

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

“Programa de intervención cognitivo-conductual para la prevención de recaídas con adictos a la cocaína”.

TESIS

Para obtener el Grado de Maestra en Psicología

PRESENTA

Kenia Aguilar Vázquez

Director de Tesis:

Mtra. Luz Ximena Ramírez Bassail

Comité Tutoral

Dr. Samuel Jurado Cárdenas

Dra. Deni Stincer Gómez

Mtra. Iliana Murguía Álvarez Rubio

Mtro. Ricardo Labias Maldonado

Diciembre 2018

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| RESUMEN | 6 |
| INTRODUCCIÓN | 7 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 7 |
| OBJETIVO GENERAL | 10 |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 11 |
| JUSTIFICACIÓN | 12 |
| VIABILIDAD | 14 |
| LIMITACIONES | 14 |
| MARCO TEÓRICO | 15 |
| CAPÍTULO 1 PANORAMA MUNDIAL DEL CONSUMO DE DROGAS | 15 |
| Panorama nacional del consumo de drogas | 18 |
| Consecuencias del consumo de drogas | 21 |
| Etiología de las adicciones | 23 |
| Neurobiología: el proceso adictivo de la cocaína | 24 |
| CAPÍTULO 2 LA COCAÍNA Y SUS EFECTOS | 27 |
| Antecedentes de la cocaína | 27 |
| Vías de administración de la cocaína | 28 |
| Factores que influyen en el consumo de la cocaína | 29 |
| Consecuencias físicas y psicológicas del consumo de la cocaína | 30 |
| Adicción a la cocaína y la patología dual | 33 |
| Trastornos más comunes relacionados con la adicción a cocaína de acuerdo al DSM-V | 34 |
| Trastornos del estado de ánimo | 34 |
| Trastornos de Ansiedad | 41 |
| Trastornos de personalidad | 43 |
| Trastorno de esquizofrenia | 46 |
| Trastorno por déficit de atención / hiperactividad | 48 |

| | | |
|--------------------|--|-----------|
| CAPÍTULO 3 | MODELOS DE TRATAMIENTO EN LA ADICCIÓN A COCAÍNA..... | 53 |
| | Grupos de autoayuda..... | 53 |
| | Ambulatorios..... | 54 |
| | Hospitalarios..... | 55 |
| | Residenciales..... | 55 |
| | Comunidades terapéuticas..... | 55 |
| | Psicoterapia cognitivo conductual como herramienta para el tratamiento de la adicción a la cocaína..... | 56 |
| | Terapia Racional Emotiva..... | 61 |
| CAPÍTULO 4 | LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS..... | 64 |
| | Conceptos básicos en la prevención de recaídas..... | 64 |
| | La recaída y precipitantes de riesgo..... | 65 |
| | Factores de protección ante la recaída..... | 68 |
| | Modelos de tratamiento para la prevención de recaídas..... | 69 |
| | Modelo Transteórico del Cambio..... | 70 |
| | Modelo de Habilidades de Afrontamiento..... | 71 |
| | Modelo dicotómico..... | 72 |
| | Modelo Washton A..... | 73 |
| MÉTODO..... | | 76 |
| | Tipo de estudio..... | 76 |
| | Diseño del estudio..... | 76 |
| | Muestra..... | 76 |
| | Criterios de inclusión..... | 76 |
| | Criterios de exclusión..... | 77 |
| | Escenarios..... | 77 |
| | Variables..... | 77 |
| | Técnicas..... | 78 |
| | Instrumentos..... | 78 |
| | Procedimiento..... | 80 |
| | RESULTADOS..... | 82 |

| | |
|---|-----|
| Intervención Cognitivo-Conductual (grupo experimental) | 141 |
| DISCUSIÓN | 148 |
| CONCLUSIONES | 163 |
| REFERENCIAS | 167 |
| ANEXOS | 171 |

AGRADECIMIENTOS

A través de estas líneas quiero expresar mi más sincero agradecimiento a las personas que formaron parte de este proyecto, por el apoyo emocional y académico que me brindaron.

En primer lugar a mi esposo Oscar que me motivó a dar este paso y proponerme esta meta de cursar el posgrado, que durante este proceso además de esposo también me apoyó como colega, orientándome y compartiendo experiencias de ambos, agradezco las pláticas amenas, el haberme acompañado en los desvelos, su paciencia para conmigo en los momentos de estrés, de frustración, y también en las alegrías, por escucharme siempre y por enseñarme que el puente indestructible se construye poco a poco pero con buenos cimientos. Te amo.

A mis padres por estar al pendiente de mi proceso y escucharme cuando me sentía contenta o frustrada, para mí es un orgullo compartir este logro con ustedes. Los amo.

A mis hermanos porque han creído en mí, me animaron cuando sentía que era mucho estrés, compartieron momentos de logros, gracias por estar, los amo.

Quiero agradecer especialmente a mi directora de tesis, la Maestra Luz Ximena Ramírez Bassail por la colaboración en este trabajo, por el soporte, orientación y la discusión crítica, que me permitió un buen aprovechamiento en el trabajo realizado. También por su paciencia, tenacidad, porque sin la presión que generaba en mí, esto hubiera esperado unos meses más.

Finalmente a todas aquellas personas que formaron parte de este proyecto, por su colaboración, tiempo e información para el logro de mis objetivos, a los amigos que hice en este camino y que siempre me animaron para llevar a término esta tesis.

RESUMEN

La problemática del consumo de sustancias ilegales ha sido una constante en el campo de la salud pública, debido a que estas drogas enervantes se encuentran al alcance de un gran número de personas, afectando principalmente a los adolescentes y adultos jóvenes, quienes presentan un mayor consumo de drogas y dependencia a ellas, como es en el caso de la cocaína, ésta adicción presenta un índice alto de recaídas, por ello el objetivo principal de este trabajo fue diseñar un programa de intervención cognitivo-conductual para la prevención de recaídas con adictos a la cocaína, en el cual participaron ocho individuos, divididos en grupo control y grupo experimental (cuatro participantes por grupo).

La intervención constó de tres etapas: la primera, se realizó entrevista, aplicación de instrumentos a todos los participantes, selección aleatoria de grupos y diagnóstico; la segunda etapa consistió en la implementación de la intervención al grupo experimental, conformada por doce sesiones y por último, la tercera etapa, determinar habilidades sociales, cierre del proceso psicoterapéutico y sugerencias postratamiento, finalmente se realizó una segunda aplicación de instrumentos a ambos grupos.

El presente estudio es de tipo experimental, mixto, consta de la aplicación de pre y post prueba a ambos grupos, para el análisis estadístico descriptivo e inferencial se utilizó el estadístico no paramétrico: U de Mann Whitney, por otra parte, el análisis cualitativo de las entrevistas realizadas a todos los participantes, y las sesiones de intervención con el grupo experimental, se llevó a cabo a través de un análisis de contenido.

De acuerdo a los resultados obtenidos, la terapia racional emotiva resulta eficaz en el trabajo de prevención de recaídas con personas adictas a la cocaína, siendo una intervención indicada en este tipo de población que permite un mayor soporte que el grupo de autoayuda. También, se identificaron factores de riesgo relacionados a las situaciones positivas en la vida y rasgos de personalidad que llegan a interferir en el proceso de recuperación en adictos a la cocaína.

INTRODUCCIÓN.

En el presente estudio se lleva a cabo una recapitulación de los índices del consumo de drogas a nivel mundial, nacional y estatal, para poder visualizar un panorama amplio acerca de la problemática que se vive en la actualidad con respecto a sustancias ilegales, haciendo énfasis en la cocaína, de acuerdo con intereses del presente estudio; incluso conocer los riesgos y daños psicológicos, físicos, legales, familiares, entre otros, que se presentan cuando existe un consumo compulsivo o dependencia a la droga.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la actualidad el problema sanitario de las adicciones es un constante al que estamos expuestos en la vida diaria, precisamente por el fácil acceso a la compra y por consiguiente consumo de drogas, por lo que las personas se ven vulnerables ante este consumo, más si existe una predisposición a desarrollar adicción a algún tipo de sustancia psicoactiva, generando así daños a la familia y a la sociedad ya que esta situación radica en un problema de salud pública. Cabe mencionar que con el paso de los años se ha identificado la necesidad de implementar mejoría en las políticas públicas con la relación a la prevención y tratamiento de las adicciones, dirigidas a aquellos que presentan trastornos por uso de sustancias (TUS) puedan encaminarse hacia un estilo de vida saludable que les permita tener un funcionamiento psicosocial adecuado (Secretaría de Salud, 2012), con esto nos referimos a una integración del individuo en la sociedad que permita desarrollo de salud mental, emocional y física.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de las Adicciones (ENA, 2012), el Gobierno Federal se ha mantenido al tanto de la importancia por la salud, el bienestar y la seguridad de la población del país en cuanto al aumento de consumo de drogas (legales e ilegales) pero lamentablemente esto no es suficiente y el aumento de la adicción es notoria principalmente en la población de hombres y mujeres jóvenes. Se considera alarmante la cifra de personas dependientes a sustancias que se estimaban en el 2008, siendo esta, una cantidad de cuatrocientos cincuenta mil (450,000) pudiendo observar un aumento a

quinientos cincuenta mil (550,000) personas adictas en el año 2011, por lo tanto, se observa un incremento significativo referente a esta problemática de salud.

En México, los usuarios de drogas que presentan dificultades en áreas de vida, llegan a buscar tratamiento por dependencia con algún especialista, como generalmente lo son: psicólogo o psiquiatra, asimismo, se estima que una gran parte de los procesos psicoterapéuticos quedan incompletos o parciales, y por lo tanto, es una minoría la que lleva a término un proceso; es necesario considerar que la población mayormente atendida son los hombres siendo casi el doble que la cifra de las mujeres atendidas (ENA,2012), si bien, podemos deducir que los hombres presentan una mayor cifra de consumo, pero, esto no quiere decir que la cifra de mujeres consumidoras no ha aumentado. Además, esto indica una problemática en la que podemos darnos cuenta que no se está llevando a cabo la culminación de tratamientos por parte de los pacientes, lo que indica mayores factores de riesgo internos y externos que pueden desencadenar en una recaída.

Es elemental señalar que en la Encuesta Nacional del Consumo de Drogas y Tabaco (2016-2017) se considera que 8.2 millones de Mexicanos presentan uso de drogas sin dependencia con necesidad de llevar a cabo una intervención breve como herramienta para la disminución o cese del consumo, así como el 0.6% de la población que corresponde a 544 mil personas con dependencia a drogas, en este porcentaje se ubican los participantes de la presente investigación y son aquellos que presentan una necesidad de tratamiento especializado.

Sin embargo, como se mencionó anteriormente, nos encontramos con un alto índice de abandono de tratamiento en el tema de las adicciones, Sánchez-Hervás et al (2010) en un estudio realizado en España, refieren datos acerca de la permanencia en el tratamiento de adictos a cocaína es reducida, haciendo referencia que la mitad de la población abandona y la otra mitad permanece en el tratamiento, teniendo en cuenta que la mayor deserción se presentó durante los primeros tres meses y que las personas dependientes a cocaína, por lo tanto, se considera importante continuar implementando acciones y estrategias que puedan generar una adherencia al tratamiento para que las personas con adicción a la cocaína

reduzcan o se mantengan sin consumo y por consiguiente logren un funcionamiento biopsicosocial más adaptativo, para poder lograrlo resulta de gran ayuda la identificación de precipitantes de riesgo, así como un tratamiento psicoterapéutico y de acuerdo a cada caso se integra la farmacología o cualquier otra disciplina que sea necesaria.

Diversos modelos teóricos son considerados con una alta eficacia en el tratamiento de prevención de recaídas, con respaldo científico y que trabajan desde un enfoque cognitivo-conductual, como: 1) Modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon (1985) y 2) Modelo Transteórico propuesto por Prochaska y Diclemente (1983), presentando un gran auge en su aplicación, así como en el trabajo prevención de recaídas, asimismo, Becoña (2011; Sánchez-Hervás et al, 2004) refiere que los tratamientos cognitivos-conductuales son los que más se han dedicado a investigar y a trabajar en el campo de las adicciones, mostrando altas posibilidades de generar cambios en el pensamiento y conducta significativo en los adictos.

Cabe mencionar que antes de los tratamientos terapéuticos y multidisciplinarios con los que se cuentan en la actualidad, se recurría a los grupos de autoayuda que fundaron Bill y Bob en 1935, siendo dos personas que padecían alcoholismo cayendo en cuenta que al hablar de lo que les pasaba se apoyaban y motivaban a afrontar el terrible sufrimiento que les generaba la adicción (Alcohólicos Anónimos, 2008). Actualmente existen grupos de autoayuda de diferentes tipos para adictos a drogas y se han propagado por todo el mundo, siendo reconocidos como una base y apoyo importante en el tratamiento de las adicciones ya que algunos casos han logrado mantenerse en abstinencia y sobriedad.

Desde la perspectiva psicoterapéutica, Becoña (2011) refiere que es importante realizar seguimiento a los casos de adicciones, reforzar lo trabajado y aprendido en el proceso terapéutico con el paciente, para que éste tenga un mayor desarrollo y ejecución de habilidades que lo lleven a afrontar su adicción. El Instituto Nacional de Abuso de Drogas, por sus siglas en inglés NIDA (2010) menciona que hay una incidencia de recaídas alta en adictos, principalmente en los consumidores de cocaína, que de acuerdo con un estudio que realizó Sánchez-Hervás et. al, (2010) existen factores internos y externos para que se

genere el abandono del tratamiento relacionado a las creencias de los pacientes, la duración del tratamiento y el craving, que es un intenso deseo de consumo debido a que estás presente durante y después del tratamiento, por ello, el que el paciente aprenda el manejo del craving y las circunstancias que lo detonan es punto clave para la rehabilitación, algo con lo que en los grupos de autoayuda no se encuentra ya que muchas de las acciones en grupo tiene que ver con la catarsis y además lo que sucede es que se llegan a distraer del craving, no tanto enfrentarlo.

Es conveniente reconocer que las intervenciones psicoterapéuticas son necesarias en el tratamiento de la dependencia a sustancias, así como el trabajo con los pensamientos irracionales respectivos a la sustancia que pueden ser precipitantes de recaídas y el seguimiento, teniendo en cuenta que muchas personas con adicción asisten a grupos de autoayuda en donde otras personas en la misma condición brindan la ayuda.

De acuerdo a la información anterior se planteó la siguiente pregunta: ¿Existen diferencias en las situaciones de riesgo, creencias irracionales, asertividad y satisfacción de vida en cuanto al trabajo de prevención de recaídas entre el Programa de Intervención Psicoterapéutico Cognitivo-Conductual y el Grupo de Autoayuda?.

OBJETIVO GENERAL.

Diseñar y evaluar la eficacia de una intervención psicoterapéutica cognitivo-conductual con adictos a la cocaína para la prevención de recaídas y comparar su impacto con el de un grupo de autoayuda.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Revisar y seleccionar expedientes de participantes que se encuentran en clínicas de rehabilitación en el estado de Morelos con adicción a la cocaína y cumplan con los criterios de inclusión.
- Evaluar los precipitantes de riesgo ante la recaída, ideas irracionales, asertividad y satisfacción de vida de los ocho participantes que se encuentran en clínicas de rehabilitación en el estado de Morelos.
- Seleccionar las técnicas de Terapia Racional Emotiva más utilizadas y eficaces en prevención de recaídas con adictos a la cocaína para diseñar el Programa de Intervención Psicoterapéutico.
- Implementar la Propuesta de Intervención Psicoterapéutica Cognitivo-Conductual con un total de 12 sesiones con el grupo experimental.
- Evaluar los precipitantes de riesgo ante la recaída, ideas irracionales, asertividad y satisfacción de vida de los ocho participantes para realizar comparación entre grupos teniendo en cuenta las evaluaciones pre y post-test.

HIPÓTESIS.

Hi: Existen diferencias en las situaciones de riesgo de consumo, ideas irracionales, asertividad y satisfacción de vida en la prevención de recaídas entre el Programa de Intervención Psicoterapéutico Cognitivo-Conductual y el Grupo de Autoayuda.

Ho: No existen diferencias en las situaciones de riesgo, ideas irracionales, asertividad y satisfacción de vida en la prevención de recaídas entre el Programa de Intervención Psicoterapéutico Cognitivo-Conductual y el Grupo de Autoayuda.

JUSTIFICACIÓN

Se considera importante realizar una propuesta específica para el trabajo de prevención de recaídas con adictos a la cocaína que se encuentran en clínicas de rehabilitación en el estado de Morelos, ya que la toxicomanía o adicción es la dependencia a las sustancias psicoactivas y con frecuencia se relaciona con otros trastornos físicos o mentales (OMS, 2014), estos trastornos pueden deberse al fracaso de lograr una abstinencia de sustancias que le permita al individuo generar herramientas psicológicas ante la adicción. Es por ello, que instituciones públicas y privadas promueven la rehabilitación de personas que son consumidores de drogas y adictas (Medina Mora,2011), pero lamentablemente en ocasiones la atención puede resultar escasa debido a la cifra alta de personas que requieren un tratamiento psicoterapéutico y el tipo de droga que se consume.

En México, la cocaína es una de las sustancias de preferencia, se expone que es una droga con una potencia adictiva alta, en la que se pueden presentar recaídas frecuentes, incluso en un periodo prolongado de abstinencia, ya que los recuerdos eufóricos asociados con su uso llegan a generar un deseo imperioso por el consumo (NIDA,2010), es aquí donde entra la importancia del trabajo de la prevención de recaídas, para poder generar cambios cognitivos y conductuales mediante Terapia Racional Emotiva que lleve al adicto a una mejoría en el funcionamiento en áreas de su vida.

Para poder lograr con mayor eficacia en el trabajo de prevención de recaídas, señala Medina Mora et al. (2011) que es necesario generar programas de tratamiento de manera especializada, contemplar intervenciones de acuerdo al tipo de droga, considerando los casos que deberán estar orientados al cese de consumo y cuáles al consumo moderado, para vivir en una sociedad donde prevalezca y se genere el cuidado de la salud mental y física para no dañar más las áreas de vida.

Por desgracia y consecuencia el consumo de drogas puede desinhibir en las personas la conducta de violencia, por lo que es importante trabajar en la prevención de recaídas, ya que vivimos en una sociedad donde la violencia es percibida como algo que es parte de la vida y nos vemos afectados en aspectos psicológicos, sociales y físicos.

Según Carroll (1999) un trabajo eficaz en prevención de recaídas consta en desarrollar habilidades de afrontamiento, la identificación del craving, identificación del pensamiento relacionado con la droga (como se citó en Becoña, 2011,p.161; Sánchez-Hervás et. al 2004) es importante recalcar que las recaídas están relacionadas con pensamientos, emociones y situaciones, que en ocasiones la persona con adicción no logra detectar, por ello, se considera el Programa de Intervención Cognitivo-Conductual, el cual, se llevará a cabo desde el modelo de Terapia Racional Emotiva (TRE) de Ellis, A. (1955) para identificar aquellas ideas irracionales que puedan ser precipitantes de recaída, para que así el adicto pueda redirigirlas a pensamientos racionales a través de la discusión de sus pensamientos, ya que a menudo conllevan a una serie de problemas emocionales y conductuales, como refiere Beck et al (1993).

La ENA (2012) estimó que una tercera parte de personas dependientes a sustancias asistió a diferentes tipos de tratamiento como: grupos de autoayuda, psicólogos y psiquiatras, cabe mencionar que la existencia de mujeres en estos tipos de atención resulta escasa, por lo tanto, los tratamientos de personas dependientes a sustancias predominan con psicólogos especialistas. Actualmente el porcentaje de los que han asistido a tratamiento es mínimo siendo el 20.4% de la población con dependencia, en su mayoría hombres, que tienden a acudir a tratamiento residencial, anexos y desintoxicación, por otro lado, las mujeres tienden a asistir a desintoxicación, anexo, tratamiento residencial o ambulatorio. (ENCODAT 2016-2017).

Para el desarrollo de esta investigación se consideró una población de 8 participantes que cumplieron con los criterios de inclusión, presentando trastorno relacionados con los estimulantes (cocaína piedra), hombres y mujeres en un rango de edad entre los dieciocho y treinta (18 a 30 años) ya que se encontró que, en México, las drogas de impacto son la cocaína y metanfetamina en más del cuarenta por ciento de adultos jóvenes entre veinte y veintinueve años (ENA,2012) siendo cifras alarmantes ya que estamos hablando de casi la mitad de la población adulta joven.

Debido a lo antes comentado, se debe señalar y reconocer que la población de adictos tiende a consumir diversas sustancias, por lo que se tomará en cuenta en los participantes como droga de impacto la cocaína, entendiendo a esta última como la sustancia predominante en el consumo del individuo sin mayor relevancia al tipo de administración.

Se realizará una comparación de este método antes mencionado, con otro existente, que es el grupo de autoayuda, el cual, en Estados Unidos tiene un aporte importante en el tratamiento de adicciones y puede resultar de ayuda para evitar recaídas (Becoña,2011) considerando a la adicción como una enfermedad incurable, progresiva y mortal, en donde habla de una alergia de la persona hacia las drogas y conductas dañinas, con el objetivo de la abstinencia total, señalando además a la adicción como una enfermedad espiritual. (Alcohólicos Anónimos, 2008).

VIABILIDAD.

Se considera que la investigación fue viable ya que se contaron con los recursos para llevarla a cabo, el acceso a los escenarios fue posible y los directores de las clínicas autorizaron y proporcionaron los datos necesarios de los participantes para continuar con la firma del consentimiento informado e iniciar su participación en el Programa de Intervención Cognitivo-Conductual.

LIMITACIONES.

Las limitaciones son las relacionadas al tamaño de la muestra, se sugiere que en investigaciones posteriores pueda ampliarse.

MARCO TEÓRICO.

CAPÍTULO 1 PANORAMA MUNDIAL DEL CONSUMO DE DROGAS.

El consumo de drogas resulta una problemática a nivel mundial que es creciente, por lo mismo, los gobiernos de países como México, Estados Unidos, entre otros, consideran importantes las investigaciones referentes al consumo de las drogas y sus consecuencias, llevando a cabo el desarrollo de proyectos que abarquen desde la prevención de consumo hasta tratamientos dirigidos a la disminución y al cese del consumo de las drogas en la persona que vive las consecuencias de las mismas, de igual manera existen organizaciones mundiales que realizan estudios para obtener estadísticas acerca de las cifras de consumo de drogas y adicciones, las cuales nos proporcionan un panorama respecto a esta problemática de salud y que, como integrantes de esta sociedad debemos estar a la vanguardia en estos temas que son de suma importancia.

El Informe Mundial sobre las Drogas, de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (por su siglas en ingles UNODC, 2016) refiere que en los últimos cuatro años no hay un aumento significativo en el consumo de drogas, sin embargo esto no le resta importancia, ya que es necesario monitorear las cifras de consumo de drogas, para observar y prevenir que se propague este fenómeno, asimismo, se estima que un aproximado de doscientos cuarenta y siete millones (247,000,000) de personas en el mundo consumieron drogas en el año 2014, estos consumidores de drogas se encuentran en un rango de 15 a 64 años, lo cual es un rango de edades amplio y además, el promedio de edad de inicio es impactante, ya que cada vez es menor.

América del Norte (México, Estados Unidos y Canadá) es la región a la que pertenecemos y donde existe una gran cantidad de venta de drogas, principalmente los opiáceos, anfetaminas y éxtasis (ONUDD, 2015). En América Latina se encuentra un número importante de consumidores de cocaína entre 15 y 64 años, el promedio de consumo de cocaína es de 1.9 de la población de América Latina, encontrándose por

encima del promedio global (0.4) a lo que se puede comprender que son países susceptibles a la venta, compra y consumo de este tipo de drogas.

El cannabis en los últimos años ha sido la droga de preferencia a nivel mundial, en el 2014 se detectó una cifra de 183 millones de consumidores, en subregiones como Europa (occidental, central) y América del norte en las que se observa un incremento en el consumo de marihuana acompañado de normas sociales que desarrollan la aceptación de esta droga, el consumo de la cocaína en América del Sur y de los opiáceos también se encuentra elevado, siendo la heroína la droga que mayor muertes en la que se estiman 33 millones de consumidores, (ONUDD,2016) las cifras en los países tienden a ser diversas y cambiantes, el reconocer que el consumo de drogas llegue a mantenerse sin generar un aumento significativo, no excluye la problemática de salud que esto significa.

La prevalencia del consumo de drogas mundialmente nos permite un acercamiento a cifras que refieren las sustancias de consumo en ciertos países, como lo es en el caso de la marihuana, República Checa con mayor prevalencia (15.2%) , EUA (13.7%), México (1%), Moldova (0.9%) y República Dominicana con (0.3%). En el caso de la cocaína, el país donde existe mayor prevalencia de consumo de cocaína es Escocia con (3.9%), Argentina (2.6%), Lituania (0.2%) y México (0.4), podemos observar que nuestro país se encuentra dentro de las menores con prevalencias de consumo en comparación a América Latina y Europa, sin embargo se considera la importancia de continuar con las políticas de salud públicas. (Encuesta Nacional de Adicciones, 2011).

De acuerdo al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) existe un mercado de producción de cannabis alto en el país Europeo además del ingreso de cannabis de otros países (Asia, América, África) se estiman 22.1 millones de consumidores de marihuana, siendo la droga de mayor consumo a nivel mundial, las metanfetaminas con 2.5 millones de consumidores, la cocaína con 3.6 millones y anfetaminas 1.6 millones de personas que la consumen, se ha presentado un aumento en el consumo de estas drogas en un rango de edades de los 15 a 64 años, siendo más de la mitad de adultos jóvenes (15 a 34

años) los que están más propensos. En el año 2015, 644 000 consumidores de opiáceos tuvieron un tratamiento de sustitución por la adicción grave que presentaban.

Por lo anterior, se considera a los adultos jóvenes como la población más vulnerable ya que tienden a no prever las consecuencias que causan el consumo de sustancias psicoactivas que además, actualmente, existen nuevas drogas sintéticas que, generan un daño mayor al organismo de quien las consume, principalmente a nivel psicológico (alucinaciones, euforia extrema, pérdida de control, suicidios) y la tasa de muertes por estas drogas en el 2012 fue de 21 personas en 4 países Europeos; estas drogas son sustancias psicoactivas que producen un efecto similar al de la cocaína o marihuana, sin saber los químicos con las que son elaboradas, en el año 2012 se identificaron doscientos cincuenta y un drogas de esta naturaleza, que son conocidas como “sales de baño”, “ice”, entre otros nombres, y provocan un daño grave tanto a la salud de la persona como a la sociedad. (UNODC, 2013). Como referencia el Reino Unido, España, Alemania y Estados Unidos son países en los que se encuentran con mayor frecuencia estas nuevas drogas sintéticas favoreciendo la presencia de trastornos físicos y/o mentales.

Según el Informe Mundial de las Drogas (ONUDD,2016) existe un aumento de trastornos relacionados al consumo, estimando que un poco más de 29 millones de personas sufren trastornos graves, el aumento de estos trastornos permite reflexionar acerca de los daños que se generan a consecuencia de la droga y la necesidad incluso de implementar tratamientos adecuados para estos trastornos.

Teniendo en cuenta que, de los 29 millones de consumidores con trastornos graves, 12 millones consumen por vía inyectable principalmente heroína, lo que vulnera a esta última población a contraer enfermedades como lo es el VIH (1 de cada 7 personas) y Hepatitis C (1 de cada 2). En el 2014 se estimó que por millón de personas existen 43.5% muertes de personas consumidoras, llegando a un aproximado de 207,400 muertes de población entre 15 y 64 años, las muertes han sido por trastornos relacionados al consumo como sobredosis (las cuales representan casi la mitad de muertes), suicidios, conductas de

alto riesgo, precisamente estas son consecuencias relacionadas al consumo que desconciertan y llevan a cuestionamientos políticos y sociales.

El que cada país busque el cumplimiento de las políticas de salud pública relacionadas al consumo de drogas y las implemente, puede no resultar suficiente por diversas razones, una de ellas son los especialistas en adicciones y no me refiero solamente a los que forman parte de las organizaciones mundiales que velan por establecer investigaciones, sino a lo que son parte del tratamiento de rehabilitación, aquellos que conocen y trabajan con las personas que presentan trastornos relacionados por el consumo, el observar qué se puede cambiar o identificar las necesidades de las poblaciones tanto de consumidores como los que ya desarrollaron un trastorno a consecuencia de las sustancias psicoactivas es una tarea constante de los equipos multidisciplinarios de la salud.

Panorama nacional del consumo de drogas.

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (2016-2017) por sus siglas ENCODAT, es el actual nombre de la Encuesta Nacional de las Adicciones y se llevó a cabo en 32 entidades federativas del país, abarcando edades de 12 a 65 años con un total de 56,877 personas, siendo 12,440 adolescentes (12-17 años) y 44,437 adultos (18-65 años) con el fin de obtener datos estadísticos del consumo de drogas en tres momentos: alguna vez, en el último año y en el último mes.

Resulta importante mencionar que en el año 2011 el consumo de cualquier droga ilegal en la población, fue en hombres 2.6% y mujeres 0.4%, presentando en el 2016 hombres 4.4% y mujeres 1.1%, con estos datos se puede observar un incremento significativamente del año 2011 (1.5%) y 2016 (2.7%) respecto al consumo de las drogas ilegales, lo cual continúa manteniéndonos en alerta acerca de los incrementos del uso de drogas.

En el último año los adolescentes (12-17 años) presentan un consumo de marihuana de 2.6%, cocaína 0.6% e inhalables 0.6%, con mayor consumo de la marihuana, en

comparación a la ENA 2011, por otro lado, la cocaína y los inhalables no presentan aumento ni disminución del consumo, la población adulta presenta un 5% de consumo de drogas en el último año siendo 8.2% hombres y 2.0% mujeres, en el último mes hombres 4.8% y mujeres 0.7%, el porcentaje de consumo es mayor por lo que se considera deben buscarse mayores herramientas para el trabajo de prevención y tratamiento.

Las drogas de mayor consumo continúan siendo la marihuana 3.5% y cocaína 1.5% en el último año, 2% marihuana y 0.8% cocaína en el último mes, las demás drogas presentan una prevalencia debajo de 1.6% en alguna vez, debajo de 0.5% último año y 0.2% en el último mes. Sin embargo, se menciona que la prevalencia de consumo de drogas en el último año pasó de 1.5% a 2.7% y último mes de 0.8% a 1.4% del año 2011 a 2016, teniendo un aumento significativo en el consumo de drogas ilegales presentando el principal aumento con el consumo de marihuana.

En lo que se refiere al consumo de cocaína se ha mantenido estable en la categoría último año 0.5% (2011) y 0.8% (2016), esto no manifiesta un aumento o disminución del consumo de esta droga ilegal, sin embargo, continúa siendo de las principales drogas de consumo en la población mexicana ocasionando en el peor de los escenarios una dependencia a la sustancia. Se considera que de las personas con posible dependencia a drogas en el último año ha asistido a tratamiento un porcentaje de 20.3%, siendo en su mayoría hombres (22%) y mujeres (12.8%) lo cual continúa siendo bajo el porcentaje de las personas que reciben tratamiento, así como la cantidad de mujeres no aumenta en la búsqueda de tratamiento, por lo tanto, 1 de cada 5 personas logra obtener estos tipos de ayuda ya sea ayuda psicológica o psiquiátrica.

Es importante mencionar que en centros no gubernamentales se indica que han asistido a tratamiento residencial personas entre los 20 y 34 años con adicción a cocaína ocupando el cuarto lugar después del alcohol, cristal y marihuana, representando un 9.7% los hombres y 7.1% las mujeres, se considera que no existe una diferencia entre el género y es preocupante que la edad de inicio sea a los 14.7 años, además que los porcentajes no son tan variados entre ambos sexos. La zona centro (CDMX, Guerrero, Edo. México, Hidalgo,

Morelos, Puebla, Tlaxcala) continúan siendo el alcohol y la cocaína las drogas de preferencia. (ENCODAT, 2016-2017).

Cabe mencionar que México se encuentra dentro de los países de menor consumo (UNODC, 2011) lo que automáticamente puede llevar a pensar que no hay tanto riesgo y hacer comparativos con otros países por conveniencia ante el consumo de las drogas, sin embargo, lo cierto es que aunque tengamos un menor consumo en México, no hace referencia que no existen daños significativos en la salud de las personas por el consumo de drogas, esto es una falsa creencia, de tal manera que es alarmante la cifra en nuestro país por las consecuencias en la salud del adicto, la familia y en la sociedad en la que vivimos.

La secretaría de Salud (2009) refiere que en la Encuesta Nacional de las Adicciones del 2008 se presenció un aumento en el consumo de marihuana, metanfetaminas, heroína y alcohol en diferentes regiones del país, la cocaína en el año 2002 con una prevalencia de 1.4 aumentó a 2.4 en el año 2008, lo cual se considera significativo, principalmente en los jóvenes, ya que son más susceptibles al consumo de drogas ilícitas como la cocaína, anfetaminas y marihuana. Si bien no existe una diferencia de género y el consumo de drogas, es más común que las mujeres consuman opioides y alcohol, y los hombres consuman demás drogas, asimismo han tenido tratamiento en el último año, por lo tanto, se estima que un dependiente a las drogas asiste a tratamiento por cada cinco. (ENA,2012).

En los estados del norte como Nuevo León y Jalisco las principales drogas de consumo son la marihuana, el estado de Jalisco presenta cifras mayores que Nuevo León con una prevalencia de marihuana 8.6%, inhalables 6.7% y tranquilizantes 4.3% siendo las mujeres las que presentan menor consumo sin mostrar diferencias significativas en el consumo de hombres. (Villatoro et al. 2010).

De acuerdo a la penúltima encuesta Nacional de las Adicciones (ENA, 2012) se obtuvo una muestra de 17,500 viviendas rurales y urbanas, en mujeres y hombres de 12 a 64 años, donde refiere que la droga que mayor consumo presenta es la marihuana en todo el país, la región Norte del país presenta un mayor consumo de drogas ilegales teniendo un

aproximado de 3.5%, la Ciudad de México presenta 1.7% de prevalencia en el consumo de drogas ilegales, similar a los estados de Coahuila, Durango, Colima, Aguascalientes, Jalisco y por último, la Región Centro donde se encuentra Morelos, Estado de México, Puebla, Guanajuato forman parte de ésta, tiene una prevalencia del 1.2% la cual no se distingue mucho de la Ciudad de México. En la Región centro los inhalables y la cocaína son drogas de preferencia.

Es importante manifestar que, en México, se encuentran las prevalencias más altas de consumo en las edades de 18 a 34 años (adultos jóvenes), tanto mujeres como hombres, población en la que la cocaína se encuentra dentro de las principales drogas de consumo, sobre todo en la región Centro (Ciudad de México, Morelos, Guerrero, Oaxaca, Veracruz) y el consumo de cocaína y metanfetamina tiene un gran impacto donde los jóvenes entre 20 y 29 años están más propensos.

La ENA (2012) informa que uno de cada cinco usuarios de cocaína la consume en forma de piedra o crack. El alcohol, la marihuana, los inhalables y la cocaína son las sustancias de mayor consumo en la región centro de México, en el cual abarca población de Morelos como uno de los principales estados de consumo de alcohol y cocaína. Esto implica que en Morelos existe un campo de trabajo de intervención para la prevención en el consumo de drogas, teniendo en cuenta a la cocaína como una principal situación a trabajar por su potencial adictivo y las recaídas que se pueden presentar.

Consecuencias del consumo de drogas.

Una de las principales consecuencias a causa del consumo de las drogas son los trastornos generados por éste, como lo es la adicción, que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2014), la toxicomanía o adicción es la dependencia a las sustancias psicoactivas, dicha dependencia, es un trastorno crónico que con frecuencia se relaciona con otros trastornos físicos o mentales (OMS, 2014) y en el transcurso de la adicción se van dañando áreas de la vida de la persona por el consumo, llevándolo en ocasiones hasta la muerte como lo refieren las estadísticas al inicio de este capítulo.

Cada droga conlleva consecuencias a nivel físico, psicológico y mental, por lo mismo existen problemáticas vinculadas a las relaciones interpersonales, en la percepción de la propia persona, impactando altamente conforme va avanzando el trastorno por consumo de sustancias, en diversas áreas de la vida de la persona, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM-V) son cuatro las principales áreas de afectación: cognición, afectos, relaciones interpersonales y control de impulsos, estudios refieren la relación entre la adicción y diversos trastornos comórbidos, como son los trastornos afectivos, psicóticos, del comportamiento y de la personalidad, principalmente los del grupo B (DSM-V), los cuales son: antisocial, limítrofe, narcisista e histriónico, referido por la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD, 2011).

Cantú (2014) menciona que los sujetos con trastornos de personalidad, principalmente limítrofe y antisocial llegan a asociarse con el consumo de drogas y son más vulnerables a generar una dependencia a la sustancia por sus características de inestabilidad, conductas disruptivas, falta de imagen de autoridad, etc. Y por lo tanto las resistencias al tratamiento pueden ser constantes y evidentes.

Volkow (2010) menciona que la adicción además de generar una compulsión física y psicológica en el individuo va acompañada de grandes consecuencias conductuales en relación con la familia, el trabajo y en las relaciones sociales que afectan la manera de desenvolverse adecuadamente en su entorno, sin embargo, el que la persona adicta busque la ayuda por sí mismo es difícil ya que uno de los principales síntomas de la enfermedad de la adicción como lo menciona Thorburn D. (2011) es la negación y minimización de lo que está pasando, ya que la sustancia va dañando el juicio de la persona y en ocasiones buscan la ayuda hasta que existen consecuencias graves por el consumo, de esta manera el remendar el daño para ellos es deteniéndolo sin buscar precisamente la rehabilitación.

Como consecuencia, los adictos presentan constantes problemáticas emocionales y conductuales importantes como: irritabilidad, impulsividad, poca tolerancia a la frustración, errores de juicio, dificultad en las relaciones interpersonales, dificultad en la toma de decisiones, pérdida de empleo, problemas familiares, ruptura con la pareja, relaciones

conflictivas, conductas antisociales como robo, venta de drogas, narcomenudeo, problemas legales, accidentes, daño en propiedad ajena, violencia física, psicológica y emocional, por mencionar algunas. Por otra parte, se ha identificado que las personas con dependencia en la adolescencia (12-17 años) presentan mayores dificultades en tareas domésticas, principalmente los hombres 3.9% y las mujeres, dificultad en su capacidad de estudiar o de trabajar 3.8%, los hombres que se encuentran en un rango de 18-34 años, presentan mayores dificultades en la vida social, las mujeres en las tareas domésticas. (ENCODAT, 2016-2017).

Etiología de las adicciones.

Existen diversos factores que llevan al consumo de las drogas, sin embargo, no hay una teoría única, se habla de factores ambientales, familiares, biológicos entre otros, que pueden desencadenar el consumo de drogas hasta el desarrollo de un trastorno por consumo de sustancias.

Schuckit (2014) ha estudiado por cuarenta años los factores genéticos que influyen en la adicción a sustancias, él menciona que un 60% se deben a influencias genéticas y un 40% a influencias ambientales, así como los trastornos psiquiátricos, la impulsividad y sensibilidad de la persona sumarán el riesgo de desarrollar una dependencia a sustancias. La perspectiva de este psiquiatra es que los genes de las personas al momento de entrar en contacto con la sustancia se potencializan.

Asimismo, Becoña (2011), propone siete fases por las que la persona que consume sustancias va pasando hasta llegar al punto de la dependencia a sustancias:

1. Predisposición: Factores psicológicos (aprendizaje de la conducta, personalidad e inteligencia interactúan entre sí), biológico (esta afecta a una cantidad mínima de los adictos) y socioculturales (creencias, tradiciones, cultura, economía) que están en la persona incluso desde el nacimiento o antes del consumo.
2. Conocimiento: La etapa de la adolescencia es un factor asociado al consumo, existen transgresiones a la ley.

3. Ambiente (Lugar donde vive una persona), Aprendizaje (Manera de relacionarse con el ambiente y socialización), Socialización (el ser humano conlleva a formar parte de un grupo) y Expectativas (creencias hacia lo que pasará).
4. Inicio al consumo: Disponibilidad de la sustancia, accesibilidad a la compra, percepción de riesgo (a mayor riesgo menor consumo), creencias, actitudes, valores, estado emocional, habilidades de afrontamiento (ej. Desinhibir), lo anterior lleva a que la persona decida probar o no la sustancia.
5. Consolidación: Consecuencias negativas y positivas, problemas familiares, sociales, castigo o refuerzo por parte de los demás, darse cuenta de los beneficios o problemas.
6. Abandono o Mantenimiento: Detener el consumo, otros consumen durante años, estos son los que se encuentran en fase de mantenimiento del consumo.
7. Recaída: Conducta aprendida que al intentar modificarla puede regresar constantemente mediante las recaídas.

Si bien estos autores difieren en cuanto al porcentaje de los factores ambientales y genéticos que influyen en la adicción, para Becoña el porcentaje mayor del desarrollo de la adicción es el ambiental y para Schuckit el genético, podemos observar que los elementos que se toman en cuenta en la etiología de las adicciones son similares. Las fases que propone Becoña (1999) también pueden entenderse desde el proceso adictivo que se menciona en el apartado siguiente.

Neurobiología: el proceso adictivo de la cocaína.

Dackins y O'Brien (2005) proponen las fases del proceso adictivo a sustancias desde el punto de vista neurobiológico. Es un tema en el que se utilizan términos médicos, por lo tanto, intentaré no ahondar demasiado en ellos ya que corresponde a otra disciplina, sin embargo, se considera importante comprender desde la neurobiología lo que pasa en el cerebro y las adicciones:

1) En la primera etapa tiene que ver con la presencia de un estímulo positivo (droga) que genera sensación de agitación e impulsividad, activa las vías dopaminérgicas, aquí es donde el consumo de cocaína incrementa la sinapsis de dopamina, serotonina y noradrenalina que tienen acciones en el sistema nervioso central dando una sensación de euforia, pérdida de cansancio, del apetito y acciones periféricas como: taquicardia, sudoración, etc. El consumo sostenido de cocaína lleva a que la dopamina se agote y surjan dificultades para conciliar el sueño, trastornos del apetito, inestabilidad afectiva y deseo de la droga.

2) La segunda fase: neuroadaptación biológica, se refiere al consumo constante de cocaína llevan a que el núcleo accumbens que es el encargado de generar sensación de placer sea sensibilizado en exceso, está relacionado con la memoria contextual, en esta etapa está ya instalada la adicción, la persona puede no consumir durante un tiempo, pero la memoria puede generar recuerdos de consumo, deseo de consumo y estrés.

3) La tercera, es el craving, en donde existe un estímulo negativo constante y esto genera estrés, está en riesgo la persona de tener una recaída ya que la regulación de neuronas del núcleo accumbens segregan una sustancia llamada péptido opioide dinorfina que cuando se está en consumo la cocaína lo disfraza ya que se encarga de mediar efectos disfóricos y al no administrar la sustancia resulta desagradable lidiar con esa sensación.

Además existen otros factores en el proceso adictivo, como la hipofrontalidad, que consta de la pérdida de control y resulta un fenómeno contraproducente en los procesos de rehabilitación en adicciones, ya que genera una dificultad de afrontamiento de las situaciones y déficits cognitivos. Cabe señalar que si estas etapas no son trascendidas por la persona con adicción, es muy probable que se repita el ciclo y se caiga de nuevo en la administración de droga (búsqueda de sensaciones diferentes y falta de control de impulsos).

Si se logran identificar situaciones que detonan la memoria contextual, los recuerdos eufóricos entre otros precipitantes de riesgo es más probable que la recaída se pueda evitar. Muchas personas con adicción desconocen este proceso neurobiológico y en

el tratamiento que reciben los adictos a la cocaína puede resultar de ayuda que lo conozcan, que generen un conocimiento de lo que está pasando en su organismo, abordándolo desde una perspectiva psicoeducativa.

CAPÍTULO 2 LA COCAÍNA Y SUS EFECTOS

Antecedentes de la cocaína.

Es conocido que la cocaína ha tenido diversos usos a lo largo de la historia, como en el caso de los incas, se relata que hace miles de años, los Incas en los Andes mascaban hojas de coca en búsqueda de pérdida del apetito y tener mayor oxigenación por la irrigación sanguínea que les provocaba esta hoja (Erithroxylon) ya que vivían muchos metros de altitud sobre el nivel del mar y la coca contrarrestaba los síntomas que se producían por el lugar en donde vivían. Posteriormente, en el año de 1859 la cocaína fue sintetizada por Albert Niemann quien era químico, después, en 1880 la cocaína tomó popularidad entre los médicos, llegando en el año 1885 a las manos de Sigmund Freud quien la consumía y lo relacionaba a la cura de la depresión e impotencia sexual, recomendándola a compañeros y pacientes, pensando que era benéfico para la salud, sin embargo, al paso del tiempo se dio cuenta que estaba en un error, ya que comenzó a observar síntomas adversos y presenció la muerte de un gran amigo así como de otros conocidos que consumían la droga. (Becoña, 2001).

Debido a la propagación de la cocaína, la fundación por un mundo libre de drogas (2009) refiere que en 1905 comenzaron a ser mayores los casos de daños ocasionados por la cocaína, en 1912 se generaron 5 mil muertes en Estados Unidos por su consumo. Años después, a principios de 1970 resurgió la cocaína como la droga de moda, hacia los 90's la producción de cocaína fue expandiéndose a más países como Asia y Europa, siendo en el 2008 la segunda droga ilegal más traficada en el mundo y provocando daños severos a los consumidores.

Actualmente la cocaína es una sustancia altamente adictiva, ocupa un lugar en las principales sustancias de consumo en México y en otros países como Europa, usualmente se consume con otro tipo de drogas, estimando que el 84% de dependientes a cocaína la combinan con alcohol, este uso concomitante produce una sustancia llamada cocaetileno, que tiene una acción dopaminérgica similar a la cocaína, por lo tanto, los efectos en el

sistema cardiovascular y el etanol que es vasodilatador de las mucosas, llevan a cabo la absorción de la cocaína de manera más rápida, generando un aumento en la sensación de euforia debido a los altos niveles de toxicidad, por esto mismo es fundamental que cuando la persona ingresa a un tratamiento de rehabilitación es importante conocer el patrón de consumo que ha tenido la persona adicta para identificar la búsqueda de sensaciones a las que recurría, de igual manera cabe mencionar que existen 3 vías de administración de esta droga.

Vías de administración de la cocaína.

Washton (1995) refiere que la manera de consumo de cocaína puede ser por tres tipos de administración, en cada uno de ellos varía el tiempo de aparición de los efectos de esta droga por lo que a continuación se describen:

Inhalada.

La cocaína inhalada o esnifada es la vía de administración más común, ya sea que preparen el polvo cortándolo hasta quedar fino y lo inhalen a través de una cucharilla de coca o un papel enrollado, el efecto de la droga puede aparecer entre los 20-30 minutos, comenzando aproximadamente 5 minutos después de que se inhala, esta vía de administración a la larga puede provocar ulceraciones en la membrana mucosa de la nariz, sangrados nasales y perforación del tabique.

Fumada.

Se realiza una mezcla del polvo con agua, bicarbonato y calor para producir una conversión química llamada crack o base libre, logrando así una “piedra” lista para fumarla en una pipa de agua de cristal o lo más común actualmente es fumarla en una lata, manteniéndola en los pulmones lo más que pueda para que la absorción sea la mayor posible, ya que el efecto es de 2 a 5 minutos pero es intenso, esta vía de administración puede provocar irritaciones pulmonares graves.

Inyectada.

El polvo de cocaína se prepara con agua hasta tener una consistencia acuosa para ser introducida en la jeringa e inyectada en la vena, con un efecto que inicia entre los 30 y 60 minutos después de la inyección siendo similar la intensidad de la cocaína inhalada y su efecto.

La vía de administración fumada e inyectada presentan un mayor nivel de compulsión debido a que su efecto es más intenso y menos duradero, por lo que se busca constantemente los estímulos de esta droga.

Factores que influyen en el consumo de la cocaína.

Los principales factores que influyen en el inicio de consumo son los efectos deseados de la cocaína, es decir, aquellos que generan experiencias positivas como lo puede ser el sentimiento de energía vital, confianza, sentirse más comunicativas, aumento de deseo sexual, disminuye o desaparece momentáneamente la fatiga, el estrés, timidez que puede tener la persona antes del consumo, sin embargo, pueden presentarse también efectos de inquietud, irritabilidad, ansiedad, suspicacia, insomnio, dependiendo de la vulnerabilidad de la persona a estos efectos ya que cada organismo es diferente.

La droga provoca una alteración en el funcionamiento cerebral, psicológico y en el estado de ánimo, esto conlleva a diversos efectos como son la euforia, estado de hiperalerta, labilidad emocional, grandiosidad, agitación psicomotriz, insomnio, hipersexualidad, anorexia, tendencia a la violencia y disminución de la capacidad de juicio presentando cambios bioquímicos en la actividad cerebral. (Washton, 1995).

De acuerdo a Washton (1995) el uso y la cantidad de esta droga va siendo gradual y progresiva, generando así lo que se llama tolerancia, por lo que la persona recurrirá con mayor frecuencia a la sustancia para obtener aquellos efectos positivos que experimentaba al principio, ya que al disminuir los niveles de cocaína en la sangre la persona presenta una disforia intensa (crash), incluso se siente peor que antes del consumo, no regresa a su estado de ánimo normal, además los intervalos de consumo van siendo cada vez más cortos,

esto provoca que recurra a la cocaína o incluso a otras drogas como paliativos para las sensaciones desagradables.

Aquellos factores que favorecen la compulsión por la cocaína aparecen más rápido cuando se usan los mecanismos de administración como lo son por vía endovenosa o fumada, debido a que éstos tienen un mayor y rápido impacto en el cerebro.

Otro de los factores tiene que ver con la vulnerabilidad psiquiátrica o aquellos que presenten una inestabilidad emocional, se sientan infelices, están propensos a acercarse a este tipo de droga, sin embargo la psicopatología no es una condición necesaria para el desarrollo de una adicción, tener familiares principalmente padre o madre que presenten dependencia a alguna droga o alcohol son factores que influyen, así como los de orden biológico, ambientales y psicológicos.

La cocaína se reconoce como un medio para aumentar el placer sexual, viéndose de cierta manera como “afrodisiaco”, la persona puede atreverse a vivir una experiencia que no podría llevar a cabo sin los efectos de esta droga, ya que genera desinhibición, aumento del deseo, resistencia física, por lo que pueden presentarse encuentros múltiples, aumento de las masturbaciones, encuentros homosexuales o bisexuales, voyeurismo, entre otras conductas de la esfera sexual impulsando una compulsión por el sexo (Washton, 1995).

Una vez que el consumo es frecuente los cambios psicológicos y conductuales se van haciendo presentes, así como los daños físicos, teniendo en cuenta que cada organismo es diferente, la persona tendrá diversos síntomas negativos o consecuencias propias del consumo de cocaína.

Consecuencias físicas y psicológicas del consumo de la cocaína.

Los efectos del consumo de drogas son momentáneos, perder el contacto con la realidad o alterar la percepción de la misma que es lo que pasa con la cocaína, sin embargo, la administración continua de ese “gramo”, esa “raya” genera a corto y largo plazo afectaciones a nivel físico, desde problemas cardíacos, pérdida de peso, insomnio,

problemas del sistema nervioso central, afectaciones a diversos órganos del cuerpo, creando tolerancia, necesitando mayores dosis para llegar al estado deseado hasta llegar a la dependencia.

A nivel psicológico el daño se puede observar en los pensamientos, en la expresión de la persona, la percepción del propio consumo, negación, episodios depresivos que pueden llegar a un suicidio, la forma de relacionarse con los otros, generando alteraciones del pensamiento, distorsión del razonamiento, de la percepción y las emociones. (Washton, 1995; Becoña y Vázquez, 2001). La persona puede volverse más irritable, depresivo, distraído, tener poca motivación, ser hostil, manipulador, conflictivo, paranoide, asexual, con tendencias suicidas, poco sociable, presentando dificultad para adaptarse a su entorno.

Además, el mantener una adicción a la cocaína implica gastos económicos altos, por lo que en ocasiones los consumidores llegan a involucrarse en la venta de drogas ilegales, prostitución de sí mismo o de otros para obtener beneficios que costeen el consumo, se incrementan las posibilidades de accidentes automovilísticos, la preocupación de parte de los familiares o incluso la pérdida de confianza, así como el robo dentro de casa, problemas laborales, irresponsabilidad y disfunción en diversas áreas de vida, así como trastornos psiquiátricos.

A continuación se mencionan las consecuencias físicas y psicológicas frecuentes por el uso de esta droga.

Tabla 1.

Consecuencias físicas y psicológicas a corto y largo plazo en el consumo de la cocaína.

| | CORTO PLAZO | LARGO PLAZO |
|-----------------------------------|--|--|
| CONSECUENCIAS FÍSICAS | -Pérdida del apetito. | -Daños en corazón y el cerebro. |
| | -Taquicardia. | -Presión alta. |
| | -Incremento presión sanguínea y temperatura del cuerpo. | -Infartos. |
| | -Respiración acelerada. | -Daños en el hígado, riñones y pulmones. |
| | -Pupilas dilatadas. | -Perforación del tabique. |
| | -Alteración del sueño. | -Caries. |
| | -Nauseas. | -Infertilidad/ Abortos. |
| | -Pérdida de peso. | -Convulsiones. |
| | -Problemas sexuales. | -Sangrados nasales. |
| CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS | -Euforia intensa. | -Alucinaciones táctiles y auditivas. |
| | -Irritabilidad. | -Psicosis. |
| | -Ansiedad. | -Depresión severa. |
| | -Depresión. | -Desorientación. |
| | -Deseo intenso de consumo. | -Apatía. |
| | -Pánico. | -Paranoia. |
| | -Sobredosis. | -Convulsiones. |
| | -Fallas en la atención, memoria y procesamiento de la información. | -Irritabilidad. |

Nota: Información tomada de folleto: Fundación por un mundo libre de drogas A.C. (2009).

Cabe destacar que estas consecuencias son un estimado a corto y largo plazo, ya que realmente depende del organismo de la persona y la cronicidad de la adicción para que se presenten estos daños que además algunos pueden ser irreversibles llegando así, hasta la muerte o generando algún trastorno mental.

Adicción a la cocaína y la patología dual.

Patología dual o comorbilidad, se refiere a la condición de un individuo en el que existen dos trastornos concomitantes, como lo puede ser una dependencia a sustancias psicoactivas y la presencia de un trastorno psiquiátrico, por ejemplo: dependencia a cocaína y trastorno límite de la personalidad, por mencionar alguno. Este término es relativamente nuevo y se han comenzado a realizar investigaciones, principalmente en España.

Actualmente nos vemos limitados de información a nivel nacional, sin embargo, se retoman aspectos importantes y que la Sociedad Española de Patología Dual aporta en este campo, sin descartar que el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (México) también se encuentra fomentando la cercanía a este tema.

Diversas investigaciones mencionan la relación del trastorno por dependencia a sustancias con algún otro trastorno mental (Becoña, 2001), por ende, hace que el tratamiento se vuelva más complejo y se recurran a mayores estrategias que aborden los trastornos concomitantes presentes, ya que las herramientas cognitivas y conductuales que desarrolle el paciente durante el tratamiento le serán de gran ayuda en la recuperación, de lo contrario el pronóstico puede ser reservado o deficiente.

Autores como Secades y Fernández (2001) hacen hincapié en la importancia del diagnóstico y la intervención que se llevará a cabo con la persona ya que la droga puede detonar el trastorno psiquiátrico o posiblemente el trastorno psiquiátrico preceda al consumo de sustancias, por lo tanto, mencionan que el reconocer las necesidades de un paciente en cuanto a las condiciones y síntomas psiquiátricos es primordial, para que sea referido o canalizado a la atención adecuada que requiere, por que en ocasiones llegan a ser

derivados de clínicas de tratamiento de las adicciones a hospitales y viceversa, sin tener claro el tipo de intervención que se llevará a cabo con el paciente.

Existe una cantidad considerable de comorbilidad psiquiátrica en la adicción a la cocaína, produciendo síntomas inadaptables, ansiedad y episodios psicóticos inducidos por la droga, la mayoría de las veces este tipo de pacientes recurre a la medicación prescrita por algún médico o psiquiatra. Esto puede ser una ventaja para el proceso psicoterapéutico ya que el medicamento, sobre todo los primeros meses lleva hacia un porcentaje alto de remisión de síntomas, dependiendo el trastorno que se esté tratando además de la dependencia a la cocaína. Landabaso et al. (2009). citado por Meana (2011, pg. 72).

Trastornos más comunes relacionados con la adicción a cocaína de acuerdo al DSM-V.

Es importante observar el desarrollo de la persona en abstinencia para identificar las conductas, cogniciones y síntomas que presenta (Becoña,2001). Una persona con dependencia a la cocaína comienza a tener dificultades en cuatro áreas: relaciones familiares, falta de actividades, relaciones sociales y área vocacional (Secades y Fernández, 2001), con las que empatan ciertas conductas y cogniciones de los trastornos psiquiátricos.

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V, 2013) la dependencia a la cocaína se encuentra con el nombre de Trastornos relacionados con los estimulantes (F14.20.Cocaína, Crack), así mismo, los trastornos psiquiátricos más asociados a la adicción de la cocaína son los trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia, trastorno de ansiedad, trastornos de personalidad y trastorno por déficit de atención. A continuación se describirá cada trastorno para su mayor comprensión.

Trastornos del estado de ánimo.

Este tipo de trastornos se caracterizan por episodios afectivos anormales del estado de ánimo y especificadores que describen el episodio más reciente y la evolución recurrente. A continuación se mencionan los que prevalecen con el uso de cocaína.

➤ Trastorno Depresivo Mayor. 296.33 (F33.2).

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) se mencionan los criterios diagnósticos para el Trastorno Depresivo Mayor:

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1 . Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej. se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej. se le ve lloroso).

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p.ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia .o de otra afección médica. .

Nota: Los Criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, esquizofreniforme, delirante u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Se considera que los factores de riesgo que comparten la dependencia a alguna sustancia y el trastorno depresivo son los estresores que pueden presentarse en la vida cotidiana, predisposición genética, alteraciones biológicas o traumas, sin que exista una relación causal entre ambos trastornos, sino que sean previas a la presencia de alguno. El consumo de sustancias genera cambios neurobiológicos que pueden mediar la depresión. (Torrens,Farré y Tirado, 2015).

El Trastorno Depresivo Mayor puede incluso presentarse posterior a un episodio de consumo de cocaína, ya que al principio se produce euforia en la persona, terminando el efecto de la cocaína se presenta con frecuencia un síndrome depresivo grave (Washton, 1995) en el que se viven síntomas de letargo, desesperación, tristeza, anhedonia, y al

tiempo de consumo puede llevar a la persona realmente a desarrollar un trastorno de este tipo o bien, viceversa alguien que presenta trastorno depresivo mayor con síntomas de falta de energía, tristeza, etc., puede llegar a buscar la droga para que le genere un efecto efímero y que le resulta grato en ese momento a la persona, creando con el tiempo, un abuso o dependencia a la sustancia, necesitando un tratamiento psicológico y en su caso, farmacológico.

De acuerdo a Lewinsohn (1973) refiere que en la depresión existe una disminución de poder disfrutar situaciones positivas y por consiguiente impacta en las relaciones interpersonales, en la manera de interactuar con los demás, generando habilidades sociales escasas para comunicarse con el entorno, perturbando a la persona emocional, psicológica y socialmente. Por lo tanto, la terapia cognitivo-conductual resulta de gran importancia en el tratamiento de la depresión, ya que se busca modificar la conducta, aumentar actividades reforzantes, entrenamiento en habilidades sociales, estrategias de afrontamiento, identificación de la influencia del pensamiento automático negativo y reestructuración cognitiva. (Beck, 1979).

Torrens, Farré y Tirado (2015) mencionan que el Trastorno Depresivo mayor y la presencia de consumo de drogas tiene prevalencias que oscilan entre el 12% y 80% siendo más altas con el consumo de sustancias ilegales (marihuana, cocaína), así como indiferente el tiempo de dependencia a la sustancia (Lai et al., 2015). En las mujeres se presenta más el trastorno depresivo que en los hombres, y es doblemente frecuente que en las mujeres de la población general, pudiendo observar una alta vulnerabilidad en esta población (Torrens et al., 2011).

A continuación se mencionan los criterios diagnósticos de acuerdo al DSM-V, para el Trastorno Bipolar Tipo I y II.

- Trastorno Bipolar tipo I. (296.41).

Para un diagnóstico de trastorno bipolar I es necesario que se cumplan los criterios siguientes para un episodio maníaco. Antes o después del episodio maníaco pueden haber existido episodios hipomaníacos o episodios de depresión mayor.

Episodio maníaco.

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo, irritable, un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración que se necesita hospitalización).

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o la actividad existen tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) es un grado significativo y representan un cambio notorio del comportamiento habitual:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
6. Aumento de la actividad dirigida un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin ningún propósito no dirigida a un objetivo).
7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

C. La alteración del estado del ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro importante, en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismo, a otros o porque existen características psicóticas.

D. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica.

Nota: Un episodio maníaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva), pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento, es prueba suficiente de un episodio maníaco y, en consecuencia, un diagnóstico de trastorno bipolar I.

El trastorno bipolar tipo I va acompañado de conductas impulsivas, por lo tanto, el riesgo de consumo es alto y se busca en muchas ocasiones realizar actividades nuevas, aunque en este caso, no sea algo constructivo. (Haro et al., 2007).

➤ Trastorno bipolar II. 296.89 (F31.81).

Para un diagnóstico de trastorno bipolar II es necesario que se cumplan los criterios siguientes para un episodio hipomaníaco actual o pasado y los criterios siguientes para un episodio de depresión mayor actual o pasado:

Episodio hipomaníaco.

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y la actividad, han persistido tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable), representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.

5. Facilidad de distracción(es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
 6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora.
 7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).
- C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.
- D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.
- E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maníaco.
- F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento).

Nota: Un episodio hipomaníaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva), pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento, es prueba suficiente de un episodio hipomaníaco. Sin embargo, se recomienda precaución porque uno o dos síntomas (particularmente el aumento de la irritabilidad, nerviosismo o agitación después del uso de antidepresivos) no se consideran suficientes para el diagnóstico de un episodio hipomaníaco, ni indican necesariamente una diátesis bipolar. Para complementar el diagnóstico Bipolar tipo II, los criterios de Depresión Mayor, se incluyen.

Las personas con Trastorno Bipolar presentan síntomas de ansiedad, impulsividad, manía, en esta última se busca realizar actividades placenteras, entre ellas el consumo de sustancias, poniéndose en situaciones de alto riesgo, aumento de violencia, principalmente en el consumo de cocaína las personas con este trastorno pueden tener incrementos en los episodios de manía, en ocasiones presentando episodios mixtos, lo que hace fluctuante el

estado emocional desencadenando un trastorno afectivo y con un pronóstico reservado. Goikolea, Torres y Vieta (2011).

Cabe mencionar que en el Trastorno Bipolar Tipo I se pueden observar episodios maníacos, incluso antes del comienzo de consumo de sustancias psicoactivas, pero si el consumo fue primero es importante discriminar los síntomas afectivos inducidos por la sustancia. Se considera necesario poder observar a la persona después de un tiempo considerable sin consumo de sustancias para identificar y diagnosticar adecuadamente para plantear el tratamiento necesario respecto a la comorbilidad.

El principal modelo con el que se trabaja la bipolaridad es el enfoque cognitivo-conductual en el que Weiss et al., establecen 20 sesiones y se basan, trabajando la prevención de recaídas, identificación de cogniciones y conductas para el desarrollo de una rehabilitación benéfica, adecuada y funcional en la persona.

Trastornos de Ansiedad. (309.21).

De acuerdo con Merikangas et al. (1996), las personas con trastornos de ansiedad están propensas a desarrollar comorbilidad refiriendo que un 24% la presenta, un 11.9% con diagnóstico de ansiedad y dependencia a drogas ilegales, teniendo mayor incidencia en la dependencia con el alcohol que es de 17.9%, de igual manera un 19.4% de personas con diagnóstico de dependencia desarrollan trastornos de ansiedad.

A continuación se mencionarán los criterios diagnósticos de la Fobia Social para poder identificarlos, de igual manera se invita al lector a consultar el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos mentales para la consulta de los otros trastornos de ansiedad.

➤ Trastorno de ansiedad social (fobia social). 300.23 (F40.10) .

A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas),

ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).

B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).

C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro autista.

J. Si existe otra enfermedad (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad: desfiguración debida a quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con ésta o ser excesivos.

La automedicación resulta un factor importante para el desarrollo de estos trastornos comórbidos, desarrollando dependencia a aquello que apacigua el malestar, por lo general la ansiedad generalizada y el trastorno de estrés postraumático preceden al uso de drogas, por otro lado, la agorafobia y trastorno de pánico tienen mayor presencia posterior al consumo de drogas. (Marmorstein,2012). Ambos trastornos presentan una respuesta similar en el sistema nervioso central que conlleva el mecanismo que se genera ante el estrés.

El Trastorno de Ansiedad tiene una prevalencia entre el 10 y 50% dentro de los consumidores de drogas, en los consumidores de cocaína la fobia social presenta un porcentaje de 13.9 y estrés postraumático de 7.8.

Regier et al. (2016) mencionan que la prevalencia de comorbilidad de ansiedad y cocaína es de 33.3% lo que se considera alto, con los opiáceos es de 42%, alucinógenos 46%, el más bajo es para el cannabis con un 27%. En otros estudios la cocaína indica mayor riesgo de comorbilidad debido a que los síntomas de ansiedad, miedo, etc, que se presenta en la persona con consumo crónico de la sustancia los exacerba produciendo sensibilidad neurobiológica ante el estrés y ansiedad. Recurriendo como tratamiento a modelos cognitivos conductuales, conductuales, técnicas de desensibilización, entrenamiento de inoculación de estrés, tratamientos psicosociales, en los que se trabaja entrenamiento de habilidades sociales, prevención de recaídas. (Marcote, Henche y González, 2011).

Trastornos de personalidad.

Becoña et al. (2008;2011) mencionan que llevaron a cabo revisión de trabajos en la que se encontró que la presencia de los trastornos de personalidad en el consumo de drogas tiene un grado de asociación está entre el 34% y 73% de las personas que tienen dependencia, siendo en la población general un 10 y 15%, lo cual indica que es alta la incidencia y comorbilidad con un aproximado del 50% en la población de dependientes a sustancias. El Trastorno Límite, Trastorno Narcisista, Trastorno Antisocial se asocian de mayor manera con el consumo de la cocaína, de pacientes que ingresan a rehabilitación, los cuales presentan Trastorno Límite (34%), Antisocial y Narcisista (28%), seguido de Paranoide y Evitativo (22%).

La presencia de los trastornos de personalidad en población general tiene una prevalencia entre el 10 y 14.8%, por lo tanto, en personas adictas el porcentaje se encuentra entre 34.8% y el 73% de presencia de trastornos de personalidad. (Arias et al., 2013). En los pacientes con adicción existe una mayor vulnerabilidad a la comorbilidad, esto debido a los rasgos de personalidad que presenta esta población, predomina la impulsividad, autoagresión, inestabilidad emocional (disforia y desinhibición), y poca tolerancia a la frustración, tiene mayor compatibilidad con el trastorno límite de

personalidad con un 34% de dependientes a cocaína que se encontraban en rehabilitación, con el trastorno antisocial y narcisista un 28% (Kranzler et al., 1994).

Más adelante se mencionan los criterios diagnósticos de los tres trastornos con mayor comorbilidad.

➤ Trastorno límite de la personalidad. 301.83 (F60.3)

Se caracteriza por un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Para el tratamiento se sugiere un enfoque cognitivo-conductual, en este caso, la terapia dialéctico conductual en la que se trabaja el entrenamiento de habilidades, estrategias de validación, aceptación y de cambio, así como la psicoeducación, ayuda a la adherencia al tratamiento con la posibilidad de disminuir las recaídas. (Ferrer, Prat, Andi6n, 2011).

➤ Trastorno antisocial de la personalidad. 301.7 (F60.2).

A. Un patr6n general de desprecio y violaci6n de los derechos de los dem6s que se presenta desde la edad de 15 a6os, como lo indican tres (o m6s) de los siguientes 6tems:

1. Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detenci6n
2. Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer
3. Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro
4. Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas f6sicas repetidas o agresiones
5. Despreocupaci6n imprudente por su seguridad o la de los dem6s
6. Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones econ6micas
7. Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificaci6n del haber da6ado, maltratado o robado a otros

B. El sujeto tiene al menos 18 a6os.

C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 a6os.

D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio man6aco.

El trastorno antisocial tiene una relaci6n directa con la dependencia a la coca6na por sus conductas de riesgo, impulsividad, antisociabilidad, no anticipan el da6o. (Verheul et al., 2000). El tratamiento con las personas con este trastorno resulta un pron6stico muy reservado debido a sus caracter6sticas de personalidad y lo grave que de los s6ntomas.

➤ Trastorno narcisista de la personalidad. 301.81. (60.81).

Un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Tiene un grandioso sentido de autoimportancia (p. ej., exagera los logros y capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados).
2. Está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios.
3. Cree que es "especial" y único y que sólo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto status.
4. Exige una admiración excesiva.
5. Es muy pretencioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas.
6. Es interpersonalmente explotador, por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas.
7. Carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
8. Frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian a él.
9. Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios.

Este trastorno de personalidad se caracteriza por sus sentimientos de grandiosidad, omnipotencia, compensación de baja autoestima, tendencia manipulativa y exploratoria de los demás, sentimiento de autosuficiencia, precisamente la cocaína favorece estas características de la persona, sintiéndose con poder, autocontrol y confianza en sólo mismo, aunque finalmente termine con una pérdida de control debido al consumo de la droga.

Trastorno de esquizofrenia.

La esquizofrenia a menudo se ha estudiado en relación al consumo de drogas, se considera que existe una prevalencia entre el 15 y 50% del consumo de cocaína y esquizofrenia (Thomas y Daum, 2013). Se sugiere que la cocaína puede ayudar a mejorar sintomatología en la esquizofrenia, aunque contrarresta los efectos del medicamento y se presentan

mayores deseos de consumo en la abstinencia que aquellos que no tienen esquizofrenia. (Roncero et al., 2016). A continuación se mencionan los criterios diagnósticos.

➤ Esquizofrenia. 295.90 (F20.9).

A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.

2. Alucinaciones.

3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).

4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.

5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento inter personal, académico o laboral).

C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales). Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

D. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.

E. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Se considera que durante el consumo de cocaína se pueden presentar ideas paranoides y por lo tanto detonar un cuadro psicótico, presentando alteraciones afectivas. Sin embargo, el consumo de estimulantes como anfetaminas, cocaína, cafeína, es común en las personas con esquizofrenia debido a que ayudan a reducir los síntomas negativos como el aplanamiento afectivo, dificultades en el pensamiento, mostrando una prevalencia en consumo de cocaína de 22-55%, anfetaminas entre 10% y 65% , cafeína y nicotina un 90%, esto indica que la cocaína se encuentra como segundo consumo mayor, sin embargo, también el consumo de estas sustancias generan una descompensación y pueden tener consecuencias psicotizantes, baja adherencia al tratamiento, internamientos hospitalarios, recaídas, desajuste social, enfermedades de transmisión sexual, suicidio, lo cual refiere un mal pronóstico por lo que el tratamiento debe ser multidisciplinario, farmacológico y psicoterapéutico proponiendo objetivos a mediano plazo, implementando estrategias cognitivo conductuales, habilidades de afrontamiento, asertividad, entrenamiento de habilidades sociales, resolución de problemas, psicoeducación, grupos de apoyo. (Barral, Roncero y Casas, 2011).

Trastorno por déficit de atención / hiperactividad.

A continuación se menciona el trastorno de déficit de atención que puede ser con o sin hiperactividad, es importante realizar un diagnóstico adecuado y revisar que se cumplan los criterios establecidos.

➤ Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. 314.01 (F90.1).

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de los 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

- A. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- B. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).
- C. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- D. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- E. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales, dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden, descuido y desorganización en el trabajo, mala gestión del tiempo, no cumple los plazos).
- F. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- G. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).

- H. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- I. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante, al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores o adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

- A. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- B. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- C. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)
- D. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- E. Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor” (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
- F. Con frecuencia habla excesivamente.
- G. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros, no respeta el turno de conversación).
- H. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).

- I. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones juegos o actividades, puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).
- B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
- C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo, con los amigos o parientes, en otras actividades).
- D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académica o laboral o reducen la calidad de los mismos.
- E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Especificar si:

314.01 (F90.2) Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.00 (F90.0). Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.01 (F90.1). Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad se caracteriza por inatención y/o hiperactividad e impulsividad desde una edad temprana que pueden generar dificultad en la adaptación al entorno, teniendo problemas en la escuela, con los padres, en la adultez con la pareja, en el trabajo, no poniendo atención a las normas sociales, actuar rápido, poco control de impulsos y problemas de atención.

Las personas que tienen problemas con alcohol, cocaína o heroína han manifestado mayor prevalencia del TDAH (trastorno por déficit de atención con hiperactividad) en cuanto a la población general, así mismo, si no son medicados o diagnosticados en la infancia existe mayor riesgo de que en la adultez desarrollen dependencia a algún tipo de sustancia, el 54% de los dependientes a alguna droga presentan antecedentes de TDAH en la infancia.

La presencia de consumo de drogas y TDAH tiende a ser frecuente, en un estudio realizado a 303 usuarios de crack se identificó que el 10% presentaba esta comorbilidad. (González et al., 2015). Los niños que son diagnosticados con TDAH tienen una mayor predisposición a desarrollar abuso o dependencia en la adolescencia o vida adulta, presentando disfuncionalidad en diversas áreas de sus vidas y problemas clínicos, con una evolución más grave de la adicción y con una prevalencia entre 10 y 35% de esta presencia comórbida. (Martínez-Raga, Knecht y Marín-Navarrete, 2016). El modelo cognitivo-conductual se considera como un abordaje preciso y eficaz para ambos trastornos, en compañía de un tratamiento farmacológico. (Quiroja, Rodríguez, Nogueira, Bosch, 2011).

Para concluir con este capítulo, considero importante retomar que la comorbilidad, refiriéndome a los trastornos y el consumo de la cocaína, que el pronóstico puede empeorar si no se lleva un trabajo multidisciplinario cuando éste así lo requiere, principalmente con el apoyo psicoterapéutico cognitivo-conductual y farmacológico, así como la integración de la familia, principalmente en el caso de la esquizofrenia.

La patología dual actualmente es un tema relativamente nuevo, en el que se espera que la investigación a nivel mundial y nacional tenga un crecimiento, así como las ofertas de tratamiento que existen para intervención con patología dual que permitan tener un trabajo clínico más responsable, ético y objetivo ya que el pronóstico de estos pacientes resulta limitado y reservado, precisamente por la vulnerabilidad física y psicológica que presentan.

CAPÍTULO 3 MODELOS DE TRATAMIENTO EN LA ADICCIÓN A COCAÍNA.

Actualmente el tema del tratamiento en adicciones continúa siendo objeto de estudio, recurriendo a diversas investigaciones, meta-análisis, entre otras fuentes de información, en los que se han identificado intervenciones que indican una efectividad y eficacia, de esta manera, el desarrollo de estos tratamientos tiene un auge amplio en lo que respecta al presente y futuro trabajo en el campo de las adicciones.

Cabe señalar que la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, (2009), refiere que se deben emplear acciones necesarias en el tratamiento para que las personas con dependencia, así como los familiares, logren un aumento en el bienestar físico, mental y social a través de la reducción de daños o la abstinencia, que permiten disminuir las consecuencias del consumo de drogas.

En el tratamiento se busca la reintegración del individuo a la sociedad, el cese del consumo a corto o largo plazo, el manejo emocional y de afrontamiento adecuado para que la persona aprenda a dirigirse por la vida mediante métodos efectivos que generen una satisfacción de la vida. Se considera importante hacer mención que existen diferentes tipos de intervención en el campo de las adicciones y se hará énfasis en las que son más comunes, a continuación se describen.

Grupos de autoayuda.

Los grupos de autoayuda forman parte esencial del tratamiento de las adicciones, el primer grupo de Alcohólicos Anónimos se fundó en 1935, ya que anteriormente el grupo de autoayuda reconocido era una organización cristiana llamada Oxford, sin embargo AA tuvo un impacto en las personas que presentan un consumo perjudicial, con el paso de los años estos grupos se han propagado a nivel mundial existiendo 115,326 grupos en 175 países, para los dependientes a sustancias, siendo Estados Unidos el país donde han presentado una gran relevancia en el tratamiento de adicciones y cuentan con 60,143 grupos de autoayuda,

mientras que en México son aproximadamente un poco más de 14,000 faltando cifras de otros tipos de grupo de autoayuda. (BBC,2015).

Estos grupos de autoayuda se basan en una filosofía de doce pasos que consideran necesarios para el proceso de recuperación, la persona con adicción va siendo guiado por un compañero en recuperación que tenga estos pasos trabajados a quien se le denomina “padrino o madrina”, de esta manera todo el grupo se apoya con el fin de mantenerse en abstinencia, siendo aconsejado y llevando a cabo los pasos. Existen actualmente grupos para cada tipo de adicción a sustancias y conductas que buscan darle respuesta y calma a sus padecimientos, por ejemplo grupo de Alcohólicos Anónimos, Cocainómanos Anónimos, Comedores Compulsivos, Jugadores Anónimos, CODA, Al-anon, entre otros.

Cabe mencionar que estos grupos han sido un gran soporte para adictos a la cocaína, sin embargo, no existen estudios, ni estadísticas de los que han recurrido a este apoyo, así como la ausencia de evidencia científica ya que son autónomos y no existe la presencia de profesionales de la salud dentro de estos, al menos que sean compañeros (Washton,1995).

En el tratamiento de adicciones se han desarrollado tipos de intervenciones como la ambulatoria y residencial, con el fin de brindar una deshabitación de la sustancia (s), rehabilitación y reinserción a la persona con dependencia a droga(s). Estos modelos son empleados para todo tipo de drogas, si bien se mencionarán los más adecuados al tratamiento de la dependencia a cocaína, es importante tener en cuenta el grado de la adicción para saber cuál es el más conveniente.

Ambulatorios.

Los tratamientos ambulatorios son generalmente para personas que presentan síntomas leves del consumo de la cocaína, sin tener aún complicaciones de orden físico, pero sí conflictos emocionales, aún tienen control sobre su conducta, puede brindarse esta atención en servicios de salud, una o dos veces a la semana de terapia psicológica grupal o individual, estos establecimientos generalmente trabajan de día y nadie se encuentra internado. Este tipo de tratamientos pueden ser útiles en algunos casos en los que la persona

detecte factores precipitantes de consumo que lo vulneren ante una recaída. (Cruz, A., 2004).

Hospitalarios.

La atención hospitalaria existe como motivo de desintoxicación, esta atención puede ser en un hospital o clínica psiquiátrica, el paciente puede pasar de cinco hasta quince días para la deshabitación de la droga, se considera una intervención breve y el motivo principal a este tipo de atención es el que no sea candidato a un programa ambulatorio, presentando problemas de salud mental y física, que le impiden a la persona reintegrarse a la sociedad en ese momento de su adicción. También se puede integrar un tratamiento farmacológico adecuado para la adicción a la cocaína sin embargo esto se establece a partir del diagnóstico. (Cruz, 2004).

Residenciales.

Es una modalidad a la que la mayoría asiste a tratamiento, la cual se considera apta para aquellos que manifiestan un fuerte consumo de drogas y una alta probabilidad de recaída. Generalmente trabajan en equipo multidisciplinario y el tiempo de estancia depende del programa con el que se trabaje que varía entre los 30,60,90 días e incluso hasta un año. La participación de profesionales como médicos y psicólogos, empleando técnicas educativas respecto al paciente y su adicción mediante intervenciones individuales y grupales para que se reintegre a la sociedad con un estilo de vida más adecuado ya que generalmente cuando llegan a este tipo de atención se ha producido un alto nivel de daños en las esferas de su vida (laboral, familiar, social) y se integra el trabajo de prevención de recaídas. (Becoña, 2011).

Comunidades terapéuticas.

Consideran a la comunidad como el principal agente de cambio teniendo poco a poco mayores responsabilidades dentro de la clínica, de tipo individuales o sociales y que permiten reconocer valores, destrezas sociales y las normas sociales. La estancia puede variar de 3 a 9 meses. Se busca que la persona vaya teniendo mayor destreza en la toma de decisiones. (Cruz, A., 2004).

Debido a que cada modelo de tratamiento tiene sus limitaciones es importante que la familia o el propio paciente se informe acerca de los servicios que se ofrecen y tomar la decisión que considere más adecuada en relación a su problemática. El equipo multidisciplinario es un apoyo fundamental en estos modelos y son los que realizarán la evaluación para identificar las características de la persona y corroborar que cumpla los criterios para el establecimiento y el tipo de tratamiento.

Dentro de los establecimientos, los psicólogos o terapeutas trabajan desde enfoques psicológicos como humanista, psicodinamia, sistémico, cognitivo-conductual, haciendo referencia a que el enfoque principal en este ámbito es el cognitivo-conductual, por sus aportaciones y eficacia que ha presentado en diversos casos.

Psicoterapia cognitivo conductual como herramienta para el tratamiento de la adicción a la cocaína.

Se han desarrollado diversos tratamientos respecto a la adicción a la cocaína, fundamentándose en los modelos cognitivos conductuales los cuales plantean que la adicción es una conducta aprendida, un hábito que genera disfuncionalidad en la persona pero que existe la posibilidad de modificarlo, es por ello que la teoría conductual, cognitiva y social son un conjunto que resulta primordial en el campo de las adicciones y su tratamiento. (Llorente del pozo & Iraurgi-Castillo, 2008); Becoña,2008)

Durante años los tratamientos de trastornos adictivos han sido un tema de interés para la ciencia, llevando a cabo estudios y realizando ciertas modificaciones que han considerado necesarias. Hasta ahora los tratamientos cognitivos conductuales son los que han mostrado mayor eficacia y efectividad con los trastornos por dependencia a sustancias, debido a la estructura adictiva se considera que este enfoque terapéutico genera cambios importantes en la conducta y en el pensamiento ayudando a crear nuevos hábitos en la persona, así como el desarrollo del autocontrol (Becoña,2008;2011) ya que las adicciones se caracterizan por una falta de control de impulsos generando en ocasiones conductas

delictivas, agresivas, causando accidentes e incluso la muerte, van de la mano con la sensación de pérdida de control de sí mismo.

Podemos comprender lo que pasa en los trastornos por dependencia a cocaína desde las teorías fundamentales (conductual, social y cognitiva), de acuerdo a Llorente del pozo & Iraurgi-Castillo (2008):

1) La teoría conductual aborda el tema de las adicciones desde el aprendizaje, en la que el condicionamiento clásico hace referencia a los patrones de conducta aprendidos a través del entorno, esta teoría aborda que la persona con adicción es capaz de modificar sus patrones llevando el aprendizaje del consumo a una nueva conducta que sea más adaptable, identificando las dimensiones del comportamiento (duración, frecuencia e intensidad) para que se obtenga un análisis funcional de la conducta y una comprensión profunda acerca de la conducta de la persona con adicción.

Desde el condicionamiento clásico se puede comprender el desarrollo, mantenimiento, tratamiento y recaída en la adicción, explicándose la presencia de reflejos incondicionados debido a un estímulo incondicionado seguido de una respuesta incondicionada, de igual manera están los estímulos condicionados formados por un estímulo condicionado y respuesta condicionada, estos son adquiridos, cuando se produce un estímulo condicionado a través del consumo de la droga, se obtiene una respuesta condicionada, lo que hace que la persona adicta continúe buscando el consumo, aunque esté en abstinencia, ya que el contexto se asocia al estímulo condicionado. Se han utilizado técnicas como el condicionamiento aversivo para eliminar la conducta que se asocia con estos estímulos, la sensibilización encubierta, la cual ayuda para disminuir el deseo de consumo.

El condicionamiento operante postula la presencia de consecuencias derivadas al aprendizaje de conductas, sea un refuerzo agradable (positivo) o desagradable (negativo) y en ocasiones la presencia de una consecuencia (castigo); la conducta tiende a aumentar cuando existe un reforzador y por el contrario, cuando existe el castigo la conducta se debilita. La técnica más utilizada en el tratamiento de la cocaína con este tipo de condicionamiento, es el manejo de contingencias (MC) que consiste en reforzar ciertas

conductas, en la que el objetivo es mantener la abstinencia, utilizando fichas canjeables por premios económicos. Sánchez (2011) refiere en un artículo la realización de un meta análisis por Prendergast et al. (2006) que el manejo de contingencias aumentó la abstinencia en personas adictas, así como la retención de los que se encontraban en tratamiento, siendo de gran ayuda el MC en los primeros meses de tratamiento.

2) La teoría cognitiva-social menciona que los procesos cognitivos están relacionados con la interpretación de los acontecimientos externos y ambientales anteriores y posteriores que influyen en el comportamiento (contingencias de reforzamiento). La conducta, la cognición y el contexto se afectan entre sí, la persona actúa lo que observa. El proceso de “modelado” genera un aprendizaje social, las personas llegan a imitar conductas que han observado de otros, en este caso, el adicto puede modificar sus expectativas relacionadas con el consumo al observar e interactuar con un modelo que ya tuvo una modificación de conductas. En este proceso, se consideran dos vertientes asociadas con las recaídas, una tiene relación con la expectativa de resultado en la que generalmente los adictos le atribuyen a la droga un sentido de euforia que les lleva a pensar que sus habilidades de expresión, su estado de ánimo ha mejorado y otra es la autoeficacia que da un sentido de confianza y seguridad en el adicto para llevar a cabo ciertas acciones, si estas dos vertientes no se encuentran en equilibrio la presencia de una recaída es alta. Los adictos a la cocaína se identifican al inicio del tratamiento con los demás adictos a la misma droga, asimismo los alcohólicos en los grupos de autoayuda, Washton (1995) refiere que los adictos que se encuentran en un grupo funcionan como modelos de rol, llevando a un modelaje de actitudes para así poder cambiar de hábitos, esto puede llevarnos a reflexionar que aunque no está establecido, la manera de trabajo en estos grupos, tiene un fundamento teórico como aquí lo estamos mencionando y que se relaciona también con la teoría conductual.

3) La teoría cognitiva postula que las personas actúan en dirección a una meta, esto determina las conductas empleadas para poder lograrla, habiendo recompensas o castigos. Los trastornos son generados por la interpretación que la persona tiene acerca de su entorno, dicha interpretación conlleva distorsiones en el procesamiento de la información, por lo cual Ellis,(1990); Beck et al.,(1999), refieren que el consumo de drogas va

acompañado de factores biopsicosociales, en el que las creencias (cogniciones) de la persona son un factor principal para el desarrollo de la adicción y la presencia de las recaídas (Ellis, A., 1990), por ello se considera importante orientar al paciente para que tenga mayor conciencia de qué pensamientos le están llevando a ponerse en riesgo de consumo. En este modelo de terapia podemos encontrar el apoyo de técnicas como: el diálogo socrático, retribución, balance decisional, tareas para casa, identificación y modificación de creencias asociadas con las drogas (reestructuración cognitiva), de imaginación y autorregistro, estas técnicas permiten generar una conciencia de sí mismo, de sus pensamientos, en conjunto con técnicas conductuales como juego de roles, experimentos conductuales, entrenamiento de relajación, solución de problemas, control de estímulos, ejercicio, etc.

La terapia cognitiva busca ayudarle a la persona con trastorno por uso de sustancias a realizar un análisis profundo de sus pensamientos y sentimientos que lo llevan a conductas dañinas o de riesgo, para que una vez identificando las creencias erróneas se proceda a la modificación y el paciente se fortalezca ante situaciones que él mismo llega a creer que no puede enfrentar mediante técnicas de control y manejo de impulsos, así como la refutación de sus ideas que le producen un malestar emocional. La terapia cognitiva de Beck (1999) pretende explorar junto con el paciente los sucesos encaminados al consumo. Se mencionan tres tipos de creencias en los adictos: 1) creencias anticipadoras: esperan una recompensa (droga), 2) creencias orientadas hacia el alivio: le atribuyen a la droga que desplazará el malestar emocional que tienen, 3) creencias facilitadoras: están de acuerdo con el consumo. Esta teoría reconoce que la conducta es dinámica, flexiva y por lo tanto no estática así que de esta manera se permite modificarla a través de la cognición.

Respecto a lo anterior, cabe mencionar que en 2006 se llevó a cabo un estudio con el manejo de contingencias junto con la terapia cognitivo conductual en 117 dependientes de estimulantes (160 consumidores de cocaína y 17 de metanfetamina), se realizó una intervención de 16 semanas siendo asignados a terapia con manejo de contingencias, cognitivo-conductual y terapia con manejo de contingencias + terapia cognitivo-conductual, en la que los resultados mostraron que hubo una mejor retención y disminuyó

el uso de estimulantes durante el tratamiento sin embargo los autores llegaron a la conclusión que la TCC es de igual manera eficaz que la MC, a pesar de ello, se sugiere utilizar la TCC en un periodo más prolongado y como seguimiento, posterior al tratamiento. (Rawson et al., 2006).

Dentro del tratamiento de la adicción a la cocaína cognitivo-conductual Barragán, González, Medina-Mora y Ayala (2005), propusieron la aproximación de reforzamiento comunitario y las habilidades de afrontamiento cognitivo conductual, considerados como tratamientos de eficacia en el que refieren que el programa de reforzamiento tuvo como resultado un 97% de abstinencia en comparación al programa de 12 pasos (AA), presentando un consumo del 50% al cabo de un año de seguimiento resultando menor en comparación con el grupo. En este último tipo de programa se utilizan reforzamientos sociales para acercar a los dependientes de la cocaína a modificar su estilo de vida más adaptable, los componentes son: el análisis funcional de la droga, consejo recreacional y social, consejo laboral, entrenamiento de rechazo a la droga, entrenamiento en relajación, en estrategias conductuales y consejo recíproco, todo esto, ayuda a la persona con adicción a encontrar actividades y actitudes positivas que lo lleven a una sensación de agrado con su vida cotidiana.

Por otra parte, las habilidades de afrontamiento de acuerdo a Carroll (1999) que posteriormente Becoña (2001) retoma, refiere que el aprendizaje es un elemento clave en el mantenimiento de dependencia a la cocaína, de igual manera estos aprendizajes se pueden utilizar para abandonar el consumo, en la terapia se busca guiar al paciente para reconocer las situaciones de riesgo y que lo puedan llevar a un consumo, la prioridad es evitar estas situaciones y buscar la manera de afrontarlas adecuadamente cuando se presenten. El abordaje de este tratamiento es relativamente breve, estructurado, busca la obtención de metas y se enfoca en los conflictos que tiene el paciente, es una terapia que puede adaptarse de manera individualizada.

Terapia Racional Emotiva.

Posterior a un análisis de la terapia cognitivo conductual, se ha considerado este apartado específico para describir la terapia racional emotiva, que es una psicoterapia cognitivo-conductual propuesta por Ellis Albert en 1955, este enfoque de terapia pretende generar conciencia al individuo de sus pensamientos irracionales que a menudo producen una serie de problemas emocionales y conductuales en ese momento de la vida, para así identificarlos y redirigirlos a pensamientos racionales con el objetivo de que la persona encuentre patrones de comportamiento adecuados para su salud emocional y por ende en la salud física.

La premisa de la terapia racional emotiva consiste en que las perturbaciones emocionales según Ellis y Grieger (1980) son generadas por percepciones erróneas acerca de lo que sucede (punto A: acontecimientos o experiencias activantes), presentando reacciones emocionales excesivas o carentes ante el acontecimiento que lleva a actos destructivos como son las adicciones (punto C: consecuencia, emociones y conducta) sin embargo existe un punto intermedio (punto B: sistema de creencias) que es el que realmente reacciona sobre el punto C, el terapeuta dirige al paciente a la discusión de sus creencias (punto D) así con este proceso cognoscitivo se pueden producir cambios notables en la salud y en las actitudes (punto E) creando una reestructuración cognitiva.

En un artículo DiGiuseppe y McInerney (1994) refieren que la Terapia Racional Emotiva (TRE) tiene un campo de trabajo amplio a nivel de intervenciones psicoterapéuticas con personas que se encuentran perturbadas, este último término se refiere a la existencia de malestar emocional en la persona, llevándole a presentar sentimientos desagradables y pensamientos de derrota, culpabilidad, entre otros, que lo que hacen es fomentar la disfuncionalidad gradual en el individuo. En este artículo estos autores proponen la conducta adictiva desde una perspectiva racional-emotiva.

Desde este enfoque, la poca tolerancia a la frustración es comprendida como un factor principal que perpetúa la conducta adictiva, en la que se hace referencia a la presencia de pensamientos irracionales ligados a la baja tolerancia a la frustración que va acompañado de incomodidad general, la que generalmente las personas con adicción no

saben afrontar o llevar a cabo una solución respecto a estos síntomas. (Ellis, 1985). En 1979, Ellis postuló el término de ansiedad de incomodidad o trastorno de incomodidad entendiéndola como una emoción que usualmente se siente cuando el dolor y el desagrado se anticipan, entendiendo aquí el sentimiento de aquello incómodo que se vive antes, durante y después del consumo, se plantea que dichas emociones son causadas por los pensamientos relacionados a la baja tolerancia a la frustración (BTF) a lo que el individuo busca la manera de evadirse ante eso que le produce inseguridad en sí mismo.

En el tratamiento de las adicciones con enfoque racional-emotivo sugieren DiGiuseppe y McInerney (1994) la importancia de llevar al paciente a que verbalice cómo se siente respecto a su dependencia a sustancia(s), para que el terapeuta acceda a mayor información que le permita tener un bagaje más amplio acerca de su relación con la droga y así comenzar a dirigir al paciente para que pueda comprenderlo, empleando la psicoeducación, la profundización en sí mismo que permitan el cambio de las emociones que le provocan perturbación emocional, recurriendo al cuestionamiento de los pensamientos irracionales que se relacionan con su estado emocional, ya que este malestar que es el punto C del ABC que se encuentra constantemente en el adicto.

No obstante, los estudios de la terapia racional emotiva en el tratamiento de las adicciones son escasos, se considera la relevancia que tendrían mayores investigaciones que busquen demostrar la eficacia o la no eficacia (ya que es posible) de este enfoque, si bien es paralelo al modelo de Beck, los estudios citan en su mayoría a éste último autor.

Estos tratamientos empleados, mantienen en común el enfoque terapéutico, las técnicas cognitivas y conductuales, sin embargo, cada individuo es diferente y se trabaja con las técnicas en el momento adecuado que lo necesite la persona, por ejemplo: una persona con adicción a la cocaína desde hace 10 años que llega con amenaza de pérdida laboral, conflicto con la pareja y con los padres, a otra persona con la misma adicción que llega por una sobredosis, teniendo 2 años de consumo y está terminando su servicio social para titularse, podemos deducir que en cada uno de ellos se necesita trabajar respecto a generar conciencia de lo que está pasando pero las prioridades individuales son diferentes y están sujetos al momento de asistir a la terapia y los objetivos de la misma.

Es por ello, que incluso se debe valorar qué persona necesita un tratamiento residencial y quien quizá es cuestión de terapia breve o de prevención, ya que en etapas más avanzadas de la adicción, como refiere Becoña, (2001) algunas personas suspenden el consumo a consecuencia de un grave suceso y otras personas continúan consumiendo a pesar de sus pérdidas, esto puede deberse a que existe una ambivalencia en el adicto, donde encuentra una satisfacción causada por la sustancia pero a la vez, no se conciben sin ella, la presión familiar y social. ¿Y qué es lo que los lleva a tratamiento? Generalmente el daño ocasionado a la familia, dificultades económicas, laborales, etc, son los factores que llevan a buscar la ayuda, lo que se considera una crisis o “tocar fondo”, la cual es fundamental para que el adicto a la cocaína se vea animado a hacer algo diferente Beck et al. (1999).

En cuanto a la naturaleza de la dependencia a la cocaína, se sugiere brindar un seguimiento, posterior a un tratamiento primario, ya que la efectividad del tratamiento puede ser mejorada a través de periodos más prolongados de tratamiento y generar estrategias que desarrollen herramientas eficaces para evitar una recaída. Cabe mencionar que anteriormente los tratamientos presentaban mayor dirección hacia la abstinencia, que es el objetivo final en el campo de las adicciones, sin embargo, actualmente se emplean intervenciones que lleven a la reducción de daños. Vocci y Montoya (2009), (citado por Sánchez Hervás, 2011, p.100) y que incluso permiten una disminución en la resistencia que puede llegar a presentar la persona ante el cambio.

CAPÍTULO 4 LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS.

En el tratamiento de la adicción a la cocaína han implementado diversos enfoques terapéuticos que generan cambios de pensamiento y conducta en el individuo, el sistema de salud también se ve en la necesidad de hacer cambios, incluyendo a los profesionales que se dedican a esta rama, por lo tanto, los estudios continúan con el propósito de encontrar mayor eficacia y efectividad en el tratamiento y la recuperación del adicto. Es por ello, que se han propuesto modelos de prevención de recaídas, con el fin de brindarle herramientas de afrontamiento y un seguimiento a la persona dependiente a sustancias, para así, lograr cambiar su estilo de vida, que le permita enfrentar las situaciones externas e internas con las que se encuentra en el proceso de la recuperación.

Se entiende que la persona con adicción a la cocaína pasa por etapas del cambio, de aquí es donde surgen los principales modelos de cambio como el de Prochaska y DiClemente, en el que precisamente habla de las posibles recaídas que se pueden presentar cuando una persona adicta se encuentra frente a desafíos que, en su mayoría, antes creía hacerle frente bajo los efectos de la sustancia o simplemente se evadía a través de ella.

Antes de adentrarnos a los modelos terapéuticos más utilizados en el tema de prevención de recaídas, se considera importante mencionar conceptos básicos que se emplean con frecuencia cuando existe un proceso de rehabilitación y recuperación en adicciones.

Conceptos básicos en la prevención de recaídas.

La Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (2009) propone términos como:

-Adicto en recuperación, el cual define como: “estado de abstinencia que lleva a un mejoramiento de las áreas, deja de utilizar sustancias y está en proceso de reinserción social”.

-Rehabilitación del adicto, menciona que es: “el proceso por el cual un individuo que presenta trastornos asociados con sustancias psicoactivas alcanza un estado óptimo de salud, funcionamiento psicológico y bienestar social”.

- Reinserción social como: el “conjunto de acciones dirigidas a promover un estilo de vida mejor al de quien usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas y a lograr un mejor funcionamiento interpersonal y social”.

- Abstinencia: es el inicio del proceso para alcanzar la sobriedad, el aprendizaje de lo que la persona adicta tiene que hacer para lograr un equilibrio de salud mental y física. (Gorski,1989, pág. 4-5).

- Sobriedad: Es la abstinencia que ha llevado a la persona con adicción a encontrar un balance en áreas de su vida como la física, psicológica, social y espiritual. (Gorski,1989).

La recaída y precipitantes de riesgo.

La recaída se define como: el proceso en el que se retoman comportamientos adictivos que ya se habían comenzado a modificar pero que finalmente llevan a los patrones de consumo anteriores, cayendo de nuevo en la disfuncionalidad. (Gorski, 1989; Paullada, 2006). Se puede presentar cuando la persona con adicción se encuentra frente a una situación en la que carece de habilidades para enfrentarla. (Marlatt y Gordon, 1985).

Las recaídas se pueden presentar constantemente, sobre todo, cuando no se obtiene un seguimiento posterior a un tratamiento, es por ello que se menciona la gran importancia de la terapia psicológica de seguimiento y en ocasiones la inclusión de grupo de autoayuda. La recaída resulta de alto riesgo para el adicto en recuperación, ya que puede experimentar emociones desagradables como la culpa, el dolor, frustración, y la mayoría de las veces a la compulsión por el consumo (conductas anteriores), sin embargo, desde el modelo cognitivo-conductual se propone que las recaídas pueden verse como un aprendizaje. (CONADIC, 2016). En el proceso de la recuperación resultaría ideal que no se presentara

ninguna recaída, sin embargo, la intención es que durante este proceso exista el menor número de recaídas, aprender a evitarlas y continuar con la recuperación (Washton, 1995).

En el proceso de recaída los precipitantes de riesgo juegan un papel importante, ya que pueden ser situaciones, pensamientos y/o emociones que aumentan la probabilidad de una recaída, generando deseo por el consumo. En un estudio realizado en México se concluyó que los precipitantes que se asocian frecuentemente con la recaída son los estados emocionales negativos (35%), presión social (20%) y conflictos interpersonales (16%). (Barragán, Flores, Medina-Mora y Ayala, 2007).

En ocasiones los precipitantes de riesgo desencadenan una ansiedad extrema por el consumo conocida como “craving”, (Medina-Mora et al., 2005; Sánchez et al., 2010), el craving es el principal motivo de la recaída en adictos a la cocaína ya que los recuerdos eufóricos hacia la sustancia son intensos. Estos deseos intensos, DiGiuseppe y McInerney (1994), los refieren como la ansiedad de incomodidad (TRE) en la que las personas con adicción incurren al consumo o no, cuando no consumen esta decisión va relacionada con la baja tolerancia a la frustración (BTF) que se genera por pensamientos irracionales que llevan a un malestar, en la que el tratamiento puede abordarse desde la disputa de los pensamientos (refutación), suprimir la ansiedad de incomodidad a través de la imaginación emotiva, elecciones y alternativas, autoafirmaciones, etc, por mencionar algunas técnicas.

Diversos autores como Marlatt, Gordon, Becoña, Washton, Gorski, entre otros, mencionan síntomas o señales de alerta que se pueden detectar antes de que ocurra la recaída, debido a que ésta es un proceso en el que van presentándose conductas, actitudes y situaciones antes de retomar el consumo.

Los estados de ánimo positivos o negativos influyen en un proceso de recaída, manifestándose en desproporción ante la situación, la acumulación de estrés causada por cambios negativos o positivos e incluso una reacción intensa ante una situación de éstas, negación de la existencia de problemas o hechos, dificultad para ser honesto respecto a lo que se vive, no decir las cosas o querer aparentar que todo está bien son indicadores de una

probable recaída, así como los problemas en “bola de nieve”, sentimientos de incapacidad para poder hacer algo, exponerse a situaciones de alto riesgo, aislamiento, abandono de los sistemas de apoyo, pensamientos obsesivos respecto al uso de cocaína, deseos irresistibles ante la sustancia concluyen en el consumo de la droga. (Marlatt y Gordon 1985; Gorski,1989; Washton,1995).

Según Washton (1995) al inicio de los primeros dos meses de abstinencia existe la posibilidad de que la persona magnifique los aspectos positivos de la abstinencia, manifestando una negación de sentimientos negativos, problemas en la vida e incluso, presentar una recaída, como si nada pudiera bajarlo de su “nube rosa” sin embargo es un estado peligroso que cuando realmente se presenta un problema inesperado tiende a reaccionar de manera desproporcionada generando crisis. (Barriguete 2003).

Las actitudes como dudar acerca de su adicción que implica negar las consecuencias o situaciones negativas previamente, la dificultad de afrontar los problemas, tendencia a pensamientos negativos, búsqueda de la gratificación inmediata, autocompasión, que se victimice con respecto a porqué le pasa esto, mostrarse impaciente en cuanto a su recuperación, esperar demasiado de los demás llegándolos a responsabilizar y hacer demandas excesivas, actitud negativa o de desafío, de culpa, de insatisfacción, descuidar sus actividades, aislamiento, irritabilidad, obsesión física, sentimientos de ansiedad y depresión flotantes, resentimiento, discusiones, defensividad, insomnio, preocupación obsesiva, dificultad para pensar con claridad son síntomas que denotan el desequilibrio de la persona. (Washton, 1995; Becoña, 2001; Paullada, 2006; CONADIC, 2016).

Se reconoce que el estado emocional se asocia al consumo de sustancias, por lo tanto, los sentimientos de soledad, tristeza, ansiedad, culpa, aburrimiento no procesados adecuadamente se consideran de riesgo, además por otro lado, permiten que la persona se de cuenta que la recuperación no siempre conlleva emociones positivas, principalmente al inicio de ésta. Cuando existe una idealización de los estados de intoxicación, recordando los placeres que se generaban en un inicio del consumo de cocaína, aumenta la incapacidad de recordar las consecuencias negativas de su consumo, fantasías de volver a controlar el

consumo, emociones positivas que llevan a sentimientos de autosuficiencia excesiva, problemas en las relaciones sexuales, sueños de recaídas. (Gorski, 1989; Washton, 1995).

Las conductas que llegan a presentar los adictos en recuperación, son exponerse a situaciones de riesgo, pasar por lugares o incluso ir a lugares donde sabe que habrá sustancia o asistir directamente donde él consumía, presentando a la larga, una pérdida de control ante esos precipitantes de riesgo, provocando el autosabotaje y regreso a las conductas anteriores. (Becoña, 2001; Washton, 1995). Esta información de la conducta de aprendizaje y la neurobiología de las adicciones se mencionaron en capítulos anteriores, revisar si es necesario.

Factores de protección ante la recaída.

Los factores de protección ante la recaída son aquellos que propician un ambiente de seguridad, capacidad de afrontamiento y brindan una resolución a los pensamientos adictivos como los patrones de conducta que tiene la persona y sirven para disminuir los detonantes de una posible recaída.

La satisfacción con la vida es la valoración global que la persona hace sobre su vida, conlleva un componente cognitivo en el que los juicios son subjetivos (Diener, 1984) por lo tanto, la satisfacción de vida resulta un factor de protección ante la recaída, ya que se han empleado tratamientos que están vinculados con la motivación, la importancia de que el adicto en recuperación realice un plan de vida y encuentre un sentido a vivir sin el consumo, llevando a cabo herramientas que le generen la sensación de tener la capacidad de continuar afrontando las situaciones que considera adversas.

En un estudio realizado en México por Barragán, González, Medina-Mora y Ayala, (2005) se implementó el programa de reforzamiento comunitario (este modelo muestra una alta eficacia en la disminución de patrón de consumo en adictos) los participantes fueron 9 personas adictas, con una duración del tratamiento de 15 a 24 sesiones como tratamiento primario, posteriormente se realizó un seguimiento durante un año, en donde se presentó

que un nivel de autoeficacia pre (-5.08) y post test (4.37), de satisfacción con la vida aumentó significativamente pre (-3.94) y post test (-4.03) se emplea que estas variables pueden ser mediadoras para disminuir los precipitadores de riesgo, presentando una disminución significativa en el patrón de consumo (7.25) de igual manera se corroboran estos resultados que han sido similares con adictos a la cocaína.

Los usuarios que tenían un estilo de vida insatisfactorio aprendieron a generarse uno más satisfactorio a través de actividades fuera del consumo, se corroboró la importancia de que se realice un mayor entrenamiento en habilidades de comunicación para favorecer la interacción social y la importancia de evaluar el funcionamiento cognitivo como una variable predictora de recaídas. Los autores Barragán, González, Medina-Mora y Ayala en otro estudio mencionan que con población mexicana se asoció a la satisfacción de vida como advertencia de recaídas, por lo que su evaluación en el proceso psicoterapéutico permite identificarlas (2005).

Modelos de tratamiento para la prevención de recaídas.

Actualmente, los tratamientos enfocados a la prevención de recaídas mantienen una postura en la que se considera el proceso de recaída como dinámico, por lo que no existen pasos a seguir para evitarla, sino que depende de diversos factores precipitantes, circunstancias que viva el individuo para que pueda detonar alguna sintomatología de recaída (Marlatt y Witkiewitz, 2004, citados por Valverdi y Álvarez, 2013).

A continuación, se mencionarán dos modelos que destacan en el tratamiento de la prevención de recaídas, siendo de gran aporte con los adictos a la cocaína, así como el proceso terapéutico propuesto en este trabajo, la terapia racional emotiva que retoma aspectos importantes como el entrenamiento de habilidades sociales, resolución de problemas, asertividad, identificación de situaciones de riesgo y la reestructuración cognitiva.

Modelo Transteórico del Cambio.

Este modelo es propuesto por Prochaska y DiClemente (1982) en el que refieren que las personas con dependencia a alguna sustancia pasan por estadios, procesos y niveles, a lo que se considera tridimensional debido a que identifica tres aspectos del cambio en las conductas adictivas que tienen que ver con la división temporal del proceso en etapas, acciones que modifican conducta y cogniciones, así como problemas psicológicos susceptibles a ser tratados.

Para poder lograr lo que mencionan estos autores, se necesitan aspectos que van desde el consumo a la abstinencia, también refieren que el mantenerse en abstinencia determinado tiempo no implica que la persona ya no pueda recaer, sin embargo, es por ello que los trastornos adictivos deben tener una secuencia, un seguimiento en el que se refuercen cuestiones de los recursos generados y herramientas aprendidas en terapia para que la persona adicta pueda comenzar o continuar empleándolas en su vida diaria.

Se considera que este modelo es amplio y puede abarcar de manera global diferentes modelos de tratamiento, se pretende generar un cambio que bien puede ser dinámico, en el que la renuncia a alguna conducta adictiva conlleva a una progresión de estadios propuestos, sin ser lineal el cambio. (CONADIC, 2018)

Los estadios propuestos son: 1) Precontemplación: no se tiene conciencia de las consecuencias, existe defensividad por parte del adicto o existe una falta de información, no hay una voluntariedad por el cambio. 2) Contemplación: la persona puede comenzar a darse cuenta que existe un problema, sin embargo llega a encontrarse ambivalente entre las ventajas y desventajas de dejar el consumo. 3) Preparación: comienza a tomar decisiones acerca de sus conductas, puede haber disminución de consumo, se encuentran listos para accionar.

4) Acción: se actúa, se modifica la conducta problemática, se detiene el consumo. 5) Mantenimiento: se conserva la abstinencia y se busca prevenir una recaída, pueden aparecer logros, continúan en el proceso de recuperación. 6) Recaída: se considera como un proceso

que puede aparecer una vez pasando por todos los estadios, esto no quiere decir que hubo un fracaso en el tratamiento, sino, que puede pasar cuando se busca cambiar un patrón de conducta de larga duración. Finalmente, el tiempo de la persona en estos estadios depende de ella. (Llorente del pozo e Iraurgi-Carstillo, 2008).

Modelo de Habilidades de Afrontamiento.

El modelo de habilidades de afrontamiento propuesto por Marlatt y Gordon (1982), de acuerdo a Marlatt, es un programa que busca generar el autocontrol en las personas adictas para que puedan identificar, anticipar y actuar frente a situaciones de riesgo. Es un modelo cognitivo conductual, basado principalmente en el entrenamiento de habilidades y el reequilibrio del estilo de vida en el que se pretende continuar y favorecer el cambio conductual, llegando a la autoeficacia.

Marlatt (1993) refiere que las situaciones de alto riesgo son aquellas que representan una amenaza ante la persona y que puede generar la sensación de pérdida de control, en el consumo de la cocaína con frecuencia existe poco control de impulsos, donde el tratamiento está basado en tres supuestos conductuales:

1) Considerar las causas del hábito adictivo y los factores que influyen en el proceso conductual.

2) Cambio de hábito adictivo en el que se implican tres etapas: a) El establecimiento del compromiso y motivación al cambio de parte del paciente, b) Instauración del cambio, donde primero se trabaja la parte cognitiva en la que se logra una comprensión y aprendizaje de las estrategias a utilizar para llevarlas a la abstinencia, se practica el autocontrol. c) El mantenimiento del cambio a largo plazo, las estrategias de autocontrol van acompañadas de un autoanálisis que le lleven a perpetuar las conductas de mantenimiento de la abstinencia.

3) La etapa de mantenimiento es donde se puede observar ya un cambio a largo plazo, generando una sensación de control en el propio paciente. En esta última etapa los cambios son notorios y se pueden observar los resultados del tratamiento, a mayor

abstinencia mejora la capacidad de autocontrol que lleva a la persona adicta a afrontar situaciones de manera eficaz.

Con respecto a esto último, desde el enfoque de la Terapia Racional Emotiva se considera que la adicción es un mitigador de las emociones desagradables y por lo tanto lleva a la incomodidad de la ansiedad, por lo que refuerza ciertas creencias que pueden evitar que el adicto aprenda otras estrategias efectivas para superar los sucesos activadores (craving), por lo tanto es importante que aprendan a enfrentarse a los problemas de la vida cotidiana sin la droga, esto coincide con el objetivo que tienen estos modelos de prevención de recaídas, sin embargo, cuando se presentan pensamientos de consumo, la persona adicta tiende a culparse y a justificarse, en un pensamiento dicotómico que puede generar una recaída, así como no cumplir el compromiso de abstinencia, lo que Marlatt y Gordon (1985) llaman a este proceso como la violación de la abstinencia (EVA) sin embargo se resalta el hecho de poder aprender de cada recaída, además que fomenta la autoeficacia. (Llorente del Pozo e Iraurgi-Castillo, 2008).

Modelo dicotómico.

Propuesto por Gorski y Miller, refieren que la adicción es una enfermedad que afecta las áreas de lo físico, psicológico, social y espiritual en la persona, llegando a generar un desequilibrio en la vida de quien la padece. Gorski menciona 6 etapas progresivas en la recuperación en las que se requiere abstinencia total de alguna sustancia, llevar a la acción las cosas teniendo en cuenta que es un proceso largo, cabe mencionar que Gorski basa una gran parte de sus propuestas en el programa de los doce pasos.

Las etapas son: 1)Transición: deseo de continuar con las conductas con un intento de control. 2)Estabilización: se reconoce que existen problemas graves con la sustancia, hay una mejora física, se fomenta la motivación y la resolución de problemas. 3) Recuperación temprana: cambio interno, conoce sus sentimientos, comprende su cuerpo y mente en abstinencia. 4)Recuperación intermedia: mejora la interacción con los demás, se busca reparar daños y toma de responsabilidades. 5) Recuperación tardía: reconocer, aprender y

resolver problemas que vienen de la infancia, sanar. 6) Mantenimiento: práctica de un programa activo y continuo de desarrollo y crecimiento.

Dentro de estas etapas es normal un estancamiento, sin embargo, si hay existencia de tensión constante, emociones dolorosas, poco control, conflictos, dificultad para pensar con claridad, mal manejo emocional, sobrerreacciones, problemas de sueño, vergüenza, culpabilidad, negación, evasión, crisis, dificultad en las relaciones interpersonales, llegando a la pérdida de control, se estaría presenciando lo que Gorski llama el síndrome de la recaída (1989). Asimismo, refiere que la prevención de recaídas se da a través de nueve pasos: la estabilización, asesoramiento, educación en prevención de recaídas, identificación de señales de alerta, aprender a manejar señales de alerta, automonitoreo, revisión del programa de recuperación, vinculación de otros en el proceso y seguimiento de plan de prevención.

Modelo Washton A.

El modelo de Washton (1995) no tienen tanto sustento empírico como aquellas que se han derivado del modelo de Marlatt y Prochaska, sin embargo, goza de buena aceptación en el ámbito clínico e incorpora elementos tradicionales del modelo de Marlatt y de las terapias cognitivo-conductuales, focalizándose especialmente en el trabajo de personas con adicción a la cocaína. Su propuesta implica la comprensión de una serie de mitos asociados a la recaída que emplean tanto los pacientes como los profesionales, por lo tanto, resulta importante que estos mitos se eliminen para poder continuar con la recuperación o el cambio:

1. La recaída es una señal de falta de motivación: el proceso de cambio implica cambiar conductas aprendidas por lo que puede resultar difícil y personas con poca o mucha motivación pueden presentar una recaída.
2. La recaída es una señal de fracaso en el tratamiento: existe la posibilidad de que el paciente esté haciendo cosas en exceso o escasas para su recuperación, por ello es importante que se identifique y que se aprenda de cada recaída.

3. La recaída es impredecible e inevitable: siempre existen actitudes y conductas progresivas que va manifestando la persona y la posibilidad de evitarla factible.
4. La recaída solo ocurre cuando los pacientes toman su droga de predilección: el rechazo de la abstinencia total es un indicador de una actitud de que no hay un compromiso.
5. La recaída es un hecho puntual que ocurre cuando el paciente usa de nuevo drogas: es importante el uso de estrategias para identificar las señales de riesgo.
6. La recaída destruye cualquier cambio positivo que se haya alcanzado con la recuperación: los sentimientos de vergüenza, culpa hace que se piense que todo está perdido, sin embargo, implica continuar con el tratamiento y volver lo más rápido posible a estar sin consumo de drogas para alcanzar lo que logró y continuar.
7. La ausencia de recaídas garantiza un éxito en la recuperación: el no consumo no es un indicador de salud y madurez mental, la abstinencia es el primer paso, para posteriormente trabajar en sus problemas emocionales.

Al igual que otros modelos en prevención de recaídas, Washton propone un proceso de recaída particular que va acompañado de una serie de factores y señales de riesgo que incluyen las actitudes y los patrones de pensamiento de recaída, los estados emocionales y sentimientos negativos, la idealización de los efectos del consumo, el propósito de control del consumo, el deseo de autocomplacencia, las emociones positivas, los problemas relacionales, los sueños de consumo y recaídas, las conductas de riesgo (camino preestablecidos, reacciones negativas ante las fallas, acciones impulsivas, conductas compulsivas, conductas codependientes e indisciplina), trastornos psiquiátricos no tratados, acontecimientos vitales importantes, enfermedad física y fatiga, así como condicionantes familiares o terapéuticos.

Como se ha podido observar a lo largo de los capítulos de esta investigación, el pensamiento adictivo y la conducta destructiva resultan los principales elementos a trabajar con una persona que es adicta a la cocaína, por su alto nivel adictivo, la potencia de los efectos que genera el consumo de esta droga, por la sensación de sentirse capaz en diferentes sentidos, etc. un sin fin de atributos o sentimientos positivos que se suele

adjudicar a la sustancia, sin embargo, al realizar un balance desicional o cuando se trabaja conciencia de enfermedad el paciente logra ir identificando, comprendiendo y reconociendo las consecuencias negativas que le ha traído la adicción, para esto, es importante trabajar desde un modelo psicoterapéutico adecuado al paciente, ya que no existe una fórmula o un solo tratamiento que ayude a todos por igual, sin embargo, teniendo en cuenta los tratamientos cognitivo-conductuales, así como la terapia racional emotiva resultan eficaces en este tipo de población, donde se refleja que es indispensable trabajar la asertividad, habilidades de afrontamiento, identificación de situaciones de riesgo y creencias irracionales, llevando al paciente a la discusión de las mismas y que pueda generar una reestructuración cognitiva, una deshabitación psicológica, así como cambios conductuales que le permitan establecerse y mantenerse en un estado óptimo de salud, llevando en todo momento el trabajo de prevención de recaída para que el progreso tenga mayor eficacia y las posibilidades de recaída sean menores. (Llorente del Pozo e Iraurgi-Castillo, 2008).

Se considera que con la terapia racional emotiva, el trabajo con las ideas irracionales, asertividad, cambios conductuales, entre otros, es algo importante así como es el estado emocional de cada persona con dependencia a cocaína, ya que uno de los principales problemas es la dificultad para identificar lo que sienten y darle el manejo adecuado a ese sentimiento, tal como lo establece la TRE con el A: Situación/Acontecimiento, B: Pensamiento y C) Consecuencia, nos permite llevar a cabo la psicoeducación con el paciente y el acceso a ello va generando conciencia de enfermedad y a la vez factores de protección de riesgo en cada uno.

MÉTODO

Tipo de estudio.

La presente investigación es de carácter mixto debido a que el programa de intervención se complementa de manera cuantitativa (instrumentos) y cualitativa (entrevistas e intervención) para la recolección y análisis de datos.

El presente estudio es de tipo descriptivo de acuerdo con Hernández Sampieri, Collado y Lucio (2010), ya que, en este estudio se identificaron características que pueden ser diferencias o no entre el Programa de Intervención Cognitivo Conductual y el Grupo de Autoayuda en el trabajo de la prevención de recaídas.

Diseño del estudio.

El diseño de investigación del presente estudio es de tipo experimental con grupo control, y consta de la aplicación de pre y post prueba a ambos grupos.

Muestra.

Se conformó una muestra de 8 participantes, siete hombres y una mujer, quienes se dividieron en dos grupos: 1) Experimental: compuesto por 4 participantes que trabajó con el método de “Programa de Intervención Cognitivo-Conductual y 2) Control: compuesto por 4 participantes que trabajó con el método “Grupo de Autoayuda”, la asignación de los grupos se realizó al azar.

Criterios de inclusión.

- Trastornos relacionados con los estimulantes (F14.99. Cocaína, Crack) de acuerdo al V Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (2013).
- Rango de edades entre 18 y 30 años de edad.
- Abstinencia mínima de un mes.
- Uno o más internamientos relacionados con la adicción a cocaína/crack.
- Vía de administración indistinta.
- Estar en tratamiento de casa de medio camino (tratamiento residencial).

Criterios de exclusión.

- Diagnóstico de Esquizofrenia o Trastorno psicótico de acuerdo al DSM-V.

Escenarios.

Casa de Medio Camino para la Rehabilitación de Adicciones en Morelos:

- Clínica Villa Solarium.
- Clínica adicciones y mujeres, CERMA.
- Clínica de Inteligencia Emocional, CIE.

Estas clínicas ofrecen un tratamiento residencial, los participantes se encuentran en modalidad de medio camino, que consta de contención a la persona con adicción y la asistencia a grupo de autoayuda, los participantes viven en la clínica y tienen oportunidad de realizar actividades fuera de ella, como estudiar y trabajar, cabe mencionar que los participantes del grupo experimental omitieron su asistencia al grupo de autoayuda para los fines de este estudio.

Variables.

Dependiente- Prevención de recaídas.

Variable conceptual: Conjunto de acciones dirigidas a reducir, evitar e identificar el consumo de sustancias psicoactivas, como riesgo sanitario y sus consecuencias físicas, psíquicas, económicas, sociales y familiares.

Variable Operacional: Se midió a través de los resultados post test mediante la aplicación de los instrumentos, el registro de opiniones, situaciones de consumo de drogas, la escala de satisfacción de vida y asertividad.

Independiente- Programas de tratamiento.

Variable conceptual: La implementación de acciones necesarias para la persona que usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas y su familia, aumenten el bienestar físico, mental y social a través de la reducción de daños o la abstinencia, disminuyendo las consecuencias del consumo de drogas.

Variable operacional: Se midió a través de los resultados pre y post test mediante la aplicación de los instrumentos, registro de opiniones, situaciones de consumo de drogas, la escala de satisfacción de vida y asertividad.

Técnicas.

Las técnicas de Terapia Racional Emotiva empleadas en el proceso de intervención cognitivo-conductual:

- Psicoeducación.
- Alternativas y soluciones.
- Entrenamiento de habilidades sociales.
- Asertividad.
- Refutación.
- Discriminación.
- Reatribución.

Instrumentos.

- Revisión documental de expediente. Revisión de expediente para obtener la información necesaria que correspondía a los criterios de inclusión y exclusión para la participación de las personas con adicción a cocaína.
- Entrevista semiestructurada. Permite obtener información complementaria acerca de las áreas de vida del participante, así como la historia de consumo, redes de apoyo, conciencia de enfermedad, actitudes y conductas ante la recaída para realizar la intervención adecuada.
- Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD). Fue elaborada por Annis, Graham y Martin (1991). Es una escala que consta de 60 reactivos, evaluando 8 situaciones precipitadoras de consumo. Fue adaptada a población mexicana en 2001, con una confiabilidad test-retest de .98 (Barragán et al., 2007).

Este instrumento está dividido en tres escalas: situaciones negativas, positivas y de tentación a la vez, estas 3 están divididas en subescalas: Incomodidad física, emociones displacenteras, conflictos con otros, emociones placenteras tiempo placentero con otros, prueba de control personal, necesidad y tentación de consumo y presión social de consumo.

- Registro de opiniones. Fue elaborado por Davis, Mckay y Estheman (1988), basado en la teoría Racional Emotiva de Albert Ellis. Es un cuestionario de 100 reactivos que evalúa pensamientos irracionales, con respuestas que son “de acuerdo o en desacuerdo”, con una duración de 15 a 25 minutos de aplicación. En un estudio por Jurado, G. (2009) se indica una confiabilidad de KR-20 de .95.

En el registro de opiniones se hace referencia a diez ideas irracionales, las cuales se mencionan a continuación, para la exposición de la gráfica se identificarán con palabras clave.

1. Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos.
2. Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende.
3. Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas.
4. Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran.
5. La gente simplemente reacciona según como los acontecimientos inciden sobre sus emociones.
6. Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.
7. Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente.
8. Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo.
9. El pasado tiene gran influencia en la determinación del presente.
10. La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.

- Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey II. Este cuestionario fue realizado por Gambrill y Richey (1975), pretende evaluar las actitudes asertivas de las personas ante sus propios derechos, expresión adecuada de sus pensamientos y

sentimientos. Este cuestionario consta de 40 reactivos. En un estudio de estandarización en México por Guerra Ramos (1996) se obtuvo una confiabilidad de 0.91, test-retest de 0.87 subescala GI y de 0.81 para la subescala PR.

- Escala de nivel de satisfacción de vida cotidiana (SWLS). Fue diseñada por Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985). Esta escala multi-ítem consiste en un conjunto de 5 afirmaciones donde la persona indica su nivel de acuerdo o desacuerdo en una escala tipo Likert de 7 puntos. La aplicación puede durar de 3 a 4 minutos y va dirigida a una población a partir de los 11 años de edad. Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita (2010) realizaron la adaptación al Castellano. En México se realizó la evaluación psicométrica de la escala aplicada a población del estado de Michoacán, refiriendo un Alfa de cronbach de .89 , mostrando una alta confiabilidad test-retest.

Pavot, Diener, Colvin y Sandvik, 1991. Definen la satisfacción con la vida como la valoración que realiza la persona acerca de su vida, llevándolo a cabo desde un elemento cognitivo, una creencia acerca de cómo percibe las circunstancias y a sí mismo. Ha sido aplicada en diversos países, así como a población que se encuentra en proceso psicoterapéutico y a alcohólicos. Si existen situaciones de psicoterapia y momentos significativos que la persona esté viviendo en ese momento pueden verse modificaciones atribuidas.

Procedimiento.

Se realizó la búsqueda de clínicas con modalidad de casa de medio camino en Morelos, se tuvo el contacto con los Directores Clínicos, posteriormente se explicó el proyecto a realizar y los objetivos, teniendo en cuenta la viabilidad del proyecto con la población existente en la clínica, se estableció una cita para poderlo platicar en persona. Una vez autorizado por los directores se procedió a un primer acercamiento con los prospectos de esta investigación-intervención, explicando el procedimiento y concretando una cita para el

inicio de etapa diagnóstico, se llevó a cabo la firma del consentimiento informado. Las actividades realizadas durante este procedimiento fueron:

- **Revisión Documental.** A través de la revisión documental se determinaron a los candidatos para la intervención, con datos como: edad, estado civil, sexo, antecedentes patológicos, familiares, vía de administración de la droga, historial de consumo (si consumía otras sustancias), antecedentes de internamientos, recaídas, diagnóstico, criterios de inclusión y exclusión.
- **Conformación de la muestra.** Se contactó a los candidatos que reunieron los criterios para el estudio, se explicó en que consistía y el objetivo de la intervención con el fin de determinar su participación, con esto se recabó la firma del consentimiento informado, donde el participante autorizó el uso de los datos obtenidos en el presente estudio con fines de investigación sobre el Programa de Intervención Cognitivo-Conductual para la prevención de recaídas, la duración y actividades a realizar.
- **Etapa 1: Diagnóstico.**
La entrevista y la aplicación de pruebas se realizó en un promedio de 3 a 4 sesiones de una a una hora y media.
- **Entrevista Semiestructurada.** Se realizaron preguntas al participante para la corroboración de la información recabada en los expedientes, preguntas basadas en actitud de recaída como deseos de consumo, ausencia en actividades laborales, escolares o de tratamiento. Identificación de ideas irracionales.
- **Aplicación de Instrumentos.** Se realizó la aplicación de instrumentos para identificar factores de situación de consumo, satisfacción con la vida, asertividad e ideas irracionales, posteriormente se implementó la propuesta de intervención.
- **Etapa 2: Proceso de Intervención.** Terapia Racional Emotiva, sesiones individuales de 1 hora, encuadre y desarrollo. Esta etapa está conformada por 12 sesiones.
- **Etapa 3: Seguimiento y cierre de proceso psicoterapéutico.**
Refuerzo de asertividad ante situaciones de riesgo y cierre de proceso psicoterapéutico. Se empleó una retroalimentación acerca de lo trabajado durante el proceso, en las últimas dos sesiones y se realizó la segunda de aplicación de instrumentos.

RESULTADOS

El análisis estadístico descriptivo e inferencial de los instrumentos aplicados, se realizó mediante el software SPSS (Statistical Package for Social Science). Los resultados fueron analizados a través del estadístico no paramétrico: U de Mann Whitney, para realizar la comparación de medias, lo cual es útil para identificar si existen diferencias o no entre los métodos de trabajo de este estudio para la prevención de recaídas. Por su parte, las entrevistas de todos los participantes, así como las sesiones de intervención con el grupo experimental se realizó a través de un análisis de contenido, el cual consiste en la categorización de variables y descripción de las mismas.

La intervención que se llevó a cabo con los participantes del grupo experimental y control constó de 4 sesiones de diagnóstico y solamente con el grupo experimental 12 sesiones de intervención de 60 minutos cada una, basada fundamentalmente en los principios de la terapia cognitivo-conductual en la cual, el pensamiento influye en la conducta de la persona, por ello se considera importante que los participantes trabajen fundamentalmente sobre sus ideas irracionales con respecto al consumo de drogas, principalmente la cocaína, y aquellos pensamientos que los llevan a los factores precipitantes de recaída, como riesgo del uso de esta droga, mediante las técnicas de reestructuración cognitiva como: refutación, discriminación, retroalimentación, entrenamiento en habilidades sociales, psicoeducación, solución de problemas, elecciones, alternativas y asertividad.

Se muestran en las tablas 2 y 3, los datos sociodemográficos de los ocho participantes, divididos en grupo control y grupo experimental, así como los diagnósticos de acuerdo al DSM-V.

Tabla 2 .

Datos sociodemográficos del grupo control.

| PARTICIPANTES | 001 | 002 | 003 | 004 |
|---------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| Edad | 20 años | 19 años | 29 años | 30 años |
| Estado Civil | Soltero | Soltero | Soltero | Soltero |
| Escolaridad | Secundaria | Preparatoria | Preparatoria | Preparatoria |
| Ocupación | Estudiante preparatoria | Estudiante licenciatura | Empleado en la clínica | Estudiante licenciatura |
| Edad de inicio de consumo | 16 años | 15 años | 14 años | 17 años |
| Cocaína/Piedra | Ambas | Cocaína | Ambas | Cocaína |
| Periodos de abstinencia | 9 | 1 | 1 | 1 |
| Internamientos | 9 | 5 | 1 | 1 |

Los datos sociodemográficos permiten conocer las características de los participantes distribuidos en ambos grupos.

Tabla 3.

Datos sociodemográficos del grupo experimental.

| PARTICIPANTES | 005 | 006 | 007 | 008 |
|-------------------------|------------------------|------------|-----------------|--------------|
| Edad | 27 años | 29 años | 28 años | 22 años |
| Estado Civil | Soltero | Separado | Soltero | Separada |
| Escolaridad | Secundaria | Secundaria | Carrera Técnica | Preparatoria |
| Ocupación | Empleado en la clínica | Ninguna | Enfermero | Ninguna |
| Edad inicio de consumo | 16 años | 12 años | 16 años | 12 años |
| Cocaína/Piedra | Ambas | Ambas | Piedra | Cocaína |
| Periodos de abstinencia | 3 | 3 | 2 | 3 |
| Internamientos | 3 | 4 | 1 | 1 |

Nota: Los datos sociodemográficos de ambos grupos resultan homogéneos.

De acuerdo a las entrevistas, se realizó un diagnóstico de cada participante, se muestran a continuación.

Grupo control (Grupo Autoayuda).

- Participante 001: Trastorno relacionado con los estimulantes (F14.99. Cocaína). Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad. Trastorno límite de la personalidad (F60.3). Recaída con cocaína polvo e inyectada hace 4 meses.
- Participante 002: Trastorno relacionado con los estimulantes (F14.99. Cocaína). Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad. Rasgos antisociales. Recaída con cocaína en polvo hace 4 meses.
- Participante 003: Trastorno relacionado con estimulantes. (F14.99. Cocaína, Crack). Rasgos limítrofe. Recaída con cocaína base hace 1 año.
- Participante 004: Trastorno relacionado con estimulantes (F14.99. Cocaína). Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad. Trastorno límite de la personalidad (F60.3). Rasgos narcisistas. Recaída cocaína polvo hace 7 meses.

Grupo experimental (Terapia Cognitivo-Conductual).

- Participante 005: Trastorno relacionado con los estimulantes (F14.99. Cocaína, Crack). Trastorno antisocial de la personalidad (F60.2). Recaída cocaína en polvo hace 4 meses.
- Participante 006: Trastornos relacionados con los estimulantes (F14.99. Cocaína, Piedra). Rasgos antisociales. 1 año 4 meses de recuperación.
- Participante 007: Trastorno relacionado con los estimulantes. (F14.99. Crack). Trastorno narcisista de la personalidad. Recaída cocaína base hace 4 meses.
- Participante 008: Trastorno relacionado con los estimulantes (F14.99. Cocaína). Trastorno límite de la personalidad. 3 meses de recuperación.

A continuación se lleva a cabo una descripción por cada participante, antes y después del método de intervención cognitivo-conductual.

El inventario de situaciones de consumo de drogas en la cocaína, está compuesto por 3 escalas: situaciones positivas, situaciones negativas y situaciones de tentación de consumo, a su vez, estas escalas se dividen en 8 subescalas: emociones placenteras, tiempo placentero, incomodidad física, emociones displacenteras, conflictos con otros, control personal, necesidad y tentación de consumo, por último, presión social.

En la Figura 1, se muestran las evaluaciones pre y post realizadas al participante 001, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2, se observan las subescalas: emociones placenteras pre y post test un porcentaje de 120%, tiempo placentero pre y post test 106.66%, incomodidad física pre-test 46.66%, post-test 56.66%, emociones displacenteras pre-test 56.66% y post-test 60%, conflicto con otros pre-test 35.71% post-test 38.09%, control personal pre-test 86.66% y post-test 120%, necesidad y tentación de consumo pre-test 88.88% post-test 100%, por último subescala presión social pre-test 86.66%, post-test 106.66%.

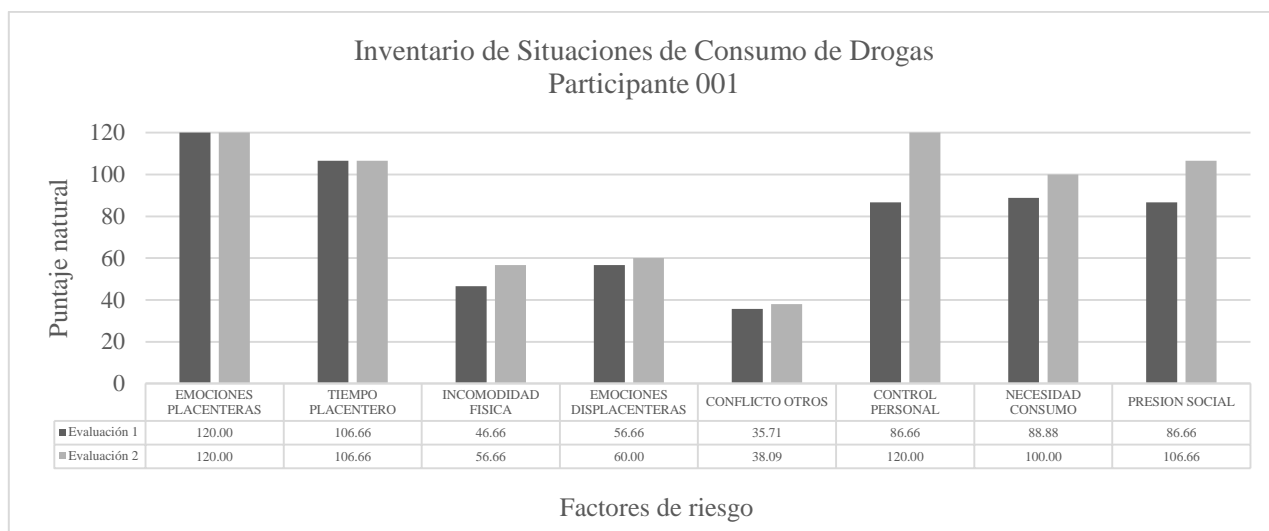


Figura 1. Factores de riesgo de consumo de cocaína en el participante 001, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2.

En la Figura 2 se muestran las evaluaciones pre y post-test realizadas al participante 001, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2, se observa el registro de opiniones que está conformado por 10 creencias irracionales las cuales son indicadas con palabras claves

en la siguiente figura. Creencia aprobación pre y post-test 6%, perfección pre y post-test 5%, castigo pre y post-test 4%, frustración pre-test 3% post-test 6%, causa externa pre-test 0% post-test 1%, ansiedad pre-test 8% , post-test 7%, evitación pre 6%, post-test 7%, fuerte pre-test 5% post-test 7%, pasado pre-test 4%, post-test 2%, con la última creencia de inactividad pre 4% y post-test 8%.

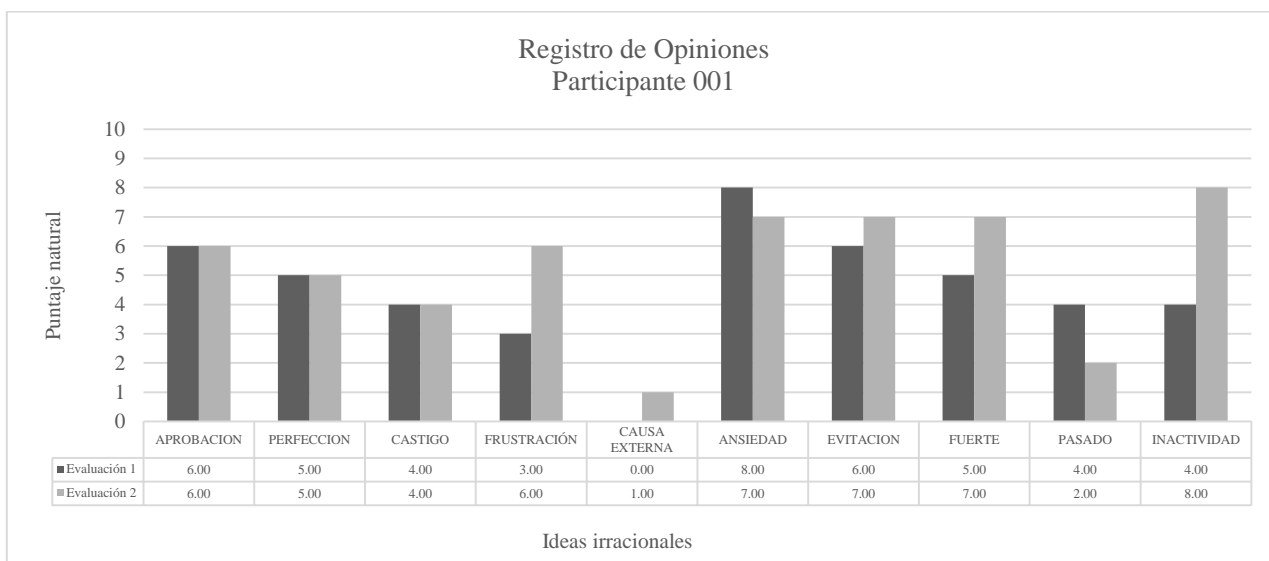


Figura 2. Creencias irracionales en el participante 001, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2.

En la Figura 3 se muestran las evaluaciones pre y post-test realizadas al participante 001, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2, se observa el inventario de asertividad de Gambrill y Richey II que está conformado por 2 escalas: grado de incomodidad y probabilidad de respuesta. Grado de incomodidad pre-test 96%, post-test 78%, probabilidad de respuesta pre-test 100% y post-test 89%.

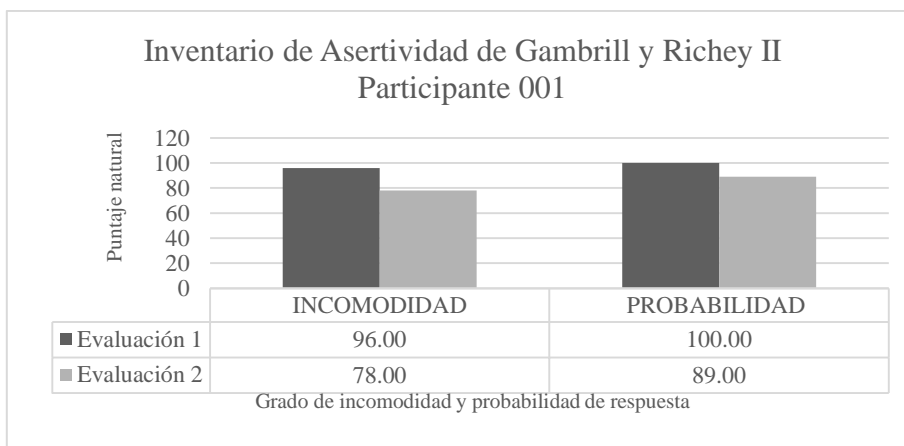


Figura 3. Grado de incomodidad y probabilidad de respuesta participante 001, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2.

En la Figura 4 se muestran las evaluaciones pre y post-test realizadas al participante 001, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2 de acuerdo a la satisfacción de vida, pre-test 24% y post-test 18%.

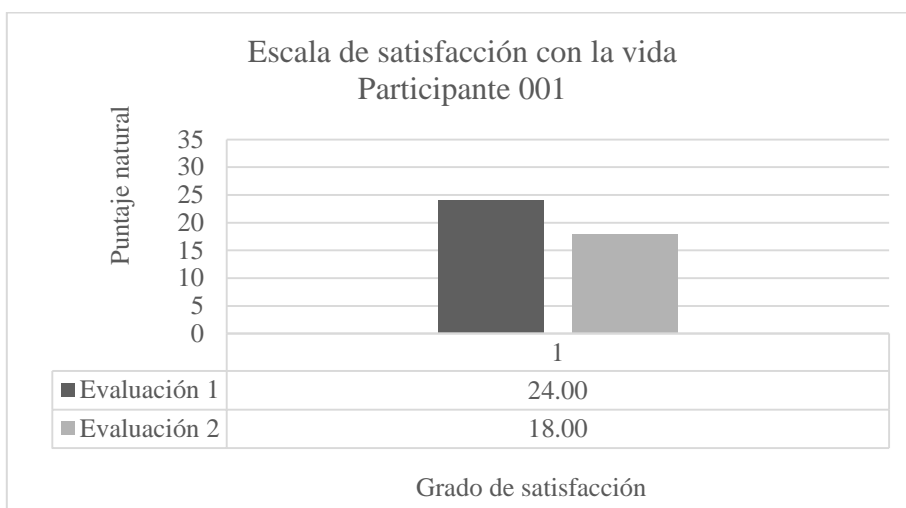


Figura 4. Grado de satisfacción con la vida participante 001, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2.

En la Figura 5, se muestran las evaluaciones pre y post realizadas al participante 002, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2, se observan las subescalas: emociones placenteras pre-test 66.66% y post test 86.66%, tiempo placentero pre 80% y post test 106.66%, incomodidad física pre-test 40%, post-test 36.66%, emociones displacenteras pre y post-test 43.33%, conflicto con otros pre-test 28.37% post-test 19.04%, control personal pre-test 66.66% y post-test 80%, necesidad y tentación de consumo pre-test 77.77% post-test 100%, por último subescala presión social pre-test y post-test 80%.

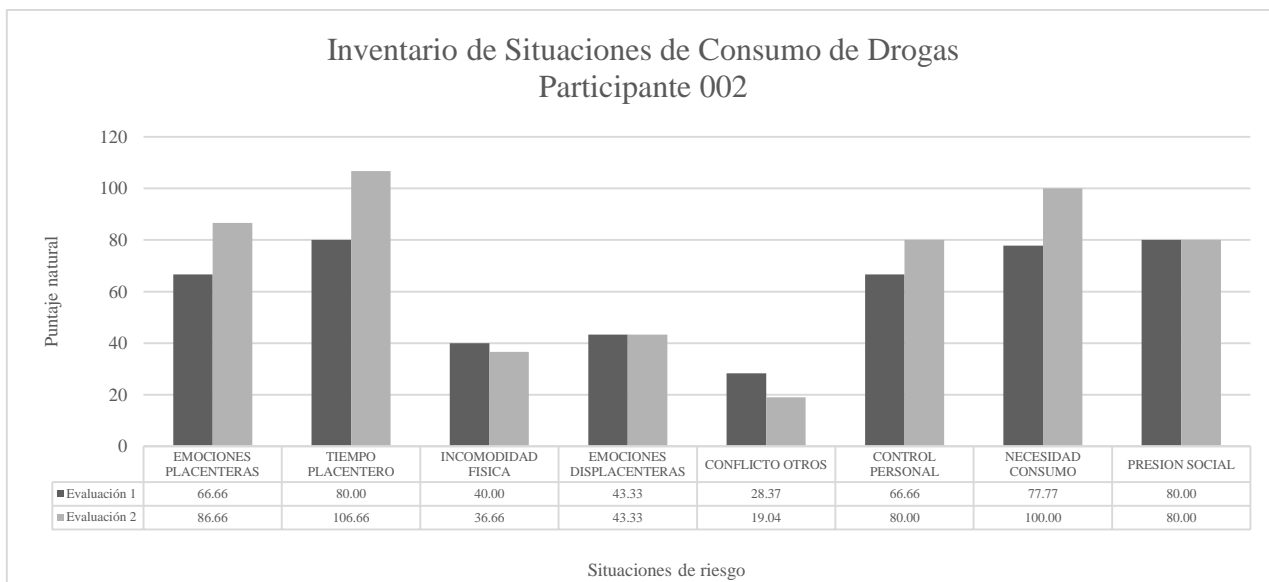


Figura 5. Factores de riesgo de consumo de cocaína en el participante 002, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2.

En la Figura 6 se muestran las evaluaciones pre y post-test realizadas al participante 002, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2, se observa el registro de opiniones que está conformado por 10 creencias irracionales las cuales son indicadas con palabras claves en la siguiente figura. Creencia aprobación pre 5%, post-test 5%, perfección pre 3%, post-test 8%, castigo pre y post-test 4%, frustración pre-test 6% post-test 7%, causa externa pre-test 3% post-test 2%, ansiedad pre-test 6%, post-test 7%, evitación pre 7%, post-test 4%, fuerte pre y post-test 2%, pasado pre-test 3%, post-test 4%, con la última creencia de inactividad pre 6% y post-test 7%.

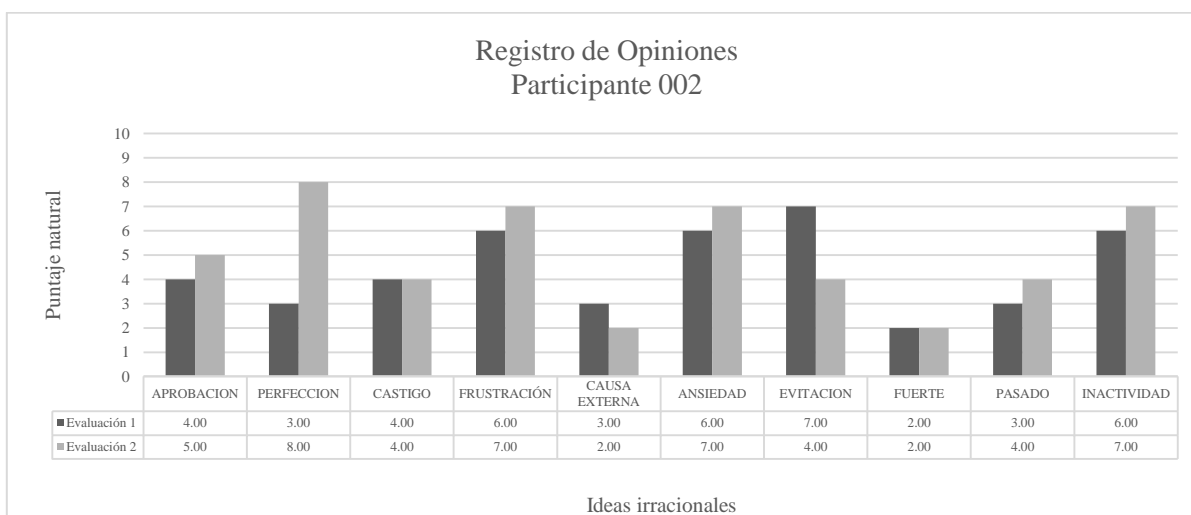


Figura 6. Creencias irracionales en el participante 002, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2.

En la Figura 7 se muestran las evaluaciones pre y post-test realizadas al participante 002, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2 , se observa el inventario de asertividad de Gambrill y Richey II que está conformado por 2 escalas: grado de incomodidad y probabilidad de respuesta. Grado de incomodidad pre-test 104%, post-test 131%, probabilidad de respuesta pre-test 107% y post-test 117%.

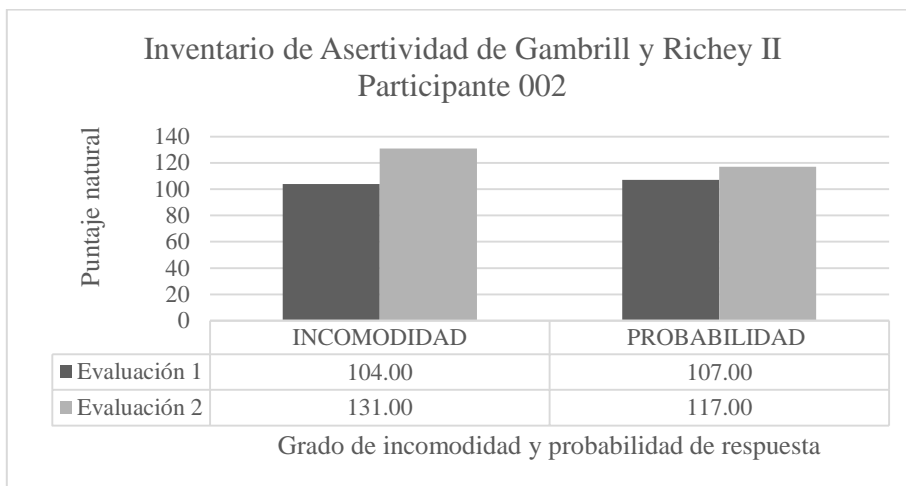


Figura 7. Grado de incomodidad y probabilidad de respuesta participante 002, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2.

En la Figura 8 se muestran las evaluaciones pre y post-test realizadas al participante 002, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2 de acuerdo a la satisfacción de vida, pre-test 16% y post-test 12%.

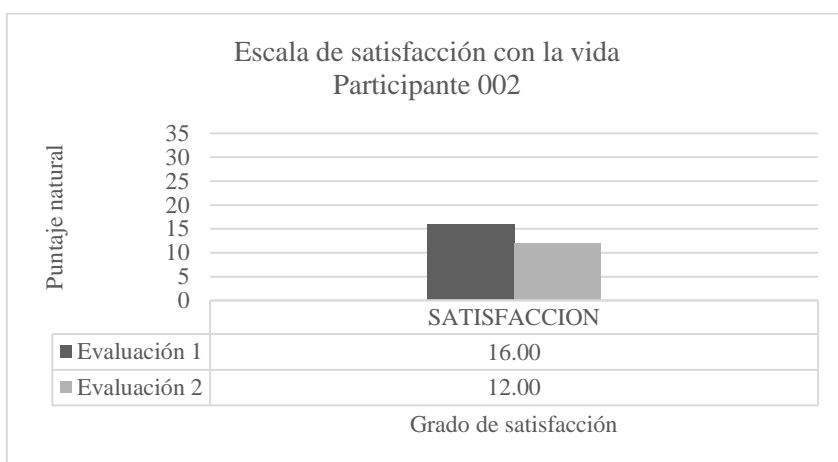


Figura 8. Grado de satisfacción con la vida, participante 002, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2.

En la Figura 9, se muestran las evaluaciones pre y post realizadas al participante 003, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2 , se observan las subescalas: emociones placenteras pre-test 80% y post test 100%, tiempo placentero pre 73.33% y post test 93.33%, incomodidad física pre-test 20%, post-test 23.33%, emociones displacenteras pre 43.33 y post-test 53.33%, conflicto con otros pre-test 7.14% post-test 21.42%, control personal pre-test 86.66% y post-test 100%, necesidad y tentación de consumo pre-test 88.88% post-test 94.44%, por último subescala presión social pre-test 66.66% y post-test 93.33%.

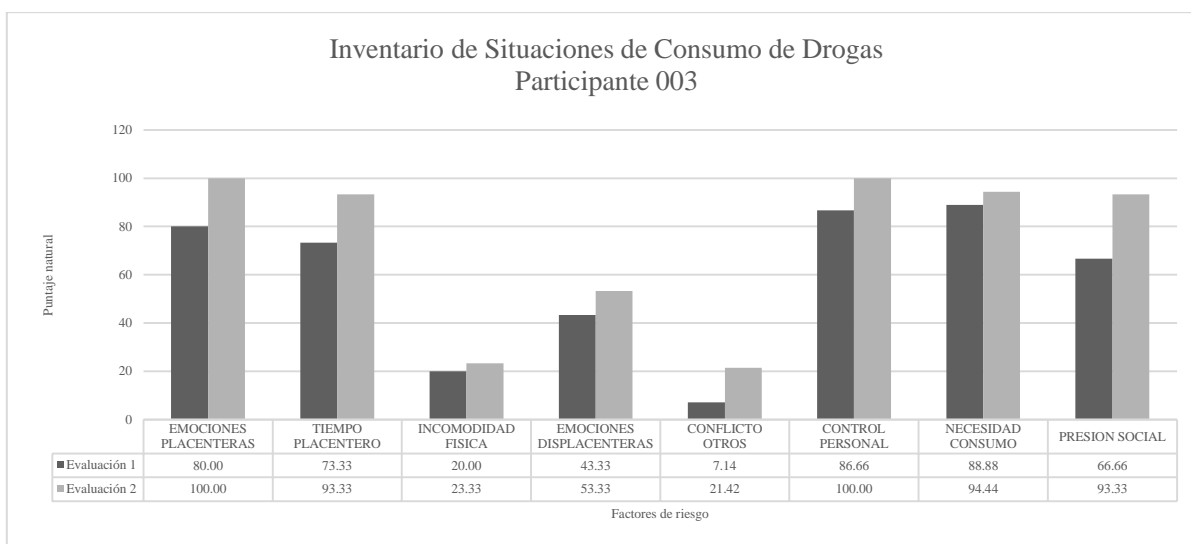


Figura 9. Factores de riesgo de consumo de cocaína en el participante 003, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2.

En la Figura 10 se muestran las evaluaciones pre y post-test realizadas al participante 003, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2 , se observa el registro de opiniones que está conformado por 10 creencias irracionales las cuales son indicadas con palabras claves en la siguiente figura. Creencia aprobación pre 7% y post-test 6%, perfección pre 7% y post-test 6%, castigo pre y post-test 5%, frustración pre-test 5% post-test 4%, causa externa pre-test 1%, post-test 0%, ansiedad pre y post-test 7%, evitación pre y post-test 6%, fuerte pre-test 6% post-test 5%, pasado pre-test 3%, post-test 3%, inactividad pre 2% y post-test 3%.

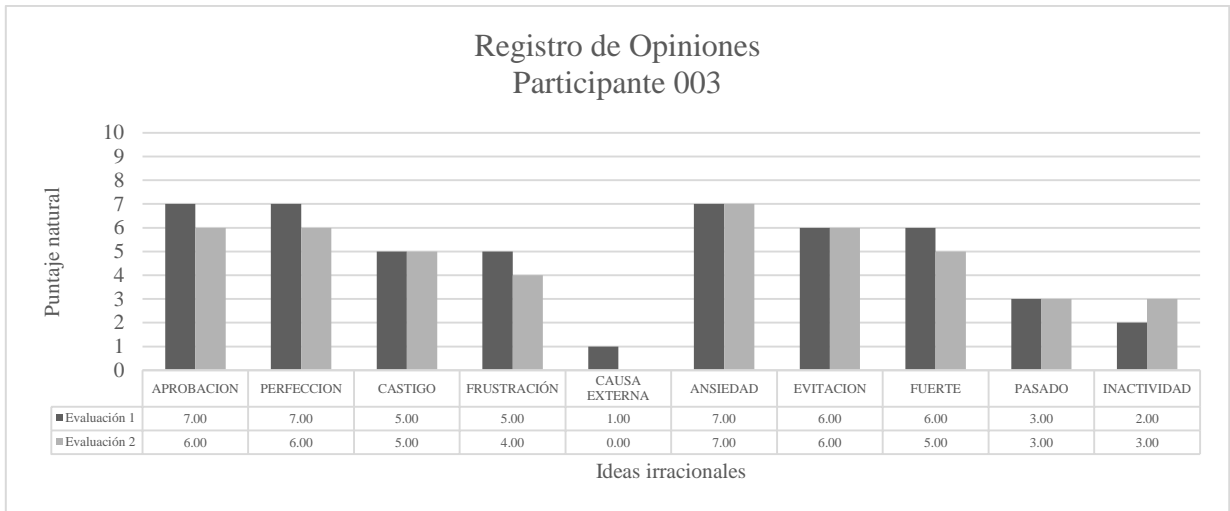
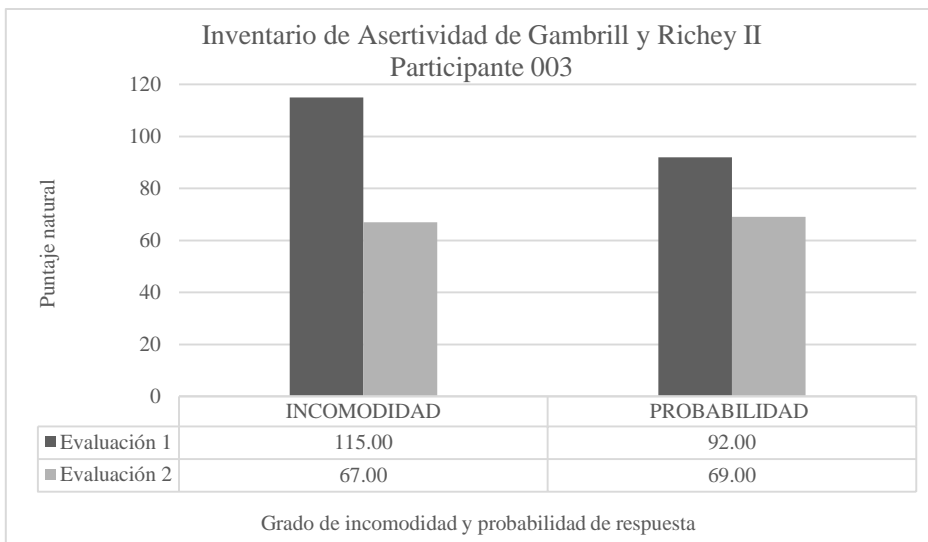


Figura 10. Creencias irracionales en el participante 003, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2.

En la Figura 11 se muestran las evaluaciones pre y post-test realizadas al participante 003, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2, se observa el inventario de asertividad de Gambrill y Richey II que está conformado por 2 escalas: grado de incomodidad y probabilidad de respuesta. Grado de incomodidad pre-test 115%, post-test 67%,



probabilidad de respuesta pre-test 92% y post-test 69%.

Figura 11. Grado de incomodidad y probabilidad de respuesta participante 001, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2.

En la Figura 12 se muestran las evaluaciones pre y post-test realizadas al participante 003, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2 de acuerdo a la satisfacción de vida, pre-test 18% y post-test 13%.

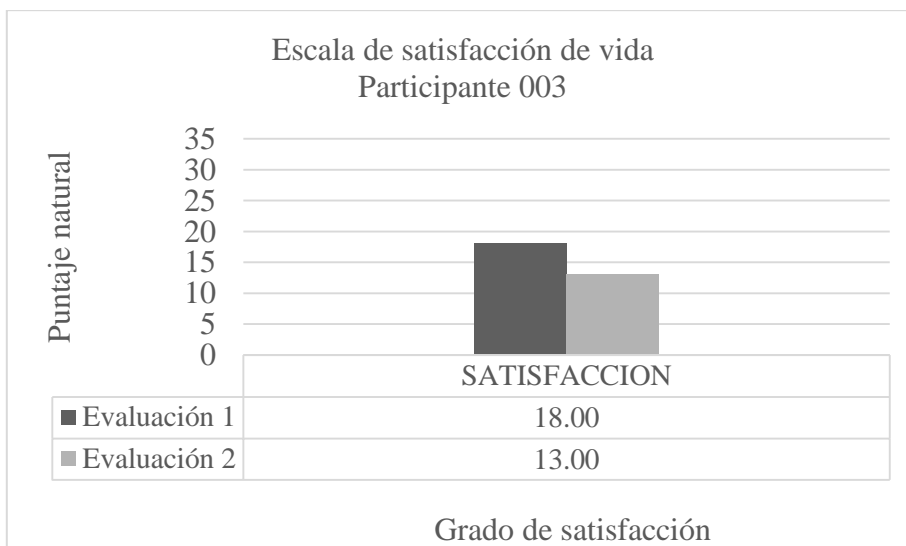


Figura 12. Grado de satisfacción con la vida, participante 003, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2.

En la Figura 13, se muestran las evaluaciones pre y post realizadas al participante 004, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2, se observan las subescalas: emociones placenteras pre 73.33%, post test 83.66%, tiempo placentero pre 46.66%, post test 80%, incomodidad física pre-test 6.66%, post-test 16.66, emociones displacenteras pre-test 13.33% y post-test 33.33%, conflicto con otros pre-test 0% post-test 7.14%, control personal pre-test 6.66% y post-test 40%, necesidad y tentación de consumo pre-test 44.40% post-test 50%, por último subescala presión social pre-test 20%, post-test 33.33%.

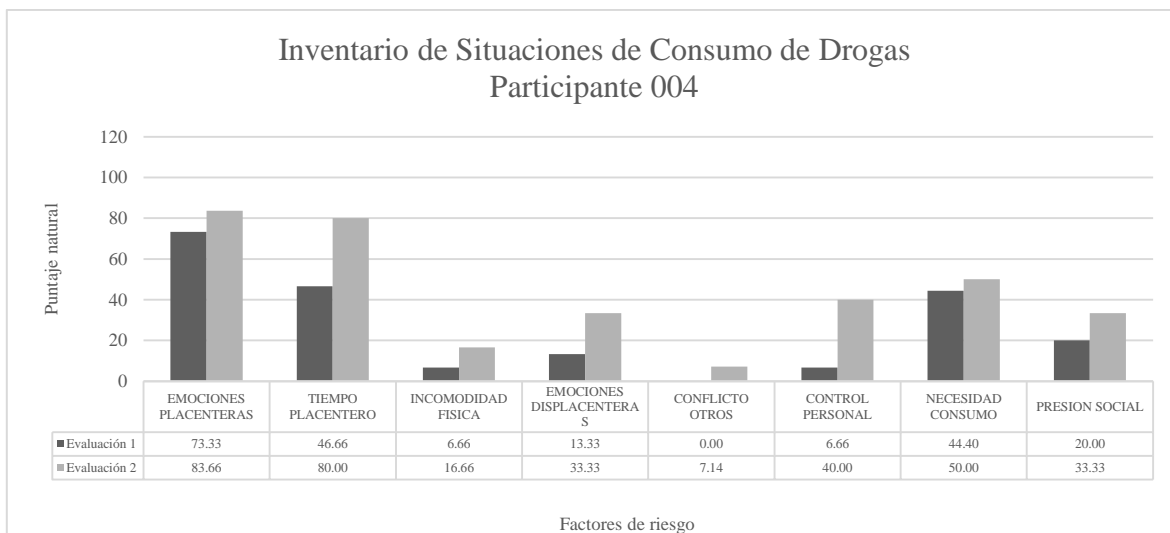


Figura 13. Factores de riesgo de consumo de cocaína en el participante 004, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2.

En la Figura 14 se muestran las evaluaciones pre y post-test realizadas al participante 004, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2, se observa el registro de opiniones que está conformado por 10 creencias irracionales las cuales son indicadas con palabras claves en la siguiente figura. Creencia aprobación pre 4%, post-test 3%, perfección pre y post-test 4%, castigo pre y post-test 5%, frustración pre-test 5% post-test 6%, causa externa pre-test y post-test 5%, ansiedad pre-test 6%, post-test 7%, evitación pre 3% post-test 2%, fuerte pre-test y post-test 6%, pasado pre y post-test 3%, inactividad pre 3% y post-test 2%.

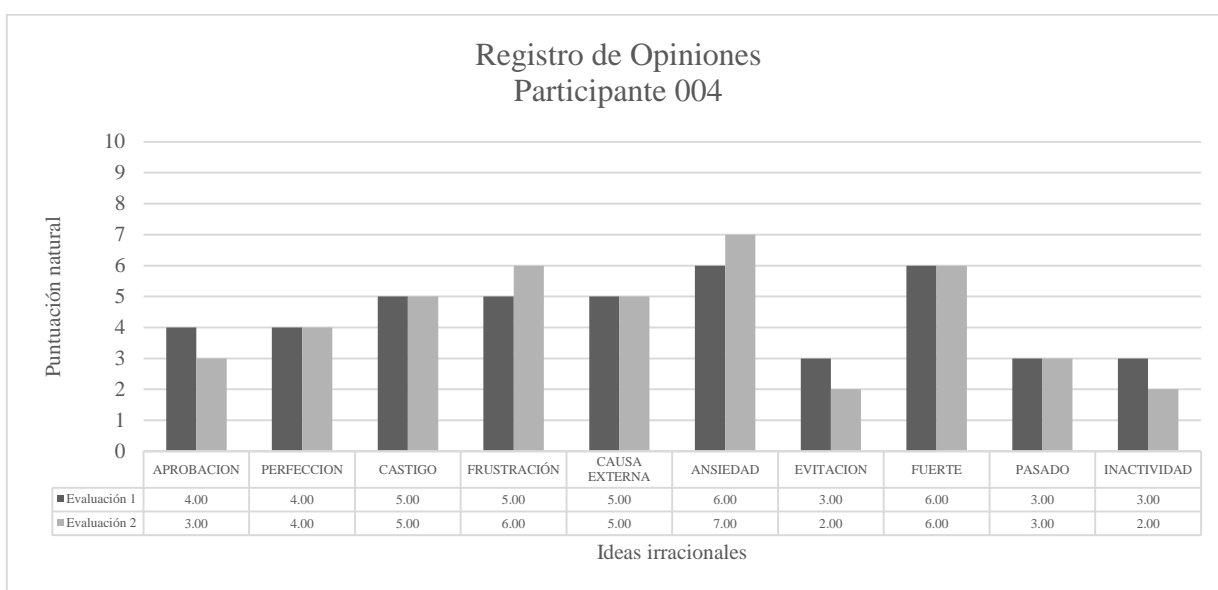


Figura 14. Creencias irracionales en el participante 004, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2.

En la Figura 15 se muestran las evaluaciones pre y post-test realizadas al participante 004, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2, se observa el inventario de asertividad de Gambrill y Richey II que está conformado por 2 escalas: grado de incomodidad y probabilidad de respuesta. Grado de incomodidad pre-test 62%, post-test 112%, probabilidad de respuesta pre-test 81% y post-test 69%.

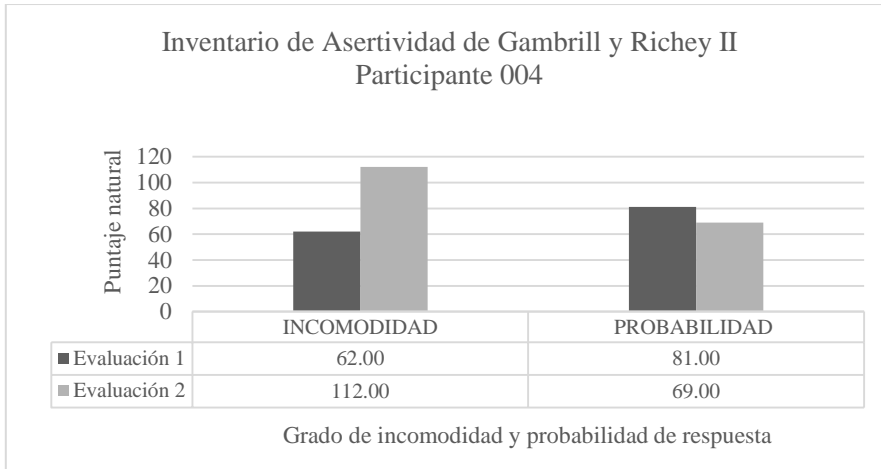


Figura 15. Grado de incomodidad y probabilidad de respuesta participante 004, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2.

Figura 16 se muestran las evaluaciones pre y post-test realizadas al participante 004, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2 de acuerdo a la satisfacción de vida, pre-test 16% y post-test 16%.

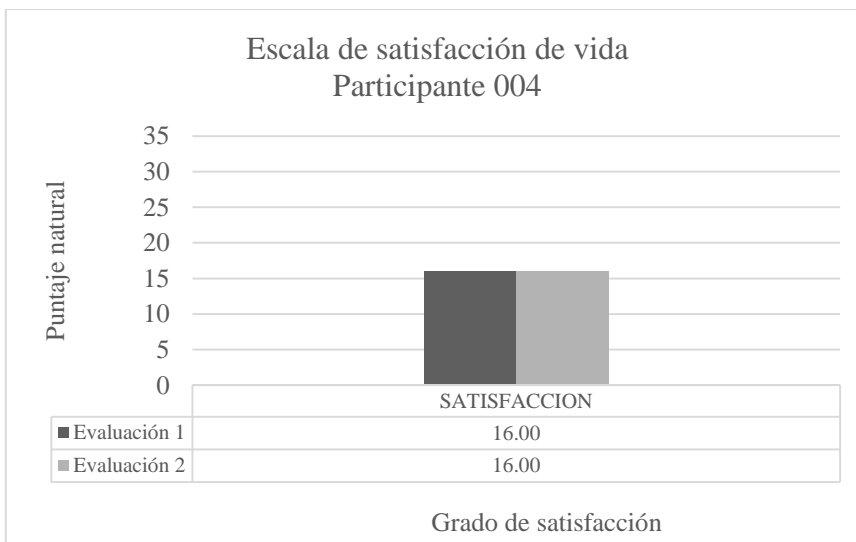


Figura 16. Grado de satisfacción con la vida participante 004, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2.

En la Figura 17, se muestra la evaluación pre-test realizada al participante 005, agrupado como evaluación 1, se observan las subescalas: emociones placenteras pre-test 86.66%, tiempo placentero 106.66%, incomodidad física 40%, emociones displacenteras 46.66%, conflicto con otros 23.80%, control personal 80%, necesidad y tentación de consumo pre-test 77.77%, por último subescala presión social 100%.

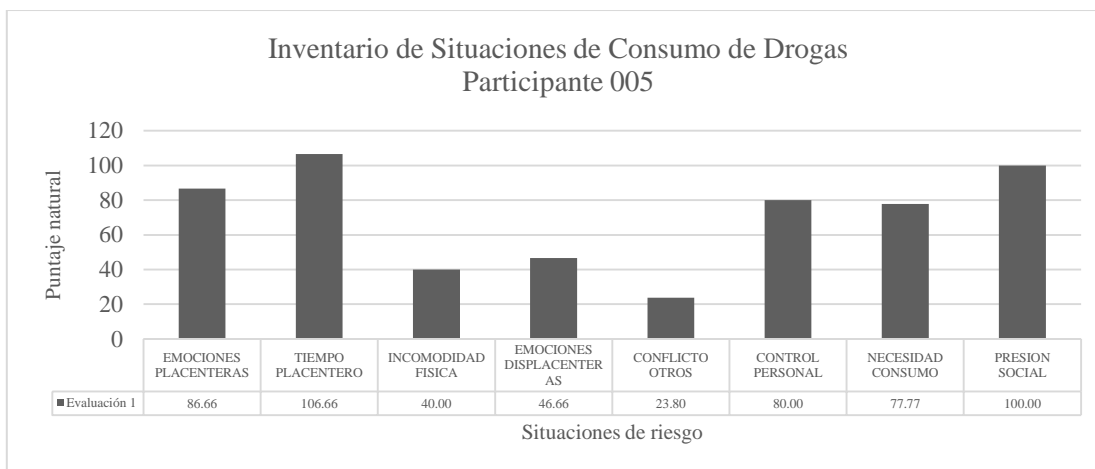


Figura 17. Factores de riesgo de consumo de cocaína en el participante 005, agrupado como evaluación 1.

En la Figura 18 se muestra la evaluación pre-test realizada al participante 005, agrupado como evaluación 1, se observa el registro de opiniones que está conformado por 10 creencias irracionales las cuales son indicadas con palabras claves en la siguiente figura. Creencia aprobación 2%, perfección 6%, castigo 2%, frustración 3%, causa externa 2%, ansiedad 3%, evitación 4%, fuerte 5%, pasado 1%, con la última creencia de inactividad 3%.

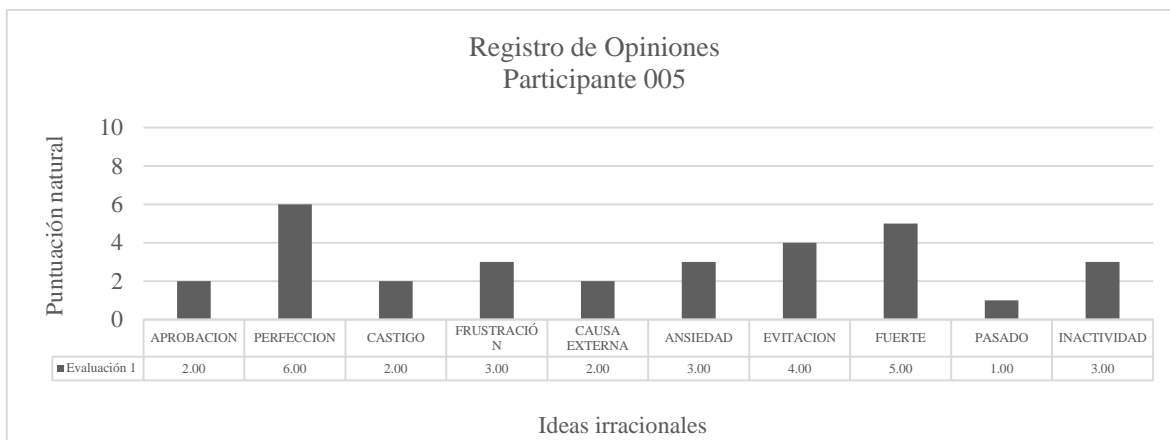


Figura 18. Creencias irracionales en el participante 005, agrupado como evaluación 1.

En la Figura 19 se muestra la evaluación pre-test realizada al participante 005, agrupado como evaluación 1, se observa el inventario de asertividad de Gambrill y Richey II que está conformado por 2 escalas: grado de incomodidad y probabilidad de respuesta. Grado de incomodidad 132%, probabilidad de respuesta 138%.

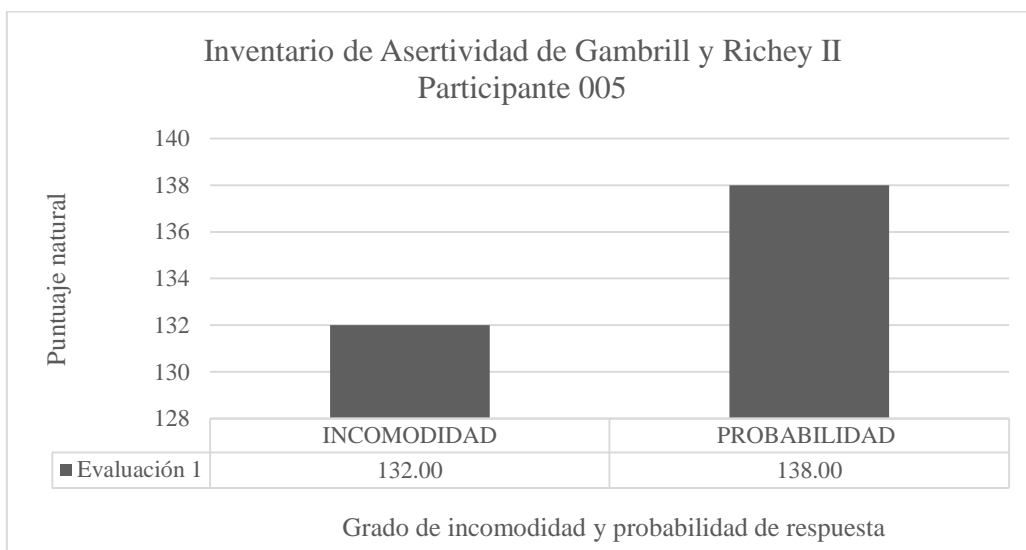


Figura 19. Grado de incomodidad y probabilidad de respuesta participante 005, agrupado como evaluación 1.

En la Figura 20 se muestra la evaluación realizada al participante 005, agrupado como evaluación 1, de acuerdo a la satisfacción de vida 20%.

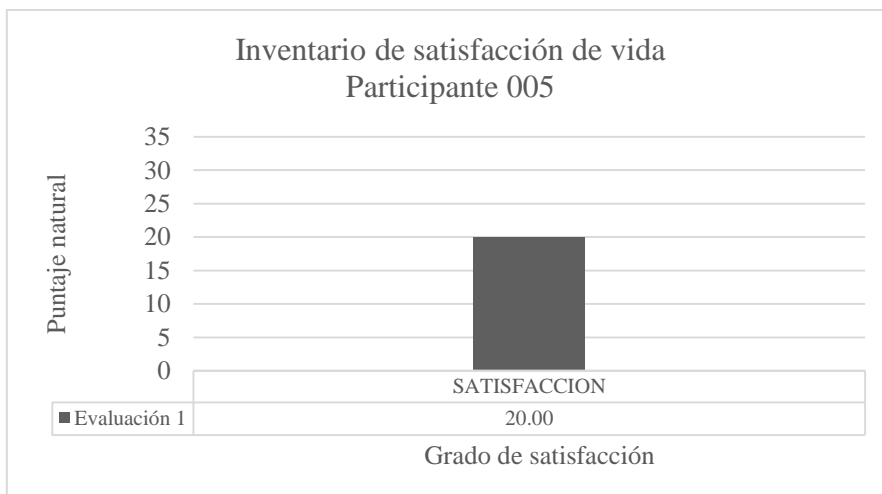


Figura 20. Grado de satisfacción con la vida participante 005, agrupado como evaluación 1.

En la Figura 21, se muestran las evaluaciones pre y post realizadas al participante 006, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2, se observan las subescalas: emociones placenteras pre 60%, post test 40%, tiempo placentero pre 60%, post test 43.33%, incomodidad física pre-test 30%, post-test 20%, emociones displacenteras pre 43.33% y post-test 33.33%, conflicto con otros pre-test 23.80% post-test 20%, control personal pre-test 66.66%, post-test 50%, necesidad y tentación de consumo pre-test 66.66% post-test 33.33%, por último subescala presión social pre-test 66.66 %, post-test 40%.

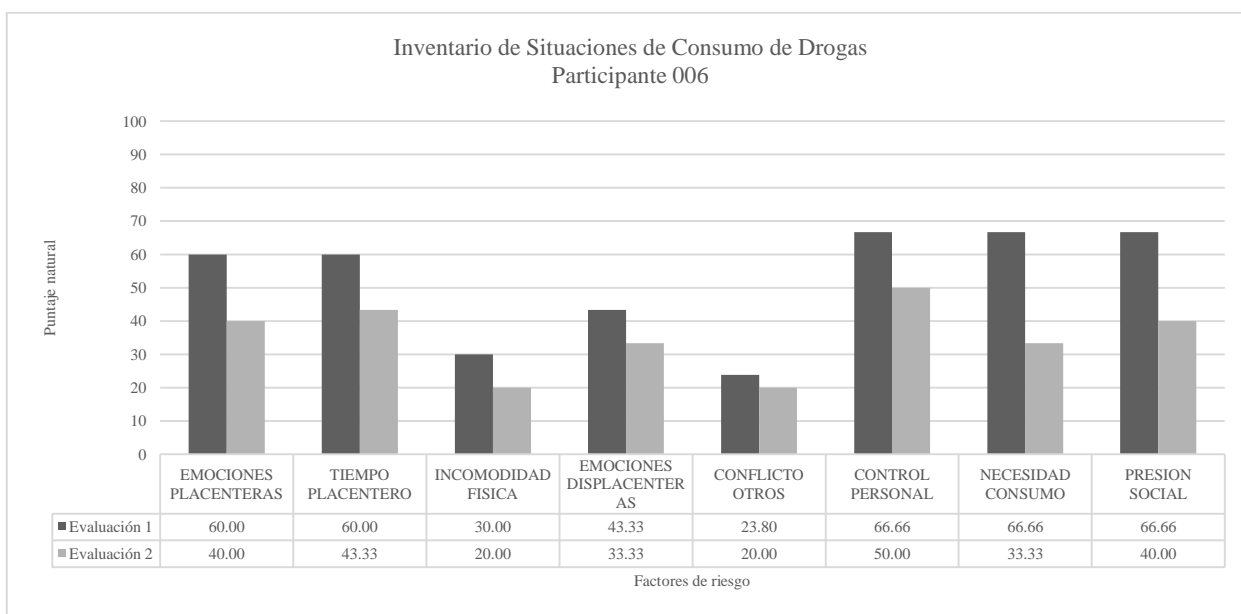


Figura 21. Factores de riesgo de consumo de cocaína en el participante 006, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2.

En la Figura 22 se muestran las evaluaciones pre y post-test realizadas al participante 006, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2, se observa el registro de opiniones que está conformado por 10 creencias irracionales las cuales son indicadas con palabras claves en la siguiente figura. Creencia aprobación pre 4%, post-test 2%, perfección pre y post-test 3%, castigo pre 3% y post-test 1%, frustración pre-test 6% post-test 4%, causa externa pre-test y post-test 4%, ansiedad pre-test 8% , post-test 4%, evitación pre y post-test 1%, fuerte pre-test 5% post-test 3%, pasado pre-test 5%, post-test 4%, inactividad pre 5% y post 4%.

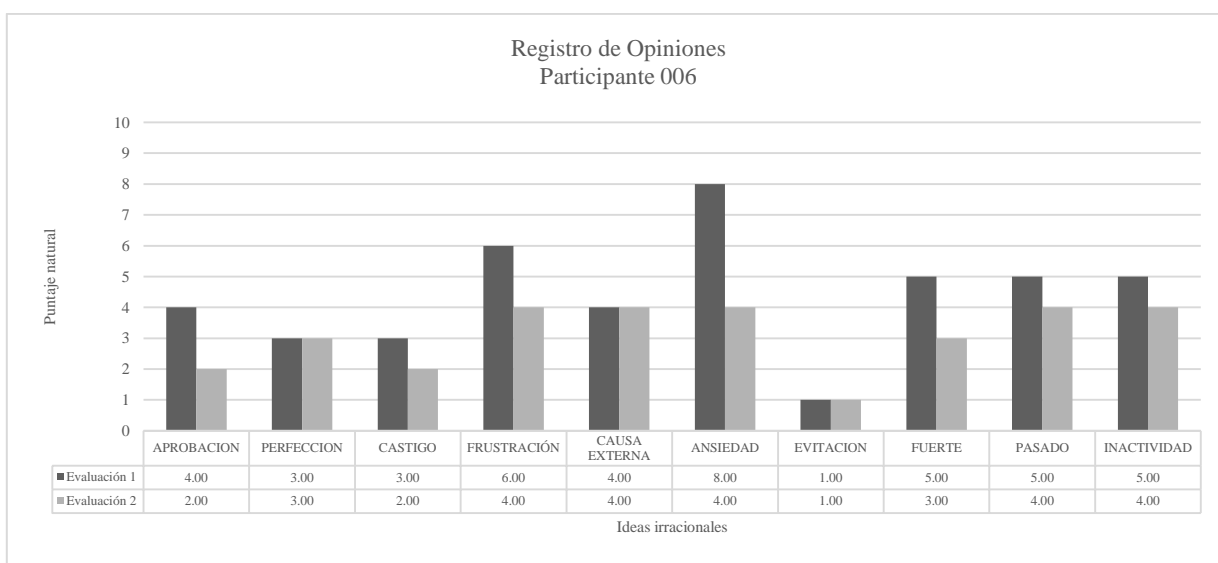


Figura 22. Creencias irracionales en el participante 006, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2.

En la Figura 23 se muestran las evaluaciones pre y post-test realizadas al participante 006, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2 , se observa el inventario de asertividad de Gambrell y Richey II que está conformado por 2 escalas: grado de incomodidad y probabilidad de respuesta. Grado de incomodidad pre-test 112%, post-test 62%, probabilidad de respuesta pre-test 104% y post-test 81%.

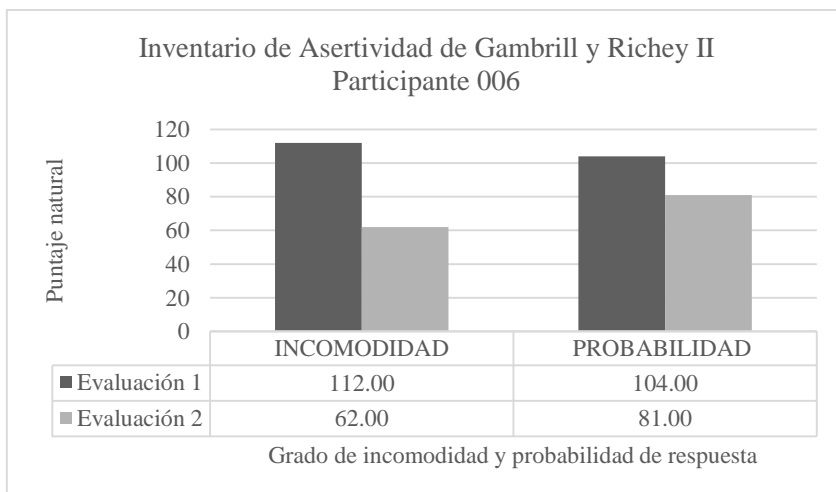


Figura 23. Grado de incomodidad y probabilidad de respuesta participante 006, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2.

En la Figura 24 se muestran las evaluaciones pre y post-test realizadas al participante 006, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2 de acuerdo a la satisfacción de vida, pre-test 11% y post-test 23%.

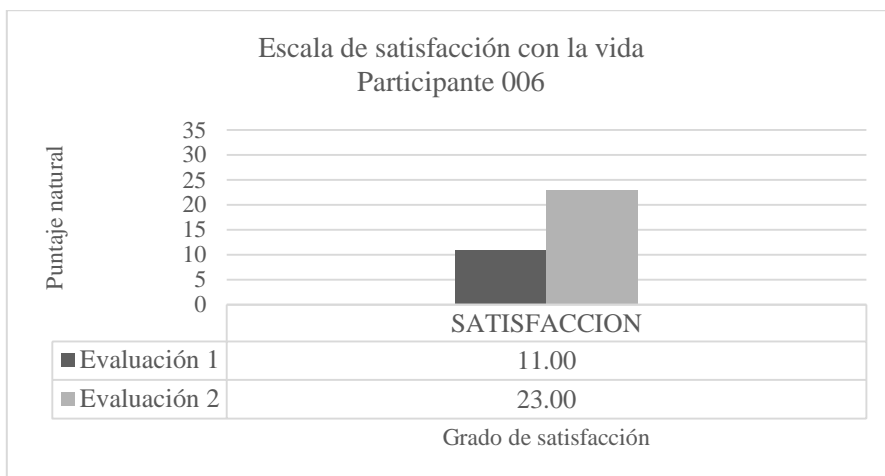


Figura 24. Grado de satisfacción con la vida participante 006, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2.

En la Figura 25, se muestran las evaluaciones pre y post realizadas al participante 007, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2, se observan las subescalas: emociones placenteras pre 13.33%, post test 46.66%, tiempo placentero pre y post test 40%,

incomodidad física pre-test 6.66%, post-test 3.33%, emociones displacenteras pre y post-test 26.66%, conflicto con otros pre-test 16.66% post-test 4.76%, control personal pre-test 60%, post-test 80%, necesidad y tentación de consumo pre-test 38.88% post-test 33.33%, por último subescala presión social pre-test 40 %, post-test 33.33%.

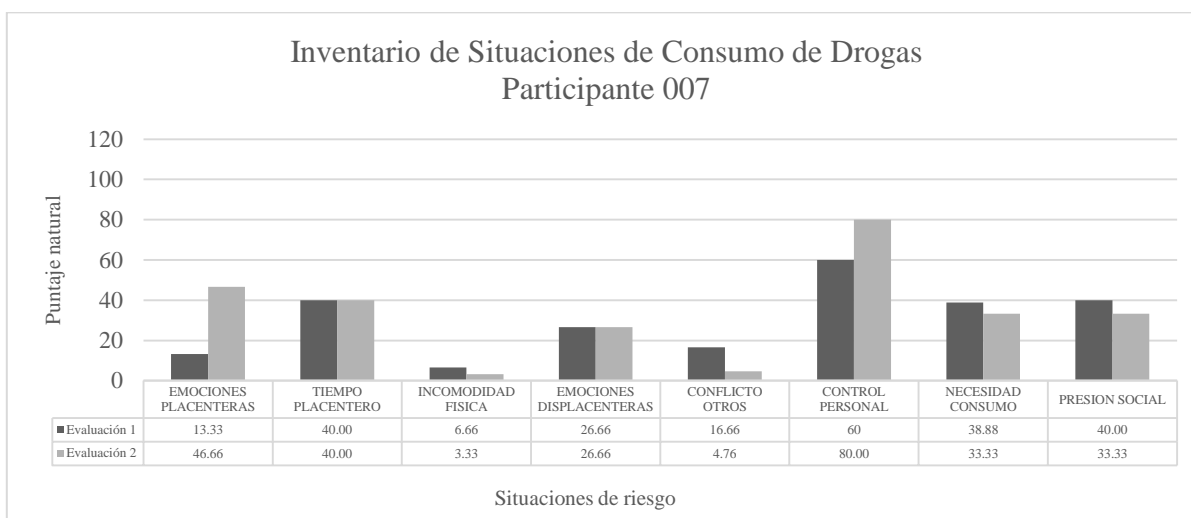


Figura 25. Factores de riesgo de consumo de cocaína en el participante 007, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2.

En la Figura 26 se muestran las evaluaciones pre y post-test realizadas al participante 007, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2, se observa el registro de opiniones que está conformado por 10 creencias irracionales las cuales son indicadas con palabras claves en la siguiente figura. Creencia aprobación pre 6%, post-test 4%, perfección pre 4%, post-test 3%, castigo pre y post-test 1%, frustración pre-test 3% post-test 5%, causa externa pre-test 3% post-test 2%, ansiedad pre-test 8%, post-test 6%, evitación pre 7%, post-test 4%, fuerte pre-test 3% post-test 2%, pasado pre-test 5%, post-test 4%, inactividad pre y post 3%.

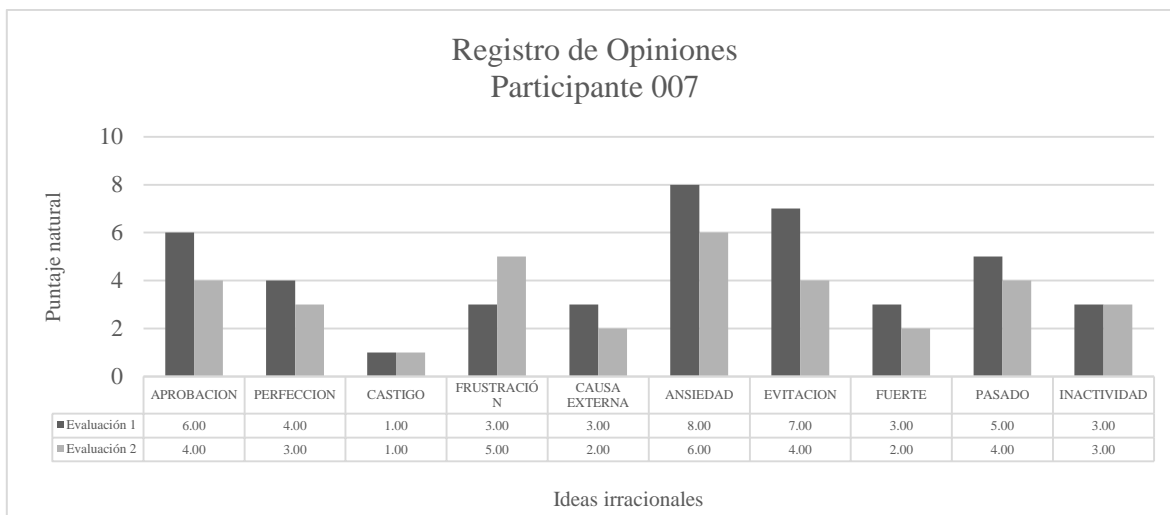


Figura 26. Creencias irracionales en el participante 007, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2.

En la Figura 27 se muestran las evaluaciones pre y post-test realizadas al participante 007, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2, se observa el inventario de asertividad de Gambrill y Richey II que está conformado por grado de incomodidad y probabilidad de respuesta. Grado de incomodidad pre-test 123%, post-test 88%, probabilidad de respuesta pre-test 114% y post-test 93%.

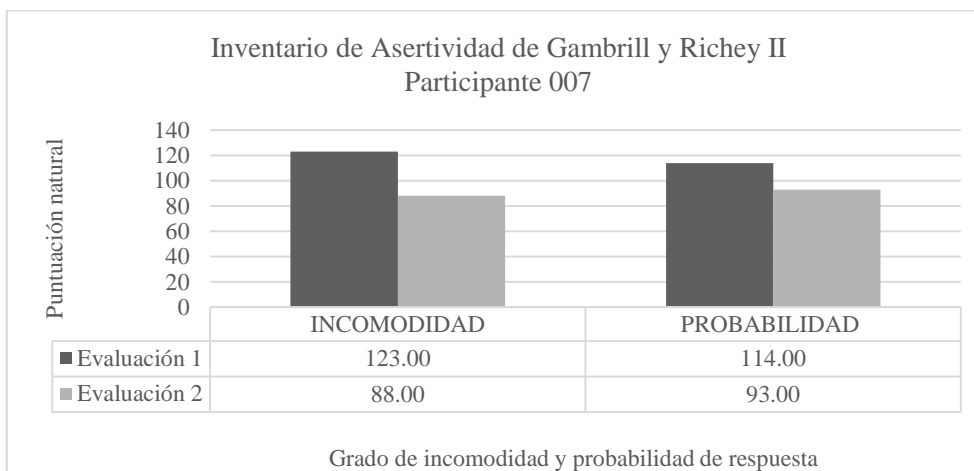


Figura 27. Grado de incomodidad y probabilidad de respuesta participante 007, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2.

En la Figura 28 se muestran las evaluaciones pre y post-test realizadas al participante 007, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2 de acuerdo a la satisfacción de vida, pre-test 16% y post-test 20%.

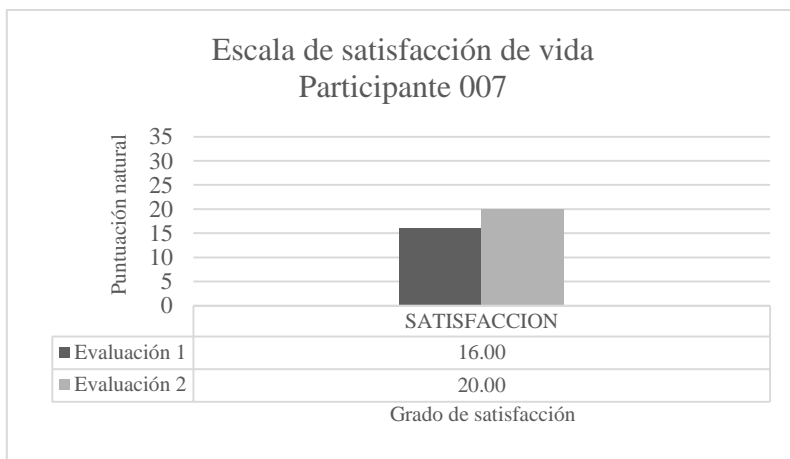


Figura 28. Grado de satisfacción con la vida participante 007, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2.

En la Figura 29, se muestran las evaluaciones pre y post realizadas al participante 008, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2, se observan las subescalas: emociones placenteras pre 80%, post test 6.66%, tiempo placentero pre 93%, post test 13.33%, incomodidad física pre-test 33.33%, post-test 0%, emociones displacenteras pre-test 53.33 y post-test 13.33%, conflicto con otros pre-test 28.57% post-test 4.76%, control personal pre-test 73.33% y post-test 26.66%, necesidad y tentación de consumo pre-test 77.77% post-test 33.33%, por último subescala presión social pre-test 53.33 %, post-test 6.66%.

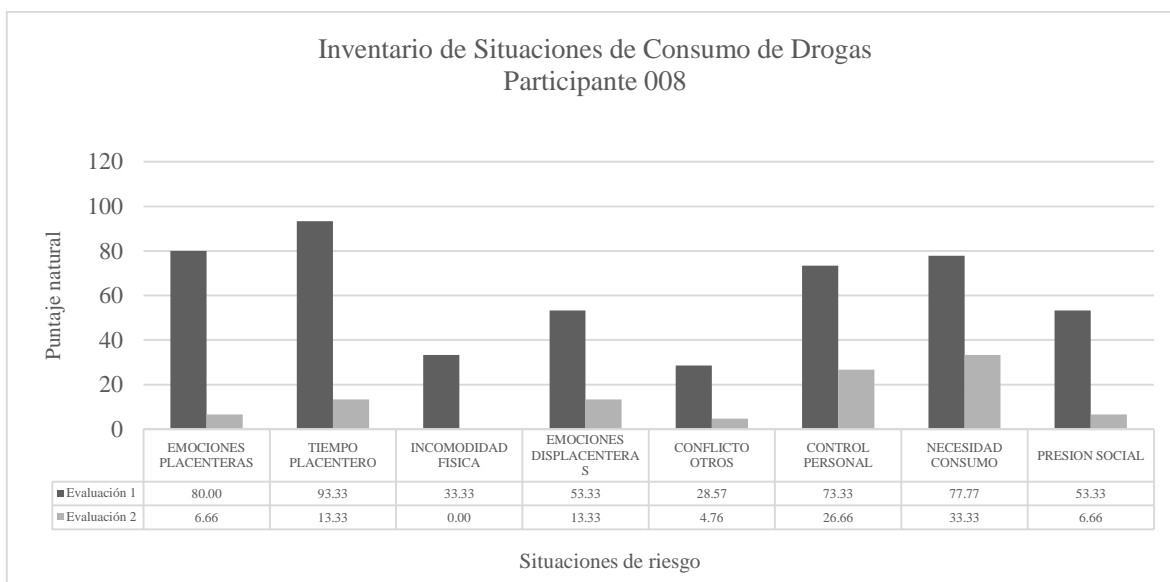


Figura 29. Factores de riesgo de consumo de cocaína en el participante 008, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2.

En la Figura 30 se muestran las evaluaciones pre y post-test realizadas al participante 008, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2, se observa el registro de opiniones que está conformado por 10 creencias irracionales las cuales son indicadas con palabras claves en la siguiente figura. Creencia aprobación pre 6%, post-test 4%, perfección pre 6%, post-test 6%, castigo pre 4%, post-test 5%, frustración pre-test 7%, post-test 4%, causa externa pre y post-test 2%, ansiedad pre-test 6% , post-test 7%, evitación pre 6% post-test 5%, fuerte pre-test 4% post-test 6%, pasado pre-test 8%, post-test 3%, con la última creencia inactividad pre 5% y post-test 4%.

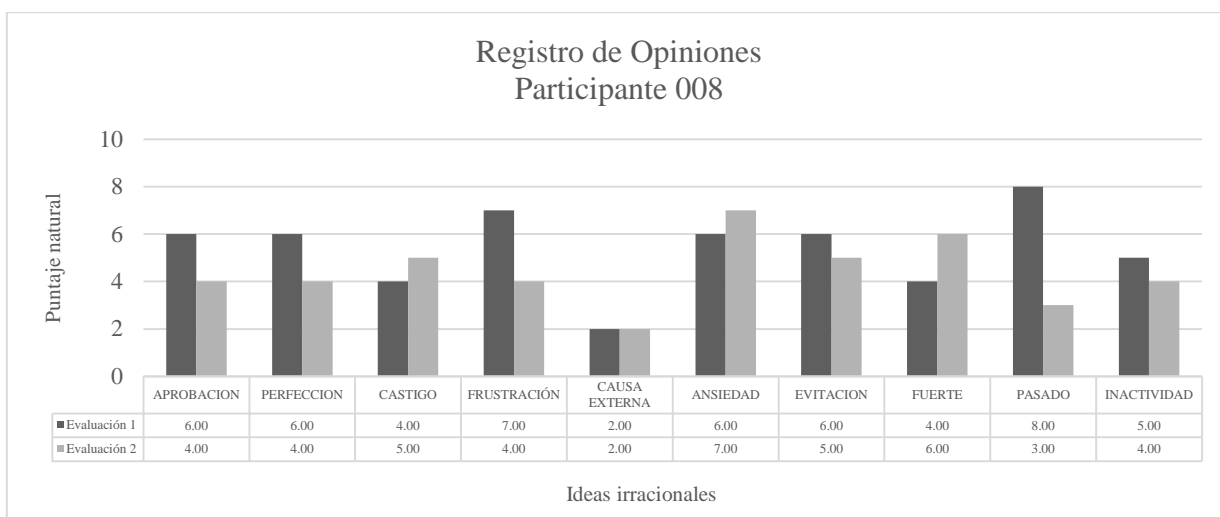


Figura 30. Creencias irracionales en el participante 008, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2.

En la Figura 31 se muestran las evaluaciones pre y post-test realizadas al participante 008, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2, se observa el inventario de asertividad de Gambrell y Richey II que está conformado por 2 escalas: grado de incomodidad y probabilidad de respuesta. Grado de incomodidad pre-test 96%, post-test 78%, probabilidad de respuesta pre-test 100% y post-test 89%.

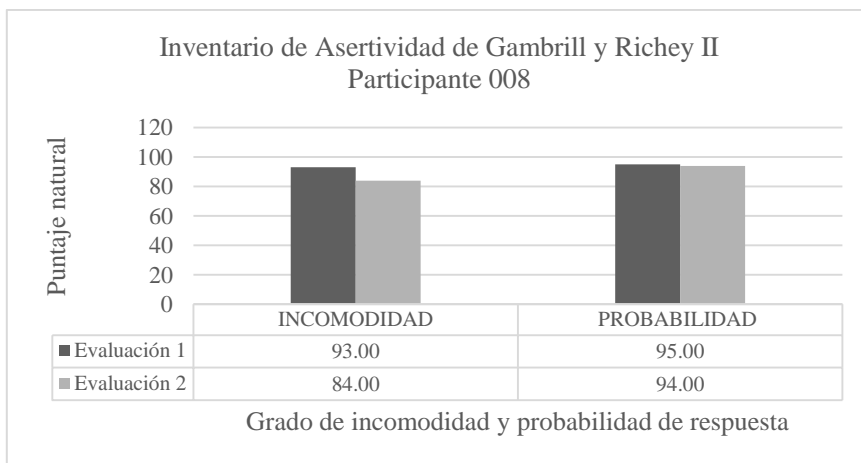


Figura 31. Grado de incomodidad y probabilidad de respuesta participante 008, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2.

En la Figura 32 se muestran las evaluaciones pre y post-test realizadas al participante 008, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2 de acuerdo a la satisfacción de vida, pre-test 15% y post-test 24%.

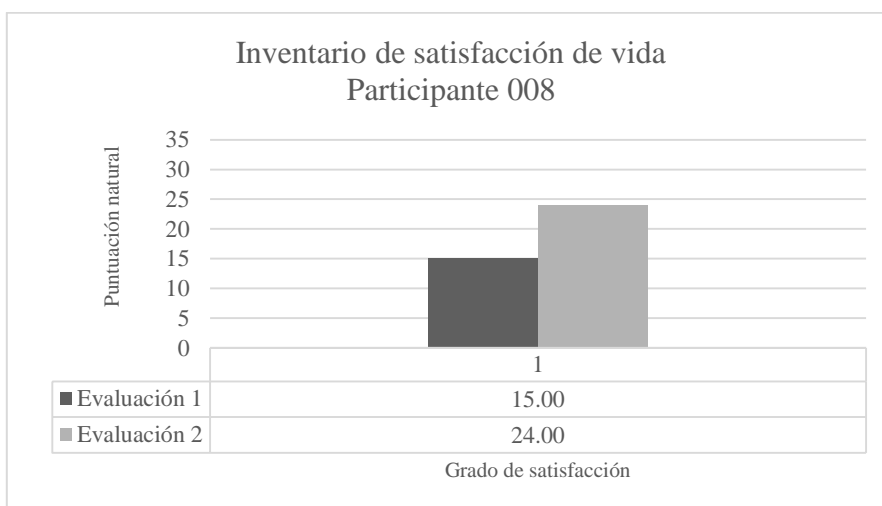


Figura 32. Grado de satisfacción con la vida participante 008, agrupado como evaluación 1 y evaluación 2.

De acuerdo a lo anterior, se puede observar en la primera evaluación del instrumento Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD) que las situaciones positivas como el que exista un acontecimiento agradable, se festeje algo que genere felicidad, alegría, son las de mayor riesgo, aquellas que pueden llevar a una recaída, esto

quizá se deba a que buscan ese sentir de bienestar que les genera la cocaína y que tiene que ver con las habilidades de afrontamiento que emplean, la presión social, no establecer límites, el no decir cómo se sienten y por lo tanto en el inventario de asertividad se muestra en general una inasertividad, esto se observa en lo que cada uno menciona en cuanto a la comunicación escasa con la familia, incluso con las parejas y en sus las relaciones interpersonales.

La satisfacción de vida se encuentra en un promedio general de satisfacción ligeramente por debajo de la media, puede relacionarse con la falta de expresión emocional, decir lo que piensan y sienten, verse inmersos una y otra vez en recaídas o reincidencias y pensar que no pueden hacer algo diferente a lo que se hace presente la creencia: “Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa” porque tienen miedo ante lo desconocido, ante el cambio, a la vez no sintiéndose vulnerables debido a la incertidumbre de cómo reaccionar, qué hacer, por lo que recurren de nuevo a lo conocido, la adicción, las consecuencias de ella, lo efímero de la sustancia y el alivio al no tener que pensar de qué manera van a actuar cuando no sepan qué hacer con ello.

En las segundas evaluaciones se observan cambios entre los participantes, principalmente aquellos que forman parte del grupo experimental, lo cual más adelante será también descrito a grandes rasgos desde grupo control y grupo experimental.

A continuación se presenta la comparación de medias pre-test y post-test de cada instrumento aplicado por grupo control y grupo experimental.

En la Figura 33, se muestran las medias pre test agrupado como grupo control (GC) y grupo experimental (GE), se observa en las subescalas: emociones placenteras GC 84.99% y GE 59.99%, tiempo placentero GC 76.66% y GE 74.99%, control personal GC 61.66% y GE 69.99%, presión social GC 63.33% y GE 64.99%, necesidad y tentación GC 74.98% y GE 65.27%, incomodidad física GC 28.33% y GE 27.49%, emociones displacenteras GC 39.16% y GE 42.49%, por último subescala conflicto con otros GC 17.8% y GE 23.2%.

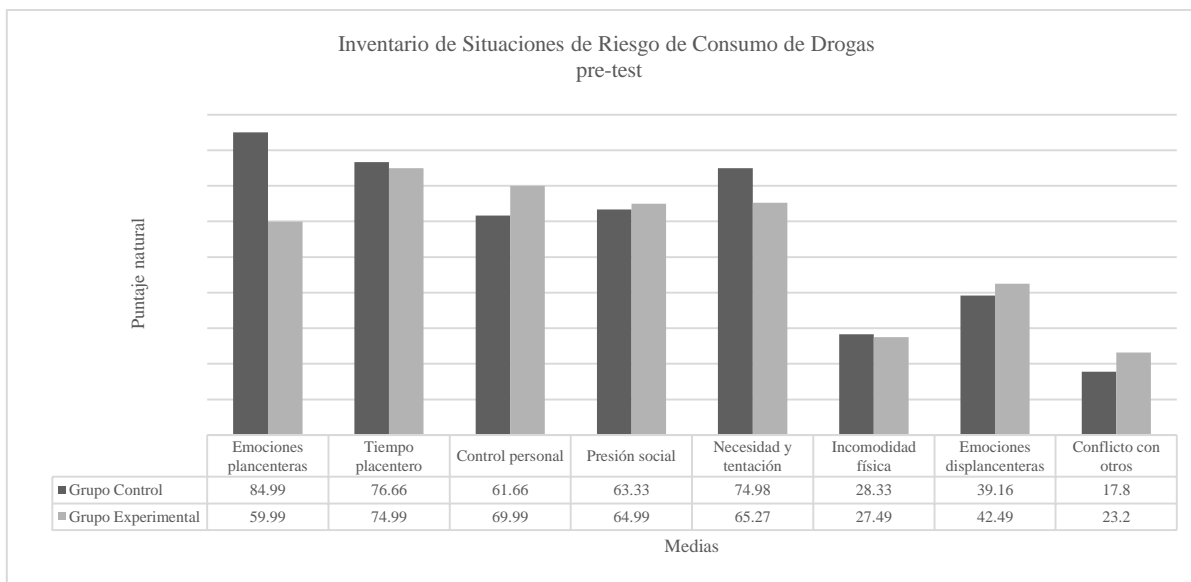


Figura 33. Inventario de situaciones de riesgo de consumo de drogas, agrupado como grupo control y grupo experimental pre test.

Tabla 4.

U de Mann-Whitney pre test (ISCD)

| | Emociones placenteras | Control personal | Incomodidad física | Necesidad consumo | Emociones displacenteras | Tiempo placentero | Conflict o otros | Presión social |
|-----------------------------|-----------------------|------------------|--------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|------------------|----------------|
| U de Mann-Whitney | 5.500 | 6.500 | 7.000 | 4.000 | 7.000 | 7.500 | 7.000 | 7.500 |
| Sig. asintótica (bilateral) | 0.468 | 0.661 | 0.77 | 0.234 | 0.767 | 0.885 | 0.772 | 0.885 |

Nota: No existe significancia.

En la Figura 34, se muestran las medias post test agrupado como grupo control (GC) y grupo experimental (GE), se observa en las subescalas: emociones placenteras GC 97.58% y GE 31.1%, tiempo placentero GC 96.66% y GE 52.22%, control personal GC 85% y GE 32.22%, presión social GC 78.33% y GE 26.66%, necesidad y tentación GC 86.11% y GE 24.44%, incomodidad física GC 33.32% y GE 7.77%, emociones

displacenteras GC 47.49% y GE 9.84%, por último subescala conflicto con otros GC 21.42% y GE 33.33%.

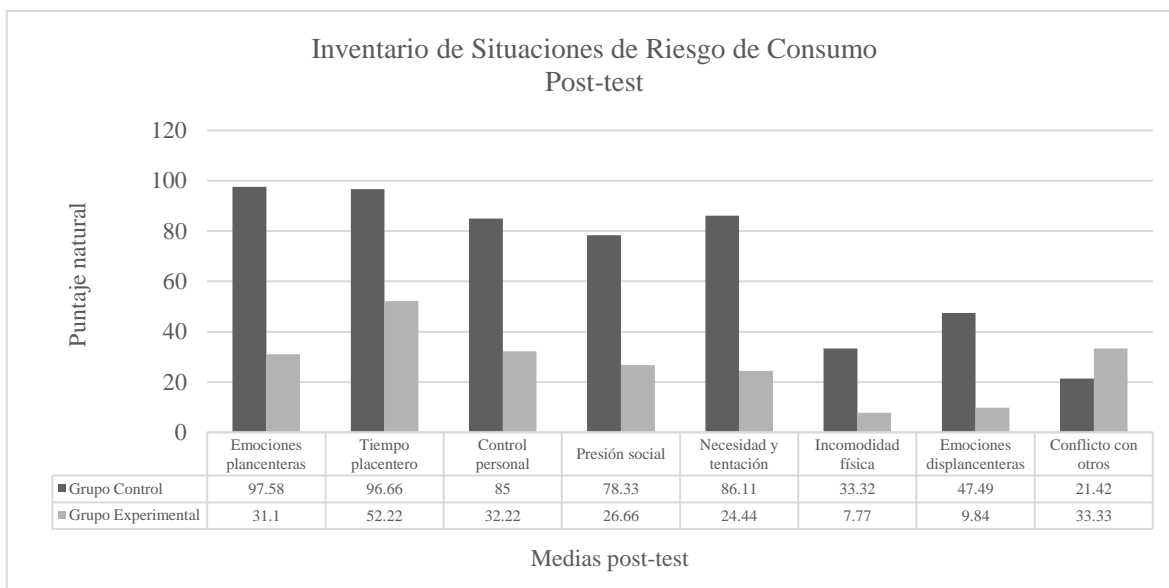


Figura 34. Inventario de situaciones de riesgo de consumo de drogas, agrupado como grupo control y grupo experimental post test.

Tabla 5.

U de Mann-Whitney post-test (ISCD).

| | Emociones placenteras | Control personal | Incomodidad física | Necesidad consumo | Emociones displacenteras | Tiempo placentero | Conflicto con otros | Presión social |
|-----------------------------|-----------------------|------------------|--------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|---------------------|----------------|
| U de Mann-Whitney | 0 | 1.500 | 1.000 | 0 | 0 | 0.5 | 7.000 | 1.500 |
| Sig. asintótica (bilateral) | 0.021 | 0.059 | 0.042 | 0.02 | 0.02 | 0.028 | 0.767 | 0.059 |

Nota: se observa significancia en subescalas: emociones placenteras ($p=0.021$), incomodidad física ($p=0.042$), necesidad y tentación de consumo ($p=0.02$), tiempo placentero ($p=0.028$).

En la Figura 35 se muestran las medias pre-test, agrupado como grupo control (GC) y grupo experimental (GE), se observa el registro de opiniones que está conformado por 10 creencias irracionales las cuales son indicadas con palabras claves en la siguiente figura.

Creencia aprobación GC 5.25%, GE 4.5%, perfección GC 4.75%, GE 4.75%, castigo GC 4.5%, GE 2.5%, frustración GC 4.75%, GE 4.75%, causa externa GC 2.25%, GE 2.75%, ansiedad GC 6.75%, GE 6.25%, evitación GC 5.5%, GE 4.5%, fuerte GC 4.75%, GE 4.25%, pasado GC 3.25%, GE 4.75%, con la última creencia inactividad GC 3.75%, GE 4%.

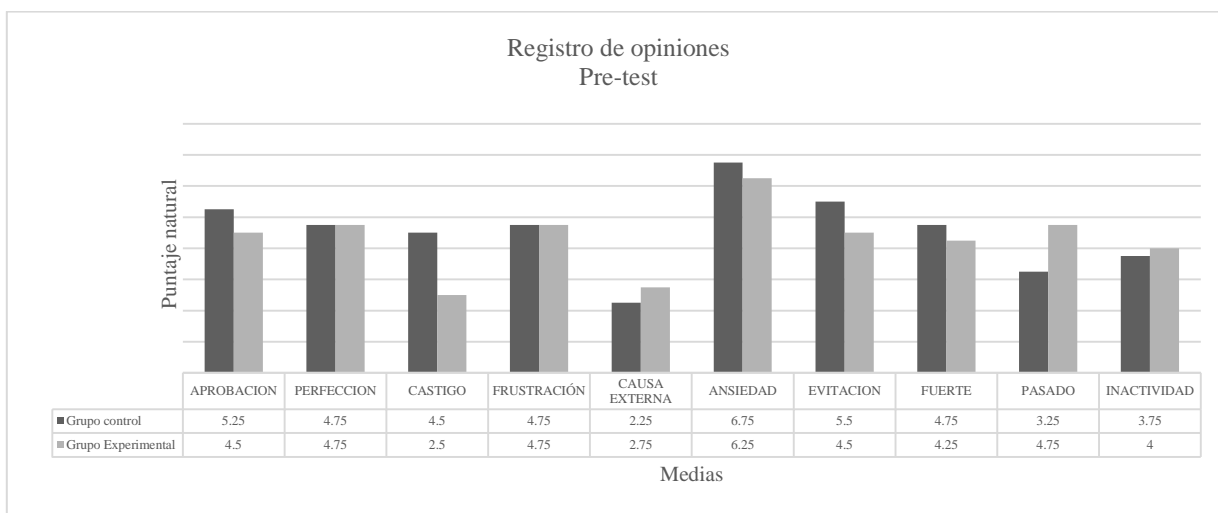


Figura 35. Registro de opiniones, agrupado como grupo control y grupo experimental pre test.

Tabla 6.

U de Mann-Whitney, Registro de opiniones pre-test.

| | Aprobación | Perfección | Castigo | Frustración | Causa externa | Ansiedad | Evitación | Fuerte | Pasado | Inactividad |
|-----------------------------|------------|------------|---------|-------------|---------------|----------|-----------|--------|--------|-------------|
| U de Mann-Whitney | 6.000 | 8.000 | 1.000 | 7.500 | 6.500 | 8.000 | 6.500 | 5.000 | 4.000 | 7.000 |
| Sig. asintótica (bilateral) | 0.544 | 1.000 | 0.037 | 0.881 | 0.661 | 1.000 | 0.655 | 0.372 | 0.234 | 0.766 |

Nota: se indican las medias pre-test, creencias: ciertas personas son malas y deberían ser castigadas con una media 0.037 por lo que resulta con significancia.

En la Figura 36 se muestran las medias pre-test, agrupado como grupo control (GC) y grupo experimental (GE), se observa el registro de opiniones que está conformado por 10 creencias irracionales las cuales son indicadas con palabras claves en la siguiente figura. Creencia aprobación GC 4.5%, GE 3.3%, perfección GC 4.75%, GE 3.33%, castigo GC 2.5%, GE 2.66%, frustración GC 4.75%, GE 4.33%, causa externa GC 2.75%, GE 2.66%, ansiedad GC 6.25%, GE 5.66%, evitación GC 4.5%, GE 3.33%, fuerte GC 4.25%, GE 3.66%, pasado GC 4.75%, GE 3.66%, con la última creencia inactividad GC 4%, GE 3.66%.

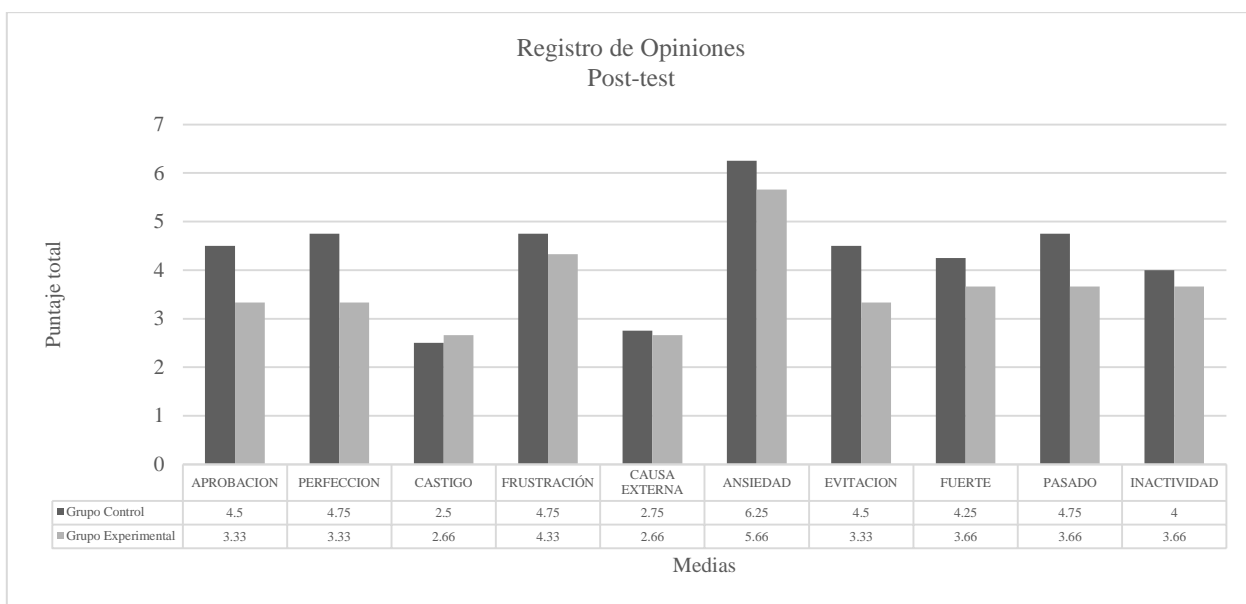


Figura 36. Registro de opiniones, agrupado como grupo control y grupo experimental post-test. Tabla 7.

U de Mann-Whitney, Registro de opiniones post-test.

| | Causa | | | | | | | | | |
|-----------------------------|------------|------------|---------|-------------|---------|----------|-----------|--------|--------|-------------|
| | Aprobación | Perfección | Castigo | Frustración | externa | Ansiedad | Evitación | Fuerte | Pasado | Inactividad |
| U de Mann-Whitney | 2.000 | 0.5 | 3.000 | 2.000 | 7.500 | 2.000 | 3.500 | 4.000 | 7.000 | 5.500 |
| Sig. asintótica (bilateral) | 0.08 | 0.028 | 0.137 | 0.074 | 0.882 | 0.047 | 0.191 | 0.243 | 0.762 | 0.465 |

Nota: creencias: perfección ($p= 0.028$), ansiedad ($p=0.047$).

En la Figura 37 se muestran las medias pre-test, agrupado como grupo control (GC) y grupo experimental (GE), se observa el inventario de asertividad de Gambrill y Richey II que está conformado por grado de incomodidad y probabilidad de respuesta. Grado de incomodidad GC 94.25% y GE 115%, probabilidad de respuesta GC 95% y GE 112.75%.

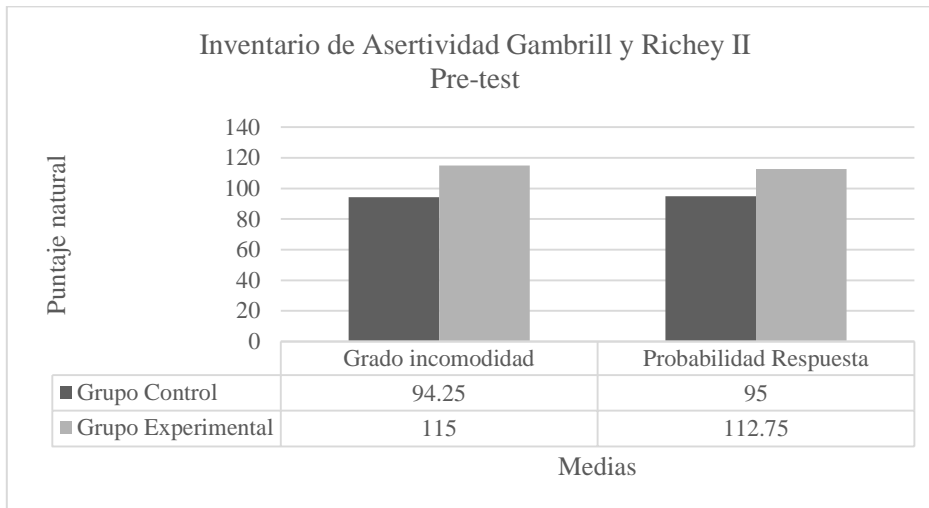


Figura 37. Inventario de Asertividad Gambrill y Richey II pre-test agrupado como grupo control y grupo experimental.

Tabla 8.

U de Mann-Whitney, Inventario de Asertividad pre-test.

| | Grado incomodidad | Grado respuesta |
|-----------------------------|-------------------|-----------------|
| U de Mann-Whitney | 4.000 | 3.000 |
| Sig. asintótica (bilateral) | 0.248 | 0.149 |

Nota: Estadísticos de prueba U de Mann-Whitney, Inventario de Asertividad pre-test, no se observa significancia.

En la Figura 38 se muestran las medias pre-test, agrupado como grupo control (GC) y grupo experimental (GE), se observa el inventario de asertividad de Gambrill y Richey II que está conformado por grado de incomodidad y probabilidad de respuesta. Grado de incomodidad GC 97% y GE 77.66%, probabilidad de respuesta GC 86% y GE 88.66%.

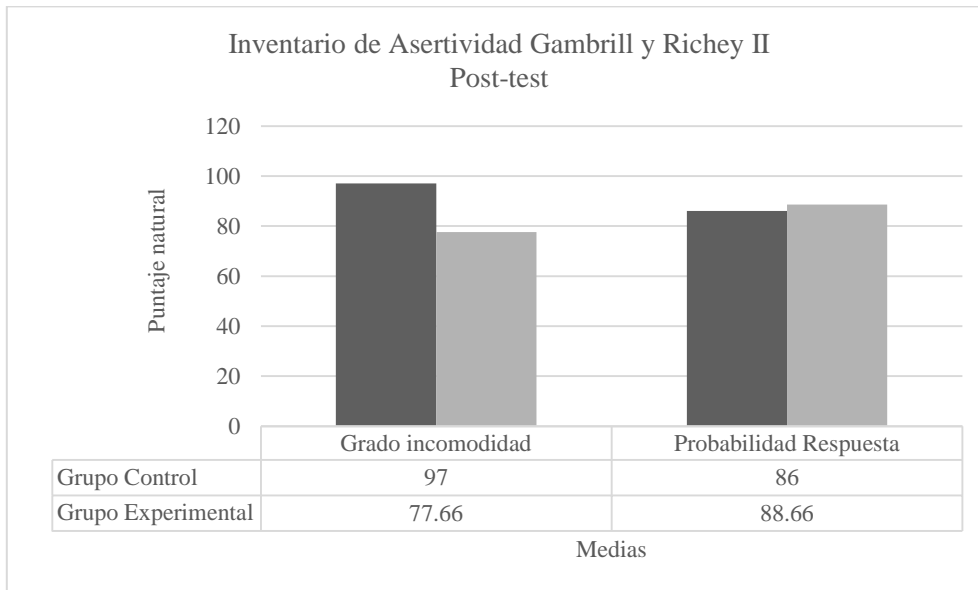


Figura 38. Inventario de Asertividad Gambrill y Richey post-test agrupado como grupo control y grupo experimental.

Tabla 9.

U de Mann-Whitney, Inventario de Asertividad post-test.

| | Grado incomodidad | Grado respuesta |
|-----------------------------|-------------------|-----------------|
| U de Mann-Whitney | 4.000 | 8.000 |
| Sig. asintótica (bilateral) | 0.248 | 1.000 |

Nota: Estadísticos de prueba U de Mann-Whitney, Inventario de Asertividad post-test, sin significancia.

En la Figura 39 se muestran las medias pre-test, agrupado como grupo control (GC) y grupo experimental (GE) de acuerdo a la satisfacción de vida, GC 18.5% y GE 15.5%.

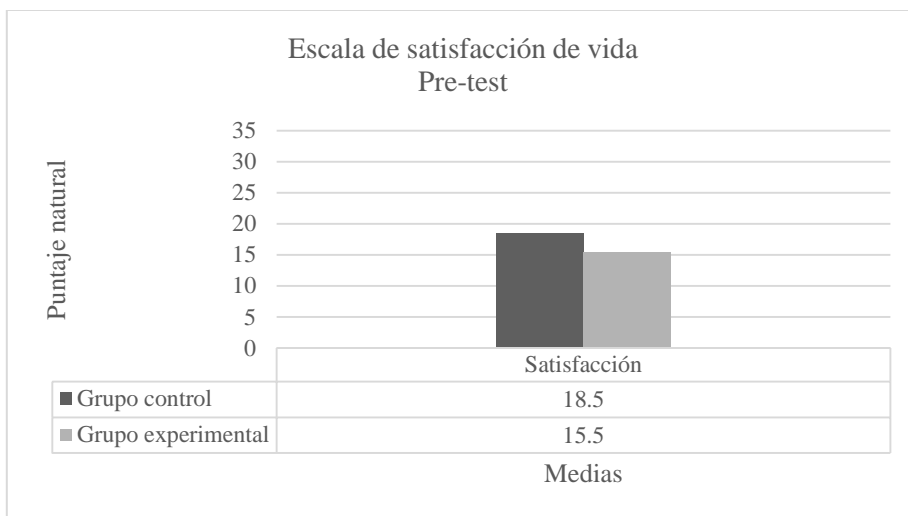


Figura 39. Escala de satisfacción con la vida pre-test, agrupado como grupo control y grupo experimental.

Tabla 10.

U de Mann-Whitney, Escala de satisfacción de vida pre-test.

| Satisfacción de vida | |
|-----------------------------|-------|
| U de Mann-Whitney | 4.000 |
| Sig. asintótica (bilateral) | 0.237 |

Nota: Estadísticos de prueba U de Mann-Whitney, Escala de satisfacción de vida pre-test. No se observa significancia.

En la Figura 40 se muestran las medias pre-test, agrupado como grupo control (GC) y grupo experimental (GE) de acuerdo a la satisfacción de vida, GC 14.75% y GE 23.33%.

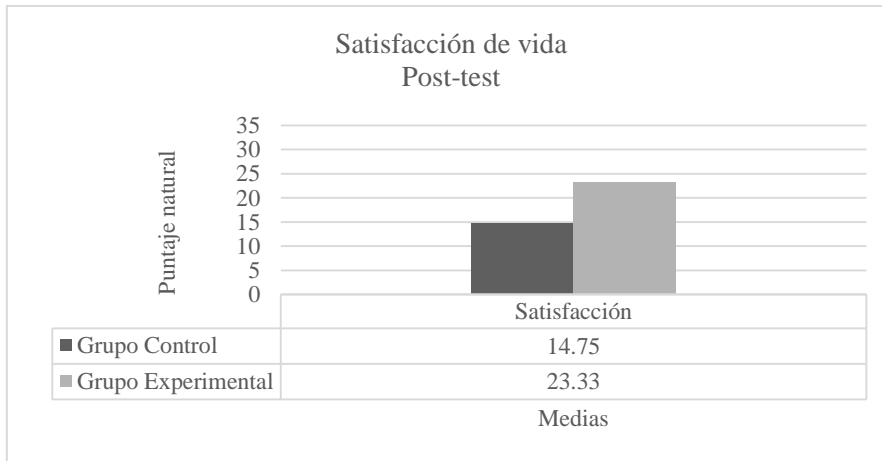


Figura 40. Escala de satisfacción con la vida post-test, agrupado como grupo control y grupo experimental.

Tabla 11.

Escala de satisfacción de vida post-test.

| Satisfacción de vida | |
|-----------------------------|-------|
| U de Mann-Whitney | 4.000 |
| Sig. asintótica (bilateral) | 0.245 |

Nota: Estadísticos de prueba U de Mann-Whitney, Escala de satisfacción de vida post-test.. No se observa significancia.

Después de observar las diferencias entre los grupos: control y experimental, se sugieren significancias en situaciones de riesgo, ideas irracionales, asertividad y satisfacción de vida, tomando en cuenta las técnicas con las que se trabajaron durante el proceso de intervención psicoterapéutico que apoyaron a que fueran realizados cambios en los participantes, los cuales más adelante se categorizan (Tabla 13).

Se realizó un análisis de contenido con respecto a los datos obtenidos en las entrevistas identificando categorías y subcategorías de cada elemento. (Tabla 12).

Tabla 12.

Categorías y subcategorías de las entrevistas con personas adictas a la cocaína..

| Categorías | Subcategorías |
|--------------|---|
| Autoconcepto | <p>Ambivalencia</p> <p>Sensación de vacío</p> <p>Dificultad en la toma de decisiones.</p> <p>Dificultad en el manejo emocional.</p> <p>Internamiento debido al consumo de cocaína.</p> <p>Disposición para el cambio.</p> <p>Preocupación por el cuidado físico.</p> <p>Actitudes positivas y negativas de sí mismo.</p> <p>Satisfacción con las responsabilidades.</p> <p>Necesidad del control del exterior.</p> <p>Actitudes de egocentrismo.</p> |
| Familia | <p>Ausencia familiar.</p> <p>Familia nuclear.</p> <p>Interacción familiar.</p> <p>Muertes en la familia.</p> <p>Violencia intrafamiliar.</p> <p>Aislamiento por consumo de drogas.</p> <p>Figuras de autoridad.</p> <p>Búsqueda de reconocimiento del padre.</p> <p>Sentimientos negativos hacia la familia.</p> <p>Admiración hacia la familia.</p> <p>Percepción de los familiares.</p> <p>Ausencia de expresiones de cariño.</p> <p>Maternidad y paternidad a edad temprana.</p> |
| Pareja | <p>Relaciones destructivas.</p> <p>Actitud negativa hacia la pareja.</p> <p>Escasa comunicación con hijos.</p> <p>Pérdida gestacional.</p> <p>Relaciones interpersonales superficiales.</p> |
| Vida Sexual | <p>Desinformación respecto a la vida sexual.</p> <p>Prácticas sexuales de riesgo.</p> <p>(Inicio de vida sexual a temprana edad, relaciones sexuales bajo la influencia de alcohol y/o drogas, prostitución para conseguir droga).</p> <p>Autopercepción negativa de su sexualidad.</p> <p>Abuso sexual infantil.</p> |
| Académico | <p>Problemas escolares.</p> <p>Autopercepción como estudiante negativa.</p> <p>Necesidad de inclusión social.</p> <p>Escasas metas escolares.</p> |
| Laboral | <p>Irresponsabilidad en el trabajo.</p> |

| | |
|--------------------------|---|
| | <p>Actividad laboral y factores de riesgo (chofer, enfermero, coyote, etc).</p> <p>Problemas de inestabilidad en el trabajo.</p> <p>Planteamiento de metas laborales.</p> |
| Antecedentes familiares | <p>Abuso y dependencia de alcohol y drogas en la familia. (Normalización del consumo de drogas, convivencia a través de la ingesta de alcohol y drogas).</p> <p>Enfermedades psiquiátricas.</p> <p>Intentos de suicidio y/o suicidios.</p> |
| Historia de la adicción | <p>Atención psicológica a temprana edad.</p> <p>Consumo de drogas en la adolescencia.</p> <p>Situación de consumo por convivencia social.</p> <p>Situación agradable de consumo.</p> <p>Consumo de polisustancias.</p> <p>Consecuencias debido al consumo de drogas.</p> <p>Consumo de enervantes excesivo.</p> <p>Compulsión por la droga.</p> <p>Actividad delirante.</p> <p>Drogas ilegales administradas en el último año.</p> <p>Medicamentos con vigilancia médica.</p> |
| Social | <p>Redes de apoyo de familiares y amigos.</p> <p>Pasatiempos.</p> <p>Reacción ante exposición a la droga.</p> <p>Sentir comprensión de parte de otros.</p> <p>Capacidad de brindar apoyo a otros.</p> <p>Plan de acción ante craving.</p> <p>Opinión acerca de grupo A.A.</p> <p>Sentimiento de autosuficiencia.</p> <p>Sentimiento de soledad.</p> <p>Familiares de riesgo.</p> <p>Conductas delictivas.</p> |
| Conciencia de enfermedad | <p>Periodos de abstinencia.</p> <p>Sentimientos pre y post recaída.</p> <p>Descuido de actividades.</p> <p>Actitud ante la recuperación.</p> <p>Sentimientos negativos ante el consumo.</p> <p>Situaciones detonantes del consumo.</p> <p>Conducta compulsiva compensatoria.</p> <p>Situaciones de tentación de consumo.</p> |

En seguida se realiza la descripción de categorías y subcategorías, empleando un análisis acerca de las mismas.

Autoconcepto de los participantes consumidores de cocaína.

Dentro de esta categoría se identificaron subcategorías que describen la percepción de cada participante hacia sí mismo.

Participante 001 tiene una percepción de sí mismo ambivalente, *sic.* “*Soy noble, feliz, impulsivo, complicado, confundido, que no aclaro bien mis ideas*”, actitudes negativas de sí mismo, “*a veces es complicado entenderme*”, así como una sensación de vacío “*Me siento incompleto, quiero hacer algo*” marcando generalmente aspectos negativos de su persona.

Participante 002 indica ambivalencia y un pobre autoconcepto ya que hace énfasis en atributos físicos, *sic.* “*Físicamente soy este medio chaparrito, este tengo ojos de color miel, estoy ni tan gordo ni tan flaco*”, actitudes negativas de sí mismo “*Me cuesta dejar atrás el pasado, no estoy tan guapo pero tampoco tan feo*”, dificultad en la toma de decisiones “*Me cuesta trabajo tomar decisiones*”, dificultad en el manejo emocional “*Mis problemas emocionales y el aferrarme me han llevado muchas veces al consumo*”, sensación de vacío “*Yo tengo un problema con la soledad, no me gusta estar solo...necesito llenar ese vacío...esa tristeza que me empieza a invadir*”, disposición al cambio “*No volver a cometer errores, ya que no he aprovechado muchas oportunidades*”, insatisfacción con responsabilidades “*En algunas cosas que hago me siento satisfecho como la escuela...no me siento bien satisfecho en lo emocional*”. Este participante refiere constantemente insatisfacción de vida y una baja autoestima, con necesidad de afecto.

Participante 003 manifiesta una preocupación por su físico, *sic.* “*Físicamente soy una persona que le gusta cuidarse, hacer ejercicio...una buena alimentación*”, “*No me gusta mi panza*”, con disposición al cambio “*En esta nueva etapa de mi vida que yo le llamo así, soy una persona responsable que trato de cumplir mis metas, no dejo las cosas para mañana*”, una actitud positiva de sí mismo “*Me gusta mi alegría y el entusiasmo con el que hago las cosas*”, satisfacción con responsabilidades “*Me siento satisfecho y creo que a veces logro más de lo que esperaba*” y dificultad en el manejo emocional “*A veces que soy muy tolerante con las personas...se llegan a aprovechar de mí*”. En general se muestra con motivación al proceso de la recuperación.

Participante 004 indica actitudes negativas de sí mismo, *sic.* “*Hablar de mí me molesta, me incomoda...tengo miedo, soy cerrado, tímido, no hablo de mis cosas*”, sin embargo manifiesta algunas actitudes positivas de sí mismo “*Soy una persona tranquila...buena persona hasta eso, serio, inteligente...guapo*”, como disposición al cambio “*He empezado a enfrentar miedos, como hablar en público*” y satisfacción con responsabilidades “*Me siento contento, satisfecho*”. El participante 004 tiene un pobre autoconcepto y miedo a hablar de sí mismo, ya que se mostró renuente ante la descripción de sí mismo.

Participante 005 se muestra ambivalente, *sic.* “*Era el patito feo de la familia y no me hacían caso, bueno yo digo que ellos me veían como que yo podía solo*”, con actitudes negativas de sí mismo “*No me gustan mis cambios de humor y pues mi drogadicción, que soy poco introvertido, paciente y enojón*” con dificultad en el manejo de sus emociones “*Exploto, no las puedo controlar, cualquier cosa me pone de malas*”.

Participante 006 tiene una percepción de sí mismo ambivalente, *sic.* “*Soy seguro, por que siento que puedo encajar en un grupo social pero a veces siento que se dan cuenta de mi inseguridad*”, con actitudes de egocentrismo “*No me gusta mi soberbia, que me digan mis errores, me creo autosuficiente, creo que tengo la razón*”, actitudes positivas de sí mismo “*Tengo facilidad para hacer amistades*” y una disposición al cambio “*Quisiera cambiar mis actitudes, mi consumo, tener mejor calidad como persona, mi manera de pensar*”. Menciona que su internamiento es debido a estimulantes “*ya no era el mismo, se dieron cuenta que no actuaba de la manera correcta y era deshonesto, grosero, manipulador*”, presentando anteriormente conductas delictivas “*Se dieron cuenta que estaba robando cosas de la casa, me metí en la mafia, caí a prisión en estados unidos 2 años*”.

Participante 007 con percepción negativa de sí mismo, *sic.* “*me volví frío, es muy raro que se me salga una lágrima, me costaba trabajo conversar con alguien más, la cagué en ser el valemadre, el que no se deja*”, actitudes positivas de sí mismo “*Yo creo que siempre he luchado por lo que quiero o por lo que me gusta*”, dificultad en el manejo

emocional *“Hay veces que no quisiera recordar muchas cosas que ya hice me acuerdo y digo pude haber evitado eso y me siento culpable”*, minimizando consecuencias por el consumo *“Otros han tocando fondo bien cabrón”* a pesar de su internamiento por consumo de estimulantes *“Estaba gastando más de lo que ganaba, el denigrarme gacho, perder mi trabajo estable que tengo”*, dice sentirse satisfecho con sus responsabilidades *“Contento conmigo y dentro de lo que cabe satisfecho”*.

Participante 008 manifiesta ambivalencia, *sic. “Es que tengo de todo y de nada a veces si y a veces tengo como de todo, eso me hace sentir que soy única”*, actitudes negativas de sí misma *“Enojona, berrinchuda, caprichosa me rio de todo, digo puras babosadas no me gusta imitar a nadie, no confío muy fácil en la gente”*, presenta preocupación por su físico *“Soy muy tragona y estoy gorda, me he hecho liposucción por lasser, tratamientos pastillas y así, no soy muy apegada al ejercicio, con lasser iba 3 veces a la semana bajé como 30 kilos y antes estaba super más delgada que ahorita y el alcohol me hizo subir de peso también”*, actitudes de egocentrismo *“Hay veces que quiero todo para mí, soy egoísta, luego no doy o solo pienso en mí”*, dificultad en la toma de decisiones *“Para que esperar algo si terminan decidiendo ellos por mi”*, insatisfacción con las responsabilidades *“Me siento frustrada, aunque contenta, porque se que me va a ayudar en algo”*.

Se identifica un autoestima baja en los participantes, ya que hay confusión en cuanto a quienes son, presentan escasos planes de vida y considera tener características negativas.

Las relaciones familiares en consumidores de cocaína.

En esta categoría se identificaron subcategorías que abarcan pensamientos hacia miembros de la familia, interacción y la dinámica que se vivencía entre ellos.

Participante 001 se destaca una ausencia familiar, *sic. “No convivíamos mucho, hasta los 5 años viví con mi abuela”* así como la inconstancia dentro de la familia *“He vivido en ocasiones con mi mamá, luego con mi papá”*, la relación familiar es escasa,

existen problemas de comunicación *“Platico más con mi mamá y mi hermana, con mi papa es imposible platicar”*.

Participante 002 existen problemas de comunicación, *sic. “La relación con mi papá es buena, es con el que más comunicación hay, con mi mamá y hermano es distante, casi no hablamos”*, violencia intrafamiliar *“Mis papás me pegaron como 4 o 5 veces”*, destacando una pérdida importante en la familia *“Mi hermano murió de cáncer de tráquea hace 11 años”*.

Participante 003 se observa ausencia familiar tanto de su familia nuclear como de él hacia sus hijos, *sic. “Crecí con mis abuelos paternos...Mi papá vivía con su familia...Soy papa ausente aunque no les falta nada...sé lo que se siente ser un hijo que no tiene papá”*, con una figura de autoridad pobre hacia el padre *“El día de hoy mi papá no tiene ninguna autoridad sobre de mí”*, aspectos positivos hacia la madre y abuelo paterno *“Para mí, mi papá fue mi abuelo, un ejemplo a seguir y una persona importante...Mi mamá es una persona emprendedora, exitosa y muy trabajadora, de carácter muy fuerte”*, es una familia cerrada *“Siempre ha sido mi familia muy cerrada...”* y con miedo al rechazo *“Yo siempre de chico quería buscar a mi papá...me daba miedo al rechazo”*.

Participante 004 ha vivido con ausencia familiar debido a que la interacción de comunicación y emocional es escasa, *sic. “Con ninguno convivía demasiado...con mi papá, era solapador, mi mamá consentidora y con mi hermana había alejamiento”*.

Participante 005 ha vivido ausencia familiar, *sic. “A mi papá biológico lo conocí hace un año...A mi mamá casi no la veíamos porque trabajaba...”*, lo cual ha generado un sentimiento de abandono *“Mi papá se fue por problemas con la ley y porque tenía otra mujer... es una forma de tener la atención de mi madre”* aunque el padrastro funge una figura importante en la interacción familiar *“Desde chiquito ha estado él, con mi mamá se podría decir que siempre he sido muy abierto, con mi hermana me llevo bien...con mi hermano nos metemos en problemas...juntos para robar, no pagar drogas, consumimos piedra y coca”*, en la infancia hubo violencia intrafamiliar *“Los gritos más que nada cuando mi mamá llegaba fastidiada del trabajo”*.

Participante 006 ha vivido ausencia familiar, sic. *“Cuando tenía 19 años mi padre se separó de mi madre...con mi hijo he vivido casi toda la vida del niño con él...a la niña casi no la procuro”*, tiene una figura de autoridad establecida *“Mi madre siempre nos cuidó...mis respetos para ella, es la persona que mas quiero en el mundo, es muy buena”*, vivió violencia intrafamiliar *“Hubo maltrato verbal y físico, más que nada a mi...a mi madre”*, manifestando una dificultad en el manejo de emociones *“A veces no se me hace justo todo lo que hizo...me da coraje también porque siento que soy igual que mi papá...eso me frustra”*, con buena relación con su madre *“Considero que es buena...con el tiempo he ido retomando esa confianza”*.

Participante 007 se observa ausencia familiar, sic. *“Mi papá por trabajo y eso ha emigrado a otros estados y a otro país...tiene como tres años que llegó”* con sentimiento de abandono, las figuras paternas de la infancia han sido *“Mi tío materno...fue como mi segundo padre...siempre he sido más apegado a mi abuelo”*, presencié violencia intrafamiliar *“Llegué a ver que mi papá le pegaba a mi mamá”*, buscaba expresiones de cariño sin obtenerlos *“Es muy rara mi madre, la abrazaba y de repente si nos dejaba abrazarla pero era muy rara la vez”*.

Participante 008 se entiende que hay una ausencia familiar, sic. *“Mi papá a veces dormía en la casa y otras no...mis papás cuidan a mi hijo, a veces me iba y se los encargaba”*, responsabilidades a muy temprana edad *“iba a buscar a mi papá donde estuviera porque a veces no llegaba a la casa y estaba bastante tomado...me embaracé a los 17 años pero no le dije al papá de mi hijo”*, se destaca una pérdida importante en la familia *“mi hermana se suicidó hace 11 años, ella era como mi mamá porque me cuidaba”*.

Los participantes 002 y 008 han tenido pérdida de un hermano/a, lo que es una situación importante en la que la dinámica familiar siempre se ve afectada por este tipo de eventos, manifiestan sentimientos de culpa ante ese suceso, ambos presentan dificultad para aceptar la muerte de sus hermanos.

Escasez de relaciones afectivas en los participantes.

En esta categoría se indagan las relaciones de pareja que han establecido los entrevistados, así como los motivos de ruptura, conflictos y percepción acerca de sus relaciones.

Participante 001 ha tenido relaciones destructivas, *sic.* “*Mis relaciones han terminado por infidelidad, se hartan de la manera de drogarme*” relaciones interpersonales superficiales “*Una persona ha sido significativa porque es con la que más tiempo conviví...mi última novia la conocí en el grupo pero terminamos por problemas de celos, y además yo recaí*”.

Participante 002 se ha involucrado con personas que tienen adicción, *sic.* “*Conocí a esta chava en un centro de rehabilitación hace un año*”, relaciones interpersonales superficiales “*Me sigue gustando físicamente ... no hay comunicación, confianza, se está perdiendo el cariño... la que fue mi novia hace tiempo, era importante, si la quería*”, vivió una pérdida gestacional espontánea “*iba a tener un hijo con ella*”.

Participante 003 relaciones interpersonales superficiales, *sic.* “*Me aburro...es llevarlas a la cama...lo chistoso es que cuando empiezo a salir con alguien me siento muy enamorado... cuando tenemos una relación de sexo...hacen algo tantito que no me gustó y se acaba el amor*” presentando relaciones destructivas “*Regresábamos, cortábamos, regresábamos... teniendo pareja nos volvíamos a ver con la mamá de mi hija, terminamos por infidelidades*”, así como violencia intrafamiliar “*Habían golpes por parte mía y yo le encontraba siempre chingaderas, la única forma de desquitarme era golpeándola*”, existió una pérdida gestacional espontánea “*Con la mamá de mi hijo tuve un aborto*”.

Participante 004 tiene relaciones destructivas, *sic.* “*Duré 6 años con una chava pero terminamos hace 1 año y medio, por infidelidad y las drogas*”, relaciones interpersonales superficiales “*Actualmente salgo con 3 chavas...No encuentro a alguien con quien me entienda emocionalmente*” aún así sintiéndose insatisfecho con sus relaciones “*Son jóvenes, me da flojera luego los berrinches, caprichos e inseguridad*”.

Participante 005 completamente ausencia de relación de pareja, sic. *“Tiene como 4 años que tuve mi última novia, no he tenido una relación seria”*.

Participante 006 presenta relación destructiva, sic. *“Ella salió embarazada...terminamos por mi adicción, por mi irresponsabilidad, celos tal vez, inseguridad”* hubo violencia intrafamiliar *“verbal tal vez si, agresión verbal...estaba discutiendo con ella, se me acercó y me pegó un golpe”*, tiene dos hijos de diferente mamá *“Se llevan una diferencia como de 9 meses, la niña y el niño”*, una de ellas era menor de edad *“La mamá de mi hija tenía 16 y yo 20 años, me denunció por delito de estupro, pagué fianza”*.

Participante 007 vivió una relación destructiva, sic. *“Fue una relación enfermiza, duramos 14 años juntos...terminamos hace poco por mi consumo y me cachó que andaba con otra”*, hubo pérdida gestacional inducida *“como a los 5 meses sus papás la llevaron para que abortara y me dolió mucho”*.

Participante 008 sus relaciones interpersonales son superficiales, sic. *“El papá de mi hijo ni siquiera supo que quedé embarazada, lo conocí porque íbamos en escuelas similares y consumía coca, fue de una aventura...a mi esposo lo conocí cuando tenía 12 años por unos amigos, él consumía marihuana y con el probé las drogas duramos 2 o 3 meses, vivimos juntos y nos casamos, con mi exnovio duré 10 meses, era mi mejor amigo, cariñoso pero terminamos porque yo ya consumía mucho”*.

A excepción del participante 005 que no ha tenido relación de pareja hace ya 4 años, todos recuerdan una sola persona significativa en su vida de pareja que generalmente son las madres/padres de sus hijos o aquella única persona con la que duraron más de 1 año de noviazgo.

Vida sexual y desinformación como factor de riesgo.

En esta categoría se obtiene información que obtuvieron acerca de la sexualidad, edad de inicio de vida sexual.

Participante 001 existió desinformación, *sic.* “*Nadie me brindó información respecto a la vida sexual, solo un chavo en la primaria*” con el inicio de vida sexual a temprana edad “*Mi primera vez tenía 12 años*”, *abuso sexual “cuando tenía como 7 años la señora que me cuidaba hacía que le tocara los senos”*.

Participante 002 presenta una falta de información, *sic.* “*Nadie me proporcionó información de la vida sexual...en la secundaria me enseñaron*”, vida sexual a temprana edad bajo la influencia de enervantes “*A los 11 años tuve relaciones con una desconocida, estaba tomado*”.

Participante 003 hubo desinformación, *sic.* “*Nadie, yo solito fui conociendo con la muchacha que me cuidaba y experimentaba con ella*”, una vida sexual a temprana edad “*Iba en 6° de primaria, tenía como 11 años*”, en la adultez llegó a prostituirse para obtener droga “*Con un travesti, me pagó mil pesos por sexo oral, el a mi, ni se me paró, fue por la droga, me costó trabajo tomar la decisión pero la droga es cabrona*”.

Participante 004 existe escasa información respecto a la vida sexual, *sic.* “*Mi papá me daba revistas de playboy a los 12 años*”, con el inicio de una vida sexual a temprana edad “*A los 14 años, con una amiga de mi hermana, estábamos en una fiesta*”, percepción negativa de su sexualidad “*falta afectividad con las personas con las que tengo relaciones sexuales*”.

Participante 005 con escasa información, *sic.* “*Mi hermano y sus amigos me enseñaron*” y una vida sexual a temprana edad “*A los 14 años tuve mi primera vez y había tomado alcohol*”.

Participante 006 contó con información de la sexualidad, *sic.* “*En la escuela...nunca tuve una comunicación con mis padres de ese tipo, nunca me hablaron de eso*”, inició su vida sexual a temprana edad “*A los 14 años tuve mi primera relación con una amiga de la escuela...Mi padre me inducía a las mujeres...me llevaba a los table*

dance, yo tenía 16 años”, presenta necesidad de contacto sexual “Si voy caminando en la calle miro una mujer y me sonrío y yo ya pienso que algo quiere, andar de lujurioso con las mujeres”, así como actividades de riesgo “A veces si me cuidaba, a veces no...estábamos tomados”, en la infancia existió abuso sexual “La hermana de mi mamá se me subió y se empezó a mover, yo tenía 7,8 años, ella como 14”.

Participante 007 tuvo información, *sic.* “*En la escuela... en mi casa, mis papás son abiertos*”, con un inicio de su vida sexual a temprana edad “*A los 13 años tuve mi primera vez con una vecina, ella tenía 17 años maso menos*”.

Participante 008 tuvo información, *sic.* “*En la escuela y mi mamá me decía cuídate, después de los 16*”, inicio de vida sexual a temprana edad “*A los 14 años con un novio de 23*” y presenta necesidad de contacto sexual “*Me gusta mucho el sexo y no puedo estar mucho tiempo sin tenerlo, soy adicta al sexo, me enoja si no tengo*”, ha presentado prácticas de riesgo “*Me gustaba tener relaciones sexuales bajo los efectos de la coca, lo disfrutaba más*”, vivió abuso infantil “*Un primo me tocó cuando yo tenía como 8,9 años y el 18 o 19*”.

La información que obtuvieron acerca de la vida sexual fue a través de la escuela, con amigos, el participante 007 obtuvo información sexual por los padres, en el caso de la participante 008 la información fue escasa e iba dirigido más a usar métodos preventivos de un embarazo.

El consumo de drogas conlleva consecuencias como la prostitución para obtener alguna droga, los participantes 003 y 008 han llegado a estas prácticas. Se observa que el abuso sexual infantil estuvo presente en los participantes 001, 006 y 008 entre las edades de 7 y 8 años cometidos por algún familiar.

Formación escolar y dificultades desde la infancia en el consumidor de cocaína.

En esta categoría se identifica el nivel de estudio, desempeño escolar.

Participante 001 tiene disposición a seguir estudiando *sic.* “*Estoy estudiando la prepa abierta*”, ha tenido diversos problemas escolares “*Era distraído en la escuela, no pasaba mis materias, me suspendieron y expulsaron...Reprobé 1° de secundaria*”.

Participante 002 tiene disposición a seguir estudiando, *sic.* “*Estoy en 2° semestre de la carrera de derecho*”, con una autopercepción como estudiante promedio “*Era un estudiante promedio, ni tan bajas ni tan altas calificaciones*”, tuvo problemas escolares “*Tenía TDAH, me expulsaron 2 veces de la primaria y 4 de secundaria, dejaba de asistir y no pasaba, me iba a consumir*” que causaron la deserción escolar algunos años.

Participante 003 con disposición a seguir estudiando, *sic.* “*Estoy yendo a la escuela, estudio derecho*”, llegó a tener problemas escolares “*Me llegué a saltar clases y me suspendieron en ocasiones por no hacer caso*”.

Participante 004 actitudes negativas de sí mismo como estudiante, *sic.* “*Medio flojo, no me gustan las tareas*”, tuvo problemas escolares “*Muchas veces (sonriendo) me suspendieron de la escuela*”.

Participante 005 tiene una autopercepción con estudiante promedio, *sic.* “*Soy aplicado pero por las drogas me cuesta trabajo porque no retengo muy bien las cosas*”, con problemas escolares “*De chico para aprender a leer y escribir, me costó mucho trabajo, me llevaban a clases de regularización...era peleonero, me suspendían, o porque no asistía a clases, reprobé 2° y 5° de primaria y 1° de secundaria, dejé la prepa porque quería meterme a la federal de caminos, a la gendarmería*”.

Participante 006 tienen una autopercepción como estudiante positiva, *sic.* “*Siempre me gustó ser un chavo responsable... me gustaba la escuela de hecho tenía buenas calificaciones*”, indica una necesidad de aceptación social “*Me gustaba ir a la escuela...por una aceptación social por tener mas amigos, convivir con alguien*”,

problemas escolares *“A veces nos salíamos de la escuela...me corrieron de una por faltas... Estuve en tres preparatorias me suspendieron de dos, por indisciplina, consumía en los salones con mis otros amigos, me quedé en 4to semestre de preparatoria”*, Ausencia de metas escolares *“no tenía yo un futuro así de que ay yo quiero ser esto y el otro”*.

Participante 007 autopercepción positiva, *sic.* *“Desde la primaria siempre tuve un poquito de liderazgo”*, problemas escolares *“Siempre he sido muy hiperactivo, a veces me costaba trabajo poner atención, platicaba con el compañero... me salía de clases, la secundaria fue mi etapa más rebelde...me suspendieron por pelearme o escaparme...ahorita trunqué la universidad por mis contratos”*.

Participante 008 presenta tendencia a problemas escolares, *sic.* *“Soy distraída, me cuesta poner atención...estuve en 10 escuelas... no se acoplan a mí, compré el certificado de prepa, me expulsaron de la universidad por no entregar carta certificado”*, escasas metas escolares *“estudí la universidad hasta 2º o 3er semestre en ciencias de la comunicación, tengo 3 años sin estudiar”*.

Los participantes 001, 002, 005 se encuentran estudiando el nivel medio superior, los participantes 002,003,004 se encuentran estudiando la carrera de derecho, participante 007 ha truncado la carrera de enfermería, participante 006 y 008 tienen más de 3 años sin estudiar.

El trabajo y las expectativas que se crean.

En esta categoría se identifican los posibles problemas laborales, planteamiento de metas escolares y laborales.

Participante 001 ha presentado irresponsabilidad en el trabajo, *sic.* *“He tenido 4 trabajos, me han despedido por faltas por irme a consumir también”*, con planteamiento de metas escolares y laborales *“Quiero terminar la escuela y conseguir un trabajo”*.

Participante 002 se identifica irresponsabilidad en el trabajo, *sic.* *“Dejaba de ir por estar en la fiesta”*, problemas en el trabajo *“Hace 3 años tuve problemas legales en USA”*

por robo, trabajé en un restaurante de comida rápida”, planteamiento de metas escolares y laborales “Terminar la licenciatura, trabajar en el poder judicial, ser Juez, hacer un doctorado en derecho”.

Participante 003 ha sido jefe y por lo tanto su tiempo los dedica a invertir en negocios, planteamientos escolares y laborales, *sic.* “*Vendo productos orgánicos, empecé con esto hace poco, siempre busco formas de hacer algún negocio...hacer crecer la venta de los productos orgánicos y poner una clínica”.*

Participante 004 ha estado en 4 trabajos relacionado con derecho, *sic.* “*he trabajado en despachos, como abogado y asistente”*, presenta metas laborales “*Levantar una empresa de productos orgánicos en Morelos”.*

Participante 005 ha tenido diversos trabajos, *sic.* “*soy soldador, he trabajado como repartidor de pollo, hacía muebles de acero inoxidable, vendía drogas”*, tiene inestabilidad en el trabajo “*Descansaba un tiempo, bajaba un poco la cantidad de consumo, me hacia poco responsable...trabajaba 3 o 4 meses y me salía y otra vez regresaba a los mismos trabajos”*, planteamiento de metas escolares y laborales “*A corto plazo, seguir con los proyectos de remodelación de la clínica, vamos a ir a arreglar un terreno...de ahí enfocarme otra vez en la escuela, apoyar acá en la agrupación”.*

Participante 006 ha tenido trabajos ilícitos y diversos, *sic.* “*soy peluquero...he trabajado en farmacias, tuve trabajos malos, allá en la frontera fui esos mentados coyotes”*, problemas en el trabajo “*hasta a la cárcel fui a caer”*, planteamiento de metas laborales “*Últimamente he tenido ese sueño de poner una peluquería, ir creciendo”.*

Participante 007 ha tenido diversos trabajos, *sic.* “*He tenido cinco trabajos, cuidaba a personas, instalaba audio, cargaba en el mercado, de mecánico, instalando audios”*, problemas en el trabajo “*vendía bolsitas de medicamentos”*, planteamiento de metas escolares y laborales “*aproximadamente en 2 años si todo va marchando como uno quiere terminaría la licenciatura, seguir trabajando como enfermero en el hospital”.*

Participante 008 no ha tenido trabajos formales, *sic.* “*cajera en el negocio de mis papás, es de corsetería, iba de 9 a 7pm y en otro iba con mi novio de 8 a 2:30 que*

trabajaba en una cooperativa, no me pagaban, lo acompañaba”, planteamiento de metas escolares y laborales “A corto de 3-9 meses seguir con mis papás, mediano (9 meses-2 años) juntar dinero que me ayuden mis papás para poner un negocio de comercio igual, antes quería una papelería y a largo plazo ejercer y terminar mi carrera”.

Presentan un historial de inestabilidad laboral y escolar, dificultad con la autoridad, y por lo tanto, en la toma de decisiones. La mayoría ha tenido de 3 a 5 trabajos en los últimos 5 años.

Antecedentes patológicos en el núcleo familiar.

En esta categoría se encuentran subcategorías como trastornos psiquiátricos, dependencia a drogas, alucinaciones, sobredosis, intentos de suicidio.

Participante 001 existe dependencia de drogas en la familia, *sic. “Mi tío, mi abuelo y padre consumen cocaína y alcohol, mi mamá toma medicamentos”, intentos de suicidio “El 31 de diciembre 2016 tomé Valium pero solo contrarrestó el efecto de cocaína, ya no quería vivir”.*

Participante 002 existe dependencia de drogas en la familia, *sic. “Mi papá toma alcohol, mis hermanos, uno cocaína y el que falleció consumía marihuana”.*

Participante 003 dependencia de drogas en la familia, *sic. “Mi papá es drogadicto, consume de todo pero alcohol y cocaína es su fuerte”.*

Participante 004 existe dependencia de drogas en la familia, *sic. “Mi mamá, toma alcohol y tiene depresión, toma pastillas, no recuerdo qué pero lleva años tomándolo”.*

Participante 005 existe dependencia de drogas en la familia, *sic. “La mayoría consumen, el que menos consume, consume marihuana, la mayoría cocaína, piedra...si no se habla de los problemas de las drogas no se habla más”. Percepción de la familia “Son muy prepotentes, muy presumidos”, existen pensamientos de autodestrucción “buscaba el peligro...mejor hago cosas que arriesguen mi vida a matarme, como meterme a robar a lugares más peligrosos que podía llegar la policía”.*

Participante 006 existe dependencia de drogas en la familia, sic. *“mi hermano consumió casi lo mismo que yo menos piedra, él consumió marihuana, alcohol, cocaína inhalada y pastillas...mi papá consumía alcohol pero me imagino que cocaína”*, intentos de suicidio *“Hace 5 años intenté darme un balazo ... tenía el arma y todo pero no lo hice, había caído en un estado depresivo, de estrés, tensión , a veces la parte económica pues se me juntaron muchas cosas en ese momento”*.

Participante 007 existe dependencia de drogas en la familia, sic. *“Mi papa a veces pero si toma hasta embrutecer y mi mamá se toma dos cervezas diarias...mi abuelo paterno tomó en algún tiempo...un tío materno falleció cirrosis hepática”*, enfermedades psiquiátricas *“Una tía paterna tiene depresión”*, intentos de suicidio *“Tío paterno lleva tres intentos auto medicándose”*.

Participante 008 existe dependencia de drogas en la familia, sic. *“Mi mamá fármacos desde hace 11 años...mi papá consume de todo, marihuana, cocaína, alcohol, se inyecta heroína”*, suicido en la familia *“Mi hermana se ahorcó cuando tenía 19 años, hace 11 años”*.

Todos los participantes tienen familiares con adicción o algún trastorno afectivo, que ha sido causa de muertes en la familia.

El primer consumo: su relación con lo social y emocional.

Se detectan subcategorías como edad de inicio de consumo de drogas, polisustancias, cantidad y frecuencia, prescripción de medicamentos.

Participante 001 presenta consumo de drogas en la adolescencia, sic. *“Cuando tomé alcohol tenía 12, a los 14 probé marihuana y a los 16 cocaína”*, reacción de situación positiva de consumo *“La primera vez que consumí estaba en una fiesta con mis amigos, me sentía alegre”*, consumo de polisustancias *“Peyote, cocaína, marihuana, alcohol, diario y lsd cada semana”*. Manifiesta una compulsión por la droga *“No poder controlar el consumo de sustancias psicoactivas, diario consumía de 1 a 4 gramos de cocaína”*, consecuencias debido a las drogas *“perdí a mi familia, mis amistades, la confianza de las*

personas que me quieren". Internamientos debido al consumo de estimulantes *"He tenido 9 internamientos que varían de 35 a días hasta estar 7 meses"*, Ingesta de enervantes en exceso *"He tenido 2 veces sobredosis"*, Prescripción de estimulante del sistema nervioso, Prescripción de inhibidor de serotonina, Prescripción de Beta-bloqueador *"Tomo concerta, sertralina, propanolol y risperidona para lo del TDAH"*, Atención psicológica a temprana edad *"Fui de chico por mi hiperactividad y me suspendían de clases"*.

Participante 002 Consumo de drogas en la adolescencia, *sic.* *"Consumí por primera vez a los 12 años cocaína, con amigos de la cuadra"*, Consumo de polisustancias *"He consumido marihuana, cocaína, hongos, tachas"*, Drogas administradas en el último año *"Alcohol más de media botella, cocaína 6 grs, marihuana 1 porro, diario"*, compulsión por la droga *"No puedo volver a consumir porque no paro"*, Consecuencias debido a las drogas *"Perdí la confianza de mis padres"*, Internamientos debido al consumo de estimulantes *"Este es mi quinto internamiento"*, Ingesta de enervantes en exceso *"Una vez me dio sobredosis, prescripción de Estimulante del sistema nervioso, Prescripción de inhibidor de serotonina"* *"Tomo concerta desde los 4 años de edad por el TDAH y ahorita me dieron sertralina"*.

Participante 003 Consumo de drogas en la adolescencia, *sic.* *"A los 13 años comencé con el alcohol, cocaína y piedra a los 16 años...Llegaba a consumir con mi papá"*, Drogas administradas en el último año *"Alcohol diario 1 a 2 botellas, cocaína diario 6-8 grs"*, compulsión por la droga *"Estoy enfermo de mis emociones, no puedo consumir drogas"*, Sobreprotección *"No muchas consecuencias, mi abuelo siempre me dio todo, mi abuela se preocupaba"*, Internamientos debido al consumo de estimulantes *"Había asistido a grupos de 4to y 5to paso pero volvía a caer"*.

Participante 004 Consumo de drogas en la adolescencia, *sic.* *"A los 13 años con alcohol, a los 16 marihuana y a los 17 la coca"*, situación negativa de consumo *"Fue en una casa, con mis amigos de la prepa, no me pegó la cocaína"*, Consumo de polisustancias *"Marihuana, alcohol, cocaína y tachas"*, Drogas administradas en el último año *"La cocaína de 3 a 4 veces por semana 1 gr y el alcohol igual, de 3 a 4 veces por semana como 10 vasos"*, compulsión por la droga *"No tener control sobre la sustancia"*, Consecuencias debido a las drogas *"Considero haber tenido consecuencias en todas las áreas de mi vida"*,

Consumo de enervantes excesivo *“Me internaron por un mes para desintoxicación”, medicamentos con vigilancia “Tomo Oxcarbamacepina, Tradea desde Febrero, Aripiprazol desde hace 7 meses”, atención psicológica a temprana edad “Fui con psicóloga por consumo de marihuana en la adolescencia”.*

Participante 005 Consumo de drogas en la adolescencia, *sic.* *“Lo primero que consumí fue alcohol a los 12 años...drogas empecé a los 16 con la cocaína, estaba con amigos de mi hermano”, Consumo de polisustancias “Cada fin de semana, y de ahí empecé con tachas, lsd, la piedra hasta los 18, la marihuana a los 19 porque no me gustaba, consumí cristal, DMT, peyote, hongos, anfetaminas, flexo y mona”, normalización del consumo de drogas “En las comidas familiares consumían, me daban una grapa...mi mamá me guardaba mis bachas o encontraba una grapa en mi pantalón y me decía lo dejé en tu cuarto”, Drogas administradas en el último año “Coca 1gr, piedra 2gr, 1gr de cristal diario, tacha y lsd 1 vez por semana de 1 a 4”, dependencia a sustancia “Depender de algo, de una cosa que nos haga sentir un cambio diferente, sentirnos bien, que nos provoque una felicidad que no sea auténtica”, consecuencias debido a las drogas “La pérdida de memoria a largo plazo...cambios de humores, puedo estar de buenas y después de malas”, Internamientos debido al consumo de estimulantes “Primero en un anexo, segundo grupo fuera de serie, tercero y cuarto en la misma clínica”, Consumo de enervantes en exceso “Una vez me dio una sobredosis, una amiga que era enfermera me auxilió, me puso un suero”, Alucinaciones “con la piedra mal de persecución, con el cristal empezaba a ver sombras como delirios, veía personas mas grandes que yo...empezaban a hablar entre ellos”, Medicamentos con vigilancia “Qmind neuromodulador y el de la noche Notropil es para oxigenar el cerebro”, conductas delictivas “Ya me estaba metiendo en problemas con la ley...mi mamá se enteraba que vendía y robaba los carros, la primera vez si, empecé con lo más básico, charolear los carros”.*

Participante 006 Consumo de drogas en la adolescencia, *sic.* *“Cuando tenía 12 años llegaron unos compañeritos y me invitaron coca, tenía miedo...después de jugar futbol tomábamos con mi papá, yo tenía 16, 17 años, allí es donde creció mi alcoholismo”, normalización de consumo de drogas “Pensaba que era sano ...en ese tiempo no lo hacía todos los días pero mi padre si”, Consumo de polisustancias “He consumido la cocaína,*

marihuana, alcohol, tabaco, pastillas, cristal, resistol, pvc, el thinner también, probé éxtasis pero no me gustaron y clonazepam, el rivotril esas si me gustaban mucho”, drogas administradas en el último año “Cocaína fumaba diario, me fumaba como diez, doce, alcohol una vez a la semana tres botes, marihuana una vez”, compulsión por la droga “empiezas a tapar ese fondo de sufrimiento, lo empiezas a consumir hasta que se hace habitual...te haces adicto”, consecuencias debido a las drogas “daños físicos, morales, pérdida de familia, perdida de confianza, seguridad, pérdida de empleo”, aislamiento social “Ya me cohibía, no me gustaba que nadie me mirara...ya no encajo, ya no me van a querer ... trataba de evadirlos...me aleje de mis amigos”, consumo de enervantes excesivo “Me dio pulmonia porque mis pulmones estaban llenos de esa sustancia (piedra) estuve 3 dias”, alucinaciones “Tuve delirio de persecución con la cocaína entré en pánico porque yo estaba solo en la casa y sentía que escuchaba pasos y ruidos y no había nadie pues era la pura pinche locura”.

Participante 007 Consumo de drogas en la adolescencia, *sic.* “A los 17 años empecé con la piedra estaba con el hermano de mi ex novia”, Consumo de polisustancias “Marihuana a los 21 y cocaína inhalada una vez a los 22 años”, Drogas administradas en el último año “Piedra una onza en una semana, tenía que tomar alcohol para bajarme el efecto”, compulsión por la droga “La droga de tres años para acá creo que si fue una adicción y una rebeldía... mi ultima etapa fue pura tristeza”, minimización de consumo “El alcohol yo no lo tengo bien marcado no lo consumí diario”, Consecuencias debido a las drogas “Alejamiento de mi familia, aislamiento conmigo mismo, desmotivación en mi trabajo y por mis carros”, consumo de enervantes excesivo “En una ocasión no me podía mover, me dio taquicardia, me bañé y me estuve tranquilizando, me tomé leche”, Alucinaciones “Al principio me daba paranoia ya después no”.

Participante 008 Consumo de drogas en la adolescencia, *sic.* “A los 13 años, la 1ª vez en una fiesta tacha, alcohol, marihuana, a los 19 años cocaína... el alcohol era cada mes y cigarro a los 19 años”, situación de consumo por convivencia social “No sentí nada, estaba en una fiesta con amigos, era para entrar en mi círculo social, me bajaba la peda, buscaba estar más prendida”, compulsión por la droga “Ya andaba buscando de donde sacaba mas dinero para andarme drogando, una amiga tenía sexo para sacar

droga, yo solo me quedé con un amigo a hacerle compañía y me dio coca”, Drogas administradas en el último año “Diario coca de 7 a 12 gms diarios, hasta 1 onza el fin de semana, tomaba diario y me empinaba la botella sola”, consecuencias debido a las drogas “Andaba desesperada, enojada, me quería salir y yo misma sentía que eso ya no estaba bien...Perdí a mi novio, porque en todo lo demás si cumplía, perdí interés, cambié mi forma de ser, me daba risa que lloraran, me volví irritable”, internamiento hospitalario “Por depresión, me pusieron suero hace 2 años que terminé con mi ex marido, no podía dormir, lloraba”, alucinaciones “Cuando me bañaba sentía que podía ver a través de la puerta”, medicamentos con vigilancia “Vitamina A, lubricante para la nariz y para la colitis”, atención psicológica a temprana edad “Fui con un psicólogo cuando murió mi hermana, iba cada vez que me sentía mal, en total fui como 3 veces”.

Se puede observar que la edad de inicio de consumo ha sido en la adolescencia, mostrando curiosidad y a la vez, normalizando el consumo ya que, lo han visto en miembros de la familia, de igual manera, reconocer los cambios negativos que han vivenciado debido al consumo de drogas.

Redes de apoyo en la prevención de recaídas con cocaína.

En esta categoría se mencionan los apoyos familiares y de amigos, asistencia a grupo de AA, situaciones de riesgo ante la recaída, pasatiempos, tentación de consumo.

Participante 001 tiene una red de apoyo de familia y amigos, *sic.* “Voy cada 8 días a ver a mi mamá y hermana...Tengo 2 mejores amigos que conozco desde chicos”, como parte de su rutina de pasatiempos dedica un tiempo a cocinar “ Me gusta cocinar en mi tiempo libre”, reacción de exposición ante la droga “Me sentiría ansioso si estoy donde consumen”, se siente entendido por los demás “Pienso que mi terapeuta y amigos me comprenden”, tiene una incapacidad para brindar ayuda a otros “Tiendo a no ayudar a otros cuando lo necesitan”, cuenta con un plan de acción ante craving “Llamaría a un amigo o alguien de la clínica”, con tendencia al aislamiento “Cuando me siento triste y pensativo, me gusta estar solo”, asiste a grupo de AA “Llevo 4 meses asistiendo a grupo AA, me ayuda a liberarme de mis problemas, dejé de ir un tiempo por que veía a la chava

con la que salía”, considera algunas actividades de apoyo para la recuperación “En mi recuperación la terapia, grupo y padrino son importantes”.

Participante 002 tiene como red de apoyo a familiares, *sic.* “*Mis papás me apoyan, los veo cada 8 o 15 días en México*”, pasatiempos “*Hacer ejercicio, mi tarea*”, exposición ante la droga “*Me sentiría con mucha ansiedad pero sé que no la consumiría*”, evita relaciones con personas de riesgo “*Si me entero que consumen, me alejo*”, se siente entendido por otros “*Creo que me pueden entender tanto los que consumieron como los que no porque por eso estudian*”, tiene capacidad de brindar apoyo a otros “*Si algún compañero necesita ayuda, lo hago*”, plan de acción ante craving “*Hablar con alguien de confianza*”, asistencia a grupo de AA “*Voy a grupo desde hace 6 meses que estoy aquí*”, considera actividades de apoyo para la recuperación “*Asistir a grupo, hacer ejercicio y estudiar*”.

Participante 003 cuenta con red de apoyo familiar, *sic.* “*De vez en cuando me visita mi mamá o yo voy a verla*”, pasatiempos “*Hacer ejercicio, practicar box*”, exposición ante la droga “*Quizá me sienta algo ansioso al estar en un lugar que consuman pero haría lo posible por irme*”, se siente comprendido por otros “*Creo que los adictos me entienden mejor*”, tiene capacidad de brindar apoyo a otros “*Si se puede ayudo a quien se deje*”, cuenta con un plan de acción ante craving “*No ponerme en riesgo, no ver personas, hablar con los padrinos*”, asistencia a grupo de AA “*Desde hace 10 meses asisto a grupo, me gusta cuando coordino*”, incluye actividades de apoyo para su recuperación “*Continuar con mi ejercicio, mi trabajo y estudiar*”.

Participante 004 cuenta con redes de apoyo familiares y amigos, *sic.* “*Me apoyan mis padres, mi hermana y amigos, a mi familia los voy a ver cada semana*”, pasatiempos “*Hago ejercicio*”, no asiste a lugares de riesgo “*No ir a bares, no salir con muchas mujeres... antes eran muchas, casi una diaria*”, exposición ante la droga “*si estoy en un lugar donde consuman me sentiría con ansiedad buscaría distraerme*”, se siente entendido por otros “*Las personas con las que convivo me entienden*”, plan de acción ante craving “*Hacer ejercicio, estudiar y trabajar*”, asistencia a grupo de AA “*Desde hace 7 meses asisto, desahogo mis ansiedades, me apoyan*”, actividades de apoyo para la recuperación “*Terapia psicológica, grupo de autoayuda, padrino*”.

Participante 005 redes de apoyo familiar, sic. *“Mi mamá ha venido dos veces, tengo comunicación con ella por teléfono cada vez que me acuerdo o necesito algo”*, necesidad de aceptación *“Pensaba en tener un grupo de amigos porque al principio aunque vendía tachas, lsd de los 16 a los 19 tenía una vida más fresona, me iba a fiestas, no robaba, ya después se volvió por querer tener cierto poder, dinero”*, evitar amistades de riesgo *“No buscándolos...evito hablar con ellos, ahorita estoy eliminando gente con la que consumía”*, exposición ante la droga *“Cuando hablan los compañeros me desagrada...se que me despiertan mucho las ganas de consumir...cuando me da ansiedad o cuando recuerdo cosas de mi pasado que no fueron muy agradables, cuando robaba...empiezo a sentir algo interiormente, me empieza a vibrar, sentimientos encontrados, me da por estar hiperactivo”*, se siente comprendido por otros *“Platicando con los demás me cayó otra vez el veinte, son comprensivos con lo que estoy viviendo”*, actividades de apoyo para la recuperación *“Terapeuta, padrino y grupo de AA”*.

Participante 006 tiene redes de apoyo familiares, sic. *“Mi madre, mis hermanos también...mi mamá, ella y pedro su pareja me visitaron una vez”*, amigos cercanos de riesgo *“Nos conocemos desde la infancia con mi compadre, el vende drogas y el otro desde la adolescencia...consumimos juntos pero siempre han estado allí y yo con ellos”*, creencias católicas *“Me encomiendo a veces en oraciones y años tengo haciéndolo a veces andando en la adicción si me olvidaba dios”*, exposición ante la droga *“Me iba a frustrar porque se que me gusta la droga... me sentiría pues impotente, incapaz de evadir esa situación...ya se las consecuencias y entonces me tendría que abstener a eso”*, se siente comprendido por otros *“hay un puente de conexión, el trato, se trabaja con la enfermedad, siempre la mayoría somos adictos y el poder decir esto o el otro”*, tiene capacidad de brindar apoyo a otros *“Muchas veces si he ayudado a mis compañeros o a alguien que lo necesita”*, ambiente social *“mi casa está rodeado de tiraderos...conocer nuevos vínculos, nueva gente...poder socializar con ellos sin cerveza, marihuana”*, plan de acción ante craving *“Me acuerdo que me despertaba con ganas de consumir y nadie me paraba, puedo agarrar el teléfono, comer algo, salir corriendo”*, sentimiento de soledad *“Me entra a veces la frustración de querer estar con alguien pero ps a final de cuentas todo pasa”*, opinión grupo de AA *“Conozco el programa desde 2015, es para expresarse ante la gente, que conozca su enfermedad”*.

Participante 007 cuenta con red de apoyo familiar y de amigos, *sic.* “*Mis papas, mis hermanos, cuñados, dos amigos son los que más me han apoyado emocionalmente*”, pasatiempos “*Me pongo a correr o hacer ejercicio después de la comida*”, exposición ante la droga “*Cuando escucho un tipo de música y se me antoja consumir una chelita, ir a un lugar en el que sé que van a consumir*”, plan de acción ante craving “*Trataría de evadirlo lo más que se pueda, para no verme tan mal, ahorita vengo voy a comprar, hacer ejercicio*”, aislamiento “*Hay veces que quiero estar solo y me aislo, cuando estoy pensando o meditando*”, opinión de grupo de AA “*De algunos que están bien y otros están mal fundamentados como un AA fuera de serie, en vez de ayudarte hay veces que te reprimen más*”, autosuficiencia “*No necesito apoyarme de nadie, cuando lo vas a hacer lo vas a hacer por ti, no pienso en ello, simplemente no pienso volver a hacerlo*”.

Participante 008 tiene apoyo familiar, *sic.* “*mi hijo y mi madre*”, exposición ante la droga “*La droga la metía en todo, al levantarme consumía, me sentiría ansiosa, vería lo que he estado aquí y diría ni madres*”, tiene capacidad de brindar apoyo a otros “*Depende si me caen bien*”, ambiente social “*Sabía donde encontrar a los dealers o ellos me llevaban a mi casa*”, plan de acción ante craving “*Pensarla dos veces, me sudan las manos, fiesta, pienso en drogarme*”, opinión de grupo de AA “*Fui a uno de por mi casa, es aburrido...dicen pendejadas aunque ayuda que para sacar todo lo que traigo del día y no acumular*”, actividades de apoyo para la recuperación “*Grupo, psicólogo, amigos, conocidos que me escuchan*”.

Los participantes 003 y 007 niegan que el apoyo terapéutico y de autoayuda generen un tipo de soporte importante para su recuperación, los demás, lo ven como una forma de poder liberarse del malestar emocional.

La adicción y las situaciones que influyen en la recaída.

Se identifican subcategorías como periodo de abstinencia, precipitantes de recaída, conducta compulsiva compensatoria, incapacidad para la toma de decisiones, actitud ante la recuperación.

Participante 001 mantuvo periodo de abstinencia, sic. *“Estuve 1 año sin consumo”*, situaciones negativas detonantes de la idea de consumo *“Si estoy con mi pareja y peleamos, me desespero, me pongo triste, me confío, consumo...los problemas principalmente con mi papá y despilfarro económico”*, sentimientos pre y post recaída *“Nervioso, después me siento mal, culpable, triste, decepcionado”*, incapacidad para la toma de decisiones *“Me han internado...que me digan qué hacer”*, descuido de actividades *“Ya no estaba yendo a grupo, estaba hechando más la flojera”*, pérdida de control del consumo *“Si tomara, me la sigo tomando y me sentiría alegre”*, victimización *“Mis recaídas y el sufrimiento me han llevado a preguntarme porque yo”*, actitud ante la recuperación *“Con valor, fuerza y conciencia, mantenerme alejado de las drogas y el alcohol”*, sentimientos negativos del consumo *“Me hacen sufrir...siempre que consumo la cago”* conducta compulsiva compensatoria *“Las últimas 2 semanas he comido de ansiedad,...me he cachado manipulando”*, inadecuado manejo emocional *“Dejo que el estrés, el aburrimiento y los acontecimientos de acumulen”*, situaciones de tentación de consumo *“Creo que tendré tentaciones de consumir como motivo de celebración si algo bueno me pasa y también algo malo”*.

Participante 002 periodos de abstinencia, sic. *“He dejado de tomar y las drogas por un año”*, situaciones negativas detonantes de idea de consumo *“Porque me he enojado con mis papás, por sentirme desilusionado de algo”*, sentimientos pre y post recaída *“Al principio emocionado, después con culpa, aunque después se me olvida”*, incapacidad para la toma de decisiones *“Me han internado mis papás”*, descuido de actividades *“Dejar de hacer mis actividades cotidianas”*, pérdida de control ante la droga *“Ya no puedo volver a consumir, me seguiría, mi última recaída fue con alcohol”*, situaciones de tentación de consumo *“Me pondría alerta, ansioso, siento que sí me ganarían las ganas, he tenido antojos 3 veces por semana”*, sentimientos negativos ante el consumo *“Mis problemas emocionales y el aferrarme me han llevado muchas veces al consumo”*, conducta compulsiva compensatoria *“He fumando mucho esta semana, a veces siento que algo me falta”*, situación positiva detonante ante la idea de consumo *“Si me pasara algo bueno, puedo tener tentaciones por celebrar”*.

Participante 003 periodos de abstinencia, sic. *“He tenido como 5 periodos de abstinencia pero el más largo de 1 año y medio”*, situación negativa detonante ante la idea de consumo *“Enojo o porque las cosas no salieron como esperaba, me invitaron y se me antojó”*, sentimientos pre y post recaída *“Enojado y después me tranquilicé”*, actitud ante la recuperación *“Estoy consciente que el alcohol y las drogas no son para mí”*, pérdida de control ante la droga *“Quizá me tomaría uno pero al mismo tiempo trataría de irme”*, situaciones de tentación de consumo *“Casi no me dan antojos pero me llega a pasar 1 vez cada 15 días o menos”*, conducta compulsiva compensatoria *“Hago ejercicio y eso me ayuda a relajarme”*.

Participante 004 periodo de abstinencia, sic. *“Como 3 o 4 veces dejé de consumir, duré hasta 6 meses, ahorita llevo 7 meses”*, situaciones detonantes de idea de consumo *“no salía”*, descuido de actividades *“No voy a consumir, bueno me es poco deprimente”*, pérdida de control ante la droga *“Perdería el control y sentiría culpa”*, actitud ante la recuperación *“Con voluntad, salir adelante, con apoyo”*, situaciones de tentación de consumo *“Un problema emocional, el déficit de atención con hiperactividad...se me antoja el alcohol, a pesar de que mi mayor problema es la cocaína, 1 o 2 veces”*, inadecuado manejo emocional *“Dejo que los acontecimientos y el estrés se acumulen”*.

Participante 005 periodos de abstinencia, sic. *“El tiempo que he estado en las clínicas...me pasaba que dejaba de consumir una semana”*, situaciones detonantes de idea de consumo *“Si llegaba a encontrar, la guardaba y ya la consumía sin pensar en lo que tenía que hacer...estaba pensando otra vez en salir para tener dinero para pues conseguir droga”*, sentimientos pre y post recaída *“Tener sobreconfianza, cuando todo me está saliendo bien, después ya me decepcionaba”*, dificultad en la toma de decisiones *“Me internaba mi mamá”*, victimización *“era el patito feo de la familia y no me hacían caso”*, pérdida de control de sí mismo *“Me sigo de lleno...la cerveza o alcohol me llevó otra vez a que consumiera la cocaína y que empezara a hacer cosas que siempre hacía”*, actitud ante la recuperación *“Tratar de darles una solución, buscar como alejarme de ese problema, tener otra rutina, nadar, convivir, tener pláticas con mis compañeros o ejercicio”*, sentimientos negativos ante el consumo *“Malas porque siempre me traían problemas...me veían todo jodido y pues pobre”*, conducta compulsiva compensatoria *“Comer, por el*

descontento de recordar cosas de consumo, de lo que he hecho”, situaciones de tentación de consumo “Cuando no me mantengo ocupado me da un poco de ansiedad”, situación positiva detonante de idea de consumo “La he vivido en algo que me va a dejar algo de provecho, que no me va a hacer daño, que me va a hacer feliz, voy a poder tener lo que yo quiero y voy a tener cierto control con la gente”.

Participante 006 periodo de abstinencia, *sic.* “*No ps no ha sido mucho la verdad, cuatro meses*”, situación negativa detonante ante la idea de consumo “*Yo lo hacia por querer quitarme lo frustrado, me sentía mal, nadie me quiere, quería distraerme...pensaba que consumía por gusto, como no voy a ir a una fiesta, como no me voy a meter un pase de cocaína, si es como socializo yo con la gente*”, sentimientos pre y post recaída “*todos los sentimientos de culpa que me causan malestar, esas situaciones a sabor de engaño, tiene que ver con mi estado de animo, influía mas que estuviera con la autoestima baja para consumir*”, dificultad en la toma de decisiones “*Mi familia me internó*”, descuido de actividades “*Era tanta mi desesperación por consumir que no comía, no me bañaba, no me aseaba, me descuidé*”, actitud negativa ante el cambio “*Decía que iba a ser bebedor social y me di cuenta que yo no puedo tomar si me frustra pero es parte de lo que me ha dejado mi alcoholismo, mi adicción*”, victimización “*De victima pase a victimario al darme cuenta que hice mucho daño*”, pérdida de control ante la droga “*Yo creo que se me antojarían otras cosas, no se si dejaría de beber con una sola bebida o consumiría mas, en lo emocional me sentiría mal por arruinar los momentos que he hecho*”, actitud ante la recuperación “*Aceptando mis errores para no volver a repetir el patrón, a veces insatisfecho podría decirse por no estar agusto en el lugar donde estoy pero tengo que aceptarlo, quien soy y aceptar lo que venga*”, sentimientos negativos ante el consumo “*Me ha ido muy mal , no es grato recordar esos momentos en el que me hice daño física, emocional, familiar, espiritual*”, conducta compulsiva compensatoria “*Me di cuenta que consigues algo que quieres con mentiras, siempre he querido manipular a mi familia diciéndoles que ya voy a estar bien*”, situaciones de tentación de consumo “*A veces estar con otros compañeros y que hablen de drogas, se me antoja, de 1 a 4 veces por semana*

pero no te puedo decir que diario...si he sentido esa obsesión, de querer y no incluso mi droga de impacto, tal vez una cervecita, marihuana, una pastillita”.

Participante 007 periodo de abstinencia, *sic.* “*He tenido periodos de abstinencia fuertes de 3,6,8 meses pero después regreso a consumir, la última fue de año y medio, hice un juramento porque choqué*”, sentimientos pre y post recaída “*Me invitan mis amigos y también aunque luego no consumía iba a fiestas...la vez del año y medio que estuve en abstinencia me fui a consumir por un enojo y discusión que tuve con mis papás...me sentí con culpa, tristeza pero después se me pasó*”, pérdida de control ante la droga “*No tener piedra a la mano, no quería salir de la fiesta y tenían mota*”, situación de tentación de consumo “*A nivel emocional me sentiría bien al principio pero después caería en depresión y conductualmente yo creo que me iría de donde estoy*”, actitud ante la recuperación “*Hablándolo, diciendo cómo me siento... soy apático luego me levanto sin ganas de mucho*”, situaciones positivas detonantes ante la idea de consumo “*Me ponía activo, tienes un mejor oído, de vista no se diga, puedes ver la noche bien chingón*”, conductas delictivas “*Caí en el sector como 7 veces por graffitis, riñas...me llegaban a parar los policías por posesión de droga pero les daba dinero ...compraba una cantidad grande y ya vendía mas caro lo que compraba, no trabajaba para nadie*”.

Participante 008 intento de abstinencia, *sic.* “*Una vez juré 3 meses no cumplí, tomé alcohol, no duré ni 2 días*”, situación positiva ante el consumo “*Se me antojó, me relajaba, no sabía nada de nada*”, descuido de actividades “*por el perico me dejó mi novio, descuidé a mi hijo, gasté dinero*”, situación de tentación de consumo “*A la bebida estoy renuente, de las drogas no quiero saber nada...la disfrutaría, siento que no tiene que ver el estar con personas o lugares con la recaída, no se me antojaría consumir...Tenía en mis almohadas y en el carro, se me antoja 1 a 2 veces a la semana por las pláticas con compañeros*”, actitud ante la recuperación “*Poco a poco razonando las cosas, siendo honesta*”, situaciones detonantes ante la idea de consumo “*Fue por estar en un círculo social, se me antoja y lo hago para evadir cosas*”, inadecuado manejo emocional “*Siento que me ahogo en un vaso de agua*”, conducta compulsiva compensatoria “*Intento dejar de comer porque ya engordé, después me culpo*”, situación positiva detonante ante la idea de consumo “*Si me ocurre algo muy bueno puedo tener tentación de usar drogas...reflexionar mi propio*

red de apoyo”, conducta delictiva *“Tomaba dinero del negocio de mis padres para solventar mi consumo”*.

Los participantes presentan periodos de abstinencia total, en ocasiones recurriendo a juramentos o promesas a familiares, identificando deseo de consumo e incapacidad para controlarlo, lo que los ha llevado a reincidencias o recaídas. Asimismo, reconocen actitudes positivas que les genera el no consumo, por otra parte, el síndrome de abstinencia influye en un malestar emocional que va acompañado de irritabilidad.

Intervención Cognitivo-Conductual (grupo experimental).

Se mencionan los principales aspectos en los que se detectó modificación en el pensamiento de cada participante de grupo experimental:

Participante 005: Se mostró con discurso fluido, problemas moderados de memoria y por lo tanto el organizarse con sus tareas se le dificultaba, sin embargo fue identificando ideas irracionales y sentimientos, lo cual permitió en una ocasión pensara antes de actuar.

-Identificación de precipitantes de riesgo: *sic. “Creo que me frustró, no me quedo satisfecho porque no acabo de hacer las cosas como yo quiero, tratar de tener el control”*, posteriormente refiere *“todo eso me ha llevado a que siempre consuma”*. -Identificación de ideas irracionales, *“El pensamiento irracional que me genera ideas que me pueden llevar al consumo y las racionales son los que no llevo a cabo pero son los que me ayudan a tener una solución en el momento de mis ansiedades y poder discernir lo que está pasando”*. Autocontrol *“cuando no me funciona algo, que sufra el otro”* pensando antes de actuar *“me hizo enojar mucho un compañero, me frustró un poco me calme, pensé en que yo iba a ser el castigado y ya me contuve, me agradó que me contuve”*.

El participante presenta una resistencia al cambio, aunque trató de hacer las cosas diferentes, *“no estoy acostumbrado a una vida sin drogas, sino estar cerca de las drogas, el peligro...si hay días que me siento bien, que me siento lleno y que todo está saliendo bien”*, identificando situaciones de riesgo *“cuando me siento ansioso, con la pereza, me*

quiero ir a acostar y también eso me da para abajo, ya no me quiero parar ni hacer nada y empiezo a generar otra vez las ideas de consumo”,

-Búsqueda de alternativas: *“Trato de hacer cosas para que no me intoleren”*. También menciona algunos miedos *“No me siento muy fuerte emocionalmente”*, posteriormente hace una reflexión *“habían botellas en donde nos quedamos y se me antojó pero pensaba las cosas diferentes, pensaba en qué pudiera ser de mi vida si viviera en un lugar así, el segundo día me di cuenta que allí también existen las drogas, que hay peligro, en todos lados puedo encontrarme lo mismo...Acabar la preparatoria, el meterme de federal, no estoy seguro”*, posteriormente comentó *“si no lo hago, en cualquier lugar puedo conseguir trabajo y sobrevivir”*.

Abandonó la intervención por factores internos como lo son, su irresponsabilidad, dificultad en la toma de decisiones, búsqueda de satisfacción inmediata, así como por factores externos que corresponde a los directivos del establecimiento, ya que, lo enviaron a otro estado para trabajar en un proyecto.

Participante 006: Al inicio se mostró retraído, reservado, confundido, suspicaz, conforme las sesiones fueron avanzando se observó que su discurso tenía mayor fluidez verbal, hablaba más acerca de cómo se sentía, contactó con emociones, principalmente ansiedad, enojo, tristeza, miedo y alegría. Sus estados emocionales fluctuaban entre la apatía, enojo y alegría.

En la primera sesión refirió, *sic*. *“Sé que el tiempo me dará más fortaleza y paz”*, sesión 9 *“me siento fuerte y amado por mi familia”*, se conflictuaba con el tema de pareja *“Soy carente de amor, busco hablar por Facebook con chicas que me coquetean...no sé que va a pasar con mi ex o con alguien más...a veces siento que fui mal compañero de mi ex porque la golpeé”*, posteriormente tomó decisión de no buscar a nadie *“He decidido no buscar a nadie...no estoy esperanzado...Quien se va a quedar contigo se quedará por amor, no por obligación...iré a sentarme con ella y conversar bien”*.

Sic. *“A pesar de que me internaron por neumonía, seguía consumiendo piedra”,* sesiones posteriores *“Tengo piedras en los riñones, no me gusta verme pálido, delgado, me cuido”*. Manifiesta compromiso y preocupación por sí mismo.

Identificación de ideas irracionales- sic. *“Antes no lo pensaba, lo consumía”,* posteriormente refirió: *“me autosapeo, ahora ya identifico cuando tengo antojos y busco algo que hacer”*, busca generar un control de sus impulsos y ha logrado identificar pensamientos de riesgo y situaciones de riesgo aunque han sido mínimas considera que le fortalecen *“Acompañé a mi hermano y tomó frente a mí, no se me antojó, estoy orgulloso”*. Estos datos se corroboran con el ISCD, donde las escalas de factores de riesgo disminuyeron a excepción de la de conflictos con otros, que se considera va en relación a que casi no ve a su hijo debido a que la madre del niño no quiere dejárselo ya que dice presenta mala conducta cuando ve a su padre.

Pensamiento anterior -sic. *“Miedo a tomar malas decisiones, a la autosuficiencia, al cambio, qué va a pasar, qué voy a hacer”*, se trabajaron ideas irracionales y reconoce y toma parte de su responsabilidad , pensamiento posterior: sic. *“uno no está acostumbrado a estar bien, le gusta estar mal, no quiero volver al pasado, quiero quererme”*.

Reconocimiento de cambios en su persona- sic. *“Ya no me meto en controversia, ya no soy el mismo de antes...No ha sido fácil mi vida, me llena de satisfacción, estoy agradecido con la vida, con dios por la oportunidad de vida que me esta dando”*.

Se reconocen los cambios identificados principalmente en la asertividad, evitación de factores de riesgo de consumo como presión social, tentación y necesidad de consumo, emociones displacenteras y placenteras, prueba de control personal, las ideas irracionales como: se debe sentir miedo o ansiedad ante lo desconocida, incierta o peligrosa y es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera se identifican en el discurso y se observan en la figura 21 la disminución de éstas.

Participante 007: Se mostró reservado, conforme continuaron las sesiones hablaba un poco más, presentaba una actitud desafiante o burlona pero a la vez complaciente.

Satisfacción de vida- en la tercera sesión comentó: *sic.* “*Ver que las cosas no son tan fáciles por eso me quedo, no porque me gusta*”, en la quinta sesión dijo “*me gusta la estancia aquí*”, presenta creencia de que todo tiene que ser perfecto, “*si veo que no me queda bien y no me gustó, lo vuelvo a hacer, me molesto conmigo*” se trabajó esta creencia y comentó posteriormente “*Si tengo errores tratarlos de solucionar, se que no van a quedar a la perfección pero trato de hacerlo lo mejor*” (véase Figura 25). Identificación de focos rojos “*tener mala relación con mi padre o algún conflicto por su forma de expresarse*” a lo que posteriormente comenta “*Estoy pensando mejor cómo disfrutarlo, convivir agusto*”, situaciones de riesgo que minimizaba “*salí con unos amigos, ellos tomaron y yo no...El alcohol no lo voy a dejar bueno solo unos meses o quizá un año, ya lo he hecho antes*”, posteriormente comentó que le ofrecieron alcohol “*me dio ese escalofrío de cuando quiero consumir, tenía tentación, les dije no gracias ando bien*”. Además en una situación similar fue como se presentó su recaída.

Se trabajó la identificación de emociones “*es que soy frío, prefiero no externar*”, posteriormente comentó una situación “*me siento enojado, disgustado, traicionado*”. En la cuarta sesión refiere “*he comprendido que creo no me siento tan perdido como pensaba que estaba*”, a lo que después dijo “*he perdido mucho, sé que no voy a consumir, me da miedo denigrarme, estoy dispuesto a no consumir*”. Se considera que las características de personalidad y su resistencia a interpretaciones psicológicas, influyeron en la recaída del usuario, así como minimizar focos rojos y tener exceso de confianza en cuanto a la sustancia.

Participante 008: Se mostró extrovertida, ansiosa, moviéndose constantemente sobre la silla, ríe constantemente, quejándose de su estancia, no hace tareas, posteriormente la participante mostraba mayor seriedad en sus palabras y hacía algunas tareas. Presentaba estados emocionales que fluctuaban entre el enojo y la tristeza.

Los temas más recurrentes fueron las relaciones de pareja anteriores, alternativas y soluciones- primera sesión *sic.* “*Ayer estaba triste porque hubiéramos cumplido un año con mi ex*”, identificó que cuando no podía dormir pensaba en su ex pareja, en la onceava

sesión *“me doy cuenta que mi ex no es lo que quiero, busco aferrarme y por eso quiero enfocarme en mí misma, ya no voy a volver ni con mi ex novio, ni con mi ex esposo”*, en la tercera sesión menciona que checó el Facebook de su ex novio, en quinta sesión *“ya tenía el teléfono para ver el Facebook de mi ex, pero pensé en las consecuencias y decidí que no”*.

Identificación de ideas irracionales - en la primera sesión dijo, *sic. “mi problema fue que los últimos tres meses estuve consumiendo diario, antes de eso no, dejaba de tomar o consumir por semanas o meses”*, en la sexta sesión dijo *“pensándolo bien, ya consumía hace un año”*. Factores de riesgo- segunda sesión *“me sentí muy ansiosa, yo pensé que los antojos sólo se daban cuando ibas a un lugar o veías la droga”*, trabajando en sesión séptima identifica y reconoce factores de riesgo como emociones displacenteras, *“me sudaban las manos, me sentía ansiosa y triste”*. Primera sesión *“casi no he tenido relaciones sexuales”*, sesión octava *“me acordé y no quiero que te lleves una imagen de mi pura y casta, la verdad es que he estado con varios hombres”*.

Ideas irracionales - *sic. “Mi ex esposo me fue infiel pero me era leal”* sesión novena *“creo que me busco hombres que me hagan sufrir, los busco con el mismo patrón”*. Manejo emocional - primera sesión *“mi hermana se suicidó pero no quiero hablar de eso”*, novena sesión, *“escribí una carta a mi hermana, te la leo, creo que debo dejar eso atrás”*, hizo contacto emocional con tristeza, enojo.

Manejo emocional - *sic. “A veces estoy bien y derrepente ya me enojé”*, comenta en la décima sesión *“Saqué mi 50% de mi tranquilidad, eso ayudó a calmarme”*.

Se identificaron cambios principales en la asertividad, ideas irracionales y emociones, así como el trabajo en el manejo emocional, las creencias: *“el pasado tienen una gran influencia en el presente”* y *“es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran”* (véase Figura 29) se considera que disminuyeron éstas dos últimas creencias debido al trabajo con toma de decisiones (reatribución), se considera asertividad en el participante.

Los principales cambios se identifican en la expresión de pensamiento y conductas de los participantes, las cuales se caracterizan por desempeñar un mejor diálogo con la familia, que va de la mano de la comunicación asertiva, establecimiento de límites, habilidades de

afrontamiento, el poder reaccionar tranquilamente ante una situación de riesgo, sabiendo qué hacer, cómo actuar. Asimismo, la toma de decisiones es algo que se trabajó durante todo el proceso, con ayuda de la lista alternativas y soluciones, pudiendo discernir cuales eran las más adecuadas, además, la identificación de situaciones de riesgo de consumo permiten orientar al participante dónde acudir y donde no, el participante 007 hace caso omiso a este tipo de situaciones de riesgo como ir a fiestas o a lugares donde exista consumo, presentando una recaída, sumado a sus características de personalidad esta situación de riesgo.

Se considera que en los participantes 006 y 008 la disminución de la idea irracional “es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera”, se relaciona con la capacidad de demora, tolerancia a la frustración y aceptación de lo que está pasando, con ambos participantes se hizo énfasis debido a que en la evaluación 1, se consideraba de las ideas irracionales más altas, manifestando una disminución después de la intervención.

Tabla 13.

Cambios de pensamientos y conductas en el trabajo de prevención de recaídas.

| Participante | Cambios de pensamientos y conductas en el trabajo de prevención de recaídas. | Observaciones. |
|--------------|---|---|
| 005 | <p>-“Me hizo enojar mucho un compañero, me frustré un poco me calme, me agradó que me contuve”.</p> <p>-“Trato de hacer cosas para que no me intoleren”.</p> <p>-“No me siento muy fuerte emocionalmente”.</p> <p>-“Me di cuenta que allí también existen las drogas, que hay peligro, en todos lados puedo encontrarme lo mismo”.</p> <p>-“Acabar la preparatoria, el meterme de federal, no estoy seguro”, posteriormente comentó “si no lo hago, en cualquier lugar puedo conseguir trabajo y sobrevivir”.</p> | <p>Se mostró con discurso fluido, dificultades en la memoria y por lo tanto el organizarse con sus tareas se dificultaba, sin embargo fue identificando ideas irracionales y sentimientos, lo cual permitió en una ocasión pensara antes de actuar.</p> |
| 006 | <p>-“Me siento fuerte y amado por mi familia”.</p> <p>-“He decidido no buscar a nadie”, “iré a sentarme con ella y conversar bien”.</p> <p>- “Tengo piedras en los riñones, no me gusta verme pálido, delgado, me cuidó”.</p> <p>-“Me autosapeo, ahora ya identifico cuando tengo antojos y busco algo que hacer”.</p> <p>-“Uno no está acostumbrado a estar bien, le gusta estar mal, no quiero volver al pasado, quiero quererme”.</p> <p>-“Ya no me meto en controversia, ya no soy el mismo de antes”.</p> | <p>Al inicio se mostró retraído, reservado, confundido, suspicaz, conforme las sesiones fueron avanzando se observó que su discurso tenía mayor fluidez verbal, hablaba más acerca de cómo se sentía, contactó con emociones, principalmente ansiedad, enojo, tristeza, miedo y alegría. Sus estados emocionales fluctuaban entre la apatía, enojo y alegría.</p> |
| 007 | <p>-“Me gusta la estancia aquí”.</p> <p>-“Si tengo errores tratarlos de solucionar, se que no van a quedar a la perfección pero trato de hacerlo lo mejor”.</p> <p>-“Estoy pensando mejor cómo disfrutarlo, convivir agusto”.</p> <p>-“El alcohol no lo voy a dejar bueno solo unos meses o quizá un año”.</p> <p>-“Me siento enojado, disgustado, traicionado”.</p> <p>-“He perdido mucho, sé que no voy a consumir, me da miedo denigrarme, estoy dispuesto a no consumir”.</p> | <p>Se mostró reservado, conforme continuaron las sesiones hablaba un poco más, presentaba una actitud desafiante o burlona pero a la vez complaciente.</p> |
| 008 | <p>-“Me doy cuenta que mi ex no es lo que quiero, busco aferrarme y por eso quiero enfocarme en mí misma”.</p> <p>-“Ya tenía el teléfono para ver el Facebook pero pensé en las consecuencias y decidí que no”.</p> <p>-“Ya consumía hace un año”.</p> <p>-“Me sudaban las manos, me sentía ansiosa y triste”.</p> <p>-“Creo que me busco hombres que me hagan sufrir, los busco con el mismo patrón”.</p> <p>-“Escribí una carta a mi hermana, te la leo, creo que debo dejar eso atrás”.</p> | <p>Se mostró extrovertida, ansiosa, moviéndose constantemente sobre la silla, ríe constantemente, quejándose de su estancia, no hace tareas, posteriormente la participante mostraba mayor seriedad en sus palabras y hacía algunas tareas. Presentaba estados emocionales que fluctuaban entre el enojo y la tristeza.</p> |

DISCUSIÓN

En este apartado se hace mención de los hallagos en el presente estudio, así como la descripción de conductas que son parte de la adicción a la cocaína, características de personalidad que influyen en el inicio de consumo y en las recaídas que han presentado los participantes, así como la identificación de creencias irracionales, qué tanto impactan antes y después de la recaída, y por último la aportación que tuvo la intervención en los participantes respecto a la prevención de recaídas.

La prevalencia del consumo de cocaína resulta mayor en los adultos jóvenes, que son clasificados entre las edades de 18 a 34 años de acuerdo a la ENCODAT (2016-2017), y por lo tanto, en el universo que se estudió se considera que las principales drogas de inicio son: el alcohol con un 45.8% de prevalencia, seguida de la marihuana (14.8%), inhalables (4.6%) y cocaína (2.6), se corrobora que de los ocho participantes, siete presentaron un inicio de consumo progresivo, es decir, iniciaron con el alcohol, marihuana y posteriormente con la cocaína en una edad promedio de catorce años, por otra parte, uno inició su consumo con lo que es su droga de impacto (cocaína), cabe mencionar que las tendencias nacionales de drogas de impacto son el alcohol (39.3%), cristal en la zona norte (22.9%), marihuana (12.3%), cocaína (9.4%) e inhalables (5.5%).

Se considera que uno de cada cinco usuarios de cocaína la consume en forma de piedra o crack; como referencia, los establecimientos en donde se llevó a cabo el estudio son específicos para personas con adicción, se identificó que cuatro de los ocho participantes, consumen la cocaína por vía inhalada y fumada, sólo uno fumada, y tres vía inhalada, cabe mencionar que el tipo de administración tiene ciertas características en el comportamiento, principalmente en aquellas que la fuman, resulta mayor la compulsión para el consumo.

Es importante mencionar que la adicción presenta diversos síntomas y conductas que caracterizan a la persona que consume drogas, sin embargo, en este estudio nos basamos de acuerdo a los datos obtenidos de los participantes, proporcionando un

panorama en cuanto a la historia de vida, patrones de conducta que han formado parte del estilo de vida de estas personas, la edad de inicio de consumo y una vez instalada la dependencia a la sustancia se han identificado y categorizado situaciones precipitantes de riesgo, satisfacción con la vida e ideas irracionales en relación al consumo o a su vida y que impactan en el proceso de recuperación.

Las historias familiares presentan similitudes, en las que principalmente resalta la ausencia de una figura paterna, esto, debido a problemas de alcoholismo y/o adicción, como en todo hogar donde existe poca convivencia con los miembros de la familia, la comunicación se encuentra fracturada, así como las relaciones familiares que se encuentran divorciados o separados de la pareja, por ende existe una falta de confianza para poder acercarse y platicar con algún integrante familiar. Se observa la repetición de patrones desde la relación de pareja en la que se encuentran o por ejemplo, en aquellos que tienen hijos, resultan ser padres y madres ausentes. Todos los participantes mencionan haber sido víctimas de violencia intrafamiliar a través de agresiones verbales y físicas, se observan comportamientos violentos de parte de los participantes, en su mayoría recurren a la agresión verbal, mostrando necesidad de control y autoritarismo, generando una paradoja en la cual existe una devaluación de la figura de autoridad de parte de ellos, así como, una alianza principalmente con la madre o con terceros como lo son abuelos o tíos.

Se identifica miedo al rechazo y necesidad de expresiones de afecto por parte de los padres hacia ellos, lo que puede influir en el autoconcepto ambivalente de estos participantes, ya que no existe un reforzamiento continuo del afecto e impacta en las relaciones interpersonales. En las relaciones de pareja a las que hacen mención los participantes resultan conflictivas, con poco involucramiento emocional, superficiales, buscando en muchas ocasiones encuentros sexuales sin protección, donde una de las consecuencias ha sido recurrir al aborto inducido, otros han sido espontáneos o unos que decidieron tener a su hijo/a, presentan en la relación de pareja inseguridades y celos, así como rupturas por infidelidad, agresiones físicas y/o verbales, consumo de drogas ya sea por ambas personas o solamente los participantes.

Existen antecedentes de dependencia a drogas dentro de la familia como lo es por parte de la madre o el padre, tíos, abuelos, las drogas más comunes que se consumen son el alcohol, marihuana, cocaína y fármacos como benzodiazepinas, lo que los lleva en muchas ocasiones a normalizar el consumo de drogas, sin tener en cuenta las posibles consecuencias.

Señalan que algunos familiares padecen depresión y han presentado intentos de suicidio (hermanos, tíos/tías, etc) en ocasiones llegando a concluirlo, o incluso ellos mismos lo han hecho, mencionan que al recurrir a estos intentos de suicidio se sentían en un estado de aturdimiento, con mucho estrés y sin pensar en las posibles soluciones de las situaciones por las que vivían en ese momento, viéndolo como un escape o una evitación de afrontamiento.

Lo anterior puede describirse a través de lo que es la teoría conductual en la que postula que la adicción resulta un proceso de aprendizaje a través de los patrones de conducta que se han vivenciado en el entorno, y por lo tanto, estos patrones son posibles de modificar para que la persona presente conductas más adaptadas y funcionales; como se especificó en el cap. 2, en la segunda fase de la neurobiología de la adicción a la cocaína se genera una neuroadaptación biológica, en la que el consumo se relaciona con la memoria contextual, así como en la tercera fase es el craving, que tiene que ver con el deseo de la sustancia que provoca un estrés constante pudiendo provocar una recaída.

Por otra parte, Becoña (2001) indica que en la teoría cognitiva social la interpretación de sucesos externos y ambientales influyen en el comportamiento de la persona y por lo mismo, indica que la participación en un grupo de cocainómanos es un apoyo para mantenerse en abstinencia, además, en este tipo de grupos existe el modelamiento, precisamente a través de la conducta de los otros es como ellos pueden identificarse e incluso iniciar un cambio de hábitos, a pesar de tener un buen concepto respecto a estos grupos, consideran que no es suficiente para trabajar en ocasiones los antojos o el craving respecto a la sustancia, la mayoría refiere un plan de acción ante éstos, como hablar con un amigo, hacer ejercicio, trabajar, correr, distraerse, evadir sus

sentimientos o pensamientos, pero en los procesos de rehabilitación anteriores no han logrado llegar a realizar tales conductas quizá por diferentes motivos en los que uno de ellos puede ser la falta de conciencia de enfermedad.

Autores como Becoña (2001) y Carroll (1999), hacen mención en cuanto al hábito de consumo como un aprendizaje, que a lo largo del tiempo esa conducta se mantiene y forma parte de la vida cotidiana de la persona que la lleva a cabo y es necesario realizar un proceso de deshabitación para modificar esa conducta, acompañado de evitar situaciones desagradables o conflictivas, para desarrollar estrategias que busquen afrontarlas. Constantemente existen reproches por ser muy parecidos y/o hacer lo mismo que sus padres, madres u otras personas allegadas, y es por ello que lo que se observa se llega a actuar teniendo en cuenta excepciones, lo que se genera es un proceso de modelado en el cual el aprendizaje social (cap.3) se manifiesta llevando a cabo conductas de otros. (Washton,1995).

De acuerdo a las características que presentan las personas con adicción a la cocaína, pueden presentarse también cuadros patológicos o síntomas que pueden aumentar el riesgo de consumo de cocaína, como el aburrimiento, la fatiga; trastornos de personalidad, por ejemplo, el trastorno narcisista (engrandecimientos de poder y confianza), entre otros que permiten el desarrollo de una patología dual, este diagnóstico reduce un pronóstico favorable, la comorbilidad del consumo de dependencia a la cocaína, con cualquier otro trastorno del estado de ánimo, trastornos de personalidad, de ansiedad, trastornos alimenticios, entre otros.

Los trastornos con mayor relación al consumo de la cocaína son los de personalidad, principalmente el antisocial y límite debido a sus características como inestabilidad emocional, conductas disruptivas, impulsividad, autoagresión, poca tolerancia a la frustración, entre otras, presentan mayor susceptibilidad a los efectos de esta droga (Cantú, 2014). Se observa que todos los participantes presentan características de los trastornos de personalidad del cluster B, tres de ellos fueron diagnosticados con trastorno límite, uno con rasgos límites, uno con trastorno narcisista y uno con rasgos, uno con trastorno antisocial y

dos de ellos sólo con rasgos (*véase en apartado de Resultados*), así como tres de los ocho participantes presentan trastorno por déficit de atención.

De acuerdo a Kranzler et al. (1994), menciona que la prevalencia de pacientes con dependencia a cocaína que ingresan a rehabilitación es de 34% con trastorno límite, seguido de trastorno antisocial y narcisista con un 28%, asimismo, se indica que la población general la prevalencia de estos trastornos es entre un 10% y 15% por lo que se puede corroborar la indidencia de la patología dual.

Se identificó un suministro de medicamentos, entre ellos, estimulantes del sistema nervioso para aquellos que fueron diagnosticados con Trastorno por Deficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), dos de ellos fueron diagnosticados en la infancia, también algunos presentan suministro de inhibidores de serotonina, debido a los estados depresivos que llegan a presentar antes y después del consumo de cocaína, antipsicóticos precisamente por alteraciones motoras o cognitivas a causa de la cocaína, neuromoduladores y lubricantes nasales principalmente aquellos que usan la cocaína por vía inhalada. De cierta forma, el medicamento puede disminuir ciertos síntomas, principalmente la ansiedad, en el caso del tdah permite una mejora en la atención, se considera que en los participantes que presentan TDAH la vulnerabilidad es mayor, debido a la dificultad para orgnizarse, dificultad en la atención, fácilmente se aburren y buscan estimulación constante.

Por lo tanto, la comorbilidad psiquiátrica o patología dual es considerable en este tipo de población y en ocasiones se ven orillados a recurrir a la medicación prescrita por algún médico o psiquiatra, esto puede considerarse como una ventaja para el proceso psicoterapéutico, debido a que la remisión de síntomas llega a ser notoria independientemente del trastorno que se esté tratando, aunado a la dependencia de la cocaína. (Landabaso et. Al, 2009; Meana, 2011, pg.72).

De acuerdo al autoconcepto que presentan los participantes se observa una ambivalencia en la percepción de sí mismos debido a que hacen énfasis en su inestabilidad emocional e incluso resulta complicado para ellos entender sus sentimientos, viéndolo

como un defecto y actitudes negativas que predominan durante la actividad de consumo de cocaína: el aislamiento, egoísmo, irritabilidad, confusión, ansiedad, así como los cambios de humor constantes que la mayoría menciona, de esta manera, estos altibajos emocionales influyen cuando se acercan o buscan la droga, generalmente existe una sensación de vacío la cual los lleva a buscar un alivio para el malestar recurriendo al consumo de cocaína, esto, influye en que se sientan insatisfechos con lo que están haciendo en su vida actual ya que las soluciones o acciones son limitadas y las creencias irracionales se arraigan como las creencias más constantes fueron: “Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa”, “Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente”, “Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran”.

A pesar de las ideas irracionales identificadas, se observa una disposición al cambio teniendo en cuenta que la mayoría no llegó por voluntad propia a rehabilitación, sin embargo, procuran buscar actividades para llevar a cabo y mantenerse ocupados, en ocasiones como manera de evitación, y aquí es un punto donde el desarrollo de habilidades sociales juega un papel importante para poder comunicarse de manera asertiva, tomar decisiones que permitan llevar a cabo el afrontamiento y la autoeficacia.

La interpretación que cada persona realiza en cuanto a su entorno es fundamental para que se cree una idea irracional o distorsiones del pensamiento o de la información (Beck et al. 1999; Ellis, 1990), por ello es que el tratamiento cognitivo-conductual es la intervención de interés y de mayor eficacia para la prevención de recaídas

La inestabilidad emocional y las conductas en la familia, conlleva a desarrollar este tipo de patrones que generan malestar emocional pero al encontrarse en su esquema de creencias lo hace difícil de modificar. Todos recuerdan una sola persona significativa en su vida de pareja que generalmente son las madres/padres de sus hijos o aquella única persona con la que duraron más de un año de noviazgo, a excepción de un participante, que desde hace 4 años no se vincula con ninguna pareja, este conflicto con las parejas se relaciona

incluso, con los diagnósticos realizados en cada uno de ellos, como rasgos limítrofes, narcisistas, antisociales, en algunos participantes ya está establecido un trastorno dual.

De acuerdo a lo antes mencionado, las relaciones interpersonales son donde generalmente existe mayor conflicto en estas personas y que inicia desde el contacto con la familia, para posteriormente impactar en las relaciones de pareja y en las relaciones sociales. La cocaína tiene un tabú como “afrodisiaco” y muchas ocasiones permite la desinhibición de la persona, aumenta el deseo sexual, la resistencia física, por lo que resulta muy ligada a las conductas sexuales de los participantes, en donde hemos identificado que en la vida sexual existe la carencia de involucramiento emocional con las personas que tienen contacto, llegando a la promiscuidad o a la práctica sexual constante para obtener placer, satisfacer sus deseos sexuales y conseguir drogas a través de la prostitución. Los padres brindaron muy poca información acerca de la vida sexual, por lo que fueron aprendiendo por medio de amigos, en la escuela, etc.

Además, todos presentan un inicio de la vida sexual a temprana edad (*véase categoría: “vida sexual y desinformación como factor de riesgo”*) generalmente con personas desconocidas, servidoras sexuales o conocidos de la familia, algunos llevando acabo esta práctica bajo la influencia del alcohol o drogas, lo que implica situaciones de riesgo como lo puede ser la falta de métodos preventivos. Cabe mencionar que tres de los participantes vivieron abuso sexual infantil entre las edades de siete y ocho años, cometidos por un conocido o un familiar.

Por otra parte, los problemas escolares como la conducta desafiante o dificultad para poner atención en el salón de clases desde pequeños resaltaron en las entrevistas, con un historial de materias y grados escolares reprobados, suspensiones y expulsiones a lo que causó deserción escolar, llegando la mayoría de ellos a terminar la preparatoria abierta.

Se observa una necesidad de adaptación al entorno a lo que se vieron influenciados por otros compañeros a cometer actos como peleas con otros compañeros, no entrar a clases e irse a otros lugares, conductas delictivas. La mayoría se considera un estudiante

promedio, sin embargo, sus conductas afectaron el desempeño escolar, mostrando desinterés por la escuela.

En el área laboral los participantes han tenido oportunidades de empleo, la mayoría se ha dedicado a diversas actividades como mesero, transportación de pollos, soldador, en un bufet de abogados, vendiendo productos orgánicos, vendiendo comida preparada, vendiendo lencería, cuidador de adultos mayores, enfermero, así como trabajos ilícitos como venta de drogas y tráfico de personas, la mayoría ha tenido de 3 a 5 trabajos en los últimos 5 años, presentando irresponsabilidad e inestabilidad en el trabajo con despidos frecuentes debido a consumo de drogas.

Los participantes presentan un inicio de ingesta de alcohol y de consumo de drogas a temprana edad, prevaleciendo una la edad promedio de 14 años, el primer contacto con alguna sustancia fue en compañía de pares, familiares ya sea hermano, o incluso padre, manifiestan un consumo de polisustancias, generando a través del tiempo una preferencia por la cocaína (base o polvo) consumiendo un mínimo de 3 grs, siendo así la droga de impacto, esta preferencia se relaciona con sus personalidades, la inquietud, poca tolerancia a la frustración, dificultad en el control de impulsos, así como la toma de decisiones, influencia social y la necesidad de pertenencia.

El consumo de cocaína que presentaron en el último año fue desde 4 a 12 gramos diarios, con manifestaciones de alucinaciones bajo el efecto de la droga, ideas paranoides, aislamiento, depresiones severas, cambios en el estado de ánimo. Presentando en su mayoría las consecuencias físicas y psicológicas por la administración de esta droga (*véase. Tabla 1*).

Los participantes 001, 002, 005 y 006 presentan un historial amplio de internamientos debido al consumo de cocaína, sin haber tenido éxito alguno, el mayor número de internamientos lo presenta el participante 001, la solución ante la recaída ha sido la contención en centros de rehabilitación, logrando cambiar algunas conductas los primeros meses y su estilo de vida, sin embargo, con el paso del tiempo se han hecho

presente síntomas de recaídas como: mal humor, aislamiento, inestabilidad emocional, concluyendo en el consumo de droga.

Los precipitantes de riesgo de consumo están relacionados a una serie de factores y señales de riesgo que incluyen actitudes y patrones de pensamiento de recaída, estados emocionales y sentimientos negativos y/o positivos, idealización de la sustancia, fantasía de control del consumo, problemas en las relaciones interpersonales, conductas de riesgo, acciones impulsivas, estrés, entre otras, si bien estas señales son presentadas de acuerdo a las ideas irracionales y las conductas que presenta cada persona. (Washton, 1995).

Principalmente el craving (deseo por la sustancia) resulta ser negativo constantemente debido al proceso neurobioquímico que se genera ante el cese de la sustancia, por lo que es necesario se identifiquen los precipitantes de riesgo, aquello que detona la memoria contextual, que tiene que ver con lugares, personas y situaciones con las que la persona relacionan el consumo, para poder generar una prevención de recaídas, de otra manera sería repetir los patrones de consumo anteriores (Gorski,1989; Paullada,2006) y como punto fundamental en este estudio la prevención de recaídas para encontrar una mejor adaptación ante el entorno y la adicción.

Los periodos de abstinencia fluctúan desde semanas hasta un año, sin embargo la mayoría refiere que no ha sido una decisión que determine el dejar de consumir drogas o ingerir alcohol definitivamente ya que existen resistencias ante el cambio, encuentran sensaciones placenteras efímeras, niegan los beneficios de dejar el consumo, dentro de ello, las razones que los ha llevado a tomar esta decisión son el estar mejor con la familia, disminuir la necesidad de consumo y por lo tanto, los síntomas de la abstinencia, además, conlleva un sentimiento de miedo o ansiedad acerca del futuro, realmente no se visualizan sin el uso de la cocaína y pensar convivir o socializar con las personas sin los efectos de esta sustancia aumenta la incertidumbre. (véase Figuras 35 y 36).

Existe reconocimiento acerca de sentimientos de ansiedad, euforia o tristeza antes de una recaída, posteriormente, se sienten culpables y como si no hubiera mayor solución

para lo que ha sucedido, el sentimiento de víctima ante la droga se encuentra presente, todo esto abarca la dificultad en el manejo de emociones, así como la incapacidad para tomar responsabilidades por lo que es posible que sus habilidades de afrontamiento se reduzcan y realmente no encuentren solución en ese momento (Marlatt y Gordon, 1985) en el trabajo de prevención de recaídas, además del tipo de personalidad y rasgos impulsivos tienden a no pensar antes de actuar por lo que recurren al acto de consumo o a la evitación, identificando que parte de su retorno a la droga va en relación a las circunstancias de su vida cotidiana, el sentir que no pueden hacerle frente a situaciones de la vida. DiGiuseppe y McInerney (1994) mencionan el término de ansiedad de incomodidad (craving), que se caracteriza por la existencia de una baja tolerancia a la frustración (BTF) generada por ideas irracionales que llevan a la persona a vivenciar un malestar, que se vive antes, durante y después de la recaída.

Todos presentan una falta de control de la droga y una minimización del riesgo de ingesta de alcohol, negando consecuencias e incluso afirman no haber tenido ningún evento desagradable con esta sustancia, por lo menos tres participantes hacen referencia que se les antoja una cerveza, excusándose que no es su droga de impacto, sin embargo, cabe mencionar que en los adictos a cocaína existe un consumo de alcohol simultáneo, creando el cocaetileno debido a la combinación de ambas sustancias (cocaína y alcohol) , que genera una mayor sensación de euforia. Respecto a la exposición ante la droga se identifica un miedo debido a posibles reacciones de ansiedad, buscando evitar esas situaciones, malestar, deseo de consumo, frustración. (CONADIC, 2016; Becoña, 2001).

En cuanto a la cuestión social, refieren que se sienten comprendidos por los demás que se encuentran cercanos a su proceso de rehabilitación, manifiestan una capacidad de brindar apoyo a otros así como haber asistido a grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos, los participantes del grupo control asistieron regularmente a grupo, algunos diario y otros tres veces por semana, en general, consideran que este tipo de ayuda permite hablar de lo que piensan y sienten ante su recuperación, siendo una forma de descarga emocional. Consideran el grupo de AA, terapia, padrino y ejercicio como una parte fundamental en su recuperación, así como el estudio, los

participantes que manifiestan un sentimiento de autosuficiencia en la que se abarca el ejercicio, estudio y trabajo sin referir ningún tipo de apoyo psicológico o emocional, esto presentan un exceso de confianza y por lo tanto, se considera un factor de riesgo.

Tanto situaciones agradables o desagradables son las que los han llevado a retomar el consumo de la cocaína, muchas ocasiones iniciando con alcohol, generalmente carecen de responsabilidad y de conciencia acerca de sus situaciones precipitantes de riesgo, minimizan que estar con un grupo de amigos que consumen pueda llevarles a detonar el deseo de la cocaína y posteriormente tener una recaída o reincidencia, reconocen el deseo de control de la sustancia, inhalar o fumar menos cantidad de cocaína, aunque hacen mención que la compulsión que está presente en el momento que llegar a hacerlo, por lo mismo de la falta de control hacia la droga han presentado conductas delictivas como robar dinero en casa, negocio familiar, a amigos o tener deudas con el dealer.

Los factores de riesgo que se detectaron en los participantes son principalmente cuando existe un descuido en las actividades, poco a poco dejan de hacer ejercicio, dejan de asistir a grupo, a terapia, al trabajo, su rendimiento energético pareciera debilitarse, por lo que los síntomas de la recaída se hacen presentes como la irritabilidad, la pereza, irresponsabilidad, etc. La inestabilidad en sus vidas es algo presente que cuando esto empieza a cambiar genera una resistencia, como lo es normal ante un cambio, sin embargo, en estos participantes el miedo al cambio resulta paralizante.

Los participantes refirieron que al encontrarse en un estado de abstinencia, han presentado conductas compulsivas compensatorias como lo son el fumar en exceso, incluso aquellos que ya fumaban aumentan la dosis de tabaco, comer en demasía, hacer ejercicio. Sin embargo, como se menciona en el apartado de los diagnósticos, seis de ocho participantes presentaron recaídas, cuatro de grupo control y dos de grupo experimental, incluso de acuerdo a las características de cada participante se identifican los mayores factores de riesgo, así como en la tabla 13, se citan los discursos de cada participante en el que mostraron cambio de pensamientos y los que retomaron su recuperación.

De acuerdo con Barragán, Flores, Medina-Mora y Ayala (2007) refieren en un estudio los principales factores de riesgo ante la recaída: los estados emocionales negativos (35%), presión social (20%) y conflictos interpersonales (16%), en 20 participantes con dependencia a drogas y alcohol. Sin embargo, en el presente estudio se puede observar que los principales factores de riesgo en los ocho participantes con dependencia a la cocaína, son aquellos que se relacionan con las emociones placenteras, tiempo placentero con otros, necesidad y tentación de consumo, por lo que son características que influyen en las recaídas, teniendo en cuenta los rasgos de personalidad de los participantes, con tendencia a buscar emociones altas, principalmente aquellas que generan adrenalina, búsqueda de sensaciones nuevas, cayendo en diversas ocasiones en un sentimiento de euforia, esto mismo los lleva a buscar relaciones con personas similares y que compartan esas características, cayendo en la repetición de patrones, que lleva a la exposición de situaciones de riesgo constantemente, minimizando o negando que eso puede detonar el deseo o la conducta de consumo.

Los participantes tienen una idea similar acerca de lo que es la adicción, sin embargo, pierden de vista que la recuperación no es sólo el no consumo, sino generar interacciones satisfactorias con la familia, los amigos, compañeros de trabajo, escuela, de pareja, e incluso consigo mismos, realizar actividades que les den un sentido de satisfacción a su vida, lograr un equilibrio y poder manejar las emociones y el tiempo placentero con otros, que son también factores de riesgo. Aquí la necesidad de trabajar con las habilidades de afrontamiento ante los precipitantes de recaídas. Con los participantes del grupo experimental, se identificaron principalmente las situaciones de riesgo y las posibilidades de solución, modificaciones en ideas irracionales como: “miedo ante lo desconocido”, “las cosas son horribles cuando no salen como quiero”, “perfeccionismo”, de igual manera presentaron indicadores de asertividad en la comunicación, algunos más que otros, y en la satisfacción de vida obtuvieron mayor puntuación con respecto a las actividades que realizan cada uno, abarcando en general habilidades de afrontamiento. (*véase Figuras: 33-40*).

En el tratamiento de la adicción y prevención de recaídas, el abandono por parte de los pacientes es alto, el porcentaje de retención de los que no concluyen su tratamiento oscila del 20% al 40%, principalmente los primeros tres meses. La inclusión de intervenciones para aumentar la retención de los pacientes en las primeras semanas, podrían ser eficaces para reducir los porcentajes de abandono. (Sánchez-Hervaz, 2010). Sin embargo, la adherencia al tratamiento resulta escasa, en el grupo control la solución ante la recaída, dos de los cuatro participantes pidieron ayuda, con el grupo experimental los dos que presentaron recaída buscaron ayuda inmediatamente, esto puede relacionarse con los factores protectores que presentaba cada uno e incluso desenvolverse con mayor habilidad social y de afrontamiento.

Los participantes del grupo control presentaron menores factores de protección, lo cual pudo haber sido una causa de las recaídas, estos factores se relacionan con el trabajo, la identificación de algunos factores de riesgo, sin embargo, no fue suficiente para que se alejaran completamente de situaciones en las que ponían a prueba su necesidad y tentación de consumo, así como el sentirse insatisfechos en diversas áreas de vida. Por lo tanto, los factores de riesgo como asistir a la escuela, se relaciona con la creencia “presión social”, poca tolerancia a la frustración, conflicto con otros, necesidad de aprobación, pensar que nada podía salir mal, compromisos que implican mayor responsabilidad.

El grupo control contaba con factores de protección como, mayor satisfacción de vida, escuela, trabajo, los que presentaron recaída buscaron retomar la terapia, uno si logró concluir y otro se contactó para retomar la terapia, sin embargo se considera que la vergüenza y culpa no le permitieron regresar, ya que ese participante presentaba la creencia “se debe ser perfecto” y esto puede relacionarse con la dificultad de reconocer errores o sentir que fue lo peor que pudo haber hecho, tomó la decisión de no regresar sin embargo meses después pidió ayuda. Existió un participante con el que se llevó a cabo la etapa 1 que constó de diagnóstico, pero decidió abandonar la clínica después de ir a la escuela, ya no tuvo ningún tipo de contacto y se excluyó del estudio.

Resulta importante mencionar que en la mayoría de los participantes existen metas escolares y laborales, entre ellas concluir con la preparatoria o universidad, aunque la escuela fue un factor de riesgo para la mayoría, tener un negocio propio para poder solventar sus gastos, las posibilidades económicas las posee la mayoría sin embargo algunos planean apoyarse de la economía familiar. Manifiestan una actitud positiva ante la recuperación, ideando y planificando las posibles alternativas de solución que pueden tener ante ciertas circunstancias aunque algunos de ellos presentan sentimientos de autosuficiencia.

Cabe mencionar que existen factores protectores que permiten retrasar o anular el proceso de la recaída, como lo es la satisfacción de vida, en un estudio en la población mexicana, se asoció a la satisfacción de vida como advertencia de recaídas y se sugiere evaluación pre y post, en los participantes de grupo control disminuyó este factor, en el grupo experimental aumentó (*véase Figura 39, Figura 40*). Como factor de protección ante la recaída se perciben conscientes que las redes de apoyo son algo fundamental para su recuperación. Otros factores de protección identificados fueron las actividades como el trabajo y ejercicio.

Las habilidades de afrontamiento van acompañadas de aprendizaje, lo que permiten mantenerse en recuperación, identificar y posteriormente afrontan son las palabras claves para la intervención. Debido al alto índice de recaídas en los participantes, se considera brindar un seguimiento de mayor periodo para obtener mejores resultados y el desarrollo de herramientas para prevenir una recaída, buscando siempre la autoeficacia. (Marlatt,1985). Asimismo, en el trabajo de prevención de recaídas la terapia individual se centra en la adaptación social, relaciones familiares, con amigos, dificultad en los estudios, en el trabajo, etc. Rawson et al. (2006) en un estudio concluyeron que la Terapia Cognitivo Conductual es eficaz, sin embargo, sugiere su aplicación durante un periodo más prolongado y como seguimiento posterior a un tratamiento primario, es por ello que en el trabajo de la prevención de recaídas se considera efectivo, con técnicas que refuercen habilidades de afrontamiento.

En cuanto a los resultados obtenidos se han descrito situaciones precipitantes de riesgo ante la recaída que pudieron corroborarse o también hallar, como es en el caso de las situaciones y emociones positivas para los participantes que resultan el mayor riesgo, seguido de tentación y necesidad de consumo que tiene que ver con la exposición ante la droga, las creencias más comunes, entre ellas la principal “Se debe sentir miedo ante lo desconocido” que influye en el proceso de cambio y para ello se trabajaron las ideas irracionales durante la intervención, así como la asertividad que impacta en la satisfacción de vida de cada participante ya que va acompañado de la toma de decisiones y posibles soluciones, todo esto abarca lo que son las habilidades de afrontamiento tomando en cuenta el modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon (1985). De acuerdo a la evaluación de esta intervención sistematizada permite el trabajo con las personas adictas a la cocaína, teniendo en cuenta que la patología dual influye en el proceso de manera que los resultados pueden generarse lentamente y por lo mismo se requiera un tratamiento de mayor tiempo.

Se indica que existen diferencias en las situaciones de riesgo de consumo, ideas irracionales, asertividad y satisfacción de vida en la prevención de recaídas entre el Programa de Intervención Psicoterapéutico Cognitivo-Conductual y el Grupo de Autoayuda y que la persona con adicción a la cocaína necesita un espacio como lo es la terapia para poder modificar conductas y pensamientos que le permitan una adaptación a la sociedad y a las áreas de vida, incluso presentando problemas de la vida cotidiana.

CONCLUSIONES

De acuerdo al análisis de los datos y lo antes descrito, se concluye que los participantes con adicción a la cocaína presentan patrones de conducta en diversas áreas de vida, por ejemplo, en lo que respecta a la familia, estos patrones son caracterizados principalmente por la ausencia de padre y/o madre, o incluso ambos, se considera que puede influir en el autoconcepto ambivalente y empobrecido que destacaron en las entrevistas con dificultad de reconocerse a sí mismos, buscan constantemente la aprobación de otros, experimentan miedo al cambio y por consiguiente inmadurez emocional, llegan a sentirse vulnerables y víctimas de su propia familia e incluso de la vida.

Se identificó que los principales factores de riesgo en los ocho participantes con dependencia a la cocaína, son aquellos que se relacionan con las emociones placenteras, tiempo placentero con otros, necesidad y tentación de consumo, teniendo en cuenta las características de personalidad de los participantes, cayendo en la repetición de patrones, que lleva a la exposición de situaciones de riesgo constantemente, minimizando o negando que eso puede detonar el deseo o la conducta de consumo.

Existen antecedentes de dependencia a drogas dentro de la familia, las drogas más comunes que se consumen son el alcohol, marihuana, cocaína y fármacos como benzodiacepinas, lo que los lleva en muchas ocasiones a normalizar el consumo de drogas. Resalta la ausencia de una figura paterna, poca convivencia con los miembros de la familia, la comunicación se encuentra fracturada.

Cabe mencionar que tres de los participantes vivieron abuso sexual infantil entre las edades de siete y ocho años, cometidos por un conocido o un familiar, presentaron constantes problemas escolares y conducta desafiante o dificultad para poner atención en el salón de clases desde la infancia.

Se observa que todos los participantes presentan características de los trastornos de personalidad del cluster B, tres de ellos fueron diagnosticados con trastorno límite, uno con rasgos límites, uno con trastorno narcisista y uno con rasgos narcisistas, otro con trastorno antisocial y dos de ellos sólo con rasgos antisociales.

Los participantes presentan un inicio de ingesta de alcohol y de consumo de drogas a temprana edad, prevaleciendo una la edad promedio de catorce años, el consumo de cocaína que presentaron en el último año fue de cuatro a doce gramos diarios, siendo cantidades excesivas, manifestaron alucinaciones bajo el efecto de la droga, ideas paranoides, aislamiento, depresiones severas, cambios en el estado de ánimo.

Los precipitantes de riesgo de consumo están relacionados a una serie de factores y señales de riesgo que incluyen actitudes y patrones de pensamiento de recaída, estados emocionales y sentimientos negativos y/o positivos, idealización de la sustancia, problemas en las relaciones interpersonales, acciones impulsivas, estrés, entre otras, si bien estas señales son presentadas de acuerdo a las ideas irracionales y las conductas que presenta cada persona.

Los participantes reconocen que antes de la recaída han presentado sentimientos de ansiedad, euforia o tristeza, posteriormente, sintiéndose culpables y como si no hubiera mayor solución para lo que ha sucedido, el sentimiento de víctima ante la droga se encuentra presente, todo esto abarca la dificultad en el manejo de emociones, así como la incapacidad para tomar responsabilidades por lo que es posible que sus habilidades de afrontamiento se reduzcan y realmente no encuentren solución en ese momento (Marlatt y Gordon, 1985)

Es importante mencionar que los participantes se sienten apoyados por sus madres, hermanos y/o padres, así como por algunos amigos aunque éstos últimos, en su mayoría resultan ser compañeros de consumo y por lo tanto un riesgo ante la recaída, sin embargo la mayoría son relaciones significativas que se conocen desde pequeños o ya tienen más de cuatro años de amistad, refieren que han estado siempre apoyándolos, frecuentan a la

familia una vez a la semana o cada quince días, la mayoría considera dentro de su rutina diaria el ejercicio.

Los factores protectores para el grupo control principalmente fueron la satisfacción de vida, ya que disminuyó este factor e indica insatisfacción en áreas de vida, presentaban mayores problemas en las relaciones de pareja, conflictos con otros, amistades de riesgo de consumo, presión social; en el grupo experimental aumentó, esto quiere decir que están satisfechos con lo que realizan y que pueden mejorar algunos aspectos de su vida, se considera que influyó que presentaron una modificación en la creencia “es horrible cuando las cosas no van como quisiera” que tiene que ver con la tolerancia a la frustración. Asimismo, las redes de apoyo como familia y amigos son algo fundamental para su recuperación y las actividades como el trabajo y ejercicio, aunque existe miedo a lo desconocido, lograron analizar alternativas de solución.

Se identifica miedo al rechazo y necesidad de expresiones de afecto por parte de los padres hacia ellos, lo que puede influir en el autoconcepto ambivalente de estos participantes, ya que no existe un reforzamiento continuo del afecto e impacta en las relaciones interpersonales.

A través de este estudio, se observó que existen diferencias entre el programa de intervención cognitivo–conductual y el grupo de autoayuda, por lo que se considera eficaz para el tratamiento de prevención recaídas, debido a que las sesiones se enfocan en el entrenamiento de habilidades sociales, identificación y manejo de factores de riesgo, factores de protección, expresión emocional, comunicación asertiva, alternativas y soluciones (*véase anexo 9*), que permiten al paciente generar conciencia de su condición física, psicológica y emocional para mantenerse en recuperación y generar una autoeficacia. De igual manera, se sugiere una intervención cognitivo-conductual de mayor duración para brindar un seguimiento más adecuado con los pacientes duales.

La terapia individual con un enfoque cognitivo-conductual como la que fue propuesta en este estudio, resulta de suma importancia en el campo de la adicción a la cocaína debido a las características de impulsividad, poca tolerancia a la frustración, estados emocionales fluctuantes, comorbilidad, entre otras, ya que, la persona con adicción necesita identificar y comprender las consecuencias físicas, psicológicas, laborales, familiares, escolares y sociales que se generan por el consumo de cocaína, aunado al deseo de cambiar que influye de manera positiva en la recuperación.

La prevención de recaídas es una situación que constantemente necesita atención, precisamente para encontrar una manera más digna y satisfactoria de vivir sin el consumo, impactando en las áreas de vida de la persona para que pueda tener habilidades sociales y de manejo emocional, contrarrestando el malestar físico y psicológico.

REFERENCIAS

- Atienza, F., Pons, D., Balaguer, I., García-Merita, M. (2000). Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. *Revista Psicothema*, Vol.12, pp. 314-319. Recuperado el día 14 de Octubre 2016 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72712226>
- Barragán, L., González, J., Medina Mora, E. & 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. *Revista Redalyc*. Recuperado el día 1 de Febrero de 2016 de: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58212807.pdf>
- Barragán, L., Flores, M., Medina-Mora, E. & Ayala, H. (2007). Modelo integral de satisfacción cotidiana en usuarios dependientes de alcohol y otras drogas. *Revista salud Mental*. Vol.30. No.3. Recuperado el 15 de Enero 2016 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58230304>
- Barral, Roncero y Casas. (2011). *Protocolos de Intervención, Patología Dual en Esquizofrenia*. Pp. 9-11. Recuperado el día 8 Agosto 2017 de: <http://www.patologiadual.es/docs/protocolos/PDUAL-esquizofrenia.pdf>
- Becoña et al. (2011). Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación. Delegación de Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Cap. 8, Pp.143-167.
- Becoña, et al. (2008). Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones. Sociodrogalcohol. Cap. 1 (pp.13-21), Cap. 3 (pp.41-66), Cap. 6 (pp.93-104).
- Beck, A., Wright, F., Newman, C., Liese, B. (1999). Terapia Cognitiva de las Drogodependencias. Edit. Paidós. Pp-45-71, Pp.174-189, pp.353-384.
- Bobes, Casas y Gutiérrez. (2011). Manual de Trastornos Adictivos. 2ª edición. Cap.7, pp. 113-190.
- British Broadcasting Corporation.(2015). *El secreto del éxito de Alcohólicos Anónimos para recuperar adictos "en 12 pasos"*. Recuperado el día 13 Abril 2018. https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/06/150610_finde_adiccion_aa_programa doce_pasos_vp
- Caballero, L. (2005). *Adicción a cocaína: neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento*. Madrid. Ministerio de sanidad y consumo centro de publicaciones.
- Caballo, V. (2007). Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos: Vol.1 Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. Cap.17, pp. 493-569.
- Cantú, F. (2010). Recuperando el sentido común, abuso de alcohol y/o uso de drogas, una guía para la familia. Clínica Cantú. Pp. 71-86 y 112-123.
- Castaños, Reyes,Rivera y Díaz Loving. (2010). Estandarización del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey-II. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*. Vol.1 num. 29 pp.27-50. Recuperado el día 05 de Agosto 2017 de: <http://www.redalyc.org/pdf/4596/459645441003.pdf>
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2009). Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (NOM-028-SSA2-2009). Pp. 15-24. Recuperado el día 11 de Octubre de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf

- Cruz, A. (2004). Principios guías para programas de prevención y tratamiento. Pp. 12-27. Recuperado el día 11 Agosto 2017 de: http://ponce.inter.edu/cai/plan_control/princ_guias.pdf
- DiGiuseppe y McInerney. (1994). Patrones de Adicción: Una Perspectiva Racional Emotiva. *Revista de Toxicomanías*. No.1. Pp.15-22. Recuperado el 10 de Octubre 2016 de: http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET01_2.pdf
- Ellis, A., Abrahams, E. (1980). *Terapia Racional Emotiva* (9ª edición). México: Edit. Pax México. Caps. 1-5. Pp. 13-61.
- Ellis, A., Dryden, W. (1987). *The Practice of Rational-Emotive Therapy (RET)*. Edit. Desclée de Brouwer. Caps. 1-4. Pp. 13-105.
- Ellis, A., Grieger, R. (1990). *Handbook of Rational-Emotive Therapy*. Volume 2. Edit. Desclée de Brouwer. Caps. 1-4. Pp. 13-105.
- Ferrer, Prat y Andión. (2011). *Protocolos de Intervención, Patología Dual en Trastornos de Personalidad*. Sociedad Española de Patología Dual. Pp. 3-5. Recuperado el día 25 Abril 2018 de: <http://www.patologiadual.es/docs/protocolos/PDUAL-personalidad.pdf>
- González, L., Tulumuru,S. González-Torres,M. Y Gaviria,M. (2015). Cocaína: Una revisión de la adicción y el tratamiento. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol.35, num.127, Pp. 555-571. Madrid, España. Recuperado el 27 de Mayo de 2017 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265041410008>
- Gorski, T. (1999). Los pasos a través de la recuperación, un plan de acción para prevenir las recaídas. Edit: Diana, Pp. 3-20.
- Goikolea,J., Vieta, E.(2016). *Protocolos de Intervención de Trastorno Bipolar y Patología Dual*. Sociedad Española de Patología Dual (SEPD). Pp.5-8. Recuperado el día 05 Abril 2017 de: <http://www.patologiadual.es/docs/protocolos/6-PDUAL-trans-bipolar.pdf>
- Jurado, G. (2009). Validación y confiabilidad del instrumento “Registro de Opiniones” basado en la terapia racional emotiva. Universidad del Tepeyac. Tesis para obtención de grado.
- Llorente del Pozo, J., Iraurgi-Castillo, E. (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabitación de cocaína. *Revista Trastornos Adictivos*. Vol.10, No.4. España. Pp. 252-273. Recuperado el día 11 de Noviembre de 2016 de: <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-tratamiento-cognitivo-conductual-aplicado-deshabitacion-13131181>
- Marcote, Henche y González. (2011). *Protocolos de Intervención, Patología Dual en Ansiedad*. Sociedad Española de Patología Dual. Pp. 4-6. Recuperado el día 15 Noviembre 2017 de: <http://www.patologiadual.es/docs/protocolos/PDUAL-ansiedad.pdf>
- Marmortstein. (2012). *Patología Dual en Ansiedad*. Sociedad Española de Patología Dual. Pp. 3-6. Recuperado el día 03 Septiembre 2017 de: <http://www.patologiadual.es/docs/protocolos/PDUAL-ansiedad.pdf>
- Martínez R., Knecht C. Y Navarrete M. (2016). Protocolos de Intervención, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad Patología Dual. SEPD. Pp. 10-15 Recuperado el día 03 Mayo de 2017 de: <http://www.patologiadual.es/docs/protocolos/5-PDUAL-TDAH.pdf>

- Meana, J. (2011). Nuevos enfoques en el tratamiento de las drogodependencias. Vol. 27. Cap 4. Eficacia de las innovaciones terapéuticas en la adicción a la cocaína, Pp. 67-82.
- Narcotics Anonymous World Services, Inc. (2008). Narcotics Anonymous, sixth edition, Pp. 3-9.
- National Institute on Drug Abuse. (2014). Recuperado el día 27 de Enero de 2016 de: <http://www.drugabuse.gov/es/informacion-sobre-drogas/la-cocaina>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2016). Resumen Ejecutivo. Informe Mundial sobre las drogas. Recuperado el 01 de Julio de 2016 de: https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. (2014). Resumen ejecutivo. Informe mundial sobre las drogas. UNODC. Recuperado el día 25 de Enero de 2016 https://www.unodc.org/documents/wdr2014/V1403603_spanish.pdf.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2004). OMS: Recuperado el día 17 de Enero de 2016 de: . <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr18/es/>
- Peris,L. (2016). *Protocolos de Intervención, Patología Dual en Trastornos de Personalidad*. Sociedad Española de Patología Dual. Pp. 5-8. Recuperado el día 30 Abril 2017 de: <http://www.patologiadual.es/docs/protocolos/2-PDUAL-personalidad.pdf>
- Polo, I. & Amar,J.(2006). Distorsiones cognitivas en los grupos de drogodependencia con diagnóstico dual. *Revista Psicogente*. Universidad Simon Bolivar. Vol.9 no.15 pgs 119-134. Recuperado el día 17 de Mayo de: <http://132.248.9.34/hevila/Psicogente/2006/vol9/no15/8.pdf>
- Quiroja, Rodríguez, Nogueira y Bosch. (2011). Protocolos de Intervención, *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad Patología Dual*. SEPD. Pp. 10-15 Recuperado el día 15 Mayo de 2018 de: <http://www.patologiadual.es/docs/protocolos/5-PDUAL-TDAH.pdf>
- Reiger et al. (2016). *Protocolos de Intervención, Patología Dual en Ansiedad*. Sociedad Española de Patología Dual. Pp. 14-16. Recuperado el día 03 Enero 2018 de: <http://www.patologiadual.es/docs/protocolos/3-PDUAL-ansiedad.pdf>
- Rojas, E., Real, T., García-Silberman S. & Medina-Mora, E. (2011). Revisión Sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Revista de Salud Mental*. Vol.34, No. 4. Recuperado el día 08 de Diciembre de 2015 de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v34n4/v34n4a8.pdf>
- Roncero,C., Barral,C., Grau-López,L., Ros-Cucurull,E., Casas,M. (2016).*Protocolos de Intervención, Patología Dual en Esquizofrenia*. Pp. 6-8. Recuperado el día 3 Abril 2017 de: <http://www.patologiadual.es/docs/protocolos/4-PDUAL-esquizofrenia.pdf>
- Sáiz Martínez et al. (2016). *Protocolos de Intervención, Patología Dual en Ansiedad*. Sociedad Española de Patología Dual. Pp. 5-13. Recuperado el día 16 Marzo 2017 de: <http://www.patologiadual.es/docs/protocolos/3-PDUAL-ansiedad.pdf>
- Sánchez et al. (2009). Abandono del tratamiento en adictos a la cocaína. *Revista adicciones* versión online. Recuperado el 02 de Enero 2016 de: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/215>

- Sánchez, H. (2011). Nuevos enfoques en el tratamiento de las drogodependencias. *Vol. 27*. Cap. 5. Efectividad de los tratamientos para la dependencia a la cocaína. Pp. 83-107. Instituto Deusto de Drogodependencias.
- Secades, V. (1997). Evaluación conductual en prevención de recaídas en la adicción a las drogas: estado actual y aplicaciones clínicas. *Revista Psicothema. Vol.9*, pp.259.270
Recuperado el día 15 de Julio 2016 de: <http://www.psicothema.com/pdf/96.pdf>
- Secretaría de Salud. (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011. (2012). Drogas ilícitas. Recuperado el día 25 de Enero de 2016 de:
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf
- Secretaría de Salud. (2014). Manual de Aplicación para Tratamiento Breve de Usuarios de Cocaína (TBUC). Pp. 11-14, 31-35.
- Secretaría de Salud et al. (2017). *Encuesta de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017*. ENCODAT. Resumen Metodológico. Pp. 1-8. Recuperado el 17 Enero 2018 de:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234856/CONSUMO_DE_DROGAS.pdf
- Sociedad Española de Patología Dual. (2015). Adicciones y otros trastornos mentales. Recuperado el día 06 de Marzo 2017 de:
http://www.patologiadual.es/pacientes_pdual.html
- Sociedad Española de Patología Dual. (2010). *Segundo Módulo de Patología Dual: protocolo de intervención, trastornos de personalidad*. Recuperado el 15 de Diciembre de 2015 de:
http://www.patologiadual.es/docs/protocolos_patologiadual_modulo2.pdf.
- Torrens, M., Farré, A., Tirado, J. (2016). *Protocolos de Intervención, Depresión y Patología Dual*. Sociedad Española de Patología Dual. Pp. 5-12. Recuperado el día 12 Mayo 2017 de:
<http://www.patologiadual.es/docs/protocolos/1-PDUAL-depresion.pdf>
- Torres, J. (2007). Comorbilidad de trastornos mentales y adicciones. *Liber adictus. Num.95*. Recuperado el 02 de Junio 2017 de:
http://sid.usal.es/docs/F8/ART11381/comorbilidad_trastornos_menales_adicciones.pdf
- Washton, A. (1995). La adicción a la cocaína: Tratamiento, recuperación y prevención. Edit. Paidós.
- Weiss et al. (2016). *Protocolos de Intervención de Trastorno Bipolar y Patología Dual*. Sociedad Española de Patología Dual (SEPD). Pp.3-6. Recuperado el día 05 Junio 2017 de: <http://www.patologiadual.es/docs/protocolos/PDUAL-trans-bipolar.pdf>

ANEXOS

1. Consentimiento informado (grupo experimental).
2. Consentimiento informado (grupo control).
3. Entrevista.
4. Inventario de situaciones de consumo de drogas.
5. Registro de opiniones.
6. Inventario de Gambrill y Richey (asertividad).
7. Escala de satisfacción de vida.
8. Esquema general de proceso psicoterapéutico.
9. Esquema descriptivo de proceso psicoterapéutico.
10. Datos sociodemográficos y diagnósticos de cada participante divididos en grupo control y grupo experimental.
11. Esquema general de sugerencias al término de proceso.

ANEXO 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ autorizo a la Psic. Kenia Aguilar Vázquez quien es estudiante de la Maestría en Psicología en la Universidad Autónoma del Estado de Morelos el uso de los datos obtenidos en el “Programa de Intervención Psicoterapéutica Cognitivo-Conductual para la Prevención de Recaídas con adictos a la cocaína” los cuales serán utilizados para la obtención de grado y documentados a través de grabación de audio, siendo de carácter estrictamente confidencial la información recabada.

El estudio consta de revisión de expediente para obtener datos psicosociales del participante, 4 sesiones individuales de entrevista y aplicación de instrumentos, 12 sesiones individuales de tratamiento, así como la aplicación de pruebas al término de la intervención.

El beneficio directo de este estudio es que usted obtendrá una atención psicoterapéutica con el fin de trabajar la prevención de recaídas en cuanto a su adicción y generar habilidades para mantenerse en recuperación. Se podrán entregar los resultados finales del estudio.

Usted no recibirá ningún pago ni pagará nada por participar en esta investigación.

Nombre del participante

Nombre y Firma de practicante

ANEXO 2.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ autorizo a la Psic. Kenia Aguilar Vázquez quien es estudiante de la Maestría en Psicología en la Universidad Autónoma del Estado de Morelos el uso de los datos obtenidos en el “Programa de Intervención Psicoterapéutica Cognitivo-Conductual para la Prevención de Recaídas con adictos a la cocaína” los cuales serán utilizados para la obtención de grado y documentados a través de grabación de audio, siendo de carácter estrictamente confidencial la información recabada.

El estudio consta revisión de expedientes para obtener datos psicosociales del participante, 4 entrevistas y aplicación de instrumentos que se llevarán a cabo en 4 sesiones individuales de una hora, así como una segunda aplicación de instrumentos, obteniendo datos con los que se pueden evaluar los factores de riesgo que ayuden a prevenir una recaída.

Este estudio ayudará a generar posibles maneras de intervención en la prevención de recaídas con personas adictas a la cocaína identificando los factores de riesgo, ideas irracionales, asertividad y satisfacción de vida. Se podrán entregar los resultados finales del estudio.

Usted no recibirá ningún pago ni pagará nada por participar en esta investigación.

Nombre del participante

Nombre y Firma de practicante

ANEXO 3.

ENTREVISTA

Datos Generales

Nombre: _____ No. Expediente _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
Estado Civil: _____
Escolaridad: _____ Ocupación _____

¿Cómo te describes a ti mismo? (física y emocionalmente).

¿Qué es lo que más te gusta de ti mismo? _____

¿Qué es lo que menos te gusta de ti mismo? _____

¿Cómo crees que los demás te describen? _____

¿Cuál fue la razón por la que llegaste a este internamiento? _____

¿Qué esperas de tu recuperación? _____

Menciona lo principal que quieres cambiar: _____

¿Qué has hecho para poder hacerlo? _____

¿Cómo te sientes con las cosas que haces en este momento de tu vida? _____

Datos Familiares

¿Quiénes conforman tu familia nuclear? _____

¿Con quién viviste en tu infancia? _____

¿Cómo era la relación con cada uno de ellos? _____

¿Con quién convivías más? _____

¿Cómo era la relación? _____

¿Con quién vives actualmente? _____

¿Cómo consideras que es la relación con cada uno de ellos? _____ Edad _____

Padre: _____

Madre: _____

Hermano(s): _____

Otros: _____

¿Tienes problemas con algún miembro de la familia? Describe: _____

Familiograma

¿Hay historia de abuso físico, psicológico o sexual en tu familia? Describe.

Pareja

¿Estás involucrado en una relación? SI NO

Si estás involucrado en una relación responde:

¿Desde hace cuánto? _____

¿Cómo describes la relación con tu pareja? _____

¿Tienes hijos? SI NO ¿Cuántos? _____ Edades: _____

¿Cómo es la relación? _____

Si no estas involucrado en una relación, menciona cuando fue la ultima relación y por qué terminó? _____

¿Cuántas relaciones de pareja has tenido? _____

¿Porqué han concluido? _____

¿Cuál ha sido tu relación más significativa y por qué? _____

Vida Sexual

¿Quién te ha proporcionado información acerca de la vida sexual? _____

¿En qué circunstancias supiste sobre la sexualidad? _____

¿A qué edad iniciaste tu vida sexual? _____

¿Cuál es tu orientación sexual? _____

¿Estás satisfecho con tu vida sexual? _____

¿Haz prácticadpo o tenido experiencias sexuales que te hayan ocasionado algún tipo de problema? _____

Algún comentario que quieras hacer respecto a tu sexualidad: _____

Académico

¿Cuál es tu grado de estudios? _____

¿Cómo te consideras como estudiante? _____

¿Llegaste a tener algún problema de aprendizaje en la escuela? Describe.

¿Alguna vez te suspendieron o expulsaron de la escuela? _____

¿Reprobaste un grado escolar? _____

Laboral

- ¿Cuál es tu ocupación actualmente? _____
- ¿Cuántos trabajos has tenido en los últimos 5 años? _____
- ¿Te despidieron alguna vez? SI NO ¿Porqué? _____
- ¿Disfrutas de tu trabajo? _____
- ¿Estás siempre o casi siempre aburrido, distraído y no productivo en el trabajo? SI NO
- ¿Consideras que haces a ciegas lo que debes hacer y nadamas? _____
- _____
- ¿Cuáles son tus planes laborales a corto y mediano plazo? _____
- _____

Antecedentes Patológicos/Médicos Familiares

- ¿Hay historia de adicción en tu familia? SI NO
- ¿Quién (es)? _____
- ¿Que consume? _____
- ¿Tienes familiares que padecen enfermedades psiquiátricas? SI NO
- ¿Qué enfermedad psiquiátrica padecen? _____
- ¿Qué tratamiento han tenido para su problemática? _____
- ¿Existen intentos de suicidio o suicidios en la familia? (incluyéndote a ti). Describe.
- _____
- _____

Historia de la adicción.

- ¿Qué significa para ti, la adicción? _____
- _____
- ¿A qué edad iniciaste el consumo de drogas? _____
- ¿Con qué droga(s) iniciaste tu consumo? _____
- ¿Cómo fue el primer contacto con la droga? Describir con quién estaba, en dónde y cómo se sentía. _____
- _____
- ¿Qué sustancias has consumido? _____
- _____

Menciona la frecuencia y cantidad de las sustancias que has consumido en el último año:

| Droga | Frecuencia | Cantidad |
|-------|------------|----------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

- ¿Qué consecuencias consideras que has tenido por tu consumo de drogas?
- _____
- _____

- ¿Has tenido internamientos anteriormente? SI NO

¿Cuántos? _____

Duración de tratamiento: _____

¿En qué consistió el tratamiento? (Terapia Individual, Grupal, Ocupacional, Grupo Autoayuda, etc.) _____

Describe el tipo de terapia con la que trabajaste: _____

¿Alguna vez te han internado por una enfermedad en el hospital? SI NO
Motivo (sobredosis, alucinaciones, etc.): _____

Diagnóstico _____
Duración de tratamiento: _____

¿Tomas medicamentos? SI NO ¿Cuáles? _____

¿Has tenido tratamientos atención psicológica que no sea dentro de una institución? SI NO
Motivo: _____

Social/Redes de Apoyo

¿Quién(es) te apoya en tu internamiento? (economica y emocionalmente).

¿Quiénes te visitan y con qué frecuencia? _____

¿Quiénes son tus amigos más cercanos? _____

¿A que se dedican? _____

¿Realizas actividades en tu tiempo libre? SI NO ¿Cuáles? _____

¿De qué manera has intentado anular relaciones con amigos o conocidos que consumen? _____

¿Has dejado de realizar actividades que anteriormente relacionabas con la droga?

¿Te prometes a ti mismo o a los demás que nunca más volverás a consumir dosis importantes? SI NO

¿Cómo te sentirías si te encontraras expuesto a una situación de alto riesgo?

¿Piensas que tu terapeuta y compañeros son rígidos o incapaces de comprender tus necesidades especiales? SI NO Describe.

¿Discutes por cosas insignificantes e insistes en tener razón de la mayoría de las veces? SI NO

¿Tiendes a culpar a los demás de tus problemas, especialmente familiares y personas cercanas? SI NO

¿Estás enfadado y decepcionado con las víctimas de tu adicción porque no confían y no te perdonan al instante? SI NO

¿Crees que es imposible una vida social o sexual satisfactoria sin drogas? SI NO

¿Tiendes a no ayudar a otros cuando lo necesitan? SI NO

¿Guardas los números de tus proveedores porque crees que probablemente podrás contactar con ellos en el futuro? SI NO

¿Trabajas activamente para conocer personas no consumidoras? SI NO
¿Tienes un plan de acción específico para controlar los deseos urgentes de consumo? SI NO
¿Te sientes competitivo o resentido hacia los compañeros que han avanzado más en la recuperación que tú? SI NO
¿Dedicas mucho tiempo a comentar las faltas de los demás? SI NO
¿Te sientes cómodo estando solo o necesitas la presencia de otros? _____
¿Qué piensas acerca de los grupos de autoayuda?

¿Has asistido y/o asistes a grupo de autoayuda? _____
¿Desde cuando? _____
¿Cuáles son las razones por las que asistes a grupo de autoayuda?

¿Has dejado de asistir inevitablemente a encuentros o sesiones a causa de ciertos conflictos con el programa que se habrían podido resolver con algo de esfuerzo de tu parte? SI NO
Describe los tipos de apoyo que pretendes sean parte de tu recuperación:

Conciencia de Enfermedad

¿Has tenido periodos de abstinencia? Describelo. _____

¿En qué situaciones se han presentado las recaídas? _____

¿Cómo te sentiste antes y después de la recaída? _____

¿Qué solución le has dado a la recaída(s)? _____

¿Estás pendiente de las señales de alarma tempranas de la recaída y sabes qué hacer al respecto para evitar el uso de drogas? SI NO Explícalo.

¿Qué piensas ante la idea de no beber o consumir alguna droga aunque sea ocasionalmente? _____

¿Crees que tener una enfermedad adictiva significa perder el control sobre consumir drogas o no? SI NO

¿Haces promesas respecto a acciones que no podrás cumplir? SI NO

¿Cómo cuáles? _____

¿Te identificas con la frase: “¿Porqué yo?” ante tu adicción y porqué razón?

¿Te has llegado a sentir víctima de tu adicción? Explícalo. _____

¿Esperas las respuestas a tu problema de adicción de tu terapeuta? SI NO

¿Qué pasaría a nivel emocional y conductual si tomaras una bebida?

¿De qué manera piensas hacerle frente a situaciones adversas que pasen en tu vida cotidiana? _____

¿Estás decidido a alcanzar una recuperación “perfecta”? SI NO

¿Qué piensas de tus experiencias previas con las drogas?

¿Tiendes a subrayar las dificultades y considerar cualquier problema como un desastre? SI NO

¿Crees que la recuperación es una manera de mantenerte apartado de las drogas y del alcohol? SI NO

¿Te encuentras negativo, acusador e insatisfecho constantemente? _____

¿Crees que tu consumo de drogas es debido a un mal matrimonio, estrés en el trabajo, dificultades económicas o a otros problemas importantes de tu vida? SI NO

¿Crees que sólo un adicto recuperado es capaz de comprender tu problema y ayudarte? SI NO ¿Porque? _____

¿Ignoras los riesgos de estar en contacto con gente, lugares y cosas asociadas a tu anterior consumo? SI NO

¿Te has cachado manipulando hechos para evitar responsabilidades de tus acciones u omisiones? SI NO

¿Te estás centrando más en la recuperación de alguien que en la tuya? SI NO

¿Dejas que el aburrimiento, estrés y los acontecimientos se acumulen? SI NO

¿Permaneces en silencio respecto a tus problemas en grupo, considerando que los problemas de los demás son más serios e importantes que los tuyos? SI NO

¿Dejas que los demás tomen decisiones en tu recuperación? SI NO

¿Si llegaras a limpiar minuciosamente tu casa o coche podrías “accidentalmente” encontrar una dosis que habías olvidado? SI NO

¿Aceptas aparentemente el consejo de tu terapeuta y de tus iguales, pero te olvidas de lo que le dicen y fracasas en el seguimiento de sus sugerencias? SI NO

¿Últimamente has apostado, comprado, comido, o tenido alguna conducta en exceso? SI NO Motivo: _____

¿Continúas experimentando frecuentes deseos de consumo? SI NO

Frecuencia: _____

¿Cuando tienes un deseo de droga tiendes a sentir que tu recuperación está fallando? SI NO ¿porqué? _____

¿Porqué? _____

¿Sigues mecánicamente el consejo de los demás y, si no funciona, tiendes a culparlos? SI NO

¿Crees que si te ocurre algo especialmente “bueno”, tendrás tentaciones de usar drogas como un motivo de celebración? SI NO

ANEXO 4. Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD).

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** _____ **Folio** _____

Instrucciones.

La lista que está a continuación señala varias situaciones en que la gente consume drogas. Lea cada reactivo cuidadosamente y conteste en términos de su propio consumo. Por favor responda todas las situaciones con la siguiente escala:

- Si nunca (N) consumió drogas en esa situación, marque 0
- Si rara vez (RV) consumió drogas en esa situación, marque 1
- Si frecuentemente (F) consumió drogas en esa situación, marque 2
- Si casi siempre (CS) consumió drogas en esa situación, marque 3

Ejemplo: Si rara vez consumió cocaína en esta situación marque 1
 Cuando me sentí alegre 0 1 2 3

Conteste las situaciones que a continuación se presentan:

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Cuando estaba feliz | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Cuando quería probarme si podía usar esa droga con moderación | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Cuando me sentí tembloroso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Cuando estuve en un lugar donde antes consumí o compre la droga | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Cuando estaba deprimido por todo en general | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Cuando me encontré con viejos amigos y quisimos pasar un buen rato | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Cuando me sentí tenso o incómodo en presencia de alguien | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Cuando me invitaron a una casa y sentí inapropiado rehusar la droga | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Cuando quería tener más energía para sentirme mejor | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Cuando empezaba a sentirme culpable por algo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Cuando me sentí seguro y relajado | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 12. Cuando quise probarme que esta droga no era un problema para mí | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Cuando me sentí enfermo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Cuando inesperadamente me la encontré | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Cuando sentí que ya no tenía a dónde más acudir | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Cuando estaba con un amigo cercano y quisimos sentirnos más unidos | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Cuando fui incapaz de expresar mis sentimientos a los demás | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Cuando salí con mis amigos e insistieron en ir a consumir | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Cuando sentí que mi familia me estaba presionando mucho | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Cuando quería bajar de peso para mejorar mi apariencia física | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Cuando me sentí emocionado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. Cuando quería saber si podía consumir en ocasiones sin volverme adicto. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. Cuando sentí náuseas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. Cuando vi algo que me recordó la droga | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. Cuando sentí que me dejé fracasar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26. Cuando estaba con mis amigos y quería divertirme más | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. Cuando otras personas me rechazaron | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. Cuando en un grupo que consumía, sentí que querían que me uniera | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29. Cuando me sentí abrumado y quería escapar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30. Cuando sentí que no podía llegar a ser lo que mi familia esperaba de mí. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31. Cuando me sentía satisfecho con mi vida | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 32. Cuando quise probar estar con amigos consumidores, sin consumir | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33. Cuando tuve problemas para dormir | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34. Cuando había estado bebiendo alcohol y pensé en consumirla | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35. Cuando estaba aburrido | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36. Cuando quería celebrar con un amigo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37. Cuando parecía que no les caía bien a los demás | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38. Cuando me presionaron a usar esta droga y sentí que no me podía negar. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39. Cuando tenía dolor de cabeza | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40. Cuando estaba enojado por cómo me salieron las cosas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 41. Cuando recordé cosas buenas que habían pasado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 42. Cuando quería probar estar en lugares donde se consume sin hacerlo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 43. Cuando quería mantenerme despierto para sentirme mejor | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 44. Cuando alguien platicó sus experiencias con esa droga | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 45. Cuando me sentí solitario | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 46. Cuando estaba con mi pareja y quise aumentar mi placer sexual | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 47. Cuando alguien me trató injustamente | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 48. Cuando estaba en un grupo en el que todos estaban consumiendo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 49. Cuando no me llevaba bien con mis compañeros de la escuela o del trabajo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 50. Cuando tuve algún dolor físico | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 51. Cuando estaba indeciso acerca de lo que debía hacer | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 52. Cuando había pleitos en mi casa | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 53. Cuando quería estar más alerta para sentirme mejor | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 54. Cuando empecé a recordar que buen acelere sentí cuando la consumí | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 55. Cuando me sentí ansioso por algo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 56. Cuando necesite coraje para enfrentar a otra persona | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 57. Cuando alguien interfirió con mis planes | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 58. Cuando alguien trata de controlarme y quiero sentirme más independiente. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 59. Cuando alguien estaba insatisfecho con mi trabajo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 60. Cuando me sentí hostigado por el trabajo o la escuela | 0 | 1 | 2 | 3 |

ANEXO 5. REGISTRO DE OPINIONES

Sexo: Hombre () Mujer () Edad _____ Estado Civil: _____
 Ocupación: _____ Nivel de Estudios: _____

A continuación se presenta una serie de expresiones de la vida cotidiana. Por favor lea cada una de ellas cuidadosamente y escriba una X dentro del paréntesis a la izquierda de cada expresión que mejor señale si está de acuerdo o en desacuerdo con esa expresión.

Por favor conteste todas las expresiones.

| | | |
|---------------------|------------|------------|
| NO ESTOY DE ACUERDO | DE ACUERDO | PUNTUACION |
|---------------------|------------|------------|

- . () () _____ Para mi es importante recibir la aprobación de los demás
- . () () _____ Odio equivocarme en algo
- . () () _____ La gente que se equivoca, logra lo que merece
- .. () () _____ Generalmente acepto los acontecimientos con filosofía
- .. () () _____ Si una persona quiere, puede ser feliz en cualquier circunstancia
- . () () _____ Temo a las cosas que me preocupan
- . () () _____ Normalmente aplazo las decisiones importantes
- . () () _____ Todos necesitamos contar con algo más grande y más fuerte que nosotros
- . () () _____ “Árbol que nace torcido jamás su tronco endereza”
- . () () _____ La felicidad es mayor, si paso el tiempo libre de una forma tranquila
- .. () () _____ Me gusta que los demás me demuestren su cariño, pero yo no tengo porqué demostrar cariño a nadie.

- . () () _____ Evito las cosas que no puedo hacer bien
- . () () _____ Hay demasiadas personas malas que escapan del castigo del infierno
- .. () () _____ Los hechos no me perturban sino la manera en que los pienso o interpreto.
- .. () () _____ A la gente no le trastornan los acontecimientos sino la imagen que tiene de ellos
- .. () () _____ Me producen poca ansiedad los peligros inesperados o los acontecimientos futuros
- .. () () _____ Trato de afrontar los trabajos fastidiosos y hacerlos cuanto antes
- . () () _____ En las decisiones importantes, consulto con una autoridad al respecto
- . () () _____ Es casi imposible superar la influencia del pasado
- . () () _____ Me gusta la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido

- . () () _____ Quiero gustarle a todo el mundo
- .. () () _____ No me gusta competir en aquellas actividades en las que los demás son mejores que yo
- . () () _____ Aquellos que se equivocan, merecen cargar con la culpa
- . () () _____ Las cosas deberían ser distintas de como son
- .. () () _____ Yo provoco mi propio mal humor
- . () () _____ A menudo, no puedo quitarme algún asunto de la cabeza
- . () () _____ Evito enfrentarme a los problemas
- . () () _____ Todo el mundo necesita tener fuera de sí mismo una fuente de energía
- .. () () _____ 29 Solo porque una vez algo afectó mi vida de forma importante, no quiere decir que tenga que ser igual en el futuro
- .. () () _____ 30 Me siento más satisfecho cuando tengo muchas cosas que hacer
- .. () () _____ 31 Puedo gustarme a mi mismo, aún cuando no guste a los demás
- .. () () _____ 32 Me gustaría triunfar en algo, pero no creo merecerlo
- . () () _____ 33 La inmoralidad debería castigarse severamente
- . () () _____ 34 A menudo me siento trastornado por situaciones que no me gustan
- .. () () _____ 35 Las personas infelices, normalmente, se provocan este estado a si mismas
- .. () () _____ 36 No me preocupo por no poder evitar que algo ocurra
- .. () () _____ 37 Normalmente, tomo las decisiones tan pronto como puedo
- . () () _____ 38 Hay determinadas personas de las que dependo mucho
- .. () () _____ 39 Toda la gente de muchísima importancia a la influencia del pasado
- .. () () _____ 40 Lo que más me divierte es realizar algún proyecto creativo
- . () () _____ 41 Si no gusto a los demás es su problema no el mío
- . () () _____ 42 Para mí no es muy importante hacer las cosas con perfección
- .. () () _____ 43 Yo pocas veces culpo a la gente de sus errores
- .. () () _____ 44 Normalmente, acepto las cosas como son, aunque no me gusten
- .. () () _____ 45 Nadie está mucho tiempo de mal humor o enfadado, a menos que quiera estarlo
- . () () _____ 46 No puedo soportar correr riesgos
- . () () _____ 47 La vida es demasiado corta para pasarla evitando problemas y dificultades
- .. () () _____ 48 Me gusta valerme por mi mismo
- . () () _____ 49 Si hubiera vivido experiencias distintas, podría ser más como me gustaría ser.
- . () () _____ 50 Me gustaría jubilarme y apartarme totalmente del trabajo
- . () () _____ 51 Pienso que es duro ir en contra de lo que piensan los demás
- .. () () _____ 52 Disfruto de las actividades por sí mismas, al margen de lo bueno o malo que hay en ellas
- () () _____ 53 El miedo al castigo es lo que hace a la gente ser buena
- () () _____ 54 Si las cosas me desagradan, opto por ignorarlas
- () () _____ 55 Cuanto más problemas tiene una persona, menos feliz es.
- () () _____ 56 Raramente me siento ansioso al pensar en el futuro
- () () _____ 57 Raramente aplazo las cosas
- () () _____ 58 Yo soy el único que realmente puede entender y solucionar mis problemas
- () () _____ 59 Normalmente, no pienso que las experiencias pasadas me afecten en la actualidad
- () () _____ 60 Tener demasiado tiempo libre aumenta la felicidad

- () () _____ 61 Aunque me gusta recibir la aprobación de los demás, no tengo la necesidad real de ello
- () () _____ 62 Me fastidia que los demás sean mejores que yo en algo
- () () _____ 63 Por naturaleza todas las personas son buenas
- . () () _____ 64 Me molesta muchísimo no conseguir lo que quiero
- .. () () _____ 65 Nada es intrínsecamente perturbador; si lo es, se debe al modo en que lo Interpretamos.
- . () () _____ 66 Me preocupan mucho determinadas cosas del futuro
- . () () _____ 67 Me resulta difícil hacer las tareas desagradables
- .. () () _____ 68 Me desagrada que los demás tomen decisiones por mi
- . () () _____ 69 Somos esclavos de nuestro pasado
- . () () _____ 70 A veces desearía poder irme a una isla tropical y ser muy feliz tirado en la playa
- . () () _____ 71 A menudo me preocupa que la gente me apruebe y me acepte
- . () () _____ 72 Me trastorna cometer errores
- . () () _____ 73 No es correcto que paguen justos por pecadores
- .. () () _____ 74 Yo disfruto honradamente de la vida
- . () () _____ 75 Debería haber más personas que puedan afrontar lo desagradable de la vida
- . () () _____ 76 Algunas veces me resulta imposible apartar de mi mente el miedo a algo
- .. () () _____ 77 Una vida fácil se logra evitando problemas y dificultades
- . () () _____ 78 Pienso que es fácil buscar ayuda
- . () () _____ 79 Una vez que algo afecta tu vida de forma importante, seguirá haciéndolo siempre
- . () () _____ 80 Me encanta estar sin hacer nada
- . () () _____ 81 Tengo considerable preocupación por lo que la gente piensa de mi
- . () () _____ 82 Muchas veces me enfado muchísimo por cosas sin importancia
- .. () () _____ 83 Generalmente doy una segunda oportunidad a quien se equivoca
- . () () _____ 84 Me molesta cuando las cosas no se van dando como planeo
- .. () () _____ 85 Nunca hay razón para permanecer afligido mucho tiempo
- .. () () _____ 86 Raramente pienso en cosas como la muerte o la guerra nuclear
- .. () () _____ 87 No me gustan las responsabilidades
- .. () () _____ 88 No me gusta depender de los demás
- . () () _____ 89 La gente nunca cambia, básicamente
- . () () _____ 90 La mayoría de las personas trabajan demasiado y no toman el suficiente descanso
- .. () () _____ 91 Ser criticado es algo fastidioso pero no perturbador
- .. () () _____ 92 No me asusta hacer aquellas cosas que no hago del todo bien
- .. () () _____ 93 Nadie es malo a pesar de que sus actos lo sean
- .. () () _____ 94 Raramente me importunan los errores de los demás
- .. () () _____ 95 El hombre construye su propio infierno interior
- . () () _____ 96 Muchas veces me sorprende planeando lo que haría si me encontrara en determinadas situaciones de peligro
- .. () () _____ 97 Si tengo que hacer algo, lo hago a pesar de que no sea agradable
- .. () () _____ 98 He aprendido que debo depender de otras personas mas fuertes que yo
- .. () () _____ 99 No miro atrás con resentimiento
- . () () _____ 100 No me siento realmente contento hasta que no estoy relajado y sin hacer nada

ANEXO 6. INVENTARIO DE GRAMBILL Y RICHEY I

| GRADO DE INCOMODIDAD | SITUACION | PROBABILIDAD DE RESPUESTA |
|----------------------|---|---------------------------|
| ----- | 1. Decirle a alguien que le pide su coche que no puede prestárselo. | ----- |
| ----- | 2. Halagar a un amigo(a). | ----- |
| ----- | 3. Pedir un favor a alguien. | ----- |
| ----- | 4. Resistir la tentación de comprar algo en oferta. | ----- |
| ----- | 5. Pedir una disculpa. | ----- |
| ----- | 6. Rechazar la petición de alguien para tener una reunión o una cita. | ----- |
| ----- | 7. Admitir que tiene miedo y pedir comprensión. | ----- |
| ----- | 8. Decirle a una persona, con quien está íntimamente relacionado(a), que a usted le molesta algo que dice o hace. | ----- |
| ----- | 9. Pedir un aumento de sueldo. | ----- |
| ----- | 10. Aceptar que no sabe sobre algún tema. | ----- |
| ----- | 11. Negarse a prestar dinero. | ----- |
| ----- | 12. Hacer preguntas personales. | ----- |
| ----- | 13. Cortar la plática con un amigo que habla mucho. | ----- |
| ----- | 14. Pedir una crítica constructiva. | ----- |
| ----- | 15. Iniciar una conversación con un extraño. | ----- |
| ----- | 16. Halagar a una persona con la cual está usted involucrado(a) sentimentalmente o interesado(a) en él/ella. | ----- |

| GRADO DE INCOMODIDAD | SITUACION | PROBABILIDAD DE RESPUESTA |
|----------------------|---|---------------------------|
| ----- | 17. Solicitar una reunión o cita. | ----- |
| ----- | 18. Insistir al pedir una reunión o cita que le negaron la primera vez que la solicitó. | ----- |
| ----- | 19. Admitir confusión acerca de un punto en discusión y solicitar aclaración. | ----- |
| ----- | 20. Solicitar empleo. | ----- |
| ----- | 21. Preguntar si usted ha ofendido a alguien. | ----- |
| ----- | 22. Decirle a alguien que le cae muy bien. | ----- |
| ----- | 23. Reclamar un servicio por el cual usted ha esperado sin ser atendido, por ejemplo en un restaurante. | ----- |
| ----- | 24. Discutir abiertamente con una persona que critica su conducta. | ----- |
| ----- | 25. Devolver productos defectuosos, por ejemplo en una tienda o restaurante. | ----- |
| ----- | 26. Expresar una opinión contraria a la de la persona con la que usted está hablando. | ----- |
| ----- | 27. Resistir proposiciones sexuales cuando usted no está interesado(a). | ----- |
| ----- | 28. Decirle a una persona que usted siente que ha hecho algo injusto para usted. | ----- |
| ----- | 29. Aceptar una cita romántica. | ----- |
| ----- | 30. Contarle a alguien que a usted le ha ido muy bien. | ----- |

| GRADO DE INCOMODIDAD | SITUACION | PROBABILIDAD DE RESPUESTA |
|----------------------|--|---------------------------|
| ----- | 31. Resistir la presión de alguien que insiste en que usted tome bebidas alcohólicas. | ----- |
| ----- | 32. Decirle a una persona importante para usted cuando le hace un reclamo injusto, que no tiene razón. | ----- |
| ----- | 33. Renunciar a su trabajo. | ----- |
| ----- | 34. Resistir la presión de alguien que quiere hacerlo enojar. | ----- |
| ----- | 35. Discutir abiertamente con una persona que critica su trabajo. | ----- |
| ----- | 36. Solicitar la devolución de cosas prestadas. | ----- |
| ----- | 37. Recibir halagos. | ----- |
| ----- | 38. Continuar la conversación con alguien que está en desacuerdo con usted. | ----- |
| ----- | 39. Decirle a un compañero(a) de trabajo que algo que dice o hace le molesta a usted. | ----- |
| ----- | 40. Pedirle a una persona que lo está molestando ante otras personas que deje de hacerlo. | ----- |

Finalmente, por favor indique las situaciones en las que le gustaría conducirse con más seguridad, encerrando en un círculo el número de la situación correspondiente.

ANEXO 7 . Escala de Satisfacción de Vida.

Nombre _____ **Edad** _____ **Sexo** _____

Folio _____

A continuación, se presentan cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la escala de abajo, indique cuan de acuerdo está con cada elemento, eligiendo el número apropiado asociado a cada elemento. Por favor, sea abierto y honesto al responder.

| | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ligeramente en desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | Ligeramente de acuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|---|--------------------------|---------------|---------------------------|--------------------------------|------------------------|------------|-----------------------|
| En la mayoría de las formas de mi vida se acerca a mi ideal. | | | | | | | |
| Las condiciones de mi vida son excelentes. | | | | | | | |
| Estoy satisfecho con mi vida. | | | | | | | |
| Hasta ahora, he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida. | | | | | | | |
| Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría casi nada. | | | | | | | |

ANEXO 8. ESQUEMA GENERAL DE PROCESO PSICOTERAPEÚTICO

| ETAPA INICIAL. DIAGNÓSTICO. | | | | |
|---|--|---|-----------------|---|
| OBJETIVO GENERAL: APLICAR INSTRUMENTOS Y ENTREVISTA. | | | | |
| DURACIÓN: 4 SESIONES INDIVIDUALES. (60 MINUTOS). | | | | |
| Sesión | Objetivo(s) | Técnicas / Material | Duración | Descripción de técnica |
| 1 | Encuadre y aplicación de instrumentos. | Encuadre del proceso inicial de la intervención (aplicación de pruebas y entrevista) y firma de Consentimiento Informado. Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas. (ISCD) Inventario de Asertividad. | 60 minutos | Se realiza el encuadre en el que se menciona día y hora de sesión individual, se comenta a grandes rasgos en qué consiste el proceso psicoterapéutico y se lleva a cabo la aplicación de instrumentos para evaluar situaciones de riesgo de consumo y conductas de asertividad. |
| 2 | Aplicar instrumentos. Comenzar entrevista semiestructurada para recabar información acerca de la historia del sujeto. | Registro de Opiniones. Escala de Satisfacción de Vida. (SWSL). Entrevista semiestructurada. | 60 minutos | Aplicación de instrumentos para evaluar creencias irracionales y satisfacción con la vida cotidiana. Inicio de entrevista clínica semiestructurada sobre aspectos de la historia psicosocial del sujeto. |
| 3 | Continuar con entrevista semiestructurada para la obtención de información acerca de la historia del sujeto. | Inicio de Entrevista semiestructurada | 60 minutos | Serie de preguntas que indagán sobre la historia psicosocial del sujeto, conductas y cogniciones relacionadas con la sustancia de consumo. |
| 4 | Finalizar con la entrevista semiestructurada. | Entrevista semiestructurada. | 60 minutos | Serie de preguntas que indagán sobre la historia psicosocial del sujeto, conductas y cogniciones relacionadas con la sustancia de consumo. Se reafirman acuerdos para el inicio de proceso psicoterapéutico. |

| ETAPA INTERMEDIA. INTERVENCIÓN. | | | | | |
|--|---|--|-----------------|---|---------------------------------------|
| OBJETIVO GENERAL: INTERVENIR EN LAS SITUACIONES DE RIESGO DE RECAÍDA MEDIANTE TERAPIA RACIONAL EMOTIVA. | | | | | |
| DURACION: 12 SESIONES INDIVIDUALES (60 MINUTOS). | | | | | |
| Sesión | Objetivo(s) | Técnica/Material | Duración | Descripción de técnica | Material |
| 1 | Comenzar proceso psicoterapeutico. Identificar ideas irracionales. | Encuadre del proceso de intervención. Psicoeducación. Discriminación. | 60 minutos | Recapitulación de las sesiones previas, se resuelven dudas y se comienza con la identificación de ideas irracionales para que a través de la técnica el sujeto pueda diferenciar entre ideas irracionales y racionales, de esa manera él pueda identificar las propias. | Hojas de TRE. |
| 2 | Determinar factores de riesgo de consumo. | Refutación Discriminación | 60 minutos | Mediante preguntas se contrastan las ideas irracionales identificadas. Se busca generar conciencia acerca de los factores de riesgo. | Lista de frases racionales. |
| 3 | Categorizar factores de riesgo de consumo. | Retroalimentación Refutación. | 60 minutos | Se revisará la actividad de frases racionales y de qué manera piensa que las puede aplicar en su vida. Contrastar ideas irracionales a través de preguntas. | Lista de alternativas |
| 4 | Resolución de problemas. | Elecciones y Alternativas | 60 minutos | Con base a los factores de riesgo se orienta al sujeto a generar soluciones para las situaciones de riesgo que pueda enfrentarse. | Lectura acerca tipos de comunicación. |
| 5 | Analizar el entrenamiento de habilidades sociales. | Indagar en las relaciones interpersonales que establece el sujeto. Técnicas de asertividad. | 60 minutos | Se identifican situaciones en las que el sujeto practique actitudes y expresiones adecuadas ante lo que piensa y siente. Información acerca de la asertividad. | Lectura Asertividad |
| 6 | Entrenamiento de habilidades | Retroalimentación | | Se comenta la lectura, indagar con qué tipo de | |

| | | | | | |
|---|---|---|------------|---|-----------------------------------|
| | sociales | Asertividad | 60 minutos | comunicación se identifica, generar conciencia y generar herramientas para llevar a cabo la asertividad. | |
| 7 | Analizar reforzamiento de situación problemática. | Retroalimentación Solución de problemas. | 60 minutos | El participante habla acerca de un tema que le aqueje y considere que no ha podido trascender y por consiguiente puede ser un factor de riesgo ante la recaída. | |
| 8 | Retroalimentación | Retroalimentación | 60 minutos | Mencionar áreas de mejora, planeación para continuar con la siguiente etapa. | Continuar aplicando lo aprendido. |

| CIERRE DE PROCESO PSICOTERAPÉUTICO | | | | | |
|--|-------------------------------------|--|-----------------|--|--------------------|
| OBJETIVO GENERAL: BRINDAR UN SEGUIMIENTO PARA LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS Y APLICAR INSTRUMENTOS. | | | | | |
| Sesión | Objetivo(s) | Técnica/Material | Duración | Descripción de técnica | Actividades |
| 9 | Comunicar factores de riesgo | Recapitulación de los sentimientos, cogniciones y conductas. Refutación | 60 minutos | Se realiza una recapitulación respecto a aplicación o no de lo trabajado en sesiones anteriores. Si ha habido cambios, y en caso de identificarse ideas irracionales, éstas se contrastarán. | |
| 10 | Reforzar la prevención de recaídas. | Retroalimentación Entrenamiento en habilidades sociales. | 60 minutos | Se identifican situaciones en las que el sujeto practique actitudes y expresiones adecuadas ante lo que piensa y siente. | |

| | | | | | |
|-----------|--|---|------------|---|--|
| 11 | Reforzar prevención de recaídas. | Elecciones y Alternativas. | 60 minutos | Se orienta al sujeto a generar soluciones para las situaciones de riesgo que pueda enfrentarse. Se realiza una segunda aplicación de instrumentos para evaluar situaciones de riesgo y satisfacción con la vida cotidiana. | |
| | Aplicar instrumentos. | -Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas. (ISCD) -Escala de Satisfacción de Vida. (SWSL). | | | |
| 12 | Aplicar instrumentos | -Inventario de Asertividad. -Registro de opiniones. | 60 minutos | Aplicación de instrumentos para evaluar la asertividad e ideas irracionales en el sujeto. Se procede al cierre terapéutico, áreas de mejora y se brinda plan de tratamiento a seguir de manera autónoma. | |
| | Concluir con el proceso psicoterapéutico | Retroalimentación Cierre de proceso terapéutico. | | | |

ANEXO 9. ESQUEMA DESCRIPTIVO DE PROCESO PSICOTERAPEUTICO

| ETAPA INICIAL: DIAGNÓSTICO | |
|--|---|
| Sesión 1: Encuadre y aplicación de instrumentos. | |
| Objetivo General | Comenzar el proceso de diagnóstico con el participante. |
| Objetivos Específicos | Realizar el encuadre terapéutico y firma de consentimiento informado. Aplicar instrumentos. |
| Participante | Persona con dependencia a cocaína que se encuentra en modalidad de casa de medio camino. |
| Actividad 1 | Encuadre y Firma de consentimiento informado |
| Material | Consentimiento Informado |
| Tiempo | 20 minutos |
| Desarrollo | Se hace la presentación formal con el participante, explicándole los objetivos de la intervención terapéutica a través de la Terapia Racional Emotiva que es el trabajar la prevención de recaídas. Se le comenta que es un proceso que estima una duración de 5 meses en los que finalmente se brindarán 16 sesiones de 60 minutos cada una, pasando por 3 etapas: Diagnóstico, Intervención y Seguimiento y que la constancia de las sesiones varía de acuerdo a las etapas. Una vez que se le haya explicado al participante y le quede claro lo que se realizará con el proyecto, se procede al Consentimiento Informado donde se describe el proceso terapéutico y se habla de la confidencialidad, así como un acuerdo de ambas partes. |
| Actividad 2 | Aplicar instrumentos |
| Material | Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD). Inventario de Asertividad. Lápiz con goma |
| Tiempo | 30-35 minutos |
| Desarrollo | Una vez comentando al participante en lo que consiste el proceso, se comienza por la aplicación de los instrumentos, comentándole: “Ahora le pido conteste el siguiente cuestionario con honestidad, si tiene alguna duda hágamelo saber”. Se le da el lápiz y el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (20 mins), al finalizar se deja una pausa de 5 minutos para continuar con el Inventario de Asertividad (15 mins). |
| Actividad 3 | Cierre de la sesión |
| Material | No aplica |
| Tiempo | 5 minutos |
| Desarrollo | Se especifica que las próximas 3 sesiones se llevará acabo una dinámica similar de aplicación de pruebas y una serie de preguntas para posteriormente poder iniciar con la intervención. En este espacio se pueden resolver dudas. |
| Sesión 2: Aplicación de Instrumentos y Entrevista Semiestructurada. | |
| Objetivo general | Realizar una segunda aplicación de los instrumentos para comenzar con la entrevista semiestructurada. |
| Objetivos específicos: | -Aplicación de Registro de Opiniones. -Aplicación de Escala de Satisfacción de Vida. |
| Participante | Persona con dependencia a cocaína que se encuentra en modalidad de casa de medio camino. |
| Actividad 1 | Aplicación de instrumentos |
| Material | Registro de opiniones. Escala de Satisfacción de vida. |
| Tiempo | 25 minutos |
| Desarrollo | Se le comenta al participante que se continúa con la aplicación de instrumentos, con la |

| | |
|---|--|
| | consigna:“Le pido conteste el siguiente cuestionario con honestidad, si tiene alguna duda hágamelo saber”. se le da cuestionario de Registro de Opiniones (20 mins) junto con el lápiz, al finalizar se dejan pasar 5 minutos para darle la Escala de Satisfacción de vida (5 mins) y que la responda. |
| Actividad 2 | Inicio de la Entrevista semiestructurada |
| Material | Formato de Entrevista Semiestructurada |
| Tiempo | 30 minutos |
| Desarrollo | Se le comenta al participante que a continuación se realizará una serie de preguntas que se relacionan a su forma de pensar, sentir y actuar, que la información que el brinde es indispensable para que el proceso de intervención se pueda realizar de manera más objetiva. Las preguntas que se realizan son los datos personales, familiares, pareja y sexual. |
| Actividad 3 | Cierre de la sesión |
| Tiempo | 5 minutos |
| Desarrollo | Es un espacio para aclarar dudas y se hace mención a que la próxima sesión se continuará con la entrevista. |
| Sesión 3: Entrevista Semiestructurada. | |
| Objetivo General | Compilar información acerca de la historia del participante. |
| Objetivo Específico | Indagar en las áreas de vida del participante. (laboral, académica, antecedentes patológicos médicos familiares, historia de la adicción). |
| Participante | Persona con dependencia a cocaína que se encuentra en modalidad de casa de medio camino. |
| Actividad 1 | Entrevista |
| Material | Formato de Entrevista Semiestructurada |
| Tiempo | 50 minutos |
| Desarrollo | Se comenta al participante que parte de lo que se comentó la sesión anterior es continuar con la entrevista semiestructurada, comienza la serie de preguntas e indagación de áreas de vida. |
| Actividad 2 | Cierre de la sesión |
| Tiempo | 5 minutos |
| Desarrollo | Se resuelven dudas, cierre de la sesión. |
| Sesión 4: Entrevista Semiestructurada | |
| Objetivo General | Finalizar con la entrevista |
| Objetivo Específico: | Indagar en las área de vida social, redes de apoyo y conciencia de enfermedad. |
| Participante | Persona con dependencia a cocaína que se encuentra en modalidad de casa de medio camino. |
| Actividad 1 | Entrevista |
| Material | Formato de Entrevista Semiestructurada |
| Tiempo | 50 minutos |
| Desarrollo | Se lleva a cabo la serie de preguntas acerca de las áreas de vida del participante, se clarifican y aclaran respuestas y/o preguntas, indagando en datos que resultan importantes para la intervención. |
| Actividad 2 | Cierre de sesión |
| Tiempo | 10 minutos |
| Desarrollo | Es importante la información brindada sea comprendida por el participante, cerciorarse de ello, una vez concluida la entrevista, se comenta que la etapa 1 del proceso ha concluido, por consiguiente se dice al participante el día que comienza la intervención terapéutica que va acorde al mismo horario y día de sesiones establecidas en la primera sesión. |

ETAPA INTERMEDIA: INTERVENCION.**Sesión 1: Inicio de proceso psicoterapéutico.**

| | |
|---------------------|---|
| Objetivo General | Comenzar la intervención. |
| Objetivo Específico | Informar al participante acerca del modelo ABC de Terapia Racional Emotiva. Describir con ideas irracionales observadas en el registro de opiniones. |
| Participante | Persona con dependencia a cocaína que se encuentra en modalidad de casa de medio camino. |
| Actividad 1 | Encuadre de la Intervención/Psicoeducación |
| Material/Técnica | Material impreso con información acerca de la TRE. |
| Tiempo | 20 minutos |
| Desarrollo | Se reestablecen horarios y días para la terapia, la importancia de la confidencialidad. Se comenta que se le brindará una carpeta de trabajo para tareas las cuales responderá cuando se le indique para revisarla en las sesiones correspondientes. Se explica al participante el ABC = Acontecimiento+Pensamiento+Consecuencia que describe la manera de pensar ante una situación concreta que lleva a generar una conducta o emoción y si no se identifica ese pensamiento puede llevar a un malestar emocional o conducta autodestructiva como es el consumo. Se guía al participante a contrastar ideas irracionales que propician un factor de riesgo ante el consumo. Poner ejemplos relacionados con su vida. |
| Actividad 2 | Intervención |
| Material/Técnica | Técnica de Discriminación (TRE) |
| Tiempo | 30 minutos |
| Desarrollo | Se trabajan las ideas irracionales, para llevar a cabo esta técnica cuyo objetivo es enseñar al participante a identificar y reconocer sus ideas irracionales y racionales. Se utilizan ejemplos que muestren el fundamento real para que el participante pueda comprenderlo de manera que lo integre a su pensamiento. |
| Actividad 3 | Cierre de sesión |
| Material/Técnica | Retroalimentación/ Lista de ideas racionales. |
| Tiempo | 10 minutos |
| Desarrollo | Se lleva a cabo el cierre de la sesión, preguntándole al participante cómo se siente, de qué se da cuenta, se comenta. Se le pide al participante saque la lista de frases racionales para que defina cuales frases racionales se adecuan a su sentir y la tarea es que las repita constantemente y observe algún cambio positivo o negativo que suceda, esto se trabajará la próxima sesión. |

Sesión 2: Determinar Ideas irracionales y Factores de riesgo

| | |
|---------------------|--|
| Objetivo general | Determinar ideas irracionales y factores de riesgo |
| Objetivo Específico | Revisar tarea de frases irracionales e identificar factores de riesgo de situaciones positivas y negativas. |
| Participante | Persona con dependencia a cocaína que se encuentra en modalidad de casa de medio camino. |
| Actividad 1 | Categorizar ideas irracionales relacionadas con situaciones de riesgo. |
| Material/Técnica | Lista de ideas irracionales/racionales. Técnica de Discriminación (TRE). |
| Tiempo | 35 minutos |
| Desarrollo | Se revisa la tarea y se indaga con el participante los resultados (si observó algún cambio de pensamiento, si se le dificultó la tarea, de qué manera puede aplicar las frases racionales en su vida, cuáles considera que son las ventajas, etc). ¿Cómo relaciona esos pensamientos racionales a los factores de riesgo?. Se trabajan las ideas irracionales para enseñar al participante a identificar y reconocer sus ideas irracionales y racionales que pueden ser de riesgo. Se utilizan ejemplos que muestren el |

| | |
|--|---|
| | fundamento real para que el participante pueda comprenderlo de manera que lo integre a su pensamiento, en conjunto con la lista de ideas racionales que se dejó de tarea. |
| Actividad 2 | Generar conciencia acerca de los factores de riesgo. |
| Material/Técnica | Refutación |
| Tiempo | 15 minutos |
| Desarrollo | Una vez comprendido el ABC e identificado ideas irracionales se procede a la técnica de refutación la cual, mediante preguntas se contrastan las ideas irracionales y de esta manera el participante pueda reconocer sus ideas racionales y las consecuencias positivas que pueden generar en él. |
| Actividad 3 | Cierre de la sesión |
| Tiempo | 10 minutos |
| Desarrollo | Se realiza cierre sobre lo trabajado y se comenta la importancia de identificar situaciones de riesgo y de qué manera puede realizar un cambio de pensamiento. |
| Sesión 3: Categorizar factores de riesgo de consumo | |
| Objetivo General | Determinar los factores de riesgo de consumo. |
| Objetivo Específico | Categorizar situaciones de tentación de consumo. |
| Participante | Persona con dependencia a cocaína que se encuentra en modalidad de casa de medio camino. |
| Actividad 1 | Retroalimentación respecto a las ideas irracionales. |
| Material/Técnica | Lista de ideas racionales. |
| Tiempo | 20 minutos |
| Desarrollo | Una vez que el usuario llevó acabo la tarea de ideas racionales, se reafirma y genera conciencia acerca de la importancia del cambio de pensamiento, identificar si está pudiendo integrar esas frases a su vida cotidiana, hablar de dudas o comentarios que tiene respecto a estas ideas. |
| Actividad 2 | Situaciones de riesgo de tentación de consumo |
| Material/Técnica | Refutación |
| Tiempo | 30 minutos |
| Desarrollo | Se lleva a cabo la identificación de ideas irracionales y racionales que le llevan a estar en situaciones de riesgo de consumo, posibilidad de afrontamiento ante éstas, ya que esto puede disminuir la posibilidad de recaída. |
| Actividad 3 | Cierre de la sesión |
| Material/Técnica | No aplica |
| Tiempo | 10 minutos |
| Desarrollo | Se le invita a pensar en posibles situaciones de solución y reacción ante las circunstancias de riesgo comentándole que la próxima sesión se platicará de ello. |
| Sesión 4: Determinar la resolución de problemas | |
| Objetivo General | Identificar y planificar alternativas de afrontamiento. |
| Participante | Persona con dependencia a cocaína que se encuentra en modalidad de casa de medio camino. |
| Actividad 1 | Realizar una serie de alternativas escribiéndolas en una hoja de su cuadernillo de trabajo. |
| Material/Técnica | Hoja de papel, lápiz/ Elecciones y Alternativas |
| Tiempo | 50 minutos |
| Desarrollo | Se determinan las situaciones de riesgo identificadas anteriormente y se le propone escribir las alternativas de afrontamiento que piensa pudieran disminuir el riesgo, una vez concluyendo con eso, se hace la revisión de las soluciones que contempla y se indaga su lógica de porque |

| | |
|--|---|
| | cree que es una buena manera de solucionar la situación para así tener un fundamento acerca de sus probables acciones y conciencia de lo que busca al evitar o enfrentar los focos rojos. |
| Actividad 2 | Cierre de la sesión |
| Material/Técnica | No aplica |
| Tiempo | 10 minutos |
| Desarrollo | Se habla de la importancia de ser asertivo en la toma de decisiones o solución de problemas, para ello se debe conocer lo que es la asertividad, de qué manera se puede emplear y cómo los pensamientos pueden llevar a tomar una decisión inadecuada y generar malestar emocional. Se deja de tarea lectura de tipos de comunicación. |
| Sesión 5: Entrenamiento de habilidades sociales. | |
| Objetivo General | Identificar tipo de comunicación más frecuente que ejerce el participante. |
| Objetivo Específico | Abordar las relaciones interpersonales que establece el participante. Analizar las técnicas de asertividad. |
| Participante | Participante con dependencia a cocaína que se encuentra en modalidad de casa de medio camino. |
| Actividad 1 | Describir sobre la dinámica en relaciones interpersonales que establece el participante. |
| Material/Técnica | No aplica |
| Tiempo | 30 minutos |
| Desarrollo | Se aborda la dinámica de relacionarse con los demás, ya que con esto el participante puede darse cuenta de qué manera se está comunicando, con qué tono y si está logrando expresar lo que realmente busca, a través del lenguaje. Se comenta la lectura de tipos de comunicación y se guía a que identifique en qué situaciones utiliza los tipos de comunicación. |
| Actividad 2 | Buscar actitudes y expresiones adecuadas ante lo que piensa y siente. |
| Material/Técnica | Lista de alternativas y soluciones. |
| Tiempo | 25 minutos |
| Desarrollo | Se buscan alternativas de respuesta ante situaciones estresantes o en la relación con los otros, se habla acerca de lo que es la asertividad y las premisas de ella, diversas técnicas de poder llevar a cabo una comunicación clara, concreta y con sentimiento de libertad, derecho y responsabilidad ante lo que se dice. Se deja como tarea lista de técnicas de asertividad. |
| Actividad 3 | Cierre de la sesión |
| Tiempo | 5 minutos |
| Desarrollo | Se deja tarea de técnicas de asertividad y cómo puede llevarlas a cabo en su vida diaria y en las relaciones interpersonales. |
| Sesión 6: Analizar entrenamiento de habilidades sociales. | |
| Objetivo General | Generar alternativas de comunicación en el participante. |
| Objetivos Específicos | Revisar tarea de lectura de asertividad. Identificar alternativas de expresión asertiva. |
| Participante | Persona con dependencia a cocaína que se encuentra en modalidad de casa de medio camino. |
| Actividad 1 | Revisión de la tarea |
| Material/Técnica | Lista de técnicas de asertividad. |
| Tiempo | 10 minutos |
| Desarrollo | El participante comentará acerca de lo leído respecto al tema de asertividad, qué reflexión acerca en cuanto a su propia manera de expresar lo que piensa y siente. |
| Actividad 2 | Realizar ejercicios de asertividad, utilizando las técnicas existentes. |
| Material/Técnica | Disco rayado, Banco de Niebla, Aserción negativa, interrogación negativa, compromiso viable. |

| | |
|---|--|
| Tiempo | 35 minutos |
| Desarrollo | Las técnicas descritas han sido leídas por el participante como parte de su tarea (técnicas asertivas) se ejemplifican situaciones respecto a cada manera de aserción para que de esta manera verificar que las técnicas de asertividad sean comprendidas y así permita una posibilidad de aplicación en las relaciones interpersonales del participante. |
| Actividad 3 | Cierre de la sesión |
| Tiempo | 15 minutos |
| Desarrollo | Se realiza la retroalimentación de lo trabajado en la sesión y se reitera la importancia de actuar asertivamente. |
| Sesión 7: Analizar situación problemática. | |
| Objetivo General | Exponer situación problemática identificada que le genere malestar emocional al participante. |
| Objetivo específico. | Identificar las situaciones de riesgo que generen malestar emocional y quiera solucionar el participante. |
| Participante | Persona con dependencia a cocaína que se encuentra en modalidad de casa de medio camino. |
| Actividad 1 | Retroalimentación/Solución de problemas. |
| Material | No aplica |
| Tiempo | 50 minutos |
| Desarrollo | Comentarle al participante que esta es una sesión abierta y preguntar acerca de alguna situación que le esté causando algún tipo de malestar emocional o cree que pueda influir en su recuperación. Se retroalimenta de las sesiones trabajadas para que tenga un referente de lo que ha podido lograr hacer y encuentre solución a su situación a través de la técnica de solución de problemas y alternativas. |
| Actividad 2 | Cierre de la sesión |
| Material | No aplica |
| Tiempo | 10 minutos |
| Desarrollo | Se realiza cierre con base a lo trabajado, se realizan sugerencias y probablemente tarea, esto adecuándose a las necesidades del participante. |
| Sesión 8: Retroalimentación | |
| Objetivo General | Analizar la intervención de sesiones anteriores. |
| Objetivo Específico | Realizar un recuento de lo que se ha discutido anteriormente y ver áreas de oportunidad. |
| Participante | Persona con dependencia a cocaína que se encuentra en modalidad de casa de medio camino. |
| Actividad 1 | Retroalimentación |
| Material | No aplica |
| Tiempo | 50 minutos |
| Desarrollo | Realizar un análisis acerca de lo trabajado en las 8 sesiones, ¿qué aprendió?, ¿de qué manera pudo llevarlo a su vida?, etc, dudas que tenga el participante. Se refuerza lo trabajado y la actitud que mostró hasta ahora en el proceso. |
| Actividad 2 | Cierre de la sesión |
| Material | No aplica |
| Tiempo | 10 minutos |
| Desarrollo | Se establece el día y hora de la sesión de seguimiento. |

ETAPA DE SEGUIMIENTO.

| Sesión 9: Expresar factores de riesgo. | |
|---|--|
| Objetivo General | Identificación de factores de riesgo. |
| Objetivo específico | Categorizar factores de riesgo. |
| Participante | Persona con dependencia a cocaína que se encuentra en modalidad de casa de medio camino. |
| Actividad 1 | Encuadre de sesiones de seguimiento. |
| Material | No aplica |
| Tiempo | 10 minutos |
| Desarrollo | Se comenta al participante que se encuentra en la etapa final del proceso, la cual es el seguimiento. Si existen dudas, se aclaran. En caso de identificar ideas irracionales trabajarlas a través de la refutación. |
| Actividad 2 | categorizar factores de riesgo |
| Material | No aplica |
| Tiempo | 35 minutos |
| Desarrollo | Se realiza una recapitulación respecto a la aplicación o no de lo trabajado en sesiones anteriores, si existen cambios, ¿Cómo se ha sentido, qué pensamientos tiene, de qué manera está actuando?. |
| Actividad 3 | Cierre de la sesión. |
| Material | No aplica |
| Tiempo | 15 minutos |
| Desarrollo | Se lleva a cabo el cierre, se deja tarea de realizar autorregistro que viene en la carpeta de trabajo para que la próxima sesión se comente. |
| Sesión 14: Reforzar la prevención de recaídas. | |
| Objetivo General | Reforzar prevención de recaídas. |
| Objetivo Específico | Indagar en el entrenamiento de habilidades sociales. |
| Participante | Persona con dependencia a cocaína que se encuentra en modalidad de casa de medio camino. |
| Actividad 1 | Revisión de tarea de autorregistro. |
| Material | Lista de Autorregistro. |
| Tiempo | 10 minutos |
| Desarrollo | Se le pide al participante muestre su tarea y se comenta cómo se ha sentido en la semana, qué hace ante tales situaciones, cómo reacciona, qué puede hacer diferente, etc. |
| Actividad 2 | Entrenamiento en habilidades sociales. |
| Material | Técnicas de asertividad |
| Tiempo | 40 minutos |
| Desarrollo | Indagar acerca de cómo se ha relacionado con las demás personas, orientarlo a continuar aplicando técnicas de asertividad para expresar adecuadamente lo que piensa y siente de una manera equilibrada. Retroalimentar los momentos en los que sí ha podido hacerlo y fomentar esa conducta. |
| Actividad 3 | Cierre de la sesión. |
| Tiempo | 10 minutos |
| Desarrollo | Se comenta de manera general lo que se trabajó en la sesión y se realiza alguna indicación que se considere importante para el participante. |

| Sesión 15: Reforzar la prevención de recaídas y aplicación de instrumentos. | |
|--|--|
| Objetivo General | Recapitular lo que es la prevención de recaídas. |
| Objetivo Específico | Aplicar 2 instrumentos (Inventario de Situaciones de Consumo y Escala de Satisfacción). |
| Participante | Persona con dependencia a cocaína que se encuentra en modalidad de casa de medio camino. |
| Actividad 1 | Elecciones y Alternativas. |
| Material | No aplica |
| Tiempo | 25 minutos |
| Desarrollo | Se orienta al participante a generar soluciones para las situaciones de riesgo a las que pueda enfrentarse, evocando recuerdos de posibles riesgos y buscar la manera en que pueda reaccionar, se le comenta que las posibilidades de reacción tienen una relación con su sentir y pensar en ese momento y que de ello depende su respuesta. |
| Actividad 2 | Aplicación de Instrumentos. |
| Material. | Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas y Escala de Satisfacción de Vida. Lápiz con goma. |
| Tiempo | 30 minutos |
| Desarrollo | Una vez comentando al participante que se llevará a cabo la segunda aplicación de instrumentos, se le da la consigna: “Ahora le pido conteste el siguiente cuestionario con honestidad, si tiene alguna duda hágamelo saber”. Se le da el lápiz y la Escala de Satisfacción de vida (5 minutos) se deja descansar 5 minutos para continuar con el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (20 mins). |
| Actividad 3 | Cierre de la sesión. |
| Material | No aplica |
| Tiempo | 5 minutos |
| Desarrollo | Se le comenta que la próxima sesión será con la que se concluya el proceso psicoterapéutico llevado a cabo en estos meses. |
| Sesión 16: Aplicación de instrumentos y cierre de proceso de seguimiento. | |
| Objetivo General | Concluir con el proceso terapéutico |
| Objetivo Específico | Aplicar instrumentos. |
| Participante | Persona con dependencia a cocaína que se encuentra en modalidad de casa de medio camino. |
| Actividad 1 | Aplicación de instrumentos. |
| Material | Inventario de Asertividad Registro de Opiniones Lápiz con goma. |
| Tiempo | 40 minutos |
| Desarrollo | Se le da el Inventario de Asertividad (15 minutos) con la consigna: “Le pido conteste el siguiente cuestionario con honestidad, si tiene alguna duda hágamelo saber”, al finalizar se dejan para 5 minutos y se le da Cuestionario de Registro de Opiniones (20 mins). |
| Actividad 2 | Retroalimentación |
| Material | No aplica |
| Tiempo | 20 minutos |
| Desarrollo | Se realiza la retroalimentación de cuestiones trabajadas durante todo el proceso, ¿Cómo se siente? ¿Logró realizar cambios? ¿Cómo se siente ante situaciones de riesgo?, Etc. Se da plan de tratamiento con indicaciones terapéuticas y áreas de mejora. Cierre de proceso. |

ANEXO 10. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DIAGNÓSTICOS DE CADA
PARTICIPANTE. GRUPO CONTROL.

Grupo Control.

| | | |
|--|---|-----------------------|
| Participante 001 | Fecha de Etapa Diagnóstico: 27 Marzo 2017, 03,15 y 24 Abril 2017. | |
| Sexo: Masculino | Edad: 20 años | Estado Civil: Soltero |
| Ocupación: Cursa preparatoria abierta | Escolaridad: Secundaria | |
| Edad de inicio de consumo de cocaína: 16 años. Alcohol: 12 años Marihuana: 14 años | | |
| No. De Internamientos: 9 internamientos en clínicas de adicciones con duraciones que van de 35 días a 7 meses y medio. | | |
| Periodos de abstinencia: Más de 9 periodos de abstinencia, en Marzo 2017 que se realizó la etapa de diagnóstico tenía 3 meses de no consumo, a finales del mes de Abril el participante presentó una recaída, a las dos semanas otra, actualmente está internado y tiene 3 semanas de abstinencia. | | |
| Vía de administración de cocaína: Inició a los 16 años inhalada, fumada y a partir de Diciembre del 2016 ha sido vía inhalada e intravenosa. | | |
| Diagnóstico: Trastorno relacionado con los estimulantes. (F14.99. Cocaína). Trastorno límite de la personalidad. (F60.3) Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad. (Dx en adolescencia). | | |
| Medicamentos: Concerta (25mg) y Sertralina (50 mg). | | |

| | | |
|--|--|-----------------------|
| Participante 002 | Fecha de Etapa Diagnóstico: 27 Marzo 2017 y 03, 15 y 24 de Abril 2017. | |
| Sexo: Masculino | Edad: 19 años | Estado Civil: Soltero |
| Ocupación: Estudiante 2º semestre de Derecho. | Escolaridad: Preparatoria | |
| Edad de inicio de consumo de cocaína: 15 años. Alcohol: 13 años Marihuana: 16 años. | | |
| No. de Internamientos: 5 internamientos en clínicas de adicciones. | | |
| Periodos de abstinencia: 1 año de abstinencia de cocaína, en Abril 2017 presentó una recaída con cocaína, tenía 6 meses sin ingesta de alcohol. | | |
| Vía de administración de cocaína: Inhalada | | |
| Diagnóstico: Trastorno relacionado con estimulantes (F14.99. Cocaína, Crack) Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad. Rasgos antisociales. | | |
| Medicamentos: Concerta (desde los 4 años de edad) y Sertralina (1mg). | | |

| | | |
|---|---|-----------------------|
| Participante 003 | Fecha de Etapa Diagnóstico: 22 y 27 Julio, 03 y 05 Agosto 2017. | |
| Sexo: Masculino | Edad: 29 años | Estado Civil: Soltero |
| Ocupación: Venta de productos orgánicos y director ingresos en la clínica. | Escolaridad: Preparatoria. | |
| Edad de inicio de consumo de cocaína: 14 años. Alcohol: 13 años Marihuana: 13 años. | | |
| No. de Internamientos: Primer internamiento en clínica de adicciones. | | |
| Periodos de abstinencia: 1 año de abstinencia de crack, en Diciembre 2017 presentó una recaída con cocaína, en Enero 2018 se reintegró sus actividades cesando el consumo | | |
| Vía de administración de cocaína: Fumada. | | |
| Diagnóstico: Trastorno relacionado con estimulantes (F14.99. Cocaína, Crack). Trastorno narcisista de la personalidad. (F60.81). | | |
| Medicamentos: Ninguno | | |

| | | |
|---|--|-----------------------|
| Participante 004 | Fecha de Etapa Diagnóstico: 29 de Marzo, 20 y 24 Abril 2017. | |
| Sexo: Masculino | Edad: 30 años | Estado Civil: Soltero |
| Ocupación: 7mo semestre de Derecho, venta de productos orgánicos. | Escolaridad: Preparatoria | |
| Edad de inicio de consumo de cocaína: 17 años. Alcohol: 13 años Marihuana: 16 años | | |
| No. de Internamientos: Primer internamiento en clínica de adicciones, antes de ingresar estuvo mes y medio en el Hospital Español en desintoxicación. | | |
| Periodos de abstinencia: 7 meses de abstinencia de cocaína. En Abril 2017 presentó una recaída, continuó consumo intermitente de cocaína. | | |
| Vía de administración de cocaína: Inhalada | | |
| Diagnóstico: Trastorno relacionado con estimulantes (F14.99. Cocaína). Trastorno límite de la personalidad (F60.3). Rasgos narcisistas. Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad. | | |
| Medicamentos: Tradea (Prescrito en Enero 2017) y Aripiprazol (Prescrito en Septiembre del 2017). | | |

ANEXO 11. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DIAGNÓSTICOS DE CADA PARTICIPANTE. GRUPO EXPERIMENTAL.

Grupo Experimental.

| | | |
|---|--|-----------------------|
| Participante 005 | Fecha de Etapa Diagnóstico: 19,22,27 de Junio y 06 de Julio 2017. Fecha Etapa Intervención: 11,18,27 Julio 2017 y 03 Agosto 2017. | |
| Sexo: Masculino | Edad: 27 años | Estado Civil: Soltero |
| Ocupación: Mantenimiento en la Clínica. | Escolaridad: Secundaria | |
| Edad de inicio de consumo de cocaína: 16 años. Alcohol: 12 años Marihuana: 19 años | | |
| No. de Internamientos: Cuarto internamiento, uno previo en anexo con estancia de 3 meses, otro en grupo de 4to y 5to paso con duración de 2 meses y en clinica 2 veces, un periodo de 3 meses y otro de 2 meses, los internamientos se presentaron en un periodo de un año. | | |
| Periodos de abstinencia: Esporádicos días, semanas. El de mayor tiempo ha sido de 5 meses. Recaída en Diciembre 2017, se reincorporó a sus actividades, se ha mantenido en abstinencia (Mayo 2018). | | |
| Vía de administración de cocaína: Inhalada, fumada. | | |
| Diagnóstico: Trastorno relacionado con los estimulantes (F14.99. Cocaína, Crack). Trastorno antisocial de la personalidad (F60.2). | | |
| Medicamentos: Q-mind una pastilla en la noche 25mg y Nootropil 800mg durante 6 meses, prescrito en Marzo 2017. | | |

| | | |
|---|--|-----------------------|
| Participante 006 | Fecha de Etapa Diagnóstico: 27 de Septiembre, 02,04,09 de Octubre 2017. Fecha Etapa Intervención: 16,18,23,30 Octubre 2017, 05, 07, 12, 21, 23 y 26 Marzo 2018, 2 y 5 Abril 2018. | |
| Sexo: Masculino | Edad: 29 años | Estado Civil: Soltero |
| Ocupación: Comerciante. | Escolaridad: 2º Preparatoria | |
| Edad de inicio de consumo de cocaína: 12 años. Alcohol: 14 años. Marihuana: 13 años. | | |
| No. de Internamientos: 4 internamientos previos en grupos de A.A que han oscilado de 2 a 4 meses, los 4 se presentaron en un periodo de 1 año. Actualmente tiene 8 meses en tratamiento (Noviembre 2018). | | |
| Periodos de abstinencia: 8 meses de abstinencia de cocaína, periodo actual. | | |
| Vía de administración de cocaína: Inhalada, fumada. | | |
| Diagnóstico: Trastornos relacionados con los estimulantes (F14.99. Cocaína, Piedra). Rasgos antisociales. | | |
| Medicamentos: Ninguno | | |

| | | |
|---|--|-----------------------|
| Participante 007 | Fecha de Etapa Diagnóstico: 08,10,15,17 Noviembre 2017. Fecha Etapa Intervención: 22, 24 y 29 Noviembre, 01,06,08,13,15,20,27 Diciembre 2017, 10 y 24 Enero 2018. | |
| Sexo: Masculino | Edad: 28 años | Estado Civil: Soltero |
| Ocupación: Enfermero. | Escolaridad: Técnico en Enfermería | |
| Edad de inicio de consumo de cocaína: 17 años Alcohol: 16 años Marihuana: 21 años. | | |
| No. de Internamientos: Primer internamiento en clínica de adicciones. | | |
| Periodos de abstinencia: Por días o semanas, actualmente presenta 2 meses de abstinencia de cocaína. Recaída en Diciembre 2017. Se reintegró a actividades. | | |
| Vía de administración de cocaína: Fumada. | | |
| Diagnóstico: Trastorno relacionado con los estimulantes (F14.99. Crack). Trastorno narcisista de la personalidad. (F60.81). | | |
| Medicamentos: Ninguno | | |

| | | |
|--|---|-------------------------------|
| Participante 008 | Fecha de Etapa Diagnóstico: 15, 20,22 27 Marzo 2018. Fecha Etapa Intervención: 09,10,12,16,17,19,23,24,26,30 Abril 2018, 01y 03 Mayo 2018. | |
| Sexo: Femenino | Edad: 22 años | Estado Civil: Casada-Separada |
| Ocupación: Ninguna | Escolaridad: Preparatoria | |
| Edad de inicio de consumo de cocaína: 19 años. Alcohol: 13 años Marihuana:13 años | | |
| No. de Internamientos: Primer internamiento en clínica de adicciones. | | |
| Periodos de abstinencia: 3 meses de abstinencia de cocaína (Mayo 2018). | | |
| Vía de administración de cocaína: Inhalada. | | |
| Diagnóstico: Trastornos relacionados con los estimulantes (F14.99. Cocaína, crack). Trastorno límite de la personalidad. (F60.3). | | |
| Medicamentos: Vitamina A, lubricante para la nariz. | | |

ANEXO 12. ESQUEMA GENERAL DE SUGERENCIAS AL TÉRMINO DEL PROCESO.

Una vez concluida la intervención se realizó una retroalimentación con el paciente y sugerencias acerca de las actividades y actitudes que son indispensables llevar a cabo para la prevención de recaída:

1. Continuar con sesiones individuales en caso de ser necesario, con un psicoterapeuta especialista en adicciones.
2. Llevar a cabo un plan de actividades sociales.
3. Concluir con estudios.
4. Buscar relaciones interpersonales con grupos pares.
5. Evitar situaciones de riesgo.
6. Incrementar los factores de protección identificados, para el apoyo en su recuperación.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Dirección de Psicología

Jefatura de Maestría en Psicología

Cuernavaca Mor., a 26 de Octubre de 2018
FPSIC/SPOSG/MAEST/201/556
ASUNTO: Votos Aprobatorios

**MTRA. GABRIELA RAMÍREZ ALVARADO
ENCARGADA DE DESPACHO DE LA DIRECCIÓN
DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA
P R E S E N T E**

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los votos aprobatorios de la tesis titulada: **“PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO – CONDUCTUAL PARA LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS CON ADICTOS A LA COCAÍNA”** trabajo que presenta la C. **“Kenia Aguilar Vázquez”**, quien cursó la MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA perteneciente a la Facultad de Psicología de la UAEM, en las instalaciones de la Facultad de Psicología.

Sirva lo anterior para que dicho dictamen permita realizar los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado.

A T E N T A M E N T E

VOTOS APROBATORIOS

| COMISIÓN REVISORA | APROBADO | CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS* | SE RECHAZA* |
|------------------------------------|----------|--|-------------|
| MTRA. LUZ XIMENA RAMÍREZ BASSAIL | | | |
| MTRA. ILIANA MURGUÍA ÁLVAREZ RUBIO | | | |
| DR. SAMUEL JURADO CARDENAS | | | |
| DRA. DENI STINCER GÓMEZ | | | |
| MTRO. RICARDO LABIAS MALDONADO | | | |

* En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).

C.c.p.- Archivo

