año 2019 se inicia la Estrategia Nacional de las Adicciones que involucra educación, salud, comunicación e información, teniendo como foco de atención a los jóvenes entre 12 y 17 años, incluyendo tres niveles de prevención: universal, selectivo e indicado, el cual se encuentra explicado dentro del *Informe sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención integral 2019*.

En la Ley General de Salud (2021) se presenta en el Capítulo IV el *Programa Contra la Farmacodependencia*, en el cual se señala que la Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General se señalan las acciones que realizarán de manera coordinada (Ley General de Salud, 2021, pp. 220-229).

En el año 2007 Luis Barruecos Villalobos se refiere a la problemática del consumo como “una compulsión por obtener lo que satisfaga alguna necesidad primaria o superflua a través de la utilización de una sustancia natural o sintética... qué al ser ingeridas por un sujeto, logran cambios en su comportamiento, mismos que pueden ser benéficos, o paulatinamente dañinos e incluso violentamente fatales”

(Berruecos Villalobos, 2007, p.105). Más adelante se desglosa este concepto con otros autores.

En 2007, se cataloga el descontrol del consumo como una enfermedad incurable y mortal, se considera que se pierde la oportunidad de prevenir las conductas de un consumo irresponsable, se señala, además, la necesidad de una atención terapéutica y de rehabilitación, se plantea la existencia de distintas consecuencias dependiendo de un uso e intensidad del consumo. Berruecos Villalobos describe el consumo como normal, de abuso, y enfermedad, esta última, consecuencia del abuso desmedido (Berruecos Villalobos, 2007, p. 106).

Berruecos Villalobos (2007) señala también, que las edades de riesgo son de 12 a 17 años. Plantea que el consumo está multideterminado, entre algunos factores identifica “los conductuales individuales, los actitudinales, los psicológicos individuales, los del ambiente familiar y los del ambiente de la comunidad en la que se vive” (p.112).

Además, señala que entre los factores psicológicos destaca la baja autoestima y, en el aspecto familiar se ubican “historia familiar de uso de drogas o conductas antisociales, baja habilidad parental para el manejo de los conflictos o alta tolerancia hacia la desviación, permisividad, desorganización familiar y ausencia de límites (Berruecos Villalobos, 2007, pp.112-113).

Entre los factores de riesgos para el consumo de drogas

“se señalan las leyes y normas tolerantes hacia las conductas problemáticas, la disponibilidad, la privación socioeconómica, la desorganización comunal, los factores psicológicos (bioquímicos, genéticos), la conducta familiar hacia las drogas, las prácticas y los conflictos familiares que llevan a la baja en la autoestima, las fallas en los valores” (Berruecos Villalobos, 2007, p.112).

Señala que, entre los factores de protección “Las nuevas metodologías ... se refieren al cambio de normas sociales, estrategias de resistencia e influencia social, así como acciones preventivas que ataquen factores de riesgo tempranos que pueden corregirse a tiempo” (Berruecos Villalobos, 2007, p.112).

Por otro lado, investigaciones entre el año de 1999 a 2003 arrojaron que los consumidores de cocaína en su mayoría eran adolescentes y como punto clave para la prevención, señalan la importancia de conformar una red social de apoyo para adolescentes y jóvenes además de dirigir la prevención a la población infantil (Ortiz, Soriano, Galván y Meza, 2005) cosa que, en los últimos años, se refleja con algunos programas institucionales o realizados por organizaciones no gubernamentales. En el libro *Modelos preventivos*, se revisan 11 programas que se han implementado (Secretaría de Salud y CONADIC, s/f).

Entre el año 2013 y 2014, en México, se realizó una encuesta probabilística en una población muestra de escolares de quinto y sexto de primaria, secundaria y bachillerato en nueve ciudades del país (no se incluyó Puebla) con el apoyo de la Secretaría de Educación Pública, en ella se registró un inicio de consumo a la edad de 13.4 años donde más de la mitad consumió por primera vez alcohol, y al menos una vez: marihuana, inhalables y cocaína (Villatoro Velázquez et al., 2016).

Se relaciona como un factor protector ante el consumo de sustancias una mayor convivencia y comunicación familiar (Villatoro Velázquez et al., 2016, p.202)

Dentro de los estudios previos que se han realizado para conocer los tratamientos de adicciones en México se encuentra Revisión Sistemática sobre tratamiento de adicciones en México”, elaborado por Estela Rojas, Tania Real, Sarah García y Ma. Elena Medina en el año 2011, en el cual se realizó una revisión en bases de datos y centros de documentación especializados buscando los reportes de estudios donde se había evaluado la intervención y el tratamiento del consumo de alcohol, tabaco y drogas desde 1980 a 2010 cuyos criterios de inclusión se basaron en los propuestos por David Moher, Kenneth Schulz, Douglas Altman del grupo CONSORT (Rojas, Real, García y Medina, 2011, p. 351). La intención de la metodología utilizada fue facilitar a los lectores la comprensión de los estudios, así como evaluar la validez de los resultados (Moher, Schulz y Altman, p. 23).

En el trabajo de Rojas et al., (2011) se encontró una evaluación de tratamiento donde el enfoque cognitivo conductual (en un tratamiento breve, basado en los modelos de prevención de recaídas) fue efectivo en las personas participantes ya

que disminuyeron significativamente la frecuencia y/o la cantidad dentro de un periodo de seis meses.

En el presente trabajo se promovió encontrar evaluaciones psicoterapéuticas realizadas con posterioridad al 2010 que mostrarán si este u otro tipo de enfoques son efectivos, así como identificar sugerencias de intervención o de estilos científicos para la divulgación de las intervenciones.

En el año 2014, en la Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, se publica “Las adicciones en México: una visión terapéutica de sus mitos y metas”, reflexión realizada por Mario Souza y Machorro, donde resalta la necesidad de un tratamiento integral operando a nivel de organizaciones e instituciones que logren una detección temprana del problema, efectividad y apego a las normas en salud pública, donde “La actuación individual y familiar es un objetivo factible y capital para impedir sus tradicionales alcances negativos. El autoconocimiento y autoaceptación del trastorno, son elementos importantes que permiten o no, el desarrollo de estrategias para la modificación de hábitos riesgosos”.

Señala, además, como aspectos relacionados con una recaída la personalidad premórbida y un inadecuado manejo de las emociones y para una adecuada calidad de vida tanto la abstinencia productiva como la reincorporación psico-social (Souza y Machorro, 2014, p. 24).

En el Congreso Internacional sobre la Atención y Prevención de Adicciones 2019, se destaca el programa llamado Jóvenes Construyendo el Futuro que otorga empleo y becas a los jóvenes mexicanos, continuar con la atención que otorga la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), los Centros de Integración Juvenil (CIJ) y el Centro de Atención Primaria en Adicciones (CAPA), con la finalidad de mantener alejado a los jóvenes de las drogas (Secretaría de Salud et al., 2019).

Por último, en este apartado, es importante incluir que dentro de las conclusiones del Informe sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención integral 2019, se indica, entre otras cosas, ampliar la comprensión de los contextos de consumo de drogas de baja prevalencia como la cocaína, los inhalables y nuevas sustancias psicoactivas, así como que las investigaciones estén fundamentadas en diagnósticos actualizados y en la disponibilidad de evidencias.

Planteamiento del problema

El uso de sustancias psicoactivas actualmente representa un problema global que deriva en complicaciones sociales, económicas y de salud; estas complicaciones se ven agravadas tanto por la influencia de programas que detengan la distribución y venta de estas sustancias, como por la escasa o nula efectividad de los programas de prevención de adicciones o bien porque éstos no están adecuados a la realidad de cada lugar.

Lo antes mencionado aunado a la fácil accesibilidad a las drogas, sus efectos más novedosos y que sus consumidores cada vez son más jóvenes debido, entre otros factores, al descontrolado acceso a las redes sociales a edades tempranas y a las nuevas expresiones en la música donde algunos artistas normalizan el consumo de drogas además de darle una connotación de felicidad y placer, situación que ensombrece otras alternativas de respuesta saludables de los jóvenes.

Si bien es cierto que existen compendios para la intervención y tratamiento, interesa conocer el reporte de los resultados, las estrategias y enfoques planteados, un historial clínico completo de la persona que acude a psicoterapia, las características de la o el psicoterapeuta y las interacciones que se establecen en psicoterapia. Además, se requiere establecer y analizar el trabajo que se realiza con personas expertas en otras disciplinas.

Generalmente, se considera que una aproximación al consumo de sustancias psicoactivas puede ser, entre otros, los efectos placenteros que imaginan que pueden generar las sustancias psicoactivas, así como, el ser aceptado en el grupo.

Carroll (2000) compartió que una de las razones por la que las personas buscan y consumen sustancias psicoactivas, es para alterar la experiencia consciente modificando así la manera en que percibe las cosas, lo que ve o siente, lo que piensa y su comportamiento (tomado de Serrano Flyckt y Diez Martínez, 2010, p. 34).

Por otra parte, también se ha señalado que otras formas de alterar la consciencia son: hiperventilar, girar, incluso las cosquillas o mecerse para dormir.

Así como que mucho de su impacto está relacionado a la actitud, aceptación de consumo, conocimiento de los efectos de la sustancia y expectativas, la relación con la droga tiene mayor impacto que la sustancia en sí, el abuso es multifactorial.

Es importante comprender qué se sufre o qué se consigue con el consumo de una sustancia psicoactiva, si lo que se busca es la alteración de consciencia, el disfrute y el placer, esto refleja que hay necesidades que no se logran suplir o controlar, en la vida cotidiana, sin su consumo.

Conocer qué es lo que busca o necesita la persona con el consumo de sustancias psicoactivas puede ayudar a realizar una planeación de estrategias de desarrollo orientada a promover hábitos saludables y habilidades resilientes o bien planes de intervención para la concientización de la salud integral desde edades tempranas. Reeducar con la responsabilidad y respeto que se merece la vida y lo que ello implica independientemente de la circunstancia que se presente.

Factores como: la decisión de concebir una nueva vida, reeducar para que sea una decisión y no un accidente; el conocimiento y regulación de las emociones, la transferencia de estos procesos y que los procesos sean lo más saludables posible; autoconocimiento, autodominio, reconocimiento del ser individual y a su vez de la importancia del aprendizaje social y la responsabilidad de cada persona con lo que transmite.

La educación de un ser humano involucra en algún momento a todas las personas, es menester conocer y divulgar los derechos humanos y de la infancia, el autocuidado y el desarrollo de la fortaleza interna para la exigencia de estos derechos, primero al ser mismo y a partir de ahí, de uno hacia los otros.

El ser humano tiene la capacidad de elección, interiorizar que, si como individuo se procura, se nutre de conocimiento, puede generar de lo menos más y crear los recursos; siendo consciente y responsable de sí mismo, por añadidura lo está siendo con el otro, teniendo presente que lo que decida el otro, es responsabilidad y decisión de él; y sigue siendo fundamental el autocuidado. Elementos prioritarios para la salud integral.

Pocas son las evidencias existentes sobre algún tratamiento que evalúe y compruebe la efectividad de su intervención. Las propuestas más recientes para

enfrentar el daño derivado del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), se basan en los trabajos de prevención. Esto también se ha concluido en el más reciente *Informe sobre la Situación del Consumo de Drogas en México* y su Atención Integral 2019 (CONADIC, 2019).

Haciendo un pequeño paréntesis, la violencia es una de las causas con mayores repercusiones en la salud tanto física como mental, además de provocar la posibilidad de adquirir una adicción a alguna sustancia psicoactiva.

En 2014, la OMS vuelve a comunicar y resaltar la importancia de ampliar las actividades de prevención de la violencia; se ha detectado que ésta “aumenta el riesgo” de que se adopten comportamientos perjudiciales como lo es una incidencia mayor de actividad sexual de riesgo, consumo excesivo de alcohol y de otras sustancias psicoactivas; esta información está disponible dentro del centro de prensa de la página oficial de la OMS, se trata de un comunicado que expone las principales conclusiones del *Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia* (OMS, OPS, UNODC, UNDP, 2014).

Ahora bien, de acuerdo con la información recabada por las Oficinas de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC, 2016a) las drogas con mayor incidencia son: el alcohol, el tabaco, cannabis (marihuana), cocaína, opioides (heroína y su combinación con el fentanilo) y tranquilizantes. Sin embargo, en México dentro del Informe 2019 se comparte la evaluación epidemiológica de ENCODAT que con un reporte basado entre los años 2010 y 2017, no se detectaron casos de consumo por Fentanilo en este país (Secretaría de Salud et al., 2019).

En la tabla 1, tabla 2, tabla 3 se presentan las sustancias de inicio y de mayor consumo en México en general y en particular en diferentes centros y, en la tabla 4 se registran las sustancias psicoactivas de inicio y mayor consumo en Puebla.

TABLA 1 *SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE INICIO E IMPACTO EN ORDEN DE USO MAYOR A MENOR A NIVEL NACIONAL:*

Sustancias de inicio:	Sustancias de impacto:
Alcohol	Alucinógenos
Tabaco	Inhalables
Cannabis	Estimulantes de tipo anfetamínico
Cocaína	

Nota: Elaboración propia con información de ENCODAT 2016-2017.

TABLA 2 *SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE INICIO E IMPACTO EN ORDEN DE USO MAYOR A MENOR EN MÉXICO:*

CENTROS NO GUBERNAMENTALES	CONSEJOS TUTELARES	URGENCIAS MÉDICAS
Alcohol	Alcohol	<i>Sustancias de impacto:</i>
Tabaco	Cannabis	Alcohol
Cannabis	Inhalables	Cannabis
Inhalables	<i>Sustancias de impacto:</i>	Cocaína
Cocaína	Alcohol	
<i>Sustancias de impacto:</i>	Cannabis	
Alcohol	Inhalables	
Cristal		
Cocaína		

Nota. Elaboración propia con información del informe del Sistema de Vigilancia y Epidemiológica para las Adicciones SISVEA, 2016. México

TABLA 3 *SUSTANCIAS PSICOACTIVAS REPORTADAS EN FORENSE DE MÉXICO:*

FORENSE
<i>Sustancias de impacto:</i>
Alcohol
Tranquilizantes
Cannabis
Anfetaminas y cocaína

Nota. Elaboración propia con información del informe del Sistema de Vigilancia y Epidemiológica para las Adicciones SISVEA, 2016. México

En México las tres primeras SPA relacionadas con fallecimientos bajo sus efectos son: el alcohol, tranquilizantes y cannabis

TABLA 4 *SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE INICIO E IMPACTO EN ORDEN DE USO DE MAYOR A MENOR NIVEL EN LA CIUDAD DE PUEBLA, MÉXICO:*

PUEBLA
Alcohol
Tabaco
Cannabis
<i>Sustancias de impacto</i>
<i>Alcohol</i>
<i>Cannabis</i>
<i>Cocaína</i>

Nota. Elaboración propia con información del informe del Sistema de Vigilancia y Epidemiológica para las Adicciones SISVEA, 2016. México

Los trastornos detonados por el consumo de SPA, la morbilidad (cantidad de personas que se enferma en un lugar y periodo determinado en relación con el total de la población), la comorbilidad (la presencia de uno o más enfermedades, además de la enfermedad o trastorno primario) y la mortalidad, son factores para realizar desde temprana edad actividades de educación relacionadas con la promoción de la salud.

Recientemente, el informe sobre la situación de las drogas en México 2019, dentro de sus conclusiones resalta que el impacto de las intervenciones en cuanto prevención ha sido modesto, afirmando que “ninguna intervención preventiva puede ser efectiva si se instrumenta de manera aislada” y se hace un llamado a la participación de todos (Secretaría de Salud et al., 2019, p. 42).

Se ha realizado la invitación urgente a la realización de investigación sobre el efecto de la intervención preventiva con el fin de conocer eficacia y un íntimo conocimiento de las necesidades de poblaciones específicas; pidiendo así evidencia de “indicadores del impacto más que del proceso” (Secretaría de Salud et al., 2019, p. 42).

La importancia de diseñar e implementar un programa psicoterapéutico para evitar el consumo de SPA pasa a ser una parte vital para la promoción, cuidado y atención de la salud mental y por supuesto de la salud integral, Gárciga Ortega, Surí Torres & Rodríguez Jorge (2015) exponen la necesidad de lo que llaman “mayor concienciación de los decisores”, que es decidir conscientemente.

Decidir con consciencia, señalan Gárciga Ortega, Surí Torres & Rodríguez Jorge (2015) que el desarrollo de programas de salud e intervención psicoterapéutica tiene que elaborarse con una información sustentada, promoción y recursos para lograr conjuntar familia y centros de educación en niveles primaria y secundaria; además, deben tener el objetivo de capacitar para el descubrimiento y desarrollo de “habilidades y recursos de enfrentamiento en los niños-adolescentes” así como de las familias y profesores.

Lo mencionado en el párrafo anterior, también se plantea en el 2019 por la Secretaría de Salud como la necesidad de “una capacitación continua y permanente

de los profesionales de la salud, asistencia social a promotores y otros profesionales” (Secretaría de Salud et al., 2019, p. 42)

La información sobre el panorama a nivel mundial ha indicado que las anfetaminas principalmente las metanfetaminas igualmente contribuyen al aumento de morbilidad, esto lleva a un ajuste de los años vida por discapacidad (AVAD) atribuibles a trastornos relacionados al consumo.

Por ello, actualmente se expone la necesidad de, “ampliar la comprensión de los contextos de consumo de drogas de baja prevalencia como la cocaína, inhalables y nuevas sustancias psicoactivas, su ambiente psicosocial, los servicios a los cuales acceden, así como caracterizar a los consumidores” con la finalidad de detectar a tiempo un consumo exponencial de metanfetaminas; a su vez la creación de políticas públicas fundamentadas en diagnósticos actualizados, dicho esto en el Informe 2019 en México (Secretaría de Salud et al., 2019, p. 79).

Hoy en día se muestra una normalización del uso de sustancias psicoactivas invalidando o manteniendo un desconocimiento de otras respuestas de afrontamiento saludables.

Las nuevas sustancias psicoactivas alertan en la necesidad de avanzar en el estudio de sus efectos tanto a nivel orgánico como a nivel psicológico, para proponer los servicios de prevención y atención más adecuados.

La Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS), en 2016 reporta que una de cada seis personas que acuden a los servicios de atención en la ciudad de Puebla es por consumo de cocaína. Esta sustancia provoca alteraciones en el Sistema Nervioso Central y como consecuencia, si el consumidor decide estar en abstinencia se observan alteraciones en la conducta y sistémicas, difíciles de controlar y de soportar para el propio consumidor (síndrome de abstinencia, también llamado craving).

A través de este trabajo se tiene como área de interés la recopilación de información referente al consumo y a los indicadores de tratamiento de las sustancias psicoactivas. Sin restar importancia a los datos de oferta y demanda, delincuencia organizada, corrupción y terrorismo, no se incorporan en este trabajo,

aunque se señala que es indispensable conocer y estudiar en otros ámbitos académicos.

De acuerdo a la investigación realizada en los sistemas de atención y prevención mexicanos, en esta investigación se abordará en el consumo y tratamiento de la adicción a la cocaína, una droga de baja prevalencia, sin embargo, es de las más incautadas.

Objetivos

Objetivo general

Investigar en la literatura científica enfoques y características de los tratamientos psicológicos aplicados a personas adictas a la cocaína que hayan reportado efectividad a largo plazo.

Objetivos específicos

- Identificar qué enfoques psicoterapéuticos se emplean con mayor frecuencia en el tratamiento realizado con personas consumidoras de cocaína.
- Registrar las principales técnicas utilizadas en psicoterapia con personas consumidoras de cocaína.
- Distinguir las características de las personas que consumen cocaína y que participan en los tratamientos psicológicos reportados en las investigaciones analizadas.

Justificación

Las numerosas investigaciones realizadas sobre la dependencia de sustancias psicoactivas desde diversas perspectivas, y en particular desde el ámbito de la Psicología, lejos de agotar el tema, abren nuevas posibilidades y direcciones de investigación. Continuar con el aprendizaje y conocimiento de una de las problemáticas que a nivel mundial, nacional y estatal está llevando a compleja situación en el ámbito de la salud, debido a que es un número mayor de personas jóvenes que a edades más tempranas se ven inmersas no solo por su consumo, sino

en la distribución y venta de sustancias psicoactivas, en particular de la cocaína; además de las consecuencias que trae el abuso de la cocaína tanto en el ámbito individual como social.

Los resultados de esta investigación orientada a conocer la efectividad de diferentes formas de intervención psicológica para el tratamiento del consumo excesivo de cocaína que se han llevado a cabo a lo largo de años pueden contribuir a fortalecer y enriquecer programas preventivos de consumo de sustancias psicoactivas, así como de utilidad para las y los profesionales de la salud mental que se dedican al trabajo psicoterapéutico.

La necesidad de identificar y fortalecer los programas preventivos para evitar el consumo de cocaína, así como de diversas sustancias dañinas para el organismo, el identificar los enfoques psicoterapéuticos y las características de estos que han demostrado efectividad constituyen un elemento básico para promover y reestablecer el comportamiento saludable y el bienestar de las personas.

Karina Jiménez e Isaías Castillo (2011) en la investigación realizada, en Tijuana-México, con personas que estaban en tratamiento por consumo excesivo de sustancias, sondearon sobre las circunstancias que originaban el consumo de metanfetaminas y de cristal/ice, y encontraron que, para algunas personas, el consumo de estas sustancias suplanta el uso de cocaína debido a que provoca efectos parecidos y es de menor costo.

Dentro de los trastornos detonados por el patrón de abuso de sustancias se encuentra: dependencia, intoxicación, síndrome de abstinencia, delirium, trastornos psicóticos, de ansiedad, sexuales o del sueño (APA, 2005).

Todas las sustancias psicoactivas tienen preeminencia de ser estudiadas y de conocer sus efectos tanto positivos como negativos, por ello, en diversos trabajos, además de señalar la necesidad de continuar con la investigación en general, se señala y promueve el conocimiento específico de cada sustancia psicoactiva para una mayor comprensión y adecuada intervención psicoterapéutica. Además, en relación a las nuevas sustancias psicoactivas se indica que si bien comparten la misma base y los mismos efectos que las SPA ya conocidas se requiere realizar estudios específicos de cada una de ellas.

Preguntas de investigación

Actualmente es posible identificar información acerca del uso de sustancias psicoactivas, casos que exponen las repercusiones de su consumo y los tratamientos que se han realizado; sin embargo, la intervención psicológica con personas dependientes que tenga un registro de efectividad a largo plazo parece ser escasa, por este motivo se buscará responder las siguientes preguntas:

De los tratamientos psicoterapéuticos para la adicción a la cocaína que se revisaron en diversas publicaciones científicas:

En los diversos tratamientos reportados ¿qué enfoque psicológico predomina?

¿Cuáles son los elementos comunes y las principales diferencias que se observan?

¿Cuáles son las técnicas empleadas con mayor frecuencia en el tratamiento de las adicciones?

¿Cuántas sesiones se emplean en el tratamiento?

¿Qué estrategias psicoterapéuticas se proponen para evitar el consumo y reincidencia del consumo? (conocimiento y control emocional, habilidades de reestructuración, autoconocimiento, resiliencia).

Clasificación de las sustancias psicoactivas (SPA)

En diciembre de 2014, la Oficina de las Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito (UNODC, 2014), reporta 541 SPA distintas, en comparación con las 126 reportadas en 2009. Este aumento dramático de nuevos tipos de drogas provocó pánico en muchos gobiernos lo que impuso presión sobre los métodos tradicionales de examen y clasificación de las drogas.

Las nuevas sustancias psicoactivas pueden desarrollarse a gran velocidad y comercializarse por redes sociales o internet; además de que, una vez que se produce una sustancia se pueden crear y comercializar variaciones, evitando el control y esquivando a las leyes. Es muy difícil, problemático y a menudo imposible, tanto para los gobiernos como para los organismos policiales, seguir el ritmo en que se crean y comercializan las drogas.

El esfuerzo conjunto por asumir el problema mundial en torno a las drogas, según Kofi Annan, ex secretario general de las Naciones Unidas se retoma en la *Guía sobre Políticas de Drogas del Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (ID PC)*, en el cual, señala que “es el resultado de toda una década de análisis y experiencias sobre el terreno; un exhaustivo compendio de buenas prácticas en materia de políticas de drogas que reflejan los tres pilares de las Naciones Unidas: paz, seguridad, desarrollo, el Estado de derecho y el respeto de los derechos humanos” (IDPC, 2016, p.3).

Glockner Rossainz (2011) analiza el libro realizado por Ingrid Serrano y Oscar Diez, llamado “Drogas y conducta”, señala las consecuencias de lo que llama “discurso ambiguo y moralista” que establece la culpabilidad y prohibición alrededor de las sustancias psicoactivas, señala la historia de estas en la humanidad e invita a la reflexión sobre este tema, sugiere que el análisis debe evitar basarse en creencias morales o prejuiciosas. En el artículo incluye el cuadro de clasificación que realizan Serrano y Diez, en el cual se presentan cinco categorías de clasificación de las sustancias psicoactivas de acuerdo al efecto que producen:

1. Depresores del sistema nervioso central,
2. Estimulantes del sistema nervioso central,
3. Narcóticos,
4. Psicodélicos o alucinógenos,
5. Marihuana; esta última no comparte todas las características que acompañan a cada categoría, por esa razón resulta en una categoría fuera de las demás (Glockner Rossainz, 2011, p. 61).

Por otra parte, Serrano Flyckt & Diez Martínez (2010), presentan la evolución de la clasificación de las sustancias psicoactivas a través del tiempo y mencionan que las drogas que no se incorporan a la categoría de psicoactivas, son las que no afectan al encéfalo ni al comportamiento y un ejemplo de ellas suelen ser los antibióticos, vitaminas, minerales por mencionar algunos (Segal, 1988 citado en Serrano Flyckt & Diez Martínez y Day, 2010, p. 53).

La clasificación de las sustancias psicoactivas generalmente se pueden basar de acuerdo a su uso clínico, estructura química, origen, lugar donde ejercen su

acción psicoactiva; por ejemplo Louise Lewin en 1924 (citado por Serrano Flyckt & Diez Martínez y Day, 2010) clasificó de acuerdo a la acción farmacológica como eufórica a la cocaína.

Serrano Flyckt & Diez Martínez y Day (2010, p. 53) señalan que, en 1992 se planteó que la forma más adecuada era clasificar una droga de acuerdo a sus efectos y usos clínicos con base en las consideraciones propuestas por Julien en aquel año, en las que se destaca que la acción psicoactiva va más allá de su actividad en el encéfalo, sus acciones pueden explicarse de acuerdo a la síntesis, distribución o vías, el metabolismo de un neurotransmisor o su acción.

Las “drogas psicoactivas” alteran las respuestas conductuales o fisiológicas que ya existen, las respuestas difieren según la dosis y son diferentes entre sí de acuerdo a su producción de tolerancia y consecuencias adversas.

Es por ello que en la última década lo más adecuado ha sido clasificarlas de acuerdo a los efectos que presenta cada sustancia psicoactiva.

La cocaína se ubica en estimulantes del sistema nervioso central, que “inhiben y reducen la función del tejido encefálico” donde al aumentar la dosis de consumo más funciones se verán afectadas.

En este trabajo se empleará el Glosario de términos de alcohol y drogas propuesto por la Organización Mundial de la Salud (1994) el DSM 5 y el CIE 10.

Definición de términos

La definición de los términos comúnmente utilizados que se presentan a continuación se realiza con base al Glosario de términos de alcohol y drogas y el CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud, el DSM - 5:

- **Abstinencia condicionada:** Síndrome de signos y síntomas parecidos a los causados por la abstinencia que a veces experimentan las personas con dependencia del alcohol o de drogas. Conforme a la teoría clásica del condicionamiento, los estímulos ambivalentes vinculados temporalmente a reacciones de abstinencia no condicionadas, se convierten en estímulos

condicionados capaces de provocar los síntomas de abstinencia. Si se presentan los estímulos sin la administración real de la sustancia, se suscita la respuesta condicionada como una reacción compensatoria parecida a la abstinencia.

En el CIE-10 la abstinencia condicionada se define como: Estado de abstinencia, grupo de síntomas de gravedad y grado de integración variables, que aparecen durante la abstinencia absoluta o relativa de una sustancia psicoactiva, luego de una fase de utilización permanente de la misma.

El comienzo y la evolución del estado de abstinencia es de duración limitada y se relacionan con el tipo y con la dosis de la sustancia psicoactiva utilizada inmediatamente antes de la suspensión o de la disminución de su consumo. El estado de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

- Abuso (drogas, alcohol, sustancias, sustancias químicas o sustancias psicoactivas) Grupo de términos de uso extendido, con varios significados. El abuso de sustancias psicoactivas se define como un modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso. Se trata de una categoría residual, siendo de elección el término “dependencia” cuando proceda.
- Abuso: por ser un término considerado ambiguo no se encuentra en el CIE-10, en este se describe en el capítulo 5 como los “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas”. Aquí se refiere como: Uso nocivo. Patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (como en los casos de hepatitis por la autoadministración de sustancias psicoactivas inyectables), o mental (por ejemplo, en los episodios de trastorno depresivo secundario a una ingestión masiva de alcohol).

- Dependencia: Aplicado al alcohol y otras drogas, el término implica la necesidad de consumir dosis repetidas de la droga...La dependencia en el DSM - 5 se define como un grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva consumiéndola a pesar de consecuencias adversas.

La dependencia psicológica o psíquica se aplica al deterioro del control (propiciando el craving o compulsión), mientras que la dependencia fisiológica o física se refiere a la tolerancia y los síntomas de abstinencia (neuroadaptación).

Dentro del CIE - 10 el Síndrome de dependencia es un conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de una sustancia en cuestión, entre los cuales se cuentan característicamente los siguientes: un poderoso deseo de tomar la droga, un deterioro de la capacidad para autocontrolar el consumo de la misma, la persistencia del uso a pesar de consecuencias dañinas, una asignación de mayor prioridad a la utilización de la droga que a otras actividades y obligaciones, un aumento de la tolerancia a la droga y, a veces, un estado de abstinencia por dependencia física. Puede haber síndromes de dependencia de una sustancia específica psicoactiva (por ejemplo, tabaco, alcohol o diazepam), de una clase de sustancia (por ejemplo, drogas opioides), o de una variedad más amplia de sustancias psicoactivas farmacológicamente diferentes.

- Droga de inicio: Primera droga consumida. Dentro del Glosario de términos de la OMS dice que se trata de una “Droga legal o ilegal que abre el camino al consumo de otra droga, considerada normalmente más problemática” (OMS, 1994, pág. 33).
- Droga de impacto: Aquella que la persona consume con más capacidad para producirle efectos negativos (problemas), ya sea en el área de la salud, familiar, legal o laboral y que es motivo principal de la demanda de tratamiento.

- Droga de uso actual: Aquella que el paciente refiere en uso al momento de la entrevista.
- Drogas de diseño o síntesis: Sustancias de estructura química semejante y parecidos efectos psicoactivos, sintetizados en laboratorios. En los centros de integración juvenil se han realizado una división en cuatro grupos:
 - a. Estimulantes
 - b. Otros
 - c. Alucinógenos como el LSD
 - d. Opioides (éxtasis)
 término utilizado a partir de los años ochenta (pp. 33,34).
- Drogas ilegales: llamadas también no médicas o duras, se definen como aquellas sustancias cuyo uso médico es nulo o no comprobado, pero se consumen para alterar intencionalmente el funcionamiento del sistema nervioso central. Dentro del Glosario de términos de la OMS se define como “En sentido estricto, la droga en sí no es ilegal, lo son su producción, su venta o su consumo en determinadas circunstancias en una determinada jurisdicción... cualquier droga o medicamento fuera de los canales legalmente permitidos” (OMS, 1994, p. 34).
 - Sustancia psicoactiva: sustancia que, cuando se ingiere, afecta a los procesos mentales, p. ej., a la cognición o la afectividad. Este término y su equivalente, sustancia psicotrópica, son las expresiones más neutras y descriptivas para referirse a todo el grupo de sustancias, legales e ilegales, de interés para la política en materia de drogas. “Psicoactivo” no implica necesariamente que produzca dependencia.
 - Estimulante: en referencia al sistema nervioso central, cualquier sustancia que activa, potencia o incrementa la actividad neuronal. También denominado psicoestimulante. Anfetaminas, cocaína, cafeína y otras xantinas, nicotina y anorexígenos sintéticos como la fenmetrazina o el metilfenidato. En dosis altas o de forma prolongada los antidepresivos, los anticolinérgicos y ciertos opiáceos tienen acciones estimulantes.
 - Síntomas de intoxicación por estimulantes: taquicardia, dilatación de pupilas, aumento de tensión arterial, hiperreflexia, sudoración, escalofríos, náuseas o

vómitos y alteraciones del comportamiento. Un uso crónico puede detonar cambios de la personalidad y de la conducta, como impulsividad, agresividad, irritabilidad y desconfianza. A veces aparece psicosis delirante completa.

Cuando dejan de tomarse después de un consumo prolongado o masivo, puede aparecer un síndrome de abstinencia, que consiste en estado de ánimo deprimido, fatiga, trastornos del sueño y aumento de las imágenes oníricas.

Dentro del CIE - 10, los trastornos mentales y del comportamiento por uso de estimulantes se subdividen en los debidos al uso de cocaína y los debidos al uso de otros estimulantes como la cafeína. Destacan las psicosis por anfetaminas y cocaína.

➤ **Psicotrópico:** sustancia química que ejerce sus efectos principales o importantes en el sistema nervioso central. Término utilizado para referirse a medicamentos como ansiolíticos, sedantes, antidepresivos, antimaníacos y neurolépticos. Así como para sustancias con elevado potencial de abuso ya que afectan el estado de ánimo, la conciencia, o ambas como lo hacen los estimulantes, alucinógenos opiáceos, sedantes/hipnóticos, el alcohol entre otros (OMS, 1994).

Criterios de clasificación de estudios clínicos:

- **Estudio clínico:** “son investigaciones en las que se incluyen personas para analizar la seguridad y la eficacia de productos, técnicas, medicamentos u otras novedades médicas o sanitarias que permitan la mejora de la salud de la población” (Instituto de Salud Carlos III, 2020, p. 1).
- **Tipos de estudios clínicos:** estudios de un caso y series de caso, estudio ecológico, estudios transversales, estudios de cohortes/casos y controles ensayos clínicos aleatorizados, revisión sistemática, metanálisis (Bonfill, 2001, p. 11).
- **Ensayos clínicos no farmacológicos:** “aquellos estudios prospectivos realizados con el fin de evaluar las intervenciones que se han aplicado en más de 2 grupos poblacionales al azar y que, por lo tanto, son comparables entre sí” (Bonfill, 2001, p. 11).

En función de la creación y divulgación de estudios clínicos:

- Ensayo clínico: existe una rama de ellos como lo son los Ensayos Clínicos Aleatorizados, que, diseñados de manera adecuada, en su ejecución otorgan mejor evidencia sobre el efecto de las intervenciones sanitarias (Cobos, 2005).
- Estudio clínico: “son investigaciones en las que se incluyen personas para analizar la seguridad y la eficacia de productos, técnicas, medicamentos u otras novedades médicas o sanitarias que permitan la mejora de la salud de la población” (Instituto de Salud Carlos III, 2020).
- Tipos de estudios clínicos: estudios de un caso y series de caso, estudio ecológico, estudios transversales, estudios de cohortes/casos y controles (controla las variables del estudio, elige a las personas en función de determinadas características, deciden la intervención que se administra y cómo se administra), ensayos clínicos aleatorizados, revisión sistemática, metanálisis.
- Ensayos clínicos no farmacológicos: “aquellos estudios prospectivos realizados con el fin de evaluar las intervenciones que se han aplicado en más de 2 grupos poblacionales al azar y que, por lo tanto, son comparables entre sí” (Bonfill, 2001, pág. 11).
- Bioética: en México la secretaria de salud, mediante la Comisión Nacional de Bioética, consolida los mecanismos institucionales para que se garantice el bienestar y respeto a los derechos de las personas que participan en investigaciones en salud y a su vez, de los procesos de revisión ética para su protección; la Comisión Nacional de Bioética también fomenta que se integren y registren los Comités de ética en investigación (Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Bioética [CONBIOÉTICA], 2018).

Capítulo II Revisión de la literatura

El Informe Mundial sobre las Drogas 2018 elaborado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC- 2018), recopila datos de la producción, el tráfico, el consumo y las consecuencias que estas sustancias tienen sobre la salud.

El registro que se tiene desde 2011 es de que una de cada seis personas adictas recibió tratamiento. “Según la OMS, en 2015 fallecieron aproximadamente 450.000 personas a consecuencia del consumo de drogas. De esas muertes, 167.750 estaban directamente relacionadas con los trastornos por consumo de drogas (principalmente sobredosis)” (UNODC, 2018, p.1) Expertos consideran que estas muertes pudieron ser prevenidas y que pueden ser consecuencia de la falta de programas que aseguren la atención, la prestación de servicios de salud y tratamientos para la drogodependencia.

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en 2012, reporta que las drogas ilícitas de mayor consumo a nivel mundial son la cannabis y los estimulantes de tipo anfetamínico, en segundo lugar, los opiáceos y con escasa diferencia le sigue la cocaína. (UNODC, 2012). Para el informe de 2018 elaborado por UNODC se señala que, en el mundo, en el 2015, el mayor consumo fue de cannabis (192 millones) seguido por consumidores de opioides (34 millones), anfetaminas y estimulantes sujetos a prescripción médica (34 millones), 21 millones consumen éxtasis, 19 millones opiáceos y 18 millones cocaína. Lo que indica que desde 2015 incremento el consumo de anfetaminas, estimulantes y éxtasis, siendo mayor al consumo de cocaína (UNEDOC, 2015, p.1).

En la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017, se registró que tanto en 2008 como en 2011 “la prevalencia reportada fue similar... la marihuana fue la sustancia ilegal de mayor consumo (1.2%), seguida por la cocaína y los estimulantes tipo anfetamínico con porcentajes similares (0.5% y 0.2% respectivamente) (ENCODAT, 2016-1017).

La población que presenta un mayor riesgo son los menores de entre 12 y 17 años, debido a su inexperiencia y a su vulnerabilidad generada además por la permanencia en contextos sociales desfavorables; por ejemplo, violencia y/o pobreza; así como por la etapa de desarrollo físico, emocional y neurocognitivo en el que se encuentra. La Organización Mundial de la Salud, en 2014 resalta la importancia de ampliar las actividades de prevención de la violencia debido a que ésta afecta la calidad de vida del ser humano.

Se ha descrito al consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA /PSA) como una actividad multifactorial, se destaca a la violencia como uno de los factores desencadenantes principales del consumo de SPA. Entre las conclusiones: “destaca las consecuencias de la violencia en la salud física, mental, sexual y reproductiva que a menudo duran toda la vida y como también contribuye a las principales causas de muerte como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y el VIH/sida” debido a que aumenta el riesgo de que se adopten comportamientos perjudiciales como una incidencia mayor de actividad sexual de riesgo, hábitos como el fumar, consumo excesivo de alcohol y de otras sustancias psicoactivas (OMS, 2014a) el uso de SPA también eleva “el riesgo de suicidio hasta 10 y 14 veces más” según la investigación realizada por Humberto Nicolini (Nicolini, 2015).

Entre las conclusiones encontradas en la literatura que responden a la necesidad de contar con elementos de prevención y disminución de la incidencia de consumo se encuentran las siguientes:

- La necesidad de investigar, conocer y compartir los métodos y las experiencias obtenidas a nivel regional sobre las nuevas sustancias psicoactivas.
- Crear sistemas de alerta y estrategias de comunicación de riesgos y directrices para la información de los efectos adversos relacionados con las SPA.
- Programas de prevención desde el ámbito familiar, en los espacios de enseñanza donde los métodos a utilizar sean eficaces y que estén basados en datos científicos.

Uno de los ejemplos es el propuesto para los consumidores adictos a opioides, que es el de *intensificar la prevención de sobredosis* con el uso de fármacos como la Naloxona (entre otros que no se mencionan) en conjunto con el

tratamiento psicosocial a largo plazo, sin indicar un tiempo específico de trabajo; se propone como herramienta la terapia cognitivo conductual y gestión de riesgos para ser aplicados ante los trastornos que surgen del consumo de estas drogas (UNODC, 2017, p.27).

Prevalencia de drogadicción en el mundo

A nivel mundial, en 2015 “los opioides eran el tipo de droga más dañina y representaban el 70 por ciento del impacto negativo en la salud asociado con los trastornos de uso de drogas en todo el mundo”, datos que prevalecen en el informe del año 2017. (UNODC, 2017). En este Informe Mundial sobre las Drogas, se destaca el consumo de opioides y el riesgo de contraer hepatitis C y VIH, poniendo a los opioides como la sustancia más perjudicial; las metanfetaminas y anfetaminas aparecen como segundas sustancias detonadoras de diversos trastornos.

Además, se señala que combinaciones como las de cocaína y opioides detonan trastornos neurológicos y pérdidas de vida. Esta situación obliga a intensificar la propagación de estos hechos/información/datos, así como proponer acciones de investigación que permitan crear programas que reporten efectividad y que sean útiles para el trabajo preventivo con las poblaciones más vulnerables. Así como el cuestionar, ¿qué se tiene que reflexionar y hacer para descubrir y practicar otras formas no invasivas? dónde canalizar, hablar, expresar y comunicar todo aquello que perpetua la conducta adictiva sea cual sea la adicción.

En este mismo informe (2017) y en anteriores UNODC (2016b) se hace mención de Nuevas Sustancias Psicoactivas y se explica que es *escasa o nula* la información científica que se tienen de ellas por lo que aún no es posible determinar y *contrarrestar* sus efectos (de este punto destaca la importancia del apoyo de los consumidores -para que con el relato de sus experiencias con estas sustancias- la decisión de consumirlas y los efectos colaterales producidos por su consumo, se obtenga información que pueda usarse en los programas de prevención, y/o tratamiento) .

Con respecto a las NSP desde el reporte del año 2013, se plantea la necesidad de “conocer y compartir los métodos y las experiencias obtenidas a nivel regional antes de plantear el establecimiento de una respuesta mundial al problema” (UNODC, 2013, p.9). En el año 2013 se explica de manera general que las “NSP es un término genérico que incluye sustancias o productos psicoactivos no reglamentados (nuevos) que tratan de imitar los efectos de drogas sujetas a fiscalización” al introducir alguna sustancia en la lista otra nueva aparece en el mercado por lo que hace difícil el estudio de su efecto a largo plazo; se comenta que el periodo de una sustancia nueva en el mercado es aproximadamente de un año ya que surgen otras más, señalan que desde fin de 2009 a mediados de 2012, las NSP se incrementaron en más de un 50% ya que pasaron de 166 a 251 (UNODC, 2013 p. 6), dentro de ese resumen se presentan algunos nombres de las catalogadas Nuevas SPA, entre otras: *Salvia divinorum*, ketamina, piperazinas, las catinonas sintéticas, las fenetilaminas.

En el informe del año 2017 se reporta un aumento rápido en el consumo de las NSP y su existencia en más de 100 países en el mundo (UNODC, 2017, p. 30). Además, se registró la necesidad de “contar con un sistema mundial de información capaz de determinar las consecuencias sanitarias de cada sustancia”.

La Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC), señala la necesidad de obtener amplia información sobre su farmacología y toxicología, así como del conocimiento de los efectos adversos agudos y crónicos de las NSP. Se expone la necesidad de crear sistemas de alerta, así como de estrategias para lograr comunicar los riesgos.

La UNODC reporta el desconocimiento que existe acerca del consumo de drogas ilícitas y pide cooperación para reunir datos e intercambiar información a nivel regional y mundial y fomentar investigaciones sobre estas sustancias. Dentro de sus conclusiones propone programas que apuntan a la prevención del consumo de drogas desde el ámbito familiar, así como en los espacios de enseñanza donde los métodos a utilizar sean eficaces y estén basados en datos científicos (UNODC, 2017, p.27).

En este informe también se hace énfasis en las consecuencias derivadas del consumo de opioides, algunas de las propuestas planteadas para hacer frente a las consecuencias del consumo excesivo, pueden ser útiles en el trabajo con policonsumidores; en el Informe Mundial sobre las drogas del año 2016 se registró que el afirmar el uso de una determinada droga es impreciso, ya que independiente de ser consumidor habitual u ocasional se presenta una tendencia al policonsumo. Para el año 2017 se reconocen riesgos mayores debido al “gran número de sustancias que circulan en el mercado y a las combinaciones que pueden utilizarse” (UNODC, 2017, p.13).

Prevalencia de drogadicción en México

La información que se presenta en el presente trabajo está recopilada y organizada por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), este es un organismo consolidado como una herramienta que permite la posibilidad de estudiar la “frecuencia y distribución” así como las consecuencias tanto fisiopatológicas, neuropsicológicas, económicas y sociales con relación al consumo de SPA. Estos datos contribuyen al conocimiento diagnóstico y epidemiológico de las adicciones en México, la información además se comparte con el Observatorio Mexicano del tabaco, alcohol y otras drogas (OMEXTAD); es importante aclarar que las fuentes principales en donde se generan los datos son llamados subsistemas (lugares de atención y servicio a las personas); estos subsistemas se refieren a los servicios de urgencias médicas, consejos tutelares para menores, centros de tratamiento y rehabilitación no gubernamentales y el servicio médico forense, como principales (Informe SISVEA, 2016. p.66).

El SISVEA reconoce que esta información sirve para el “conocimiento multidisciplinario del problema”, sin embargo, debido a la complejidad del problema señala la utilidad de agregar nuevos elementos para la recaudación de datos. Este organismo en 2016 reporta que el Sistema Médico Forense registra 11356 casos de defunciones; 8914 son masculinos, con una media de edad de 40 años o más. En

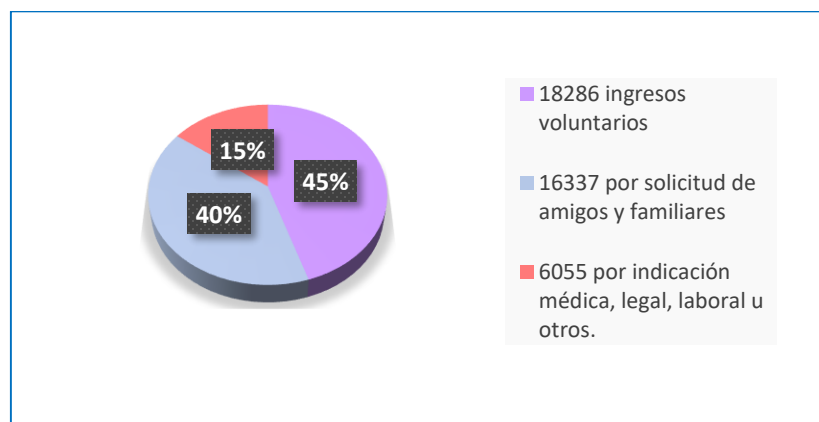
los casos de confirmación de uso de alguna SPA, el alcohol se encontró en primer lugar seguido del uso de tranquilizantes y cocaína (Informe SISVEA, 2016. pp. 65).

Situación general sobre el consumo de SPA en México

Desde 1994 a 2016 en los Centros de Tratamiento y Rehabilitación No Gubernamentales se registra una media de 40637 ingresos anualmente, de los cuales, 40548 “han regresado hasta en 10 ocasiones”, la mayoría de los ingresos han sido de manera voluntaria o por solicitud de amigos o familiares, las mujeres son quienes integran mayoritariamente los grupos de menores de 19 años y son hombres los que en su mayoría integra el grupo de 35 años o más. La figura 1 señala el tipo de ingreso a los centros de tratamiento (SISVEA, 2016, p. 14).

FIGURA 1

TIPO DE INGRESO A LOS CENTROS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN NO GUBERNAMENTALES 1994-2016



Nota: Informes Anuales del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. (2016, p. 14).

Otra información sociodemográfica es la que refiere la actividad en la que se encontraban las personas que llegaron a los servicios de atención, la cual se presenta en la Tabla 5. De acuerdo a la información reportada, es visible como la falta de posibilidades para sustentar las necesidades básicas de todo ser humano, es uno de los factores que carga a la persona de una vulnerabilidad mayor, sin embargo no es un determinante, como se sabe, el ser humano cuenta (y se pueden aprender)

con capacidades emocionales y procesos cognitivos que pueden otorgar a la persona de una creatividad para afrontar la situación y encontrar diversas soluciones, esto es relevante y muestra de la resiliencia que se tiene, y que también se puede desarrollar, por eso se invita a los profesionales de la salud y a toda persona a ser empáticos y colaborar con tolerancia, paciencia en las interacciones diarias.

La empatía y colaboración humanitaria debe estar presente hoy en día, con las consecuencias de la situación que surge a partir de COVID-19 en el país y el mundo, que repercute en la actividad laborar en muchos y distintos aspectos.

TABLA 5
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ACTIVIDAD PRINCIPAL
Centro de Tratamiento y Rehabilitación No Gubernamentales
México 1994-2016

Actividad	# de registros	%
Estudiante de tiempo completo	85384	9.1
Estudiante con actividad laboral	13518	1.4
En actividad laboral estable > 6 meses	248994	26.6
En actividad laboral inestable < 6 meses	212019	22.7
Desempleado buscando empleo	202557	21.7
Desocupado sin buscar empleo	115795	12.4
Dedicado al hogar	26463	2.8
Recibiendo pensión	6129	0.7
NS/NR*	23806	2.5
Total	934665	100.00%
* No sabe/No responde		

Nota: Informes Anuales del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. (SISVEA, 2016, p. 15).

Como se puede observar en la tabla 5, el desempleo o una actividad laboral inestable fue una característica previa al ingreso de los servicios de atención para el tratamiento y rehabilitación en caso de adicciones por SPA.

Respecto al tipo de sustancia consumida, entre las principales drogas de inicio se encuentra el alcohol, el cristal y la cocaína como las tres drogas de mayor impacto registradas, sin embargo, el reporte de las Naciones Unidas en el año 2020, informa

que el cierre de fronteras y las restricciones debido a la COVID 19 afectan la producción y traslado de sustancias como la heroína y la cocaína, lo que puede incrementar la búsqueda de sustancias sustitutas que suelen ser más perjudiciales (UNODC, 2020).

Además de las consecuencias generadas por la pandemia COVID 19, en el mismo informe, se señala que el incremento del precio de algunas sustancias psicoactivas de 2 a 6 veces su precio, así como la reducción de la pureza de las mismas puede llevar a consecuencias dañinas entre los consumidores de SPA, entre otros, el aumento del uso de sustancias vía intravenosa donde el uso compartido de los materiales para su administración promueven el contagio de enfermedades como el VIH/sida, hepatitis C y coronavirus (UNODC, 2020).

La reducción de la actividad laboral, informa las Naciones Unidas, puede afectar más a las personas con desventaja socioeconómica, dando lugar al incremento de personas que realizan actividades ilícitas relacionadas a las drogas y/o reclutamiento de las mismas, por las organizaciones de tráfico de esta, para tener un ingreso económico (UNODC, 2020).

TABLA 6 DROGAS DE INICIO Y DROGAS DE IMPACTO EN PERSONAS CENTROS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN NO GUBERNAMENTALES

Drogas de inicio			Drogas de impacto		
Sustancia	N	%	Sustancia	n	%
Alcohol	389878	41.7	Alcohol	308788	33.0
Tabaco	208559	22.3	Cristal	142061	15.2
Marihuana	178951	19.1	Cocaína	139220	14.9
Inhalables	64536	6.9	Marihuana	117681	12.6
Cocaína	39537	4.2	Heroína	93445	10
Cristal	24581	2.6	Inhalables	64207	6.9
Heroína	13236	1.4	Tabaco	31458	3.4
Tranquilizantes	6726	0.7	O. Drogas Ilegales	13868	1.5
O. Drogas Ilegales*	4512	0.5	Tranquilizantes	11075	1.2
Se desconoce	1759	0.2	Se desconoce	8217	0.9
Anfetaminas	1212	0.1	O. Drogas Médicas	2346	0.3
O. Drogas Médicas**	1178	0.1	Anfetaminas	2299	0.2
Total	934665	100	Total	934665	100

Notas: * Otras drogas ilegales: alucinógenos y otros psicotrópicos

** Otras drogas médicas: morfina, derivados barbitúricos, anticolinérgicos y antidepresivos

Nota: Informes Anuales del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. (SISVEA; 2016, p. 16).

Continuando con la revisión de la información por parte del sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones, donde la recopilación más completa se basa en la reportada en el año 2016; en la Tabla 6 se muestra que el alcohol presenta mayor incidencia como droga de inicio e impacto.

Las drogas por las que se llega a atención médica (drogas de impacto) rehabilitación o tratamiento, son el alcohol, el cristal y la cocaína con una incidencia mayor a la marihuana, heroína e inhalables; para el año 2020 con la situación debido a la pandemia por COVID 19, se modifica la actividad de traslado de sustancias como la cocaína además de que la disminución de actividad laboral promueve la sustitución de diversas sustancias por otras de menor costo.

De un total de 60582 personas registradas en el año 2016, el 49.2% (29794) informaron consumir “diariamente tres o más veces” (Informe SISVEA, 2016, p.25), la droga de impacto se identifica como aquella que provoca efectos negativos en distintos niveles como salud, familia, legales o laborales, en promedio su consumo inicia entre los 17 y 18 años de edad.

Para los hombres, en el consumo de drogas de impacto, después del consumo de alcohol le sigue el cristal, la marihuana y la cocaína. En el caso de las mujeres se registra como drogas de impacto después del alcohol, el cristal, la marihuana e inhalables (Informe SISVEA, 2016, p.30).

En México, el SISVEA en 2016 registró la vía de administración y reportó mayor prevalencia a fumar, inhalar e ingerir en un 97%. En ese mismo año de 60582 personas, 3574 hacen uso de drogas inyectables de las cuales 328 son mujeres (Informe SISVEA, 2016, p. 42).

En mayo del año 2020, la OMS declara que el consumo de tabaco incrementa la probabilidad de desarrollar síntomas graves si se contrae COVID 19 a comparación de los no fumadores, debido a que el consumo excesivo es un factor de riesgo para detonar otras enfermedades cardiovasculares, respiratorias, entre otras. La OMS resalta la necesidad de hacer estudios sistemáticos de gran calidad y éticamente aprobados, con el propósito de mejorar la salud pública e individual OMS, 2020.

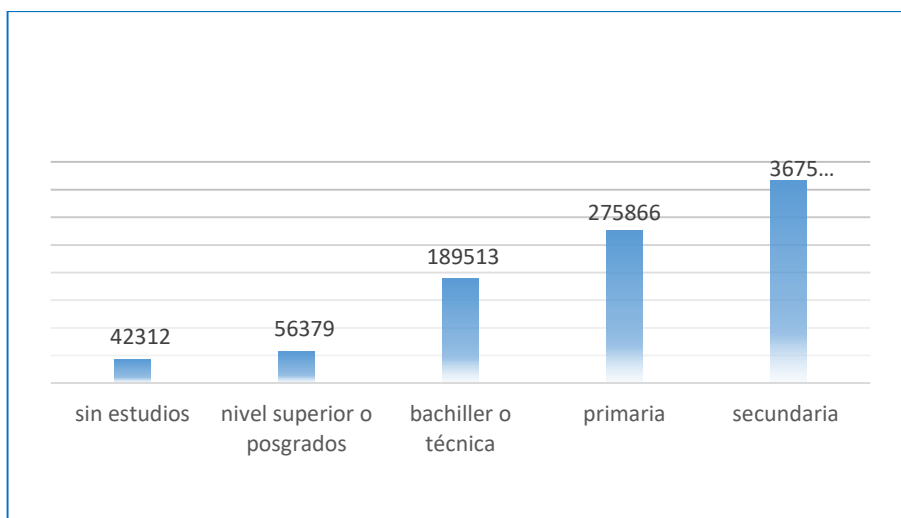
SISVEA y los Consejos Tutelares Para Menores.

Los Consejos Tutelares para Menores son instituciones públicas cuyo objetivo es “promover la readaptación social a través de medidas correctivas, de protección y vigilancia en personas menores de 18 años de edad implicados en situaciones legales” (Informe SISVEA, 2016, p. 46). El informe de SISVEA presenta los datos sociodemográficos y patrones de consumo obtenidos en los Consejos Tutelares para Menores, en dónde el personal capacitado aplica un cuestionario a cada menor ingresado por primera vez en el año.

Desde 1994, los consejos tutelares al igual que los centros no gubernamentales comparten información con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. De acuerdo con esta información es posible saber que desde el año 2001 el número de ingresos se ha incrementado, alcanzando su máximo en 2004 con 10554 registros. Después de este año inicia un descenso que para 2016 llega a 2124 registros, este descenso solo es descrito y justificado “derivado de problemas operativos en algunas entidades federativas” y no se aporta más información (p.46).

El informe se concentró en los datos que reúnen los grados escolares de quienes ingresan, a continuación, se puede ver en la tabla 7 la escolaridad de quienes ingresaron a los centros tutelares para menores:

FIGURA 1
 ESCOLARIDAD DE LAS PERSONAS QUE INGRESAN A LOS CENTROS TUTELARES



Nota: SISVEA (2016).

Se puede observar, en la figura 2, que la mayoría de los menores que ingresaron a los Centros de Rehabilitación realizaba actividad educativa; el estudio se considera un factor protector contra las actividades delictivas y adicciones, lo cual indica que sólo un factor, como en este caso el educativo, no es suficiente en algunos casos, para brindar un desarrollo integral y efectivamente protector o al menos que aleje a los menores del consumo con consecuencias graves.

Por otro lado, otra información preocupante y que en ocasiones es causa o consecuencia del consumo de drogas en los adolescentes es el embarazo precoz, como se señala en un informe de la OMS (2014b), “1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año”.

Ante las situaciones de riesgo que enfrentan los niños y adolescentes en México, UNICEF (2017) plantea que es necesario “proteger a los niños y niñas en contra de la violencia, abusos y explotación... apoyar que todos los niños y niñas puedan ir a la escuela y tengan la mejor educación... a la existencia de leyes y que las cumplan para hacer de México el mejor lugar para niños y niñas” (UNICEF, 2019).

Para el año 2020 UNICEF declara como vulneraciones a los derechos de las niñas, niños y adolescentes, a las consecuencias que surgen a partir de la crisis por COVID 19, factores como la disminución de empleos, si bien ya era un problema, ante esta situación, se ha incrementado la falta de ingresos económicos, factor de importancia para el abasto de los elementos requeridos para atender necesidades básicas.

Y en la actualidad, esto ha dado como resultado que, cubrir los requerimientos alimenticios, del hogar y pertenencia no suelen ser suficientes, ha surgido la oportunidad de reconocer la importancia de conocer y satisfacer diversas habilidades psicológicas como la comunicación asertiva, la empatía, entre otras, de acuerdo a las necesidades, habilidades y estructura de cada persona.

UNICEF informa en el año 2020 el incremento de la trata de niñas, niños y adolescentes, además de invitarnos a poner atención en que, el cierre de escuelas, así como el acceso reducido a los servicios de salud y el distanciamiento físico, en determinados casos “pueden incrementar la vulnerabilidad y exposición en la infancia y adolescencia a la violencia y otras vulneraciones a los derechos de las niñas, niños y adolescentes”, por ejemplo, acceso no supervisado a internet y redes sociales, puede resultar peligroso o bien si nos vamos a uno de los extremos en dependencia de aparatos electrónicos, redes sociales, juegos virtuales en conjunto con la desensibilización de la violencia dependiendo el videojuego (UNICEF, 2020).

Información anterior a la COVID-19 con relación al consumo de SPA la información del Consejo Tutelar aporta información útil que permite ampliar la visión al respecto.

TABLA 7
ACTIVIDAD PRINCIPAL EN LA QUE SE ENCONTRABAN LOS MENORES ANTES DE INGRESAR AL CONSEJO TUTELAR:

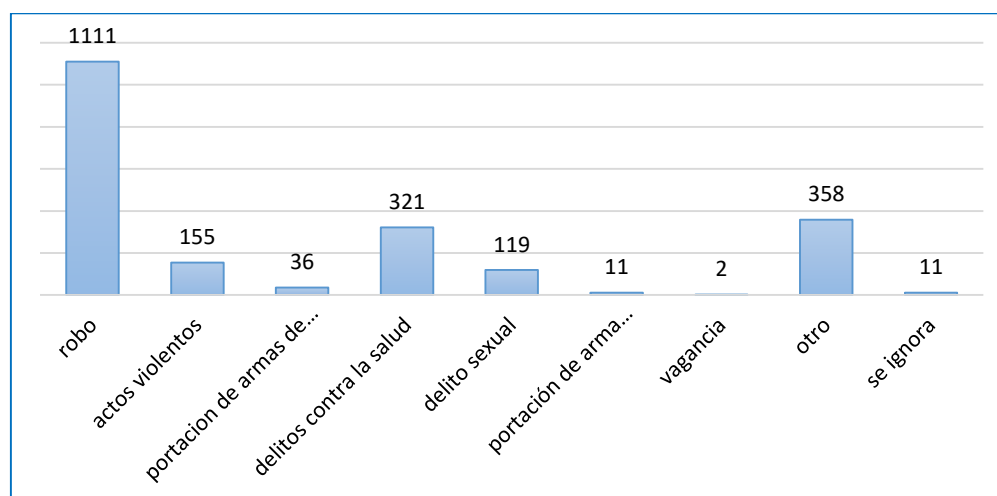
Actividad	Porcentaje	Número de personas
Con actividad laboral inestable < a 6 meses	31.0%	659
Con actividad laboral estable > a 6 meses	20.8%	442
Estudiante de tiempo completo	20.3%	431

Desocupado y no busca empleo	10.6%	226
Estudiante con actividad laboral	8.3%	176
Desempleado y busca empleo	5.6%	120
En el hogar	2.9%	62
Se ignora	0.4%	8
Total	100.00%	2124

Nota: SISVEA (2016).

Como se observa en la Tabla 7 un 20.3% de los jóvenes que fueron internados, realizaba actividad escolar como única actividad o estaba inscrito en un colegio, lo cual no es sinónimo de bienestar, se puede inferir que hay otros factores que influyen para que los jóvenes realizan actividades delictivas.

Figura 2 Motivo de ingreso al consejo tutelar año 2016



Nota: SISVEA (2016).

En la figura 3 se presenta que el robo fue el principal motivo por el cual fueron recluidos los jóvenes en el Consejo Tutelar, este constituye un 52.3% del total y los “delitos contra la salud” un 15.1% que equivale al tercer lugar del total (Informe SISVEA, 2016, p.49).

También se pudo conocer cuál es la droga de inicio con estos menores. De los menores ingresados que indicó consumir algún tipo de SPA, en su mayoría consumió habitualmente tabaco, alcohol y marihuana, que son las tres principales drogas de

inicio entre los menores de 14 años, como se ve en la tabla 8, una cuarta parte de los registrados decidieron no compartir esta información (SISVEA, 2016, p.52).

Nota: TABLA 8
DROGAS DE INICIO EN MENORES DE EDAD.

Droga de inicio	Porcentaje
Alcohol	24.20
Marihuana	19.90
Inhalables	5.20
Cocaína	0.50
Tranquilizantes	0.20
Tabaco	25
Cristal	0.10
No comparte/ se ignora	25

Elaboración propia con base en SISVEA, 2016.

El lugar donde los jóvenes consumieron SPA, así como el lugar en donde obtuvieron las sustancias se presenta en la tabla 9, en la cual se incorporan los datos de 1859 menores (SISVEA, 2016, p.52). Situación que hoy en día es completamente distinta debido a las medidas de prevención del contagio por COVID-19, y que por ahora está en proceso de ser evaluados y por lo tanto en construcción de los procesos y estructura de investigación.

TABLA 9
LUGARES DE ADQUISICIÓN Y CONSUMO DE SUSTANCIAS

Lugar donde adquieren la sustancia	Porcentaje	Lugar de consumo	Porcentaje
Se ignora	2.8%	Se desconoce	1.5%
Escuela o trabajo	0.8%	Escuela o trabajo	10.7%
Fiestas o reuniones	7%	Fiestas o reuniones	2.2%
Bar/discoteca/antro	1%	Bar/discoteca/antro	49.4%

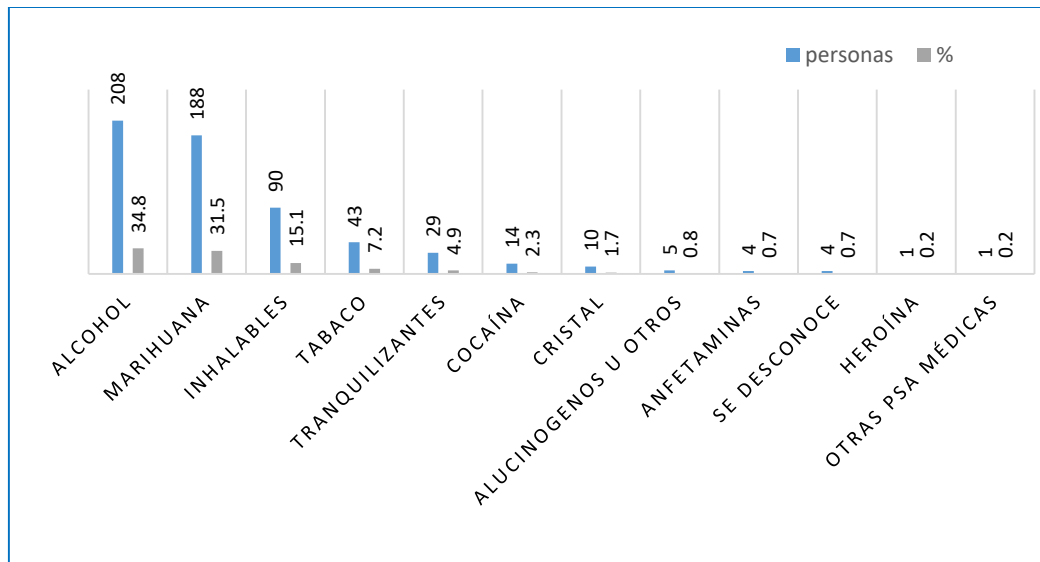
Lugar de distribución	63.4%	Vía pública	17.9%
Casa amigo o familiar	17.6%	Casa amigo o familiar	15.3%
Servicio a domicilio	3.5%	En su casa	
Tiene en su casa	3.9%		

Nota: Elaboración propia con base en SISVEA, 2016.

Para el año 2020 con las consecuencias y restricciones por las medidas de prevención para evitar la propagación de la COVID-19, esta perspectiva se ha modificado.

Anteriormente la información en los registros de investigación por parte del SISVEA (2016), indicó que, al momento de cometer un delito, más del 20% de los menores lo hizo bajo efecto de alguna SPA.

FIGURA 3
SUSTANCIA PRESENTE EN EL MOMENTO DEL ACTO DE DETENCIÓN



*otras SPA médicas hace referencia a la Morfina y derivados, barbitúricos, anticolinérgicos y antidepresivos
Nota: SISVEA (2016).

En la Figura 4, se presenta el tipo de sustancia presente en los jóvenes al momento de detención. El alcohol, así como la marihuana ocuparon el primer y

segundo lugar, seguido por los inhalables, sin embargo, en el informe no se señala si estas sustancias fueron consumidas solas o en combinación con otras.

Además, se señala que los datos registrados en el año 2016 no difieren, de años anteriores, en el tipo de sustancias consumidas por los jóvenes en el momento de su detención (SISVEA, 2016, p. 54).

Los Servicios de Urgencias Hospitalarias en México, además de integrar información sobre el perfil sociodemográfico tienen como objetivo identificar si existe relación entre alguna enfermedad o lesión externa con el consumo de SPA, se obtiene así conocimiento sobre las sustancias consumidas, la frecuencia de su uso y relación con algún padecimiento; los datos fueron recolectados durante dos semanas las cuales no coinciden con días o eventos relacionados con alguna festividad ya que este tipo de eventos suelen incrementar el consumo de algunas sustancias.

Los servicios de salud se coordinan con diferentes unidades médicas públicas y privadas con el fin de que el formato de recolección de datos se aplique a los pacientes (sin distinción) mayores de 5 años que acudan a urgencias (SISVEA, 2016, p. 56).

En el informe del año 2016, que se realiza por parte del sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones, se señaló que se evaluaron 13405 personas, donde el 57.1% corresponde a mujeres, alrededor de un 5% corresponde a menores de 14 años, además, se registró su nivel de escolaridad dando como resultado que en su mayoría las personas que asistieron contaban con primaria y secundaria.

De las 13405 cédulas de registro en los Servicios de Urgencias Hospitalarios el 3.9% (523) presentaron datos clínicos que señalaba la presencia de alguna sustancia, que en su mayoría fue el uso de alcohol, seguido de marihuana y en tercer lugar cocaína (SISVEA, 2016, p.60). Se desconoce aún la modificación que se puede presentar al respecto en el servicio médico forense durante la pandemia COVID-19.

Por último, SISVEA comparte la información recopilada dentro del Servicio Médico Forense (SEMEFO) que auxilia en la “procuración e impartición de justicia mediante la realización de estudios médicos forenses, de identificación, químico toxicológico, histopatológicos, genéticos, antropométricos, odontológicos,

dactiloscópicos, entomológicos, valoraciones psiquiátricas y psicológicas” (SISVEA, 2016, p. 60).

La colaboración de SEMEFO en SISVEA se considera importante por el conocimiento del perfil sociodemográfico y de mayor importancia la relación que pudiera existir entre la causa del fallecimiento con el consumo de sustancias psicoactivas. Se obtiene la información a través de un cuestionario con características especiales adecuadas al tipo de institución, este es llenado por el médico forense o el personal capacitado cuando el fallecido es mayor a 5 años de edad (SISVEA, 2016, p. 60).

Sin embargo, para el año 2020, las cifras de atención y servicio con la pandemia por COVID 19 no se han compartido aún, cabe resaltar la posible complicación para la realización de cuestionarios como el antes mencionado para la recopilación de datos, debido a las medidas precautorias y saturación en los servicios hospitalarios y médico forense.

Se confirmó el uso previo de alguna sustancia psicoactiva en un 8.6% de los casos recibidos dentro del sistema médico forense durante el año 2016 con lesiones de arma de fuego y accidentes automovilísticos. Las sustancias presentes en el organismo se presentan en la tabla 10:

TABLA 10
SUSTANCIA PRESENTE EN LA PERSONA FALLECIDA

Sustancia	Número de personas	%
Alcohol	649	66.6
Tranquilizantes	169	17.3
Marihuana	65	6.7
Anfetaminas	44	4.5
Cocaína	26	2.7
Otras drogas ilegales (alucinógenos y otros psicotrópicos)	16	1.6
Otras drogas médicas (morfina, barbitúrico, anticolinérgicos, antidepresivos).	3	0.3
Inhalables	2	0.2
Desconocida	1	0.1
Total	975	100

Nota: SISVEA, 2016.

El Sistema de Vigilancia

Epidemiológica para las Adicciones organiza la información especificando el número de personas con la sustancia consumida previo al fallecimiento (SISVEA, 2016, p.64).

TABLA 11
TIPO DE SUSTANCIA CONFIRMADA. SERVICIO MÉDICO FORENSE **MÉXICO 2016**

Sustancia	n	%
Alcohol	649	66.6
Marihuana	65	6.7
Inhalables	2	0.2
O. Drogas médicas	3	0.3
O. Drogas ilegales	16	1.6
Cocaína	26	2.7
Tranquilizantes	169	17.3
Anfetaminas	44	4.5
Desconocida	1	0.1
Total	975	100

Nota: SISVEA, (2016).

Es posible observar como el alcohol supera con un 66.7% a las demás sustancias, los tranquilizantes fueron la sustancia de uso previo con un 17.4%, con un 6.6% la marihuana, posteriormente las anfetaminas y la cocaína.

Con menor incidencia se presenta el grupo de la morfina, barbitúricos, anticolinérgicos y antidepresivos (drogas médicas), los inhalables y por último los alucinógenos y otros psicotrópicos (drogas ilegales).

El informe concluye compartiendo la necesidad de reforzar la cobertura de datos en todas las entidades y reconociendo como el uso excesivo de alcohol supera en los tres subsistemas su frecuencia ante otras drogas, sin dejar de lado que el uso

de inhalables es creciente en los grupos de menor edad (12-17 años) así como el consumo de alcohol en mujeres se ha incrementado (SISVEA, 2016).

Además del SISVEA otra de las herramientas para conocer la situación respecto al tema de sustancias psicoactivas en México es la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (ENA) donde para aquel año a nivel nacional se observa un aumento en el consumo de sustancias legales e ilegales por mujeres; en tanto al consumo de SPA ilegales, la marihuana se encontraba como primer sustancia de uso con un 80% del consumo total de otras sustancias y en segundo lugar la cocaína, ya que “por cada 2.4 usuarios que consumían marihuana existía 1 que consumía cocaína y 1 de cada 5 usuarios de cocaína la consumía en forma de piedra o crack” (ENA, 2011, p.56).

La última Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), se realizó en 2011, posteriormente, pasa a ser Encuesta Nacional de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) en el año 2016 con el mismo objetivo de conocer la prevalencia del consumo y sus variaciones estatales en México; se señaló que la modificación del nombre se pensó útil “para reflejar con mayor precisión sus contenidos y alcances” (ENCODAT, 2016-2017, p.1).

El instrumento fue actualizado con secciones nuevas ahora autoaplicadas con apoyo de audio en dispositivos electrónicos. La población encuestada fue de los 12 a 65 años de edad, en viviendas particulares, de los cuales 12440 adolescentes (12 a 17 años), y 44437 adultos (18 a 65 años) de un total de 55907 cuestionarios en el hogar. La información obtenida mostró un aumento en el consumo de *cualquier otra droga* (no especifica a qué hace referencia, se infiere que sea alcohol y tabaco, dentro de su glosario de términos se refiere al uso de una o más sustancias médicas e ilegales) y **marihuana**, el consumo de cocaína no registro incremento o disminución de su uso alguna vez y en el último año, de igual manera con los inhalables y su uso en adolescentes (ENCODAT, 2016-2017, p.3).

En el trabajo probabilístico realizado por ENCODAT se habla de 546 mil personas con posible dependencia y arroja que, de las “personas que presentan posible dependencia a drogas en el último año, 20.3% ha asistido a tratamiento” (ENCODAT, 2016-2017, p.1), surge la inquietud debido a que en el reporte que

realiza ENCODAT especifica que son 56877 personas a las cuales se aplicó el cuestionario pero no aparece referencia a los datos que sobrepasan la cantidad antes mencionada, por lo que se infiere pertenecen a los recopilados por el entonces ENA en 2011 ya que en un inicio en ENCODAT no se identificó a los establecimientos u organizaciones que comparten esta información, por lo que se revisó el resumen metodológico de la encuesta así como los enlaces de información que comparte CONADIC, por lo cual se observa que se basa en ENA anteriores.

Se revisa la información que en ese entonces comparte el Instituto Nacional de Salud Pública a través del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC) y de la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) quien en colaboración y trabajo del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (INPRFM), realizaron la Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Se encuentra que actualmente son la Secretaría de Salud, el INPRFM, el INSP y CONADIC, los involucrados en la recopilación de datos para ENCODAT.

Dentro del resumen metodológico se comparte que son las mismas preguntas y en el mismo orden que las usadas para ENA y que ahora fueron auto-administradas por computadora.

Prevalencia de drogadicción en Puebla

En Puebla, de acuerdo a los reportes que arrojó la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) en 2011, en base a los Centros de Atención no Gubernamentales y derivados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SISVEA); con mayor frecuencia, las drogas con las que se solicita tratamiento, son la marihuana, los inhalables y la cocaína, estas también son llamadas drogas de impacto.

Los resultados de estas estadísticas, indican la necesidad de conocer lo que se ha realizado en psicoterapia como parte de su tratamiento.

La Visión general del consumo de SPA en Puebla con base en los datos recopilados por SISVEA registró como droga de inicio en los centros de tratamiento y rehabilitación no gubernamental, al alcohol con 518 usuarios de 867 registrados, el alcohol es también sustancia de impacto en 462 casos. La tabla 12 muestra el

registro del uso de sustancias en el Estado de Puebla con base en el Informe SISVEA del año 2016.

TABLA 12
SUSTANCIAS DE INICIO E IMPACTO EN LA CIUDAD DE PUEBLA

Puebla	SPA Inicio	%	Puebla	SPA Impacto	%
Alcohol	518	59.7	Alcohol	462	53.3
Tabaco	195	22.5	Marihuana	120	13.8
Marihuana	82	9.5	Cocaína	86	9.9
Inhalables	52	6	Tabaco	57	6.6
Cocaína	11	1.3	Inhalables	57	6.6
Cristal	3	0.3	Heroína	44	5.1
Otras ilegales	2	0.2	Cristal	31	3.6
Heroína	2	0.2	Otras ilegales	6	0.7
Otras médicas	1	0.1	Anfetaminas	2	0.2
Tranquilizantes	1	0.1	Otras médicas	1	0.1
Anfetaminas	0	0	Tranquilizantes	1	0.1

Nota: SISVEA (2016).

Se puede observar que, en Puebla, el alcohol y el tabaco son las sustancias con más incidencia de consumo, el uso de la marihuana y cocaína se establecen como sustancias de impacto, la consecuencia del consumo excesivo lleva a los consumidores a los centros de servicio.

La población actual en México es mayor a 127 millones (año 2020) de personas, las evidencias de consumo pueden parecer insignificantes, sin embargo, lo que involucra y las consecuencias que existen, impacta de alguna manera en la población; también hay que considerar los casos de personas que no solicitan ayuda, como informó la UNODC. A nivel mundial una de cada seis personas que requiere ayuda solicita atención en los servicios de salud (UNODC, 2016).

Características generales de las sustancias ilegales de mayor consumo en México.

En este apartado se expone de forma breve, las características de las sustancias que la encuesta nacional de consumo de drogas, alcohol y tabaco ENCODAT 2016 registro como las de mayor consumo en México.

Opio y sus derivados naturales y sintéticos

Su nombre etimológicamente se construye a partir de griego cuyo significado es jugo, pues es el jugo lactescente que se obtiene de la planta adormidera o amapola, esta pertenece a una familia botánica de alrededor de 600 especies de *Papaveraceae* (González Carrero & González Isea, 1990, pp. 69-70). La amapola se cultiva en diferentes países, en México también se cultiva principalmente en los siguientes Estados: Sinaloa, Chihuahua, Durango, Nayarit, Jalisco, Michoacán, Guerrero, Oaxaca y Chiapas (UNODC, 2016).

Del opio se obtienen diferentes alcaloides, suelen ser utilizados para aliviar el dolor, producir sueño, también como euforizantes, analgésicos y sedantes.

Composición química

Está compuesto por numerosos alcaloides, sólo algunos son utilizados con fines terapéuticos, los principales alcaloides se observan en la tabla 13:

TABLA 13
ALCALOIDES DERIVADOS DEL OPIO

Grupo de estructuras Fenantreno	Grupo de estructuras Bencilisoquinolina
Morfina	Papaverina
Codeína	Narcotina
Tebaína	Narceína

Nota: Elaboración con base en Gonzales y Gonzales, 1990

Derivados del opio

De los alcaloides en estado natural en la planta, surgieron otros por medio de la síntesis de estos, entre otros, la heroína.

Modos de consumo del opio

El opio generalmente se consume fumado, ingerido y con menor frecuencia inyectado.

Efectos del consumo de alcaloides del opio, naturales y sintéticos.

Los medicamentos hipno-analgésicos que son los analgésicos fuertes, estupefacientes, opiáceos o los morfino-símiles, alivian y suprimen el dolor por acción en el sistema nervioso central, tienen la capacidad de inducir sueño. Algunos de sus efectos son: analgésico, induce la disminución de la motilidad gastrointestinal (estreñimiento), favorece el vómito, la sedación o sueño, deprimen la respiración, pupilas puntiformes (miosis) y farmacodependencia (González Carrero & González Isea, 1990, p. 76).

Heroína

La heroína fue preparada por primera vez a finales del siglo XIX en Londres, Wright, su descubridor, la llamo morfina tetra acetilada, con esta sustancia se pensada en reemplazar a la morfina. En 1895 Bayer produjo esta sustancia llamándola Heroína (R), terminología alemana designada a medicamentos con potencia farmacológica intensa, posteriormente se declaró altamente peligrosa debido a que produce tolerancia y dependencia psíquica y física con intensos cuadros de abstinencia; fue prohibida ya que las acciones favorables que pudiera tener se encuentran en otros medicamentos menos dañinos (González Carrero & González Isea, 1990).

La heroína (diacetylmorfina) es el opioide con mayor potencial de abuso. Se transforma con velocidad 6-monoacetylmorfina que se hidroliza a morfina, actúa en los receptores μ , κ y Δ (receptores opioides humanos: mu, kappa y delta) del sistema nervioso central; los efectos analgésicos mayores se deben a la estimulación del

primer receptor mencionado que también es responsable de la depresión respiratoria, miosis, disminución de la motilidad gastrointestinal, euforia y dependencia (Wills, Buitrago, Romero, & Soto, 2014, pp. 328,329).

Métodos de consumo

Diversas son las formas en las que se puede consumir la heroína, entre otras: inhalada en polvo y fumada; por vía parenteral (administración por vía subcutánea y por vía intravenosa). La mayoría de las dosis fatales ocurren mediante el uso de vía endovenosa provocando el síndrome toxicológico agudo, posteriormente casos menores se asocian a la inhalación y las dosis fatales por el uso intramuscular o subcutánea, debido a que la hidrólisis limita su toxicidad. La combinación con otras drogas recreativas aumenta la mortalidad. Personas con alcoholemia requieren de dosis mínima de heroína para morir, la combinación de cocaína y heroína aumenta la vasoconstricción con riesgo de isquemia (que es la detención o disminución de la detención en sangre).

TABLA 14

SÍNTOMAS DE INTOXICACIÓN, SOBREDOSIS Y ABSTINENCIA

De intoxicación crónica por opiados y derivados:	Sobredosis por opiáceos:	Síndrome de abstinencia
Respuestas exageradas a mínimos estímulos, perturbación de la consciencia y concentración, calor, dolor o prurito, frecuencia y volumen respiratorio disminuido, pupilas puntiformes (muy pequeñas), descenso de presión arterial y trastornos de ritmo cardiaco; diaforesis eritema y congestión en la piel; náuseas, vómito	Somnolencia, sueño, coma, o euforia transitoria, náusea, vómito, delirio, pérdida de sensibilidad; pupilas puntiformes (mióticas) músculos relajados, hipotermia, convulsiones; pupilas dilatadas, asfixia final. Los síntomas se reflejan a los 5 minutos por inyección intravenosa, 10 minutos por vía oral.	<i>Síntomas Físicos:</i> hipersecreción glandular (sialorrea, lagrimeo, secreción mucosa nasal y bronquial, sudoración intensa, poliuria, diarrea, vómito y pérdida de peso). <i>Síntomas de excitación motriz y sensitiva:</i> frecuentes bostezos, calambres, deambulación, hiperestesias sensitivas sensoriales, intensa excitación sexual,

anorexia, constipación o estreñimiento en aparato digestivo; disminución de la diuresis y espasmo del esfínter vesical en el aparato urinario; nutricionales, emaciación y anemia; amenorrea, impotencia o esterilidad en el ámbito sexual.	parestesias, algias, espasmos en diferentes localizaciones, midriasis, sensaciones parestésicas variables. <i>Síntomas cardiovasculares:</i> taquisfigmia, menos frecuente disfigmia; arritmia, hipotensión arterial; síncope <i>Síntomas Psicológicos:</i> inquietud, gritos, gesticulación desordenada, irritabilidad, ira, reacciones violentas, angustia y ansiedad, malestar cenestésico vago y difuso, paranoia.
---	--

Nota: González Carrero & González Isea, 1990, p. 85-89

Al tratar a una persona hospitalizada por intoxicación aguda por heroína, las disciplinas que intervienen van desde la otorrinolaringología, cardiología, toxicología, psiquiatría y posteriormente la remisión a una institución de rehabilitación para abuso de SPA (con base en el caso, compartido en la investigación realizada (Wills , Buitrago, Romero, & Soto, 2014)

Coca, cocaína y sus derivados

Composición química

El arbusto perteneciente a la especie *Erythroxylon*, tiene como principal alcaloide a la cocaína, el contenido de alcaloide varía de acuerdo con las regiones en donde se cultiva y con las diferentes variedades de la planta; solo dos se utilizan para la elaboración de la cocaína: la *Erythroxylon novogranatense* y la *Erythroxylon coca*. La primera, es conocida como la coca peruana y la segunda como coca boliviana, entre ellas, el porcentaje de alcaloide varía poco. La toxicidad de la cocaína es debida a su metabolito el benzoilecgonina un potente agonista adrenérgico directo.

Derivados de su producción:

Pasta de coca, cocaína base purificada, clorhidrato de cocaína, crack.

TABLA 15
MODOS DE CONSUMO DE LA COCAÍNA

Características	Químicas		
Pasta de coca: Se convierte a la cocaína en una forma insoluble al agua, el sólido que resulta es el sulfato o pasta cruda de coca.	Cocaína base purificada: La pasta se purifica y resulta el clorhidrato de cocaína.	Clorhidrato de cocaína: Comúnmente conocida como pasta base. <i>La solución se filtra y el clorhidrato de cocaína cristalino se retiene y se seca obteniéndose un producto de aceptable pureza, que puede llegar de un 90% a 98%, si la</i>	Crack: Se obtiene a partir del clorhidrato de cocaína añadiendo amoníaco, o bicarbonato, o carbonato sódico y agua y calentando el polvo que se precipita como resultado.

*solución orgánica
es tratada con
ácido clorhídrico
fumante. (pp.129)*

Nota: Elaboración propia con base en información de Damin, y Grau. (2015, pp. 128 y 129).

El clorhidrato de cocaína pertenece junto con las anfetaminas al grupo de drogas simpaticomiméticas y estimulantes del sistema nervioso central. Si el usuario la consume junto con alcohol etílico incrementa el riesgo de muerte súbita. Su uso puede determinarse por la orina, sangre y pelo entre 3 y 5 días después de su uso.

Historia

Desde hace siglos a la coca se le atribuyen uso médico y mágico, su uso era reservado para culto y altas jerarquías ya que fue considerada una planta sagrada que solo cultivaban los incas. Durante los primeros años de la conquista era conocida la masticación de las hojas y se comenzaba la comercialización lucrativa en la época de la colonia; se le atribuye a la poca producción de comida el aumento de masticación de las hojas para calmar el hambre, también por la sensación de fuerza que produce y para que los trabajadores resistieran en las minas, en el campo o a grandes alturas las largas jornadas laborales. En aquel entonces ya se conocían las propiedades y usos de la hoja, González Carrero y González Isea (1990), señalan que la hoja era usada para apaciguar el hambre y la sed, para adaptarse a unas condiciones de vida totalmente anormales (p. 116).

La cocaína es aislada por Wholer y Albert Niemann en el 1857 y en 1914 se decide controlar su cultivo debido a su potencial adictivo e intoxicación que provoca sus alcaloides aislados, de cualquier manera, no se ha logrado disminuir el consumo de la cocaína, solo se estigmatizó y criminalizó a los usuarios (Damin y Grau, 2015, pp.127-137,); en la actualidad es importante evitar la discriminación y estigmatización de los consumidores de esta sustancia.

TABLA 16
EFECTOS DE LA COCAÍNA EN EL ORGANISMO

Efectos clínicos por consumo agudo	Efectos clínicos por consumo crónico
<p>Entre los efectos deseados de la cocaína se encuentran: euforia y agitación. Efectos no deseados: <i>taquicardia, hipertensión arterial, midriasis, manifestándose síntomas de: ansiedad y agitación; una segunda fase de hiper estimulación se verá acompañada de convulsiones tónico clónicas generalizadas, hipertermia, náuseas, vómitos, dolor abdominal, alucinaciones, dolor precordial y arritmias cardíacas, disnea, taquiarritmias. En la tercera fase habrá depresión del SNC con pérdida de funciones vitales, dificultad respiratoria, parálisis, coma, falla cardíaca y muerte</i> La muerte puede ocurrir dentro de la primera y quinta hora.</p>	<p>Los efectos no deseados se observan por <i>la hipertonía noradrenérgica; que generará un aumento del tono simpático presentándose síntomas de excitabilidad neuronal</i> con complicaciones orgánicas. Un consumo habitual produce euforia, agitación psicomotora, anorexia, pérdida de peso, deterioro mental y alucinaciones, y la suspensión abrupta puede desencadenar un síndrome de abstinencia física y por lo tanto también psicológica.</p> <p>Se presenta tolerancia a los efectos iniciales (cuya manifestación conductual es la euforia y agitación), por lo tanto, se desencadenará la necesidad física de aumentar la dosis.</p>
Efectos clínicos por consumo agudo	Efectos clínicos por consumo crónico
<p>Efectos psicopatológicos: No se registran por la rapidez de la intoxicación.</p>	<p>Efectos psicopatológicos: la falsa seguridad que surge debido al periodo en que solo se presentan los efectos deseados, puede dar lugar al fenómeno de Kindling o encendido manifestado con un incremento de sensibilidad y respuesta de diferentes sistemas neuronales que produce ansiedad, irritabilidad e ideas paranoides.</p>

Hay una discusión debido a que si los trastornos son provocados por el consumo crónico o estos se deben a un trastorno mental previo.

Se asocia al consumo de cocaína trastornos como los episodios psicóticos paranoides, así como; episodios depresivos y maniáticos, crisis de pánico, frigidez sexual e impotencia, bulimia o anorexia nerviosa.

Efectos deseados (buscados):

incremento de energía, disminución de las necesidades fisiológicas básicas como: dormir y comer; experimentan euforia, *hiperactividad, lucidez, hipervigilancia, mayor conciencia sensorial y mayor autoconfianza, autoestima, egocentrismo y megalomanía* (trastorno narcisista, pues se trata de una creencia de superioridad o grandeza ante los demás), *sin alucinaciones o confusión cognitiva.*

Efectos negativos: entre las 12hrs. y

los 4 días posteriores al consumo surge en estado que se caracteriza por malestar general, inquietud o decaimiento.

Si el consumo es en altas dosis se puede presentar un cuadro de *desinhibición eufórica, irresponsabilidad, hipersexualidad, impulsividad, agitación psicomotriz extrema, ideación paranoide con comportamientos agresivos y alucinaciones táctiles, crisis de pánico con sensación inminente de muerte, o trastorno depresivo grave con melancolía.*

Sistema nervioso central:

intenso dolor de cabeza, euforia, confusión, agitación y alucinaciones por aumento de la acción de la dopamina en el sistema límbico. Excitación, disminución de la sensación de fatiga, temblor, convulsiones tónico clónicas, estimulación y posterior depresión de los centros respiratorios y del vómito e hipertermia por efecto directo en los centros termoreguladores y el aumento directo de la actividad muscular. Pueden presentarse convulsiones y accidentes cerebrovasculares.

Sistema nervioso central:

cefalea tipo migraña, si llegara a persistir el malestar señalan adecuado una revisión para descartar accidentes cerebrovasculares o sangrado.

Ante el uso de crack se presentan convulsiones tónico clónicas, insomnio, temblor en manos debido a la abstinencia. Poco frecuente se presenta el síndrome de hipertermia maligna que se debe a una sobre estimulación dopaminérgica que se presenta después de ingerir dosis bajas con rigidez, agitación e hipertermia (aumento de la temperatura corporal). Se presentan alteraciones del sueño, en calidad y tiempo, en etapas previas al síndrome de abstinencia e insomnio.

Efectos clínicos por consumo agudo	Efectos clínicos por consumo crónico
<p>Cardiovascular: estos dependen de la dosis: dosis baja ocasiona una disminución de la frecuencia (bradicardia), dosis mayores se presenta taquicardia, <i>hipertensión arterial, isquemia miocárdica</i> (disminución de sangre rica en oxígeno), <i>palpitaciones, disección aórtica</i> (desgarre de vaso aorta), <i>arritmias auriculares, ventriculares e infarto de miocardio</i>.</p>	<p>Cardiovascular: ante el consumo crónico se pueden presentar diferentes alteraciones como: extrasístoles auriculares, extrasístoles ventriculares, y fibrilación auricular. La cocaína produce isquemia e infarto de miocardio cuyo mecanismo es multicausal. Así como vasoespasmo, taquicardia, hipertensión y mayor necesidad de oxígeno, formación de trombos en la ingesta aguda, aterosclerosis prematura y la hipertrofia ventricular entre otros</p>
<p>Respiratorio: mediante el uso <i>inhalatorio se pueden presentar cuadros</i></p>	<p>En el consumo mediante inhalación rinitis, sinusitis, atrofia de la mucosa nasal, y</p>

asmáticos, neumotórax, hemorragia alveolar difusa, infiltrados eosinófilos recurrentes, neumomediastino (presencia de aire en el espacio del tórax entre los pulmones y alrededor del corazón), injuria aguda (padecimientos negativos en el área), hemorragia alveolar difusa (presencia de sangre en los espacios alveolares, manifiesta generalmente con hemoptisis, anemia), bronquiolitis obliterante, neumonía, quemadura de la vía aérea superior, edema pulmonar e hipertensión pulmonar. La insuficiencia respiratoria es característica de la vía endovenosa y es poco frecuente (

podría presentarse perforación del tabique nasal.

El consumo de crack se asocia con quemaduras de la mucosa orofaríngea y las cejas por inhalaciones enérgicas y por combustión de residuos del éter utilizado para la extracción de la base libre. A nivel pulmonar han existido casos de eosinofilia y neumonitis intersticial, granulomas pulmonares secundarios a impactación de partículas de talco como contaminante y edema agudo de pulmón

Oftálmico: sin toxicidad directa, pero al presentarse midriasis esta puede producir glaucoma. *El clorhidrato de cocaína en forma intraocular puede provocar ulceración corneal.*

Rabdomiólisis: Al igual que en los efectos clínicos por consumo agudo.

Aparato digestivo: *Náuseas, vómitos, diarrea y disminución del apetito.* En complicaciones graves se presenta *inflamación gastritis, úlceras y necrosis gastrointestinal, con hemorragias y perforación.*

Sistema inmunitario: efecto inmunodepresor generalizado de la respuesta celular y de la inmunidad humoral. Existen múltiples notificaciones de casos de desarrollo de infección del SNC por hongos, con mal pronóstico

La intoxicación *fulminante se debe a* la ruptura de pequeñas bolsas plásticas llenas de cocaína y que son ingeridas para su tráfico.

Efectos clínicos por consumo agudo

Efectos clínicos por consumo crónico

Rabdomiólisis: se puede observar daño muscular, por la desestructuración y

Síndrome de abstinencia a cocaína: cuando se suspende bruscamente su

necrosis posterior (patrón morfológico de la muerte patológica de un conjunto de células o de cualquier tejido en un organismo vivo) del músculo esquelético.

Puede resultar en una insuficiencia renal aguda.

consumo aparecen síntomas psicológicos, físicos y compensatorios

Dentro del ámbito psicológico se puede experimentar dificultad para concentrarse, aturdimiento, labilidad emocional con fenómenos de irritabilidad y de ansiedad, locuacidad y amnesia.

Físicamente puede surgir hipersomnia, astenia, bulimia, anhedonia, disforia y deseo de droga (craving).

No es necesario utilizar fármacos para sobre llevar el síndrome de abstinencia, pero si llegara a surgir un estado de ansiedad grave, se pueden administrar benzodiazepinas.

Embarazo, feto y recién nacido: el consumo durante el embarazo provoca la disminución *del flujo sanguíneo uterino y genera vasoconstricción placentaria;* también, *puede provocar hipertensión del embarazo, abortos espontáneos, disrupción placentaria, parto prematuro y complicaciones durante el proceso del parto.*

Efectos clínicos por consumo agudo

Teratogenicidad: se refiere a un aumento de malformaciones congénitas en los niños cuyas madres han consumido cocaína durante el embarazo, particularmente del tracto urinario, cardiovasculares, neurológicas y del sistema digestivo.

Recién nacidos: el consumo de cocaína previo a la fecundación incrementa la teratogenicidad. Una sola dosis durante el embarazo puede provocar en el recién nacido isquemia o sangrado cerebral, convulsiones, hipertensión arterial e hipotonía unilateral y probabilidad mayor de muerte súbita; con el tiempo puede presentar retraso en la adquisición y desarrollo del lenguaje, retraso cognitivo y en la memoria.

Fuente: Damin y Grau (2015, pp.127-137).

Cristal

En la investigación realizada por Jiménez y Castillo (2011), sobre las circunstancias del consumo de cristal y/o ice, en la cual participaron personas internadas en los centros de hospitalización y tratamiento en la Ciudad de Tijuana, en Baja California, que consideraban esta droga como la más problemática para su vida, otro parámetro incluyente para este trabajo fue que las personas además tenían que haberla consumido más de 5 veces por los menos 30 días previos al ingreso.

El estudio se realizó con 22 personas entre los 20 y 46 años de edad, 4 de ellos mujeres. Las personas compartieron su experiencia mediante entrevistas a profundidad focalizadas, se exploró sobre las prácticas de consumo del cristal.

En resumen, comentaron haber decidido probar el cristal inicialmente por curiosidad, o porque lo usaba su círculo de amigos o conocidos, algunos por ser más barato que la cocaína y otros por convivir y no estar solo.

Esta condición (de sentirse acompañados) deja de estar presente en personas dependientes, quienes no buscan compañía para poder drogarse y no tener que compartir. Refirieron continuar con el consumo para hacer más duraderos los efectos deseados, o para adelgazar, rendir laboralmente, para cambiar el estado de ánimo o tener relaciones sexuales más placenteras (Jiménez y Castillo, 2011).

Composición química

El cristal es derivado de sustancias como la metanfetamina y está a su vez de la anfetamina. La anfetamina o fenilisopropilamina (es un tipo de fenetilamina y su fórmula química es C₉H₁₃N) es un derivado químico de la efedrina a partir de ahí se sintetiza y se obtienen compuestos como la metanfetamina también llamada speed.

Las sustancias derivadas de la molécula de la anfetamina son clasificadas como sustancias entactógenas debido a la sensación de empatía, amor y cercanía emocional que producen, en este grupo de sustancias se clasifica al MDMA (éxtasis), MDA (Eva), MDEA (Adán), MBDB o a la propia metanfetamina (sulfato de anfetamina o speed). Las metanfetaminas son completamente sintéticas

La metanfetamina surge en 1919 y en 1938 se comercializa con el nombre de Methedrina como descongestivo nasal; su consumo aumentó como droga estimulante usado por las tropas en la Segunda Guerra Mundial; en 1971 en el congreso de Viena, se integra a las listas 2 con sustancias como la anfetamina o el metilfenidato. En la actualidad la metanfetamina es conocida como speed (clorhidrato de metanfetamina) o cristal (se refiere a la forma de base libre de metanfetamina) cuando es ingerido o inhalado; o ice si se fuma, al usarla por medio de inyección le llaman manivela; su duración es más prolongada a la de las anfetaminas.

En la elaboración del cristal y del ice se incluye gran variedad de químicos que son tóxicos a los humanos. En su investigación Jiménez, y Castillo (2011) plantean que las personas entrevistadas perciben al cristal y al ice como sustancias diferentes en cuanto a la duración de sus efectos, presentación y mercado.

Modos de consumo: En polvo, en forma de pequeños cristales incoloros.

Formas de consumo: Inhalada, fumada e inyectada; comúnmente es fumada en pipas de vidrio como con el crack de la cocaína, los residuos se vuelven a fumar. La absorción en el organismo es más rápida se agiliza y brinda un efecto mayor en menos tiempo cuando se fuma, cuando se inhala no sucede así por lo que sus usuarios pueden creer que tendrán menos afectaciones, sin embargo, el daño en fosas nasales existe.

Efectos: Tiene una reacción inmediata que llaman rush con duración de minutos, se le describe como un efecto demasiado placentero también conocido como “luna de miel” además de ser señalado como un periodo muy productivo, se experimenta ausencia de sueño, estado de alerta, disminución de fatiga, aumento de la frecuencia respiratoria, hipertermia, reducción del apetito, mejoría del estado de ánimo, mayor iniciativa, autoconfianza y capacidad de concentración; Beebe y Walley, en 1995, describen que en ocasiones se presenta un estado de euforia, incremento de la actividad motora (lapsos de mucha energía) y habla rápida, en el mismo año Brailowsky expuso que se experimentaba mejora en el rendimiento de las tareas mentales sencillas pero a pesar de que las personas pueden trabajar más tienden a cometer más errores (tomado de Jiménez Silvestre & Castillo Franco, 2011).

Forma de administración: la preparación y uso suele ser similar al consumo de la cocaína y el crack, también pueden usar un foco para su consumo (peligroso debido a los residuos del vidrio que pueden estar presentes). Su efecto produce en el sistema nervioso central la liberación de dopamina, manifestándose en un estado anímico agradable, estimula la motilidad intestinal.

Abuso crónico: puede desencadenar un comportamiento psicótico caracterizado por paranoia intensa, alucinaciones visuales y auditivas, comportamiento violento, fatiga y confusión; es probable que pueda sufrir un ataque cardíaco o una hemorragia cerebral. Al ser un estimulante del SNC generalmente se asocia a modificaciones de estructura y funcionamiento del cerebro con compromiso de la memoria, el razonamiento, la coordinación motriz y posible deterioro de dientes.

Síndrome de abstinencia: los síntomas que pueden experimentar son: irritabilidad, depresión severa, ansiedad, fatiga, paranoia con tendencia suicida u homicida, delirios (sensación de insectos caminando bajo la piel, lo cual provoca que se “rasque” hasta lesionarse), comportamientos violentos y un deseo intenso por la droga (Jiménez Silvestre & Castillo Franco, 2011, p. 157).

El conocimiento de esta información invita a generar intervenciones que involucren tolerancia a la frustración, y resiliencia y autoconcepto.

Inhalables

En 2016, Martínez, Sánchez, Vázquez y Tiburcio, realizaron una investigación con el interés de conocer la situación en México sobre el consumo de solventes inhalables, hicieron una búsqueda bibliográfica de artículos publicados entre 1970 y 2014. El propósito de su investigación fue reunir el conocimiento sobre los solventes inhalables, sus consecuencias, alternativas de prevención y el tratamiento en México durante los últimos 40 años.

Se incluyeron las publicaciones del archivo histórico de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, de la revista Salud Mental, Elsevier, Medline y Scielo México.

Las evidencias encontradas por Martínez et al., (2016) señalan que a nivel internacional el uso de solventes para inhalar es una práctica frecuente en jóvenes de diferentes partes del mundo. En México, durante los años de 1970 y 1980 la marihuana y los inhalables fueron las principales drogas de consumo en el país después del alcohol y el tabaco, las investigaciones y publicaciones sobre los inhalables disminuyeron por el creciente uso de la cocaína, sin embargo, aunque con menos preferencia el uso de inhalables permanece.

En su trabajo describen que la población de mayor riesgo incluye a grupos marginados, bandas juveniles, niños que trabajan o andan en las calles, adultos y menores en los centros de detención, sexoservidoras, estudiantes y población en general debido a la facilidad con que se adquieren estos productos (Martínez et al., 2016).

En el informe de SISVEA (2016) dentro de los Consejos Tutelares, los inhalables aparecen como tercera sustancia psicoactiva tanto como droga de inicio de impacto y dentro de los centros de rehabilitación y tratamiento no gubernamentales aparece en tercera posición por frecuencia de uso como droga de inicio.

TABLA 17

CARACTERÍSTICAS DE LOS INHALABLES Y RESULTADOS DEL ESTUDIO DE SU CONSUMO EN MÉXICO CON BASE EN LAS INVESTIGACIONES REALIZADAS EN EL PAÍS DURANTE 4 DÉCADAS

En el grupo de solventes industriales o domésticos inhalables:	los que se consumen con mayor frecuencia son los solventes o adelgazadores de pintura (thinner), los solventes de los pegamentos (Resistol 5000 o pegamento amarillo, UHU o Duco), <i>sprays</i> , o aerosoles para la industria o domésticos entre otros. Según estudios es la casa es el principal lugar donde se obtiene el producto y comúnmente puede ser ofrecido por un familiar o amigo, o bien son regalados o vendidos fuera del colegio.
Características de los consumidores:	Frecuentemente, el consumo inicia entre los 9 y 15 años de edad y son más susceptibles aquellos que pertenecen a una banda o colectivo callejero, el trabajo o residencia comúnmente se encuentra en zonas modestas; o que tienen un familiar consumidor, con familiares con problemas por abuso de alcohol. Se ha registrado que la mayoría de quienes inhalan son varones, en 2012 en la población femenina se reportó el consumo de inhalables como tercera droga de preferencia.
Entre los factores que permean para el consumo continuo de inhalables son:	adversidades, violencia, abuso sexual y la falta de programas de prevención. Las niñas en situación de calle inician su consumo ahí mismo, tienen (como en el caso de consumo con otras sustancias) relaciones sexuales sin protección y continúan consumiendo durante el embarazo.
Consecuencias:	los solventes involucran un mecanismo de acción que afecta los mecanismos de neurotransmisión; lo que ocasiona problemas a nivel neuronal que repercuten en funciones cognitivas como bajo rendimiento escolar, conductas delictivas o deterioro del funcionamiento mental. Quienes inhalan thinner presentan una disminución en la transmisión sensorial, de tipo somatosensorial, alteración de la vía auditiva, sensibilidad del nistagmo optocinético como

marcador precoz del uso de solventes, daño cerebral, coeficiente intelectual bajo, déficit en la formación de conceptos, abstracción, atención, seguimiento de secuencias, análisis y síntesis; insomnio, alteración ultradiana; alucinaciones, ilusiones, cambios en la percepción visual, somática, auditiva y táctil; acidosis metabólica severa y acidosis tubular renal.

Tratamiento: respecto al tratamiento e intervención psicoterapéutica la literatura es escasa en México, de los trabajos revisados por Martínez, Sánchez et al (2016), en el ámbito farmacológico señalaron que la carbamazepina y el haloperidol reducen la severidad de las alucinaciones que surgen; el único trabajo mencionado sobre tratamiento efectivo data del año 1985 de Angeles Mata Mendoza y Leticia Echeverría San Vicente quienes realizaron un estudio para evaluar la efectividad de tres tipos de tratamiento y encontraron que el “tratamiento combinado” ayudó a reducir en mayor medida el consumo (del 100% al 16.7%) (Mata y Echeverría, 1985, p. 77).

Nota: Martínez, Sánchez, et al., 2016

En el consumo de inhalables el grupo con más alto riesgo, son los menores de 14 años. Martínez, Sánchez, Vázquez y Tiburcio en el año 2016, describen que los programas existentes son pocos y de esos pocos, el seguimiento es escaso y no han sido evaluados.

Cuando escriben que el tratamiento combinado analizado en el año de 1985 ha sido el único al menos hasta hace 4 años en tener registrada efectividad, es relevante revisar y compartir aquella investigación.

A continuación, se describe a grandes rasgos el método de aquel programa de tratamiento:

En 1983 en un centro comunitario canalizados por DIF en la Ciudad de México, se seleccionaron 60 personas farmacodependientes con quienes se formaron 4 grupos, tres experimentales y uno sin tratamiento, cada uno conformado

por 15 personas, una de las alternativas de tratamiento que se creó fue la de largo plazo por su duración de 8 meses, el tratamiento a corto plazo duraba un mes y el tratamiento combinado como tercera alternativa duraba 9 meses. (Mata Mendoza & Echeverría San Vicente, 1985)

A continuación, en la tabla 18, se presentan las características y estructura de un tratamiento registrado con efectividad.

TABLA 18

CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN CON PERSONAS FARMACODEPENDIENTES EN MÉXICO EN EL AÑO DE 1985

Primera alternativa de tratamiento	Segunda alternativa de tratamiento
<i>Tratamiento a largo plazo (8 meses).</i>	<i>Tratamiento a corto plazo (1 mes).</i>
Diseñado en 1979	Diseñado en 1982
Objetivo: rehabilitación de farmacodependientes que tienen entre 7 y 25 años de edad, a través de establecer conductas y habilidades socialmente deseables para hacer incompatible el uso de drogas.	Objetivo: lograr la abstinencia a las drogas en el menor tiempo.
Regularización académica en las materias escolares para que obtenga su certificado de primaria o secundaria	Terapia aversiva verbal asociar estímulos desagradables al consumo.
Orientación vocacional-laboral, remitiendo a la institución educativa adecuada, así como entrenamiento en habilidades para conseguir y mantener una actividad laboral asalariada.	Terapia de relajación para suprimir los efectos desagradables de la terapia aversiva, también para enseñar este recurso como alternativa al consumo de drogas.
Consejo psicológico individual y familiar con el propósito de enseñar estrategias para la solución de problemas personales, familiares y sociales	Consejo psicológico individual para desarrollar el autocontrol e identificar las situaciones antecesoras al consumo y se centra en el abuso de drogas como problema.

Actividades deportivas y recreativas para enseñar a utilizar el tiempo libre, también motivarle a asistir y concluir el tratamiento.

Tercera alternativa de tratamiento: *Tratamiento combinado* (9 meses) está integrado por la combinación de los dos tratamientos mencionados

Nota: Tomado de Rehabilitación de niños y jóvenes farmacodependientes a través de un programa comunitario de consulta externa, por A. Mata Mendoza y L. Echeverría San Vicente, pp. 73-80

Del análisis de los resultados logrados con los tres tipos de tratamiento – al largo plazo; a corto plazo; y combinado se concluye que el más afectivo parece ser el combinado, el cual reportó menor deserción al programa y menor reincidencia a las drogas. Además, señalan en esta investigación la utilidad de poder comparar los resultados obtenidos con diversos programas de rehabilitación.

Marihuana

La marihuana se ha cultivado desde tiempos remotos para diferentes usos como fibra textil, extracción del aceite de sus semillas con fines medicinales y para uso espiritual y/o religioso, “sus efectos agudos se caracterizan por euforia relajación e intensificación de las experiencias sensoriales ordinarias” (Rodríguez, 2012, p.247).

El delta-9-tetrahidrocannabinol es la sustancia psicoactiva, las personas que la usan pueden experimentar mareo, alteración del control motor y alteración de la función cognitiva, puede afectar la capacidad de conducir y en niños detonar depresión respiratoria, taquicardia y coma (OMS, 2019).

Química

Según lo señalado por Rodríguez, R. (2012) “la planta contiene más de 400 productos químicos (mono y sesquiterpenos, azúcares, hidrocarburos, esteroides, flavonoides, compuestos nitrogenados y aminoácidos), cuenta con más de 60 fitocannabinoides (Covarrubias, 2019), siendo el Δ 9-tetrahidrocannabinol (Δ 9-THC) el psicoestimulante más abundante. La concentración de Δ 9-THC varía ampliamente entre plantas de distinto origen” (Rodríguez, 2012, p.248).

La modificación mediante el cultivo y técnicas de mezclado compartió Rodríguez (2012), incrementaron el concentrado de THC, en los años 60's un cigarrillo contenía 10mg de esa sustancia y para dos mil doce el concentrado en un cigarrillo de marihuana superaba los 150mg, es por ello que sugieren es importante tomar en cuenta las actualizaciones sobre los efectos en esta y otras sustancias.

Formas de consumo

Su forma más común es inhalada (cigarrillo, pipas o pipas de agua), ingerida en pastelillos, con mantequilla e incluso dulces. En ENA 2008 fue la droga de mayor consumo en México, y que las personas entre los 12 y 17 años son quienes están en mayor riesgo de consumirla.

La marihuana al ser inhalada llega a los pulmones y como sus componentes son liposolubles atraviesan las membranas celulares.

TABLA 19

EFECTOS DE LA MARIHUANA EN EL ORGANISMO

Covarrubias (2019) comparte que los grupos de componentes químicos presentes son el THC y cannabinoides CBNS, el primero es el componente psicoactivo de la planta, los segundos no tienen efectos psicoactivos y cuentan con propiedades antiinflamatorias y analgésicas. Dependiendo de la cantidad de THC se altera el ritmo cardíaco, este se eleva, se ha asociado el riesgo de incrementar la posibilidad de infarto al miocardio con el consumo de marihuana, así como el riesgo de accidente cerebrovascular tipo isquémico sin conclusiones determinantes al respecto, pues aún no hay relación directa entre el consumo y estas situaciones.

Nota: Covarrubias (2019)

En México se realizó un estudio para la medición de drogas ilícitas en aguas residuales de algunas cárceles y planteles educativos, unidades de tratamiento en adicciones y de readaptación social así como en plantas de tratamiento de aguas residuales en distintos estados del país, los autores describen que no se trata de un estado conclusivo del consumo ni una representación nacional; se trata de una aproximación del consumo de drogas en la zona y se plantea puede ser útil para un

monitoreo de los cambios temporales del consumo y evaluar así su impacto (Cruz Cruz et al, 2019).

Con esta técnica Cruz, et al., (2019) pudieron identificar 8 de 9 metabolitos de drogas, además de metabolitos de sustancias como la marihuana, cocaína y morfina (que se asocia al uso clínico terapéutico) también aparecieron la benzoilecgonina derivado de la cocaína, así como anfetaminas y metanfetaminas; por ello se han agregado aquí sus características:

Derivado de un grupo de plantas conocidas como MA-Huang (González Carrero & González Isea, 1990) o *Catha edulis* esta planta fue antiguamente utilizada para tratar el asma (Robledo, 2008), de esta proviene la efedrina, en 1887 se sintetiza 1-fenil-2-aminopropanol observando propiedades farmacológicas simpaticomiméticos y con una capacidad mayor para la estimulación del sistema nervioso central, mejor conocida como anfetamina (González Carrero & González Isea, 1990, p. 134).

Anfetaminas

La Comisión Nacional contra las Adicciones y la Secretaría de Salud tienen en acceso libre al público el *Informe Ejecutivo del análisis del consumo de sustancias en México*, en este documento se describen las Generalidades de los Estimulantes de tipo Anfetamínico.

Por ello solo se describirá su acción en el organismo humano brevemente, que es la liberación de dopamina en el espacio intersináptico de las vías de recompensa cerebrales su estímulo placentero e invita a la conducta repetida de su consumo (CONADIC, 2020).

Derivados anfetamínico 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA, éxtasis) y otros derivados de la anfetamina son tóxicos al cerebro de distintas especies animales, en el caso del MDMA en el mono ardilla con la administración repetida de la sustancia, continuaron mostrando “disminución de la densidad de terminales serotoninérgicos en la corteza prefrontal, el núcleo caudado y el hipocampo 18

meses e incluso 7 años después”, por ello se piensa es un indicativo de lo que ocurre en seres humanos (Colado, 2008).

Metanfetaminas, esta sustancia dentro de la Ley General de Salud es considerada legal, ya que está clasificada dentro del Grupo 2 correspondiente a las sustancias con algún valor terapéutico; se comenta que dentro de los programas nacionales contra la farmacodependencia existen estrategias enfocadas en los Centros de Integración Juvenil y algunos Consejos Estatales contra las Adicciones (CONADIC, 2020).

Existe mucha información acerca de las sustancias psicoactivas más conocidas en páginas web gubernamentales, no gubernamentales, académicas, de ocio y en diferentes redes sociales.

Promover una actitud de respeto hacia las personas que deciden hacer uso de distintas sustancias y lograr aportar una alternativa catalizadora de emociones o bien activadora de ellas, en su particular caso, que promuevan el incremento del bienestar de acuerdo a las características de la persona, impulsando el desarrollo de sus habilidades dentro de la participación en distintas actividades, generar nuevas experiencias de vida y reconocer su redes de apoyo, así como enriquecer el contexto social abriendo una nueva posibilidad y alternativas de comportamiento, enriquecer la cultura y retomar practicas nobles de nuestros antepasados que fortalezcan nuestro autoconcepto; aspectos emocionales, físicos, sociales y psicológicos e involucrarse con la naturaleza y sus bondades para el cultivo y cosecha de alimentos puede ser una alternativa que se introduce en el tratamiento de prevención de recaídas, así como en la prevención del consumo abusivo con consecuencias de dependencia que detonen en alteraciones de difícil reversión.

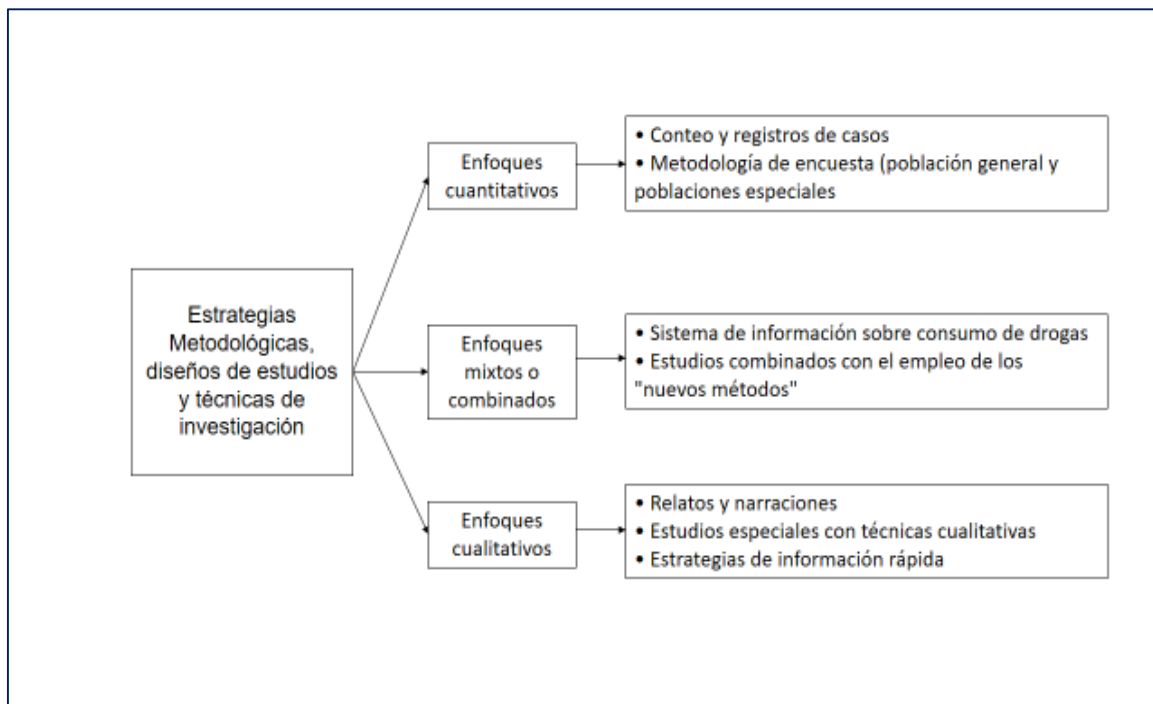
Enfoques dentro de la investigación en la práctica clínica

A continuación, se revisan los enfoques de investigación más utilizados en la práctica clínica con personas dependientes a la cocaína.

Linares y Cravioto (2003) identifican los distintos enfoques y estrategias metodológicas utilizados para la investigación sobre el consumo de drogas en México.

FIGURA 4

PRINCIPALES ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS, DISEÑOS DE ESTUDIO Y TÉCNICAS DE



INVESTIGACIÓN RELACIONADAS CON EL ESTUDIO DEL CONSUMO DE DROGAS.

Nota. Tomado de *Principales enfoques y estrategias metodológicas empleados en la investigación del consumo de drogas: la experiencia en México* (p.1) por N. Linares y P. Cravioto (2003)

Así pues, es importante tener presente que, para toda investigación que implique un impacto en la vida de las personas, se debe tomar en cuenta entre otros criterios, las consideraciones bioéticas que no son reglas o políticas, sino una estructura u orientación para la evaluación de problemas y determinar la manera más apropiada las acciones a llevar basada en la Declaración de Helsinki (Comisión Nacional de Bioética, s/f),

Los elementos de una investigación sistemática que los Comités éticos de investigación evalúan son los siguientes:

TABLA 20

ELEMENTOS ÉTICOS PARA LA EVALUACIÓN DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN DESDE LA BIOÉTICA:

-
- Valor científico: el propósito del comité es promover y asegurarse del valor ético de las investigaciones, esta revisión cuando se trata de seres humanos, además de ser científico, debe ser social, de esta manera, consolidar una mejora en la salud o bienestar de las personas, probar una hipótesis que pueda generar información importante acerca de la estructura de los sistemas biológico humanos o bien, su función, aún sin tener inmediatas aplicaciones. "El valor social es un requisito ético que asegura el uso responsable de recursos limitados y evita la explotación" (SS, CONBIOETICA, 2018, p. 28).
 - Pertenencia científica en el diseño y conducción del estudio: bases científicas solidas evitando el daño o riesgos mayores a las personas que participan.
 - Criterios de selección de los participantes: equidad en la identificación y selección de los sujetos independientemente de la edad, sexo, grupo socioeconómico y cultura, solo una razón científica o de riesgo que restrinjan a la persona para participar como sujeto de investigación, limitarán su oportunidad de participar.
 - Proporcionalidad en los riesgos y beneficios: "El riesgo se define como la combinación de la probabilidad de que se produzca un evento con consecuencia negativas. En la investigación el grado de riesgo y beneficio es incierto y en el caso de la investigación con seres humanos solamente puede justificarse cuando: 1. Los riesgos potenciales se minimizan; 2 Los posibles beneficios para los participantes de manera individual o para la sociedad se maximizan; y 3. Los posibles beneficios son proporcionales o exceden a los riesgos anticipados (Reglamento de Investigación, artículo 15)" (SS y CONBIOÉTICA, 2018, p. 28)
 - Evaluación Independiente: posibles conflictos de interés para la aprobación de un protocolo, se reduce al mínimo al ser una evaluación independiente, así como ser revisada por expertos que no estén involucrados en el estudio.
 - Respeto a los participantes: proteger la privacidad de los participantes de la investigación es importante, así como ofrecerles el poder retirarse del estudio y asegurar que están siendo evaluados de manera continua durante el estudio.

- Consentimiento informado: este es un proceso en el que, después de la información acerca del estudio y sus implicaciones, la persona tiene el derecho de decidir voluntariamente si participa o no. Este es registrado en un documento, firmado y fechado, se divide en dos partes: primero se da la información acerca del estudio de investigación y segundo, formalmente la persona acepta firmar y participar.

Nota. Elaboración propia con base en la Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación 2018 (Secretaría de Salud, CONBIOÉTICA, 2018).

En la investigación clínica respecto al tratamiento de la dependencia a sustancias psicoactivas, son distintos los enfoques utilizados, pues se han desarrollado varias modalidades y orientaciones psicoterapéuticas a lo largo de la historia, partiendo de las situaciones individuales, que reciben su propio impacto de acuerdo a la condición social, cultural, histórica y geográfica.

Víctor Fernández define “Psicoterapia es el conjunto de procedimientos psicológicos sistematizados que tienen como fin la solución de problemas, para las personas que no los han podido resolver por sí mismas” (Fernández, V., 1991, p.7). Enfatiza la necesidad de preparación y actualización de la o el profesional en el conocimiento psicológico, derivado de diversas escuelas de psicoterapia y que ha probado su eficacia en la práctica, lo cual le permitirá diseñar una estrategia de intervención de acuerdo al problema planteado por la persona que consulta.

Feixas y Miró (1993) reunieron distintas definiciones psicoterapia de donde se tomo a la tarea de reflexionar y construir de la siguiente manera el concepto de psicoterapia:

La psicoterapia, hace uso de técnicas (procedimientos o recursos que velan por la integridad y valor humano) para el tratamiento de las distintas dificultades y problemas que una persona con probable agotamiento mental y disminuido nivel de resiliencia, requiere para adaptarse y reconocer nuevas maneras de afrontamiento, independientemente de los síntomas, comportamientos, tiempo y tipo de tratamiento u orientación teórica del psicoterapeuta.

La palabra psicoterapia es exclusiva de la práctica profesional donde el impacto surge a partir de la interacción entre la persona capacitada y autorizada para brindar el servicio psicoterapéutico, mediante un proceso de diálogo y comunicación verbal y no verbal, con la o las personas que acuden a solicitar ayuda u orientación, se crea un proceso estructurado de interacción, para producir cambios en los niveles que conforman un estado saludable o no, de la persona en particular (psicológico, emocional y conductual) y enfrentar de forma responsablemente natural, activa y asertivamente el contexto biopsicosocial.

El proceso psicoterapéutico no implica la administración farmacológica o quirúrgica, estas implicaciones pueden ser trabajadas en acompañamiento de la psicoterapia. La labor de un psicoterapeuta como dijo Mahoney en el año 1991, puede resultar en una alianza segura, estable y cariñosa en la cual y desde la cual, la persona puede explorar por medio de rituales estandarizados, formas pasadas, presentes y posibles de experimentarse a sí mismo, a su entorno y el mundo, con sus relaciones dinámicas (Feixas & Miró, 1993, p. 15).

Entre los propósitos particulares que pueden plantearse en psicoterapia, esta promueve, como lo dijo Wolberg (1977), eliminar o paliar (disminuir) los síntomas existentes, modificar las creencias negativas y promover el desarrollo óptimo de la personalidad (Feixas & Miró, 1993, p. 15).

La psicoterapia, debe tener bases científicas ya sea que se aplique de manera individual, en pareja, familia o grupo, teniendo el propósito de detectar conflictos inconscientes o experiencias negativas para así alcanzar un conocimiento profundo de su estado y mejorar su relación con la realidad (Feixas & Miró, 1993, p. 15).

Activando una toma consciente de decisiones en beneficio de su bienestar ante cada evento que detone un impacto para la persona, la persona debe saberse y conocerse capaz y segura de la importancia de sus decisiones y la responsabilidad de generar un cambio significativo para sí mismo y reconocer que este cambio tiene que ver solo consigo misma(o); la creación de diversas soluciones y el acercamiento a su red de apoyo es importante.

Por ello nuevamente, se hace un llamado a la empatía y solidaridad, no se trata de solucionar dificultades ajenas, sino de alentar e incrementar el significado

estimulante que la persona se ha construido, confiar en quién confía en sí mismo, celebrar y alegrarse de las decisiones y logros ajenos. Así como la divulgación del conocimiento puede generar cambios significativos para la ciencia y en la vida de las personas, la divulgación de las actitudes entusiastas en, creadoras, solidarias, empáticas, responsables, donde de lo menos surge lo más, es trascendental.

Modelos

Dentro de la llamada: Serie técnica de tratamiento y rehabilitación de los Centros de Integración Juvenil (2009), se expone, cómo en el año de 1977 Engel desde la medicina propuso el Modelo de Atención Biopsicosocial, que tiene relación con la teoría general de los sistemas de L. Von Bertalaffy que a su vez se relacionó con los supuestos del paradigma de la complejidad que hace referencia a la diversidad de eventos, acciones, retroacciones y determinaciones que constituyen el mundo.

En este texto, se explica, como Vargas, Alonso y Carrió, explican los principales elementos del Modelo Biopsicosocial (Huerta Lozano et al., 2016, p. 10).

TABLA 21
ELEMENTOS DEL MODELO BIOPSICOSOCIAL

➤ Multidimensional y multicausal	➤ Multidisciplina-interdisciplina	➤ Proceso salud-enfermedad
➤ Sujeto-objeto	➤ Indeterminación e incertidumbre	➤ Modelo centrado en el paciente
➤ Relación médico-paciente	➤ Diagnóstico contextualizado	➤ Tratamiento

Nota: Elaborado con base en *Guía de Intervención Clínica para Terapia Individual*, por F. Huerta Lozano, L. Gaona Márquez, M. Hernández Delgado, V. Ortiz Gonzáles, J. Rivas Alvarado (2016, p. 23).

El modelo biopsicosocial otorga un marco de referencia holístico para así comprender como el impacto de distintas circunstancias como en este caso es la

dependencia a sustancias psicoactivas, se refleja en las dimensiones biológica, psicológica y social, donde cualquier cambio que surja en alguna de estas dimensiones afecta a las demás.

En este modelo se plantea que la vulnerabilidad incrementa la repetición de patrones de dependencia a sustancias si estos están presentes en el entorno y genética de una persona, como resultado de esta idea, es importante, tomar la postura de que la oferta de servicio debe ser integral y estar encaminada a tratar cada área en particular (Huerta Lozano et al., 2016, p.17).

Sin embargo, la epigenética nos dice que es posible modificar la activación de información o no, de los posibles genes detonadores de determinadas reacciones fisiológicas (Canal Casa de América, 2019, 19min-22min).

Dentro del modelo biopsicosocial, la dependencia a sustancias psicoactivas es una compleja interacción entre los distintos factores biológicos, psicológicos, y sociales, donde el propósito del servicio, dentro de la dimensión biológica, es comprender y atender las consecuencias fisiopatológicas del consumo crónico, y restablecer la función óptima, disminuir los efectos que causan los síntomas de enfermedad o detener su avance si aún es reversible, en todo el sistema orgánico y por ende disminuir el síndrome de abstinencia, así como proporcionar en atención a las necesidades y características personales, el tratamiento fisioterapéutico oportuno y/o adecuado (Huerta Lozano et al., 2016).

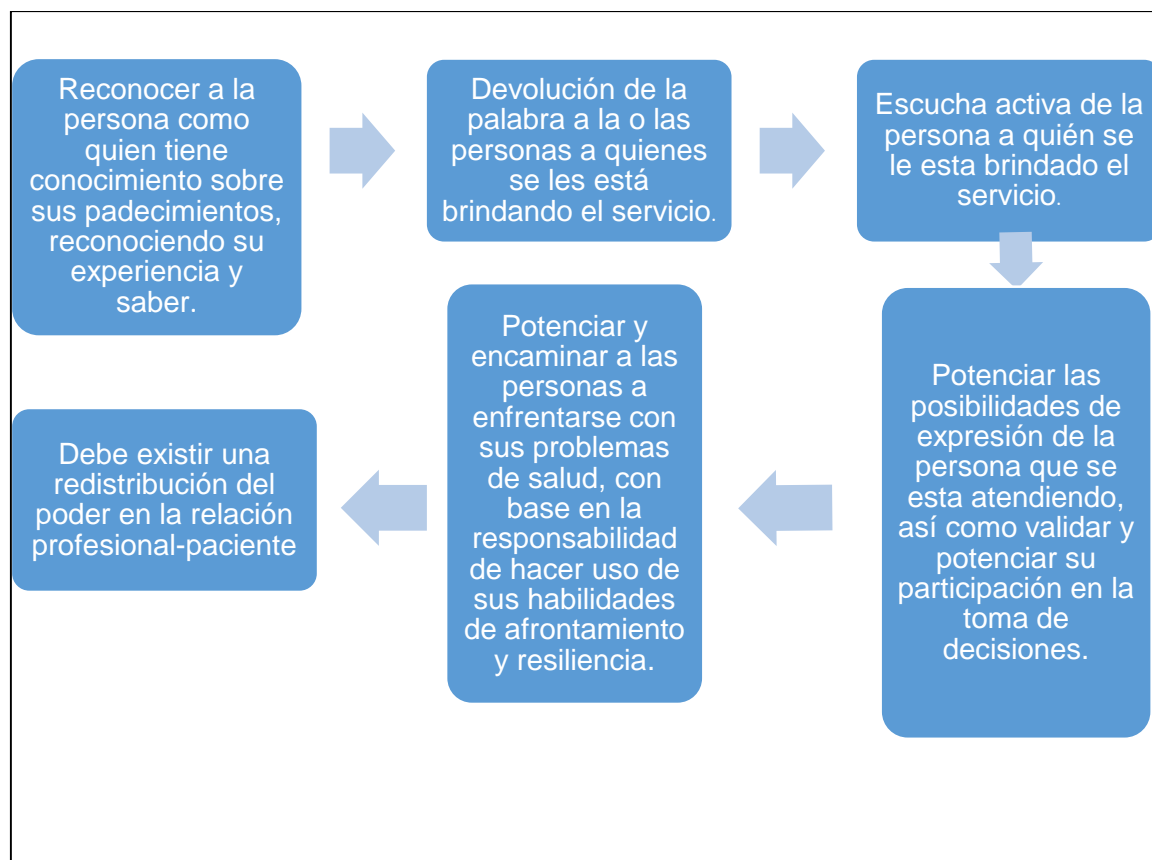
Dentro de la dimensión psicológica el propósito es bajar el nivel de malestar psicológico haciendo uso de una diversidad de técnicas que impacten en las creencias, emociones, comportamiento, actitudes y conductas pasando de ser autodestructivas a ser asertivas, de impacto positivo (Huerta Lozano et al., 2016).

A su vez la dimensión social propone estrategias que ayuden a fortalecer las habilidades en los ámbitos social, laboral, escolar y recreativo, para dar como resultado la satisfacción en el entorno de pertenencia; por ello el rehabilitarse y la reincorporación social serán diseñadas pensando en el óptimo funcionamiento biopsicosocial de una persona mediante ejecuciones de aprendizaje y empatía social (Huerta Lozano et al., 2016).

Otro aspecto fundamental es el de una práctica clínica con perspectiva de género, es importante que se tenga presente, que lo que le ocurre a una persona no es resultado exclusivo de lo biológico, psicológico o social, debido a que, también existe relación del sexo, género e interacción en el contexto social (Huerta Lozano et al., 2016).

También es importante resaltar que es imprescindible considerar a toda persona, como ser activo en su proceso de salud-enfermedad y no como objeto del saber y actuaciones médicas, por ello en la práctica clínica es menester lo siguiente con base en el trabajo realizado por Huerta Lozano et al. (2016) y que a la fecha es importante tener presente:

FIGURA 5
INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL



Nota: Elaborado con base en *Guía de Intervención Clínica para Terapia Individual*, por F. Huerta Lozano, L. Gaona Márquez, M. Hernández Delgado, V. Ortiz Gonzáles, J. Rivas Alvarado (2016, pp. 23-24).

En la práctica se debe considerar el impacto de lo social en la salud de las personas y en la manera en que las personas se relacionan consigo mismas y con los que interactúa (Huerta Lozano et al., 2016, p. 23).

Dentro de la psicoterapia, existen distintos enfoques que abordan el tema de las drogodependencias como el psicoanalítico, el humanista, el cognitivo conductual y el sistémico.

Los informes que se revisaron en la primera parte de este trabajo, expusieron que el enfoque cognitivo conductual tenía alto grado de eficacia (UNODCa, 2016), anteriormente el trabajo realizado por Huerta Lozano et al. (2016) para los Centros de Integración Juvenil (CIJ) de México, reunieron aportaciones importantes y expusieron los distintos enfoques y terapias para el proceso psicoterapéutico con personas dependientes a sustancias psicoactivas.

Desde las aportaciones de Aron T. Beck, Fred D. Wright, Cory F. Newman y Bruce S. Liese en su publicación "Terapia cognitiva de las drogodependencias (2006), las aportaciones de Arnold M. Washton con su publicación "La adicción a la cocaína. Tratamiento, recuperación y prevención" (1995), a las implementaciones utilizadas dentro de los Centros de Integración Juvenil, así como las integradas en los estudios clínicos, sobre el proceso psicoterapéutico, sus implicaciones y la efectividad de las mismas, ante el tratamiento con personas dependientes de sustancias psicoactivas, en conjunto con los hallazgos dentro de los artículos que se revisaron en las bases electrónicas, se reunieron las técnicas y los enfoques más usados, de igual manera, las estrategias o implementaciones aplicadas y expuestas en los estudios clínicos.

Todo lo anterior, con el fin de conocer, reflexionar, reestructurar y crear alternativas de solución ante las dificultades existentes en la actualidad que se vive dentro de esta situación con la COVID19 no solo en el proceso psicoterapéutico, sino también en la creación del registro de la actividad clínica para la construcción y divulgación del conocimiento.

De acuerdo al Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos (NIDA) los tratamientos conductuales para personas con trastornos derivados por uso de sustancias, son los siguientes:

Terapia Cognitivo Conductual: este método en un inicio se empleó para trabajar con personas que consumían alcohol en exceso y prevenir recaídas, posteriormente se adaptó para el tratamiento a la dependencia de otras sustancias. Sus estrategias cognitivas y conductuales se basan en el aprendizaje de pensamientos y conductas disfuncionales, que en la dependencia involucra un proceso de aprendizaje, por ello, su propósito es identificar y modificar los pensamientos y conductas mal adaptativas, anticipar los problemas, mejorar el autocontrol y el monitoreo, identificar las situaciones desencadenantes del deseo de consumo, desarrollar estrategias que permitan evitar situaciones de riesgo y manejar las contingencias que facilitan las recaídas. Actualmente se reconoce la eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual para el tratamiento de dependencia a alcohol, marihuana, metanfetaminas, nicotina y cocaína (Sánchez et al., 2016).

Programa de 12 pasos: mediante la formación de grupos de autoayuda se promueve la abstinencia mediante ideas fundamentales como las siguientes:

- Conciencia y aceptación de la enfermedad como problema crónico y progresivo de salud sobre el que no se tiene control, por lo tanto la abstinencia es la única alternativa.
- El seguimiento del programa establece 12 pasos que involucra la existencia de una fuerza superior, aceptar el compañerismo y el apoyo de otros miembros del grupo que se encuentra en abstinencia.
- Involucra reuniones activas.

Ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de la dependencia a alcohol; en 2006 se comparó el empleo de programa de 12 pasos frente a otras modalidades de tratamiento, no existieron datos contundentes de la superioridad de este tipo de intervención, sin embargo las personas tienden a aceptar y permanecer mayor tiempo en el tratamiento (OEA, 2013).

Terapia Motivacional: método de consejería para ayudar a resolver la ambivalencia de llevar un tratamiento y suspender el consumo de drogas, su propósito es alentar rápidamente una motivación al cambio más que guiar el proceso de recuperación. Se hace una evaluación individual seguida de 4 sesiones en promedio donde se provee retroalimentación, se motiva la discusión y que la persona desarrolle compromisos personales de cambio, además de construir y desarrollar estrategias para enfrentar las situaciones que detonan en el riesgo de consumir sustancias psicoactivas. En sesiones subsecuentes el terapeuta da seguimiento a las modificaciones en la conducta y pensamientos de la persona, revisa las estrategias empleadas y alienta el compromiso con la abstinencia. La evidencia de utilidad existe para el tratamiento de la dependencia a la nicotina, alcohol y marihuana (OEA, 2013).

Estrategia de reforzamiento comunitaria más vales: intervención intensiva, orientada al tratamiento de personas con dependencia a alcohol o cocaína, hace uso de distintos reforzadores sociales, recreacionales, familiares, vocacionales e incentivos materiales. Su principal propósito es mantener la abstinencia el tiempo justo para que la persona desarrolle nuevas habilidades que le ayuden a cesar el consumo. Mediante la asistencia promedio de una o dos sesiones semanales y se realizan pruebas de detección de drogas dos o tres veces a la semana que de ser negativas se premian con vales (vouchers) que se pueden canjear por bienes compatibles con un estilo libre de drogas. Se han tenido resultados en tratamiento de personas con dependencia a alcohol, opiáceos y/o cocaína (OEA, 2013).

Modelo Matrix: se recibe información crítica acerca de las dependencias a las sustancias psicoactivas, sobre el tratamiento y las recaídas se orienta en el desarrollo de un programa de autoayuda, el terapeuta juega un rol de maestro, emplea el vínculo terapéutico para reforzar el cambio conductual, esta relación con la persona en tratamiento, debe ser honesta y directa, evitando el paternalismo; la persona se monitorea con pruebas de detección de drogas mediante la orina. Útil en el tratamiento de usuarios de anfetaminas o cocaína (OEA, 2013)

CAPITULO III

MÉTODO

En el trabajo realizado se realizó una búsqueda sistemática en diversas bases de datos, entre otras: PePSIC, SciELO, Redalyc y SCOPUS; así como dentro del buscador de Google que arrojó enlaces a estas distintas fuentes.

Se realizó una revisión de la clasificación e impacto en la salud de las personas que tienen consumo de drogas en general y, en particular de la cocaína, y, por otra parte, una revisión de artículos publicados durante el periodo 2015 y 2020 sobre tratamientos psicoterapéuticos efectivos realizados con consumidores de cocaína.

Tipo de estudio

El presente trabajo es un estudio no experimental, se basa en la recopilación y análisis de artículos científicos, tesis de grado y de especialidad, el estudio es transversal y descriptivo (Hernández Sampieri; Fernández Collado y Baptista Lucio, 2014).

Población de estudio

Se consideró como población de estudio cada texto seleccionado a través de los criterios específicos señalados y que posibilitó la revisión y análisis de la producción científica sobre el tema.

Instrumentos

Se construyó una ficha ex profeso para la recolección y análisis de información. Esta ficha fue diseñada con base en la revisión teórica sobre el tema de investigación.

Los términos para la búsqueda se integraron, entre otros, por drogas, abuso, uso de drogas, efectos, alcohol, cocaína, anfetaminas, marihuana, tratamiento, psicoterapia.

Se hizo uso del internet, google y las bases de datos bibliográficas y a su vez de las listas referenciadas en los artículos revisados.

Procedimiento

Para el desarrollo de esta investigación, se establecieron las palabras clave acerca del tema del presente trabajo.

Las palabras clave en un primer momento fueron: cocaína y tratamiento, sin embargo, arrojaba gran diversidad de contenido, posteriormente se decidió hacer la búsqueda con la frase: tratamiento psicoterapéutico con personas dependientes de sustancias psicoactivas, craving, efectividad, estudios clínicos aleatorizados.

Posteriormente, se realizó la búsqueda de los artículos científicos con las palabras clave en las bases de datos.

Se identificaron:

- Referencias bibliográficas
- Descripción del método utilizado
- Los datos sociodemográficos, y otras variables respecto a la salud de la persona (implicaciones como su funcionamiento o estado físico, mental, social y estado de comodidad, así como los recursos financieros y de tiempo que dispone la persona para sí misma y su tratamiento).
- Conclusiones y sugerencias

El criterio de inclusión y de exclusión de los artículos se implementó de acuerdo a que estuvieran presente o no las palabras clave.

Se identificaron, además, las técnicas en específico utilizadas, los enfoques más implementados, las sustancias psicoactivas más registradas en combinación con la cocaína. También se registra si es el caso, las consecuencias del impacto por dejar de consumir como habitualmente lo hizo una persona dependiente a SPA y el tratamiento realizado y los resultados, si el estudio revisado así lo registro.

La búsqueda se centró en artículos en diversos idiomas, en un periodo de 2015 al 2020. Sin embargo, los artículos encontrados tienen muestras y aportaciones de estudios de años anteriores.

Análisis de datos

Se realizó en dos direcciones:

- a) un análisis de las características de los artículos seleccionados que tenían relación con el tema de esta investigación, para ello se consideraron aspectos como: país, autores, instrumentos de evaluación empleados.
- b) un estudio de contenido donde se consideró; las características de las personas con las cuales se trabajó, el enfoque psicoterapéutico realizado, la frecuencia de las sesiones, los resultados obtenidos, la duración del proceso psicoterapéutico.

Bases Bibliométricas

Para realizar la investigación, se acudió a diferentes bases de datos como PePSIC, SciELO, Redalyc y SCOPUS. Se revisaron artículos con el tema de tratamiento psicoterapéutico con personas dependientes de cocaína, se seleccionaron estudios clínicos con los datos mencionados, donde además se hubiera registrado efectividad para disminuir o eliminar el Craving.

Es importante destacar que las bases de datos tienen características específicas, en la realización de este trabajo, se encontraron investigaciones como la de Carolina Rozemblum, Carolina Uzurrungaza, Guillermo Benzato y Cristian Pucacco (2015), donde se analizan los parámetros de evaluación de algunas de las bases mencionadas, por ejemplo: RedALyC, Catálogo Latindex, SciELO, Scopus y Web of science.

Estos trabajos describen que los parámetros de evaluación empleados por estas bases de datos, tienen una relación directa con los objetivos que cada sistema se propone, por lo tanto, es inadecuado utilizar estos criterios con el fin de medir la “calidad científica” de las revistas, de sus artículos o de sus autores, debido a que análisis realizados detectaron que algunas bases de datos se concentraban más en los formatos que en la calidad científica.

En el año 2015 el análisis realizado por Rozembum, Uzurrungaza et al., puso en evidencia que Latindex y RedALyC si bien identificaron revistas iberoamericanas de calidad, dieron prioridad a la calidad editorial, 60 indicadores son necesarios acatar para pertenecer a su acervo, a diferencia de SciELO que requiere de 11 indicadores.

Concluyeron que gran número de indicadores no es sinónimo de ganar aportación científica y que la sobriedad de SciELO muestra una apertura a la diversidad de ideas que ofrecen las distintas revistas (Rozemblum et al., 2015).

A partir de esto se revisaron las distintas bases de datos, para conocer sus características generales y tener una reflexión propia sobre su contenido. A continuación, se exponen de manera general y breve algunas de ellas:

SciELO es un modelo para publicación electrónica en países latinoamericanos y del caribe, para la publicación electrónica cooperativa de revistas científicas en Internet, proporciona un recurso eficiente para lograr la visibilidad y el acceso universal a su literatura científica; su nombre es Scientific Electronic Library Online (Biblioteca Científica Electrónica en Línea).

Opera regularmente desde junio de 1998, incorporando nuevas revistas y operando para otros países. A partir de 2002, el Proyecto cuenta con el apoyo del CNPq (<http://www.cnpq.br>) que es el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico.

Su modelo tiene tres componentes

1. Su metodología permite la publicación electrónica de las ediciones completas de las revistas, la organización de bases de datos bibliográficas y de textos completos, recuperación de textos por su contenido la preservación de archivos electrónicos y la producción de indicadores estadísticos de uso e impacto de la literatura científica. Incluye criterios de evaluación de revistas, basado en los estándares internacionales de comunicación científica. Los textos completos son enriquecidos dinámicamente con enlaces de hipertexto con bases de datos nacionales e internacionales, como, por ejemplo, LILACS y MEDLINE.

2. El Modelo SciELO favorece la operación de sitios nacionales y también de sitios temáticos.

3. Desarrolla alianzas de comunicación científica nacionales e internacionales, desde “autores, editores, instituciones científicas y tecnológicas, agencias de apoyo, universidades, bibliotecas, centros de información científica y tecnológica”, entre otros.

PePSIC

Es el portal de Revistas de Psicología Electrónico (PePSIC) es una fuente de la Biblioteca Virtual en Salud, su nombre es Psicología de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología (BVS-Psi ULAPSI) y se origina de la colaboración entre las entidades nacionales del Foro de la Psicología de Brasil (FENPB) , Biblioteca Dante Moreira Leite, Instituto de Psicología de la Universidad de Sao Paulo (IP / USP) y el Centro de América Latina y el Caribe Ciencias de la Salud - BIREME, que dio la metodología - Scientific Electronic Library Online (SciELO) - modelo la publicación de revistas electrónicas para los países en desarrollo, se incluyen en el portal automáticamente la Red SciELO, Thomson Reuters (antes ISI) y PsycInfo.

Para incluir un artículo en el sistema, se debe cubrir con al menos el 70% de los criterios adoptados por Latindex.

Latindex

Es un “sistema de Información sobre las revistas de investigación científica, técnico-profesionales y de divulgación científica y cultural que se editan en los países de América Latina, el Caribe, España y Portugal” que nace en la Universidad Nacional Autónoma de México, donde, a partir de 1997 ha ido incrementando los países asociados.

Por conocer los rubros que involucra el proceso de inclusión de contenido, se añaden a continuación a manera de información. Sus criterios son los siguientes:

TABLA 22

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE REVISTAS IMPRESAS Y ELECTRÓNICAS EN LATINDEX
REVISTAS IMPRESAS Y ELECTRÓNICAS

Características básicas

1. Mención del cuerpo editorial. Se refiere a la existencia de un consejo, comité o responsable científico.
 2. Contenido. Al menos 40% de los artículos deben ser: originales, de revisión, informes técnicos, comunicaciones en congresos, comunicaciones cortas, cartas al editor, estados del arte, reseñas de libro, entre otros.
 3. Generación continúa de contenidos.
 4. Identificación de los autores.
-

-
5. Entidad editora.
 6. Mención del director.
 7. Mención URL
 8. Mención de la dirección de la revista.

Características de presentación

9. Mención de la revista
10. Navegación funcional
11. Mencionar su periodicidad.
12. Acceso a los contenidos.
13. Acceso histórico al contenido.
14. Membrete que debe contener por lo menos: título completo o abreviado y la numeración de la revista (volumen, número, parte, mes o sus equivalentes).
15. Miembros del consejo editorial
16. Entidad a la que está adscrito el autor.

Características de gestión y política editorial

17. Indicar fechas de recepción y aceptación de originales.
18. ISSN de versión electrónica.
19. Definición de la revista. objetivo y cobertura temática o público al que va dirigida.
20. Sistema de arbitraje
21. Evaluadores externos
22. Al menos el 50% de los trabajos publicados deben ser de autores externos.
23. Apertura editorial
24. Servicios de información
25. Cumplimiento de periodicidad.

Características de contenido

26. Contenido original.
 27. Instrucciones a los autores.
 28. Elaboración de las referencias bibliográficas.
 29. Exigencia de originalidad.
 30. Resumen en dos idiomas
 31. Palabras clave en dos idiomas
 32. Metaetiquetas
-

33. Buscadores

34. Servicios de valor añadido.

Nota: Latindex.org

El objetivo de PePSIC es contribuir a la visibilidad de los conocimientos psicológicos y científicos generados en América Latina, a partir de la publicación de revistas científicas en acceso abierto; inició en Brasil y se expandió al resto de América Latina en el año 2006.

Se debe pasar a proceso de evaluación de Coordinación Técnico-Científico, que puede utilizar un árbitro externo y deben cumplir al menos el 70% de los criterios adoptados por Latindex. Junto a esos criterios la revista debe pertenecer al área de la psicología y ciencias afines, ser científica, arbitradas, tener al menos tres fascículos publicados.

Red SciELO, Thomson Reuters (antes ISI) y PsycInfo son índices internacionales que si la revista cuenta con su respaldo esta será aprobada automáticamente para su inclusión en el portal de PePSIC.

Lo que quiere decir que los trabajos de investigación incluidos en esta base son confiables, teniendo en cuenta que incluyen principalmente investigaciones psicológicas.

RedALyC

Es una plataforma web, con el nombre Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. El proyecto fue impulsado por la Universidad Autónoma del Estado de México (en colaboración con cientos de instituciones de educación superior, centros de investigación, asociaciones profesionales y editoriales iberoamericanas), que surgió en el año 2003.

Desde entonces ha mantenido un enfoque basado en la recuperación de los textos publicados en las revistas indizadas en su base de datos y así lograr ofrecer un servicio de consulta de artículos.

En los últimos años se ha enfocado en la búsqueda de la sustentabilidad y competitividad de las publicaciones científicas de la región a través del desarrollo de tecnologías sin costo para los editores, su objetivo es garantizar el acceso al

conocimiento científico y con ello contribuir “al desarrollo científico y al bienestar de la sociedad” (Redalyc, 2017).

SCOPUS

Es la mayor base de datos de resúmenes, representa aproximadamente un 80% de las publicaciones internacionales revisadas por especialistas, permitiendo asegurar un contenido actualizado gracias a sus actualizaciones semanales. Tiene como “objetivo convertirse en la herramienta de navegación de mayor envergadura, abarcando la literatura internacional sobre ciencias, medicina, tecnología y ciencias sociales”. Busca incluir todas las publicaciones académicas que cumplen con las normas básicas de calidad científica como revistas científicas, libros y actas de congresos (Universidad de Granada, 2018) Aquí se comparte la liga para poder visitar la biblioteca electrónica:

https://biblioteca.ugr.es/pages/biblioteca_electronica/bases_datos/scopus sin embargo no se tiene total acceso.

Dentro de su portal se encontró el enlace a ELSEVIER que en su portal web menciona que su propósito es el de “ayudar a las instituciones y profesionales a mejorar la atención médica, abrir la ciencia y mejorar el rendimiento en beneficio de la humanidad”. En su portal menciona que hace una revisión por pares con responsabilidad ética en pro de la calidad y validez de artículos y revistas que los publican.

Para conocer más acerca de este servidor de la investigación los enlaces son los siguientes:

- <https://www.elsevier.com/about/this-is-elsevier#trusted>
- <https://researcheracademy.elsevier.com/navigating-peer-review/fundamentals-peer-review>

Compartir estos enlaces electrónicos, hoy en día además de facilitar y compartir el acceso a conocimiento científico, es útil ante las condiciones que han surgido con la COVID19.

En estos sitios se describen los recursos de aprendizaje electrónico y las herramientas de revisión que se utilizan.

Cada base de datos ofrece una explicación o demostración de su contenido de distinta manera, algunas de una forma más compleja que otras. Algunas son más inclusivas con el fin de dar a conocer las investigaciones o inquietudes que existen en los profesionales del área y otras son más estrictas (exclusivas) e incluyen ciertos criterios por cubrir. Es gratificante como el interés por expandir el conocimiento, apoyar a los creadores y a la ciencia, es imperante.

En este trabajo no se pretende hacer una crítica sobre los criterios de cada base de datos, sino de conocerlas para estar consciente de la diversidad y tipo de investigación que está disponible para el conocimiento o actualización del aprendizaje.

Criterios de inclusión

Uno de los trabajos que inspiró la realización de éste, fue la revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México realizado por Estela Rojas y colaboradores en el 2011 (Rojas , Real, García Silberman y Medina Mora, 2011); en su revisión de las bases de datos usaron como indicadores los criterios de evaluación los propuestos por Moher y colaboradores del CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials).

Estos criterios fueron desarrollados en los años noventa por un grupo de ensayistas clínicos, estadísticos, epidemiológicos y editores biomédicos, Moher D, Schulz KF, y Altman D en Estados Unidos. En 2011, Alberto Cobos-Carbó y Federico Augustovski, escriben la versión en español.

Su propuesta señala puntos críticos en la investigación, que consideran, deberían incluirse en todo informe o comunicación de un ensayo clínico, así como el ejemplo de un diagrama que ilustre el flujo de individuos participantes durante el ensayo (Cobos, Augustovski, 2011). Se encuentran avaladas por revistas médicas, de salud y grupos editoriales como el Comité de Internacional de Revistas Biomédicas ICMJE o grupo de Vancouver, el Consejo de Editores Científicos CSE y la Asociación Mundial de EDITORES Médicos WAME (Moher, Schulz, y Altman, 2002).

A continuación, se muestra los criterios propuestos por Consolidated Standards of Reporting Trials con el propósito de que los “autores preparen informes de los resultados de los ensayos” y así ayudar en la interpretación crítica mediante el conjunto de recomendaciones basadas en la evidencia para informar ensayos aleatorios (Consort, s/f).

Para el año 2018, esta herramienta que en un principio se desarrolló para ayudar a los investigadores biomédicos, ha desarrollado una extensión de la Declaración CONSORT 2010 para las intervenciones sociales y psicológicas CONSORT-SPI 2018, y ayudar a los científicos sociales y del comportamiento a informar de manera transparente, considerándolo como un recurso útil para mejorar la notificación de ensayos clínicos aleatorizados ECA de intervención social y psicológica (Grant et al., 2018).

A continuación, en la tabla 24, con la intención de conocer y en algún momento crear investigaciones y reportes conforme a criterios reconocidos internacionalmente, se comparte de manera breve y general, los elementos de la lista de verificación desarrollada por CONSORT-SPI 2018:

TABLA 23

ELEMENTOS DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DESARROLLADA POR CONSORT-SPI 2018

-
1. Título y resumen: a) colocar la palabra “aleatorio”, facilita su recuperación en búsquedas electrónicas. Nombre de la intervención y problema que aborda, evitando el uso de títulos no informativos. b) Resumen estructurado del diseño del ensayo, métodos, resultados y conclusiones (para orientación específica, ver CONSORT para resúmenes: se utilizan para indexar informes en bases de datos electrónicas.
 2. Introducción: a) Antecedentes científicos y explicación de la justificación, describe el problema o cuestión objetiva agregando lo que ya se sabe sobre intervención, haciendo referencia a revisiones sistemáticas. b) Objetivos o hipótesis específicas, considera un resumen

de las preguntas de investigación, incluyendo las hipótesis sobre la magnitud esperada y la dirección de los efectos de la intervención, especificando a qué o a quién se aplica cada objetivo e hipótesis.

3. Métodos: diseño de prueba: a) descripción del diseño del ensayo, incluida la proporción de asignación, se debe explicar la elección del diseño; indicar la proporción de asignación y su justificación; indicar si fue diseñado para evaluar la superioridad, equivalencia o no inferioridad de las intervenciones. b) cambios importantes en los métodos después del ensayo (por ejemplo, los criterios de elegibilidad), con motivos: los autores deben indicar cualquier cambio en las definiciones de los resultados durante el ensayo.

4. Método: participantes: a) criterios de elegibilidad de los participantes, se debe describir todos los criterios de inclusión y de exclusión utilizados, así como los métodos para seleccionar y evaluar a los participantes. b) entorno y lugares de la intervención y dónde se recopilaron los datos, se refiere a la información sobre los entornos y las ubicaciones de ejecución con el fin de comprender el contexto del ensayo. Por ejemplo, los datos geográficos, día y hora de las actividades, espacio y características del entorno interno. Es deber, referirse al mecanismo de acción al decidir qué información sobre el entorno y la ubicación reportar.

5. Métodos: intervenciones: Las intervenciones para cada grupo con detalles suficientes para permitir la replicación, incluido cómo y cuándo se administraron realmente, contenido y la ejecución de todas las intervenciones en todos los grupos, incluye nombras las intervenciones cómo, dónde, cuándo y cuánto. a) como se sabe y debido a que las intervenciones no resultan exactamente como fueron planeadas, es imprescindible que se describa la entrega real por quienes proveen y la aceptación por parte de las personas participantes en las intervenciones para todos los grupos; se deben distinguir las adaptaciones sistemáticas panificadas y de las modificaciones que no se anticiparon en el protocolo de ensayo. De no ser posible reportarlas escritas, se deben realizar informes adicionales y repositorios para proporcionar esta información. b) Dónde se puede acceder a otros materiales informativos sobre la

ejecución de las intervenciones, por ejemplo: las plataformas en línea que permiten a los y las investigadoras e investigadores compartir material de estudio, libre, con el fin de poder replicar las intervenciones como protocolos de intervención. c) Cuando corresponda, cómo se asignaron los proveedores de intervención a cada grupo: cuando se asigne a proveedores específicos a distintas condiciones con el fin de evitar que la experiencia y lealtad confundan los resultados, se debe informar si las mismas personas administraron las intervenciones experimentales y de comparación, si estos estaban animados dentro de los grupos de intervención, y reportar también, el número de personas participantes asignadas a cada proveedor.

6. Métodos: resultados. a) Definir completamente los resultados pre especificados, incluido cómo y cuándo se evaluaron: los resultados deben definirse con detalle, para poder reproducir los resultados utilizando datos del ensayo. Por ejemplo: dominio-depresión, la medida- la subescala cognitiva del inventario de Beck II, la métrica específica-un valor en un punto de tiempo, un cambio desde la línea base, método de agregación-medida de proporción, el momento-3 meses después de la intervención; autores deben informar métodos y personas utilizadas para recopilar datos de resultado, propiedades de medida o referencias a informes anteriores con esta información. si una medida no es publica, se debe agregar una copia de esta. b) cualquier cambio en los resultados del ensayo después de que comenzó el ensayo, con motivos: es deber informar todos los resultados evaluados, se debe indicar qué resultados se agregaron y cuáles se eliminaron, para permitir así, que el lector evalúe el riesgo de sesgo.

7. Métodos: tamaño de la muestra. a) Cómo se determinó el tamaño de la muestra: incluso si se determinó a priori mediante un cálculo del tamaño de muestra o debido a limitaciones prácticas o bien la razón genuina del tamaño de la muestra, ejemplo las limitaciones del tiempo o financiamiento. b) cuando corresponda, una explicación de cualquier análisis intermedio y pautas de interrupción: describir todos los análisis

intermedios, incluidos los análisis que se realizaron, cuándo y por qué; razones para detener el ensayo y los procedimientos para interrumpirlo.

8. Métodos, asignación al azar, generación de secuencias: a) Método utilizado para generar la secuencia de asignación aleatoria: se debe describir el método utilizado para generar la secuencia de asignación, para así evaluar si el proceso de asignación en los grupos, fue realmente aleatorio. b) tipo de asignación al azar; detalles de cualquier restricción (cómo bloqueo y tamaño de bloque).

9. Métodos, asignación al azar: mecanismo de ocultación de la asignación. Mecanismo utilizado para implementar la secuencia de asignación aleatoria, que describe cualquier paso tomado para ocultar la secuencia hasta que se asignaron las intervenciones: se debe ocultar la secuencia para evitar el conocimiento previo de la asignación de la intervención por parte de las personas que inscriben y asignan a los participantes.

10. Métodos, asignación al azar-implementación: quién generó la secuencia de asignación aleatoria, quién inscribió a los participantes y quién asignó a los participantes a las intervenciones: los autores deben indicar quién llevó a cabo cada procedimiento y los métodos utilizados para proteger la secuencia.

11. Métodos: conocimiento de la asignación: a) quién estaba al tanto después de la asignación a las intervenciones: proveedores, participantes, quienes evaluaban los resultados y cómo se realizó el cegamiento. b) si es relevante, descripción de la similitud de intervenciones, se incluyen diferencias entre las intervenciones administradas a cada grupo que pueda dar lugar a diferencias en el desempeño y expectativas de los proveedores y las personas participantes.

12. Métodos, métodos analíticos: a) Métodos estadísticos utilizados para comparar los resultados del grupo: para cada resultado se debe describir el método o métodos de análisis, entre otras cosas, también deben tener en consideración los procedimientos y la justificación de cualquier transformación de datos. Ante la situación de datos faltantes por razones

como la interrupción de la persona participante, visitas perdidas o el incumplimiento del participante en completar todos los elementos, como autor se debe informar la cantidad de datos faltantes, evidencia sobre las razones de falta. b) métodos para análisis adicionales, como análisis de subgrupos, análisis ajustados y evaluaciones de procesos.

13. Resultados, flujo de participantes: a) para cada grupo, los números asignados al azar, que recibieron el tratamiento previsto y analizado para los resultados: se debe informar los datos disponibles sobre el número total de participantes en cada etapa del ensayo, con los motivos de no reclutamiento o interrupción. Por etapas se debe incluir 1. Acercamiento a los participantes, 2. Selección de elegibilidad potencial 3. Evaluación para confirmar la legibilidad, 4. Asignación al azar, 5. Recepción de la intervención, 6. Evaluación de los resultados. Se debe incluir un diagrama de flujo para describir la deserción de los ensayos en relación con cada etapa clave. b) para cada grupo, pérdidas y exclusiones después de la asignación al azar, junto con las razones: informar la deserción de participantes y la exclusión de datos por parte del equipo de investigación para cada grupo aleatorizado en cada grupo de seguimiento. Proporcionar los motivos de cada pérdida, por ejemplo: pérdida de contacto o fallecimiento, y también los motivos de exclusión, así como registrar el número de personas que interrumpieron el tratamiento por motivos desconocidos.

14. Resultados, contratación: Fecha que definen los períodos de contratación y seguimiento: a) se debe definir la evaluación inicial y los tiempos de seguimiento en relación con la asignación al azar. b) por qué terminó o se detuvo la prueba: describir las razones para detenerse, como desafíos de implementación como lo puede ser no reclutar a los participantes suficientes, o factores extrínsecos como lo es un desastre natural.

15. Resultados, datos de referencia: una tabla que muestra las características de línea base para cada grupo: incluye las variables socioeconómicas, se debe exponer una tabla que resuma todos los

datos recopilados al inicio del estudio, con estadísticas descriptivas para cada grupo aleatorizado.

16. Resultados, números analizados: para cada grupo, número incluido en cada análisis y si el análisis fue por grupos asignados originalmente. Se trata de informar el número de participantes por grupo de intervención, así los lectores puedan interpretar los resultados y hacer un análisis secundario de los datos. También se debe identificar la población de análisis y el método utilizado para manejar los datos faltantes.

17. Resultados, resultados y estimación: a) para cada resultado, resultados para cada grupo y el tamaño del efecto estimado y su precisión. b) para los resultados binarios, se recomienda la presentación de los tamaños del efecto tanto absoluto como relativo.

18. Resultados, análisis auxiliares: se trata de los resultados de cualquier otro análisis realizado, incluidos análisis de subgrupos, análisis ajustados y evaluaciones de procesos, distinguiendo los pre especificados de los exploratorios.

19. Resultados, daños. Son todos los daños importantes o efectos no deseados en cada grupo (para orientación específica, consulte CONSORT para daños. Al informar datos cuantitativos sobre los efectos no deseados, los autores deben informar cómo se definieron y midieron, la frecuencia de cada evento del ensayo y todos los resultados de las investigaciones.

20. Discusión, limitaciones. Limitaciones del ensayo, abordando las fuentes de sesgo potencial, imprecisión y, si es relevante, multiplicidad de análisis. Como autores, deben otorgar una discusión equilibrada de fortalezas y limitaciones del ensayo y sus resultados.

21. Discusión, generalizabilidad. Se refiere a la validez externa, aplicabilidad de los hallazgos del ensayo. Se refiere a explicar cómo se relacionan las afirmaciones sobre la generalización con el diseño y la ejecución. Se consideran las prácticas de reclutamiento, criterios de elegibilidad, características de la muestra, facilitadores y barreras para la implementación de la intervención, la elección del comparador, qué los

resultados se evaluaron y cómo se evaluaron, la duración del seguimiento y las características del entorno.

22. Discusión, interpretación. Interpretación consistente con los resultados, equilibrando beneficio y daño, así como considerar toda evidencia relevante. Se debe evitar la presentación distorsionada al discutir los resultados del ensayo.

23. Información importante, registro. Número de registro y nombre del registro del ensayo.

24. Información importante, protocolo. Se refiere a dónde se puede acceder al protocolo de prueba completo, si está disponible. Protocolo de acceso público.

25. Información importante, financiamiento. a) fuentes de financiamiento y otro tipo de apoyo, función de los financiadores. b) declaración de otro interés potencial. Además de económicos, se debe declarar otro que influya en el diseño, realización análisis o información del ensayo.

26. Información importante, participación de las partes interesadas. a) “Cualquier participación del desarrollador de la intervención en el diseño, la realización, el análisis o el informe del ensayo”. b) participación de otras partes interesadas en el diseño, realización o análisis de los ensayos. c) incentivos ofrecidos como parte de la prueba.

Nota: Grant et al., (2018)

Conocer la lista de verificación que se ha desarrollado por el equipo CONSORT, de acuerdo al propósito de su creación, puede ayudar a las y los investigadores a diseñar e informar ensayos, proporcionando orientación a quienes revisan y editan los manuscritos (Grant et al., 2018).

Ha sido de gran utilidad comprender el propósito y la manera en que se consideran los criterios a incluir y evaluar en la información y divulgación de las investigaciones, en esta investigación se incluyen investigaciones aleatorizadas,

Características de las bases de datos

En páginas anteriores se describen brevemente características generales de las bases de datos electrónicas que se consultaron, inicialmente se pretendió realizar una revisión de los documentos en línea entre los años 2007 y 2017 que se encuentran en las bases de datos PePSIC, SciELO, Redalyc y SCOPUS, con esta última hubo dificultades para poder consultar contenido por lo que se descartó.

Se revisaron los trabajos en los que reportaron eficacia en la intervención psicoterapéutica con consumidores de cocaína y que estuvieron incluidos en una revisión sistemática con base en los criterios CONSORT, CONSORT-SPI 2018, o aquella que se base en criterios propuestos por la OMS.

Hay diferentes variables en la inclusión o no, de artículos, esto trae la posibilidad de poder encontrar trabajos de investigación distintos en cada base de datos. En un momento no se quiso descartar ninguna de las fuentes ya que se encontró información generada por distintas áreas de la salud como la medicina, psiquiatría, biomédica, epigenética, información desarrollada por instituciones gubernamentales, no gubernamentales, guías clínicas nacionales e internacionales, métodos de prevención y estudios sin comprobación de la efectividad del tratamiento, así como distintas sustancias psicoactivas involucradas, no solo cocaína.

Se habían utilizado las palabras clave como: cocaína, psicoterapia, tratamiento después de intentar con palabras como psicoterapia, tratamientos efectivos, que no arrojaban resultados o dependiendo la base de datos, esta arrojaba trabajos en su mayoría médicos o sin relación con la psicología; otros se referían principalmente a las condiciones asociadas al consumo dependiente, evaluación de consecuencias, por ejemplo, la ansiedad, incremento de consumo en determinadas zonas geográficas, entre otros diversos temas, como los que se comparten en PePSIC, anexo 2.

Por lo tanto, se decidió retomar la investigación, basada en revisiones sistemáticas que incluyeran estudios con dependientes de cocaína y que demostrara

la efectividad de la intervención al menos en el tiempo de seguimiento que habían propuesto.

Muestra

Se consideró como muestra cada base de datos seleccionada y como unidad muestral o sujeto cada texto que cumplía con los criterios de inclusión señalados.

Se identificaron 11 artículos que hacían mención a trabajo terapéutico, los cuales fueron encontrados bajo el criterio “estudio clínico aleatorizado sobre la evaluación del tratamiento psicoterapéutico con personas dependientes a la cocaína”. Las revistas donde fueron publicados estos estudios abordaban investigaciones sobre de salud, salud mental, psicología y trastornos adictivos.

Total artículos de participantes: 11 los estudios participantes.

Total de estudios seleccionados : 4 los estudios clínicos aleatorizados disponibles electrónicamente, de lectura y descarga gratuita, fueron realizados en Valencia, Perú y Madrid, a pesar de que tres de estos estudios son del mismo país, se especifica la ciudad, debido a que hay diferencias en las características del lugar, contexto y criterios de inclusión donde los resultados, en algunos de los estudios, se especifica difieren, y precisan no es adecuado generalizar los resultados de la investigación por ellos realizadas .

El contenido de cada uno de los 11 artículos se presenta de manera resumida en el anexo 1

México cuenta con un estudio clínico referente al tratamiento psicoterapéutico ante la dependencia a la cocaína, realizado en el año 2007, y referido por el estudio de revisión sistemática de sobre el tratamiento de adicciones en México, realizado por Estela Rojas, Sara García y Ma. Elena Medina, en el año 2010.

El procedimiento de selección de los artículos, fue realizado con base en los criterios sugeridos por CONSORT y de acuerdo a las consideraciones éticas de los Comités de ética de la investigación en México.

Procedimiento

Al inicio de la realización de este trabajo, se consideraron distintos estudios o artículos relacionados al tratamiento implementado con personas que presentaron adicción a la cocaína (anexo 2) donde se fue revisando dentro de cada base de datos mencionada, sin embargo, surgieron diversos temas relacionados a la búsqueda, que si bien fue útil su lectura para tener un acercamiento amplio y general de las dependencias, las implementaciones de prevención desde el gobierno, las organizaciones no gubernamentales y las propuestas académicas no se relacionaban directamente con los criterios de selección establecidos a través de palabras clave.

También fueron las ramas biomédicas las que generaban aproximaciones interesantes y aportaciones sobre el tema, útiles para la comprensión y realización próxima de diseño e implementaciones de estrategias multidisciplinarias para la creación de propuestas e implementación de mejores tratamientos.

En México no se encontraron estudios clínicos aleatorizados recientes, con excepción el realizado en el año 2007; el estudio de la Universidad Politécnica Nacional, es un estudio clínico controlado innovador haciendo uso de la auriculoterapia china.

El realizar una revisión sistemática en este trabajo, fue difícil debido al gran número de estudios encontrados, actualmente, noviembre de 2022, escribir “tratamiento psicológico del consumo abusivo de cocaína” búsqueda en bases de datos científicas, en el buscador de Google aparecen 159 mil resultados y 65,500 buscando “tratamientos psicoterapéuticos efectivos realizados con consumidores de cocaína” los resultados de ambas búsquedas sin estricto apego a lo solicitado, y no difiere mucho de los resultados arrojados al inicio de esta revisión.

Por ello, se seleccionaron las bases de datos donde mencionadas con anterioridad y se fueron descartando aquellas que excluían la labor psicoterapéutica dentro de la investigación, entonces apegándonos a los criterios de selección se revisaron e ingresaron a esta revisión 20 investigaciones, de las cuales 11 se

eligieron por ser investigaciones que encontraron y registraron evidencia sobre la efectividad del tratamiento.

Fue necesario de leer, describir y registrar, las aportaciones respecto a metodología, instrumentos estadísticos, instrumentos de evaluación psicología y sobre la dependencia a drogas, así como en de resaltar la importancia de las sugerencias de los investigadores nacionales e internacionales para lograr una mejor intervención psicoterapéutica con las personas, mejor cohesión en el equipo de trabajo de investigación o bien, dentro del equipo multidisciplinario que se sugiere como fundamental en la eficacia del tratamiento y mantenimiento de la abstinencia.

Se realizó el registro de la información reportada en las investigaciones y la información se organizó de acuerdo a los criterios establecidos, entre otros: la estructura de sesiones, características de las sesiones psicoterapéuticas y sugerencias en la intervención psicoterapéutica.

Capítulo IV Resultados

De la investigación realizada con los trabajos seleccionados se observó que los tratamientos en México con evidencia de logro de la abstinencia o/y disminución del consumo de cocaína, posterior al tratamiento, son los siguientes (apéndice a):

✚ Tipo de estudio → Clínico controlado (3 grupos) → su objetivo fue disminuir el craving, “modificación del Craving” detonado por la habituación del consumo solamente de cocaína → mediante la auriculoterapia (estimulación de puntos en el pabellón de la oreja) → las disciplinas de las personas involucradas en la realización del estudio: Doctorado en ciencias, médico psiquiatra especialista en acupuntura, médico investigador alumno de la especialidad de acupuntura → los tres grupos recibieron por parte del Centro de Adicciones el tratamiento base: que refiere a la terapia cognitivo conductual y Bromazepam por cinco semanas, combinado con la Auriculoterapia con agujas en el grupo 1; Auriculoterapia con tachuelas en el grupo 2; grupo control, quedando únicamente con tratamiento convencional, el grupo tres → el rango de edad fue entre los 11 y 60 años → Resultados: el grupo experimental 2 tuvo mejores resultados, la Auriculoterapia con tachuelas, puede ser una “alternativa para el control de las adicciones” (Méndez V. 2010).

✚ Tipo de estudio → revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México (Rojas E. 2011) → de la cual se desprende la “Evaluación de tratamiento breve para usuarios de cocaína” (Oropeza R. 2007) → participaron personas con una edad promedio de 26 años → se ofreció el tratamiento breve cognitivo conductual, basado en los modelos de prevención de recaídas → Resultados: fue comprobada una disminución significativa en el consumo de cocaína en las personas que recibieron terapia breve para usuarios de cocaína (TBUC).

De esta evaluación de intervención psicoterapéutica, se desprende el trabajo que describe de la estructura y características que abordó el equipo de investigación

de Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína. Se dirige a usuarios de dependencia moderada, fuerte o severa, basada en el modelo cognitivo conductual y a su vez, fundamentado con la teoría cognoscitivo social o aprendizaje biopsicosocial de Albert Bandura del año de 1997 (Oropeza, R., Fukushima, E. y García, L. 2008).

✚ Roberto Oropeza y colaboradores (2008), dentro del Centro de Adicciones Acasulco, de la Universidad Autónoma de México, describen que el TBUC (Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína) III, consta de dos sesiones para evaluación, ocho tópicos de tratamiento en sesiones que varían en número de acuerdo de acuerdo a las necesidades y habilidades de la persona en tratamiento; tres momentos de realizar el seguimiento: un mes posterior, al tercer mes y al sexto mes posterior al tratamiento es una sesión semanal de una hora y media. La persona no estaba ingresada en un centro hospitalario, era ambulatoria.

A continuación, se describen los propósitos de los tópicos del tratamiento, con base en la tabla realizada por Oropeza, R., Fukushima, E. y García, L. (2008 s.p.):

1. Balance de decisiones y establecimiento de metas, analizando las ventajas y desventajas de consumir y dejar de consumir, así como plantear las metas del tratamiento, es fijo que quiere decir que no se mueve en número de intervención, de característica motivacional.
2. Manejo del consumo de cocaína, invitando a reconocer las situaciones de riesgo, identificar los detonadores y desarrollar los planes de acción para enfrentarlos, es fijo, es con base en un análisis funcional.
3. Identificación y manejo de los pensamientos sobre cocaína, con base en el propósito de aprender a identificar y manejar los pensamientos asociados con la cocaína; este es un tópico flexible (que puede cambiar su orden de aplicación en las sesiones si así se requiere de acuerdo a las necesidades de la persona en tratamiento).
4. Identificación y manejo del deseo de consumo de cocaína, aprendiendo a comprender el deseo de consumo y así hacer algo por manejarlo o bien canalizarlo, se procura encontrar o crear en conjunto, estrategias y entrenar en habilidades.

5. Habilidades asertivas de rechazo, aprendiendo a dar respuestas asertivas ante el ofrecimiento de la sustancia psicoactiva.
6. Decisiones aparentemente irrelevantes, se trata de reconocer y evitar el patrón de decisiones que han dirigido hacia el consumo de cocaína.
7. Solución de problemas, se aprende una estrategia de solución de problemas además de reconocer previamente el problema.
8. Se establecen nuevamente las metas y planes de acción con el propósito de que la persona logre la abstinencia y se analicen posibles situaciones de riesgos próximos que alteren la situación de abstinencia, este es el último tópico y permanece fijo, se establece la meta para concluir el tratamiento.

Dentro del trabajo de Oropeza, R. y colaboradores (2008), se expone elementos clave dentro de las sesiones para direccionar de manera adecuada el servicio psicoterapéutico a personas dependientes de cocaína.

- Para lograr la meta terapéutica, se desarrollan distintas actividades guiadas a través de la empatía, la entrevista motivacional y técnicas como la escucha reflexiva, el uso de enunciados directos, un tono de voz adecuado, lenguaje corporal, consciente de su posible impacto y el de las expresiones faciales, procurar transmitir interés, compromiso y comprensión hacia en la persona en tratamiento y a lo que está expresando.
- Se exploran las inquietudes que alteran la estabilidad de la persona, haciéndolo terapéuticamente de forma gradual y ordenada encausando los objetivos de la sesión comunicando confianza. Como psicoterapeutas estar abiertos a detectar el estado de ánimo e indagar sobre dificultades al dormir, la irritabilidad, sentimientos de fracaso, para identificar señales de preocupación no señaladas por la persona, útil para la modificación del orden de los tópicos no fijos o bien, canalizar a otro tratamiento apropiado a las características evaluadas, también se requiere de familiarizar a la persona en tratamiento a una forma de trabajo estructurada que ayudara a lograr los objetivos (Oropeza, Fukushima, y García, 2008).

- Es menester retroalimentar y preguntar sobre las oportunidades de realizar las habilidades aprendidas en el día a día y los resultados que experimento. Mediante un autorregistro por parte de la persona, se describen las tareas ya acordadas en sesión, proceso útil e indicador del avance del tratamiento y/o posibles dificultades que impactan a la persona.
- Una tarea imprescindible, es el llevar a la acción y práctica continua las habilidades que se construyen en sesión (Oropeza, et al., 2008), pues son desarrolladas y experimentadas mediante su práctica.
- Las tareas se evalúan de manera sistemática, generando comentarios motivacionales si es evidente que la persona está alcanzando logros, en conjunto, la o el psicoterapeuta y la persona en psicoterapia, resuelven los obstáculos que estén imposibilitando la realización de las tareas y estrategias.
- El registro de la sesión es imprescindible para una posible información, evaluación y seguimiento del caso. En la realización de estos resúmenes con información clave de la sesión, se repite lo dicho por la persona usando sus palabras y posteriormente se le pide retroalimentación de este, para lograr estar en sintonía con la persona y corroborar la información comprendida y se registra.
- Al concluir un ejercicio o sección de la sesión, con el fin de evaluar logros, se sugiere registrar de forma breve y concisa lo que se llevó a cabo, la experiencia del proceso realizado; en un tercer momento dentro de la sesión se refuerza el compromiso de la persona con su proceso psicoterapéutico (Oropeza, et al., 2008).

El tratamiento descrito en los párrafos previos a este, es un modelo de tratamiento recomendado por el Consejo de las Naciones Unidas CONADIC, por ser breve y flexible, aplicable ambulatoriamente o de manera residencial y en conjunto con la farmacoterapia, si así se requiere, se sugirió el uso de marcadores biológicos

(muestras de orina, por ejemplo) para tener evidencia de su validez, como lo han implementado en otros países.

Los tratamientos a nivel internacional que publicaron la evidencia de la disminución de los síntomas de abstinencia o/y disminución del consumo de cocaína, posterior al tratamiento, son los siguientes:

- En el año 2013 en Madrid, España, el estudio clínico sobre la terapia cognitivo conductual breve en un grupo de dependientes a cocaína realizado por Sánchez, E., Tomas, V., del Olmo, R. y Morales, E., → realizó la comparación de la situación de inicio del tratamiento a los seis meses posteriores → con una muestra final de 75 personas → donde se logró el mantenimiento de la abstinencia en un 63% de la población participante (SciELO).
- En el año 2009 en Colombia, se publicó la revisión de estudios clínicos, revisiones sistemáticas y metanálisis en español e inglés, que se produjeron en los 25 años previos a 2009 → con una selección total de 126 artículos con relevancia clínica y calidad metodológica → donde se expone el uso de la entrevista motivacional, intervenciones conductuales como la terapia dialéctica, la terapia cognoscitivo (proceso en la generación y asimilación de conocimiento) comportamental, un enfoque psicoeducacional para la prevención de recaídas con base en la terapia de doce pasos → Resultados: se encontró que la mayoría de los estudios disponibles, “extrapolaban resultados en ausencia de coherencia científica y terapéutica” (Gálvez, J. y Rincón, D. 2009, p. 169) (SciELO).
- En el año 2013 se publica en Chile la revisión sistemática de la producción internacional de ensayos clínicos aleatorizados y revisiones sistemáticas, sobre “intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas” realizado por Lefio A., Villaroel S., Rebolledo C., Zamorano P., y Rivas K. → su muestra fue de 69 estudios donde las intervenciones psicosociales demostraron eficacia → el tratamiento de terapia cognitivo conductual y la intervención familiar → Resultados:

“pequeña pero significativa eficacia demostrada de las intervenciones farmacológicas en conjunto con la intervención psicosocial, multidisciplinarias con enfoque cognitivo conductual y en relación activa con personas significativas, demostraron mejores indicadores de abstinencia y prevención de recaídas, así como algunas intervenciones farmacológicas específicas (Lefio A., Villaroel S., Rebolledo C., Zamorano P., y Rivas K., 2013) (SciELO).

- Para el año 2003, en Valencia, España, Sánchez, E. y Tomas et al., publican la revisión de distintos tipos de tratamiento psicológico → con base en los recomendados por el National Institute on Drug Abuse (NIDA) y la Sociedad de Psicología Clínica → Resultados: en su revisión, para el abuso y dependencia a cocaína, es la Terapia Cognitivo Conductual y la prevención de recaídas y los formatos de terapia breve, los que poseen validez empírica (ELSEVIER).
- En el año 2010 en España, Sánchez-Hervás, Secades-Villa, Zacarés-Romanguera, García Hernández, Santoja Gómez, García-Rodríguez realizan un análisis del programa de Enfoque de Reforzamiento Comunitario (CRA) para dependientes de cocaína → donde la muestra de 74 personas jóvenes asignadas aleatoriamente a los grupos de trabajo → se compara el Enfoque Clínico Habitual que se compone del enfoque cognitivo conductual enfocado en la prevención de recaídas, atención individualizada y ambulatoria durante seis meses; ante, los enfoques cognitivo comportamental y prevención de recaídas con base en la teoría del aprendizaje social y en los principios del condicionamiento operante → Resultado: las intervenciones son útiles y los datos que se obtuvieron del grupo en CRA, obtuvo mayores resultados, la permanencia en el tratamiento fue mayor, así como la disminución del consumo, se sugiere un seguimiento mayor de seis meses (Redalyc).
- Para el 2012, Fiestas F. y Ponce, en Perú, publica los resultados de su consulta sobre la “Eficacia de las comunidades terapéuticas, en el

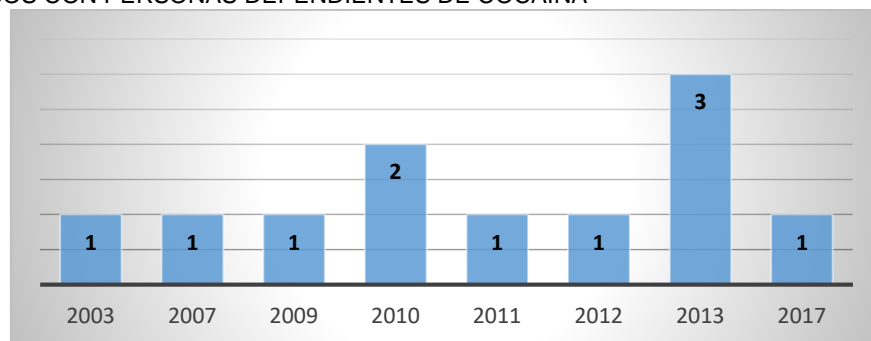
tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas". → revisión sistemática que obtuvo en primera instancia 477 referencias de las que se excluyen 467 por duplicaciones, no cumplir con las especificaciones de inclusión en título o resumen, o por no ser un estudio de comparación con otro método de tratamiento. → se ubicaron 5 publicaciones dentro de cuatro ensayos controlados, los estudios encontrados tenían limitaciones metodológicas de acuerdo al CONSORT, la diferencia de los estudios no permitió agrupamientos en el análisis → de ellos se desprende que los modelos específicos de Comunidad Terapéutica en prisión, mostraron mayor marginación; el modelo de Comunidad terapéutica ambulatoria, no presentó superioridad ante otro tratamiento ambulatorio. → Resultados: concluyendo así, que es insuficiente la evidencia científica que apoye la superioridad de las Comunidades Terapéuticas como más benéficas que otros modelos. Se sugiere el realizar ensayos clínicos con metodología rigurosa para resolver las controversias sobre la eficacia de este tipo de tratamiento (SciELO).

- En el año 2017, en Madrid, Massaro, A., en su tesis doctoral, describe su estudio de comparación y evaluación sobre el "Tratamiento basado en mindfulness para pacientes con adicción al alcohol y cocaína" → la muestra fue de 108 personas en dos grupos de tratamiento conformados de manera aleatoria → en uno de los grupos el tratamiento se basó en la prevención de recaídas basada en mindfulness MBRP y en el otro grupo se basó en la relajación usando la técnica progresiva de Jacobson y respiración diafragmática → Resultados: MBRP fue útil en esta población para lograr prevenir recaídas, presentaron una disminución de los días de consumo y bajo la impulsividad. Enfocar la atención y mantenerla sin juicio y análisis, puede favorecer a que los cambios perduren más tiempo, viéndolo como una oportunidad de lograr elementos o herramientas, para la gestión más funcional y adecuada del craving (Repósito de la Universidad Autónoma de Madrid).

- Para el año 2013 en España, Díaz, S. y Fernández, A. realizan una revisión bibliográfica basada en estudios de eficacia y efectividad de tratamientos para trastornos por dependencia de sustancias, → fueron seleccionado 361 estudios clínicos → 30 tipos de terapia psicológico conductual donde las terapias con mayor rigor metodológico son la intervención motivacional breve, entrenamiento de habilidades sociales, reforzamiento comunitario junto con el entrenamiento de habilidades social. Donde en el caso del tratamiento para personas consumidoras de cocaína, es útil el disulfiram junto con la terapia cognitivo conductual o bien disulfiram con la terapia de facilitación de 12 pasos → para las inducir un mayor nivel de abstinencia es adecuado el entrenamiento en habilidades sociales de afrontamiento con el uso de vales, vouchers o cupones → Resultados: resulta evidente el impacto positivo que ejerce el tratamiento farmacológico de la mano del psicológico.

En la figura 7, se puede observar que, de las bases de datos y artículos revisados, los que cumplían con los objetivos señalados en la investigación, es decir, de aquellas que realizaron una evaluación de su tratamiento, se seleccionaron 11, la distribución por año se observa en la figura 7.

FIGURA 6
DISTRIBUCIÓN POR AÑO DE LAS PUBLICACIONES DE TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS EXITOSOS CON PERSONAS DEPENDIENTES DE COCAÍNA



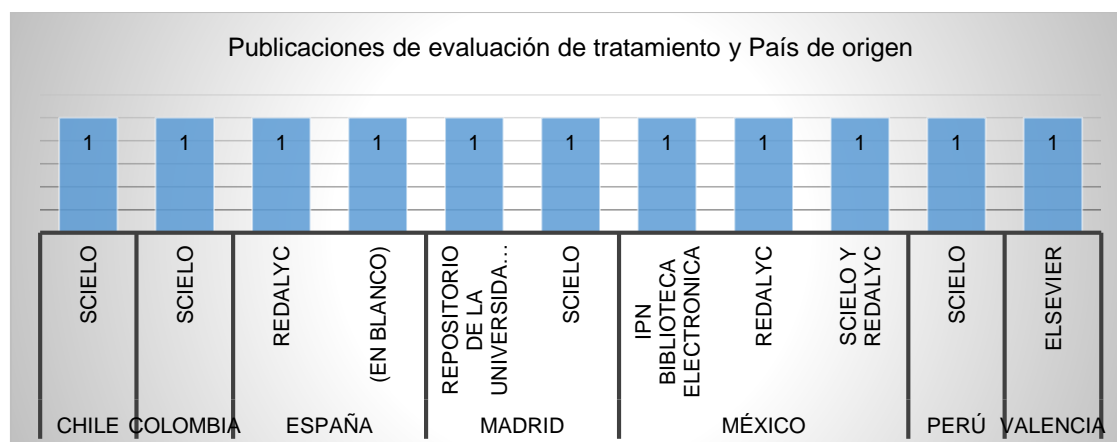
Nota: Información obtenida de diferentes bases de datos

A continuación, en la figura 8, se observa los países que han publicado evidencia sobre la evaluación de distintos tipos de tratamiento, se encontraron publicaciones que evaluaron la intervención psicoterapéutica en conjunto con la farmacológica, en intervenciones con personas dependientes de cocaína.

En las bases de datos electrónicas, el propósito fue encontrar publicaciones confiables, de acuerdo a lo estipulado por los investigadores en cuanto a los criterios de inclusión para la selección de estudios aleatorizados, y también, a ser considerados para los realizadores de investigaciones, donde elementos clave como los propuestos por CONSORT por ejemplo, pretenden ayudar a la creación y evaluación de las investigaciones para tener una más rápida respuesta cuando se busca información en las bases de datos electrónicas, también y de gran importancia, para la réplica de las investigaciones en otros países.

FIGURA 7

PUBLICACIONES DE EVALUACIÓN DE TRATAMIENTO Y PAÍS DE ORIGEN



Nota: información obtenida de diferentes bases de datos.

Capítulo V Conclusiones

Para analizar la efectividad o no del tratamiento empleado de acuerdo a los diversos programas de intervención ante el consumo de cocaína, surgen problemas ocasionados por los enfoques psicológicos con los cuales se trabaja, así como la presencia o no de tratamiento farmacológico, además de la diversidad de instrumentos de evaluación utilizados, si es necesario incorporar o no a uno o más integrantes de la familia desde el inicio del tratamiento y el tiempo de seguimiento después de haber concluido el tratamiento para detectar si se presenta o no recaída. Algunos de los enfoques empleados son:

- Terapia cognitivo conductual
- Terapia cognoscitivo social o Aprendizaje Biopsicosocial de Albert Bandura (1997).
- Terapia Breve cognitivo conductual
- Intervención Motivacional Breve
- Comunidad Terapéutica Ambulatoria
- Intervención psicosocial
- Principios del condicionamiento operante
- Entrenamiento de habilidades sociales
- Terapia Dialéctica
- Presencia de dos o más enfoques

Presentes en los artículos revisados:

- Mindfulness
- Auriculoterapia
- Programa de 12 pasos (en la revisión se encontró que reporta evidencia de mayor permanencia).

De los instrumentos utilizados en los programas de intervención ante el consumo de cocaína destacan los siguientes:

- Entrevista para recoger variables sociodemográficas elaboradas exprofeso
- Cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREEF)
- Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)
- Inventario de depresión de Beck (BDI).
- Instrumentos: Cuestionario de Craving de Cocaína
- EuropASI (Instrumento con adaptación europea, para evaluar la gravedad de la dependencia).
- Escala Multidimensional de Craving del Alcohol (EMCA)
- Perfil de Adicción de Maudsley (MAP)
- Autoinforme con base en el formato Likert
- Inventario de Impulsividad de Dickman (DII):
- Escala de salud psicológica MAP
- Perfil de Adicción de Maudsley.
- Autoregistro de consumo de cocaína (Sobell & Sobell, 1992).
- Cuestionario Diagnóstico del Consumo de Sustancias
- Cuestionario de Abuso de Drogas

De igual manera, es importante tener presente las consideraciones bioéticas que toda intervención requiere y que en toda estructura de cuerpos de investigación es necesario tener presente. Los derechos humanos, la relación ética y las interacciones, con toda persona, tanto con las/los profesionales con los que se labora, como con quienes se dirige la atención o servicio profesional, es menester una toma de decisiones consciente y responsable, un diálogo respetuoso y acuerdos que beneficien, sobre todo, el bienestar de la persona y el menor impacto negativo para quienes le rodean.

Las investigaciones sobre el consumo de sustancias adictivas y sobre las formas de intervención psicoterapéuticas en la actualidad se mantienen vigentes y requieren de sistematización e identificación de las metodologías que se han empleado para

estudiarlas. Actualmente, se considera que en los enfoques cuantitativos es útil el conteo y registro de casos, la metodología de encuesta sobre la población general y poblaciones especiales; para los enfoques mixtos es aceptado el uso de sistemas de información sobre el consumo de drogas y los estudios combinados; y finalmente, la incorporación de relatos, narraciones, técnicas cualitativas o estrategias de información rápida para los enfoques cualitativos desde hace casi dos décadas son útiles dentro de la investigación clínica respecto a adicciones (Linares y Cravioto 2003).

A lo anterior, se le suma o se le debe sumar la incorporación de elementos éticos para la evaluación de los protocolos cuyo objetivo es consolidar una mejora en la salud y bienestar de las personas. En el proceso de diseño es importante tener claridad en los criterios de selección de las personas, además de identificar, reconocer y hacerle de conocimiento a las y los participantes de los posibles riesgos y los beneficios durante el proceso psicoterapéutico y su estudio, estos beneficios deben ser mayores o proporcionales a los riesgos.

Es importante contar con expertos ajenos al grupo de investigación, que revisen de manera independiente el proceso de estudio e intervención psicoterapéutica, así también, es necesario proteger la privacidad de cada persona y solicitar el consentimiento informado.

En la investigación realizada se identificaron los enfoques en psicoterapia que fueron empleados: el psicoanalítico, el humanista, el cognitivo conductual y el sistémico. Por otra parte, la Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (UNODC), señala que el enfoque cognitivo conductual es el de mayor grado de eficacia en el tratamiento por consumo excesivo de drogas.

El enfoque cognitivo conductual se ha fortalecido con fundamentos del aprendizaje social y principios del condicionamiento operante, que, en conjunto con el reforzamiento comunitario, en investigaciones como las realizadas por Sánchez et al. (2016) en España, se obtiene mayor resultado, durabilidad de permanencia y disminución del consumo; en ese caso particular se sugirió un seguimiento mayor de seis meses.

Dentro de los elementos comunes de las intervenciones psicoterapéuticas destaca la motivación de la persona y su participación en las comunidades terapéuticas, así como su apertura para recibir el acompañamiento profesional, familiar o de alguien significativo.

Entre las diferencias que se encontraron en la intervención clínica fueron las que involucran las alteraciones a nivel neurofisiológico y el uso de medicamentos.

Ahora bien, las técnicas deben ser procedimientos o recursos que velan la integridad y valor humano, se hace mención de la escucha reflexiva, el uso de enunciados directos, habilidad para el uso de un tono de voz adecuado al igual que el lenguaje corporal donde este sea usado por los psicoterapeutas conscientes de su posible impacto, procurando transmitir el interés hacia la persona y al proceso psicoterapéutico.

En Madrid, se registró el uso de la relajación con la técnica progresiva de Jacobson dentro de un tratamiento basado en mindfulness para pacientes con adicción al alcohol y cocaína, esto dio resultados empíricos que sugieren beneficios al tratamiento de prevención de recaídas (Massaro, 2017), también se hizo mención de técnicas de relajación basadas en hipnosis.

En cuanto al número de sesiones, por ejemplo, con la terapia motivacional se encontró una evaluación de intervención individual donde se realiza una evaluación a la persona y posteriormente siguen cuatro sesiones en promedio, para que exista retroalimentación y se desarrollen estrategias que sirvan para enfrentar las situaciones que detonan el consumo, las sesiones subsecuentes sirven de seguimiento a la modificación de la conducta y pensamientos, revisando también las estrategias y fortaleciendo la abstinencia; a pesar de que la evidencia es con dependientes de nicotina, alcohol y marihuana (OEA, 2013), es útil ya que con frecuencia la dependencia a una sustancia va acompañada del consumo de otras sustancias.

En consumidores de alcohol y cocaína las sesiones reportadas van en promedio de una o dos sesiones por semana realizando pruebas de detección de drogas.

Y en el tratamiento con Terapia Breve Cognitivo conductual para consumidores con cocaína se realizan dos sesiones de evaluación y posteriormente un proceso donde las sesiones varían de acuerdo a las necesidades y habilidades de la persona en tratamiento. También se habla de seis sesiones grupales semanales de 90 minutos cada una.

En cuanto a estrategias, se apuesta a lo multidisciplinario desde hace tiempo, como se describió en el texto, en México al momento en que se realizó esta revisión, no se encuentran estudios clínicos aleatorizados a excepción del realizado en la Universidad Politécnica Nacional en México, sobre la auriculoterapia china que se hizo mediante un estudio clínico controlado donde los ejecutantes son un médico psiquiatra, un médico investigador, un alumno de la especialidad de acupuntura además de un terapeuta de terapia cognitivo conductual por parte del Centro de Adicciones y el empleo del medicamento Bromazepam, durante cinco semanas.

Quizá el empleo de Bromazepam señalado por Méndez (2010) en algunos casos pueda ser sustituido eventualmente o fortalecer el objetivo de su uso por la implementación de la respiración diafragmática ya que hay evidencia de su beneficio con el tratamiento basado en mindfulness de Massaro (2017). Con estas referencias no se quiere decir que sean las únicas prácticas, simplemente que en esta revisión fueron los estudios encontrados.

En los artículos revisados, se implementaron o se sugieren estrategias para el manejo del deseo de consumo, éstas deben ayudar a identificar las señales, antojos o estímulos que promueven el deseo; para la adherencia al tratamiento, sugieren la colaboración de algún miembro de la familia y el aprendizaje de toma de decisiones de manera asertiva.

Algo importante que destacar es lo sugerido por Marín-Navarrete et al. (2011) resultado la validación del Cuestionario general de Craving en la población mexicana, que el craving es un constructo multidimensional y para evaluarse no basta un ítem, que el uso de evaluaciones extendidas también puede ser un factor intrusivo y causar estados de craving.

Lo que también invita a reflexionar sobre la práctica y la durabilidad del proceso psicoterapéutico, no es posible ejecutar una misma estructura de

intervención, la evidencia de las intervenciones con psicoterapia Breve Cognitivo Conductual tiene tópicos que no siguen una línea forzada de aplicación ya que siempre dependerá de las características de cada persona, esto no es novedad, como se menciona en las aulas, en las prácticas profesionales del área clínica y por psicoterapeutas de amplia experiencia en el diseño y ejecución de la psicoterapia como las y los especialistas que asesoraban en el Centro Clínico de Psicología de la Universidad Autónoma de Puebla.

Cómo se puede ver, en México es poca la publicación de las intervenciones, la implementación de la auriculoterapia en el año 2010, puede verse como una invitación de incorporar elementos que hoy en día después de 10 años se mencionan con mayor fuerza en la ciencia.

Por ejemplo, hoy en día se apuesta por la efectividad de la incorporación de estrategias funcionales que también incluyen la modificación de hábitos alimenticios y de tener en cuenta la interacción existente entre la genética y el medio ambiente.

Sánchez Huesca y Templos Núñez (2022) afirman que “el ser humano es resultado de interacciones dinámicas complejas entre sus genes y su medio ambiente” (p.53) a esto se le ha denominado epigenética.

Si anteriormente ya había evidencia sobre que el origen de la adicción es multifactorial, hoy se refuerza cada vez en esa dirección lo que obliga a las y los psicólogos a esforzarse por atender y modificar la conducta que esté promoviendo o detonando diversas manifestaciones como la ansiedad, estrés o depresión, que pueden o no llevar al consumo de sustancias psicoactivas o algún comportamiento que posteriormente no se logren controlar y genere una dependencia.

Las predisposiciones genéticas dependen de muchas condiciones, entre otras, del medio ambiente, de las relaciones familiares y el contexto social para generar conductas adictivas o no.

Sugerencias de intervención psicoterapéutica:

Además de incorporar los elementos que favorecen la adherencia a la intervención psicoterapéutica y se ha enfatizado en la realización del trabajo multidisciplinario

para incrementar la eficacia de la intervención. Entre las especialidades que se considera necesario incorporar están la salud médica, psicoterapia, nutrición, arte y deporte o cultura física; además, que se establezca una fuerte alianza terapéutica orientada a promover el bienestar de la persona.

Entre los instrumentos que pueden emplearse en la intervención psicoterapéutica está el genograma o familiograma; en este instrumento se sistematiza la información del sistema familiar, se puede identificar a cada integrante de la familia, las formas de interacción y pautas de comportamiento que existen al interior de la familia, así como problemas de índole biológico, psicológico y sociales (Stange Espínola, 2010, p.83)

El familiograma puede ayudar a identificar que tan favorable o no puede ser la asistencia de los miembros de la familia.

En algunos casos se puede implementar el uso del Mandala o Rueda de la vida (Stange Espínola, 2010, pp. 83-86) para ayudar a identificar la forma en que se está enfrentando la vida en el momento presente.

También el test del árbol por Karl Koch (1962) sirve como los dos elementos anteriormente mencionados para entregar a la persona la responsabilidad de su vida, la cual se convierte en participante activa en la labor psicoterapéutica donde desarrollará habilidades y recursos propios, además de que es un instrumento que puede permitir que la persona evalúe aspectos que ya ha desarrollado o aquellos en los que debe esforzarse. A diferencia de los lineamientos señalados por Koch, en el Centro de Clínico de Psicología solo se solicita un árbol, en el cual la raíz representa los recursos de la persona, el pasado; el tronco que representa el presente; ramas y follaje que representan el futuro (Stange Espínola, 2010, p. 87-89).

Además, se considera que es necesario que se creen espacios de aprendizaje, por ejemplo, de oficios promoviendo la actividad económica, queriendo decir con esto que muchas veces las dificultades o problemas que detonan la ansiedad y una elevación del cortisol a un grado perjudicial no siempre es por causas psicológicas, sino debido a causas sociales.

El que la persona no esté en condiciones de cubrir necesidades humanas básicas, como las que menciona Maslow (1971), vulnera más a las personas e

incrementa los factores de riesgo, aunque muchas personas logran ser resilientes, otras pueden requerir de una puerta de oportunidad.

Por otra parte, las evaluaciones requieren estar basadas en principios bioéticos, empatía con intención de conocer y comprender la conducta en los contextos de la persona, validando el sentido de su sufrimiento. Y con estas líneas no se quiere decir que sea menester presentarse siempre así frente a cada persona, la complejidad del ser humano es amplia, las personalidades son varias, así como que es también un ser humano con determinadas características, habilidades y formas de ejecutar una intervención.

Por ello es justo e imprescindible mantener el respeto entre psicoterapeutas y todo profesional, evitando obstaculizar el crecimiento o el impacto de sus prácticas cuando estas son bien pensadas, con bases sólidas y sobre todo con un interés genuino de ayudar y fortalecer a otro ser humano; si la intervención psicoterapéutica sobrepasa a las características o condiciones que enfrenta la persona profesional, es factible canalizar o solicitar ayuda a otras personas expertas, lo importante es abonar al bienestar de la persona consultante y del psicoterapeuta mismo.

Se destaca la importancia de la crianza positiva, existen investigaciones que resaltan la evidencia de que los profesionales de la salud pueden contribuir a fundamentar y diseñar estratégicamente el cuidado afectivo tanto en lo clínico como en lo comunitario de las personas, ya Villegas, Alonso et al. (2014) precisaron la necesidad de dirigirse a la modificación de factores externos como lo son las conductas de parentales y evitar limitarse solo a las conductas que presentan los adolescentes.

Dentro del rubro de prevención, de ser el caso, orientar y dar a conocer los factores protectores en la prevención de las adicciones, incluso CONADIC proporciona un manual para el terapeuta de Prevención de las conductas adictivas a través de la atención del Comportamiento infantil para la crianza positiva que sirve como orientación a una práctica más integral.

También es adecuado conocer los procesos de duelo en el niño (Stange Espínola et al. 2015), para superar, desarrollar y fortalecer factores importantes como

la seguridad y la confianza, brindando oportunidad de expresar de sus emociones mediante una escucha atenta.

¿Por qué esto? Las investigaciones sobre temas como el previamente mencionado de epigenética, habla de cómo en algunas personas la adversidad ambiental, impacta de manera negativa sobre todo si se es portador del gen que regula el transporte de serotonina en el cerebro ya que esto se asocia a una escasa autorregulación emocional, conductual y posible consumo de drogas (Sánchez Huesca y Templos Núñez, 2022).

Sin embargo, hay evidencia de como “la predisposición genética no es destino” (Sánchez Huesca y Templos Núñez, 2022, p. 54) y la relación de afecto y cercanía en la familia puede evitar la expresión de los genes vinculados a la adicción.

Cabe añadir que es claro que todos los modelos vistos en esta revisión y las aportaciones son parte de la realidad. Y que quizá la poca publicación respecto a evidencia de efectividad y total abstinencia se deba a que como tal el consumo se logra moderar más no eliminar en su totalidad, no al menos en los tiempos de intervención.

Es adecuado que en la labor psicoterapéutica se indague en cuál está siendo la función de la sustancia que la persona está consumiendo de manera excesiva.

Para reflexionar, se agrega el siguiente podcast donde David Romanowsky (2022) hace referencia a Gabor Maté con su definición de adicción, “la adicción no es una persona, la adicción es una experiencia” ... evitar la estigmatización de la persona al etiquetarlo como adicto, dice que “la adicción es cualquier conducta o sustancia que produce alivio a corto plazo, consecuencias negativas a largo plazo, y pese a las consecuencias negativas a largo plazo repito la conducta o el consumo de las sustancias, puede ser el craving por consumir, alivio a corto plazo múltiples consecuencias negativas a largo plazo y pese a las consecuencias negativas repito la conducta o la sustancia. ¿Qué te da esa conducta o sustancia a corto plazo, cuales son los beneficios? (Se regalan dudas, 2018-presente, 27m)

Finalmente, del trabajo realizado se concluye la importancia de continuar con las investigaciones en psicoterapia y promover las publicaciones científicas de investigación y tratamiento.

Se observa que es necesario realizar y promover el trabajo de equipos multidisciplinarios debido a la complejidad del tema, así como el apoyo de la familia a través de la incorporación desde el inicio en el programa de tratamiento por lo menos de uno de los integrantes de la familia.

Si bien se reconoce la importancia de generar programas de intervención ante el consumo de diferentes estupefacientes, se considera imprescindible fortalecer y generar nuevos programas de prevención de las adicciones que consideren el contexto histórico social del contexto en el cual se va a aplicar. Además, evaluar de manera sistemática la efectividad de los mismos, más aún, desarrollar programas que ayuden a promover una vida saludable en la población, para lo cual es necesario generar condiciones sociales favorables para la población en general.

Referencias

- American Psychological Association. (1 de febrero de 2021). *American Psychological Association*. <https://www.apa.org/centrodeapoyo/entendiendo-la-psicoterapia#:~:text=La%20psicoterapia%20es%20un%20tratamiento,alguien%20objetivo%2C%20neutral%20e%20imparcial>.
- Berruecos Villalobos, L. (2007). El consumo de drogas en la Ciudad de México. *El Cotidiano* 22 (145), 105-113.
- Bonfill, X. (2001). Ensayos clínicos en intervenciones no farmacológicas. <https://steve.org/wp-content/uploads/2018/01/136818.pdf>
- CIE-10 (1992). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Organización Panamericana de la Salud. <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
- Cobos-Carbó, A., Augustovski, F. (2011). Declaración CONSORT: actualización de la lista de comprobación para informar ensayos clínicos aleatorizados de grupos paralelos. *Medicina Clínica*. Elsevier http://www.consort-statement.org/Media/Default/Downloads/Translations/Spanish_es/Spanish%20CONSORT%20Statement.pdf
- Colado, M. I. (2008). Éxtasis (MDMA) y drogas de diseño: estructura, farmacología, mecanismos de acción y efectos en el ser humano. *Trastornos Adictivos*, 10 (3), 175-182. doi:10.1016/S1575-0973(08)76365-7
- CONADIC (2019). *Informe sobre la Situación del Consumo de Drogas en México y su atención integral 2019*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/477564/Informe_sobre_la_situacion_de_las_drogas_en_Mexico_.pdf
- CONADIC (2020). Generalidades de los estimulantes tipo anfetamínico (énfasis en metanfetamina) http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/informe_anfetaminas.pdf

- Comisión Nacional de Bioética (conbioética) (s/f). Declaración de Helsinki. Antecedentes y posición de la Comisión Nacional de Bioética. <http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/helsinki.pdf>
- CONSORT (s/f). Transparent Reporting of Trials. <http://www.consort-statement.org/>
- Covarrubias, N. (2019). Uso Medicinal de la Marihuana. *Anestesia en México*, 31(2), 49-58. doi:ISSN 2448-8771
- Cruz Cruz, C., Vildaña Pérez, D., Mondragon y Kaleb, M., Martínez Ruiz, M., Olaiz Fernández, G., Hernández Lezama, L., Hernández Ávila, M., Barrientos Gutiérrez, T. (2019). Medición de drogas ilícitas en aguas residuales: estudio piloto en México. *Salud Pública de México*, 61(4), 461-469. doi:doi.org/10.21149/9819
- Damin, C. y Grau, G. (2015). Cocaína. *Acta bioquímica clínica latinoamericana* 49 (1), 127-137 <http://www.redalyc.org/pdf/535/53541285011.pdf>
- DSM – 5 (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5° edición. Asociación Americana de Psiquiatría. Panamericana. <https://www.bibliopsi.org/docs/guia/DSM%20V.pdf>
- ENCODAT (2016-2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (2016-2017). http://inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/ena/ENCODAT_DROGAS_2016-2017.pdf
- ENA (2008). Encuesta Nacional de Adicciones. http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf
- (ENA) (2011). Encuesta Nacional de Adicciones http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf
- Feixas, G. & Miro, Ma.T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Paidós.
- Fernández, V. (1991) *Psicoterapia estratégica. Razo impresores*.
- Fiestas, F. y Ponce, J. (2012). Eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática. *Rev Peru Med Salud Publica* 29 (1), 12-20
- Gárciga Ortega, O., Surí Torres, C., & Rodríguez Jorge, R. (2015). Consumo de drogas legales y estilo de vida en estudiantes de medicina. *Revista Cubana*

- de Salud Pública*, 41, (1), 4-17.
<http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/issue/view/23>
- González Carrero, A. y González Isea, E. (1990). *Drogas que producen dependencia*. Monte Avila.
- Glockner Rossainz, J. (2011). Drogas y conducta. *Elementos: Ciencia y Cultura*, 19(82), 59-64. <http://www.redalyc.org/pdf/294/29418148010.pdf>
- González Carrero, A., & González Isea, E. (1990). *Drogas que producen dependencia*. Monte Alva
- Grant, S., Mayo-Wilson, E., Montgomery, P., McDonald, G., Michie, S. Hopewell, D., & on behalf of the CONSORT-SPI Group (2018). CONSORT-SPI 2018 Explanation and Elaboration: guidance for reporting social and psychological intervention trials
https://www.google.com/search?q=traductor+google&rlz=1C1CHBD_esMX913MX913&oq=TRADUCTOR&aqs=chrome.1.69i57j35i39j0i67i433j0i67j0i67i433j0i67j0i433i512l3j0i67i433.4422j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ta ed.). McGraw-Hill.
- Huerta Lozano, F., Gaona Márquez, L., Hernández Delgado, M., Ortiz Gonzáles, V., Rivas Alvarado, J. (2016). *Guía de Intervención Clínica para Terapia Individual*. Centros de Integración Juvenil, A.C.
- IDPC (2016). *Guía sobre Políticas de Drogas del Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas 3ª edición*. International Drug Policy Consortium Publication 2016. http://fileserv.idpc.net/library/IDPC-Drug-Policy-Guide_SPANISH_FINAL.pdf
- Instituto de Salud Carlos III (2020). *Tipología de estudios clínicos*.
https://www.conprueba.es/sites/default/files/informes/2020-06/TIPOLOG%C3%8DA%20DE%20ESTUDIOS%20CL%C3%8DNICOS_1.pdf
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM); Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Reporte de Drogas*.
<http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/enaotrasdrogas.pdf>

- Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la CDMX Página oficial.
<http://www.iapa.cdmx.gob.mx/> Jiménez Silvestre, K., & Castillo Franco, I. (2011). A través del cristal. La experiencia del consumo de metanfetaminas en Tijuana. *Región y Sociedad*, 23 (50). doi: ISSN 1870-3925
- Lefio A., Villaroel S., Rebolledo C., Zamorano P., y Rivas K., (2013). Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. *Rev. Panam Salud Publica*. 34(4):257-266.
- Ley General de Salud (2021). Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, Texto Vigente. Última reforma publicada DOF 22-11-2021.
- Linares, N. y Cravioto, P. (2003). Principales enfoques y estrategias metodológicas empleados en la investigación del consumo de drogas: la experiencia en México. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19(2)
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000200012&lng=es&tlng=es.
- Maslow Abraham, H. (1971). *La personalidad creadora*. Kairós.
- Massaro A., (2017). Tratamiento basado en mindfulness para pacientes con adicción al alcohol y cocaína. (Tesis doctoral). *Universidad Autónoma de Madrid*.
- Mata Mendoza, A., & Echeverría San Vicente , L. (1985). Rehabilitación de niños y jóvenes farmacodependientes a través de un programa comunitario de consulta externa. *Salud mental*, 8 (3), 73-80.
http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/242/242
- Martínez, N., Sánchez, G., Vázquez, L. y Tiburcio, M. (2016). Las aportaciones de 40 años de investigación epidemiológica en México sobre consumo de solventes inhalables. *Salud mental* 30 (2) 85-97 ISSN: 0185-3325 DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2016.005.
- Méndez, Núñez, V. (2010). Efecto coadyuvante de la auriculoterapia en la modificación del Craving de pacientes adictos a la cocaína. (Tesis de especialidad). *Instituto Politécnico Nacional*, México.
<https://tesis.ipn.mx/jspui/bitstream/123456789/6345/1/EFECTOCOADYUV.pdf>

- Moher, D., Schulz, K. y Altman, D., (2002). La Declaración CONSORT: Recomendaciones realizadas para mejorar la calidad de los informes de ensayos aleatorizados de grupos paralelos. *Rev. Sanid Milit Mex* 56 (1) 23-28
- Mosquera, Téllez, J. y Cote, Menéndez, M. (2006). Alcohol etílico: Un tóxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb*, 54(1), 32-47.
- Nicolini Sánchez, H. (2015). Retos de la genómica de las enfermedades mentales y las adicciones. En M.E. Medina Mora (Coord.), *Hacia dónde va la Ciencia en México. Salud Mental y Adicciones* (pp. 87-92) México: CONACYT.
<https://www.ccciencias.mx/libroshdvcn/12.pdf>
- OEA (2013). Organización de los Estados Americanos. El problema de las drogas en las Américas. Drogas y salud pública. *OEA documentos oficiales*. (pp.1-84) ISBN 978-0-8270-6001-2
http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informedrogas2013/drugspublichealth_esp.pdf
- OMS, (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/iris/handle/10665/44000>
- OMS (2014b). Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva N° 364. El embarazo en la adolescencia.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
- OMS (2019). Comité de expertos de la OMS en Farmacodependencia, 41° informe.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344383/9789240019683-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- OPS, OMS, UNODC, UNDC. (2014). Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia.
https://oig.cepal.org/sites/default/files/informe_sobre_la_situacion_mundial_de_la_prevencion_de_la_violencia.pdf
- Oropeza, R., Medina, M. y Sánchez, J. (2007). Evaluación de tratamiento breve para usuarios de cocaína. *Revista Mexicana Psicología* 24(2), 219-231.
- Oropeza, R., Fukushima, E. y García, L. (2008). Descripción y características del Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína, tercera versión (TBUC) CEAA.

Anuario de investigaciones en adicciones.

<https://biblat.unam.mx/hevila/Anuariodeinvestigacionenadicciones/2008/vol9/no1/3.pdf>

- Ortiz, A., Soriano, A., Galván, J., y Meza, D. (2005). Tendencias y uso de cocaína en adolescentes y jóvenes de la ciudad de México. Sistema de reporte de información en drogas. *Salud Mental*. 28 (2), 91-97.
- Robledo, P. (2008). Las anfetaminas. *Trastornos Adictivos*, 10(3), 141-220. doi: 10.1016/S1575-0973(08)76363-3
- Rodríguez, R. (2012). Los productos de Cannabis sativa: situación actual y perspectivas en medicina. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252012000300009&script=sci_abstract
- Rojas, E., Real, T., García, S. y Medina, M. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud Mental* 34 (4), 351-365. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000400008
- Rozemblum, C.; Uzurrungaza, C.; Benzato, G. y Pucacco, C. (2015). Calidad editorial y calidad científica en los parámetros para inclusión de revistas científicas en base de datos en Acceso Abierto y comerciales. *Palabra Clave (La Plata)*, 4, (2), 64-80. <http://www.palabraclave.fahce.unlp.edu.ar/article/view/PCv4n2a01>.
- Sánchez Huesca, R. y Templos Núñez, L. (2022). Una mirada a la genética y epigenética en adicción a sustancias. *Revista internacional de investigación en adicciones*, 2022. 8 (1). 51-56. DOI: <https://doi.org/10.28931/riiad.2022.1.06>
- Sánchez, E., Tomás V., Del Olmo, R., Molina, N. y Morales, E. (2016). Terapia cognitivo conductual breve en un grupo de dependientes a drogas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* (81), 21-29.
- Secretaría de Salud y Comisión Nacional contra las adicciones (CONADIC), (2019). Informe sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención integral 2019. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/477564/Informe_sobre_la_situacion_de_las_drogas_en_Mexico_.pdf

Secretaría de Salud y CONADIC. (s/f) *Modelos preventivos*.

<http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/modprev.pdf>

Secretaría de Salud y CONBIOÉTICA. (2018). Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités de Éticas en Investigación

<http://www.conbioetica->

[mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Guia_CEI_paginada_con_forros.pdf](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Guia_CEI_paginada_con_forros.pdf)

Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Instituto Nacional de Salud Pública y Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC). (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. Resumen Metodológico*.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234804/RESUMEN_METODOL_GICO.pdf

Servicio Médico Forense (SEMEFO)

Serrano Flyckt, I. Diez Martinez y Day, O. (2010). *Drogas y Conducta*. Fundación Universidad de las Américas, Puebla.

SISVEA (2016). Informes Anuales del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informes-anuales-sistema-de-vigilancia-epidemiologica-de-las-adicciones>

https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/info_sisvea/informes_sisvea_2016.pdf

Souza y Machorro, M. (2014). Las Adicciones en México: una visión terapéutica de sus mitos y metas. *Revista de la Facultad de Medicina* 57(2), 15-24.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000200015&lng=es&tlng=es.

Stange Espínola, I., Guede Guerra, R.M, Moreno Salazar, M. A., Lecona Pintado, O. G., Cruz García, S.P. (2015) El proceso de duelo en el niño. Orientación familiar y estrategias terapéuticas. En Ortiz, G. y Stange, I. (comp.), *Psicología de la salud. Diversas perspectivas para mejorar la calidad de vida*. (108-141), Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

- Stange Espínola, I. (2010). Suicidio y psicoterapia. En Eguiluz, L. (comp.). *¿Qué podemos hacer para evitar el suicidio?* (pp. 77-92). PAX
- Se regalan dudas (Anfitrión). (2018-presente). Emociones y consumo de sustancias (N°244) [Episodio de Podcast] En *Se regalan dudas*. Spotify.
- UNICEF (2019). UNICEF para cada infancia- México
<https://www.unicef.org/mexico/protecci%C3%B3n-la-ni%C3%B1ez-y-adolescencia>
- UNICEF (2020). Violencia contra niñas, niños y adolescentes en tiempos de COVID-19 <https://www.unicef.org/lac/informes/violencia-contraninas-ninos-y-adolescentes-en-tiempos-de-covid-19>
- UNODC (2012). Informe Mundial sobre las drogas 2012. Resumen Ejecutivo.
https://www.unodc.org/documents/data-and-%20analysis/WDR2012/WDR_2012_%20Spanish_web.pdf
- UNODC (2013). Resumen Ejecutivo. Informe Mundial Sobre las Drogas 2013.
www.cinu.mx/eventos/WDR2013%20resumen%20espa%C3%B1ol%20%281%29.pdf
- UNODC (2014). Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito. Informe Mundial sobre las drogas 2014.
https://www.unodc.org/documents/wdr2014/V1403603_spanish.pdf
- UNODC (2015). Informe Mundial sobre las Drogas.
https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf
- UNODC (2016a). Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito. Viena. Informe Mundial sobre las Drogas.
https://www.unodc.org/doc/wdr2016/V1604260_Spanish.pdf
- UNODC (2016b). NSP Nuevas Sustancias Psicoactivas
https://www.unodc.org/documents/scientific/NPS_leaflet_2017_ES.pdf
- UNODC (2016c). México monitoreo de Cultivos de Amapola 2014-2015
<https://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Mexico/Mexico-Monitoreo-Cultivos-Amapola-2014-2015-LowR.pdf>
- UNODC (2017). Informe Mundial sobre las drogas 2017.
https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf

UNODC (2018). Informe Mundial sobre las drogas 2018.

https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf

UNODC (2018). Informe Mundial sobre las drogas 2020

https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2020/06_26_Informe_Mundial_Drogas_2020.html, <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>

Villegas Pantoja, M. Á., Alonso Castillo, MM, Alonso Castillo, BA, y Martínez

Maldonado, R. (2014). Percepción de crianza parental y su relación con el inicio del consumo de drogas en adolescentes mexicanos. *Aquichán*, 14 (1), 41-52.

Villatoro Velázquez, J. A., Medina-Mora Icaza, Ma. E., Del Campo Sánchez, R. M.,

Fregoso Ito, D. A., Bustos Gamiño, M. N., Resendiz Escobar, E., Mujica Salazar, R., Bretón Cirett, M., Soto Hernández, I. S., Cañas Martínez, V. (2016). El consumo de drogas en estudiantes de México: tendencias y magnitud del problema *Salud Mental* 39 (4), 193-203.

<https://www.redalyc.org/pdf/582/58246494002.pdf>

Wills, B., Buitrago, A., Romero, N. y Soto, M. (2014). Infarto agudo al miocardio inducido por heroína. *Revista colombiana de cardiología* 21 (5), 327-33.

https://www.rccardiologia.com/previos/RCC%202014%20Vol.%2021/RCC_2014_21_5_SEP-OCT/RCC_2014_21_5_327-331.pdf

World Health Organization. (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas.

Companion volume to: *Lexicon of psychiatric and mental health terms*. 2nd ed.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44000/1/9241544686_spa.pdf

Apéndice A

Ficha de registro de las características y aportaciones de las publicaciones seleccionadas:

Referencia Bibliográfica	Diseño del método	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados, conclusiones y sugerencias	Base electrónica
(1) Sánchez, E., Tomás V., del Olmo, R., Molina, N. y Morales, E. (2013). Terapia cognitivo conductual breve en un grupo de dependientes a drogas. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. (81)21-29	Seguimiento de 6 meses. Ambulatorio. Recolección de datos correspondientes a la línea base y se compararon resultados a los seis meses iniciado el tratamiento.	107 participantes diagnóstico de dependencia a sustancias (DSMIV), 31 dependientes de alcohol, 31 dependientes de heroína, 45 dependientes a cocaína. Resultados de 75, el resto abandono el tratamiento y no pudieron ser localizados.	Modelo de tres fases: Evaluación: hacia el consumo y abstinencia; motivación y procesos de cambio (Prochaska, DiClemente y Nocross). Psicopatología mediante entrevista y cuestionarios. Se prevé la reacción ante desintoxicación reduciendo así intensidad de distress. Elección del recurso terapéutico adecuado para la	63% se encontraba abstinentes. Sugieren es adecuada una muestra con mayor número de pacientes, y tiempo de seguimiento mayor.	SciELO Madrid Muestra referencia completa dentro de SciELO, en la descarga pdf no.

Referencia Bibliográfica	Diseño del método	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados, conclusiones y sugerencias	Base electrónica
			<p>Desintoxicación: informar y prever proceso farmacológico, valora motivación y expectativas, intervención motivación (Miller y Rollnick).</p> <p>Deshabitación: Valora desintoxicación y psicopatología tras el proceso farmacológico.</p> <p>Pone en marcha programas específicos e intervención (ansiedad, depresión, habilidades sociales).</p>		
Instrumentos:					
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Entrevista para recoger variables sociodemográficas. 					

Referencia Bibliográfica	Diseño del método	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados, conclusiones y sugerencias	Base electrónica
				<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREEF) no mide síntomas o enfermedad, solo efectos de la intervención sanitaria en la calidad de vida. ➤ Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), mide conceptos independientes de ansiedad. ➤ Inventario de depresión de Beck (BDI). ➤ Brief Symptom Inventory (BSI), evalúa la intensidad psicopatológica del encuestado. 	
Referencia Bibliográfica	Diseño del método	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados, conclusiones y sugerencias	Base electrónica
(2) Gálvez Flórez, J. y Rincón Salazar, D. (2009) Manejo clínico de pacientes con diagnóstico dual: tratamiento con trastornos psiquiátricos mayores. Rev. Colomb. Psiquiat. 38 (1):143-176.	Búsqueda de literatura biomédica en Medline, OVID, Proquest, SciELO y EMBASE. Diagnóstico dual con tratamiento y pronóstico, estudios clínicos, revisiones sistemáticas y/o metanálisis en español o inglés en los últimos 25 años en la población farmacodependiente adulta.	Número de publicaciones revisadas: 246 artículos arrojados en la búsqueda, se seleccionaron 126, considerados de relevancia clínica por calidad metodológica y resultados en términos de seguridad, eficacia y efectividad. La muestra de cada estudio, se especifica en la descripción de la	Relacionado al área de psicoterapia: Entrevista motivacional. Intervenciones conductuales: terapia dialéctica conductual de Linenhan, Van Den Bosch, Van de Brink y cols. (58 mujeres trastorno límite TPL). El impacto de las intervenciones conductuales sobre los síntomas de	“La mayoría de estudios disponibles extrapolan resultados en ausencia de coherencia científica y terapéutica” (Gálvez, J. y Rincón, D. 2009, pág. 169)	SciELO Colombia Se realiza una descripción general de cada estudio encontrado.

Referencia Bibliográfica	Diseño del método	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados, conclusiones y sugerencias	Base electrónica
		misma dentro de la revisión.	<p>trastorno de estrés postraumático TEPT en pacientes cocainómanos fue evaluado en una muestra de 118 pacientes afectados por ambos trastornos.</p> <p>Terapia cognoscitivo-comportamental (TCC), 96 pacientes a recibir tratamiento convencional de prevención de recaídas.</p> <p>Intervenciones psicoeducativas grupales (Se realizaron</p> <p>seis sesiones semanales, de 90 minutos cada una, comparándolo con</p>		

Referencia Bibliográfica	Diseño del método	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados, conclusiones y sugerencias	Base electrónica
			una intervención psicoeducacional; los grupos de apoyo basados en la terapia de los doce pasos han sido evaluados en 230 pacientes.		
Referencia Bibliográfica	Diseño del método	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados, conclusiones y sugerencias	Base electrónica
(3) Méndez, Núñez, V. (2010). Efecto coadyuvante de la auriculoterapia en la modificación del Craving de pacientes adictos a la cocaína. (Tesis de especialidad). Instituto Politécnico Nacional, México.	Estudio clínico, controlado, prospectivo, longitudinal, comparativo, cualitativo (Méndez, V., 2010).	54 pacientes, 18 en cada grupo, 1, 2 y 3. Dependientes únicamente de cocaína.	Terapia cognitivo conductual y bromazepan, dentro del Centro de Adicciones Nezahualcoyotl, México. Grupo 1: auriculoterapia; gpo 2: auriculoterapia más tachuelas; gpo 3: tratamiento convencional por médicos del Centro de atención, sin auriculoterapia.	El análisis de los resultados fue mediante la prueba estadística ANOVA. Mediante el test de Craving, arrojó que el tratamiento con tachuelas y agujas (Auriculoterapia) disminuye más el Craving,	Biblioteca electrónica del IPN

Referencia Bibliográfica	Diseño del método	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados, conclusiones y sugerencias	Base electrónica
Instrumentos: Cuestionario de Craving de Cocaína, CCQ.					
Referencia Bibliográfica	Diseño del método	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados, conclusiones y sugerencias	Base electrónica
(4) Lefio A., Villaroel S., Rebolledo C., Zamorano P., y Rivas K., (2013) Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. Rev. Panam Salud Publica. 34(4):257-266. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.	Revisión sistemática con búsqueda y análisis de la literatura nacional e internacional, español e inglés, consultadas en bases de datos internacionales, incluidos ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas, excluidos: estudios de observación, cualitativos y de calidad metodológica menor.	69 estudios Intervenciones psicosociales con eficacia demostrada. → La mayoría de las revisiones, son estudios realizados con consumidores de alcohol. a) 1 estudio con muestra de consumidores dependientes de alcohol, cocaína y heroína. b) 1 de dependientes de cocaína, 80% son hombres.	Terapia cognitivo conductual Intervención familiar Intervención de autoayuda vía internet Terapia conductual de pareja Refuerzo comunitario y entrenamiento familiar, seguimiento y apoyo telefónico Terapia integrada del trastorno por abuso de sustancias con	La eficacia demostrada por las intervenciones psicosociales y farmacológicas es pequeña pero significativa. Intervenciones multidisciplinares con enfoque cognitivo conductual e interacción con personas significativas y allegadas al consumidor, demostraron mejores indicadores de abstinencia y prevención de	SciELO Chile El estudio a) aumento la tasa de compromiso, se utilizó acamprosanto, calidad mediana. c) Retención del tratamiento, calidad mediana. c) No redujeron el uso de cocaína y no mejoraron la mantención en el tratamiento; calidad alta. d) eficacia en aumentar los uroanálisis libres de

Referencia Bibliográfica	Diseño del método	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados, conclusiones y sugerencias	Base electrónica
		<p>c) 1 población adulta dependiente de cocaína (dieciséis estudios, han inscrito a 1,345 pacientes. Se han investigado siete fármacos con efecto psicoestimulante o metabolizados a psicoestimulante: bupropión, dexanfetamina, metilfenidato, modafinilo, mazindol, metanfetamina y selegilina)</p> <p>d) 1 población adulta dependiente de heroína y población adulta dependiente de heroína más cocaína.</p>	<p>comorbilidad ansiosa y depresiva</p> <p>Intervención farmacológica con eficacia: acamprosato, dielamida, LSD y benzodiazepinas en consumo problemático de alcohol</p> <p>Terapia de mantención con opioides en altas dosis.</p>	<p>recaídas, así como algunas intervenciones farmacológicas específicas.</p>	<p>heroína. Calidad alta.</p> <p>*Estudios clínicos</p>

Referencia Bibliográfica	Diseño del método	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados, conclusiones y sugerencias	Base electrónica
--------------------------	-------------------	---------	---------------------	--	------------------

Características de los estudios para el tratamiento de personas dependientes de cocaína:

- a) Rozen, H., de Waart, R. y van der Kroft, P. (2010). Refuerzo comunitario y capacitación familiar: una opción eficaz para involucrar en el tratamiento a personas que abusan de sustancias resistentes al tratamiento. *Adicción* 105(10):29-38. Inglaterra. DOI: 10.1111 / j.1360-0443.2010.03016.x Nos dice que el **refuerzo comunitario y el entrenamiento familiar (CARF)** alentó aproximadamente a dos tercios de las personas en tratamiento a asistir. Para leer el texto completo tiene costo.
- b) Alvarez, Y., Farré, M., Fonseca, F. y Torrens, M. (2010). Fármacos anticonvulsivos en la dependencia de la cocaína: revisión sistemática y metanálisis. *J Trado de abuso de sustancias* 38(1): 66-73. DOI: 10.1016/j.jsat.2009.07.001 Se trata de una **revisión sistemática y un metanálisis de acuerdo con la metodología desarrollada por la Colaboración Cochrane y la declaración Quality of Reporting of Meta-Analysis** que se basa en **ensayos controlados aleatorios para evaluar la eficacia de los anticonvulsivos en sujetos con dependencia de la cocaína**. Los tratamientos no mostraron una mejora en la retención de sujetos en comparación con el placebo y mitad de los participantes se perdieron durante el seguimiento.
- c) Castells, X., Casas, M., Pérez, C., Roncero, C., Vidal, X. y Capellá, D. (2010). *Syst Rev de la base de datos Cochrane*. (2). DOI: 10.1002/14651858.CD007380.pun3
Terapia de reemplazo con psicoestimulantes, ningún fármaco estudiado fue eficaz en ninguno de los resultados restantes.
- d) Castells, X., Kosten, T., Vidal, X. y Casas, M. (2009). Eficacia de la terapia de mantenimiento de opiáceos e intervenciones complementarias para la dependencia de opiáceos con trastornos comórbidos por consumo de cocaína: una revisión sistemática y metanálisis de ensayos clínicos controlados. *DARE*
Los autores concluyeron que la dependencia dual de opioides y cocaína podría tratarse de manera eficaz con terapia de mantenimiento de opioides en combinación con otras intervenciones (no se especifican).

Referencia Bibliográfica	Diseño del método	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados, conclusiones y sugerencias	Base electrónica
(5) Sánchez Hervás, E. y	Se revisaron diferentes tipos de	No se especifica	Para el abuso y dependencia a	Terapias de corte cognitivo-	ELSEVIER

Referencia Bibliográfica	Diseño del método	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados, conclusiones y sugerencias	Base electrónica
Tomas Gradolí, V. (2001). Tratamiento. Intervención psicológica en conductas adictivas. Trastornos Adictivos. 3(1):21-27. Valencia	tratamientos psicológicos con soporte empírico y recomendados por el National Institute of Drug Abuse y la Sociedad de Psicología Clínica (División 12 de la Asociación Psicológica Americana). Revisión de algunos tratamientos con formato de intervención psicológica breve recomendados por el Centre for Substance Abuse Treatment.		cocaína: Terapia cognitivo-conductual Terapia cognitivo-conductual de prevención de recaídas	conductual poseen validez empírica en este ámbito y formatos de terapia breve.	Valencia

Las terapias que describe por su evidencia empírica y efectividad en los procesos psicoterapéuticos con personas dependientes de sustancias son las siguientes:

Terapias de corte cognitivo-conductual poseen validez empírica en este ámbito y formatos de terapia breve. Dentro de la terapia breve:

Referencia Bibliográfica	Diseño del método	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados, conclusiones y sugerencias	Base electrónica

Es posible leer el artículo completo en el siguiente enlace <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-intervencion-psicologica-conductas-adictivas-13012721> Es libre, no tiene costo.

Referencia Bibliográfica	Diseño del método	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados, conclusiones y sugerencias	Base electrónica
(6) Sánchez, E., Zacarés, F., Secades, R. y García, G. (2010). Terapia conductual para adictos a la cocaína: resultados de un estudio de seguimiento a seis meses. <i>Revista Mexicana</i>	Análisis del programa Enfoque de Razonamiento Comunitario (CRA) para adictos a la cocaína. Criterios de inclusión: mayores de edad, criterios diagnósticos DSM IV TR dependencia a la cocaína. De exclusión: personas con cuadros	74 personas (86%) hombres, media de 31.2 +-6.3años y un promedio de 5.8+- 1.1 criterios de dependencia a la cocaína vía de administración nasal, tratados durante los años 2007-2008 Asignados aleatoriamente a dos grupos de	En el Enfoque Clínico Habitual: Enfoque cognitivo conductual enfocado en prevención de recaídas. Atención individualizada y de necesitarse familiar, una vez por semana, orientada a la abstinencia, de	Los procedimientos de intervención de evaluados se asociaron con mejoras en las distintas medidas de evaluación. Algunas variables evaluadas no se encontraron diferencias significativas, sin embargo, los datos mostraron que el	Redalyc España *Estudio clínico

Referencia Bibliográfica	Diseño del método	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados, conclusiones y sugerencias	Base electrónica
de Psicología 27(2):159-167	<p>psicopatológicos graves como psicosis o demencia, que presenten un diagnóstico principal a otra sustancia psicoactiva.</p> <p>Tratamiento ambulatorio público del Departamento 10 de la Consejería de Sanidad de Valencia, problemas por consumo de sustancias psicoactivas.</p>	<p>tratamiento: experimental CRA (n=40), control (ECH) (n=34)</p> <p>Informados sobre las características del programa, se aseguró anonimato y confidencialidad, dando su consentimiento durante la fase de admisión.</p> <p>Nota: Enfoque clínico habitual (ECH)</p>	<p>aplicación ambulatorio.</p> <p>Duración de seis meses.</p> <p>Enfoques cognitivo comportamentales, prevención de recaídas, son con base en la teoría del aprendizaje social y en los principios del condicionamiento operante.</p> <p>Enfoque de Reforzamiento Comunitario CRA: Integra intervenciones comportamentales y farmacológicas (disulfiram). Aplicable individual y en grupo.</p>	<p>grupo CRA obtuvo mejores resultados que el grupo ECH en las medidas: tasa de retención, consumo de cocaína y gravedad adictiva.</p> <p>Se sugiere prolongar al menos a un año el tiempo de seguimiento para determinar los posibles efectos a largo plazo del tratamiento, ya que este, mantuvo 24 semanas de seguimiento.</p> <p>Las limitaciones: pueden ser generalizables a otros países, en especial donde la vía de administración no sea intranasal.</p>	

Referencia Bibliográfica	Diseño del método	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados, conclusiones y sugerencias	Base electrónica
			<p>Hace uso del Enfoque multicomponente biopsicosocial: haciendo hincapié en el cambio de contingencias ambientales en diferentes áreas vitales: trabajo, familia, actividades recreativas y más. Pretende promover un estilo de vida más gratificante que el uso de sustancias.</p>	<p>Hacer un esfuerzo para contemplar la utilización de incentivos junto con el programa CRA en entornos de tratamiento públicas de tratamiento para comprobar si los buenos resultados obtenidos, son aplicables a otros entornos culturales y a redes públicas de tratamiento.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ EuropASI: Instrumento con adaptación europea, para evaluar la gravedad de la dependencia a través de seis áreas: situación médica, empleo, consumo de alcohol, consumo de drogas, situación legal, situación familiar/social y estado psiquiátrico, realizada por un miembro diferente a quién aplico los tratamientos. ➤ Controles analíticos semanales (lunes y viernes). Para evaluar la abstinencia a la cocaína. ➤ Test Miltidrog-cocaína (España): inmunoensayo por cromatografía para la determinación de benzoilecgonina, metabolito de la cocaína en orina a un nivel de concentración de 300ng/ml. Para evaluar la abstinencia a la cocaína. Muestra recogida por personal del mismo sexo. ➤ Enfoque Clínico Habitual: Se basó en el Enfoque cognitivo conductual basado en la prevención de recaídas: Objetivo: anticipar y afrontar recaídas en el proceso de cambio de la conducta. Involucró: reducción de la exposición a la cocaína, estrategias de manejo de deseos de consumo, apoyo y asesoramiento para manejo de 					

Referencia Bibliográfica	Diseño del método	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados, conclusiones y sugerencias	Base electrónica
<p>ansiedad y estados de ánimo negativos, prevención sobre uso de otras sustancias, desarrollo de actividades alternativas al consumo de cocaína.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Enfoques cognitivo comportamentales como la prevención de recaídas, con base en el aprendizaje social y principios de condicionamiento operante. Tiene como rasgos definitorios: ➤ Énfasis en el análisis funcional del consumo de spa, se quiere entender el consumo en el contexto de sus antecedentes y consecuencias. ➤ Entrenamiento de habilidades, la persona aprende a reconocer las situaciones o estados en los que se ve mayormente vulnerable al consumo, citan a Carroll (1998) y a Marlatt y Gordon (1995), estos investigadores mencionados, compartieron que la producción científica, hasta ese momento, establece a los enfoques cognitivo comportamentales, con mayor y fuerte apoyo empírico para usarse en el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias incluso en el tratamiento ambulatorio de dependientes a la cocaína, citando a Carroll y Onken (2005). ➤ Enfoque de Reforzamiento Comunitario CRA: Enfoque multicomponente biopsicosocial, que se propone modificar estilos de vida relacionados con el uso de sustancias. ➤ CRA: le es fundamental, la importancia e impacto del medio ambiente, así pues, se centra en los recursos alternativos positivos del entorno social. ➤ CRA: desarrollo de actividades sociales gratificantes, incompatibles con el uso de sustancias, es prioridad para iniciar y mantener la abstinencia, de acuerdo a Schottenfeld, Pantalón, Chawarski y Pakes (2000) citados aquí. ➤ Manual de Budney y Higgins (1998), adaptación del programa de Hunt y Azrin (1973). ➤ El manual de Bunday y Higgins, también fue adaptado en este estudio y tratamiento, con base en la realidad situacional del sistema de salud público (Sánchez Hervás et al., 2010, pág. 162). 					
Referencia Bibliográfica	Diseño del método	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados, conclusiones y sugerencias	Base electrónica
(7) Fiestas, F. y Ponce, J. (2012).	Consulta en las bases MEDLINE,	477 referencias	Intervenciones:	Se encontraron cinco 4 ensayos	SciELO

Referencia Bibliográfica	Diseño del método	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados, conclusiones y sugerencias	Base electrónica
<p>Eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática. <i>Rev Peru Med Salud Publica</i> 29(1):12-20</p>	<p>EMBASE, Web of Science, SciELO, LILACS, OMS, OPS, Google académico y Cybertesis, sobre estudios experimentales controlados y aleatorizados con grupos paralelos, publicados entre marzo 2004 a mayo 2011.</p> <p>Criterios de inclusión: tipo de estudio, ensayos controlados aleatorizados con grupos paralelos, donde se compare un tipo de comunidad terapéutica CT con otro tipo de CT u otro modelo de tratamiento, placebo o</p>	<p>467 excluidas por duplicaciones o por no cumplir con la especificación de inclusión en título o resumen, o por no ser comparada la CT con otro método de tratamiento</p>	<p>Comunidad terapéutica CT en prisión frente a tratamiento GenderResponsive Treatment program (GRT)</p> <p>CT en prisión frente a no tratamiento.</p> <p>CT modificada en prisión frente a un programa de tratamiento de salud mental.</p> <p>CT modificada frente a un tratamiento de día estándar.</p>	<p>controlados, con limitaciones metodológicas de acuerdo al CONSORT. Heterogeneidad de los estudios no permite agrupamientos en el análisis.</p> <p>No se encontró suficiente evidencia científica que apoye superioridad metodológica de la comunidad terapéutica respecto a otras formas de tratamiento menos costoso; sin embargo, en la cárcel, en este contexto puedes ser más beneficioso que otros modelos.</p>	<p>Perú</p> <p>*Estudio clínico</p>

Referencia Bibliográfica	Diseño del método	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados, conclusiones y sugerencias	Base electrónica
	<p>intervención. Tipo de participantes, personas que acuden por mandato a tratamiento por abuso de sustancias, sin restricción de edad, sexo u otra característica demográfica o clínica. Tipo de intervenciones, ensayos controlados aleatorizados que compararon la intervención experimental de CT frente a la intervención control. Se excluyeron ensayos que evaluaron efectos de intervención dentro de la misma CT.</p>			<p>Se expone la necesidad de los ensayos clínicos con base metodológica que sustente la eficacia del tratamiento ante trastornos detonados por drogas.</p> <p>Se encontró que algunos modelos de CT pueden ser más beneficiosos en el contexto de cárceles frente a no tratamiento u otros modelos, disminución de la estadía en prisión y tasa de reincarceramiento, Fiestas, F. (2012), comparte que esto no es concluyente debido a las limitaciones</p>	

Referencia Bibliográfica	Diseño del método	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados, conclusiones y sugerencias	Base electrónica
				encontradas en los estudios.	
Referencia Bibliográfica	Diseño del método	Muestra	Tipo d tratamiento	Resultados, conclusiones y sugerencias	Base electrónica
(8) Massaro A., (2017). Tratamiento basado en mindfulness para pacientes con adicción al alcohol y cocaína. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid. Madrid https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/681418/massaro_bologni_alessandro_francesco.pdf?sequence=1	147 personas evaluadas para la elegibilidad. Aleatoriamente asignados: grupo MBPR Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness, grupo de relajación. Criterios de inclusión: consumidores de alcohol o cocaína, entre 18 y 70 años de edad, nivel de lectoescritura fluido del castellano. Medicamente aptos, protocolo de	108 participantes aleatorizados. 54 en MBPR, 42 completaron batería de evaluación post-tratamiento, 33 dos meses después de seguimiento y 30 cuatro meses de seguimiento. 54 para recibir Relajación, 34 completaron la batería post tratamiento, 31 la batería de evaluación a los 2 meses de seguimiento y 30 la completaron los 2	Relajación con la técnica progresiva de Jacobson explicando los mecanismos de acción de la técnica, ayudando así a tomar consciencia, de cómo el estrés va acumulando tensión en los músculos y que gracias a esta dinámica de tensar y relajar diversos grupos musculares facilita una profunda relajación (Jacobson, 1938). Se inicia con los diversos grupos	Evaluó la viabilidad y eficacia del programa MBRP en formato individual comparándolo con la relajación en sujetos que acuden a un centro ambulatorio de atención a las drogodependencias con un seguimiento a cuatro meses. Los beneficios que se consiguen por el entrenamiento de mindfulness no son estrictamente exclusivos a las dinámicas de grupo, sino que se	Repositorio de la Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. *Estudio clínico

Referencia Bibliográfica	Diseño del método	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados, conclusiones y sugerencias	Base electrónica
	<p>desintoxicación de dos a tres meses completado.</p> <p>Criterios exclusión: psicosis, demencia, riesgo inminente de suicidio, síndrome de abstinencia severo.</p> <p>Asignación de numeración aleatorizada generada por un programa informático.</p>	mes de seguimiento.	<p>musculares comenzando por los dedos de los pies, subiendo a los pies, piernas, abdomen, pecho y espalda, brazos, manos y finalizando con la cabeza, para que se parezca al recorrido del ejercicio de exploración del cuerpo expuesto en la primera sesión del MBRP.</p> <p>Monitoreo y reflexión de experiencias sobre la técnica de Jacobson y la influencia en su calidad de vida.</p> <p>Técnica de Jacobson en una versión resumida agrupando como</p>	<p>pueden trabajar los mismos componentes en sesiones clínicas de manera individual.</p> <p>Los resultados de este estudio ofrecen datos empíricos preliminares que sugieren potenciales beneficios de incluir un entrenamiento de mindfulness al tratamiento de prevención de recaídas (Massaro A., 2017, pág.107). “El programa MBRP parece alcanzar los objetivos de prevenir las recaídas en esta población, en términos de menor</p>	

Referencia Bibliográfica	Diseño del método	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados, conclusiones y sugerencias	Base electrónica
			<p>un solo grupo muscular la parte inferior del cuerpo, y en otra, la parte superior del cuerpo. Introducción a la relajación por vía de la respiración diafragmática, técnica de respiración que inducen un estado de relajación y producen diversos beneficios (Smith, 2005). trabaja primero en observar la respiración solamente, y luego se comienza a darle una instrucción de cambio de foco respiratorio de manera que se pueda trasladar el foco desde la parte</p>	<p>número de días de consumo, menor craving por el consumo, menor impulsividad disfuncional, y un incremento en los rasgos del "mindfulness" (Massaro A., 2017, pág.107).</p> <p>Ambos grupos logran reducir variables que reflejarían malestar psicológico. Ciertos componentes específicos, como el entrenamiento de una <u>observación</u> y atención objetiva libre de reacción, es decir sin juicio ni análisis, puede favorecer que los cambios puedan perdurar más en el tiempo ya que</p>	

Referencia Bibliográfica	Diseño del método	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados, conclusiones y sugerencias	Base electrónica
			<p>alta de la caja torácica o respiración torácica, y descenderla a la parte más baja, respirando desde la parte abdominal también llamada respiración diafragmática. Se pidió que se inhalaran lenta y profundamente por la nariz hasta llenar los pulmones comenzando por la parte baja, de modo que enviaran el aire a los pulmones, tan profundamente hacia abajo, lo más posible. Se le instruyó a la persona colocar una mano en el abdomen y otra en</p>	<p>lograrían aportar las herramientas para gestionar mejor el craving por el consumo (Massaro A., 2017, pág.106).</p> <p>Limitación: todos los instrumentos que se han empleado son auto-informes generando una varianza de método único; breve tiempo de seguimiento; tamaño de la muestra debido a las deserciones.</p>	

Referencia Bibliográfica	Diseño del método	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados, conclusiones y sugerencias	Base electrónica
			<p>el pecho para facilitar el seguir el proceso paso a paso.</p> <p>En esta sesión se inicia el entrenamiento autógeno de Shultz (J. H. Schultz, 1932)</p> <p>Ejercicio que se entrena en el MBRP llamado la montaña (Kabat-Zinn et al., 1992).</p>		

Instrumentos:

- **Escala Multidimensional de Craving del Alcohol (EMCA):** Este instrumento fue desarrollado para medir el Craving de alcohol como una disposición o rasgo de acuerdo a Guardia y colaboradores (2004), citado en el texto. Evalúa dos dimensiones: el deseo de consumir (definido como una disposición o tendencia a consumir) y desinhibición conductual (definido como falta de resistencia o control de la conducta). Modificaron la palabra beber y alcohol por la de “consumir” (Massaro, A., 2017, pág. 82).
- **Perfil de Adicción de Maudsley (MAP):** Instrumento desarrollado para evaluar el estado de salud general (física, psicológica y social) en pacientes con trastornos adictivos junto con la cantidad de consumo por unidad de tiempo, el número de días a la semana junto con un estimado de la cantidad, fue desarrollado por Marsden et al., en 1998 y validado a la población española por Marsden et al., en el año 2000 (Massaro, A., 2017, pág. 82).

Referencia Bibliográfica	Diseño del método	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados, conclusiones y sugerencias	Base electrónica
				<ul style="list-style-type: none"> ➤ Autoinforme con base en el formato Likert, para evaluar la dimensión “salud física” y la dimensión “salud psicológica”. ➤ Inventario de Impulsividad de Dickman (DII): Instrumento diseñado para medir la impulsividad como una disposición o rasgo de acuerdo a Dickman, 1990 y validado por Claes, Vertommen, y Braspenning, 2000 y validado en la población española por Chico, Tous, Lorenzo-Seva, y Vigil-Colet en 2003, (Massaro, A., 2017, pág. 82). Consta de 23 ítems, escudriñando en la dimensión de “impulsividad funcional (capacidad de utilizar actos a decisiones adecuadas) e impulsividad disfuncional (impulsividad exagerada o inapropiada). ➤ Escala de salud psicológica MAP, Perfil de Adicción de Maudsley. ➤ Para analizar los datos, la rama estadística de los análisis de varianza (ANOVA). ➤ Específicamente, debido a que se introdujeron covariables (variables que posiblemente predice el resultado bajo estudio) en los modelos, el ANCOVA de medidas repetidas (MR) fue el análisis inferencial elegido. ➤ En las sesiones del tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Técnica de relajación progresiva de Jacobson (1938). ➤ Dialogo reflexivo para recoger las experiencias de trabajar con la técnica Jacobson y cómo ha podido influir en su calidad de vida en la primera semana, exploración de las dificultades, reforzamiento de la idea de que la relajación le ayuda a canalizar mejor el estrés, ansiedad y craving. ➤ Respiración diafragmática es una de las técnicas de respiración que inducen un estado de relajación y producen diversos beneficios (Smith, 2005). ➤ Entrenamiento autógeno de Shultz (J. H. Schultz, 1932). ➤ Ejercicio que se entrena en el MBRP llamado la montaña (Kabat-Zinn et al., 1992). ➤ Técnicas de relajación basadas en hipnosis (Lehrer et al., 2007). 	
Referencia Bibliográfica	Diseño del método	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados, conclusiones y sugerencias	Base electrónica

Referencia Bibliográfica	Diseño del método	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados, conclusiones y sugerencias	Base electrónica
<p>(9) Rojas, E., Real, T., García, S. y Medina, M. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. <i>Salud Mental</i> 34(4):351-365.</p> <p>Estudio encontrado por Rojas Estela y colaboradores, con consumidores de cocaína:</p>	<p>Revisión bibliográfica de 1980 a 2010 en bases de datos y centros de documentación especializados.</p> <p>Inclusión: estudios que evalúen intervenciones y tratamientos para el consumo de alcohol, tabaco y drogas.</p> <p>Indicadores: <u>critérios CONSORT</u></p>	<p>220 publicaciones sobre tratamiento en México.</p> <p>26 corresponden a ensayos clínicos para evaluar el impacto.</p> <hr/> <p>Para el tratamiento de 19 usuarios de cocaína, 18 hombres y 1 mujer, con edad promedio de 26 años.</p> <p>Otros tipos de drogas encontrados en la revisión hecha por Rojas Estela y colaboradores:</p> <p>Inhalables, alcohol y tabaco.</p>	<p>Tratamiento para consumidores de cocaína:</p> <p>Tratamiento breve, cognitivo conductual, basado en los modelos de prevención de recaídas.</p>	<p>Hubo disminución importante y significativa en el patrón de consumo de cocaína en los participantes que recibieron el TBUC, que se mantuvieron a lo largo de un periodo de por lo menos seis meses posteriores al término del programa.</p> <p>45.71% abandonó, antes de la quinta sesión.</p> <p>En 9 usuarios disminuyó el consumo, 10 lograron la abstinencia completa.</p> <p>“Los TCC han demostrado una mayor eficacia para</p>	<p>SciELO, Redalyc y otras bases de datos electrónicas de revistas y artículos científicas.</p> <p>http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000400008</p> <p>México</p> <hr/> <p>Redalyc</p> <p>https://www.redalyc.org/pdf/2430/243020637007.pdf</p> <p>México</p>
<p>(10) Oropeza, R., Medina, M. y Sánchez, J. (2007). Evaluación de tratamiento breve para usuarios de cocaína. <i>Revista Mexicana Psicología</i> 24(2):219-231.</p>	<p>En el estudio que se encontró en la revisión, el único sobre tratamiento del consumo dependiente de cocaína:</p> <p>Participaron 35 usuarios de cocaína, 26 años</p>				

Referencia Bibliográfica	Diseño del método	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados, conclusiones y sugerencias	Base electrónica
	de edad en promedio, 18 hombres y 1 mujer finalizaron el tratamiento y el seguimiento a los 6 meses.			<p>modificar el consumo de cocaína, comparándolos con otros modelos de tratamiento como los psicodinámicos o los derivados del modelo Minesota” (Oropeza, R., Medina, M. y Sánchez, J. 2007, pág. 228).</p> <p>En este estudio se compartió que, para aquel año, la implementación del TBUC fue el primer esfuerzo sistemático y empírico por desarrollar un modelo de tratamiento dirigido específicamente a tratar el consumo de la cocaína en México. Su reto</p>	

Referencia Bibliográfica	Diseño del método	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados, conclusiones y sugerencias	Base electrónica
				<p>fue mantener la tasa de retención. Sugieren un grupo de comparación que no reciba tratamiento, para contrarrestar los resultados.</p>	

Instrumentos:

- **Ficha de admisión para datos sociodemográficos.**
- **Cuestionario de preselección: con los criterios de inclusión: solicitar servicio de consulta externa en el Centro de Acasulco de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México; ser mayor de 18 años, consumidor de cocaína, leer-escribir y firmar consentimiento informado para participar en la investigación; los criterios de exclusión fueron: además de no cumplir con los anteriores, ser consumidor con complicaciones médicas graves, tener alteraciones cognoscitivas severas (medidas a través de un examen mental).**
- **Línea base retrospectiva (Libare; Ayala, Cárdenas, Echeverría, & Gutiérrez, 1998).**
- **Autoregistro de consumo de cocaína (Sobell & Sobell, 1992).**
- **Cuestionario Diagnóstico del Consumo de Sustancias (CDCS, diseñado específicamente para esta investigación). Se basó en los criterios de dependencia a la cocaína del DSM IV (American Psychological Association, 1994).**
- **Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD; De las Fuentes, Villalpando, Oropeza, Vázquez, & Ayala, 2001).**
- **Moderado estructurado TBUC tratamiento breve para usuarios de cocaína.**

Referencia Bibliográfica	Diseño del método	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados, conclusiones y sugerencias	Base electrónica
(11) Díaz, S., Fernández, A. (2013). Integración e interacciones entre los tratamientos farmacológicos y psicológicos de las adicciones: una revisión. <i>Anal. De Psicol.</i> 29(1):54-65. <i>http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.135131</i>	Revisión bibliográfica basada en estudios de eficacia y efectividad de tratamientos para trastornos por dependencia de sustancias (nicotina, alcohol, estimulantes y opiáceos. Criterios de inclusión: estudios de comparación de la eficacia de al menos una combinación terapéutica-fármaco-terapia psicológica respecto al menos una terapia aislada; estudios	Se seleccionaron 361 estudios clínicos, clasificados en 12 criterios de rigor metodológico.	Se reunieron 30 tipos de terapia psicológico conductual. Las terapias más eficaces de mayor rigor metodológico: Intervención motivacional breve IB; Motivacional breve IB; Entrenamiento de habilidades sociales CST; Aproximación de reforzamiento comunitario CRA que incluye el CST. Respecto al tratamiento de personas consumidores de cocaína:	“Los resultados pueden ser ampliados y extendidos a la prevención de recaídas si se combinan las formas más efectivas de terapia psicológica y de farmacoterapia, lo que da apoyo a la elección de una aproximación terapéutica multidimensional” (Díaz, S., Fernández, A. 2013, pág. 62). Declarando como limitante el hecho de un tratamiento únicamente farmacológico o	SciELO España

Referencia Bibliográfica	Diseño del método	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados, conclusiones y sugerencias	Base electrónica
	controlados y/o aleatorizados en los que hubiera comparación de alguna de las terapias (farmacológica o psicológica) aislada contra un grupo placebo; estudios con seguimiento mínimo de 2 meses		tratamiento combinado de disulfiram más Terapia cognitivo conductual; o disulfiram mas Terapia de Facilitación de 12 pasos. Inductoras de mayor nivel de abstinencia: CST; Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento (junto con vouchers, es la intervención con mayor evidencia de efectividad de acuerdo a ensayos clínicos controlados); Exposición a Señales de Droga; Terapia Cognitivo Conductual.	únicamente psicológico.	

Apéndice B

Se encontraron 6 artículos dentro de la base de datos PEPSIC bajo la búsqueda con las palabras cocaína y tratamiento, los estudios que arroja la búsqueda son 6 donde se incluye como droga a estudiar el crack principalmente.

Estudio y año de publicación	Método utilizado	Datos sociodemográficos que incluye
1.Lessa et al (2015). Condiciones asociadas con el cese del uso de crack entre los usuarios en atención. <i>Temas en Psicología</i> , 23(4):887-899. Brasil.	Transversal de carácter exploratorio.	Sujetos con 12 semanas de abstinencia
2.Lappann et al (2015). Craving (ansia) por el crack en los usuarios en tratamiento en el centro de atención social. <i>SAMD Rev. Electrónica de salud mental alcohol y drogas</i> . 11(1): 19-24. Brasil	Descriptivo, transversal exploratorio con un enfoque cuantitativo.	20 consumidores de crack con 18 años de edad o más.
3. Paquette et ál., (2010). Predictores del inicio del crack entre los jóvenes de la calle Montreal: una primera mirada al fenómeno. <i>Depende del alcohol de drogas</i> . 110(1-2): 85-91. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2010.02.010		
4. Duailibi, L., Ribeiro, M. y Laranjeira, R. (2008). Perfil de los consumidores de cocaína y crack en Brasil. <i>Cuadernos de Salud Pública</i> , 24(4). Rio de Janeiro. DOI: 10.1590/SO102-311X20080016000007		
5. García, H., Ferreira, M., Rocha, A., Fernández, C., Silva, A. y Medina dos Santos, E. (2014). Perfil y patrón de consumo de crack por niños, niñas y adolescentes que viven en la calle: una revisión integradora. <i>SMAD Revista electrónica de salud mental alcohol y drogas</i> , 10(1): 35-41. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v10i1p-35-41	Revisión integrativa	

6. "Representación de las recaídas en adictos al crack"

Estudio exploratorio descriptivo e inductivo a partir de la observación de hechos con un enfoque cualitativo

Sugerencias	Instrumentos utilizados	Enfoque
<p>1. A) Los autores mencionan el posible sesgo por el efecto bola de nieve que surgió por lo que indican que pese a ello más que tomar los resultados como una opinión, sirva como indicativo de las necesidades de las y los consumidores, en estas se incluyen apoyo clínico, visitas frecuentes, intensivo fomento de su sentido de protección.</p> <p>b) la participación de uno o dos miembros de la familia sin imposición y apoyo mutuo, favorece en las posibilidades de establecer vínculo y respuesta al tratamiento.</p> <p>c) es importante incluir datos acerca de la interacción familiar debido a que la participación de algún miembro puede ser de ayuda o un obstáculo para el progreso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario pre codificado, estandarizado y pre-test. • Inventario de Habilidades Sociales (Del Prette y Del Prette, 2001). • Inventario de Ansiedad de Beck. • Inventario de Depresión de Beck. 	Cognitivo conductual

Sugerencias	Instrumentos utilizados	Enfoque
<p>2. Concluyeron adecuada una mayor atención en las primeras semanas, incluyendo estrategias para facilitar la adherencia al tratamiento sugiriendo la colaboración de algún miembro de la familia y el aprendizaje de identificar las señales, antojos o estímulos del deseo para lograr regularlos.</p>		
<p>3. Los resultados de dicha investigación fueron que las personas con familiares consumidoras de crack que observaron grandes problemas consecuencia del consumo fueron menos propensas a consumir.</p>		
<p>4. Se concluyó que todo tratamiento independientemente de su metodología disminuye el consumo.</p>		
<p>5. Se sugirió organizar una red de atención integral que brinde atención primaria a usuarios de alcohol y otras drogas sin el uso de medicamentos experimentales, hasta estar desintoxicados, además de la asistencia social, educación, salud y seguridad.</p>		
<p>6. Se sugirió examinar y mejorar las estrategias de los</p>	<p>La investigación se basó en la Teoría de Moscovici</p>	

Sugerencias	Instrumentos utilizados	Enfoque
<p>planes preventivos para evitar las recaídas, así como lograr superar cualquier situación que se presente en su vida.</p> <p>También, desarrollar estudios transversales y longitudinales donde se incluyan diferentes grupos de edad y mujeres en la investigación, analizando también la forma de interacción de los investigadores y clínicos</p>		

Como se puede observar y leer no se cuentan con todos los elementos requeridos, algunos artículos no registran los datos sociodemográficos o el método, así que solo se realizaron lecturas rápidas para conocer los resultados y sugerencias de los autores.

Ahora bien, se encontró un estudio llamado Comunidades Terapéuticas para dependientes de sustancias psicoactivas: evaluación de los resultados del tratamiento. En este estudio se encontró como objetivo el investigar los cambios del perfil psicológico de siete pacientes masculinos con abuso de alcohol, cocaína y crack entre 21 y 35 años de edad en Comunidad Terapéutica evaluados en el inicio y fin de su tratamiento.

El criterio de inclusión fue tener mínimo 3 semanas de hospitalización, sin déficit cognitivo ni complicaciones neurológicas o antecedentes de tratamiento psiquiátrico por comorbilidad.

La comunidad terapéutica se encontraba en el campo, en el internamiento se realizan actividades religiosas, trabajo y se siguieron los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos. Ex internos como monitores, un psicólogo y un psiquiatra conformaron el equipo de trabajo, los dos últimos realizaron la evaluación clínica y asistencia.

De este estudio se obtienen los siguientes instrumentos:

- Evaluación por medio de una entrevista semiestructurada obteniendo datos sociodemográficos, historia de consumo y percepción del tratamiento; realizado al inicio y fin del tratamiento.
- Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI)
- 1º tarjetas del Test de Apercepción Temática (TAT) aplicándose en orden específico (1, 2, 4, 6RH, 3RH, 7RH, 8RH, 18RH, 16 Y 9RH) su fin es evaluar el ego ideal, relaciones interpersonales, trabajo, superego, depresión y propensión al suicidio; siguiendo el marco propuesto por Morval en 1982 para su análisis.

En este estudio, Scaduto, Barbieri y Santos se basan principalmente en el trabajo realizado por De León en el año 2003 sobre la comunidad terapéutica donde se exponen dimensiones y dominios relacionados con el proceso de cambio después del tratamiento, este se estructura de la siguiente manera:

DIMENSION	Agregación Modelo operativo	Madurez Responsabilidad	Psicológica
DOMINIO	desviación social licencia	Madurez	habilidades cognitivas h. emocionales
	buenos valores para la vida	responsabilidad	bienestar psicológico

DEFINICION OPERACIONAL	<ul style="list-style-type: none"> -eliminación de un estilo de vida antisocial -grado de entrenamiento adquirido en un anterior TC en relación con las capacidades educativas, laborales, sociales o interpersonales identificación de valores para el buen vivir en la CT (honestidad, autoconfianza, atención responsable, responsabilidad y valorización del trabajo en la comunidad como dimensión de la realización personal) 	<ul style="list-style-type: none"> -grado de crecimiento personal relacionado al control de impulsos -modelos adultos de las relaciones interpersonales y las figuras de autoridad - una mayor tolerancia a la frustración -grado de conciencia y responsabilidad en el cumplimiento de las obligaciones y promesas 	<ul style="list-style-type: none"> -desenvolvimiento de las siguientes habilidades: conciencia del propio comportamiento y el de otros; discriminación de pensamientos y sentimientos negativos sobre las drogas y la relación entre los pensamientos y sentimientos del pasado y del presente; uso de mecanismos de defensa maduros; contacto con la realidad interna y externa; mayor receptividad a las relaciones interpersonales -desenvolvimiento de las siguientes habilidades: experimentar varios estados emocionales; expresarlos de forma más sociabilizada y abierta; la identificación de las emociones vivenciadas -reducciones en vivencias disforia, anhedonia, la ansiedad, la depresión y la hostilidad
-------------------------------	--	---	--

Los resultados fueron analizados individualmente y agrupados según las dimensiones de cambio que propone De León en 2003; los resultados del MMPI-IRF se codificaron según Barbieri en el año 1996 y su interpretación se basó en el trabajo de Trimboli y Kilgore de 1983 para evaluar con una perspectiva psicodinámica. La interpretación general de los datos obtenidos se basa en una perspectiva psicodinámica con fundamentos de las obras de Arzeno en el año 95, Bergeret en el 98 y Winnicott para el 2000.

Los resultados se derivan de la comparación de antes y después en la Comunidad Terapéutica analizando el área cognitiva, emocional y de bienestar psicológico.

Dependiendo las características psicológicas de los participantes se dividieron en dos grupos dejando a los de mayor daño en el primer grupo.

El primer grupo mostro dependencia de medios para lograr enfrentar las emociones. Se encontraban 2 participantes con estructura psicóticas de tipo paranoide que presentaron mejoras moderadas al final del tratamiento. El segundo grupo mostro mayor autonomía gracias a un mayor contacto con sus necesidades. En el grupo se encontraban personalidades con estructura neurótica obsesiva y angustia histérica, al finalizar terminaron con diferentes niveles de mejora.

Por lo tanto, se concluyó que el mismo tipo de tratamiento promueve diferentes resultados según las características de personalidad de las personas que se atienden. Se evidencio una mejora en la mayoría de los participantes, por ejemplo, un mejor control de impulsos, en otros, mejor contacto o reconocimiento de sus necesidades.

Al tratamiento se le considero como un objeto de alivio contra la angustia y con diferentes grados de mejora.

Se explica que la generalización de los resultados es limitada debido a no ser una muestra representativa, incluyendo que los resultados se realizan al final del tratamiento, se sugiere la realización de más estudios que evalúen la estabilidad de los resultados después de salir de la comunidad terapéutica.

El artículo hace especificaciones sobre el tratamiento de comunidad terapéutica en Brasil resaltando que es poco el trabajo de investigación sobre sus contribuciones y limitaciones. Referencia: Scaduto, Alessandro Antonio, Barbieri, Valéria, & Santos, Manoel Antônio dos. (2014). Comunidades terapéuticas para dependientes de sustancias psicoactivas: evaluación de los resultados del tratamiento. *Psicología: teoría y práctica*, 16 (2), 156-171. Recuperado el 21 de

noviembre de 2022, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872014000200014&lng=pt&tlng=.

Como último estudio se revisó el titulado “Las alteraciones en las funciones ejecutivas de los usuarios de crack” de Vinícius Renato Thomé Ferreira y Bruna Tolotti Colognese (2014) quienes se propusieron investigar los cambios neuropsicológicos en 5 consumidores de cocaína y crack entre 22 y 31 años de edad con abuso de cocaína o crack consumiendo diariamente o semanal, con un periodo mínimo de 12 meses en atención psiquiátrica, con primaria concluida, sin distinción económica, con el fin de presentar un perfil de funciones neuropsicológicas deterioradas con el uso de sustancias, donde todos se encontraban recibiendo tratamiento con fármacos en el momento de la evaluación dado a que se encontraban hospitalizados

En el artículo se describe la importancia de la neuropsicología y como es que ofrece la posibilidad de conocer los efectos de las drogas en las funciones ejecutivas, ya que aborda la relación entre el cerebro y el comportamiento, las funciones ejecutivas son importantes debido a que se trata de las operaciones de control y regulación del procesamiento de información en el cerebro. Un ejemplo de funciones ejecutivas más evaluadas son lenguaje, atención, concentración, percepción, capacidad de memoria, verbal, auditiva y visual.

Este estudio se centra en su país de origen, Brasil, donde el grupo predominante, se explica, es el de consumidores de crack entre los 25 y 34 años de edad, se expone como un 2.9% consumen cocaína y el 0.7 % crack con consumidores del género masculino en su mayoría.

Los instrumentos utilizados para la evaluación fueron los siguientes:

- Entrevista semiestructurada obteniendo datos sociodemográficos, historia de consumo de sustancias en la familia, en la persona y los tratamientos recibidos.
- Instrumento de evaluación neuropsicológica breve Neupsilin.
- Test Wisconsin de clasificación de cartas WCST
- Test no verbal general de inteligencia BETA III.

Se excluyeron quienes no estaban de acuerdo a participar en la encuesta (o su participación no ha sido autorizada por sus tutores legales), también se excluyeron en quienes existía la sospecha de retraso mental, cambios en el comportamiento característicos del síndrome de abstinencia, confusión mental (delirio, alucinaciones o delirio) que podría interferir en el proceso de evaluación, así como los pacientes menores de 18 años. Se informó a familiares y usuarios, se solicitó la firma de consentimiento y garantía de la confidencialidad de su identidad.

Dentro de los resultados se explica cómo las tareas que implican desarrollar una secuencia de números provoca el proceso de atención selectiva, si existen dificultades en esta acción, se puede indicar pérdidas en el funcionamiento ejecutivo, cuando esto sucede se evalúan los resultados en otras tareas debido a que los resultados de atención pueden influir el desempeño de otras tareas.

Además de las dificultades mencionadas existen dificultades en la memoria, se señala que puede ser también resultado del efecto de la medicación durante el proceso de evaluación, se menciona que regularmente los consumidores de sustancias psicoactivas presentan lentificación al procesar la información que se recibe, dificultad de atención, organización y planificación de la capacidad de razonamiento abstracto y la capacidad de monitoreo del comportamiento.

Se señala en esta publicación que se revisa que en los consumidores crónicos de cocaína y crack se origina un deterioro en la capacidad de abstracción y resolución de problemas.

Se demostró la pérdida en la velocidad de procesamiento cognitivo y dificultad de razonamiento en general, lo que lleva a los autores a concluir que esto puede afectar la adherencia al tratamiento y el mantenimiento de la abstinencia.

Este trabajo concluye que la evaluación neuropsicológica fue eficiente para evaluar el daño en las funciones ejecutivas de los usuarios, a pesar de ello existen limitaciones ya que la muestra es insuficiente para indicar tendencias consistentes o características que sólo pueden ser identificadas con una muestra más numerosa. Se sugiere utilizar un mayor número de instrumentos, y evaluar el hecho de usar medicamentos durante el tratamiento ya que se ve como un factor que puede influir en el resultado de la evaluación.

En este estudio las personas evaluadas presentaron degradación en el funcionamiento de la atención y memoria, por lo que se concluye que este daño en la atención, entorpece los procesos de memoria de trabajo que influyen en las tareas de inteligencia y funcionamiento ejecutivo.

Se expone que cuando se reducen las funciones responsables del control, planificación y del comportamiento, las posibilidades de modificación de la conducta se reducen. Por lo tanto, conocer los efectos del abuso de sustancias psicoactivas es uno de los objetivos de la neuropsicología, importante para implementar estrategias de intervención asertivas que además de apoyar la adherencia al tratamiento, mantengan la abstinencia. Referencia: Ferreira, Vinícius Renato Thomé, & Colognese, Bruna Tolotti. (2014). Prejuízos de funções executivas em usuários de cocaína e crack: case studies. *Avaliação Psicológica*, 13(2), 195-201. Recuperado em 21 de novembro de 2022, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712014000200007&lng=pt&tlng=.

Anexo 3

1. Cuestionario de Craving de Cocaína (general) CCQ de Tiffany, Singleton, Haertzen y Henningfield de 1993.

A la realización de esta revisión, el acceso al cuestionario fue a través de ELSEVIER y tiene costo se adjunta el enlace: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/037687169390042O?via%3Dihub>

Por lo tanto, se buscó y se encontró en la última revisión de noviembre 2022, dentro de Redalyc y scielo, disponible un estudio que tuvo como objetivo la validación y traducción del Cuestionario General de Craving de Cocaína (CCQ-G) en población mexicana.

Con la convicción de poder medir el ansia, el craving como fenómeno resultante de los cambios neuroadaptativos, declarándolo importante considerar para el desarrollo de tratamientos y probar la eficacia de los mismos (Navarrete et al. 2011).

Entonces se encontró que son tres los factores similares a los señalados en la población estudiada por el cuestionario original de Tiffany, Singleton, Haertzen y Henningfield en 1993: Intención de consumir cocaína, deseo de consumo de cocaína y expectativas positivas de consumo de cocaína, son tres de los cinco factores que forman la prueba original, se menciona que también son similares a los del estudio sobre el Breve cuestionario general de craving en español realizado por Muñoz y colaboradores en el año 2008.

Es importante resaltar que en este estudio de validación y traducción de Marín-Navarrete et al (2011) sobre el cuestionario de Craving de cocaína incorporo las sugerencias originales de Tiffany y sus colaboradores en el año de 1993, quienes señalaron que un ítem no es suficiente para evaluar un constructo multidimensional como el craving y carece de validez al no poder tener consistencia interna y sin posibilidad de cálculo, que puede ser intrusivo y causar estados de craving el uso de pruebas extendidas.

Por ello Marín-Navarrete et al. (2011) señalan como una ventaja el que su prueba además de mostrar buena confiabilidad es una escala corta. Enuncian que dentro de las limitaciones del estudio se encuentra la falta de mujeres en la muestra, y de un proceso de validez de constructo, por lo que se sugirió incluir en estudios futuros una variable relacionada con el craving para probar la validez de constructo, también sugieren más investigaciones utilizando la prueba para obtener una validación de criterio, usando su cuestionario en protocolos farmacológicos y medir el impacto de las drogas contra el craving.

Referencia: Marín-Navarrete, Rodrigo, Mejía-Cruz, Diana, Templos-Nuñez, Liliana, Rosendo-Robles, Alejandro, González-Zavala, Mario, Nanni-Alvarado, Ricardo, García, Isis, Leff, Philippe, Salazar-Juárez, Alberto, & Antón-Palma, Benito. (2011). Validation of a cocaine craving questionnaire (CCQ-G) in Mexican population. *Salud mental*, 34(6), 491-496. Recuperado en 21 de noviembre de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000600003&lng=es&tlng=

Lecturas adicionales

Ambrosio Flores , E. (2008). Efectos de la cocaína en el ser humano. *Trastornos Adictivos*, 10(3), 151-165.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2859292>

Burillo-Putze, G., López Briz, E., Climent Díaz, B., Munné Mas, P., Nogue Xarau, S., Pinillos, M.A., & Hoffman, R.S. (2013). Drogas emergentes (III): plantas y hongos alucinógenos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 36(3), 505-518.

<https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272013000300015>

CONADIC - Consejo Nacional contra las Adicciones. (2011) Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones. Encuesta Nacional de Adicciones 2011.

http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf

CONADIC- Comisión Nacional contra las Adicciones. (septiembre 2017). *Directorio Nacional de Establecimientos Residenciales de Atención a las Adicciones Reconocidos*. Página oficial.

<https://www.gob.mx/salud/conadic/documentos/conadic-cuenta-con-un-directorio-nacional-de-establecimientos-residenciales-de-atencion-a-las-adicciones-reconocidos>

CONADIC- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2017). Directorio Nacional de Establecimientos Especializados en el Tratamiento de la Adicciones en Modalidad Residencial Reconocidos por la Comisión Nacional Contra las Adicciones Secretaría de salud.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/255253/Directorio_1a_Parte._Agua_scalientes_a_Hidalgo_110917.pdf

CONADIC - Consejo Nacional contra las Adicciones. (2009). *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, y control de las adicciones*.

http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf

CONADIC - Comisión Nacional contra las Adicciones. (2017). *Guías preventivas por CONADIC*. Página gubernamental. <https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/conadic-presenta-guias-preventivas-para-ninos-ninas-adolescentes-padres-y-maestros-108566>

- CONADIC - Comisión Nacional contra las Adicciones. (2017). *Creando mi mundo de protección. Guía preventiva para niños de 6 a 9 años* Secretaría de salud. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/Guia_Preventivas/Creando.pdf
- Díaz, S., Fernández, A. (2013). Integración e interacciones entre los tratamientos farmacológicos y psicológicos de las adicciones: una revisión. *Anal. De Psicol.* 29(1):54-65. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.135131>
- Gálvez Flórez, J. y Rincón Salazar, D. (2009) Manejo clínico de pacientes con diagnóstico dual: tratamiento con trastornos psiquiátricos mayores. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 38 (1):143-176.
- Gawin, F. (1991). Addiction psychology and neurophysiology. *Science*, 251, 1580-1586. doi:10.1126/science.
- Instituto para la atención y prevención de las adicciones en la ciudad de México IAPA CDMX (Productor). (2016). *Alcohol* [youtube]. <https://www.youtube.com/watch?v=H6jIEgz8IPU> Video preventivo sobre el alcohol, Ciudad de México
- INSP (2004). Instituto Nacional de Salud Pública. Departamento de Investigación sobre Tabaco. *Enfermedad del Tabaco Verde*. Cuernavaca, México. *Boletín para el Control del Tabaco* (2) http://media.controltabaco.mx/content/productos/Boletines/2_BCT_abril_04.pdf
- Marín Navarrete, R., Mejía Cruz, R., Templos Nuñez, D., Rosendo Robles, L., González Zavala, A., Antón Palma, A., Antón Palma, B. (2011). Validation of cocaine craving questionnaire (CCQ-G) in Mexican population. *Salud mental*, 34(6), 491-496. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000600003&lng=es&tlng=
- Martínez Vélez , N. A., Sánchez Hernández , G. Y., Vázquez , P. L., & Tiburcio Sainz, M. A. (2016). Las aportaciones de 40 años de investigación epidemiológica en México sobre consumo de solventes inhalables. *Salud mental*, 39(2), 85-97.
- Martín Ruiz, A., & Rodríguez Gómez, I., & Rubio, C., & Revert, C., & Hardisson, A. (2004). Efectos tóxicos del tabaco. *Revista de Toxicología*, 21 (2-3), 64-71. <http://www.redalyc.org/pdf/919/91921302.pdf>
- Méndez, Núñez, V. (2010). Efecto coadyuvante de la auriculoterapia en la modificación del Craving de pacientes adictos a la cocaína. (Tesis de especialidad). Instituto Politécnico Nacional, México

- Muñiz, I. N., Pública, I. N., & Salud., S. d. (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas*. México: INPRFM. [https:// www.insp.mx](https://www.insp.mx)
- NIH. (2003, junio 1). National Institute on Drug Abuse. Alucinógenos y drogas disociativas. <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/alucinogenos-y-drogas-disociativas/que-son-las-drogas-disociativas>
- NIH. (2012). National Institute on Drug Abuse. The Neurobiology Drug Adiction. 1-34. www.drugabuse.gov
- OMS (2014a) Un nuevo estudio destaca la necesidad de ampliar a escala mundial las actividades de prevención de violencia. *Comunicado de prensa*. <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/violence-prevention/es/>
- OMS (2014b) Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva N° 364. El embarazo en la adolescencia. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
- OMS (2015). Informe Mundial sobre las Drogas.
- OMS (2017a)_Organización Mundial de la Salud. *Tabaquismo* <http://www.who.int/topics/tobacco/es/>
- OMS (2017b). Organización Mundial de la Salud. *Tabaco* Nota descriptiva, Centro de prensa. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
- OMS (2014c) Organización Mundial de la Salud. *Un nuevo estudio destaca la necesidad de ampliar a escala mundial las actividades de prevención de la violencia* Comunicado de prensa. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/violence-prevention/es/>
- Sánchez-Hervás, E., Secades-Villa, R., Zacarés-Romanguera, F., García Hernández, G., Santoja Gómez, F., García-Rodríguez, O. (2010) Terapia conductual para adictos a la cocaína: resultado de un estudio de seguimiento de seis meses. *Revista Mexicana de Psicología*, 27, (2) 159-167
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones . (2016). *Informe Anual*.
- SPPS (2013) Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud, dirección General de Epidemiología y Dirección General Adjunta de Epidemiología., 15, 16 Y17. *Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las adicciones. Informe SISVEA 2013, 2015, 2016, 2017*. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informes-anales-sistema-de-vigilancia-epidemiologica-de-las-adicciones>

Timmermann S, Christopher. (2014). Neurociencias y aplicaciones psicoterapéuticas en el renacimiento de la investigación con psicodélicos. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 52(2), 93-102. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272014000200005>

United Nations office on drugs and crime (UNODC, 2015) Página oficial.

https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf<http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html> Normas que han sido reconocidas por los Estados Miembros como una herramienta útil para promover la prevención basada en la evidencia

United Nations office on drugs and crime. (2015). *International Standards on Drug Use Prevention*. <https://www.gob.mx/salud/conadic/documentos/conadic-cuenta-con-un-directorio-nacional-de-establecimientos-residenciales-de-atencion-a-las-adicciones-reconocidos>