

Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México

Estela Rojas,¹ Tania Real,¹ Sarah García-Silberman,¹ María Elena Medina-Mora²

Actualización por temas

SUMMARY

The consumption of substances with addictive potential is a relevant health problem. In Mexico, the abuse is spreading and the use of services is unfrequent. To extend the offer and accessibility to treatment means to increase the coverage and to guarantee that efficient and effective models are used to treat the patients. The aim of the paper was to learn what has been investigated in this respect; a systematic review of the studies was undertaken to evaluate the treatment research through clinical trials.

Methods

A review of the published literature from 1980 to 2010 in databases and specialized documentation centers was undertaken. Reports of clinical trials to evaluate interventions for the consumption of alcohol, tobacco and drugs were included. The criteria proposed by CONSORT were used as indicators.

Results

Two hundred and twenty publications were located on treatment in Mexico, of which only 26 (11.8 %) corresponded to clinical trials to evaluate the impact of different interventions.

The most used type of treatment was the cognitive-behavioral brief one, followed by its combination with therapy of replacement, pharmacological therapy and individual psychotherapy or group therapy. Trials also included evaluation of motivational brief therapy, the program «La familia enseñante» (teaching family) and psychotherapy, as well as the therapy centered on solutions.

Discussion

Most of the clinical trials localized do not comply with the criteria or do it partially. Additionally they have short scopes due to the limited size of the samples. The results reveal that the reports published of investigations are very scanty to evaluate programs of treatment. There is a need to implement programs of treatment directed to specific populations and to the use of different types of drugs, and to evaluate the interventions.

Key words: Addictions, clinical trials, bibliometric analysis, treatment.

RESUMEN

El consumo de sustancias con potencial adictivo es un problema relevante de salud. En México el abuso se está extendiendo y el uso de servicios es poco frecuente. Ampliar la oferta y la accesibilidad al tratamiento significa aumentar la cobertura y garantizar que se apliquen modelos eficaces y efectivos. Con el propósito de conocer qué es lo que se ha investigado en este sentido, se desarrolló una revisión sistemática de los estudios realizados para evaluar los programas de tratamiento.

Método

Se realizó una revisión de la bibliografía publicada de 1980 a 2010 en bases de datos y centros de documentación especializados. Se incluyeron reportes de estudios para evaluar intervenciones y tratamientos para el consumo de alcohol, tabaco y drogas. Se utilizaron como indicadores los criterios propuestos por Moher et al., del CONSORT.

Resultados

Se localizaron 220 publicaciones sobre tratamiento en México, de las cuales solo 26 (11.8%) correspondieron a ensayos clínicos para evaluar el impacto de diferentes intervenciones.

El tipo de tratamiento más utilizado fue el cognitivo-conductual breve, seguido por su combinación con terapia de reemplazo, terapia farmacológica y psicoterapia. También se evaluó la terapia breve motivacional, el programa de «La familia enseñante» y la terapia centrada en soluciones.

Discusión y conclusiones

Al analizar las publicaciones se encontró que la mayoría no cumple con los criterios de los ensayos clínicos aleatorizados o lo hace parcialmente. Adicionalmente tienen cortos alcances debido al reducido tamaño de las muestras. Los resultados revelan que aún son muy escasos los reportes publicados de investigaciones para evaluar programas de tratamiento. Se enfatiza la necesidad de implementar programas dirigidos a poblaciones específicas y acordes a cada tipo de droga, así como la relevancia de generar investigación científica aplicada a la evaluación de las intervenciones.

Palabras clave: Adicciones, ensayos clínicos, análisis bibliométrico, tratamiento.

¹ Investigadoras de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

² Directora General del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Correspondencia: Dra. María Elena Medina-Mora. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, 14370, México, DF. E-mail: medinam@imp.edu.mx

Recibido: 9 de junio de 2011. Aceptado: 19 de julio de 2011.

INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias con potencial adictivo es un problema relevante de salud pública que genera graves consecuencias a nivel individual, familiar y social. Entre éstas destacan la dependencia a sustancias, los accidentes y lesiones, cirrosis, problemas cardiovasculares y respiratorios, cáncer, trastornos del estado de ánimo y ansiedad, psicosis tóxicas, entre muchas otras, que generan discapacidades y muerte prematura, así como la asociación con la presencia de violencia y con el suicidio.¹⁻³

México tiene una larga historia de abuso de alcohol y la dependencia a esta sustancia es amplia. Se estima que un alto número de sujetos tiene problemas por su manera de beber (30%) y el 5.5% presenta abuso o dependencia a esta sustancia. La evidencia también señala que el abuso se está extendiendo más entre adolescentes y mujeres. Los índices de problemas en poblaciones rurales son incluso superiores a los observados en poblaciones urbanas; así, la cifra de dependencia al uso de alcohol de la población de 18 a 65 años de áreas rurales, en 2002, fue de 4.81% y en las áreas urbanas, de 4.49%.⁴

Con respecto al uso de tabaco, de la población de 12 a 65 años, el 18.5% (14 millones) fumó en el año anterior, 27.8% fueron hombres y 9.9%, mujeres. El 8.8% eran adolescentes y 20.6% adultos.¹

El uso de drogas ilegales presenta cifras más reducidas, sin embargo de 2002 a 2008 aumentó de 5% a 5.7% el número de consumidores,¹⁴ especialmente la proporción de usuarios de drogas ilegales (4.6% a 5.2%), siendo mayor el número de varones que las consume (4.6 hombres por cada mujer); no obstante, su uso entre ellas se duplicó, pues pasó de 1% en 2002 a 1.9% en 2008, y 0.6% ha desarrollado dependencia. En 2002 la proporción de la población que presentaba dependencia era de 0.4%. Se ha incrementado el número de personas expuestas y el de las que experimentan y progresan hacia las diferentes formas de uso hasta llegar a la dependencia. Por ejemplo, de 2002 a 2008 disminuyó la cifra de usuarios de drogas que se había limitado a experimentar, es decir habían usado una o dos veces de 52.3% a 36% del total de personas que reportaron haber usado marihuana alguna vez, y de 40.5% a 29.2% en el caso de la cocaína; simultáneamente aumentó la proporción de personas que informaron haber usado 50 veces o más, de 12.8% a 21.1% en el caso de la marihuana y de 15.6% a 21% en el de la cocaína. Se configura así un mercado más maduro que requiere intervenciones más específicas.

Aumenta el índice de personas que han usado y tienen problemas con las metanfetaminas, principal droga por la que llegan los usuarios a tratamiento en la región norte del país; los inhalables habían mostrado un decremento significativo pero su consumo vuelve a aumentar, en tanto que la heroína, según datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones para centros no gubernamentales, fue reportada como droga de impacto, es decir aquella que ocasiona mayores consecuencias y lleva a las personas a tratamiento con 9.9% de la población en 2009; solo cuatro Estados no reportaron haber recibido pacientes con este problema.⁵

También se trata de un problema de inicio temprano, con una edad para la primera manifestación de dependencia alrededor de los 17 años en los adolescentes y especialmente en las mujeres jóvenes. De acuerdo con Benjet et al.,⁶ 0.3% de la población entre 12 y 17 años presenta dependencia a drogas y el 0.6% dependencia al alcohol.

En total se estima que 4 200 000 personas requieren tratamiento para alcohol o drogas y 4 800 000 intervenciones breves.¹

A pesar del elevado índice de problemas, no hay acceso universal al tratamiento. La encuesta de epidemiología psiquiátrica llevada a cabo en México y varios países más, muestra que sólo 19% de la población con un trastorno recibió tratamiento; que menos del 1% llegó durante el mismo año que apareció el trastorno y que una de cada cinco personas con un problema de uso de drogas obtuvo tratamiento a los 50 años de edad. La utilización de servicios de tratamiento para el abuso y dependencia del alcohol también es poco frecuente. Las mujeres buscaron más tratamiento que los hombres: 53.2% y 28.2%, respectivamente. Entre los que presentaron dependencia del alcohol y acudieron a algún servicio, el 50% lo hizo ocho años después de que surgió su problemática y el 50% lo hizo después de doce años.^{7,8} Menos del 25% de los que presentaron algún trastorno asociado al alcohol buscó ayuda terapéutica.⁹ La tasa más alta de consultas médicas fue entre quienes presentaban dependencia al alcohol, y el especialista más consultado fue el psiquiatra.¹⁰ También se mostró que la falta de tratamiento para problemas mentales, en los 12 meses previos, es más frecuente en países en desarrollo que en los más desarrollados.¹¹ Al contrastar los resultados de 15 países, respecto a la proporción de casos que en su vida tuvieron trastornos por usar sustancias y que buscaron tratamiento en el año que surgió su problemática, México tuvo la proporción más baja (0.9%), en tanto que la más alta la obtuvo España (18.6%). La cifra de casos que a los 50 años de edad tuvo tratamiento en México fue del 22.1%, una de las más bajas junto con Nigeria (19.8%) y Colombia (23.1%).^{12,13} Se encontró que los hombres casados, con menor educación y en los extremos de edad y de ingresos, recibieron menos tratamiento. También es bajo el número de personas con alteraciones graves que recibió tratamiento en los 12 meses anteriores a la encuesta, y de éstos, son pocos los que fueron tratados eficazmente. Para completar el cuadro, en muchos países cerca de la cuarta parte de los que inician un tratamiento no reciben seguimiento.¹¹

Un estudio acerca de los trastornos mentales en siete países, incluido México, informó que los trastornos por uso de sustancias surgen a edades tempranas, con prevalencias más elevadas entre los más jóvenes. Un hallazgo relevante

Un estudio acerca de los trastornos mentales en siete países, incluido México, informó que los trastornos por uso de sustancias surgen a edades tempranas, con prevalencias más elevadas entre los más jóvenes. Un hallazgo relevante

es que el lapso transcurrido para conseguir tratamiento es mayor en los casos que surgen a edades tempranas. Asimismo, existe evidencia de que los casos más graves tienen una probabilidad mayor de recibir tratamiento que los menos serios, sin embargo una gran mayoría que presenta daños graves por su enfermedad, no recibe tratamiento.¹⁴

La Encuesta Nacional de Adicciones más reciente confirma lo encontrado anteriormente, de que sólo una pequeña proporción de los usuarios de drogas (16.1%) acude a tratamiento.¹

Kohn R y Levav I⁹ señalan «factores subjetivos y objetivos para explicar la brecha en la atención y la demora en la búsqueda de los servicios de tratamiento. Entre los subjetivos están: la negación del problema, la suposición de que el tratamiento no existe o es poco o nada eficaz, la creencia errónea de que el problema desaparecerá espontáneamente, el deseo de afrontar el problema sin ayuda externa o la simple carencia de conocimientos sobre los trastornos mentales y el estigma. Entre los objetivos están los que se refieren a las barreras para la atención como: los aspectos financieros, la escasa o nula disponibilidad de los servicios, los problemas de accesibilidad y la adaptación culturalmente inadecuada de los servicios a los usuarios». Estos autores mencionan que el proyecto Atlas, llevado a cabo por la OMS, «aportó datos probatorios del déficit en materia de servicios de salud mental en países de América Latina y el Caribe, los niveles de inversión en salud mental, la disponibilidad de camas psiquiátricas, de psiquiatras y de otros profesionales de la salud mental van muy a la zaga de Canadá y Estados Unidos, el porcentaje del presupuesto sanitario destinado a la salud mental varía en estos países entre 0.1% y 12%», México invierte el 1% en contraste con Canadá (11%) y Estados Unidos (6%).

A partir de la imperiosa necesidad de diseñar e implementar tratamientos eficaces, se han identificado, a nivel internacional, algunos principios básicos: considerar a las adicciones como una enfermedad que afecta el desempeño del cerebro y del comportamiento, y que es factible de tratarse; el tratamiento debe ser de fácil acceso, atender necesidades específicas en relación con el género, la edad y el tipo de sustancia. No existe un sólo tipo de tratamiento que resulte eficaz para todas las personas. Muchos de los modelos que se han desarrollado en materia de adicciones son los que emplean las intervenciones breves, los tratamientos cognitivos, las estrategias centradas en el afrontamiento para prevenir las recaídas, los tratamientos cognitivo-conductuales, los programas de desintoxicación, seguimiento y apoyo a las familias y a la comunidad entre otros.¹⁵

Existen otros tipos de atención como los programas de 12 pasos, algunos basados en religiones, grupos de autoayuda guiados por ex adictos o el internamiento en granjas o casas conocidas como anexos, sin embargo en este tipo de establecimientos difícilmente se cuenta con la asesoría médica o profesional en el tratamiento de las

adicciones y funcionan en base a la represión o dirección forzada.

Entre las instituciones que ofrecen tratamiento están los Centros de Integración Juvenil, los centros de tratamiento profesional basados en los 12 pasos, centros de salud, unidades especializadas de primer nivel (CECOSAM), hospitales psiquiátricos, así como clínicas particulares. Las organizaciones de la sociedad civil ofrecen atención en las modalidades de comunidad terapéutica y grupos de autoayuda.

Existen también otros centros de tratamiento donde recurren a técnicas como la acupuntura, la terapia de relajación, de confrontación, grupos educativos, y que pueden no ser efectivas si se emplean de manera aislada. Por ello resulta relevante identificar los tratamientos con mayor eficacia.¹⁶

La investigación clínica ha dado resultados útiles que dan fundamentos para seleccionar de entre los modelos existentes a aquellos que mejor responden a las necesidades de los pacientes con diferentes características; para ello deben basarse en una sólida metodología científica que incluya grupos controles y que aporten elementos para que puedan llevarse a la práctica.¹⁷

Dentro de las características principales que deben de cumplir este tipo de estudios, están: que los diseños sean experimentos controlados, estudios prospectivos donde se delimite un periodo de tiempo y se pueda controlar la variable independiente (intervención); que exista rigor para establecer la causa, lo que permite comprobar hipótesis; también permiten probar eficacia, efectividad y equivalencia de diversos tratamientos y examinar los efectos adversos. Este tipo de estudios también se caracterizan por un alto grado de complejidad al tratar de determinar la causalidad y que esta experimentación implique a seres humanos.¹⁸

Un ensayo clínico sugiere estas etapas: i) *planeación*: donde se evalúa la factibilidad, se formulan las hipótesis, se coordina el grupo de trabajo, se establecen los recursos necesarios y se redacta un protocolo de investigación; ii) *acción*: se determinan las responsabilidades, se definen y operacionalizan las variables, se determina el tamaño de la muestra y se ejercen los recursos financieros; iii) *ejecución*: es la fase de manipulación y medición de las variables, se recluta a los participantes, se aplica la intervención, se hace seguimiento y análisis de la información. Durante el desarrollo de este tipo de investigaciones se aplican los principios de la bioética, lo que requiere que los sujetos participantes den su consentimiento y lo firmen para su participación voluntaria, y ejerzan el derecho a suspender su participación. Durante todo el proceso se debe garantizar a los sujetos su seguridad, el grupo control deberá estar sometido a algún otro tratamiento existente y no a un placebo.¹⁹

Así, diversas instituciones proporcionan ayuda y algunos grupos de investigación han abordado el tema de las adicciones y probado modelos de intervención. Reducir la brecha del tratamiento significará aumentar la cobertura y garantizar que se apliquen modelos de eficacia y

eficiencia probadas. Para ello es importante conocer qué es lo que se ha investigado en este campo.

El propósito del presente estudio fue desarrollar una revisión sistemática de las investigaciones realizadas para evaluar los resultados de los programas de tratamiento contra las adicciones implementados en México. A partir de una revisión sistemática sobre el tema se pretende contestar dos tipos de preguntas, las primeras son de naturaleza descriptiva, que informan sobre quién ha hecho investigación sobre tratamiento, qué tipo de drogas se han incluido en los estudios, a qué poblaciones han estado dirigidos y en dónde se han publicado los resultados; y la segunda, analítica, que verifica cuáles criterios de los ensayos clínicos propuestos por el CONSORT²⁰ se cumplen, a fin de poder dar recomendaciones al respecto.

MÉTODO

Mediante el uso de la técnica del análisis bibliométrico,²¹ se realizó una serie de búsquedas en línea, en bases de datos bibliográficos y en listas de referencias de artículos de revisión, así como en centros de información y documentación especializados, de julio de 2010 a marzo de 2011.

Se utilizaron 17 bases de datos (cuadro 1). Considerando la reducida cantidad de artículos localizados, se decidió ampliar la búsqueda a bases locales y a acervos institucionales, tales como: Bases Libres en Internet, Altavista, Google Académico, Google, Prodigy, **Salud Mental** en Línea, Scirus, TesiUNAM y Yahoo. Se revisaron también las referencias de las publicaciones analizadas. Se consideraron publicaciones de 1980 a 2010.

Los términos utilizados para realizar las búsquedas fueron:

Cuadro 1. Bases de datos consultadas

Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas
BVS Biblioteca Virtual en Salud
EBSCO Research Databases:
• Elsevier-Science Direct
• Health Business Full Text
• ISIWeb of Knowledge
• ISI Web of Science
• Lilacs Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud
• MedicLatina
• MedLine 1966-1996
• MedLine 1997-2010
• MedLine with Full Text
• Ovid sp Technologies
• Psychology and Behavioral Sciences Collection
• PsycINFO
• Pubmed
• Scielo
• SocINDEX with FullText

Tratamiento de drogas, adicción, ensayos clínicos, alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, crack, inhalables, anfetaminas, heroína, México.

De las publicaciones localizadas, se seleccionaron aquellas que cumplían con los siguientes criterios:

- 1) Reportes de estudios para evaluar intervenciones y tratamientos para el consumo de alcohol, tabaco y drogas.
- 2) Efectuados en el país con población mexicana.
- 3) Tratamientos a usuarios.

Como criterios de exclusión, se establecieron los siguientes:

- 1) Reportes y ensayos teóricos.
- 2) Investigaciones acerca de estrategias y programas de prevención.
- 3) Los que aplicaban tratamiento a familiares de usuarios.
- 4) Los que sólo describen programas de tratamiento.
- 5) Los que son sobre tratamiento para otro tipo de problemas relacionados con las adicciones (SIDA, trastornos de la alimentación, etc.).

Para la selección de los indicadores a evaluar, se utilizaron los 22 criterios propuestos por Moher D, Schulz KF y Altman D,²¹ a partir de la información del CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials/Estándares Consolidados de Reporte de Ensayos), desarrollada a mediados de los años noventa por un grupo internacional de ensayistas clínicos, estadísticos, epidemiólogos y editores biomédicos. Estos criterios han sido apoyados por un creciente número de revistas médicas y grupos editoriales de Estados Unidos y han sido publicados en varios idiomas. Para la versión en español se ha trabajado con personas interesadas en mejorar la calidad de los ensayos clínicos, principalmente en España,^{22,23} aunque también ha habido otras propuestas en este mismo país para evaluar los ensayos.²⁴

Los miembros del grupo CONSORT²⁰ se reúnen regularmente, han ido modificando la lista de criterios a través del tiempo y han mantenido aquéllos que se consideran fundamentales para reportar los ensayos clínicos. La versión con la que se analizaron las publicaciones es de 2007.

RESULTADOS

Mediante los criterios de búsqueda mencionados se ubicaron 220 publicaciones sobre tratamiento en México, pero sólo 26 (11.8%) trataban de ensayos clínicos orientados a evaluar el impacto de diferentes intervenciones. La mayor parte de las publicaciones que se analizaron se encontraron en Scielo, en Mediclatina, en Tesiunam/aries y en las bases libres de internet consultadas.

En el Anexo se enumeran las 26 publicaciones analizadas, sus características y principales resultados.

1. Tipo de usuario

Siete publicaciones se refieren al tratamiento del tabaquismo; tres mencionan modelos de intervención dirigidos a adolescentes que se inician en el consumo de sustancias, la mayoría trata de modelos dirigidos a usuarios excesivos o problemáticos o con uso nocivo y sólo cuatro refieren tratamiento para personas con dependencia.

2. Tipo de tratamiento

El tratamiento más utilizado en los modelos sujetos a prueba fue el cognitivo-conductual de intervención breve (nueve de los reportes); en cuatro se aplicó este tipo de tratamiento más terapia de reemplazo (nicotina [TRN] y bupropión); en dos publicaciones se aplicó este tratamiento más terapia farmacológica y psicoterapia individual o grupal. Cinco probaron la terapia breve motivacional. Dos aplicaron el programa de tratamiento de «La familia enseñante» y uno implementó psicoterapia individual o familiar. Uno aplicó la Terapia Centrada en soluciones gestada en la epistemología sistémica y uno el Modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon.

3. Objetivo del tratamiento

El objetivo del 50% de los tratamientos que se evaluaron fue la abstinencia, y en el 34.6% de las publicaciones fue la disminución del patrón de consumo (frecuencia y cantidad); de las demás publicaciones su propósito fue tanto la abstinencia como la disminución del consumo y de los problemas asociados. Independientemente del tipo de intervención, todos mencionaron haber obtenido algún nivel de éxito en sus intervenciones, el cual tiende a disminuir en el seguimiento, es decir, entre mayor sea el lapso de tiempo transcurrido después de recibir el tratamiento es menor el éxito obtenido.

3) Tipo de droga

La mayoría de las intervenciones evaluadas en México han sido sobre el consumo de tabaco (38.4%) y alcohol (30.7%), y en menor proporción para las drogas ilegales (11.5%) o la combinación de drogas ilegales con alcohol (19.2%).

4) Población

Diecisiete de los tratamientos se aplicaron en adultos, seis en adolescentes y tres en población mixta (adolescentes y adultos). Los estudios se realizaron principalmente en clínicas universitarias (38.4%) y en instituciones (34.6%). El 80.7% (21) de las intervenciones incluyeron hombres y mujeres, 7.6% (2) de ellas sólo incluyeron varones y 11.5% (3) no dan información a este respecto. El número de participantes en los estudios varía entre 20 y 1 015 individuos;

Cuadro 2. Lugar en donde se han publicado

Número de publicaciones	
10 (38.4%)	Revista Salud Mental
5 (19.2%)	Otras Revistas Científicas como: Salud Pública de México, Neumología y Cirugía de Tórax, Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, Revista de Investigación y Ciencia, Anuario de Investigación en Adicciones
3 (11.5%)	Tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología de la UNAM
2 (7.6%)	Revista Mexicana de Psicología
2 (7.6%)	Revista del INER
2 (7.6%)	Informes de Investigación del CIJ
2 (7.6%)	Capítulos de Libro: uno editado por la Facultad de Psicología de la UNAM y otro por los CIJ

los estudios piloto publicados y que tuvieron como objetivo aplicar algunas de las estrategias probadas después en estudios más amplios, incluyen entre tres y 10 individuos.

5) Institución/investigadores

La mayoría de los equipos de investigación están integrados por psicólogos de la UNAM (25), seguidos por un número inferior de psicólogos o médicos que trabajan en institutos de salud como el INER (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias) (11 personas), el INP (Instituto Nacional de Psiquiatría) (10 personas), los CIJ (Centros de Integración Juvenil) (8 autores), la Universidad de Aguascalientes (siete personas), el Centro Médico Dr. Ignacio Chávez ISSSTESON de Hermosillo, Sonora (tres personas). De todos los autores, únicamente tres son extranjeros.

Fuera de las tres tesis que se analizan, las 23 publicaciones restantes encontradas están escritas por dos o más autores. Cabe señalar que varios de éstos han participado en más de una publicación.

6) Tipo de publicación

Todas se han publicado en revistas, libros y anuarios mexicanos (cuadro 2), 21 están publicadas en revistas científicas de las cuales **Salud Mental** es la que más se ha interesado en publicar sobre este tema. Sólo 13 de las 26, están publicadas en revistas registradas en los índices internacionales (10 en **Salud Mental**; dos en la revista Mexicana de Psicología y una en Salud Pública). Hay tres tesis para obtener el grado de Doctorado en Psicología de la UNAM, que no fueron publicadas.

7) Fecha de publicación

Con fines descriptivos se agruparon los estudios en varios rangos según la fecha de publicación (cuadro 3), la mayoría: 18 (69.2%), se publicaron entre 2003 y 2009.

Cuadro 3. Número y fecha de las publicaciones por tipo de droga

Años	Número de publicaciones	%	Intervención por tipo de droga
De 1980 a 1988	2	7.6	Drogas Inhalables
De 1989 a 1995	2	7.6	Alcohol
De 1996 a 2002	4	15.3	Alcohol Drogas 2 de tabaco
De 2003 a 2010	18	69.2	5 de alcohol 1 de cocaína 8 de tabaco 4 de alcohol y drogas

Resalta que los primeros estudios realizados en la década de 1980, enfocaron el problema de los inhalables, tema que no es abordado después de esta época en la primera mitad de la de 1990; hubo después interés por el tratamiento del alcohol y a partir de la segunda mitad de esa década aparecen las publicaciones sobre tabaco y drogas, pero se ha mantenido la publicación sobre modelos de tratamiento de alcohol.

8) Criterios/rigor científico

En el cuadro 4 se presenta el resultado del análisis de los 22 indicadores propuestos por el CONSORT. En resumen, alrededor del 90% menciona total o parcialmente el flujo de los participantes en cada etapa de la investigación, el número de participantes que recibieron la intervención o completaron el protocolo, el 80% declara sólo algunas mediciones realizadas, más del 70% menciona antecedentes científicos y fundamentos teóricos y los métodos estadísticos utilizados. Únicamente el 38% informa parcialmente sobre las características demográficas y clínicas de sus sujetos. Más del 90% no menciona la forma en que se determinó el tamaño de la muestra, la secuencia de aleatorización casi no se utiliza o se reporta, pocas publicaciones mencionan quién realizó la asignación o selección de los sujetos. También se utiliza poco frecuentemente el proceso ciego para la asignación de sujetos a los grupos. No es frecuente que los artículos mencionen los análisis que se realizan a los subgrupos, los eventos adversos, los efectos colaterales o las fuentes de sesgo que afectaron los resultados de estas investigaciones.

DISCUSIÓN

El artículo aporta a la bibliografía un análisis de lo que se publica en este tema en México y señala los caminos por los que puede seguir la investigación. En su lectura deben de considerarse también sus limitaciones, se ha circunscrito a una sola metodología, la de los ensayos clínicos, esto

deja fuera evidencia de la efectividad de otros modelos que han documentado el efecto de los grupos de ayuda mutua, o de los modelos basados en los 12 pasos y las comunidades terapéuticas, en el decremento de problemas de conducta y de otros modelos de tratamiento más prolongado. Tampoco se considera la investigación que se encuentra en la llamada «literatura gris», es decir en publicaciones internas de instituciones y de estudiosos del tema.

De las 26 publicaciones analizadas, se encontró que la mayoría de los tratamientos que se han probado en nuestro país sobre consumo de drogas, tabaco y alcohol y que se han publicado o pudieron localizarse en las fuentes mencionadas, se han llevado a cabo recientemente, a partir del año 2000. Se han aplicado principalmente a usuarios de tabaco y alcohol y en segundo lugar a los que combinan alcohol y drogas. No se encontraron estudios específicos para poblaciones que son dependientes a heroína, que usan metanfetaminas; ni estudios en poblaciones recluidas en instituciones de procuración de justicia.

La mayoría se han probado con adultos más que con poblaciones de otras edades. No se encontraron modelos probados en comunidades rurales o indígenas, estudios en población que además del problema de abuso de sustancias tiene comorbilidad psiquiátrica, estudios que aborden los problemas especiales de las mujeres o que atiendan la dependencia en poblaciones adolescentes o los problemas de las poblaciones de la tercera edad.

Una gran parte de los tratamientos evaluados mediante ensayos clínicos, han sido breves, de corte cognitivo-conductual y la mayoría de los investigadores que los han llevado a cabo son psicólogos y médicos egresados de la UNAM y que trabajan en la misma Universidad o en los Institutos Nacionales de Salud, en Centros de Integración Juvenil y en algunos Estados de la República. En casi todas las publicaciones los métodos de tratamiento han informado que en la mayoría de los sujetos el tratamiento logró resultados satisfactorios al reducir la cantidad y frecuencia con que consumían las diferentes sustancias.

Al analizar las publicaciones seleccionadas para este artículo con base en los 22 criterios sobre ensayos clínicos, se encontró que algunos de éstos no los cumplen o lo hacen parcialmente, tal es el caso de la asignación aleatoria de los sujetos. Las publicaciones no precisan ampliamente los detalles de las intervenciones que realizan, no especifican sus hipótesis, no mencionan claramente la forma en que se determinó el tamaño de la muestra, no declaran detalladamente los métodos para la aleatorización, ni quién los llevó a cabo, no se reportan los resultados en números absolutos, les falta mencionar el tamaño del efecto estimado, realizar más análisis con las muestras, no mencionan los efectos adversos o colaterales de los grupos de intervención y la generalización de los resultados de investigación tiene muy cortos alcances debido en gran parte a que las muestras seleccionadas son muy pequeñas.

Cuadro 4. Criterios del CONSORT para el análisis

Sección y tema	Descriptor	Resultados (%)		
		Presente	Parcialmente	Ausente
1. Título y resumen	Asignación de los participantes a las intervenciones (p. e. «aleatoria», «aleatorización»)	15.3	11.5	19.0
2. Antecedentes	Antecedentes científicos y explicación de fundamentos teóricos	73.0	23.0	3.8
3. Participantes	Criterios de selección, escenarios y contextos en los que se recopilaron los datos	38.4	42.3	19.2
4. Intervenciones	Detalles de las intervenciones propuestas para cada grupo y la forma y el momento en que se aplicaron	38.4	57.6	3.8
5. Objetivos	Especificar los objetivos y las hipótesis		92.3	7.6
6. Datos	Definición clara de las mediciones primarias y secundarias, si se utilizaron métodos para mejorar su calidad (p. e. capacitación de quienes hacen las mediciones)	19.2	80.7	
7. Tamaño de la muestra	Cómo se determinó el tamaño de la muestra y, cuando se aplique, explicación de los análisis provisionales o reglas de cancelación			100.0
8. Generación de secuencia	El método empleado para generar la secuencia de aleatorización para asignar a los participantes, incluir detalles de cualquier restricción (p. e. bloqueo, estratificación)		3.8	96.1
9. Ocultamiento de la asignación	Método utilizado para implementar la secuencia de aleatorización para asignar a los participantes (p. e. contenedores numerados o central telefónica), aclarar si se ocultó la secuencia hasta asignar intervenciones			100.0
10. Implementación	Quién generó la secuencia de asignación, quién reclutó a los participantes y quién los asignó a los grupos		3.8	96.1
11. Proceso ciego (enmascaramiento)	Si los participantes, quienes aplican las intervenciones y quienes hacen las mediciones fueron ciegos a la asignación de los grupos. Si se hizo así, cómo se midió el éxito del proceso	3.8		96.1
12. Métodos estadísticos	Métodos estadísticos utilizados para comparar a los grupos sobre los datos primarios; métodos para los análisis adicionales, para los subgrupos y análisis ajustados	76.9		23.0
13. Flujo de participantes	El flujo de los participantes en cada etapa. Número de los asignados aleatoriamente, los que recibieron la intervención, los que completaron el protocolo de estudio y los que se utilizaron para los análisis primarios. Describir los estudios derivados del protocolo, así como las razones	30.7	61.5	7.6
14. Reclutamiento	Fechas que definen los periodos de reclutamiento y seguimiento	38.4	3.8	57.6
15. Datos de línea base	Características demográficas y clínicas de cada grupo	57.6	38.4	3.8
16. Números analizados	Número de participantes (denominador) en cada grupo para cada análisis y si éste se hizo por «intención de probar». Asentar los resultados en números absolutos cuando sea posible (p. e. 10/20, en lugar de 50%)			100.0
17. Datos y estimación	Para cada dato primario y secundario, un resumen de resultados de cada grupo y el tamaño del efecto estimado, así como su precisión (p. e. intervalo de confianza al 95%)		100.0	
18. Análisis complementarios	Determinar la multiplicidad reportando otro análisis que se haya realizado, incluyendo los de subgrupos y ajustados e indicar los pre especificados y los exploratorios		3.8	96.1
19. Eventos adversos	Todos los eventos adversos importantes o los efectos colaterales en cada grupo con intervención			100.0
20. Interpretación de los resultados	Interpretación de los resultados, en base a las hipótesis del estudio, las fuentes potenciales de sesgo o imprecisión y los riesgos asociados con la multiplicidad de los análisis y los datos		7.6	92.3
21. Generalización	La generalización (validez externa) de los hallazgos de la prueba	3.8	26.9	69.2
22. Evidencia global	La interpretación general de los resultados en el contexto de la evidencia actual	15.3	61.5	23.0

CONCLUSIONES

Entre las conclusiones que se derivan de este análisis destaca la importancia del trabajo que han iniciado dos grupos de investigadores, unos interesados por el tratamiento del tabaquismo y otros por las intervenciones sobre alcohol y drogas. Es interesante que se haya buscado probar modelos para población de consumidores excesivos y con uso nocivo de alcohol y drogas, lo que permite intervenir en las etapas tempranas del problema. Se trata de un primer paso que debe conducir a estudios más controlados, con un mayor tamaño de muestra, ampliando el tipo de poblaciones (por ejemplo, adolescentes, mujeres, poblaciones rurales e indígenas) y de usuarios de otras sustancias (por ejemplo, de heroína, consumidores de alcohol y tabaco, usuarios de marihuana que buscan ayuda, tratamiento para la comorbilidad psiquiátrica, etc.). Es necesario generar más información sobre la eficacia de los tratamientos, sobre el costo/beneficio, tener criterios más estrictos y probar los modelos que han mostrado eficacia en condiciones controladas, en escenarios reales.

La consolidación de su sistema de tratamiento debe de asegurar que se imparte el mejor tratamiento disponible para el problema que debe atenderse, considerando su adecuación a las condiciones socioculturales del sistema de salud y de la población que hace uso de él.

Los ensayos clínicos aleatorizados suelen aplicarse a poblaciones que se adhieren a tratamiento usualmente con condiciones socioculturales que les facilitan completarlo como tener recursos, un familiar que acompaña al usuario en el proceso, escolaridad elevada. La población que utiliza los servicios tiene por lo general más carencias, por ello es muy importante probar los modelos en condiciones reales, analizando las barreras estructurales, de los servicios y de los individuos a fin de probar modelos que permitan enfrentar y superar estos obstáculos.

Kohn R y Levav I⁹ destacan 10 recomendaciones de la OMS a los países en desarrollo con objeto de reducir la brecha de tratamiento en el ámbito de la salud mental: dispensar tratamiento en la atención primaria; asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos; prestar asistencia en la comunidad; educar al público; involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores; establecer políticas, programas y legislación a escala nacional; desarrollar recursos humanos; establecer vínculos con otros sectores; vigilar la salud mental de las comunidades; apoyar nuevas investigaciones.

Por otro lado, se formularon algunas recomendaciones para superar las barreras para la atención en salud mental y reducir la brecha de tratamiento:²⁵ 1) voluntad política, 2) promoción de la causa de las personas con enfermedades mentales, 3) creación de servicios comunitarios de atención en salud mental de nivel secundario, 4) utilización más eficaz de los recursos disponibles formales e informales.

En esta línea, los resultados obtenidos a partir de esta revisión sistemática revelan que aún son muy escasos los reportes publicados de investigaciones para evaluar los resultados obtenidos a partir de programas de tratamiento contra las adicciones desarrollados en México, y de éstos, lamentablemente ninguno reúne en su totalidad los estrictos criterios para ser considerados como ensayos clínicos.

Destacamos, en consecuencia, la urgente necesidad de implementar programas de tratamiento de manera especializada, dirigidos a las necesidades de las diferentes poblaciones, como los adolescentes o las mujeres así como los grupos indígenas. Además, el imperativo de contemplar intervenciones específicas de acuerdo con cada tipo de droga, considerando en qué casos los tratamientos deberán estar orientados al cese del consumo y en cuáles al consumo moderado. Asimismo, es urgente estructurar tanto tratamientos preventivos como farmacológicos e integrales, y aquéllos orientados a la reducción del daño, todo ello adecuado a la magnitud de la demanda, pero, sobre todo, a la necesidad detectada y ya amplia y sólidamente establecida en México, que rebasa considerablemente la oferta disponible.

Pero más allá de esta necesidad insoslayable, queremos enfatizar la relevancia de generar investigación científica aplicada a la evaluación de las intervenciones y tratamientos que actualmente se aplican en el país, a fin de determinar con evidencias sólidas su efectividad. Los resultados de este tipo de estudios debieran cumplir en sentido estricto todos los requisitos de los ensayos clínicos, ya que, como acertadamente señalan Medina-Mora et al.,²⁶ es importante «la diseminación de los programas de tratamiento, se debe invertir más y mejor en lograr que se instalen en los servicios de salud, no es sencillo lograrlo, se requiere voluntad política, sin embargo caben programas complementarios de investigación que permitirán sin duda avanzar en evaluar no sólo la efectividad de los programas sino su eficiencia y definir mejor para qué poblaciones son útiles, las barreras para su instrumentación y convertir los modelos en guías sencillas que faciliten su aplicación».

REFERENCIAS

1. Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones; México; 2008.
2. Rehm J, Monteiro M. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy. *Pan American J Public Health* 2005;18(4-5):241-248.
3. Narro J, Lee G, Gutiérrez H. Daños a la salud y consecuencias sociales por el consumo excesivo de alcohol En: Tapia R Las adicciones dimensión, impacto y perspectiva. Segunda edición. México, DF.: El Manual Moderno; 2001.
4. Consejo Nacional Contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2002; México; 2002.

5. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SISVEA). Informe 2009. México, D.F. <http://www.dgepi.salud.gob.mx/sis/SISVEA%202009/INFORMES/Informe%20SISVEA2009%20NACIONAL.pdf>
6. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Blanco J et al. La Encuesta de Salud Mental en Adolescentes de México. En: Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S (eds). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington, D C: OPS; 2009.
7. Borges G, Wang PS, Medina-Mora ME, Lara C et al. Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico. *Am J Public Health* 2007;97(9):1638-1643.
8. Borges G, Medina-Mora ME, Lara MC, Zambrano J et al. Alcohol use and alcohol use disorders in Mexico. *Contemp Drug Problems* 2007;34(3):389-410.
9. Kohn R, Levav I. La utilización de los servicios de salud mental y la brecha de tratamiento en América Latina y el Caribe. En: Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S (eds.). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. EUA: OPS; 2009.
10. Borges G, Medina-Mora ME, Wang PS, Lara C et al. Treatment and adequacy of treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *American J Psychiatry* 2006;163(8):1371-1378.
11. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer M et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* 2007;370(9590):841-850.
12. Wang PS, Angermeyer M, Borges G, Bruffaerts R et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007;6(3):177-185.
13. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Mental Health Survey Initiative. Kessler R, Üstün TB (eds.). *The WHO World Mental Health Surveys. Global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. World Health Organization. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
14. Andrade L, Caraveo J, Berglund P, Arbor A et al. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Who International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Bulletin World Health Organization* 2000;78(4):413-426.
15. National Institute of Drug Abuse, National Institute of Health, U.S Department of Health & Human Services. Enfoques para el tratamiento de la drogadicción, 2009 http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Tratamiento_alcohol_y_drogas/Articulos/Enfoques_de_tratamiento.pdf
16. Power EJ, Nishimi RY, Kizer KW. Evidence-based treatment practices for substance use disorders. Washington, DC: National Quality Forum; 2005.
17. Lazcano-Ponce E, Salazar E, Gutiérrez P, Ángeles A et al. Ensayos clínicos aleatorizados: variantes, métodos de aleatorización, análisis, consideraciones éticas y regulación. *Salud Pública Méx* 2004;46(6):559-584.
18. Laporte JR. Principios básicos de investigación clínica. España: Fundación Institut Catalá de Farmacología; 2006.
19. Fernández P. Estudios experimentales en la práctica clínica. Investigación terapéutica. Ensayos clínicos. En: Gómez de la Cámara A (ed.). *Manual de Medicina Basada en la Evidencia. Elementos para su desarrollo y aplicación en atención primaria*. Madrid: Jarpay Editores; 1998. (Actualización 28/02/2001).
20. Moher D, Schulz K, Altman D. The CONSORT Statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. *JAMA* 2001;285(15):1987-1991.
21. García-Silberman S, Arana D, Martínez R, Infante R et al. La investigación sobre aspectos epidemiológicos y psicosociales de la salud mental: Un análisis bibliométrico. *Salud Mental* 2004;27(5):8-22.
22. Begg C, Cho M, Eastwood S, Horton R et al. Mejora de la calidad de los informes de los ensayos clínicos aleatorios controlados. Recomendaciones del Grupo de Trabajo Consort. *Rev Esp Salud Pública* 1998;72:5-11.
23. Cobos-Carbó A. Ensayos clínicos aleatorizados (CONSORT). *Med Clin (Barc)* 2005;125(supl 1):21-27.
24. Sacristán JA, Soto J, Galende I. Evaluación crítica de ensayos clínicos. *Med Clin (Barc)* 1993;100:780-787.
25. Saraceno B, Van Ommeren M, Batniji R, Cohen A et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007;370:1164-1174.
26. Medina-Mora ME, Rojas E, Real T. Tendencias recientes en el panorama epidemiológico de México ¿Por qué es importante el tratamiento? En: Echeverría L, Carrascoza C, Reidl L (eds.). *Prevención y tratamiento de conductas adictivas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología; 2007.

Artículo sin conflicto de intereses

Anexo. Características de las publicaciones

Autor(es)	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados
Ayala H. Quiroga H, Mata A, Chism SK. (1981). La familia enseñante. Evaluación del modelo en México en términos de reincidencia en su aplicación a una muestra de niños inhaladores de solventes industriales. <i>Salud Mental</i> , 4(1):11-15.	22 niños de 7 a 13 años de edad, con historia de robo, vagancia, agresividad, fracaso escolar e inhalación de thinner y cemento.	El tratamiento de «La familia enseñante» se basa en un modelo estadounidense que considera que para superar déficits conductuales es mediante el establecimiento de aptitudes de autocuidado, académicas, prevocacionales y recreativas para enfrentar el medio de una manera más efectiva. Una pareja de psicólogos funge como padres-maestros. Tiene lugar en la comunidad, en una casa hogar.	Los resultados obtenidos con este modelo son altamente satisfactorios ya que se logró suprimir la farmacodependencia a cero días al mes durante las fases de seguimiento o postratamiento en el 68% de los niños y para el 32% restante se disminuyó en un promedio de 38% lo que sugiere que este modelo puede ser una alternativa efectiva para el tratamiento de consumidores de drogas.
Ayala H. Cárdenas G, Echeverría L, Gutiérrez M. (1995). Los resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. <i>Salud Mental</i> , 18(4):18-24.	108 sujetos adultos, 90 hombres y 18 mujeres con una edad promedio de 36 años y 13 años de educación en promedio, con problemas con su consumo de alcohol.	Programa de tratamiento cognoscitivo-conductual breve de consulta externa para bebedores problema.	Durante el tratamiento los usuarios permanecieron abstemios en un porcentaje más alto del tiempo, tienen un menor porcentaje de ocasiones donde consumen excesivamente y en las ocasiones que consumen, su promedio es menor que antes del tratamiento.
Ayala H. Echeverría L, Sobell M, Sobell L. (1997). Auto control dirigido: Intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México. <i>Rev Mex Psicología</i> , 14(2): 113-127.	177 individuos 85.9% hombres y 14.1% mujeres de 12 a 64 años con un promedio de edad de 37.5 años, un promedio de escolaridad de 13.7 años con problemas relacionados con su consumo excesivo de alcohol.	El programa de tratamiento: Auto-Control Dirigido es un modelo cognitivo-conductual de intervención breve para bebedores con niveles bajos y medios de dependencia al alcohol, es una intervención motivacional que ayuda al paciente a comprometerse a cambiar su conducta y a reorganizar y usar sus fortalezas y recursos para resolver los problemas relacionados con el alcohol.	En los 12 meses anteriores al inicio del tratamiento reportan que se mantienen abstemios un promedio de 73% de días al mes, en el seguimiento a los 6 meses hubo un incremento de días por mes (84%) y a los 12 meses se observó una abstinencia de 82%. Se detectó un cambio de consumo excesivo (beber más de 10 copas por ocasión) a consumo moderado (de 1-4 copas por ocasión) a los 6 y 12 meses de haber terminado el tratamiento. El número promedio de copas estándar que beben por ocasión de consumo, en la fase de pretratamiento fue de 9.2, en la fase de tratamiento el promedio se redujo a 4.4, a los 6 meses fue de 5.8 y a los 12 meses de 6.5, siendo estadísticamente significativas estas diferencias.
Barragán L. González J, Medina-Mora ME, Ayala H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. <i>Salud Mental</i> , 28(1):61-71.	9 usuarios adultos de 18 años o más, con edad promedio de 35 años, 7 hombres y 2 mujeres, la escolaridad promedio fue de 14 años, 6 eran dependientes al alcohol, 2 a marihuana y 1 a benzodiazepinas.	El modelo de intervención «Community Reinforcement Approach» (CRA), es un modelo cognoscitivo-conductual.	En lo que se refiere a los precipitadores, al consumo disminuyó significativamente después del tratamiento y en el seguimiento. El nivel de autoeficacia se incrementó significativamente en los 9 usuarios después del tratamiento y en el seguimiento. El nivel de satisfacción grupal mostró un incremento significativo después del tratamiento y en el seguimiento. El patrón de consumo grupal mostró decremento significativo durante y después del tratamiento, se concluyó que los cambios en estas variables se debieron a los efectos del modelo de tratamiento.

Anexo (continuación)

Autor(es)	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados
Barragán L. Flores M, Medina-Mora ME, Ayala H. (2007). Modelo integral de satisfacción cotidiana en usuarios dependientes de alcohol y otras drogas. <i>Salud Mental</i> , 30(3):29-38.	20 usuarios con dependencia a alcohol y/o drogas, mayores de 18 años, hombres y mujeres (no se especifica el número).	Se utilizó un modelo cognitivo-conductual llamado: Modelo Integral de Satisfacción Cotidiana, este modelo se evaluó en 2 momentos: cuando todavía consumían y después de su aplicación.	18 de los 20 sujetos disminuyeron significativamente su cantidad y frecuencia de consumo a partir de la intervención. En la abstinencia, todas las variables mostraron asociación significativa, lo que confirma lo que señala la teoría del aprendizaje social respecto a que el no consumo conlleva la aplicación e integración de una serie de estrategias.
Campillo C. Díaz R, Romero M, Cerrud J, Villatoro J. (1992). La intervención eficaz del médico general en el tratamiento de bebedores cuyo hábito alcohólico representa un riesgo para su salud o ya les ha ocasionado algún daño (Resultados preliminares de un ensayo clínico doble ciego y prospectivo). <i>Salud Mental</i> , 15(2):14-19.	248 pacientes varones adultos bebedores riesgosos y/o con daño.	Se les proporcionó información sobre sus hábitos de consumo de alcohol, y de un grupo de intervención a otro, la información fue más abundante, más detallada, con más tiempo de información y mayores recursos.	Para evaluar las intervenciones terapéuticas se tomaron como punto de referencia la cantidad promedio de alcohol que los individuos consumieron en un mes y la cantidad de alcohol que ingirieron en la ocasión que más bebieron, estas cantidades se calcularon en la entrevista inicial y en la última seis meses después, los resultados señalan que en todos los grupos hubo una disminución del consumo de alcohol aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Sin embargo no se pueden sacar conclusiones debido a que los resultados fueron preliminares.
Cordero M. Cordero R, Natera G, Caraveo J. (2009). La Terapia Centrada en Soluciones. Una opción de tratamiento para la dependencia al alcohol. <i>Salud Mental</i> , 32(3):223-230.	60 consumidores de alcohol de 18 a 50 años con un promedio de edad de 35.5 años, 38% tenía instrucción media y 37% superior.	Se aplicó la Terapia Centrada en Soluciones que se gesta en la epistemología sistémica.	Los sujetos con dependencia al etanol que buscan modificar los problemas psicológicos, familiares, sociales y/o médicos asociados a su consumo tienen mayor probabilidad de mantenerse libres de recaídas y modificar los problemas asociados a su consumo que los que se centran en corregir su forma de beber. Se encontraron mejores resultados en consumidores que están en los primeros tres niveles socioeconómicos, tienen una alta gravedad en su consumo de alcohol y son tratados únicamente bajo este modelo psicoterapéutico.
Flores-Trujillo F, Ramírez A, Hernández R, Méndez M, Sansores R. (2009). Comparación del éxito para dejar de fumar a largo plazo en sujetos con EPOC y sin EPOC. <i>Rev Inst Nal Enf Resp Mex</i> , 22(1): 21-28.	84 sujetos con EPOC y 165 sin EPOC. De los que tenían EPOC, 68% eran hombres y 32% mujeres y de los que no tenían EPOC, 56% eran hombres y 44% mujeres. La edad promedio del grupo con EPOC fue de 59 años y la del grupo sin EPOC de 45 años.	Un programa cognitivo-conductual para dejar de fumar del INER.	El éxito de cesación tanto en sujetos con EPOC como sin ella, se midió evaluando el número que dejaron de fumar después de 6 meses, otro grupo diferente se evaluó a los 12 meses y un tercer grupo a los 24 meses de haber terminado el programa. El seguimiento fue vía telefónica. El éxito para dejar de fumar en los pacientes con EPOC fue similar en comparación con la población que no tiene EPOC a los 6, 12 y 24 meses de haber terminado el programa para no fumar. El éxito en el grupo que había acudido 6 meses previos fue de 56% en sujetos con EPOC y del 49% en el grupo sin EPOC. Al año disminuyó a 30% para el grupo con EPOC y a 39% para el grupo sin EPOC y a los 2 años, el éxito bajó a 22% para el grupo con EPOC y a 30% para el grupo sin EPOC.
Gaspar CJ, Martínez KI, Martínez KI. (2008). Situaciones de consumo, afrontamiento y autoeficacia en relación con las recaídas en adolescentes consumidores de alcohol. <i>Investigación y Ciencia</i> , 16(41):47-52.	4 adolescentes varones con una media de edad de 14.75 años, 3 estudiantes de secundaria y 1 de bachillerato que tenían consumo excesivo de alcohol.	Utilizaron el modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon.	Se observó que los sujetos disminuyeron su patrón de consumo después del tratamiento y de los 3 seguimientos que se realizaron. Se encontró que la estrategia más utilizada por los adolescentes al final del tratamiento fue el autocontrol por lo que las personas con control interno tienen menor probabilidad de recaer durante el tratamiento. Los sujetos reportaron un bajo nivel de autoeficacia que se incrementó de manera significativa en los seguimientos y disminuyó el patrón de consumo en todos los sujetos.

Autor(es)	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados
Guerrero JA, García R, Balanzario MC, Díaz DB. (2002). Evaluación de resultados del tratamiento del consumo de drogas en Centros de Integración Juvenil. Evaluación comparativa de ajuste psicosocial entre el ingreso, el egreso de tratamiento y un primer seguimiento. Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación. Informe de Investigación 02-02.	68 pacientes, 87% eran hombres, 13% mujeres usuarios de drogas de 12 a 29 años de edad con una media de 21.9 años, 45.6% tenía enseñanza media básica y 25% algún grado de enseñanza media superior.	Psicoterapia individual o familiar.	Existe evidencia de disminución o erradicación del uso de sustancias psicoactivas. La tasa de consumo se registró al inicio del tratamiento (en los 12 meses anteriores al tratamiento), se observa que la disminución es mayor entre el inicio del tratamiento y el alta. En el curso del tratamiento (desde el inicio y hasta el alta), el consumo de drogas ilegales lo reportó el 26.5% de los sujetos y en el primer seguimiento (3 meses después del alta), solo 1 de cada 5 (19.1%) aceptó continuar usándolas. Al inicio del tratamiento el 80.9% de los casos informó usar dos o más drogas ilegales y en el primer seguimiento únicamente lo hizo el 1.5%. Con respecto al desempeño psicosocial, presentaron mejores condiciones en el alta del tratamiento y se mantuvieron o mejoraron levemente en el primer seguimiento.
Guisa-Cruz V, Díaz-Barriga L, Lovaco M, Camacho P. Tratamiento para dejar de fumar: El modelo de Centros de Integración Juvenil A. C. Anuario de Investigación en Adicciones, 2005, 5(Supl 1):68-79.	424 hombres y mujeres adultos fumadores completaron el tratamiento.	Terapia cognitivo-conductual, «Modelo en espiral de los estadios de cambio» de Prochaska y DiClemente. Se proporciona: Intervención Básica (consejo médico) o Intervención Avanzada (Programa cognitivo-conductual). Terapia de sustitución de nicotina y de supresión e intervenciones psicoterapéuticas individuales o familiares.	El 89% dejó de fumar, estos resultados confirman que la utilización de métodos de contacto directo con los pacientes fumadores y la combinación de terapias cognitivo-conductuales con terapias de reemplazo y supresión a la nicotina, son alternativas efectivas en el tratamiento para dejar de fumar.
Jiménez-Silvestre K, Castillo-Vite NL, Castillo NL. (2004). Evaluación de resultados de la clínica para dejar de fumar. Centros de Integración Juvenil, A. C. Dirección de Investigación y Enseñanza. Informe de Investigación 03-03.	148 adultos fumadores, 60% eran hombres y 40% mujeres, con una media de edad de 41.2 años y un rango de 14 a 72 años, el 52.8% tenía educación media básica.	CIJ utiliza el programa para dejar de fumar del INER, de terapia cognitivo-conductual y tiene como sustrato teórico la Terapia Racional Emotiva (TRE) de Albert Ellis. Terapia farmacológica y psicológica.	Las personas con mayor consumo y dependencia muestran menores niveles de adherencia terapéutica, más recaídas y mayores dificultades para lograr la cesación. Una mayor parte de los que usaban sustitutos de nicotina (parches o chicles de nicotina) no abandonaron el tratamiento en comparación con los que no usaban sustitutos. En la población que abandona el programa sin cesación del consumo, se observa que el 83.3% recaerá. Al año de seguimiento casi el 60% de las personas que terminaron el tratamiento con cesación lo siguen manteniendo. El número de recaídas fue mayor en los que abandonaron el programa y en los pacientes que concluyeron el programa pero que sólo redujeron la cantidad de cigarros fumados por ocasión.
Lira-Mandujano J, Cuevas E, Reidl LM. (2007). Resultados de la aplicación de un programa de intervención breve motivacional para dejar de fumar. En: Echeverría L, Carrascoza C, Reidl L. Prevención y tratamiento de conductas adictivas. 113-122. Facultad de Psicología. UNAM. México.	24 sujetos fumadores, el 40% eran mujeres y el 60% hombres, con edades entre 19 y 55 años.	Tratamiento cognitivo-conductual con una modalidad de intervención breve.	Al comparar las diferentes fases de tratamiento se observó que el patrón de consumo disminuyó de la línea base al tratamiento y se mantuvo hasta el seguimiento a los 6 meses, en la línea base era de 13.45 cigarros y en la fase de tratamiento disminuyó a 5.17 y para la fase de seguimiento la media del patrón de consumo fue de 4.21 cigarros. Los resultados mostraron diferencias significativas entre las diferentes fases experimentales. El programa evaluado es de bajo costo, de gran efectividad y con validez empírica, por lo que resulta ser una alternativa viable para el tratamiento de los problemas del consumo de tabaco.

Anexo (continuación)

Autor(es)	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados
Lira-Mandujano J. Programa de intervención breve motivacional para fumadores y terapias sustitutivas con nicotina: Resultados de un ensayo clínico aleatorio controlado (2009). Tesis Doctoral. Facultad de Psicología Universidad Nacional Autónoma de México.	71 fumadores 33 mujeres y 38 hombres con edades de 19 a 60 años, 32 tenían licenciatura, 12 nivel técnico, 11 secundaria y 9 la preparatoria.	Programa de intervención breve motivacional aplicado solo y con terapias sustitutivas con nicotina.	Con respecto a las tasas de abstinencia, la condición experimental del inhalador combinada con la Intervención Breve Motivacional para Fumadores (IBMF) fue superior tanto al final del tratamiento como en el seguimiento a los 6 meses, seguido de la condición experimental de la Intervención Breve Motivacional para Fumadores (IBMF), lo que indica que un número mayor de personas que terminaron el tratamiento se mantuvieron en abstinencia al final del mismo y en el seguimiento en estas 2 condiciones experimentales. Por lo tanto, se incrementan las tasas de abstinencia cuando se combinan tratamientos.
Lira-Mandujano J, González F, Carrascoza C, Ayala H, Cruz S. Evaluación de un programa de intervención breve motivacional para fumadores: resultados de un estudio piloto (2009). Salud Mental, 32(1):35-41.	10 fumadores adultos de 19 a 55 años de edad, 6 hombres y 4 mujeres, 7 tenían estudios a nivel licenciatura.	Programa de intervención breve motivacional con una base cognitivo-conductual.	Los efectos de la aplicación del tratamiento se determinaron a partir del patrón de consumo y el nivel de autoeficacia y se compararon en las diferentes fases (línea base, intervención y seguimiento a los 6 meses). Un número alto de sujetos disminuyeron su patrón de consumo y el número de días en abstinencia. Hubo diferencias significativas entre la línea base, la intervención y el seguimiento. En la percepción del nivel de autoeficacia se observó que el nivel aumentó significativamente en la segunda aplicación respecto de la primera.
Martínez KI. (2003). Desarrollo y evaluación de un Programa de Intervención Breve para adolescentes que se inician en el consumo de alcohol y otras drogas. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología Universidad Nacional Autónoma de México.	27 adolescentes entre 14 y 18 años, 74% hombres y 26% mujeres, estudiantes de nivel medio y medio superior. 17 usuarios de alcohol, 8 de marihuana, 1 de inhalables y 1 de cocaína.	Programa de intervención breve utilizó entrevista motivacional y procedimientos de autocontrol.	Los resultados mostraron cambios en el patrón de consumo (cantidad y frecuencia de consumo), comparando las mediciones de los datos en la línea base, tratamiento y seguimiento, hubo también cambios en el nivel de auto-eficacia (percepción de la capacidad de los sujetos para controlar sus situaciones de consumo). Al final del tratamiento se observó una reducción en el número de sujetos que presentaron problemas en las 7 áreas estudiadas, en comparación con el número de los que reportaron problemas al iniciar el programa.
Martínez KI, Pedroza FJ, Vacío MA, Jiménez A, Salazar ML. Consejo breve para adolescentes escolares que abusan del alcohol. (2008). Rev Mex Análisis de la Conducta, 34(2):247-264.	40 adolescentes entre 14 y 18 años, usuarios de alcohol. El grupo experimental fue de 23, 13 hombres y 10 mujeres y el control de 17, 13 hombres y 4 mujeres.	Consejo breve en base a la entrevista motivacional.	Los resultados indicaron que las diferencias no fueron significativas en la fase de línea base, en cambio para la fase de seguimiento a los 3 y a los 6 meses, los resultados sí mostraron diferencias significativas entre los grupos. Los análisis indicaron que el programa de consejo breve redujo el patrón de consumo de alcohol de los adolescentes del grupo experimental en comparación con los del grupo control en donde se mantuvo un consumo similar entre las fases de línea base y de seguimiento.
Martínez KI, Salazar M, Pedroza F, Ruiz G, Ayala H. (2008). Resultados preliminares del Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Salud Mental, 31(2):119-127.	25 sujetos de 14 a 18 años, 17 consumían alcohol y 8 marihuana, 19 eran hombres y 6 mujeres, con edad promedio de 16 años, estudiantes de nivel medio y medio superior.	Programa de intervención breve basado en la teoría del aprendizaje social.	Los análisis grupales mostraron una disminución en las medias de consumo entre las fases de línea base y tratamiento, y entre las fases de línea base y seguimiento, lo que sugiere que el programa no sólo fue efectivo en la reducción del patrón de consumo, sino que el cambio logrado se mantuvo hasta 6 meses después de concluido el tratamiento. También se observó un incremento en la auto-eficacia de los adolescentes para enfrentar las situaciones de consumo y en la reducción del número de problemas asociados a éste. 16 de los 17 adolescentes consumidores de alcohol redujeron su patrón de consumo al final del tratamiento y durante los seguimientos. En los usuarios de marihuana, se observó que todos disminuyeron su patrón de consumo en el tratamiento y en los seguimientos.

Autor(es)	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados
Mata MA, Echeverría L. (1985). Rehabilitación de niños y jóvenes farmacodependientes a través de un programa comunitario de consulta externa. <i>Salud Mental</i> , 8(3):73-80.	60 sujetos farmacodependientes de 14 a 29 años con una media de 18 años, el 47.5% tenía entre 17 y 19 años, el 90% eran hombres y el 10% mujeres, 32% terminaron la primaria.	Modelo de «La familia enseñante» con una perspectiva conductual-reeducacional que utiliza técnicas y procedimientos de la Teoría del aprendizaje en consulta externa.	Al comparar el consumo antes y después del tratamiento se encontró que: Los sujetos del grupo de tratamiento combinado fueron los que redujeron en mayor medida su abuso de drogas, siguen los sujetos del tratamiento a largo plazo, luego los sujetos del tratamiento a corto plazo y finalmente los sujetos sin tratamiento.
Mendoza-Mendoza A, García-Montiel A, Cañedo-Dorame M. (2002). Resultados a doce meses de un programa para dejar de fumar de tipo cognitivo-conductual y terapia farmacológica de apoyo. <i>Neumol Cir Torax</i> , 61(2):23-26.	71 fumadores adultos, 35 hombres y 36 mujeres con una edad promedio de 45.9 años.	Programa cognitivo-conductual con apoyo farmacológico utilizado en el INER. Este programa se basa en la terapia racional emotiva.	Se mantuvieron en abstinencia a los 12 meses el 42%, el femenino bajó al 37% y el masculino a 48%. El 40% de las recaídas se presentaron en el cuarto mes. Al analizar la diferencia de supervivencia por terapia farmacológica, se observó que de los que no recibieron medicamento sólo el 20% se mantuvo en abstinencia a los 12 meses, los que recibieron parches o chicles de nicotina tuvieron una supervivencia de 30% y 41% y los que usaron anfebutamona mantuvieron la abstinencia por más tiempo pero cayeron al 0% a los 10 meses.
Oropeza R, Medina-Mora ME, Sánchez JJ. (2007). Evaluación de tratamiento breve para usuarios de cocaína. <i>Rev Mexicana Psicología</i> , 24(2):219-231.	19 usuarios de cocaína, 18 hombres y 1 mujer con un promedio de edad de 26 años.	Tratamiento breve, cognitivo-conductual, basado en los modelos de prevención de recaídas.	Los hallazgos indican que el modelo breve cognitivo-conductual: Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC) es efectivo en el tratamiento de usuarios, ya que los sujetos participantes disminuyeron su consumo de manera significativa en el seguimiento a seis meses de haberlos dado de alta, hubo una disminución en la frecuencia de consumo, incluso los usuarios que tuvieron alguna recaída consumieron una cantidad mucho menor que la de antes, los síntomas disminuyeron y se presentaron pocas recaídas.
Ponciano-Rodríguez G, Morales-Ruiz A. (2006). Servicios de tratamiento para mujeres en la clínica para dejar de fumar de la Facultad de Medicina de la UNAM. En: <i>Tabaco y mujeres. Centros de Integración Juvenil AC</i> , 95-120. México.	286 pacientes fumadores, 57.9% mujeres y 42% hombres, con edad promedio de 41 años, el 47.2% tenía una licencia-tura.	Programa de tratamiento multicomponente del tabaquismo, combina terapia de reemplazo de nicotina (TRN) y bupropión y un programa cognitivo-conductual basado en la terapia racional emotiva a nivel individual o grupal.	Conforme avanzaba el tratamiento tanto la depresión como la ansiedad disminuyeron entre los pacientes independientemente del sexo. Al finalizar el tratamiento la eficacia global entre los que estuvieron en terapia grupal fue de 74.07% y los que estuvieron en terapia individual de 75.47% sin diferencias estadísticamente significativas. Al analizar la eficacia por tratamiento se encontró que: la más alta estuvo entre los pacientes que no consumieron ningún medicamento (87.5%), luego entre los que usaron inhalador de nicotina y parche (83.3%), en el caso de los que tuvieron terapia grupal estuvo entre los que usaron el bupropión (76.81%). En los pacientes con terapia individual la eficacia fue más alta entre los que usaron el bupropión (100%), seguido por el inhalador de nicotina (82.6%).
Ponciano-Rodríguez, G Morales-Ruiz A. (2007). Evaluación del programa de tratamiento para la cesación del tabaquismo en la clínica de la Facultad de Medicina de la UNAM. <i>Salud Pública de México</i> , 49(2):247-256.	565 fumadores severos, 314 mujeres y 251 hombres con una edad promedio de 45.5 años.	Programa de tratamiento multicomponente del tabaquismo, combina terapia de reemplazo de nicotina (TRN) y bupropión y un programa cognitivo-conductual basado en la terapia racional emotiva a nivel individual o grupal.	Se encontró una abstinencia después de 10 semanas de tratamiento de 80.9%. En los pacientes que estuvieron en terapia grupal fue de 82.38% y en los que tuvieron terapia individual fue de 70.42% con una diferencia estadísticamente significativa. En los de terapia grupal, la eficacia más alta se encontró en los que no recibieron ningún fármaco (94.28%), seguida por los que tuvieron parche e inhalador de nicotina (90.9%). Entre los que tuvieron terapia individual, la mayor eficacia se encontró entre los de bupropión y parche de nicotina (100%) seguido por los de bupropión (80%). Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la eficacia del tratamiento en mujeres 77.63% y entre los hombres 84.92%. La abstinencia continua después de 12 meses fue de 69%, a los 2 años de 57% y de 43% a los 3 años.

Anexo (continuación)

Autor(es)	Muestra	Tipo de tratamiento	Resultados
Quiroga H. (2008). Evaluación de un modelo cognitivo-conductual motivacional de atención escalonada para estudiantes universitarios con problemas de alcohol. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.	18 estudiantes de la UNAM, 12 hombres y 6 mujeres de 18 a 35 años con problemas de alcohol.	Modelo cognitivo-conductual motivacional de atención escalonada.	Los resultados indican que: la historia familiar de problemas de alcohol tuvo efectos estadísticamente significativos en la frecuencia y cantidad de consumo semanal pero no en la cantidad de copas por ocasión de consumo de ambos grupos, en los problemas relacionados al alcohol las diferencias entre los grupos fueron mínimas, por lo que se puede decir que la historia familiar de problemas de alcohol afecta parcialmente los resultados de este modelo.
Salazar ML, Martínez K, Barrientos V. Evaluación de un componente de inducción al tratamiento con adolescentes usuarios de alcohol del Distrito Federal. (2009). Salud Mental, 32(6):469-477.	28 adolescentes 14 hombres y 14 mujeres usuarios de alcohol de entre 14 y 18 años, con un promedio de edad de 17 años, 7 de secundaria y 21 de preparatoria.	Se evaluó la sesión de inducción que utiliza algunas de las estrategias propuestas por la entrevista motivacional.	Después de la sesión de inducción los adolescentes tuvieron una percepción más clara de lo que hace el terapeuta durante el tratamiento, esta sesión favoreció la disposición al cambio en los sujetos a tomar acción y favoreció la aceptación y permanencia en el tratamiento ya que el 100% aceptó ingresar a tratamiento (PIBA), pero sólo el 93% asistió a la primera sesión y el 62% concluyó su participación en él.
Sansores-Martínez RH, Córdoba MP, Espinosa M, Herrera L, Ramírez A, Martínez L, Villalba J. (1998). Evaluación del programa cognitivo-conductual para dejar de fumar del INER. Rev Inst Nac Enf Resp, 11(1):29-35.	1015 fumadores, pacientes adultos, con un promedio de 44 años de edad, 35% tenía estudios superiores.	En el INER se utiliza un programa cognitivo-conductual que se basa en la terapia racional emotiva y si es necesario se utilizan chicles con nicotina.	Los seguimientos se realizaron telefónicamente y se concluyó que el éxito del programa a los 2 meses fue de 62% de abstinencia en los sujetos y disminuye conforme transcurre el tiempo, ya que al año fue de 35%.