

**Descripción y características del Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína,  
tercera versión (TBUC-III)**

Roberto Oropeza-Tena<sup>1[1]</sup>, Eiji Fukushima-Taniguchi<sup>2</sup> y Lizbeth R. García-Quevedo<sup>2</sup>

Centro de Adicciones Acapulco, UNAM

Recibido: 15-octubre-2008

Aceptado: 27-noviembre-2008

Dirección:

Roberto Oropeza Tena

Facultad de Psicología, UMSNH. Gral. Francisco Villa S/N esquina con Mariano de Jesús Torres, Col. Dr. Miguel Silva. Morelia, Mich.

Tel. 014433 129909 ext. 113

Fax. 014432 129909 ext. 102

Dirección electrónica: [scherzo2112@yahoo.com](mailto:scherzo2112@yahoo.com)

**Resumen**

En México, el consumo de cocaína es un problema muy importante, debido a todos los problemas de salud, económicos, sociales, familiares y psicológicos asociados. En la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 se encontró que su consumo continúa ocupando el segundo lugar, entre las drogas ilegales consumidas en nuestro país. La marihuana ocupa actualmente el primer lugar. Un modelo de tratamiento que se ha desarrollado específicamente para estos consumidores mexicanos es el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC). Actualmente, este tratamiento va en su versión III. Se dirige a usuarios de cocaína con dependencia moderada, fuerte o severa. Es un tratamiento breve, de corte cognoscitivo-conductual, que tiene como sustento la teoría cognoscitivo-social de Bandura (1997). Consta de dos sesiones de evaluación, ocho tópicos de tratamiento y tres seguimientos (al mes, tres y seis meses de haber dado de alta al usuario). Es ambulatorio, con una sesión semanal de 1:30 hrs. Los datos de su evaluación muestran que es un tratamiento confiable y válido, además de ser costo efectivo para la población mexicana.

Palabras clave: usuarios de cocaína, tratamientos breves, teoría cognitivo-social.

---

<sup>1[1]</sup> Investigador T. C. Titular "A" de la Facultad de Psicología, de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Coordinador del programa de Cocaína en el Centro de Adicciones Acapulco (UNAM), Cerrada de Acapulco #18, tel. 56 58 39 11. Correo electrónico: [scherzo2112@yahoo.com](mailto:scherzo2112@yahoo.com).

<sup>2</sup> Investigador de la Universidad del Valle de México y terapeuta Centro de Adicciones Acapulco.

<sup>3</sup> Terapeuta Centro de Adicciones Acapulco.

## **Description and characteristics of the Brief Treatment for Cocaine Users, Third Version (TBUC-III)**

### **Abstract**

In Mexico, cocaine consumption is an issue of great importance, due to all health, economical, social, family and psychological problems associated. In the national census of addictions 2002, it was found that its use continues to occupy the second place amongst the illegal drugs consumed in the country. A model that has been developed specifically for Mexican consumers is the Brief Treatment of Drugs for Cocaine Users (TBUC). Nowadays, this treatment is in its third version. It is directed at cocaine users with moderate, strong or severe dependency. It is a brief cognitive – behavioral treatment that is based on Bandura's cognitive-social theory (1997). This TBUC consists of two evaluation sessions; eight topics of treatment and three follow up points (at a month, three months and 6 months post release). It is ambulatory, with a weekly session of 1:30 hrs. The data of its evaluation demonstrate that it is a reliable and valid treatment, as well as being cost efficient for the Mexican population.

**Key Words:** cocaine users, brief treatments, social cognitive theory

### **INTRODUCCIÓN**

El consumo de cocaína es un problema de salud mundial. En Europa, el consumo de esta sustancia ocupa el tercer lugar de entradas a tratamiento, después de los opioides y la marihuana (1). En 2005 en Estados Unidos, el consumo de cocaína da cuenta del 13% de todas las demandas de tratamiento de adicciones, lo que corresponde a 48 000 casos (1).

La cocaína es una droga ilegal que tiene un índice muy alto de consumo en México. La Encuesta Nacional de Adicciones (2), indica que su consumo ocupa el segundo lugar en las preferencias en nuestro país. Así mismo, la Encuesta de Adicciones Ciudad de México (3), muestra que la cocaína y el crack ocupan el segundo lugar de consumo con una prevalencia alguna vez en la vida de 8.45%, lo que equivale a que 408 747 personas entre los 12 y 45 años la han consumido. Según datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (4), la cocaína es la segunda droga de impacto en centros de atención no gubernamentales, alcanzando el 11.9% de los registros (sólo antecedida por el alcohol, con 27.2%). De estos consumidores, el 82.5% son mayores de 19 años, y el 70% tienen estudios posteriores a primaria. El 68.4% consume diario y el 25% consume al menos una vez por semana. En este reporte, se señala que cuando la droga de inicio es la cocaína, el 70.2% de los usuarios continúan hacia una segunda droga ilegal, que puede ser el cristal (23.7%) o la marihuana (22.7%).

Por su parte, los Centros de Integración Juvenil (5) indican que la demanda de tratamiento de acuerdo a la droga de impacto, la obtuvo en primer lugar la cocaína, con un 23.6% de los usuarios. Estos datos fueron obtenidos de la entrevista inicial de los usuarios de primer ingreso.

Datos del Consejo Tutelar para Menores (4), indican que la cocaína ocupa el cuarto lugar de consumo con un 13.2% de esta población. Según datos del Servicio Médico Forense (4), que incluyen la información de 20 entidades federativas, el consumo de sustancias ilegales cocaína puede ser una causa directa de muerte o un factor contribuyente. En el 2006, se reportaron 164 muertes asociadas con el consumo de cocaína, 140 con tranquilizantes, 77 con marihuana y 71 con opioides.

La cocaína es un estimulante del Sistema Nervioso Central (SNC). Se sabe, de manera

general, que ésta droga interfiere sobre el proceso de reabsorción de la dopamina, cuya función se asocia directamente con el placer. Cuando la cocaína entra al sistema, la dopamina se acumula y las neuronas receptoras entran en una constante estimulación lo que, a su vez, genera la euforia experimentada por el usuario (6). La cocaína es una droga que crea una dependencia fuerte tanto psicológica como física. El DSM IV (7) señala que su consumo crea dependencia, caracterizada por tolerancia y un síndrome de abstinencia. Se ha demostrado que también genera en el usuario un deseo irresistible de consumirla (8, 9, 10, 11).

En este sentido, en México, en el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2012 (PND) (12), una de las estrategias propuestas es fortalecer las políticas de combate contra las adicciones causadas por el consumo de alcohol, tabaco y drogas. En este PND se señala que nuestro país aún carece de una red articulada, eficiente y suficiente de servicios ambulatorios y residenciales para el adecuado manejo del consumo de drogas. Respondiendo a esta demanda del gobierno federal con respecto al consumo de drogas, específicamente de cocaína y crack, existe en México el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC) (13). Este modelo ha sido evaluado y mejorado a lo largo de ocho años, y actualmente se está aplicando y evaluando su tercera versión (TBUC-III) (14). El TBUC-III pertenece a los modelos cognoscitivo conductuales de habilidades de enfrentamiento (15, 16). El objetivo de este modelo de tratamiento breve es enseñar al usuario de cocaína y/o crack estrategias cognoscitivas y conductuales para que las desarrolle y logre la abstinencia de la sustancia. Esta meta de abstinencia puede alcanzarse desde el inicio del tratamiento o a través de una reducción gradual del consumo. Si decide trabajar la meta de abstinencia, debe tratar de lograr a toda costa no consumir, al aplicar las estrategias que se le enseñan en el tratamiento. Si decide la meta de reducción gradual de consumo, debe ir reduciendo, semana a semana, tanto la frecuencia como la cantidad consumida, de forma que al final del tratamiento alcance la abstinencia. El TBUC-III, está dirigido a adultos con problemas de dependencia a la cocaína y/o crack. Los criterios de admisión al tratamiento son que el usuario sepa leer y escribir (se recomienda que tenga una escolaridad mínima de secundaria); que no tenga un deterioro cognoscitivo severo (evaluado por su desempeño durante la entrevista inicial); y que la droga de impacto sea la cocaína y/o crack, aunque sea poliusuario (es decir, que además consuma otras sustancias como alcohol, marihuana, etc). Puede ser que consuma otras sustancias, pero la droga de impacto debe ser la cocaína. Esta es una aproximación flexible e individualizada que puede adaptarse a muchos tipos de usuarios (dependencia moderada, fuerte y severa), a diferentes tipos de escenarios (internamiento o ambulatorio) y de formatos (individual o grupal). Actualmente el TBUC-III se aplica en consulta externa con formato individual.

## **ESTRUCTURA GENERAL DE LAS SESIONES**

El TBUC-III se divide en tres etapas:

1. Evaluación inicial: cuando el usuario solicita el tratamiento, se le hace una entrevista donde se evalúan varios aspectos relacionados con su consumo. Con los datos obtenidos en la entrevista se define si el usuario cumple con los criterios para ser admitido en este modelo de tratamiento.
2. Tratamiento (ver tabla 1): durante el tratamiento se brindan ocho tópicos, que se pueden trabajar en una o dos sesiones (o más de dos sesiones si el usuario lo requiere), dependiendo de los avances observados. Sólo los tópicos 1, 2 y 8 se brindan en un orden fijo y los tópicos del 3 al 7 pueden darse en un orden diferente, dependiendo de las

necesidades y carencias de estrategias y habilidades del usuario. Además, el autorregistro de deseo y consumo de cocaína brinda información sobre los avances y necesidades del usuario. Cada sesión tiene una duración aproximada de 90 minutos, estas se brindan una a dos veces por semana. Durante las sesiones se trabaja con lecturas y ejercicios relacionados con un tópico específico. Una vez terminados los ocho tópicos, es posible tener sesiones complementarias (para enfatizar y profundizar más en algún tópico de los trabajados durante el tratamiento), en caso de que el usuario, el terapeuta, o ambos así lo decidan.

3. Seguimientos: una vez que se da de alta al usuario, se hacen tres seguimientos, al mes, tres y seis meses. Estos seguimientos tienen como objetivo conocer los efectos que ha tenido el tratamiento en el consumo y en su vida diaria, una vez que este ha concluido. Además, el seguimiento brinda la oportunidad de identificar y reforzar estrategias aprendidas durante el tratamiento para que el usuario pueda implementarlas de manera eficiente y mejorar su calidad de vida.

<b>Tópicos del tratamiento (T)</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Características</b>
T1 Balance decisional y establecimiento de metas (Oropeza y col., 2007; Oropeza, 2003; Ayala, Cárdenas, Echeverría, y Gutiérrez 1998)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analizar las ventajas y desventajas de consumir y dejar de consumir</li> <li>Plantear las metas del tratamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Primer tópico fijo</li> <li>Motivacional</li> </ul>
T2 Manejo del consumo de cocaína (Oropeza y col., 2007; Oropeza, 2003; Ayala, Cárdenas, Echeverría, y Gutiérrez, 1998)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reconocer las situaciones de riesgo de consumo, identificar los disparadores y desarrollar planes de acción para enfrentarlos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Segundo tópico fijo</li> <li>Análisis funcional</li> </ul>
T3 Identificación y manejo de pensamientos sobre cocaína (Oropeza y col., 2007; Oropeza, 2003; Kadeen et al., 2003; Carroll, 1998)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aprender a identificar y manejar los pensamientos asociados con la cocaína</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tópico flexible</li> <li>Puede modificarse el orden de presentación dependiendo de las necesidades del usuario</li> </ul>
T4 Identificación y manejo del deseo de consumo de cocaína (Oropeza y col., 2007; Oropeza, 2003; Kadden, et al., 2003; Siegel, 1999; Ramos, Siegel, y Bueno, 2002).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aprender a identificar, entender y manejar el deseo de la cocaína</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Buscan enseñar estrategias y entrenar en habilidades</li> </ul>
T5 Habilidades asertivas de rechazo (Oropeza y col., 2007; Oropeza, 2003; Monti, Abrams, Kadden, y Cooney, 1989).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aprender a dar respuestas asertivas ante el ofrecimiento de la cocaína</li> </ul>	
T6 Decisiones aparentemente irrelevantes (DAI, Oropeza y col., 2007; Oropeza, 2003; Marlatt y Gordon, 1985)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reconocer y evitar la cadena de decisiones que han llevado al consumo de cocaína</li> </ul>	
T7 Solución de problemas (Oropeza y col., 2007; Oropeza, 2003; Kadden, Cooney, Getter, y Litt, 1989; D'Zurilla y Goldfried, 1971).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reconocer y aprender una estrategia de solución de problemas</li> </ul>	
T8 Reestablecimiento de metas y planes de acción (Oropeza	<ul style="list-style-type: none"> <li>Que el usuario alcance la abstinencia y analice</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Último tópico fijo</li> <li>Se establece la meta</li> </ul>

y col., 2007; Oropeza, 2003; Carroll, 1998; Marlatt y Gordon, 1985).

posibles situaciones  
próximas de riesgo

para concluir el  
tratamiento

---

El TBUC tiene tres variantes de sesiones que se mencionan a continuación:

1. Estructura de la sesión evaluación. Su objetivo principal es precisar las características del consumo del usuario y lograr mejor comprensión de la problemática. La evaluación consiste en una entrevista y la aplicación de una serie de instrumentos para identificar si el TBUC-III es la mejor opción para el usuario o si hay otra forma de tratamiento recomendable. Una vez que se decide admitir al usuario se plantea el modo de trabajo en el tratamiento.

2. Estructura de sesiones de tratamiento: Para lograr una integración de las actividades sugeridas en la estructura general, se propone usar la regla 20-20-20 (17). Esta estructura permite organizar las actividades de una sesión típica cognoscitivo conductual de 60 minutos, dividida en tres segmentos. En los primeros 20 minutos el terapeuta se enfoca en obtener una comprensión clara de las inquietudes actuales del usuario y su funcionamiento general en diversas áreas, a través de la revisión del autorregistro, que consiste en un registro diario del consumo y deseo de consumo de cocaína, así como las situaciones que los precipitan. Los siguientes 20 minutos están dedicados a la introducción y discusión del tópico; se analizan las situaciones de riesgo de consumo de cocaína y se revisan las estrategias adquiridas y el grado de habilidad para enfrentar esas situaciones, así como las posibles dudas de las lecturas y ejercicios. Durante los últimos 20 minutos se da retroalimentación de toda la sesión; se acuerda cómo se trabajará la siguiente sesión, a través de la tarea y se programa la siguiente cita. La estructura 20-20-20 debe concebirse sólo como una guía flexible, debe adaptarse a las necesidades terapéuticas.

3. Estructura de las sesiones de seguimiento: En estas sesiones se hace una nueva evaluación del consumo del usuario, de su funcionamiento psicosocial y del papel de las habilidades de enfrentamiento enseñadas para el control del consumo. En estas sesiones también se puede detectar la utilidad de las estrategias y la necesidad de fortalecerlas con sesiones adicionales.

## **EVALUACION**

La aplicación del TBUC-III requiere de un conocimiento detallado y preciso del problema que experimenta el usuario y las áreas afectadas por el consumo. La evaluación es el primer contacto que el terapeuta tiene con el usuario. Su objetivo es obtener y evaluar los datos generales del usuario de cocaína, historia de consumo de sustancias, revisar los problemas relacionados, así como describir las características del tratamiento y las obligaciones del terapeuta y del usuario. Al inicio de esta sesión se hace una breve entrevista sobre el consumo de cocaína y se evalúa al usuario respecto los criterios de preselección. Si el usuario es apto para participar en el TBUC-III, se le explica las características del tratamiento. Una vez que el usuario esté de acuerdo con las mismas, se firma el formato de consentimiento. Después se aplican el Cuestionario Diagnóstico del Consumo de Sustancias (CDCS, 13), el Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD, 18), el Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD, 19) y la línea base retrospectiva (LIBARE, 20). Por último, se deja de tarea, para la siguiente sesión, un Autorregistro de Deseo y Consumo de Cocaína (ADCOC, 21) y el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD, 22).

## **TOPICOS DEL TBUC**

Como se mencionó anteriormente el TBUC-III es un tratamiento cognoscitivo conductual y sus tópicos comprenden un conjunto amplio y variado de estrategias y habilidades específicamente dirigidas a evitar o enfrentar el consumo de cocaína. Además busca orientar al consumidor a que reconozca que su patrón de consumo lo está colocando en riesgo y lo alienta al desarrollo de habilidades apropiadas para enfrentar la gran mayoría de las situaciones de riesgo de consumo, a través de la reducción hasta logra la abstinencia como meta terapéutica.

La suposición subyacente del consumo de cocaína es que el proceso de aprendizaje tiene un papel importante en el desarrollo y continuación de la dependencia a esta droga (23). El mismo proceso de aprendizaje puede usarse para ayudar a los sujetos a modificar su consumo cocaína.

Como objetivos fundamentales del tratamiento están que el usuario logre la comprensión y dominio de las estrategias de detección de situaciones de riesgo y las habilidades de enfrentamiento, incluyendo la prevención de recaídas.

El TBUC-III tiene dos componentes fundamentales que son:

1. Análisis funcional: En cada tópico y en cada ocasión de consumo, terapeuta y usuario usan el análisis funcional para identificar los pensamientos, sentimientos y circunstancias asociadas antes y después del consumo de la cocaína (24). Al inicio del tratamiento, esta estrategia es importante porque permite identificar los determinantes y las situaciones de alto riesgo donde es probable que haya un consumo; el análisis funcional también es una estrategia que permite al usuario identificar las razones por las cuales consume cocaína (ej. enfrentarse con dificultades interpersonales, experimentar riesgos o euforia que no tendría estando sobrio, entre otras razones). Al final del tratamiento, el análisis funcional ayuda a identificar las situaciones donde la persona todavía tiene dificultades para controlar su consumo.

2. Entrenamiento en habilidades: Durante el tratamiento se da un entrenamiento en habilidades de enfrentamiento, enseñándole diversas estrategias en el transcurso de la sesión, a través del modelado, y de lecturas relacionadas. Y pidiéndole que las practique fuera de la sesión. El entrenamiento ayuda a que los usuarios modifiquen viejos hábitos asociados con la dependencia de cocaína, que aprendan nuevas estrategias y desarrollen habilidades en busca de nuevos hábitos saludables (25), no asociados con el consumo. Si el problema con la sustancia fue lo suficientemente severo como para necesitar un tratamiento, es muy probable que los usuarios usen la droga como la forma más común para enfrentar un gran rango de problemas inter e intrapersonales. Aunque los usuarios podrían haber tenido estrategias para detener el consumo que fueron efectivas en algún momento, estas pueden haberse deteriorado por haber usado mucho tiempo a la sustancia como medio principal de enfrentamiento.

Los usuarios de cocaína forman un grupo heterogéneo y normalmente asisten al tratamiento con una gran cantidad de problemas, por lo que es necesario entrenarlos en diferentes habilidades (17). En los tópicos se enseña al usuario algunas de las estrategias y habilidades que han probado ser útiles para controlar y alcanzar la abstinencia del consumo de la cocaína.

## **EJEMPLO DE UNA SESIÓN TÍPICA DEL TRATAMIENTO**

En cada sesión se desarrollan diferentes actividades guiadas para lograr la meta terapéutica. Estas actividades inician con la búsqueda de empatía a través de la Entrevista Motivacional (25), con técnicas como la escucha reflexiva, usando enunciados directos, tono de voz, expresiones faciales y lenguaje corporal que indiquen interés, compromiso y comprensión hacia lo que reporta el usuario. El terapeuta debe

explorar las inquietudes y preocupaciones que incomodan al usuario; de manera gradual y ordenada, el terapeuta debe encausar los objetivos de la sesión y brindar confianza.

A continuación el terapeuta necesita identificar el estado de ánimo, quejas o preocupaciones que presente el usuario durante la sesión. Por ejemplo, se pueden explorar dificultades al dormir, sentimientos de fracaso o irritabilidad creciente, que pueden ser señales útiles de que quizás hay una preocupación no declarada. Verificar el estado de ánimo puede ayudar a entender mejor las preocupaciones manifestadas por el usuario. Dependiendo de la severidad de la preocupación es posible modificar el orden de los tópicos del TBUC-III o canalizar al usuario a otro tratamiento más apropiado a sus necesidades. Generalmente los usuarios están poco familiarizados con la forma de trabajo de un tratamiento estructurado, por lo que el terapeuta necesita habituarlos con una forma de trabajo similar al desarrollo de una agenda (con la regla 20-20-20). Esta agenda la definirán terapeuta y usuario al inicio de cada sesión, lo que ayudará a alcanzar los objetivos de la misma.

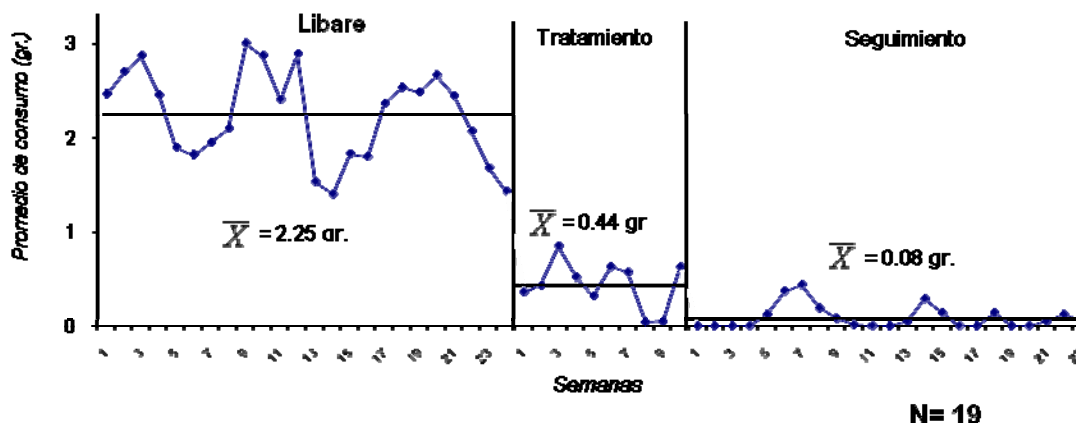
Para dar continuidad al tratamiento y verificar las posibles inquietudes surgidas en la sesión anterior, es útil preguntar al usuario su percepción y comprensión de la misma. Esto ofrece retroalimentación importante sobre el tratamiento. El terapeuta debe preguntar al usuario si en la semana tuvo oportunidad de aplicar las habilidades aprendidas y qué resultados alcanzó.

Una cuestión inicial de la agenda es discutir la tarea, que incluye el autorregistro, que es un indicador del avance del tratamiento y de las posibles dificultades que enfrenta el usuario. Otra de las tareas para la semana es poner en práctica las habilidades aprendidas. Las tareas se evalúan de manera sistemática, el terapeuta genera comentarios motivacionales cuando el usuario va alcanzando logros durante el tratamiento y resuelve, junto con el usuario, posibles obstáculos para el desarrollo de las tareas o para la implementación de estrategias.

Durante el transcurso de la sesión es esencial hacer resúmenes. Normalmente pueden emplearse resúmenes en diferentes tiempos: 1) en la primera parte de la sesión es conveniente repetir lo que el usuario dice usando sus palabras, de manera concisa, para luego pedirle retroalimentación sobre el resumen hecho; 2) al terminar una sección o ejercicio, se recomienda resumir, de manera que permita evaluar el logro alcanzado; y 3) al final de la sesión hay que reforzar el compromiso del usuario con su recuperación o tratamiento, así como identificar las probables dificultades para lograrlo.

## **RESULTADOS**

En primer lugar, mencionaremos los datos de la primera investigación realizada para evaluar al TBUC. En esta participaron 18 hombres y una mujer. Todos los usuarios indicaron que la droga principal de consumo era la cocaína. El estudio se llevó a cabo en el Centro de Adicciones Acapulco. Todos los usuarios firmaron un consentimiento informado donde aceptaban participar en la investigación; y a todos se les aseguró que se guardaría la confidencialidad de sus respuestas.



N= 19

**Figura 1. Comparación entre el promedio de consumo de cocaína semanal y promedio total en la línea base (24 semanas), tratamiento (10 semanas) y seguimiento (24 semanas).**

En la figura 1, se muestra el promedio de la frecuencia y cantidad consumida de cocaína (26), en tres momentos de consumo, que son la línea base retrospectiva (Libare), tratamiento y seguimiento. A través de un análisis visual, se puede observar que el consumo se redujo de la Libare al tratamiento, así como del tratamiento al seguimiento. Lo que también puede notarse es que es más grande la diferencia que hay entre la Libare y el tratamiento. No obstante, también es clara la reducción del consumo entre el autorregistro con el seguimiento. Por otro lado se hizo un anova de medidas repetidas usando como variable independiente a la fase de tratamiento (Libare, tratamiento y seguimiento) y como variable dependiente la cantidad de droga consumida (en gramos). Al realizar prueba Mauchly's de homogeneidad de varianza ( $w = .290$ ,  $p < .0001$ ) se encontró una diferencia significativa, por lo que no es posible asumir esfericidad, con un factor de corrección Epsilon de Greenhouse-Geisser de 0.585, una suma de cuadrados de 51.235 (gl 1.170, 21.057) y una  $F = 20.152$  ( $p < .0001$ ). Posteriormente se hicieron los contrastes entre las variables, encontrándose que a través de las tres fases hubo diferencias significativas: entre la Libare y el autorregistro ( $F = 16.746$ , 1, 18,  $p < .001$ ); entre la Libare y el seguimiento ( $F = 25.353$ , 1, 18,  $p < .0001$ ); y entre el autorregistro y el seguimiento ( $F = 6.083$ , 1, 18,  $p < .024$ ).

En este estudio también se analizó el porcentaje de abstinencia que alcanzaban los usuarios en las diferentes fases del tratamiento (26) y se encontró que en la libare, sólo alcanzaban la abstinencia el 31.04% del periodo evaluado. La abstinencia alcanzada durante el tratamiento fue del 80.53% y durante el seguimiento fue del 92.8%.

Dentro del TBUC, un aspecto fundamental a desarrollar en los usuarios de cocaína es la propia confianza para controlar, a través de las diferentes herramientas y habilidades enseñadas, el consumo de la sustancia. A continuación se muestran los resultados de la aplicación del CACD (19). Este instrumento mide la percepción de autoeficacia de los consumidores al medir la confianza percibida de poder resistir el consumo de la droga. Tiene 60 reactivos divididos en ocho categorías que miden situaciones de alto riesgo (24). Estas categorías son emociones displacenteras (Em plac), prueba de control personal (cont pers), incomodidad física (inc fis), necesidad de consumo (nec cons), emociones displacenteras (em displ), tiempo placentero con otros (tiem plac), conflicto con otros (confl otr) y presión social de consumo (pres soc). El CACD puede usarse para estimar la estabilidad de los resultados de un tratamiento, respecto al consumo de drogas. El CACD se aplicó al inicio del tratamiento y en el seguimiento a los seis meses



de haber dado de alta al usuario. Participaron 21 usuarios (27) que asistieron y terminaron el TBUC, hombres y mujeres. Este estudio se llevó a cabo en el Centro de Adicciones Acasulco. Todos los participantes eran consumidores de cocaína, con un diagnóstico de dependencia a la sustancia. Y todos ellos firmaron una carta de consentimiento informado. Para el análisis se utilizó una prueba T para datos apareados entre ambas aplicaciones entre las ocho subescalas. Se encontraron diferencias significativas en la evaluación pretest posttest de todas las subescalas (ver figura 2).

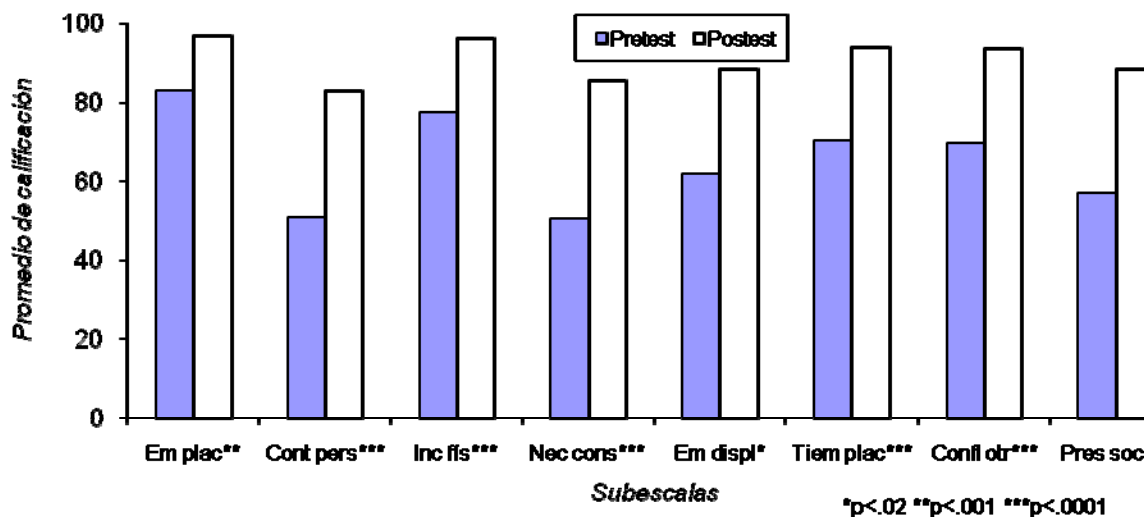


Figura 2. Pretest-posttest con la prueba T de las ocho subescalas del Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD). Abreviaturas: Em Plac- emociones placenteras; Cont Pers- control personal; Inc Fis- incomodidad física; Nec cons- necesidad de consumo; Em displ- emociones displacenteras; Tiem plac- tiempo placentero con otros; Confl otr- conflicto con otros; Pres soc- presión social de consumo

## DISCUSION

Fukushima (28) hizo un estudio cuyo objetivo fue evaluar, por medio de la validación social, la importancia y aceptación de las metas, procedimientos y resultados del TBUC (primera versión), con consumidores de cocaína. Se trabajó con 19 participantes (18 hombres y 1 mujer) del TBUC, que firmaron un consentimiento informado de participación en la investigación. Todos presentaban un diagnóstico de dependencia de la cocaína. La investigación se llevó a cabo en el Centro de Adicciones Acasulco. Se utilizaron diez cuestionarios de validación social, uno para la validación social de metas del tratamiento, ocho para la validación social de los procedimientos usados en cada sesión, y uno para la validación social de resultados.

Respecto a la validación social de las metas, se encontró que los usuarios estaban de acuerdo con las metas planteadas en el TBUC, además de que las consideraban fundamentales para un tratamiento de cocaína. En cuanto a la validación social de procedimientos y resultados se observó que el procedimiento y los resultados alcanzados son importantes y que al participar en el tratamiento pudieron, en general, llegar a la abstinencia de la cocaína y mejorar sustancialmente varios aspectos de su vida. También mencionaron que el TBUC fue ético y apropiado para solucionar el problema del consumo

Por otro lado, la generación de información sobre los costos de la atención psicológica en adicciones se convierte en una necesidad impostergable. Por lo que, el siguiente paso

consistió en hacer una Evaluación Económica, la cual permitió valorar los recursos requeridos para brindar el tratamiento y obtener la efectividad de los resultados. Por lo que se realizó un Análisis de Costo Efectividad (ACE) del TBUC, el cual consistió en evaluar los costos de acciones para brindar el TBUC, y compararlo con los resultados de eficiencia mostrados anteriormente. Se hizo este análisis con 28 participantes (24 hombres y 4 mujeres), todos consumidores de cocaína, con un diagnóstico de dependencia a la sustancia. Todos ellos participaron libremente en el tratamiento y firmaron un consentimiento informado.

Los resultados del ACE mostraron un costo promedio de \$ 2,552.20 pesos por usuario (incluyendo la evaluación de los seguimientos a seis meses) del TBUC. Esto convierte al TBUC en un programa costo efectivo y se observó que durante el LIBARE en promedio presentaban 148.9 días (76%) de abstinencia y para el seguimiento se consiguió un aumento de 195 días (99%) de abstinencia, además del decremento del consumo antes mencionado.

## **CONCLUSION**

Actualmente, en México el consumo de cocaína y crack es un problema de salud muy importante, que afecta a un número significativo de hombres y mujeres de distintos grupos de edad. Como una opción para enfrentar este problema, se ha desarrollado el TBUC (13), del cual actualmente se está evaluando su tercera versión (14).

Dentro de algunos de los resultados obtenidos se ha encontrado que los usuarios disminuyen de manera significativa el consumo de la fase de línea base a la de tratamiento, y del tratamiento al seguimiento a los seis meses de haber dado de alta al usuario. También, el modelo ha manifestado que ayuda a los usuarios a alcanzar la abstinencia de la sustancia, situación que se observa en el aumento de la fase de línea base al tratamiento y del tratamiento al seguimiento. Por otro lado, también ha demostrado que puede ayudar a los usuarios a tener mayor confianza para resistirse al consumo de la sustancia en diversas situaciones de riesgo. Entre estas, destacan aquellas situaciones donde el usuario es presionado a consumir la droga. Se ha encontrado que el TBUC-III dota al participante de herramientas que pueden ser útiles para resistirse al consumo en este tipo de situaciones. Otra estrategia que también los usuarios han señalado que es muy útil es la identificación y enfrentamiento de episodios de deseo fuerte de la droga. Ellos indican que este tipo de estrategias los ayudan a controlar este deseo sin necesidad de recurrir a la sustancia.

Este modelo de tratamiento ha mostrado ser útil y eficaz para atender a usuarios dependientes de la cocaína y/o el crack y actualmente es uno de los dos modelos recomendados por el Consejo Nacional de Adicciones (CONADIC, ver [www.conadic.org.mx](http://www.conadic.org.mx)) para trabajar con este tipo de usuarios. Es un modelo que gracias a su brevedad y flexibilidad, puede trabajarse prácticamente con cualquier tipo de usuarios de esta sustancia, en escenarios ambulatorios o residenciales, y en conjunto con otras aproximaciones clínicas (ej. la farmacoterapia). Además, es costo efectivo por el tiempo para los resultados obtenidos, el tiempo y el precio por usuario. Por otro lado, para aumentar la validez del TBUC-III, se sugiere utilizar marcadores biológicos que midan el consumo de la cocaína de los participantes, para tener un dato empírico más fuerte que le de mayor validez a los resultados obtenidos.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos al Centro Acasulco, así como a su coordinadora, la Lic. Echeverría, todo el apoyo para hacer las investigaciones mencionadas en este artículo. Además, agradecemos a los participantes de las investigaciones el hecho de permitarnos usar sus

datos para hacer investigación.

## REFERENCIAS

1. - EMCDDA. Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue. Bélgica: EMCDDA; 2007.
2. - Encuesta Nacional de Adicciones. Drogas ilegales. México: Secretaría de Salud; 2002.
3. - Encuesta de Adicciones, Ciudad de México. Encuesta de Hogares 2006. Secretaría de Desarrollo Social GDF; 2006.
4. - SISVEA. Informe 2006. México: Secretaría de Salud; 2007.
5. - CIJ. Centros de Integración Juvenil. México: CIJ; 2007.
6. - OMS. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Washington, DC: OPS; 2005.
7. - APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fourth edition). Washington: APA; 1994.
8. - Childress AR, Franklin TR, Listerud J, Acton PD, O'Brien CP. Neuroimaging of cocaine craving states: cessation, stimulant administration, and drug cue paradigms. En: Davis KL, Charney D, Coyle JT, Nemeroff C. Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress. Washington, DC: American College of Neuropsychopharmacology, 2002:1575-1590.
9. - Garavan H, Pankiewicz J, Bloom A, Cho J, Sperry L, Ross TJ, et al. Cue induced cocaine craving: neuroanatomical specificity for drug users and drug stimuli. Am J Psychiatry, 2000; 157:1789-1798.
10. - Risinger RC, Salmeron BJ, Ross TJ, Amen SL, Sanfilippo M, Hoffmann et al. Neural correlates of high and craving during cocaine self-administration using BOLD fMRI. Neuroimage, 2005; 26:1097-1108.
11. - Weiss DR, Griffin ML, Mazurick C, Berkman B, Gastfried DR, Frank A. et al. The Relationship Between Cocaine craving, Psychosocial Treatment, and Subsequent Cocaine Use. Am J Psychiatry, 2003; 160:1320-1325.
12. - Plan Nacional de Desarrollo 2006-2012. Plan Nacional de Salud. México: Secretaría de Gobernación; 2006.
13. - Oropeza R. Aplicación, desarrollo y evaluación de un tratamiento breve para usuarios de cocaína. Tesis de doctorado, Facultad de Psicología, UNAM; 2003.
14. - Oropeza R, Fukushima EA, García LR, Escobedo JJ. Guía de aplicación del Tratamiento Breve para usuarios de Cocaína (TBUC-III). México: GDF; 2007.
15. - Carroll KM, Onken LS. Behavioral therapies for drug abuse. Am J Psychiatry, 2007; 162:1452-1460.
16. - Kadden R, Carroll K, Donovan D, Cooney N, Monti P, Abrams D, Litt M, Hester R. Cognitive-Behavioral Coping Skills Therapy Manuals. Rockville, Maryland: NIAAA; 2003.
17. - Carroll KM. A cognitive-behavioral approach: Treating cocaine addiction. Rockville, Maryland: NIDA; 1998.
18. - De las Fuentes ME, Villalpando J, Oropeza R, Vázquez F, Ayala H. Cuestionario de Abuso de Drogas. En: De las Fuentes ME, Villalpando J. Adaptación de un instrumento de tamizaje para población mexicana que consume drogas. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM; 2001.
19. - Pérez Y, De León L, Oropeza R, Ayala H. Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas. En: De León L, Pérez Y, Adaptación, validación y confiabilización del Inventory of drug taking situations (IDTS) y el drug taking confidence questionnaire (DTCQ). Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología,

UNAM; 2001.

20. - Ayala H, Cárdenas G, Echeverría L, Gutiérrez M. Manual de autoayuda para personas con problemas con su forma de beber. México: Miguel Ángel Porrúa; 1998.
  21. - Méndez B, Vázquez F, Oropeza R. Autorregistro del deseo y del consumo de cocaína. En: Méndez B. Medición del deseo en usuarios de cocaína: evaluación a partir de un autorregistro. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM; 2006.
  22. - De León L, Pérez Y, Oropeza R, Ayala H. Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas. En: De León L, Perez Y. Adaptación, validación y confiabilización del Inventory of drug taking situations (IDTS) y el drug taking confidence questionnaire (DTCQ). Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM; 2001.
  23. - Bandura A. Self efficacy. USA: Freeman; 1997.
  24. - Marlatt GA, Gordon JR. Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. Nueva York: Guilford; 1985.
  25. - Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Preparing people for change. Nueva York, NY: Guilford; 2002.
  26. - Oropeza R, Medina-Mora ME, Sánchez-Sosa JJ. Evaluación de un Tratamiento Breve para usuarios de cocaína. Rev Mex Psicol, 2007; 24:219-231.
  27. - Oropeza R. Modificaciones en la autoeficacia de participantes del Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC). XIV Congreso Mexicano de Psicología, Puerto Vallarta, Jalisco; 2006.
  28. - Fukushima E. Validación social de un tratamiento breve para usuarios de cocaína. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM; 2003.
-