

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



**MARÍA ALEJANDRA ARTOLA SANTIAGO
VERONICA NINETH TOSCANO CONTRERAS**

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2009

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

**EFICACIA Y EFICIENCIA DE LA TERAPIA COGNITIVO – CONDUCTUAL
EN EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO DE LA PERSONA ADICTA
A LA COCAÍNA**

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

**MARÍA ALEJANDRA ARTOLA SANTIAGO
VERONICA NINETH TOSCANA CONTRERAS**

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
PSICÓLOGAS

EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIATURA

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2009

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín

DIRECTORA

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes

SECRETARIA

Doctor René Vladimir López Ramírez

Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo

REPRESENTANTES DE CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS

Ninette Archila Ruano de Morales

Jairo Josué Vallecios Palma

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

ANTE CONSEJO DIRECTIVO



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 68-2009
CODIPs. 1345-2009

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

19 de octubre de 2009

Estudiantes

Veronica Nineth Toscana Contreras
María Alejandra Artola Santiago
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto CUADRAGÉSIMO SEXTO (46º) del Acta VEINTISÉIS GUIÓN DOS MIL NUEVE (26-2009), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 15 de octubre de 2009, que copiado literalmente dice:

"CUADRAGÉSIMO SEXTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: **"EFICACIA Y EFICIENCIA DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO DE LA PERSONA ADICTA A LA COCAÍNA"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

VERONICA NINETH TOSCANA CONTRERAS
MARÍA ALEJANDRA ARTOLA SANTIAGO

CARNÉ No. 200416396
CARNÉ No. 200416535

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Sandra Patricia Álvarez Castillo, y revisado por el Licenciado Iván Rocaél Monzón. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los Trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA

/Velveth S.

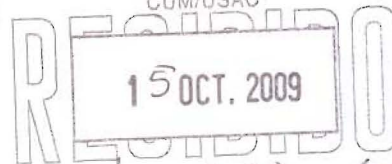


ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs.: 189-09
REG.: 068-09

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



INFORME FINAL

Firma: *[Signature]* hora: 14:30 Registro: 68-09

Guatemala, 14 de octubre del 2009.

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Iván Rocaél Monzón, ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

**"EFICACIA Y EFICIENCIA DE LA TERAPIA
COGNITIVO-CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO
PSICOTERAPÉUTICO DE LA PERSONA ADICTA A LA COCAÍNA".**

ESTUDIANTE:
Veronica Nineth Toscana Contreras
María Alejandra Artola Santiago

CARNÉ No.:
2004-16396
2004-16535

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 07 de octubre del 2009, y se recibieron documentos originales completos el 14 de octubre del 2009, por lo que se solicita continuar con los tramites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN.**

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

[Signature]
Licenciada Mayra Luna de Álvarez
COORDINADORA

~~Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs.-~~
"Mayra Gutiérrez"



/Sandra G.
CC. archivo



CIEPs. 190-09
REG. 068-09

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Guatemala, 14 de octubre del 2009.

Licenciada Mayra Frine Luna de Álvarez, Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada Luna:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**, titulado:

**"EFICACIA Y EFICIENCIA DE LA TERAPIA
COGNITIVO-CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO
PSICOTERAPÉUTICO DE LA PERSONA ADICTA A LA COCAÍNA".**

ESTUDIANTE:

Veronica Nineth Toscana Contreras
María Alejandra Artola Santiago

CARNÉ No.:

2004-16396
2004-16535

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 24 de septiembre del 2009, por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado Iván Rocaél Monzón
DOCENTE REVISOR



/Sandra G.
c.c. Archivo

Guatemala 20 de julio de 2009

Licenciada Mayra Luna de Álvarez, Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología
- CIEPs- "Mayra Gutiérrez"

Licenciada de Álvarez:

Por este medio tengo el agrado de informarle que he culminado con el asesoramiento del Informe Final titulado "EFICACIA Y EFICIENCIA DE LA TERAPIA COGNITIVO - CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO DE LA PERSONA ADICTA A LA COCAÍNA" de las estudiantes María Alejandra Artola Santiago carné: 200416535 y Veronica Nineth Toscana Contreras carné: 200416396, la cual apruebo a las estudiantes ya que cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs- por lo que solicito continuar con el trámite correspondiente.

Atentamente me despido.


Licda. Sandra Patricia Alvarez Castillo.

ASESORA DE TESIS

Colegiado: 6161



CIEPs. 109-09
REG.: 041-09

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Guatemala, 01 de septiembre del 2009.

ESTUDIANTE:

Veronica Nineth Toscana Contreras
María Alejandra Artola Santiago

CARNÉ No.:

2004-16396
2004-16535

Informamos a usted que el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, de la Carrera de Licenciatura en Psicología, titulado:

**"EFICACIA Y EFICIENCIA DE LA TERAPIA COGNITIVO-
CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO DE LA
PERSONA ADICTA A LA COCAÍNA".**

ASESORADO POR: Licenciado René Antonio Abrego

Por considerar que cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-, ha sido **APROBADO** por la Coordinación de Investigaciones el 16 de junio del 2009 y se solicita iniciar la fase de Informe Final de Investigación.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado Iván Rocael Monzón
DOCENTE REVISOR



Vc. Bc.

Licenciada Mayra Luna de Alvarez, Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. "Mayra Gutiérrez"

/Sandra G.
CC. Archivo



“De modo que si alguno está en Cristo, nueva criatura es; las cosas viejas pasaron; he aquí todas son hechas nuevas.”

II Corintios 5:17

**TEEN CHALLENGE
GUATEMALA**

Julio 3 de 2009

Licenciada Mayra Luna de Álvarez, Coordinadora
Centro de Investigación en Psicología
-CIEPs- “Mayra Gutiérrez”

Licenciada de Álvarez:

Le informo a usted que en este centro de rehabilitación, Desafío Juvenil, se llevó a cabo el TRABAJO DE CAMPO de la investigación titulado:

“EFICACIA Y EFICIENCIA DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO DE LA PERSONA ADICTA A LA COCAÍNA”

De las estudiantes:

María Alejandra Artola Santiago con número de carné 200416535 y Veronica Nineth Toscana Contreras con número de carné 200416396.

Dicho trabajo de campo se llevó a cabo del 18 de mayo al 3 de Julio de 2009.

Atentamente,

Richard Conti
Director Ejecutivo



Un ministerio cristiano para alcanzar a jóvenes con problemas de drogadicción, alcoholismo y delincuencia.

9a. calle 12-85, Zona 11, Colonia Roosevelt, Guatemala, C.A.
Tels: 2471-1197 2471-6753

PADRINOS DE GRADUACIÓN

María Alejandra Artola Santiago.

Erick Donald Artola Santiago. Lic. En Ciencias Jurídicas y Sociales Abogado y Notario Colegiado Activo 10,273

Nancy Roxana Artola Santiago. Licda. En Ciencias Jurídicas y Sociales Abogada y Notaria Colegiado Activo 12,619

Veronica Nineth Toscana Contreras.

Sandra Patricia Álvarez Castillo. Licda. En Ciencias psicológicas Colegiado Activo 6,161.

Luis Ernesto Poroj Xiloj. Médico y Cirujano Colegiado Activo 5,364

ACTO QUE DEDICO

María Alejandra Artola Santiago.

A DIOS: Centro de sabiduría, fe y esperanza, por llenar de bendiciones mi vida a través de mi familia y permitirme culminar esta meta.

A MIS PADRES: Erick Artola, Marina de Artola y Elvia Santiago por ser los tres pilares de mi vida, gracias por su incondicional amor y apoyo, por ser los mejores ejemplos de perseverancia y por enseñarme a alcanzar mis metas.

A MIS HERMANOS: Erick, Yeimi, Nancy, Fernanda y María Jossé por su apoyo, pues el lazo que nos une no es solamente de sangre sino también de amor.

A MI SOBRINITO: Josué Alejandro, por ser ejemplo de vida plena, motor de alegría y armonía para mi familia.

A MIS AMIGOS: Por el cariño y apoyo que me han brindado durante estos años.

ACTO QUE DEDICO

Veronica Nineth Toscana Contreras.

A DIOS: Mi creador y Señor que guía e ilumina cada instante de mi vida, por haber permitido terminar otro más de mis sueños. Y por haber cumplido otra más de sus promesas en mi vida.

A MI MADRE: A quien le estoy muy agradecida por todo el amor, dedicación y esfuerzo que hizo para que yo llegara hasta aquí, por esas palabras de aliento que siempre me dio cuando yo más lo necesitaba, a ella le dedico mi más grande triunfo, en recompensa a sus múltiples esfuerzos.

A MIS HERMANOS: Que siempre me estuvieron apoyando en todo momento y siempre me dieron palabras de aliento cuando sentía desmayar, gracias por su cariño y comprensión.

A MIS SOBRINOS: Con quienes comparto mi triunfo y que sea un estímulo para que alcancen sus metas y que no se den por vencidos ante las adversidades.

A MIS AMIGOS: Por apoyarme y motivarme a seguir adelante, y por no dejarme dar por vencida y estar siempre conmigo en los momentos felices y tristes de mi vida, nunca sabré como agradecerles todo lo que hicieron por mí , los quiero mucho.

A MI FAMILIA: Con cariño y aprecio, no dejen que sus sueños no se realicen que todo se puede lograr con esfuerzo y dedicación y que no hay barreras para poder alcanzar sus metas.

AGRADECIMIENTOS

Las investigadoras deseamos agradecer a Licda. Sandra Patricia Álvarez Castillo, Lic. Rene Antonio Abrego y Lic. Iván monzón quienes nos motivaron, nos guiaron, nos asesoraron y revisaron durante el proceso de investigación brindándonos su conocimiento y experiencia para la realización de un trabajo profesional.

Por otro lado debemos expresar nuestro agradecimiento a la institución “Desafío Juvenil” que nos abrió las puertas para llevar a cabo el trabajo de campo por medio de los señores Oscar Benites director administrativo y Ricardo Corti director ejecutivo, al mismo tiempo agradecemos la participación del personal administrativo y a los pacientes rehabilitados que nos brindaron toda su colaboración, ya que sin la ayuda de ellos no hubiera sido posible llevar a cabo dicho trabajo de campo.

ÍNDICE

Resumen	01
Prólogo	03

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1. Epidemiología de las sustancias adictivas en Guatemala	05
2. La cocaína y su adicción	07
2.1 Epidemiología del consumo de cocaína	07
2.2 Formas de presentación de la sustancia	08
2.3 Vías de administración	09
2.4 Pautas de consumo	09
2.5 Problemas Psicológicos asociados al consumo a la cocaína	10
3. Abordaje Psicoterapéutico de la deshabituación de la cocaína	10
3.1 Bases teóricas del comportamiento adictivo	12
3.2 Teoría Conductual	12
3.2.1 Condicionamiento Clásico	12
3.2.2 Condicionamiento Operante	14
3.3 Teoría Cognitiva	15
4. Estrategias Cognitivo – Conductuales para el manejo del craving	17
5. Abordaje clínico de las recaídas	19
6. Hipótesis y definiciones de las variables	20
6.1 Hipótesis de trabajo u operacional	20.
6.2 Hipótesis nula	20
6.3 Definiciones conceptuales y operacionales de las variables	20
6.3.1 Variables independiente	20
6.3.2 Variables dependientes	20
6.4 Tabla de categorías e indicadores.	20

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA (TÉCNICAS E INSTRUMENTOS)

1. Método	22
1.1 Fase 1 Recolección de datos	22
1.2 Fase 2 Análisis e interpretación de resultados	23
1.3 Fase 3 Elaboración de propuesta del plan de tratamiento	24
2. Muestreo – Población	24
3. Procedimientos utilizados para captar la información	25
4. Procedimientos para procesar la información	27
4.1 Análisis cualitativo de los datos	27
4.1.1 Revisión del material	28
4.1.2 Establecimiento de un plan de trabajo inicial (coreografía)	28
4.1.2.1 Revisión de todos los datos	28
5. Codificación de los datos en un segundo plano	30
5. Descripción de los instrumentos	31
5.1 Entrevista cualitativa	31
5.2 Observación cualitativa	31
5.3 Testimonios	32

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

1. Características del Marco Institucional	33
1.1 Descripción de las instalaciones	33
1.2 Actividades observadas	34
1.3 Programa de rehabilitación brindado por la institución.	34
1.4 Problemas identificados	38
2. Características de la población	39
2.1 Cuadro clínico inicial de los pacientes	40
3. Presentación de resultados	42

4. Significados de cada categoría	59
4.1 Adicción a la cocaína	59
4.2 tratamiento psicoterapéutico	60
4.3 Terapia Cognitivo – Conductual	61
5. Presencia de cada categoría	61
6. Relaciones entre categorías	62
6.1 Categorías causales	63
6.2 Categorías de conjunto – subconjunto	63
7. Comprobación de la hipótesis	63

CAPITULO IV

CONCLUSIONES	65
RECOMENDACIONES	66
BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	
1. Propuesta para mejorar el programa de rehabilitación brindado en la institución desafío juvenil	74
2. Guía para la realización de la entrevista semiestructurada Dirigida a personal que labora en la institución	85
3. Guía para la realización de la entrevista semiestructurada Dirigida a pacientes de la institución	87
4. Guía para la realización de la entrevista semiestructurada Dirigida a pacientes de la institución	88

RESUMEN

El trabajo de investigación esta enfocado en la eficacia y eficiencia del tratamiento cognitivo – conductual de la persona adicta a la cocaína, ya que consideramos muy importante el abordaje psicoterapéutico desde este punto de vista, ya que la problemática de drogadicción es muy alta en nuestro país.

Se cuenta con considerables estrategias cognitivo – conductuales que ayudan a los terapeutas a brindar un tratamiento mas eficaz para las personas en rehabilitación.

Se utilizaron distintos instrumentos de recolección de datos que permitieron el análisis cualitativo y la interpretación de datos que nos brindaron confiabilidad y validez para sustentar y aceptar la hipótesis de trabajo.

Se acepta la hipótesis de trabajo que consiste en La Terapia Cognitivo - Conductual mejora el tratamiento Psicoterapéutico de la Persona Adicta a la Cocaína, basándonos en el análisis de resultados en bases teóricas anteriormente investigadas.

La investigación consta de seis capítulos en los cuales se desarrollaron las distintas actividades que se llevaron acabo en el proceso de investigación.

El capítulo primero hace énfasis en la introducción y el marco teórico que sustenta el trabajo de investigación.

En el capitulo segundo se encuentra la información relacionada con la descripción de la población la cual corresponde a un total de 24 personas en el centro de rehabilitación Desafío Juvenil, la muestra se llevó a cabo de forma aleatoria, tomando en cuenta a todos los pacientes rehabilitados debido al consumo de cocaína.

Dentro de los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron para llevar a cabo el trabajo de campo se pueden mencionar la entrevista cualitativa, observación cualitativa y testimonios, con los cuales se recolectó la información deseada. Se contó con la colaboración de la institución Desafío Juvenil para que se llevara a cabo dicho trabajo de campo, brindaron información sobre reportes de personas rehabilitadas desde un tratamiento cognitivo – conductual.

En el capítulo tercero se encuentra la presentación y análisis de resultados desde el análisis cualitativo el cual nos brindó con certeza la información necesaria para aceptar la hipótesis de trabajo.

Se realizó una propuesta sobre un plan de tratamiento desde el enfoque cognitivo – conductual según la información obtenida de los instrumentos de recolección de datos sobre aspectos que consideramos podrían implementarse para brindar una mejor rehabilitación en la institución.

PRÓLOGO

La adicción a la cocaína es un problema que se observa día a día. Las adicciones son un problema de raíces muy profundas, ya que entran en juego no sólo factores personales sino familiares, económicos y sociales; situación que genera inestabilidad principalmente en los ámbitos de seguridad, economía y salud.

La adicción es una enfermedad tratable. Los descubrimientos en la ciencia de la adicción han llevado a avances en el tratamiento para el abuso de sustancias psicoactivas que ayuda a que las personas dejen de abusar de las drogas y vuelvan a tener una vida productiva. Cada adicto reduce su habilidad de pensar racionalmente y reduce su potencial de llevar una vida productiva, lo cual contribuye al deterioro moral y físico de la sociedad guatemalteca además provoca violencia y esta asociada a la desintegración familiar, por lo tanto de la sociedad en general.

La adicción no tiene que ser una sentencia para toda la vida. Al igual que otras enfermedades crónicas, la adicción se puede manejar con éxito. El tratamiento permite a las personas contrarrestar los efectos poderosos y dañinos sobre el cerebro y el comportamiento para que vuelvan a recuperar el control de sus vidas.

Es por ello que una intervención psicoterapéutica en el proceso de rehabilitación para este tipo de pacientes se hace necesaria, los tratamientos cognitivo - conductuales ayudan a que las personas se comprometan con su tratamiento para la drogadicción, modificando sus actitudes y comportamientos relacionados al abuso de drogas y aumentando sus habilidades para manejar circunstancias estresantes y señales ambientales que pueden disparar los deseos exaltados por las drogas y producir otro ciclo de abuso compulsivo.

Lograr que una persona adicta deje de abusar de las drogas es apenas una parte de un proceso largo y complejo de recuperación. Cuando las personas entran a tratamiento, es porque ya la adicción literalmente se ha apoderado de sus vidas.

La compulsión de obtener, consumir y experimentar los efectos de las drogas ha dominado cada minuto que están despiertos y el abuso de drogas ha tomado el lugar de todas las cosas que antes les gustaba hacer. Ha trastornado cómo funcionan en su vida de familia, en el trabajo y en la comunidad y es más probable que sufran de otras enfermedades graves. Debido a que la adicción afecta a tantos aspectos de la vida del adicto, el tratamiento debe atender a todos estos aspectos para tener éxito. Es por eso que los mejores programas incorporan una variedad de servicios de rehabilitación dentro de sus regímenes integrales de tratamiento.

Los objetivos de esta investigación fueron comprobar la eficacia y eficiencia de la terapia cognitivo – conductual en el tratamiento psicoterapéutico de la persona adicta a la cocaína, utilización las diferentes técnicas cognitivas – conductuales que sean eficaces para brindar un mejor tratamiento psicoterapéutico a pacientes adictos a la cocaína, elaboración una propuesta sobre un programa de tratamiento basado en la terapia cognitivo – conductual para pacientes adictos a la cocaína, identificar cada una de las diferentes técnicas cognitivas – conductuales y sus formas de aplicación que se emplean actualmente en el tratamiento de los pacientes.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1. EPIDEMIOLOGIA DE LAS SUBSTANCIAS ADICTIVAS EN GUATEMALA

Existen estudios previos que analizan el problema de drogas en Guatemala, aunque en su mayoría estos esfuerzos se han dirigido a poblaciones específicas. En 1990 se hizo un análisis de la “Evaluación de Necesidades para un Programa Contra el Uso de Drogas en Guatemala”. Posteriormente, se han coordinado esfuerzos con Comisión Interamericana Contra el Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos, con la Organización Panamericana de la Salud y con el Consejo Nacional para la Prevención del Alcoholismo y la Drogadicción (CONAPAD) para la realización de una serie de ventanas epidemiológicas en centros de asistencia, centros de tratamiento y de detención de la ciudad de Guatemala, durante el período comprendido entre los años 1992 a 1995.¹

En 1996, se realizó un estudio caso – control en seis departamentos de la República (Quetzaltenango, Chimaltenango, Guatemala, Escuintla, El Progreso e Izabal). Sus objetivos fueron determinar la problemática del uso de sustancias adictivas, sus consecuencias económicas institucionales y el grado de concientización y de información que respecto al uso de drogas tiene la persona de salud en los centros de asistencia que participaron en el estudio. Se utilizaron como fuente de información los registros de atención de emergencias en los centros de asistencia médica del Seguro Social y hospitales nacionales. En la ciudad de Guatemala se investigaron el hospital General San Juan de Dios y el General de Accidentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Dr. Juan José Arévalo Bermejo.

¹ Comisión contra las adicciones y el tráfico ilícito de drogas “Plan Nacional Antidrogas” Guatemala, 1999 – 2003.

Adicionalmente, SECCATID ha tenido bajo su responsabilidad el manejo de la información proveniente de la línea telefónica de crisis número 1545 desde el año 1996, situación que ha permitido tener una idea del consumo de drogas en especial del área metropolitana. Según esta información⁴, las tendencias de consumo de drogas manifestaron un descenso en sus porcentajes en los tres años bajo análisis, con excepción de la cocaína, que experimentó un aumento significativo.

Actualmente a través de SECCATID, los esfuerzos de investigación diagnóstica, también se han encaminado a reforzar la iniciativa que la CICAD/OEA está realizando a través del sistema SIDUC en Centros de Urgencias y Centros de Tratamiento, lográndose en éste último, la participación de ONG'S que brindan atención a niños de y en la calle. Estas han enriquecido sustancialmente la información. Adicionalmente se ha integrado al sistema de vigilancia epidemiológica la información proveniente de la línea telefónica de crisis No. 1545, que atiende llamadas en su mayoría de la ciudad capital.²

En la población estudiada se observa que la agresividad, los trastornos psicológicos, problemas familiares, salud deficiente, problemas escolares, la presión de grupo, amigos con problemas personales y consumo de drogas en la familia son factores cuya incidencia experimenta un incremento progresivo, conforme aumenta el índice de severidad adictiva en las diferentes escalas.

A continuación se presentan los datos relacionados al consumo por tipo de droga en los diferentes departamentos del país:³

Cocaína se reconoce su consumo en el 70% de los departamentos estudiados, sus mayores índices se aprecian en El Quiché (2.8%), el Departamento de Guatemala (2.3%), Zacapa (1.9%) y Quetzaltenango (1.8%).

² Ministerio de Salud Pública "Normas mínimas de atención" Guatemala 2006.

³ Ministerio de salud pública "Evaluación de necesidades para un programa contra el uso de drogas en Guatemala". 1990

2. LA COCAINA Y SU ADICCION

La cocaína es una sustancia extraída de la planta Eritroxilon coca, que crece abundantemente en Sudamérica. La cocaína presenta particularidades que la hacen una droga peculiar. Las características de la adicción a cocaína también son peculiares. Es importante conocer algunos aspectos sobre la sustancia y su adicción para comprender las particularidades del tratamiento de dicha adicción.

2.1 Epidemiología del consumo de cocaína

El consumo de cocaína se está incrementando en la sociedad occidental durante los últimos 15 años, se demostró que en Estados Unidos el número de consumidores de psicoestimulantes pasó de 5,4 millones en 1974 a 25 millones en 1985. De estos consumidores, el 50% se podrían considerar adictos.

Se realizó un estudio sobre el perfil de los consumidores de cocaína basándose en los datos recogidos por medio del teléfono de información gratuita sobre cocaína de los Estados Unidos durante el año 1982. Según esos datos, la edad media de los consumidores era de 30 años. El 52% de la muestra tenía unos ingresos anuales superiores a 25,000 dólares.

Por el contrario, en 1987, la edad media de los consumidores de cocaína era de 27 años. Sólo el 20% de la muestra tenía unos ingresos superiores a 25,000 dólares y sólo el 16% tenían estudios iguales o superiores, además se encontró un alto índice de problemática sociolaboral.⁴

En España, la prevalencia para el consumo de cocaína según diversos estudios estaría en torno al 1%. Otros datos recogidos indican las tasas de prevalencia de consumo de cocaína en los seis últimos meses en diversas muestras nacionales o de comunidades autónomas como Aragón, Andalucía,

⁴ Washton, A.M. (1995). *La adicción a la cocaína: tratamiento, recuperación y prevención*. Barcelona: Paidós.

Galicia, Cataluña y Madrid. La prevalencia de consumo encontrada por estos nueve estudios epidemiológicos realizados entre 1980 y 1990 oscila entre el 1.2 y el 3.3% en los datos de las comunidades autónomas y entre el 1.8 y el 3.5 en datos nacionales.

Diversos estudios encuentran una mayor prevalencia de consumo de cocaína en hombres que en mujeres. El consumo de cocaína suele concentrarse en la década de los 20 con un pico entre los 21-24 años.

2.2 Formas de presentación de la sustancia

Las hojas de coca es la forma de consumo habitual en Sudamérica y se suelen consumir masticadas (en este caso se suele alcalinizar con ceniza o calcio el medio bucal para facilitar la absorción) o en infusión. Este producto contiene del 0,5 al 1,5%.

La pasta de coca, base de coca o basuco es el primer producto que se extrae en el proceso de manufacturación de la cocaína. La base de coca se obtiene añadiendo a las hojas de coca maceradas con ácido sulfúrico, keroseno o parafina, así se produce el sulfato de cocaína. Este preparado contiene del 40-90% de sulfato de cocaína. Se suele consumir fumada y mezclada con tabaco o marihuana.

Tratando la base de coca con ácido clorhídrico se obtiene el clorhidrato de cocaína. Este producto es la cocaína (coca, nieve). Contiene del 12-75% de clorhidrato de cocaína. Se consume por vía nasal o endovenosa.

La cocaína base (free base, base, crack) se obtiene mezclando el clorhidrato de cocaína con una solución básica (amoníaco, bicarbonato sódico). Una vez hecho esto se filtra el precipitado o se disuelve con éter y se deja que se evapore. Este producto se presenta en forma cristalizada formando pequeñas piedras. Contiene aproximadamente del 10-80% de alcaloide cocaína. Se consume por inhalación nasal o fumada.

2.3 Vías de administración

La vía más frecuente de administración de cocaína es la intranasal. Diversos análisis químicos de la sustancia muestran una creciente adulteración con anfetaminas y cafeína. Un estudio realizado a partir de 46 muestras de cocaína encontró una riqueza media del 36%.

2.4 Pautas de consumo

A pesar de la gran variabilidad de los patrones de consumo se han identificado 5 patrones básicos:

- * **Uso experimental:** Es un uso periódico de cocaína que se alterna con el consumo de otras sustancias. Se usaría la cocaína buscando nuevos efectos psicoactivos.

- * **Uso recreativo (o recreacional):** Estos sujetos son semejantes a los bebedores sociales y suelen presentar un consumo controlado. El uso de la cocaína suele facilitarles el contacto social y utilizan el producto por su efecto estimulante. Este consumo es muy infrecuente en fumadores de crack o en consumidores de cocaína vía endovenosa.

- * **Consumo circunstancial:** Son sujetos que consumen la cocaína en ciertas condiciones o situaciones particulares: inspiración, vacaciones, fiesta, experiencia de combate, etc. En este caso el consumo no es accidental sino que el sujeto presenta una conducta de búsqueda de droga pero limitada a la exposición a determinadas situaciones o circunstancias.

- * **Uso intensificado:** Es un patrón de consumo diario y, habitualmente, por vía intranasal.

- * **Consumo compulsivo:** En estos casos, el consumo de cocaína se convierte en el organizador de la propia vida. La alteración del ámbito social, físico y psicológico del sujeto es visible. La cantidad de sustancia consumida,

frecuencia, duración y gasto económico se va incrementando progresivamente sin que pueda ser controlado por el sujeto. Este es el patrón típico de los fumadores de crack.

2.5 Problemas psicológicos asociados al consumo de cocaína

El estudio de la psicopatología asociada al consumo de sustancias se divide en:

- Rasgos de personalidad.
- Trastornos psicopatológicos:
- Estado de intoxicación aguda.
Estado de abstinencia
- Deterioro crónico o residual

3. ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO DE LA DESHABITUACIÓN A LA COCAÍNA

La naturaleza de los trastornos adictivos es un fenómeno complejo que no cuenta con un modelo teórico unívoco.⁵ Identificó hasta un total de 98 teorías y modelos de la adicción. Agrupar o clasificar este conjunto de teorías y modelos se ha convertido en una tarea difícil, pero todas ellas confluyen en sus componentes principales: lo biológico, lo comportamental y lo social. Hay, por tanto, un acuerdo generalizado en entender la adicción como un fenómeno bio-psico-social.

Las contribuciones desde el ámbito de la psicología al estudio, comprensión y tratamiento de las conductas adictivas han sido numerosas e influyentes en sus proposiciones, siendo los modelos teóricos más destacados los circunscritos en las teorías psicodinámicas, del aprendizaje, cognitivas y transteóricas. La perspectiva biopsicosocial de las adicciones ha ayudado a integrar la comprensión del fenómeno y ha derivado en una visión holística respecto a las intervenciones

⁵ West R. "Teoría de las adicciones". Oxford: Blackwell Publishing; 2006.

terapéuticas, donde los tratamientos psicoterapéuticos suponen un recurso ineludible si se pretende obtener resultados eficaces. Como plantean los autores⁶ analizando los principios sobre tratamiento efectivo propuestos por el NIDA⁷, «es necesario prestar atención al hecho de que mientras los tratamientos farmacológicos son beneficiosos y necesarios con determinados pacientes, las terapias psicosociales son esenciales en cualquier programa de tratamiento integral», con lo que se estaría reconociendo el papel central de los tratamientos psicológicos.

En definitiva, la experiencia acumulada y evaluada de las intervenciones psicoterapéuticas en este ámbito propone que para cada momento de la historia natural de la adicción existen intervenciones específicas de mayor eficacia y, por tanto, se ofrece un repertorio de recursos psicoterapéuticos que habrán de utilizarse según el momento y el proceso en el que se afronte el tratamiento del caso. Para el caso de la adicción a la cocaína, en su revisión de los tratamientos más eficaces destacan tres tipos de intervenciones:

- a) el programa de reforzamiento comunitario más terapia de incentivo.
- b) el manejo de contingencias
- c) la terapia cognitivo-conductual de habilidades de afrontamiento; todos ellos enmarcados dentro del modelo cognitivo conductual. Asimismo, en el esquema de elección de la intervención psicoterapéutica más adecuada en función del grado de consumo se aprecia cómo en los estadios iniciales de aproximación al cese de consumo y mantenimiento de la abstinencia destacan de forma importante las intervenciones basadas en este.⁸

⁶ Secades-Villa R, Fernández-Hermida JR. "Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína". En: PérezÁlvarez M, Fernández-Hermida JR, Fernández-Rodríguez C, Amigo I, editores. Madrid: Pirámide; 2003. p. 105 – 39.

⁷ Secades-Villa R, Fernández-Hermida JR. "Guía de tratamientos psicológicos eficaces I – Adultos." Madrid: Pirámide; 2003. p. 105-39. piramide; 2003. p. 105-39.

⁸ Llorente JM. "Adicción a la heroína" En: Vallejo MA, Fernández Abascal E, Labrador F, editores. Modificación de conducta - análisis de casos. Madrid: TEA Ediciones; 1990. p. 352-75.

3.1 Bases teóricas del comportamiento adictivo

Toda comprensión de un fenómeno y su abordaje se inicia desde el conocimiento de las bases teóricas; en nuestro caso, aquellas que explican y regulan la conducta adictiva y que, a su vez, fundamentan el tratamiento cognitivo-conductual para usuarios de cocaína. Se revisan elementos de tres enfoques, el conductual, el cognitivo y el cognitivo-social, aunque se hace énfasis en los dos últimos, ya que el primero será abordado suficientemente en otra revisión de este monográfico.

3.2 Teoría conductual

La teoría conductual supone que el uso de drogas se desarrolla y se mantiene, en buena parte, por principios de aprendizaje, como el condicionamiento clásico y el operante. Para este enfoque, la conducta más que estar determinada exclusivamente por factores genéticos, es el resultado de la adopción de patrones aprendidos a lo largo de la interacción del organismo con el ambiente, por lo que es posible cambiar comportamientos y reaprender otros empleando los mismos principios que explican su adquisición. Una estrategia conductual del estudio de las adicciones se enfoca en la identificación de conductas observables y cuantificables en relación con acontecimientos del entorno, lo que se denomina un análisis funcional de la conducta. Con este análisis se pueden conocer, de manera precisa, detalles de la frecuencia e intensidad del consumo y las condiciones bajo las cuales ocurre (situaciones - dónde, cuándo y con quién, pensamientos, estados de ánimo, sensaciones físicas, pistas condicionadas, impulsos de consumo, etc.)

3.2.1 Condicionamiento clásico

El condicionamiento clásico, o condicionamiento Pavloviano, es un principio de aprendizaje que se explica a partir de la existencia de dos tipos de reflejos: los

incondicionados (los cuales son innatos), que están formados por un estímulo incondicionado (EI) y una respuesta incondicionada (RI) y los reflejos condicionados (los cuales son adquiridos), formados por un estímulo condicionado (EC) y una respuesta condicionada (RC). El condicionamiento clásico es útil para explicar la adquisición, el mantenimiento, el tratamiento y la recaída en las adicciones.⁹ De este modo, de acuerdo con los principios asociativos del condicionamiento clásico, (como intensidad del EI, frecuencia de apareamiento, contigüidad y contingencia), la RC a la droga aumenta, lo que hace que el deseo por la sustancia permanezca aún después de la abstinencia.

Con frecuencia el RI se asocia de manera muy duradera y efectiva con otros estímulos presentes en el momento del consumo. Como resultado de esta asociación, los estímulos del contexto adquieren propiedades condicionadas (EC), dando lugar a RC. Las RC son parecidas a las RI del consumo y suscitan un estado de inquietud o deseo por consumir. Por ejemplo, se ha observado que la persona con dependencia, al hablar sobre el consumo, experimenta inquietud y deseo por la sustancia. Un EC que es fácil de identificar en los usuarios de drogas es el ambiente donde se consume, como pueden ser las señales condicionadas asociadas o bien a la presencia de un amigo o grupo de amigos con los que se consume, o bien a estar en la situación donde se ha consumido con anterioridad¹⁰.

Se han diseñado algunos tratamientos derivados del condicionamiento clásico para reducir el consumo de sustancias adictivas, los cuales se apoyan en técnicas puramente conductuales como el condicionamiento aversivo o la extinción de la conducta, como es el caso de la terapia de exposición a señales. La primera técnica, también conocida como contracondicionamiento, consiste en hacer menos atractiva la relación estímulo-respuesta como resultado de aparear

⁹ Chance P. "**Aprendizaje y conducta.**" México: Manual Moderno; 2001.

¹⁰ Oropeza R. "**Desarrollo, aplicación y evaluación de un programa de tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína.**" [Tesis de doctorado]. México: Facultad de Psicología, UNAM; 2003.

un reflejo aversivo al consumo.¹¹ Una variante del contracondicionamiento, que puede utilizarse para aumentar la efectividad del tratamiento, es la sensibilización encubierta.¹²

Esta técnica consiste en guiar imaginativamente una secuencia de eventos donde el usuario acostumbraba a consumir y aparear estos pensamientos a sensaciones desagradables, con la finalidad de inducir aversión por la sustancia. Esta estrategia es utilizada para manejar el deseo por consumir o *craving*. La extinción, por su parte, representa otra manera de eliminar una conducta que fue adquirida a través de la asociación entre estímulos. La extinción se logra después de exponer en ocasiones repetidas el EC sin aparearlo al EI, hasta que pierda su valor condicionado.¹³

3.2.2 Condicionamiento operante

El condicionamiento operante, o condicionamiento instrumental, es otro principio de aprendizaje que establece la adquisición de asociaciones entre conductas particulares y sus consecuencias. Las conductas que se aprenden por este medio cambian en función de sus consecuencias, como puede ser: obtener una consecuencia agradable (refuerzo positivo), evitar una consecuencia aversiva (refuerzo negativo) o sufrir una consecuencia negativa (castigo). De esta manera, la clase de conducta que es seguida por un reforzador se fortalece, mientras que si es seguida por un castigo, se debilita.

Se han desarrollado varias técnicas a partir del condicionamiento operante, útiles en tratamientos para usuarios de drogas. Una de ellas es el manejo de contingencias, donde se refuerza la conducta de no consumir y mantener la

¹¹ Oropeza R, Loyola P, Vázquez F. "Tratamiento breve para usuarios de cocaína: un modelo cognitivo conductual, principios de aplicación". Universidad Nacional Autónoma de México. Proyecto CONACYT G36266-H y CONADIC; 2007.

¹² Cautela JR, Rosentiel AK. "Empleo del condicionamiento encubierto en el tratamiento de la drogadicción." En: Uper J, Cautela JR, editores. Condicionamiento encubierto. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1979.

¹³ Klein SB. "Aprendizaje principios y aplicaciones." Madrid: McGraw-Hill; 1994.

abstinencia, a través de fichas canjeables por privilegios. El contrato terapéutico es una herramienta basada en el condicionamiento operante, que puede ser útil para aumentar la adherencia terapéutica en la reducción del consumo. La acción de firmar el acuerdo hecho entre el usuario y el terapeuta es un ritual significativo para mantener un mayor compromiso del adicto.¹⁴ El incumplimiento del contrato supone una consecuencia negativa (castigo-sanción) y el cumplimiento, un refuerzo (gozar de algunos privilegios; por ejemplo: distanciamiento de los controles de consumo).

Otra alternativa del empleo del condicionamiento operante es diseñar y reforzar planes de acción alternativos al consumo. Se propone reforzar actividades recreativas incompatibles con el consumo reorganizando el ambiente de la persona. En definitiva, desde estos presupuestos, la relación positiva que establece una persona entre el uso de cocaína y la destreza de su desempeño social es un patrón conductual aprendido que puede modificarse durante el tratamiento al cambiar las consecuencias que refuerzan la conducta.

3.3 Teoría cognitiva

Este paradigma centra su atención en los pensamientos, las actitudes y las creencias que influyen en la conducta y, a su vez, regulan la relación entre el estímulo evocador del consumo y sus consecuencias. El término cognición se refiere al conocimiento e interpretación que las personas poseen o realizan sobre el ambiente, y cómo sus expectativas y creencias controlan su comportamiento. En este sentido, se entiende por expectativa aquella representación mental de las contingencias entre acontecimientos ambientales.¹⁵

¹⁴ Bosch-Capblanch X, Abba K, Pictor M, Garner P. "Contratos entre pacientes y profesionales de la salud para mejorar la adherencia al tratamiento y a las actividades de prevención y promoción de la salud por parte de los pacientes" 8 de febrero de 2007.

¹⁵ Anderson JR. "Aprendizaje y memoria: Un enfoque integral." México: McGraw-Hill; 2001.

En el contexto de la psicología clínica,¹⁶ se retomó el concepto de creencias y expectativas para entender la depresión. Actualmente se ha aplicado la terapia cognitiva de Beck a diferentes campos de salud mental, entre ellos el abuso de sustancias. La terapia cognitiva parte de la premisa de que los trastornos adictivos se producen y mantienen debido principalmente a una serie de cogniciones subyacentes distorsionadas y a distintos errores en el procesamiento de la información. El tratamiento se orienta a modificar los pensamientos y creencias erróneas de la persona y a enseñarle técnicas de autocontrol. En la terapia cognitiva, el terapeuta ayuda al paciente a examinar la secuencia de acontecimientos que le llevan al consumo de cocaína, en este caso, y explora las atribuciones y creencias básicas acerca del valor que tienen para él.

Hay, al menos, tres tipos de creencias adictivas pertinentes en las personas con abuso de sustancias:¹⁷ a) creencias anticipadoras: comprenden expectativas de recompensa; b) creencias orientadas hacia el alivio: suponen que el consumo acabará con un estado de malestar, y c) creencias facilitadoras o permisivas: consideran que tomar drogas es aceptable. Al mismo tiempo, el terapeuta entrena al paciente para que evalúe y considere las formas en que su pensamiento erróneo produce estrés y angustia. Le ayuda a modificar estos pensamientos de forma que pueda conseguir una mayor comprensión de sus problemas reales y desarrollar creencias de control, esto es, creencias que disminuyen la probabilidad de tomar drogas o abusar de las mismas.

El objetivo de la terapia cognitiva es facilitar el proceso mediante el cual las creencias de control del paciente acaban siendo más influyentes que sus creencias sobre la adicción. Para ello se propone un proceso en seis fases: a) Evaluar las creencias; b) orientar al paciente hacia la comprensión del modelo de terapia cognitiva; c) examinar y probar las creencias adictivas; d) desarrollar

¹⁶ Beck J. " **Terapia Cognitiva: basics and beyond.**" New York, NY: Guilford Press; 1995.

¹⁷ Gálvez C, Guerrero M. "Intervención psicológica." En: Tirado P, coordinador. Guía clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias estimulantes. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía; 2008.

creencias de control sobre la abstinencia; e) practicar la activación de creencias de control de la conducta sin drogas, y f) asignar actividades entre sesiones para fomentar estas creencias.

4. ESTRATEGIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA EL MANEJO DEL CRAVING

El manejo del craving es una situación determinante para la adherencia al tratamiento de las personas fármacodependientes puesto que es el factor más importante de abandono terapéutico. Los pensamientos, sentimientos y conductas que se presentan durante el periodo de abstinencia pueden lograr, por su intensidad y su naturaleza, que el paciente deje el tratamiento y reincida dado el poder que éste ejerce sobre la persona, incluso, después de varios años de abstinencia. Por lo tanto el craving significa un problema muy difícil para las personas que presentan abuso de sustancias. De igual manera no resta de importancia clínica.

El DSM IV, menciona que el craving se observa con frecuencia (quizá en todos) en los pacientes fármacodependientes, mismo que describe como una “necesidad irresistible de consumo”. Esa necesidad tiende a la realización de la misma, que se alcanza con la consumación por medio de un acto consumatorio. “Los craving y los impulsos por el consumo tienden a ser automáticos y llegar a ser autónomos, es decir, pueden continuar incluso aunque la persona intente suprimirlos, no se suprimen con facilidad”¹⁸. El craving es un deseo (o necesidad psicológica) intenso e irrefrenable que conduce al individuo a abandonar la abstinencia. Se identifican cuatro tipos de craving, mismos que se enumeran a continuación:¹⁹

¹⁸ Sánchez E. (2002a). **Estrategias para el manejo del craving (a drogas)**. Anales de Psiquiatría. Vol. 18 No 1.pp27-34.

¹⁹ Beck A., Wright F., Newman C. y Liese B. (1999). **Terapia Cognitiva de las Drogodependencias**. Paidós. Barcelona, España.

1. Respuesta a los síntomas de la abstinencia: Cuando sucede la disminución del grado de satisfacción que encuentran en el uso de la droga, pero el incremento de sensación de malestar interno cuando deja de tomar la droga.

2. Respuesta a la falta de placer: Cuando sucede el aburrimiento o no tengan habilidades para encontrar formas prosociales de divertirse, por lo cual desea mejorar su estado de ánimo "automedicándose"

3. Respuesta "condicionada" a las señales asociadas con drogas: Cuando los pacientes asocian estímulos neutros (una esquina determinada de una calle, un número telefónico, un nombre, etc.) condicionados por una intensa recompensa obtenida de la utilización de drogas que inducen un craving automático.

4. Respuesta a los deseos hedónicos: Cuando el paciente combina una experiencia natural placentera con el uso de drogas (por ejemplo, cuando combina el sexo y drogas) que hace que se asocien, desarrollando un inicio de craving al realizar la actividad natural sin el uso de drogas por que el placer experimentado de estas experiencias no es comparable cuando se combina con la droga. Es importante señalar que el manejo multidisciplinario profesional es vital para la efectividad del tratamiento.

El terapeuta debe reconocer y comprender los cravings de su paciente, sus tipos, sus elementos esenciales y su naturaleza, así como empatizar con el mismo para poder determinar la mejor estrategia para este manejo. Para esto es relevante que el sujeto entienda el craving, para lo cual el paciente debe darse cuenta de que experimentar cierto grado de ansiedad es normal y muy común. Sentir que esta ansiedad no significa que algo está mal o que el paciente realmente desea consumir drogas otra vez. Se procede, según la elección del terapeuta y la naturaleza del craving, a la aplicación de un programa o estrategia cognitivo-conductual

5. ABORDAJE CLÍNICO DE LAS RECAÍDAS

Se define la recaída como el restablecimiento de la conducta adictiva, pensamientos y sentimientos asociados a la conducta adictiva, después de un período de abstinencia. Según estos autores, las causas más comunes que aparecen concomitantes a una situación de recaída, se refieren a que la persona nunca ha aprendido las habilidades necesarias para lograr y mantener la abstinencia. La persona fracasa al reconocer las situaciones de riesgo de recaída y reacciona demasiado tarde. El trabajo clínico de las personas que intervienen en drogodependencias comprueba esta realidad, dedicando gran parte de sus esfuerzos a trabajar sobre las recaídas.²⁰

Las recaídas se pueden analizar tanto desde la perspectiva de prevención como de abordaje clínico. El presente artículo se centra en el tratamiento y afrontamiento de la recaída desde los profesionales que trabajan en drogodependencias, mediante el estudio, tanto de la definición de recaídas, como de una tipología clínica de las mismas, lo cual nos va a permitir comprender este fenómeno y formular diferentes estrategias para su abordaje.

Se define la recaída teniendo en cuenta los factores anteriormente mencionados, como el retorno al comportamiento adictivo o al estilo de vida anterior, después de un periodo inicial de abstinencia y de cambio de estilo de vida como mínimo de entre uno y tres meses.²¹

²⁰ Prochaska, Prochaska, "Modelo transteórico del cambio de conductas adictivas", en M. Casas y M. Gossop (editores), Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias, Barcelona: Ediciones en Neurociencias, Citrán, FISP, pp. 85-136.

²¹ García, a.; Graña, j.l. (1987): "Prevención de recaídas: una perspectiva comunitaria" en P.F. Ramos, A. García, J.L. Graña et al. (compiladores), Barcelona: Asociación para el estudio y promoción del Bienestar Social.

6. HIPOTESIS Y DEFINICIONES DE LAS VARIABLES

6.1 Hipótesis de trabajo u operacional

La Terapia Cognitivo - Conductual mejora el tratamiento Psicoterapéutico de la Persona Adicta a la Cocaína.

6.2 Hipótesis nula

La Terapia Cognitivo - Conductual no es Eficaz ni Eficiente en el Tratamiento Psicoterapéutico de la Persona Adicta a la Cocaína.

6.3. Definiciones conceptuales y operacionales de las variables

6.3.1 Variable Independiente

La Terapia Cognitivo – Conductual

6.3.2 Variable Dependiente

Mejora el tratamiento Psicoterapéutico de la Persona Adicta a la Cocaína.

6.4 Tabla de categorías, indicadores y técnicas de recolección de datos

CATEGORÍAS	INDICADORES	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS
Terapia Cognitivo – Conductual.	Estrategias cognitivo - conductuales para el manejo del craving.	Entrevista Cualitativa. Observación Cualitativa.
	Estadios de cambio de la conducta adictiva.	Entrevista Cualitativa.
	Procesos de cambio de la conducta adictiva.	Entrevista Cualitativa.
	Abordaje clínico de recaídas.	Entrevista Cualitativa.

		Observación Cualitativa.
Tratamiento Psicoterapéutico.	Desintoxicación.	Entrevista Cualitativa. Observación Cualitativa.
	Contrato terapéutico	Entrevista Cualitativa. Observación Cualitativa.
	Control de estímulos para el mantenimiento de la abstinencia.	Entrevista Cualitativa. Observación Cualitativa. Testimonios.
Adicción a la cocaína.	Depresión	Entrevista Cualitativa.
	Ansiedad	Entrevista Cualitativa. Observación Cualitativa.
	Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad.	Testimonios.
	Mejorar Autoestima	Testimonios
	Modificación del estilo de vida.	Entrevista Cualitativa. Testimonios

CAPÍTULO II

METODOLOGIA (Técnicas e Instrumentos)

1. METODO

Se realizó en la en base a la investigación cualitativa, ya que se utiliza primero para descubrir y refinar preguntas de investigación, también para la comprobación de la hipótesis. Se basó en métodos de recolección de datos sin medición numérica como lo fue la entrevista cualitativa, observación cualitativa testimonios. El propósito de tales instrumentos consistió en la “reconstrucción” de la realidad, tal como la observan los pacientes, personas rehabilitadas y personal encargado de la rehabilitación.

El enfoque cualitativo utilizó fases, dentro de ellas se mencionan el llevar a cabo la observación y evaluación de los fenómenos, establecimiento de suposiciones o ideas como consecuencia de la observación y la evacuación realizadas, revisión de suposiciones sobre los análisis y nuevas propuestas para genera otras suposiciones o ideas.

El trabajo de campo se realizó de una forma ordenada esperando alcanzar los objetivos propuestos en la investigación. El centro de rehabilitación brindo toda la ayuda necesaria para que se hiciera posible la recolección de información.

1.1 Fase 1 Recolección de datos

Una vez seleccionado el diseño de investigación apropiado y la muestra apropiada, nuestro problema de estudio que fue comprobar la eficacia y la eficiencia de la terapia cognitivo – conductual en el tratamiento psicoterapéutico de la persona adicta a la cocaína, la hipótesis que se estableció fue “La Terapia Cognitivo - Conductual mejora el tratamiento Psicoterapéutico de la Persona Adicta a la Cocaína”.

La siguiente etapa consistió en recolectar los datos pertinentes sobre variables, sucesos, contextos, categorías, comunidades u objetos involucrados en la investigación.

En el caso del enfoque cualitativo, por lo común los datos se recolectaron en dos etapas: durante la sumersión inicial en el campo o contexto de estudio y en la recolección definitiva de los datos.

Para recolectar datos dispusimos de una variedad de instrumentos cualitativos dentro de los que podemos mencionar la entrevista cualitativa, observación cualitativa y testimonios. Estos fueron utilizados con el objetivo de llevar a cabo una mejor recopilación de información que nos permitió obtener datos relevantes para el contenido del proceso de investigación y poder verificar la hipótesis formulada.

1.2 Fase 2 Análisis e interpretación de resultados

Nuestro primer reto del análisis cualitativo fue encontrar gran volumen de datos (numerosas páginas de transcripciones de entrevistas cintas de audio, notas etc.) Es por ello que el material debió encontrarse bien organizado (clasificado por temas, subtemas, orden de recolección de datos etc.)

Parte del enfoque cualitativo consistió en la reducción de datos pero sin perder información ni descartar datos valiosos. Las transcripciones tuvieron que estar completas, aunque a veces fueron repetitivas en cuanto a su contenido.

El análisis cualitativo tuvo propósitos centrales como:

- a) Darles orden a los datos.
- b) Organizar las unidades, las categorías, y los temas.
- c) Comprender en profundidad el contexto que rodea los datos.
- d) Describir las experiencias de las personas estudiadas bajo su óptica, en su lenguaje y con sus expresiones.

- e) Interpretar y evaluar unidades, categorías y temas.
- f) Explicar contextos, situaciones, hechos y fenómenos.
- g) Generar preguntas.
- h) Reconstruir historias.
- i) Relacionar los resultados del análisis con la teoría fundamentada o construir teorías.

1.3 Fase 3 Elaboración de propuesta del plan de tratamiento

Se elaboró una propuesta de un programa de tratamiento psicoterapéutico de la persona adicta a la cocaína basándonos en el modelo Cognitivo – Conductual.

Según los resultados obtenidos en la recolección de datos y el análisis e interpretación de resultados obtenidos en el proceso de investigación, sirvieron de punto de partida para llevar a cabo la elaboración del programa de tratamiento.

2. MUESTREO – POBLACION

El nombre de la institución que fue objeto de investigación recibe el nombre de “Desafío Juvenil” ubicada en 9ª. Calle 12 – 85 zona 11, colonia Roosevelt. “Desafío Juvenil” fundada en 1,985 en Guatemala, proporciona un programa de rehabilitación de carácter residencial para ayudar a jóvenes y adultos con problemas de drogadicción, alcoholismo y delincuencia con el objetivo de lograr una transformación total del individuo y su reintegración a la sociedad, es de carácter social no lucrativo y depende de contribuciones para que pueda seguir brindando un servicio gratuito.

Utiliza la terapia Cognitivo – Conductual para motivar al individuo que ha sido un elemento negativo en la sociedad y le capacita para que sea un elemento positivo y productivo en ella. Es necesario tener en cuenta que varios de los pacientes internos son policonsumidores esto quiere decir que combinan dos

sustancias o más por ejemplo cocaína y alcohol, marihuana y alcohol etc. Esto se da solamente en algunos casos.

3. PROCEDIMIENTOS USADOS PARA CAPTAR INFORMACION

Las técnicas que se llevaron a cabo en el proceso de investigación fue el análisis, síntesis, técnicas de recolección de datos los cuales fueron se realizaron de manera formal y concreta esperando obtener la información deseada.

Dentro de los procedimientos que se llevaron a cabo durante el desarrollo de la investigación fueron los siguientes:

Paso 1: Presentación formal al Centro de Rehabilitación “Desafió Juvenil” para una mejor interacción tanto con el personal como con los pacientes internos, teniendo en cuenta la observación cualitativa desde el inicio hasta el final del proceso. Se contó con la colaboración del señor Oscar Benites coordinador administrativo del centro, el cual nos brindó toda la información necesaria para conocer acerca del tratamiento cognitivo – conductual.

El centro de tratamiento divide su programa en las siguientes etapas: rehabilitación que es de 3 a 5 meses, entrenamiento de 5 a 7 meses, Orientación de 1 mes y Reintegro 3 meses. Los rangos de duración son aproximados.

Nos mostraron las instalaciones del lugar y nos presentaron las demás personas que trabajan en el centro, y también con algunos de los pacientes que en ese momento se acercaban a la oficina. Dentro de las primeras actividades que se realizaron fue el explicar nuestro objetivo en la institución y presentar el proyecto de investigación para que se pudiera tener un formalismo en la actividad.

Paso 2: Selección de la muestra que sirvió para la recolección de datos, la cual se llevo a cabo mediante una selección aleatoria dando la opción a toda la población de participar en el proceso de investigación.

Paso 3: Realización de la entrevista cualitativa, en el momento en el que correspondía llevar a cabo esta actividad se tuvo en cuenta la interacción con los pacientes rehabilitados, ya que ellos brindaron su colaboración y su tiempo al brindar de una forma muy espontánea las experiencias que cada uno de ellos había vivido por lo que si se obtuvo un resultado muy positivo.

Al finalizar cada una de las entrevistas hubo ocasiones en las cuales cada uno de los pacientes se acercaba para realizar preguntas o conversar, hubo propuestas sobre desarrollar temas o talleres que pudieran beneficiarlos.

Se contó con la participación de 9 de los pacientes rehabilitados de la adicción a la cocaína mediante el enfoque cognitivo – conductual ya que este es el número total de casos en este centro, no se tomaron en cuenta a los otros 9 pacientes ya que no llenaban los requisitos de la investigación, debido al consumo de otras sustancias como el alcohol, marihuana etc.

Paso 4: Aplicación de un dialogo con preguntas que nos ayudaran a recolectar información para los Testimonios de los pacientes rehabilitados que se encuentran en el centro, los pacientes que decidieron brindar su apoyo tenían cierta duda en relación hacia el profesionalismo con que se manejaría su identidad en el proceso de recolección de datos, por lo tanto se realizó una explicación de cómo se utilizarían únicamente las iniciales de sus nombres para proteger su identidad y se hizo la salvedad que la información se utilizaría de manera profesional.

Los pacientes rehabilitados demostraron espontaneidad y brindaron información muy importante para la comprobación de la hipótesis de trabajo.

Durante los relatos muchos con tristeza y otros con alegría recordaron su proceso de rehabilitación.

Paso 5: Por medio de la información obtenida del tipo de procedimientos utilizados y con la ayuda de las experiencias tanto de los pacientes como del personal que labora para dicho centro se realizó la interpretación y análisis de eficacia y eficiencia de la terapia cognitivo – conductual en el tratamiento psicoterapéutico de la personas adicta a la cocaína.

Así mismo se llevó a cabo la elaboración de una propuesta para un programa de de tratamiento basado en el modelo Cognitivo – Conductual según los resultados obtenidos en dicho proceso de investigación.

Consideramos que no se presentaron problemas cuando se llevó a cabo el trabajo de campo, únicamente debimos seguir con los lineamientos que nos recomendaron como lo fue el omitir una parte de la entrevista hacia los pacientes debido al mal abordaje que ellos pudieran dar, al tomar en cuenta este aspecto todo siguió como se había planificado.

Al momento de llevar a cabo algunos testimonios, se pidió la autorización tanto del personal de la institución como de los pacientes rehabilitados el poder grabar el testimonio, unos aceptaron que se pudiera grabar y otros no, argumentando “nerviosismo” y “pena” lo cual fue respetado.

4. PROCEDIMIENTOS PARA PROCESAR INFORMACIÓN

4.1 Análisis cualitativo de los datos

En los estudios cualitativos, el análisis de los datos no está determinado completamente, sino que es “prefigurado, coreográfico o esbozado”. Es decir se comenzó a efectuar bajo un plan general, pero su desarrollo fue sufriendo modificaciones de acuerdo con los resultados.

El proceso de análisis cualitativo se llevo a cabo de la siguiente manera:

4.1.1 Revisión del material

El primer paso del análisis cualitativo fue revisar el material, consistió en revisar que todos los datos hayan sido preparados en forma adecuada para el análisis, por ello los datos se organizaron y se clasificaron por criterio lógico (temas, respuestas relevantes, se verificó que fuera un material legible, auditable y que se encontraron completos.

Así mismo se decidió que el análisis de los datos se realizaría con los datos de las transcripciones escritas, la información cualitativa no es anónima porque se trata de escritos de personas, testimonios de voz etc., por lo cual debió mantener la confidencialidad de los sujetos por cuestión de ética.

4.1.2 Establecimiento de un plan de trabajo inicial (coreografía)

En el análisis cualitativo se gozó de mayor libertad para trabajar los datos; el plan incluyó los siguientes aspectos:

4.1.2.1 Revisión de todos los datos

Se revisaron las transcripciones de las entrevistas cualitativas, las anotaciones en relación de las observaciones cualitativas y los testimonios identificando la información más relevante en relación a las respuestas obtenidas de las entrevistas y de los testimonios haciendo un análisis general de los objetivos que se esperaban alcanzar en la recopilación de datos, en este caso la verificación de la eficacia y eficiencia de la terapia cognitivo – conductual en el tratamiento psicoterapéutico de la persona adicta a la cocaína.

La observación cualitativa ayudó a formular propuestas para el programa de tratamiento que se elaboró, dando brindando nuevas expectativas para un mejor abordaje psicoterapéutico.

El análisis cualitativo de los datos recolectados se llevó a cabo de la siguiente manera: las unidades de análisis son unidades de significado. Definimos la unidad como línea, estas pueden ser largas o cortas el caso es que sean “manejables”. Posteriormente se definieron las categorías de análisis de manera similar al análisis de contenido que fue revisado y se etiquetaron con nombre y código.²² Se tomaron en cuenta las siguientes reglas al colocar cada unidad de análisis en las distintas categorías:

Criterio 1: Terapia Cognitivo Conductual: Las intervenciones en consumidores de drogas pueden definirse como aquellas prácticas destinadas a investigar un problema potencial y motivar a un individuo a comenzar a hacer algo sobre el abuso de sustancias.

Criterio 2: Tratamiento psicoterapéutico Tratamiento de las enfermedades mentales por procedimientos basados en la comunicación verbal y emocional, es controlada por un psicoterapeuta, formado y autorizado para ello, lo que supone una sanción cultural que le otorga la autoridad propia de los médicos; es que se apoya en teorías científicas que han estudiado el origen de los trastornos mentales y la forma de aliviar sus consecuencias.

Criterio 3. Adicción a la cocaína La cocaína posee potentes efectos eufóricos y puede dar lugar a dependencia tras su consumo durante breves períodos de tiempo. Un signo inicial de la dependencia de cocaína lo constituye La creciente dificultad para resistirse a su consumo cuando el sujeto dispone de ella.

²² Idem Pág. 585

5. Codificación de los datos en un segundo plano

La codificación de los datos en segundo plano implicó la reafirmación de la codificación e involucro la interpretación del significado de las categorías obtenidas en primer nivel.

Dentro de la tarea esencial de la codificación de segundo plano se identificaron diferencias y similitudes entre las categorías. Se utilizó la comparación constante, para la verificación de categorías y unidades de análisis que se encontraban repetidas.

La meta fue integrar las categorías en temas y subtemas basándonos en sus propiedades, descubrir temas implicó localizar los patrones que aparecen repetidamente entre las categorías. Cada uno de los temas recibió un código como se hizo en las categorías. Los temas fueron la base de las conclusiones que emergieron del análisis.

Dentro de los temas y subtemas que se pudieron encontrar en el análisis de las categorías encontramos las siguientes:

TCC Terapia cognitivo – conductual

TP Tratamiento psicoterapéutico

AC Adicción a la cocaína

ECCMC Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving

MTC Modelo trasteorico del cambio

ECCA Estadios de cambio de la conducta adictiva

PCCA Procesos de cambio de la conducta adictiva

ACR Abordaje clínico de las recaídas

DX Desintoxicación

CT Contrato terapéutico

CEMA Control de estímulos para el mantenimiento de la abstinencia.

D Depresión
AN Ansiedad
EHSA Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad
MA Mejorar Autoestima
MEV Modificación del estilo de vida

Esta es una lista de los temas que surgieron a través de las categorías y que fueron objeto de análisis.

5. DESCRIPCION DE LOS INSTRUMENTOS

5.1 Entrevista cualitativa

La definimos como una conversación entre una persona (el entrevistador) y otra el entrevistado u otras (entrevistados). En el último caso talvez una pareja o un grupo pequeño como una familia (pudiéndose entrevistar a cada miembro del grupo o en conjunto. Entrevista semiestructurada se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener más información sobre los temas deseados.²³

La estructuración del tipo de guía para la entrevista semiestructurada nos permitió recolectar de datos que fueron necesarios para obtener un análisis adecuado sobre el abordaje psicoterapéutico desde el punto de vista cognitivo conductual de la persona adicta a la cocaína.

5.2 Observación cualitativa

Técnica de recolección de datos cuyos propósitos fueron:²⁴

²³ Idem Pág. 455

²⁴ Idem Pág. 458

Explorar ambientes, contextos, subcultura y la mayoría de los aspectos de la vida social.

Describir comunidades, contextos, ambientes y las actividades que se desarrollan en estos, las personas que participan en tales actividades y los significados de las actividades.

Comprender procesos, interrelaciones entre personas y sus situaciones o circunstancias y eventos que suceden a través del tiempo, así como los patrones que se desarrolla y los contextos sociales.

Identificar problemas.

Generar hipótesis para futuros estudios.

5.3 Testimonios

Narración de experiencias vividas por el participante en determinada circunstancia de su vida.

CAPITULO III

PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS

1. Características del Marco Institucional

La institución “Desafío Juvenil” se encuentra ubicada en 9ª. Calle 12 – 85 zona 11, colonia Roosevelt. “Desafío Juvenil” fundada en 1,985 en Guatemala.

Proporciona un programa de rehabilitación de carácter residencial para ayudar a jóvenes y adultos con problemas de drogadicción, alcoholismo y delincuencia con el objetivo de lograr una transformación total del individuo y su reintegración a la sociedad, es de carácter social no lucrativo y depende de contribuciones para que pueda seguir brindando un servicio gratuito.

1.1 Descripción de las instalaciones

La exploración del ambiente en el que se lleva a cabo la rehabilitación permitió darnos cuenta del tipo de instalaciones que presenta, considerando que es apropiado para la rehabilitación y le concede al paciente un ambiente agradable para su recuperación. Los pacientes que se encuentran internos provienen de distintos estratos sociales, distintas edades y cada uno de ellos con una ideología diferente pero todos con un mismo objetivo por alcanzar.

La instalación contiene ambientes agradables y amplios, en el primer nivel se encuentra la oficina de atención a las población, una sala donde los pacientes reciben visita, el área de lavandería un pequeño jardín. En el segundo nivel se encuentran los dormitorios y los talleres para aprender algunos oficios como el de carpintería, manualidades y algunos salones donde reciben la información para llevar a cabo la actividad del día, cuentan con un estudio en el cual se pueden encontrar distintas bibliografías para el uso del paciente.

1.2 Actividades observadas

Dentro de las actividades que se observaron se encuentra la realizada en el taller de carpintería en el cual todos los pacientes internos y los rehabilitados llevan a cabo distintas clases de cómo se pueden realizar mesas, sillas, camas, roperos etc. Los cuales son vendidos para lograr conseguir los fondos necesarios para la institución.

En las actividades participan siempre los pacientes, personal encargado de la rehabilitación y algunos voluntarios que asisten cada cierto tiempo a la institución a brindar algún tipo de taller o charla motivacional, o ellos se dirigen como grupo a otro centro de rehabilitación para interactuar con más personas y brindarse mutuamente el apoyo que necesiten.

La comprensión de cada uno de los procesos de rehabilitación brindados por la institución ayudó a ir formulando ideas y estrategias para ser tomadas encuentra en la propuesta del programa de rehabilitación, ya que es importante observar el comportamiento de los pacientes en el desarrollo de cada una de las etapas y en este caso se puede observar que existe eficacia en cada proceso.

1.3 Programa de rehabilitación brindado por la institución

La institución “Desafío juvenil” brinda el tratamiento psicoterapéutico de las adicciones bajo el enfoque Cognitivo – Conductual individual y divide su programa en las siguientes etapas:

1. Concientización y Análisis del problema-adicción
2. Reconstrucción de los vínculos, reestructuración cognitiva, afrontamiento de situaciones estresantes, prevención de recaídas.
3. Aprendizaje y reforzamiento de habilidades sociales como sostén en el proceso de cambio y rehabilitación.

Fase I: Concientización y análisis del problema –adicción Psicoeducación

Primera Sesión: Aspectos Cognitivos – Conductuales

Se trabaja sobre los aspectos cognitivos - conductuales, sobre las consecuencias que se derivan a mediano y largo plazo del consumo de cocaína. Se va confrontando al paciente con sus experiencias en forma gradual, teniendo en cuenta, que en esta primera instancia la persona no tiene conciencia de la dimensión del problema de su adicción y su repercusión a nivel bio-psico-socio-cultural.

Segunda Sesión: Profundización y Mantenimiento de Pensamientos y Conductas Compulsivas

Profundización en la génesis y mantenimiento de sus pensamientos y conductas compulsivas que los lleva a consumir, en que situaciones sienten más el deseo (flash) dentro de los disparadores del impulso a consumir como por ejemplo: pensar en boliches, salidas grupales con amistades que consumen, encontrarse con ellos, tener dinero, recuerdos de hechos conflictivos que los llevó a consumir, entre otros.

Tercera Sesión: Confrontar Trastornos y Conductas Antisociales derivados al consumo de sustancias

Conocer los trastornos del humor, de conductas antisocial antes o derivados del consumo de clorhidrato de cocaína como: mentiras, conflictos con la ley, manipulación, entre otras. Se brinda información sobre los síntomas de abstinencia como ansiedad, angustia, impulsividad, irritabilidad, agresividad, ideas persecutorias con el objetivo de sensibilizar al paciente para que pueda reconocer sus propios síntomas con la finalidad de profundizar en la toma de conciencia

sobre su adicción y sus consecuencias como prevención a las posibles recaídas en el futuro.

Fase II: Reconstrucción de vínculos

Primera Sesión: Reconstrucción de vínculos familiares

Reconstrucción de sus vínculos familiares, crear nuevos ámbitos sociales que no estén relacionados con el consumo. Trabajan con reestructuración cognitiva para rescatar los afectos de sus figuras parentales, así como vínculos afectivos –amorosos irlos integrando, reconstruyendo ya que suelen estar muy afectados y deteriorados. Con la familia o referentes adultos se trabaja el señalar, reconocer y reforzar los logros que el paciente ha ido logrando en el proceso terapéutico.

Así como el modificar sus reacciones de irritabilidad, sobreprotección, los desencuentros, reforzar los cambios y ayudar a sostener el mismo.

Segunda Sesión: Reestructuración Cognitiva

Gradualmente ir trabajando el conocimiento y como ir controlando sus estados de ansiedad, sus estados depresivos, el manejo de la agresividad y heteroagresividad usando la técnica de la relajación. Se analiza y refuerza el aprendizaje de su conducta relacionada con la dependencia física y psíquica,

El reforzamiento constante del sostén de mantener el cambio a través de conductas de alternativa frente a la compulsión de consumir, de abandonar el tratamiento, el paciente comienza a vivenciar sentimientos de miedo a la pérdida de las cosas que ha ido consiguiendo en el transcurso del tratamiento, comienza a querer y tener sueños de consumo, sentimientos de fracaso, de que no va a poder.

Tercera Sesión: Reestructuración Cognitiva

Aquí se trabaja con reestructuración cognitiva y relajación para disminuir la ansiedad, la angustia, se trabaja las fortalezas adquiridas, las vulnerabilidades y la aceptación de la posibilidad de recaer.

Fase III: Habilidades Sociales

Primera Sesión: Resolución de problemas primera parte

Es importante en el proceso terapéutico el trabajar la Resolución de Problemas, están acostumbrados a escapar de los mismos a través del consumo de cocaína a través de una sustancia mágica que les permite evadirse de la realidad. Expresión de sentimientos, la mayoría tienen problemas de expresar afecto verbal y físico. Dificultad para cuidar al otro, para valorar al otro y así mismo.

Segunda Sesión: Resolución de problemas segunda parte

Afrontamiento de situaciones conflictivas, Resistir la Presión de grupo o de una persona amiga que sigue en el consumo. Reconstrucción de los vínculos familiares, se trabaja fuertemente en la construcción de vínculos sociales y laborales con el objetivo de prevenir futuras recaídas, previniendo los sentimientos de soledad que los lleva a buscar a sus amistades de consumo. Resolución frente a situaciones y pensamientos de consumo el ir construyendo con el paciente conductas alternativas por ej: llamar un amigo, quedarse en su casa haciendo una actividad recreativa, concurrir a los grupos de autoayuda como los de narcóticos anónimos.

Tercera Sesión: Trabajar Autoestima

Trabajar la Autoestima es fundamental como reforzar la confianza en si mismo, el sentimiento de autocontrol y el sentimiento de esforzarse por conseguir sus metas. En la mayoría de los casos tienen baja autoestima, rechazan el mirarse al espejo porque se ven feos, se sienten que no son personas valiosas capaces de ser queridas, que no van a ser capaces de controlar su impulso de querer consumir.

Cuarta Sesión: Trabajar Autocontrol

Se trabaja con el paciente el Autocontrol que va a permitir el mantenimiento de la abstinencia, el poder predecir las consecuencias negativas del comportamiento de consumo y tomar la decisión de sostener, continuar con el tratamiento reforzando el aprendizaje del autocontrol.

Con la terapia cognitivo-conductual se busca dotar al paciente de herramientas que le permitan afrontar situaciones vivenciales conflictivas en forma adecuada generando un cambio en su repertorio cognitivo-conductual y tener la capacidad de reconocer las recaídas conductuales previas a las recaídas de consumo.

1.4 Problemas identificados

Se pudieron identificar algunas problemáticas dentro de algunas actividades, como lo fue el ir a una cancha de futbol y solamente algunos de los pacientes internos desarrollaron actividades físicas mientras que los otros fueron a dormirse en las bancas. No existe un estímulo para que todos los pacientes se encuentren más activos y quieran realizar algún deporte.

La distribución de tiempo en cada una de las actividades que se lleva a cabo en la institución deja espacios demasiado extensos sin actividades programadas permitiendo de esta forma la expresión de “aburrimiento” de parte de los pacientes.

La generación de hipótesis para futuros estudios es muy importante ya que se pueden encontrar en la institución distintos tipos de problemáticas que pueden en base a una investigación ser objeto de análisis y brindar resultados que puedan ayudar a mejorar el tratamiento a los pacientes adictos a las drogas.

2. Características de la población

Dentro de las características específicas de la muestra podemos mencionar: La intervención psicológica que se brinda es bajo la terapia Cognitivo – Conductual, el rango de edad de los pacientes internos se encuentra de 18 a 50 años de edad, de sexo masculino, su procedencia de diversas zonas del municipio de Guatemala, al referirnos a escolaridad el factor Académico varía, en la situación económica podemos mencionar Alta, media, baja y extrema pobreza, dentro de las condiciones de salud los pacientes se encuentran internos para el tratamiento psicoterapéutico por el consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas como lo es la cocaína, marihuana, heroína, crack, alcohol, etc.

El número total de pacientes en rehabilitación que se encontraban internos en la institución completaban un número de dieciocho personas, así mismo el número de encargados que brindaban la rehabilitación eran seis personas.

Se trabajo con nueve pacientes internos que se encontraban en proceso de rehabilitación y otros ya rehabilitados y adaptados a la sociedad, al mismo tiempo se trabajo con tres personas del área administrativa y encargados de brindar la rehabilitación a dichos pacientes, en total se trabajo con doce personas que brindaron la información suficiente, clara, concisa y capaz de llenar los requisitos

para llevar a cabo el análisis e interpretación de resultados para verificación de la hipótesis.

El estado emocional de los pacientes es muy favorable debido a la recuperación que han tenido previamente. La mayoría de los pacientes rehabilitados se encuentran en su etapa de reinserción social.

2.1 Cuadro clínico inicial de los pacientes

El abordaje psicoterapéutico de las adicciones basa el trabajo en la experiencia clínica en el tratamiento psicoterapéutico de las adicciones con abordaje cognitivo- conductual. Estas pueden ser a: alimentos, juego, trabajo, sexo, vínculos afectivos, drogas, entre otras.

Factores de riesgo individuales como: curiosidad, baja tolerancia a la frustración, dificultad en el interrelacionamiento personal, dificultad para expresar sentimientos, inseguridad, inestabilidad emocional, impulsividad, entre otros.

Factores de riesgo familiares como: dificultad en la relación con los padres o con uno de ellos, dificultad en la aceptación de la puesta de límites, agresividad verbal y a veces física, dificultad en la comunicación, entre otros.

Factores de riesgo como momentos socio-culturales que predisponen al consumo de drogas, presión de pares, la búsqueda de liderazgo dentro del grupo consumidor.

La dependencia, psíquica o física de ellas puede llegar a ser muy fuerte, desplazando necesidades básicas, como comer o dormir. Al "aliviar" el dolor emocional a través de una actitud adictiva, ésta se vuelve obsesión, hace cosas que, de no estar bajo el influjo de la misma no haría, como mentir, robar, prostituirse, autoagredirse etc.

La droga se convierte en el centro del actuar de la persona, vive para y por la droga, llegando a afectar el trabajo, las relaciones interpersonales, los estudios, deteriorando día a día sus vínculos socio-familiares. La mayoría de los adictos presentan en su patrón de consumo un policonsumo, y los pacientes a los que nos referimos son los que su droga de elección es la cocaína y el uso del alcohol como estrategia para volver a un estado de "normalidad": del estado eufórico a uno menos eufórico, para inducirse al sueño, considerando que el alcohol es un depresor y la cocaína un estimulante le permite ir modulando su estado de ánimo.

Les permite socializarse, evadirse de la realidad, de los compromisos, estar alegres, mantener largas horas de conversación en grupo, en boliches entre otros.

Los consumidores de cocaína sienten desasosiego, irritabilidad y ansiedad cuando disminuyen la dosis y la frecuencia de consumo, se deprimen, aumentando su ansiedad por consumir más cocaína para aliviar la depresión.

Sus relaciones afectivas se vuelven frágiles, se vuelven irresponsables, les resulta difícil asumir compromisos y se van volviendo incapaces de tomar decisiones. Deciden comenzar un tratamiento psicoterapéutico cuando observan como su calidad de vida se ha ido deteriorando, sus vínculos familiares, su relacionamiento interpersonal afectivo-amoroso, su vida estudiantil, su vida profesional va perdiendo su valía, su motivación, va abandonando sus hábitos, se va despreocupando de su aspecto personal, su vida comienza a girar entorno al consumo.

3. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Continuación se presenta la interpretación general de los resultados obtenidos a través de las entrevistas cualitativas, observación y testimonios.

3.1 OBJETIVO DE TRATAMIENTO DIRIGIDO A PERSONAS ADICTAS A LA COCAÍNA

Análisis de Resultados: Tres de las unidades de análisis corresponden a la categoría de Terapia Cognitivo – Conductual y tres corresponden a la categoría de Tratamiento psicoterapéutico. Lo cual nos indica el trabajo conjunto entre las dos categorías.

Interpretación: Los tratamientos cognitivo - conductuales ayudan a que las personas se comprometan con su tratamiento para la drogadicción, modificando sus actitudes y comportamientos relacionados al abuso de drogas y aumentando sus habilidades para manejar circunstancias estresantes y señales ambientales que pueden disparar los deseos exaltados por las drogas y producir otro ciclo de abuso compulsivo. Es más, las terapias cognitivo - conductuales pueden mejorar la eficacia de los medicamentos y ayudar a que las personas se adhieran al tratamiento por más tiempo. El tratamiento psicoterapéutico ayuda a los pacientes a enfrentar su abuso de drogas de forma objetiva, aceptar sus consecuencias nocivas y reforzar su motivación para no usar drogas. Los pacientes aprenden formas eficaces para resolver sus problemas emocionales e interpersonales sin tener que recurrir a las drogas.

TABLA 1

Fragmentos de entrevista dirigida a personal de la institución.
Indicar el objetivo de tratamiento dirigido a personas adictas a la cocaína.
<i>R/ Su objetivo es lograr una transformación total del individuo y su reintegración a la sociedad.</i>
<i>R/ Lograr una transformación positiva en el paciente y su reintegración a la sociedad.</i>
<i>R/ Cambiar la conducta del paciente adicto así pueda mejorar su calidad de vida y esto le permita su reintegración a la sociedad.</i>

Fuente: Elaboración propia.

3.2 PERFIL DE LOS CONSUMIDORES DE COCAÍNA

Análisis de Resultados: Tres de las unidades de análisis corresponden a la categoría de tratamiento psicoterapéutico y tres corresponden a la adicción a la cocaína

Interpretación: Lo que suele observarse en la práctica clínica es un perfil de comportamiento en los adictos que suele incluir los siguientes aspectos: Desintegración del individuo respecto a los valores sociales adquiridos mediante la educación recibida. Desarrollo de una gran capacidad manipulativa y de engaño respecto al medio social y familiar del sujeto. Conductas impulsivas u obsesivas, ansiedad y/o depresión.

En su evolución social la cocaína se ha ido expandiendo en los distintos estratos sociales y se ha ido incorporando al policonsumo con distintas variables

tanto en la vía de administración como en la asociación a otras drogas y redes de distribución, causando diferentes problemas según el marco de distribución, la población y la vía por la que se administra.

Otro fenómeno importante en el consumo de esta droga es la incorporación de un grupo de población de más edad a la hora de su inicio, que en un principio la utilizan para contrarrestar los efectos depresores de sustancias como el alcohol, para poder alargar el tiempo de diversión (básicamente en fines de semana), por los efectos claramente estimulantes que posee, lo que les permite disfrutar de un estado de vigilia y actividad mucho más amplio y no dejarse vencer por los efectos sedativos del alcohol que les haría no poder alardear de una falsa vitalidad que la edad ya no les permite y que refuerza positivamente la sensación juvenil y mantener una actividad festiva sino frenética, al menos aceptable.

TABLA 2

Fragmentos de entrevista dirigida a personal de la institución.
<p>¿Cuál es el perfil de los consumidores de cocaína?</p> <p><i>R/ Personas con problemas familiares son las que comienzan a consumir drogas para escapar de sus problemas.</i></p> <p><i>R/ Problemas familiares son las que comienzan a consumir drogas, creen que drogándose se van a liberar de sus problemas.</i></p> <p><i>R/ Personas con muchos problemas de toda índole que necesitan escapar de sus problemas sin darse cuenta que ya no pueden salir solos.</i></p>

Fuente: Elaboración propia.

3.3 PROBLEMAS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE COCAÍNA

Análisis de Resultados: Las cinco unidades de análisis corresponden a la categoría de tratamiento psicoterapéutico, ya que este es el medio por el cual se abordan este tipo problemáticas.

Interpretación: Los trastornos más frecuentes en adictos son los relacionados con la intoxicación aguda y el síndrome de abstinencia. También se pueden encontrar otros trastornos del comportamiento sin relación directa con la cantidad de droga consumida o el tiempo de evolución del consumidor. Por otro lado, la rapidez de aparición de los síntomas va a depender de: cantidad consumida, tolerancia farmacológica desarrollada y metabolismo individual. El Trastorno delirante por cocaína, consiste en la aparición de ideas delirantes de persecución que aparecen poco después de la administración de la sustancia. Este cuadro también puede llevar a reacciones agresivas hacia las personas del entorno del sujeto. Pueden aparecer además alteraciones de la imagen corporal, alucinaciones táctiles que describen la presencia de animales o insectos encima de la piel y que pueden ocasionar lesiones por rascado.

TABLA 3

Fragmentos de entrevista dirigida a personal de la institución.
Problemas psicológicos asociados al consumo de cocaína. <i>R/ Trastornos de personalidad, trastornos del sueño, trastornos del estado de ánimo.</i>
<i>R/ Trastornos de personalidad, trastornos del estado de ánimo.</i>
<i>R/ Trastornos de personalidad, trastornos del estado de ánimo, trastornos del sueño.</i>

Fuente: Elaboración propia.

3.4 TIPO DE SINTOMATOLOGÍA PRESENTA EL PACIENTE ADICTO A LA COCAÍNA

Análisis de Resultados: Las tres unidades de análisis pertenecen a la categoría de tratamiento psicoterapéutico, ya que es a través de medio con el cual se reducen los síntomas.

Interpretación: Las alteraciones más frecuentes son: trastornos de la percepción, atención, vigilia, pensamiento, capacidad de juicio y razonamiento, control emocional de los impulsos y la motricidad, cambios en el comportamiento sexual, etc. También pueden aparecer alteraciones ansiosas o del estado de ánimo.

TABLA 4

Fragmentos de entrevista dirigida a personal de la institución.
¿Que tipo de sintomatología presenta el paciente adicto a la cocaína?
<i>R/ Mal orientado en tiempo y espacio, ansioso, deprimido, alterado.</i>
<i>R/ ansioso, deprimido, mal humor.</i>
<i>R/ ansioso, deprimido, psicótico.</i>

Fuente: Elaboración propia.

3.5 ESTRATEGIAS COGNITIVO – CONDUCTUALES QUE SE EMPLEAN PARA BRINDAR EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO A PERSONAS ADICTAS A LA COCAÍNA

Análisis de Resultados: Siete unidades de análisis pertenecen a la categoría de terapia cognitivo – conductual ya que las estrategias de abordaje pertenecen a este enfoque psicoterapéutico.

Interpretación: El manejo del craving es una situación determinante para la adherencia al tratamiento de las personas fármacodependientes puesto que es el factor más importante de abandono terapéutico. Los pensamientos, sentimientos y conductas que se presentan durante el periodo de abstinencia pueden lograr, por su intensidad y su naturaleza, que el paciente deje el tratamiento y reincida dado el poder que éste ejerce sobre la persona, incluso, después de varios años de abstinencia. Por lo tanto el craving significa un problema muy difícil para las personas que presentan abuso de sustancias. De igual manera no resta de importancia clínica.

Esa necesidad tiende a la realización de la misma, que se alcanza con la consumación por medio de un acto consumatorio. “Los craving y los impulsos por el consumo tienden a ser automáticos y llegar a ser autónomos, es decir, pueden continuar incluso aunque la persona intente suprimirlos, no se suprimen con facilidad”. El craving es un deseo (o necesidad psicológica) intenso e irrefrenable que conduce al individuo a abandonar la abstinencia.

TABLA 5

Fragmentos de entrevista dirigida a personal de la institución.
<p>¿Que tipo de estrategias cognitivo – conductuales se emplean para brindar el tratamiento psicoterapéutico a personas adictas a la cocaína?</p> <p><i>R/ control y programación de actividades, técnicas de imaginación, entrenamiento en relajación detención de pensamiento, técnicas de distracción.</i></p> <p><i>R/ Detención de pensamiento, técnicas de distracción, control y programación de actividades, entrenamiento en relajación, técnicas de imaginación.</i></p> <p><i>R/ técnicas de imaginación, detención de pensamiento, entrenamiento en relajación, técnicas de distracción, control y programación de actividades</i></p>

Fuente: Elaboración propia.

3.6 BASES DE UN TRATAMIENTO EFICAZ PARA EL CONSUMO DE LA COCAÍNA.

Análisis de resultados: las tres unidades de análisis pertenecen a la categoría de análisis terapia cognitivo – conductual ya que es la base principal del tratamiento.

Interpretación: Las diferentes técnicas han demostrado ser ampliamente efectivas en el tratamiento de otras patologías específicas relacionadas con la ansiedad. Por tanto, dada la naturaleza del craving, es ampliamente factible la efectividad de estas estrategias en el manejo del mismo. Se observa también, que en muchos de los casos, dichas estrategias no están aisladas, sino que en ocasiones se complementan para ser más eficaces, por lo cual se sugiere adoptar una visión más amplia, en vez de pretender hacer uso de una sola.

TABLA 6

Fragmentos de entrevista dirigida a personal de la institución.
¿Cuales son las bases de un tratamiento eficaz para el consumo de la cocaína?
<i>R/ Terapia Cognitivo – conductual.</i>
<i>R/ Terapia Cognitivo – conductual.</i>
<i>R/ Terapia Cognitivo – conductual.</i>

Fuente: Elaboración propia.

3.7 TIPO DE PROBLEMÁTICA QUE ES MÁS COMÚN CON LOS PACIENTES ADICTOS A LA COCAÍNA.

Análisis de Resultados: Cuatro de las unidades de análisis pertenecen a la categoría de adicción a la cocaína y 2 unidades pertenecen a la categoría de tratamiento psicoterapéutico.

Interpretación: La evaluación y tratamiento de la adicción a la cocaína es una adaptación al contexto de las pautas de tratamiento comúnmente aceptadas desde la Psicología Cognitivo Conductual. Una de las características más importantes es la flexibilidad del mismo que permite una mejor adaptación a las particularidades de cada caso. En la primera sesión es imprescindible decidir si el sujeto se adapta a las características de la intervención clínica en régimen ambulatorio o interno.

TABLA 7

Fragmentos de entrevista dirigida a personal de la institución.
<p>¿Qué tipo de problemática es más común con los pacientes adictos a la cocaína?</p> <p><i>R/ No tener la suficiente capacidad de terminar el programa de rehabilitación.</i></p> <p><i>R/ Su desesperación por consumir los hace alejarse del programa de rehabilitación.</i></p> <p><i>R/ No tener suficiente convicción para el cambio e irse antes de finalizar el programa.</i></p>

Fuente: Elaboración propia.

3.8 DEPRESIÓN DURANTE EL PROCESO DE REHABILITACIÓN

Análisis de Resultados: dos de las unidades de análisis corresponden a la categoría de tratamiento psicoterapéutico, tres unidades pertenecen a la categoría de tratamiento cognitivo – conductual y tres unidades de análisis pertenecen a la categoría de adicción a la cocaína.

Interpretación: Hay que tener en cuenta que en aproximadamente un 40% adictos que dejan el consumo de cocaína aparece una depresión. Por ello es muy importante evaluar este trastorno desde los primeros momentos y controlar su evolución comenzando a tratar la depresión mediante las técnicas conductuales incluso antes de que aparezca.

Lo habitual es encontrar niveles moderados de depresión que responden bien a la intervención mediante las técnicas conductuales de incremento de actividades gratificantes e incremento del número de actividades mediante el uso

de horario semanal de actividades. Este componente del tratamiento es muy importante dado que los cocainómanos suelen llegar a un estado de apatía o aburrimiento haciéndoseles la vida monótona, siendo este estado propicio a la aparición de deseo por el consumo de la sustancia.

TABLA 8

Fragmentos de entrevista dirigida a pacientes de la institución
<p>¿Se ha sentido deprimido durante el proceso de rehabilitación?</p> <p><i>R/“Algunas veces, por pensar en problemas fuera de la institución, problemas que dejé en la calle y en mi casa”.</i></p> <p><i>R/ “Si me sentí muy deprimido en algunas ocasiones mientras duró el proceso de rehabilitación ya que no sabia que hacer cuando me sentía desesperad”.</i></p> <p><i>R/“si me sentí deprimido cuando estaba en el proceso de rehabilitación”.</i></p>

Fuente: Elaboración propia.

3.9 ACTIVIDADES QUE DESARROLLA PARA EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN.

Análisis de Resultados: cuatro de las unidades de análisis pertenecen a la categoría de tratamiento psicoterapéutico y una unidad de análisis pertenece a la categoría de terapia cognitivo – conductual.

Interpretación: Se necesita una buena estructuración del plan de tratamiento, es conveniente que las reglas del programa se presenten por escrito al principio del tratamiento. También las posibilidades de éxito del programa dependen la mayor parte de los, algunos sólo aceptan el tratamiento individual,

estructurado sólo para ellos. El terapeuta debe ser experto en el campo de las toxicomanías, y también experto en terapias individuales, familiares y grupales.

Dentro de las actividades alternativas encontramos el ejercicio físico, deporte... que facilite una nueva forma de llevar el tiempo de ocio y así estar alejado del uso de la cocaína.

TABLA 9

Fragmentos de entrevista dirigida a pacientes de la institución
<p>Tipo de actividades que desarrolla para el manejo de la depresión.</p> <p><i>R/ "Me gustaba tocar guitarra, la música me ayudaba a no estar tan triste, me gustaba realizar talleres de carpintería y estaba ocupado mientras aprendía oficios".</i></p> <p><i>R/ "Hacía ejercicios para estar ocupado y no pensar en eso, leía libros, me gustaba la lectura y también me gustaba escribir algunos pensamientos que me surgían y cartas para mi familia".</i></p> <p><i>R/ "Tengo el hábito de la lectura y eso me quitaba la depresión, también me gustaba caminar y reflexionar sobre lo he hecho a lo largo de mi vida".</i></p>

Fuente: Elaboración propia.

3.10 ANSIEDAD DURANTE EL PROCESO DE REHABILITACIÓN

Análisis de Resultados: Cinco de las unidades de se encuentran en la categoría de adicción a la cocaína ya que son síntomas que presenta el paciente luego de haber aceptado el proceso psicoterapéutico.

Interpretación: La abstinencia total de cocaína es la finalidad más importante de las primeras fases. Si no hay éxito en los intentos de reducir el consumo, cualquier contacto con la cocaína aumentará su uso. Se busca la abstinencia total. No cabe la posibilidad de hacer un uso ocasional. Por eso están bien los programas de reducción gradual (poquito a poquito).

Ampliar el marco de seguridad contra una posible recaída. Un nuevo estilo de vida sin drogas. Los adictos se oponen a esto. El motivo por el que se persigue la abstinencia total es que cualquier otra droga puede desencadenar fuertes deseos de cocaína; de hecho, la mayor parte de los adictos utilizan otras drogas (depresores, alcohol). Los dos tipos de drogas están asociados por el uso conjunto, por condicionamiento clásico, entonces, usar una sustancia puede hacer que aumenten los deseos de consumir coca. Intoxicarse con cualquier droga puede conducir al consumo de cocaína, porque estas otras drogas relajan sus actitudes (sus barreras de control), haciendo al adicto más vulnerable ante una oferta de cocaína.

TABLA 10

Fragmentos de entrevista dirigida a pacientes de la institución
<p>¿Ha presentado ansiedad durante el proceso de rehabilitación?</p> <p><i>R/ "Durante los primeros seis meses que estuve interno todas las noches soñaba que estaba consumiendo cocaína, al despertar me encontraba sudando y me temblaban las manos, tomaba agua y me dirigía a buscar a uno de los encargados de la rehabilitación para hablar con el y luego de unas dos horas ya regresaba a mi habitación".</i></p> <p><i>R/"Si en los primeros días de haber dejado el consumo de cocaína yo soñaba que consumía, me despertaba muy enojado por estar encerrado y no poder consumir".</i></p>

R/ "si eso lo sentí al trascurrir varias semanas de rehabilitación".

Fuente: Elaboración propia.

3.11 ACTIVIDADES QUE DESARROLLA PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD

Análisis de Resultados: Tres de las unidades de análisis perteneces a la categoría de tratamiento psicoterapéutico y una pertenece a la categoría de terapia cognitivo – conductual, se encuentran relacionadas para un mejor abordaje en crisis de ansiedad.

Interpretación: El control del estímulo consiste en una serie de actividades dirigidas a modificar ciertos elementos del medio ambiente de manera tal que disminuya la probabilidad de que se presente cierta situación (la relacionada con la conducta problema). Por ejemplo: una persona que consume cocaína.

TABLA 11

Fragmentos de entrevista dirigida a pacientes de la institución
<p>¿Tipo de actividades que desarrolla para el manejo de la ansiedad?</p> <p><i>R/ "Realizaba muchos deportes y trataba de estar ocupado para no pensar en el consumo de la droga".</i></p> <p><i>R/ "Me alejaba de los demás compañeros en rehabilitación porque me provocaban mal humor".</i></p> <p><i>R/"hacer ejercicios era lo que me tranquilizaba".</i></p>

Fuente: Elaboración propia.

3.12 MODIFICACIÓN DEL ESTILO DE VIDA EN EL PROCESO DE CONSUMO DE COCAÍNA

Análisis de Resultados: ocho de las unidades de análisis pertenecen a la categoría e adicción a la cocaína ya que nos muestra las repercusiones de cada uno de los pacientes con problemas en las drogas.

Interpretación: El ser humano está regido por procesos biológicos involuntarios, que pueden ser generados como respuesta al enfrentamiento a situaciones de tensión. Estos procesos pueden ser modificados por las personas ajustando pensamientos y conductas en la producción de la homeostasis o de la patología. El objetivo de la terapia cognitivo – conductual es enseñar al paciente técnicas de relajación, permitiéndole controlar conductas productoras de patología y modificando sus procesos mentales.

TABLA 12

Fragmentos de entrevista dirigida a pacientes de la institución
<p>¿Cómo se ha modificado su estilo de vida en el proceso de consumo de cocaína?</p> <p><i>R/ “Se modifíco de una forma negativa, desagradable y por escapar de la realidad por dejar los problemas fuera de mi mente por un momento, problemas familiares yo odiaba a mis padres por haberme abandonado, después deje los estudios y ya solo trabajaba para poder comprar la droga (cocaína) que consumí durante ocho años de mi vida, sufrí de muchos a causa del consumo como perdida de peso, trastornos del sueño, no sabia en que fecha, día ni hora estaba ni me interesaba, estaba en las calles sucio, no tenia ropa solo me recuerdo que en la primaria estuve creo que en el año 1995”.</i></p> <p><i>R/ “Desde los 13 años mi vida cambio porque comencé a consumir alcohol, luego</i></p>

consumí marihuana y desde los 15 años comencé a consumir cocaína, yo trabajaba de albañil y pues dejé mi trabajo porque no me alcanzaba lo que ganaba para la droga así que comencé a robar, mi vida se volvió un infierno me intente suicidar en algunas ocasiones con pastillas y alcohol”.

R/ “Experimentaba cada día más ansiedad por el consumo y mucha euforia, estar acostumbrado por 16 años al consumo por lo que cambio y fue todo muy negativo porque solo trabajaba para consumir la droga”.

Fuente: Elaboración propia.

3.13 MODIFICACIÓN DE SU ESTILO DE VIDA EN EL PROCESO DE TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN AL CONSUMO DE COCAÍNA

Análisis de Resultados: Tres de las unidades de análisis se encuentran en la categoría tratamiento psicoterapéutico y tres se encuentran en la categoría de terapia cognitivo – conductual, ambas teniendo una estrecha relación para brindar un tratamiento eficaz para la rehabilitación de personas adictas a la cocaína.

Interpretación: El consumo de drogas persiste como un problema complejo y multicausal, que afecta la salud de la población guatemalteca, especialmente la adolescente. La seriedad de las repercusiones sociales, la complejidad de su naturaleza y las limitaciones de los recursos destinados a la educación y a la salud pública, obligan a un tratamiento integral del problema, que esté basado en un diagnóstico actualizado de su evolución, como fundamento de las propuestas de intervención.

Los esfuerzos preventivos realizados por los diferentes sectores interesados en la prevención, intentan reducir el consumo de drogas entre los jóvenes, no sólo por los serios daños que causa a la salud, sino porque también se sabe que los jóvenes enfrentan un mayor riesgo de formar parte de maras, de

abandonar la escuela, de tener embarazos precoces, de tener pensamientos y llevar a cabo actos suicidas y de cometer actos delictivos en general.

TABLA 13

Fragmentos de entrevista dirigida a pacientes de la institución
<p>¿Cómo se ha modificado su estilo de vida en el proceso de tratamiento de rehabilitación al consumo de cocaína?</p> <p><i>R/ “Ya no siento ansiedad y ahora ya no pienso y no siento deseos por consumir y robar, mi vida ha cambiado completamente ahora dedico mi tiempo a leer la Biblia y trabajo en un taller y considero que eso me ha ayudado bastante, ahora estoy seguro que sin la ayuda de Dios no hubiera podido salir adelante, gracias a Desafío Juvenil por haberme tenido paciencia en los momentos difíciles”.</i></p> <p><i>R/ “Al principio no creía que me fuera a recuperar y me negaba a recibir ayuda pero al pasar el tiempo me di cuenta que si podía cambiar y mejorar”.</i></p> <p><i>R/ “si me he recuperado, y tengo una vida diferente, tengo un trabajo y considero que no le hago daño a las personas”.</i></p>

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 14

Fragmentos de testimonios dirigidos a pacientes de la institución
<p><i>“Yo aquí estuve cuatro meses, antes de venir aquí estuve haciendo cosas muy malas, cuando yo vine aquí vine decidido y convencido de que quería cambiar mi estilo de vida, a mi me cambio mi vida en cuatro meses, al cumplir los cuatro meses me sacaron de aquí, muchos han estado tres o cuatro años pero es depende del corazón y la entrega de cada uno porque aquí es muy bueno el</i></p>

programa, aquí no se trata mal a nadie, pero hay muchos que no entienden ni por las buenas ni por las malas. Estando adentro uno esta protegido pero al salir afuera cuesta encontrar trabajo, pero el Señor me ayudo porque por mis esfuerzos nunca hubiera podido. A mi este programa me ayudo bastante aunque nunca tuve un problema aquí, mi problema surgió cuando salí porque no tenia a donde ir yo busque este programa como una salida para drogadictos y si desde que vine yo venia muy dolido, muy lastimado y si desde que vine busque mas de Dios. Cuando me sacaron del programa a los cuatro meses yo me senté halla afuera a esperar estaba yo solo no tenia a donde ir, le dije al señor “yo no creo que tu hayas cambiado mi vida para volver a lo mismo” y llame a un misionero que venia ayudar y me pago un cuarto durante quince días porque yo realmente no tenia a donde ir, les puedo decir que hoy hace un año mi hermana me abrió las puertas de su casa nuevamente pero tuvo que pasar un año para que yo recobrara su confianza nuevamente, porque antes cambiaba un mes y otra vez a lo mismo. Este programa realmente para los que aprovechan la ayuda si sirve, hay muchos programas que solo explotan a la familia y se aprovechan del dolor, para los que aprovechan el programa es bueno”.

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 15

Fragmentos de testimonios dirigidos a pacientes de la institución

“Mi nombre es E., estuve aquí en desafío juvenil, estuve aquí porque me volví un adicto a la cocaína, tuve problemas muy serios, me ha costado salir y superar esto, pero con las terapias que me han estado dando aquí en desafío juvenil he tratado de no consumir y siento que me esta funcionando y perdí todo lo que tenia. Cuando comencé con este vicio llegue a robar, llegue hacer un montón de cosas malas con tal de conseguir dinero para consumir la cocaína, ya que es un vicio muy caro y yo tenia que ver que hacia para conseguir eso con mis demás amigos ahora estoy aquí como le digo, porque voy a superarlo de alguna u otra manera pues, y con la ayuda de Dios y todo eso yo voy a lograr salir adelante y si

he sentido un cambio diferente, pues siento la necesidad pero ya no como antes aquí lo ayudan a uno para prepararse mentalmente para tratar de quitarse ese vicio, y gracias a las personas que me dijeron que viniera acá porque no sabía para donde agarrar, yo me sentía tan vacío pero como le decía aquí me están ayudando muchas personas. Me arrepiento de todo lo que hice pero aquí tender que salir mas adelante ,y como les decía yo tenia un buen trabajo donde ganaba bastante y tenia un cargo muy bonito y todo mundo me respeto pero cuando comencé a conocer todo eso, eh ya no ahorraaba y todo me lo gastaba en drogas, y mi familia empezó a desconfiar de mi mis amigos me dejaron de hablar porque los que eran mis amigos nunca me apoyaron, nunca me echaron la mano y todo mundo me dio la espalda y de todo eso me arrepiento, pero todo eso ya esta en el pasado, todo gracias a las terapias que estuve recibiendo aquí se los agradezco mucho por todo esto y estas terapias si funcionan y voy a tratar de ayudar a las personas que están así porque ya tienen un ejemplo de lo que es y una mano que uno les puede dar para ayudarlos gracias. “

Fuente: Elaboración propia.

4. Significados de cada categoría

Esto quiere decir el análisis del significado de cada una de las categorías para las personas sujetas a la investigación.

4.1 Adición a la Cocaína

Para la mayoría de los pacientes el consumo de cocaína fue una forma de escapar de todo tipo de problemáticas familiares, económicas, emocionales, etc., que se presentaron a lo largo del consumo de la droga, los cuales llegaron a afectar su vida de forma negativa.

Desde el punto de vista de la esfera familiar los pacientes comentan que perdieron todo tipo de comunicación con su familia ya que perdieron la confianza

en ellos, lo cual en estos momentos es muy importante para los pacientes poder tener el apoyo de sus familiares.

Esfera social consideran que no tienen amigos fuera del centro de rehabilitación porque perciben el rechazo de la sociedad al verlos con tatuajes, su vestimenta sencilla y su aspecto dañino el cual provoca miedo ante la demás población.

Esfera emocional consideran que perdieron todo tipo de emociones positivas, la mayoría de pacientes expreso sentir enojo, ira, rencor hacia las demás personas.

Esfera laboral comentaron haber perdido empleos, trabajar solo para poder comprar cocaína, robos en los empleos, actualmente esto repercute en la búsqueda de nuevas oportunidades debido a que en sus antecedentes penales se hace constar que la persona ha sido procesada por la comisión de un hecho delictivo.

Esfera física comentan que han presentado diferente síntomas tales como sudoración de manos, alteración del sistema nervioso, taquicardias, tics nerviosos en el área nasal como si estuvieran inhalando cocaína, delirios, trastornos del sueño, trastornos de personalidad, lo cual les ocasiono muchas repercusiones en su actual calidad de vida.

Los pacientes consideran que parte de las repercusiones de la adicción a la cocaína es que en el proceso de rehabilitación se experimentan procesos de recaída que impiden la culminación del proceso de recuperación.

4.2 Tratamiento Psicoterapéutico

Al iniciar el tratamiento psicoterapéutico brindado en la Institución Desafío Juvenil, algunos pacientes comentaron que fue muy difícil el poder controlar el proceso de abstinencia durante el proceso de rehabilitación, algunos presentaron

actitudes negativas y con rechazo hacia el apoyo que se estaba brindando, en el transcurso del proceso estas actitudes se fueron modificando.

Conforme fueron recibiendo la psicoterapia se pudieron dar cuenta sobre la importancia que tiene la rehabilitación y como esta puede mejorar su calidad de vida y permitirles una reinserción social favorable.

El tratamiento psicoterapéutico les ayudo a evaluar su vida y analizar como esta se estaba desarrollando, permitiendo así establecer parámetros sobre las consecuencias durante el consumo de la cocaína y beneficios que han recibido en el transcurso de su rehabilitación.

4.3 Terapia Cognitivo – Conductual

A través de las diferentes estrategias cognitivo – conductuales y abordaje de recaídas que se brindaron durante el proceso de rehabilitación permitió el manejo adecuado de las distintas problemáticas que se presentaron durante el proceso de rehabilitación en las personas adictas a la cocaína.

Dentro de las problemáticas se pueden mencionar el control y manejo de la abstinencia, depresión, ansiedad y desesperación por consumir la droga y no estar interno en el centro de rehabilitación.

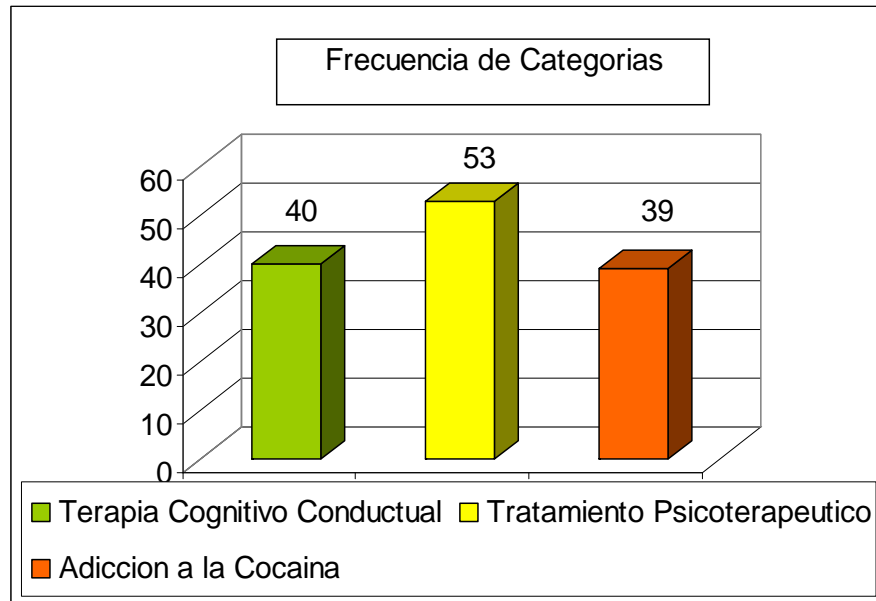
El objetivo principal es la modificación tanto de conductas como de procesos de pensamiento que permitieron un cambio general y completo en la vida de cada uno de los pacientes.

5. Presencia de Cada Categoría

5.1 Frecuencia con la que aparece en los materiales analizados cada categoría

La frecuencia con la cual aparece en los materiales analizados, se toma en cuenta que tanto es mencionada cada categoría por los sujetos.

GRÁFICA 1



Descripción: Se presentan los resultados en relación a la recolección de datos de las entrevistas cualitativas realizadas en el centro de rehabilitación desafío juvenil.

Según la frecuencia de categorías de las cuales partió el análisis de las entrevistas cualitativas podemos observar que porcentaje mayor se encuentra relacionado con el tratamiento psicoterapéutico aunque terapia cognitivo – conductual este un poco bajo debemos tener en cuenta que es el enfoque del cual parten para brindar el tratamiento psicoterapéutico de la persona adicta a la cocaína.

Dicha intervención psicológica permite un mejor abordaje tanto en su modificación de conductas como de procesos cognitivos los cuales ayudan a que la persona en recuperación no presente actitudes de desesperación, mal humor y actitudes negativas.

6. Relaciones entre categorías

Se encontraron vinculaciones, nexos y asociaciones entre categorías. Se tomaron en cuenta las categorías causales y categorías de conjunto – subconjunto.

6.1 Categorías Causales

El tratamiento psicoterapéutico se brinda a causa de la adicción a la cocaína cuando el paciente considera “que ha tocado fondo” y es necesaria una ayuda profesional.

Es por ello que estas dos categorías las consideramos causales porque una es causa de la otra y esto las define en este rango de categorías.

6.2 Categorías de Conjunto – Subconjunto

La categoría tratamiento psicoterapéutico se encuentra contenido en la categoría terapia cognitivo – conductual ya que el tratamiento psicoterapéutico tiene su enfoque en el modelo cognitivo – conductual el cual presenta diversidad de estrategias para brindar un abordaje eficaz y eficiente.

Las contribuciones desde el ámbito de la psicología al estudio, comprensión y tratamiento de las conductas adictivas han sido numerosas e influyentes en sus proposiciones, siendo los modelos teóricos más destacados en las teorías cognitivas, teorías conductuales, transteóricas y del aprendizaje.

La perspectiva bio-psico-social de las adicciones ha ayudado a integrar la comprensión del fenómeno y ha derivado en una visión holística respecto a las intervenciones terapéuticas, donde los tratamientos psicoterapéuticos suponen un recurso necesario si se pretende obtener resultados eficaces.

7. Comprobación de la hipótesis

La Hipótesis de trabajo u operacional La Terapia Cognitivo - Conductual mejora el tratamiento Psicoterapéutico de la Persona Adicta a la Cocaína.

La hipótesis es aceptada fundamentándonos en la recopilación de datos obtenidos a través de nuestro trabajo de campo y en las teorías anteriormente

expuestas, ya que estas nos fueron de referencia para comprobar si en realidad la terapia cognitivo – conductual mejora el tratamiento psicoterapéutico de la persona adicta a la cocaína.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

Existen sólidas bases empíricas que demuestran la eficacia y la eficiencia de la terapia cognitivo – conductual en el tratamiento psicoterapéutico de rehabilitación de la persona adicta a la cocaína.

Esta experiencia muestra que, aunque la situación del consumo de cocaína es inquietante, en la calle, en la comunidad y en la sociedad, no estamos desprovistos de alternativas terapéuticas.

Los enfoques cognitivo - conductuales resultaron ser eficaces y eficientes en el centro de rehabilitación Desafío Juvenil. Estos permiten dar una respuesta adaptada a cada perfil de consumidor, requiriendo un acceso diferenciado en función del diagnóstico y la motivación al cambio en el marco de un enfoque diversificado, integrado e individualizado.

El estilo integral que les es inherente favorece la creación y el mantenimiento de una alianza terapéutica de calidad; permiten la toma de conciencia sobre los pensamientos y emociones que mantienen el consumo y los comportamientos disfuncionales; aportan a los pacientes competencias sociales que les permiten hacer frente a las situaciones complejas con las que se enfrentan cotidianamente; y ofrecen una armadura de estrategias para evitar la recaída o para minimizar los efectos si esta tiene lugar.

RECOMENDACIONES

El Centro de rehabilitación Desafío Juvenil es una institución donde brindan un tratamiento efectivo y ayudan a las personas a poder integrarse de nuevo a la sociedad por lo que recomendamos que se realice una promoción para el centro y puedan llevar a conocidos que estén pasando por problemas adictivos.

A los estudiantes de las distintas facultades de Universidad de San Carlos de Guatemala se les insta para que desde su diferente perspectiva brinden su apoyo a este tipo de institución, ya que se cuenta con poco voluntariado hacia este tipo de problemática.

Dar seguimiento al nuevo proceso de cambio del programa de rehabilitación cognitivo - conductual que se brinda en el Centro Desafío Juvenil y de esta manera verificar si las nuevas estrategias implementadas son eficaces y eficientes en el tratamiento psicoterapéutico de la persona adicta a la cocaína.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anderson JR. **“Aprendizaje y memoria: Un enfoque integral.”** México: McGraw-Hill; 2001.
2. Beck A., Wright F., Newman C. y Liese B. (1999). **“Terapia Cognitiva de las Drogodependencias”**. Piados. Barcelona, España.
3. Beck J. **“Terapia Cognitiva: basics and beyond.”** New York, NY: Guilford Press; 1995.
4. Berjano, E y Musitu, G. (1987). **“Las drogas: Análisis Teórico y métodos de intervención”**. NAU Llibres. Valencia.
5. Bobes J. y cols. **“Epidemiología del uso/abuso de cocaína”**. Monografía cocaína. Adicciones. Vol 13, suplemento 2. 2.01. (pág. 23 -38).
6. Bolivar, Delva, Jorge, Anthony James, **“Encuesta nacional DUSI en población adolescente del nivel básico y diversificado de educación, sector publico”**. SECCATID, Johns Hopkins University. 1998
7. Bosch-Capblanch X, Abba K, Pictor M, Garner P. **“Contratos entre pacientes y profesionales de la salud para mejorar la adherencia al tratamiento y a las actividades de prevención y promoción de la salud por parte de los pacientes”** 8 de febrero de 2007.
8. Casas, M. (1995): **“Avances en drogodependencias”**. Barcelona: Neurociencias.

9. Casas, M. y Gossop, M. (1993). **“Recaída y prevención de recaída. Tratamientos Psicológicos en drogodependencias”**. De. Neurociencias. Barcelona.
10. Calafat A. y cols. **“Vida social de la cocaína”**. Monografía cocaína. Adicciones. Vol 13, suplemento 2. 2001 (pág. 61 – 103).
11. Cañuelo Higuera, Bartolomé **“Perfil de los usuarios de cocaína”** Servicio de Drogodependencias de Cruz Roja Española de Córdoba salud y drogas •Vol. 2 • Nº 2 • 2002
12. Cautela JR, Rosentiel AK. **“Empleo del condicionamiento encubierto en el tratamiento de la drogadicción.”** En: Uper J, Cautela JR, editores. Condicionamiento encubierto. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1979.
13. Comisión contra las adicciones y tráfico ilícito de drogas. **“Plan Nacional antidrogas”** Guatemala 1999 – 2003
14. Chance P. **“Aprendizaje y conducta.”** México: Manual Moderno; 2001.
15. D.S.M - IV - R. (1995) **“Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales”**. Versión española de Valdes, M. y col. Masson. Barna.
16. Díaz, Jorge Bolívar **“Situación del abuso de drogas en Guatemala”**. SECCATID, 1998.
17. Díaz, Jorge Bolívar, **“Evaluación del impacto institucional que el consumo de drogas representa en departamentos del país un estudio-control en 1996”**. SECCATID/SECIS 1996.

18. Ellis A., Dryden W. (1987). **“Práctica de la Terapia Racional Emotiva”**. Bilbao: Descleé de Brower.
19. García, a.; Graña, j.l. (1987): **"Prevención de recaídas: una perspectiva comunitaria"** en P.F. Ramos, A. García, J.L. Graña et al. (compiladores), Barcelona: Asociación para el estudio y promoción del Bienestar Social.
20. Gálvez C, Guerrero M. **“Intervención psicológica.”**En: Tirado P, coordinador. Guía clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias estimulantes. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía; 2008.
21. Kazdin A. (1996). **“Modificación de la Conducta y sus Aplicaciones Prácticas”**. 2ed. Manual Moderno. México, Distrito Federal.
22. Klein SB. **“Aprendizaje principios y aplicaciones.”** Madrid: McGraw-Hill; 1994.
23. Larger Brancolini F. Y cols. **“Manual de drogodependencias para profesionales de la salud”**. Ediciones LU. Barcelona 2002 (pág. 113 – 134).
24. Lledó, M.M. (1999): **“Manual de prevención de recaídas en el tratamiento de toxicómanos”**. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
25. Llorente JM. **“Adicción a la heroína”** En: Vallejo MA, Fernández Abascal E, Labrador F, editores. Modificación de conducta - análisis de casos. Madrid: TEA Ediciones; 1990. p. 352-75.

26. Meana, J.J. y Barturen, F. **“Psicoestimulantes: cocaína, antefaminas y xantinas”**. Bilbao: Universidad de Deusto. 1993.
27. Ministerio de Salud Pública **“Normas mínimas de atención”** Guatemala 2006.
28. Ministerio de salud pública **“Evaluación de necesidades para un programa contra el uso de drogas en Guatemala”**. 1990
29. Oropeza R. **“Desarrollo, aplicación y evaluación de un programa de tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína.”** [Tesis de doctorado]. México: Facultad de Psicología, UNAM; 2003.
30. Oropeza R, Loyola P, Vázquez F. **“Tratamiento breve para usuarios de cocaína: un modelo cognitivo conductual, principios de aplicación”**. Universidad Nacional Autónoma de México. Proyecto CONACYT G36266-H y CONADIC; 2007.
31. Pear J. **“Técnicas basadas principalmente en el condicionamiento operante.”** En: Caballo V, editor. Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid: Siglo XXI; 1995. p. 299-400.
32. Prochaska, Prochaska, **“Modelo transteórico del cambio de conductas adictivas”**, en M. Casas y M. Gossop (editores), Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias, Barcelona: Ediciones en Neurociencias, Citrán, FISP, pp. 85-136.
33. Sánchez E. (2002a). **“Estrategias para el manejo del craving (a drogas)”**. Anales de Psiquiatría. Vol. 18 No 1. pp27-34.

34. Sánchez E., Tomás V., Molina N., Del Olmo R. Y Morales E. **“Efectividad clínica de un tratamiento psicológico para la dependencia a la cocaína Anales de Psiquiatría”**. 2002 Vol. 18 No 7.pp. 307-311.
35. Secades-Villa R, Fernández-Hermida JR. **“Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína”**. En: PérezÁlvarez M, Fernández-Hermida JR, Fernández-Rodríguez C, Amigo I, editores. Madrid: Pirámide; 2003. p. 105-39.
36. Secades-Villa R, Fernández-Hermida JR. **“Guía de tratamientos psicológicos eficaces I – Adultos.”** Madrid: Pirámide; 2003. p. 105-39. piramide; 2003. p. 105-39.
37. Secretaría General de Planificación. **“Programa de Gobierno”** Guatemala, 1996.
38. Tapia R. (2001). **“Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas”**. Manual Moderno. México, Distrito Federal.
39. Tejero A, Trujols J. **“Instrumentos clínicos para la evaluación de la dependencia de cocaína”**. Barcelona: Ars Médica; 2003.
40. Tejero, A y Trujols, J. (1994): **“El modelo transteorético de Prochaska y Diclemente: un modelo dinámico de cambio en el ámbito de las conductas adictivas”**. En: Conductas Adictivas, J.L. Graña (ed). Ed. Debate. Madrid.
41. Washton, A.M. (1995). **“La adicción a la cocaína: tratamiento, recuperación y prevención”**. Barcelona: Paidós.
42. West R. **“Teoría de las adicciones”**. Oxford: Blackwell Publishing; 2006

- 43.** Wolpe J. (1993). **“Práctica de la Terapia de la Conducta”**. 3ed. Trillas.
México, Distrito Federal.

AneXOS

ANEXOS

PROPUESTA PARA MEJORAR EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN BRINDADO EN LA INSTITUCION DESAFIO JUVENIL

Fase I: Evaluación

- Análisis funcional de la conducta problema.
- Evaluación de actitudes hacia el consumo de sustancias.
- Valoración a la motivación del tratamiento.
- Evaluación psicopatológica.
- Psicoeducación sobre fases tratamiento y mecanismo de desintoxicación.

Fase II: Desintoxicación

- Información sobre la desintoxicación: Previsión proceso farmacológico.
- Valoración de síntomas de intoxicación y/o abstinencia.
- Motivación y expectativas sobre el proceso.
- Intervención de crisis durante la desintoxicación.
- Valoración de psicopatológicas asociadas.

Fase III: Concientización y análisis del problema –adicción Psicoeducación²⁵

- *Aspectos Cognitivos – Conductuales.*
- *Profundización y Mantenimiento de Pensamientos y Conductas Compulsivas.*
- *Confrontar Trastornos y Conductas Antisociales derivados al consumo de sustancias.*

²⁵ Banco de datos del Centro de Rehabilitación Desafío Juvenil.

Fase IV: Reconstrucción de vínculos²⁶

- *Reconstrucción de vínculos familiares.*
- *Reestructuración Cognitiva.*
- *Reestructuración Cognitiva.*

Fase V: Habilidades Sociales²⁷

- *Resolución de problemas primera parte.*
- *Resolución de problemas segunda parte.*
- *Trabajar Autoestima.*
- *Trabajar Autocontrol.*

Fase VI: Deshabitación:

- *Evaluación psicopatología tras la desintoxicación.*
- *Prevención de recaídas.*
- *Programas específicos: depresión, ansiedad, etc.*
- *Brindar apoyo a las familias.*
- *Preparación para la reinserción social.*

²⁶ Idem

²⁷ Idem

DESCRIPCION DEL PROCESO DE REHABILITACION

Fase I: Evaluación

Primera Sesión: Análisis funcional de la conducta problema

Duración: 45 minutos

Se realiza en primer lugar el análisis funcional del comportamiento del consumo de drogas, estableciendo las relaciones funcionales de cada uno de los elementos, haciéndole entender al sujeto la naturaleza de tales relaciones así como las consecuencias que para su vida tiene el consumo de sustancias.

Segunda Sesión: Evaluación de actitudes hacia el consumo de sustancias

Duración: 45 minutos

Se evalúan las actitudes hacia el consumo y hacia la abstinencia con el objetivo de poder planificar de forma mas adecuada las estrategias de intervención posteriores.

Tercera Sesión: Valoración a la motivación del tratamiento

Duración: 45 minutos

Se valora la motivación al tratamiento, ya que esta le brindara al paciente nuevas expectativas de vida y es por ello que es necesario énfasis en lo importante y benéfico que será para él este tipo de tratamiento.

Cuarta Sesión: Evaluación psicopatológica

Duración: 45 minutos

Se evalúa la presencia de psicopatológicas a través de la entrevista clínica y cuestionarios ya que esta ayudara a poder verificar rasgos de personalidad, trastornos psicopatológicos, estado de abstinencia y deterioro crónico o residual.

Quinta Sesión: Psicoeducación sobre fases tratamiento y mecanismo de desintoxicación

Duración: 45 minutos

Dar información sobre la experiencia de desintoxicación y de lo que puede ocurrir durante la misma, tiene el efecto de reducir la intensidad del distress durante la misma, así como en el periodo inmediatamente posterior a la misma.

Fase II: Desintoxicación

Primera Sesión: Información sobre la desintoxicación: Previsión proceso farmacológico

Duración 45 minutos

Se inicia con una continuación del último paso de la fase anterior, ofreciendo información y estableciendo una prevención sobre el proceso farmacológico que va a realizarse.

Segunda Sesión: Valoración de síntomas de intoxicación y/o abstinencia

Duración: 45 minutos

Valoración de síntomas de desintoxicación y/o abstinencia que presenta el paciente, como ansiedad y depresión.

Tercera Sesión: Motivación y expectativas sobre el proceso

Duración: 45 minutos

Se valora la motivación y las expectativas del paciente y se realizan intervenciones motivadoras.

Cuarta Sesión: Intervención de crisis durante la desintoxicación

Duración: 45 minutos

Algunos pacientes presentan dificultad en esta fase por lo que sería conveniente brindarle terapia de apoyo.

Quinta Sesión: Valoración de psicopatológicas asociadas

Duración: 45 minutos

Se vuelva a valorar la presencia de síntomas psicopatológicos asociados.

Fase III: Concientización y análisis del problema –adicción Psicoeducación

Primera Sesión: Aspectos Cognitivos – Conductuales

Duración: 45 minutos

Se trabaja sobre los aspectos cognitivos - conductuales, sobre las consecuencias que se derivan a mediano y largo plazo del consumo de cocaína. Se va confrontando al paciente con sus experiencias en forma gradual, teniendo en cuenta, que en esta primera instancia la persona no tiene conciencia de la dimensión del problema de su adicción y su repercusión a nivel bio-psico-socio-cultural.

Segunda Sesión: Profundización y Mantenimiento de Pensamientos y Conductas Compulsivas

Duración: 45 minutos

Profundización en la génesis y mantenimiento de sus pensamientos y conductas compulsivas que los lleva a consumir, en que situaciones sienten más el deseo (flash) dentro de los disparadores del impulso a consumir como por ejemplo: pensar en boliches, salidas grupales con amistades que consumen, encontrarse con ellos, tener dinero, recuerdos de hechos conflictivos que los llevó a consumir, entre otros.

Tercera Sesión: Confrontar Trastornos y Conductas Antisociales derivados al consumo de sustancias

Duración: 45 minutos

Conocer los trastornos del humor, de conductas antisocial antes o derivados del consumo de clorhidrato de cocaína como: mentiras, conflictos con la ley, manipulación, entre otras. Se brinda información sobre los síntomas de abstinencia como ansiedad, angustia, impulsividad, irritabilidad, agresividad, ideas persecutorias con el objetivo de sensibilizar al paciente para que pueda reconocer sus propios síntomas con la finalidad de profundizar en la toma de conciencia sobre su adicción y sus consecuencias como prevención a las posibles recaídas en el futuro.

Fase IV: Reconstrucción de vínculos

Primera Sesión: Reconstrucción de vínculos familiares

Duración: 45 minutos

Reconstrucción de sus vínculos familiares, crear nuevos ámbitos sociales que no estén relacionados con el consumo. Trabajan con reestructuración

cognitiva para rescatar los afectos de sus figuras parentales, así como vínculos afectivos –amorosos irlos integrando, reconstruyendo ya que suelen estar muy afectados y deteriorados. Con la familia o referentes adultos se trabaja el señalar, reconocer y reforzar los logros que el paciente ha ido logrando en el proceso terapéutico.

Así como el modificar sus reacciones de irritabilidad, sobreprotección, los desencuentros, reforzar los cambios y ayudar a sostener el mismo.

Segunda Sesión: Reestructuración Cognitiva

Duración: 45 minutos

Gradualmente ir trabajando el conocimiento y como ir controlando sus estados de ansiedad, sus estados depresivos, el manejo de la agresividad y heteroagresividad usando la técnica de la relajación. Se analiza y refuerza el aprendizaje de su conducta relacionada con la dependencia física y psíquica,

El reforzamiento constante del sostén de mantener el cambio a través de conductas de alternativa frente a la compulsión de consumir, de abandonar el tratamiento, el paciente comienza a vivenciar sentimientos de miedo a la pérdida de las cosas que ha ido consiguiendo en el transcurso del tratamiento, comienza a querer y tener sueños de consumo, sentimientos de fracaso, de que no va a poder.

Tercera Sesión: Reestructuración Cognitiva

Duración: 45 minutos

Aquí se trabaja con reestructuración cognitiva y relajación para disminuir la ansiedad, la angustia, se trabaja las fortalezas adquiridas, las vulnerabilidades y la aceptación de la posibilidad de recaer.

Fase V: Habilidades Sociales

Primera Sesión: Resolución de problemas primera parte

Duración: 45 minutos

Es importante en el proceso terapéutico el trabajar la Resolución de Problemas, están acostumbrados a escapar de los mismos a través del consumo de cocaína a través de una sustancia mágica que les permite evadirse de la realidad. Expresión de sentimientos, la mayoría tienen problemas de expresar afecto verbal y físico. Dificultad para cuidar al otro, para valorar al otro y así mismo.

Segunda Sesión: Resolución de problemas segunda parte

Duración: 45 minutos

Afrontamiento de situaciones conflictivas, Resistir la Presión de grupo o de una persona amiga que sigue en el consumo. Reconstrucción de los vínculos familiares, se trabaja fuertemente en la construcción de vínculos sociales y laborales con el objetivo de prevenir futuras recaídas, previniendo los sentimientos de soledad que los lleva a buscar a sus amistades de consumo. Resolución frente a situaciones y pensamientos de consumo el ir construyendo con el paciente conductas alternativas por ej: llamar un amigo, quedarse en su casa haciendo una actividad recreativa, concurrir a los grupos de autoayuda como los de narcóticos anónimos.

Tercera Sesión: Trabajar Autoestima

Duración: 45 minutos

Trabajar la Autoestima es fundamental como reforzar la confianza en si mismo, el sentimiento de autocontrol y el sentimiento de esforzarse por conseguir sus metas. En la mayoría de los casos tienen baja autoestima, rechazan el mirarse

al espejo porque se ven feos, se sienten que no son personas valiosas capaces de ser queridas, que no van a ser capaces de controlar su impulso de querer consumir.

Cuarta Sesión: Trabajar Autocontrol

Duración: 45 minutos

Se trabaja con el paciente el Autocontrol que va a permitir el mantenimiento de la abstinencia, el poder predecir las consecuencias negativas del comportamiento de consumo y tomar la decisión de sostener, continuar con el tratamiento reforzando el aprendizaje del autocontrol.

Con la terapia cognitivo-conductual se busca dotar al paciente de herramientas que le permitan afrontar situaciones vivenciales conflictivas en forma adecuada generando un cambio en su repertorio cognitivo-conductual y tener la capacidad de reconocer las recaídas conductuales previas a las recaídas de consumo.

Fase VI: Deshabitación:

Primera Sesión: Evaluación psicopatología tras la desintoxicación

Duración: 45 minutos

Se comienza con la valoración de la evaluación y desintoxicación y la evaluación psicopatológica tras el proceso farmacológico realizado.

Segunda Sesión: Prevención de recaídas

Duración: 45 minutos

Aprendizaje y reforzamiento de habilidades necesarias para lograr y mantener la abstinencia, pueden existir fracasos al reconocer las situaciones de

riesgo, las recaídas se pueden analizar tanto desde la perspectiva de prevención como de abordaje clínico.

Dentro de los factores que serian necesario trabajar es el retorno al comportamiento adictivo o al estilo de vida anterior después de un periodo inicial de abstinencia y de cambio de estilo de vida.

Tercera Sesión: Programas específicos: depresión, ansiedad, etc.

Duración: 45 minutos

Finalmente se ponen en marcha los distintos programas específicos de intervención que requiera el paciente (ansiedad, depresión, habilidades sociales y cambio de conducta).

Cuarta Sesión: Brindar apoyo a las familias

Duración: 45 minutos

El propósito principal es brindar apoyo e información que les ayude a poder comprender y apoyar de una forma positiva a la persona adicta y de esta forma evitar el mal abordaje hacia los pacientes para que no repercuta estas actividades en el proceso de rehabilitación y así el paciente podrá llevar a cabo de una forma tranquila, positiva y con el apoyo de sus seres querido lo cual es mucho beneficio para ellos.

Dicho apoyo se realizara por medio de talleres educativos donde cada miembro de la familia conozca detalladamente el como tratar a una persona adicta y como deben de ayudarles.

Quinta Sesión: Preparación para la reinserción social

Duración: 45 minutos

El objetivo principal de esto es que la persona rehabilitada al salir de la institución se pueda valer por si misma, ya que en dicha institución les enseñan diferentes oficios los cuales podrían llegar a poner en practica al salir, ya que la mayoría de personas salen sin un trabajo.

Se recomienda que la institución le pueda brindar una carta de referencia la cual haga constar que la persona recuperada, durante el tiempo que estuvo interna aprendió algún oficio, esto ayudaría grandemente a que el paciente al terminar su proceso de rehabilitación no quedara nuevamente sin un camino o una manera de poder salir adelante por si mismo.

GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DIRIGIDA A PERSONAL QUE LABORA EN LA INSTITUCIÓN.

- a) Indicar el objetivo de tratamiento dirigido a personas adictas a la cocaína.
- b) Duración aproximada de proceso de rehabilitación cognitivo – conductual para personas adictas a la cocaína.
- c) Rango de edad en el que se encuentra la mayoría de pacientes adictos a la cocaína.
- d) ¿Cuál es el perfil de los consumidores de cocaína?
- e) Problemas psicológicos asociados al consumo de cocaína.
- f) ¿Que tipo de sintomatología presenta el paciente adicto a la cocaína?
- g) ¿Que tipo de estrategias cognitivo – conductuales se emplean para brindar el tratamiento psicoterapéutico a personas adictas a la cocaína?
- h) ¿Cuáles son los pasos del proceso de rehabilitación que utilizan en dicho centro?
- i) Descripción de cada uno de los pasos en el proceso de rehabilitación que se utilizan en la institución.
- j) ¿Describir cada una de las técnicas cognitivas – conductuales que se emplean?
- k) ¿Cuales son las bases de un tratamiento eficaz para el consumo de la cocaína?

- l) ¿Cuales son las bases teóricas que sustentan el tratamiento cognitivo conductual que brindan en la institución?

- m) ¿Qué tipo de problemática es más común con los pacientes adictos a la cocaína?

- n) Actividades realizadas para el manejo del control de impulsos de la abstinencia.

GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DIRIGIDA A PACIENTES DE LA INSTITUCIÓN.

- a) ¿Se ha sentido deprimido durante el proceso de rehabilitación?
- b) ¿Qué síntomas ha presentado mientras está deprimido?
- c) Tipo de actividades que desarrolla para el manejo de la depresión.
- d) ¿Ha presentado ansiedad durante el proceso de rehabilitación?
- e) ¿Qué síntomas ha presentado mientras está ansioso?
- f) ¿Tipo de actividades que desarrolla para el manejo de la ansiedad?
- g) ¿Cómo se ha modificado su estilo de vida en el proceso de consumo de cocaína?
- h) ¿Cómo se ha modificado su estilo de vida en el proceso de tratamiento de rehabilitación al consumió de cocaína?
- i) ¿Problemas actuales que dificultan la reinserción social?
- j) ¿Detenciones que ha tenido a lo largo de su vida debido a al consumo de drogas?
- k) ¿Procesos judiciales que ha tenido o tiene pendientes en la actualidad o estancias en prisión?
- l) ¿Aficiones o intereses que tiene de tipo cultural, social deportivo etc.?

GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DIRIGIDA A PACIENTES DE LA INSTITUCIÓN.

FECHA: _____.

1. DATOS GENERALES:

- Nombre: _____.
- Dirección:
_____.
- Números de Teléfono: _____.
- Edad: _____. Ocupación: _____.
- ¿Quién lo refirió?: _____.
- ¿Con quien vive en este momento?: (enumere las personas) 3 personas:
_____.
- ¿Vive en una casa, hotel, habitación, apartamento, etc.?: casa.
_____.
- Estado Civil: _____.

2. DATOS CLÍNICOS:

- a. Exprese con sus propias palabras la naturaleza y la duración de sus problemas principales:
- b. Haga una breve reseña sobre la historia y el desarrollo de sus problemas (desde su origen hasta el presente)
- c. En la siguiente escala evalúe la gravedad de sus problemas:

Levemente	Moderadamente	Muy	Sumamente	Totalmente
Perturbado	Grave	Grave	Grave	Incapacitante

d. ¿A quien consultó previamente acerca de sus problemas actuales?:

3. DATOS PERSONALES:

a. Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento:
_____.

b. Condición de la madre durante el embarazo (En la medida de lo que sepa):

c. **Subraye** cualquiera de las siguientes situaciones que haya tenido lugar durante su infancia:

Terror nocturno	enuresis	sonambulismo
Chuparse el dedo	comerse las uñas	tartamudeo
Temores	infancia feliz	infancia desdichada
otros		

d. Estado de salud durante su infancia. Enumere las enfermedades:

e. Estado de salud durante su adolescencia. Enumere las enfermedades:

f. Estatura: _____ Peso:
_____.

g. ¿Ha sufrido intervenciones quirúrgicas? (enumere y especifique a que edad):

h. ¿Cuándo se sometió por primera vez a un examen médico?

i. ¿Ha tenido accidentes?:

j. Enumere sus cinco temores principales:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

k. **Subraye** cualquiera de los ítems que sean aplicables a su caso:

Dolores de cabeza	mareos	desmayos
palpitaciones	problemas estomacales	falta de apetito
Problemas digestivos	fatiga	insomnio
Pesadillas	tomo sedantes	alcoholismo
Tensión	pánico	conmociones
depresión	ideas de suicidio	drogas
incapacidad para relajarme	problemas sexuales	timidez
No me gustan los fines de Semana ni las vacaciones	Incapacidad	tomar decisiones
No puedo entablar amistades	excesiva ambición	
Malas condiciones en el hogar	Sentimiento de inferioridad	
Otros:	No puedo conservar ningún trabajo	

l. **Subraye** cualquiera de las siguientes palabras que sean aplicables en su caso:

Inservible, inútil, un “don nadie”, “la vida no vale nada”

Inadecuado, incompetente, ingenuo, “no hago nada bien”

Culpable, malvado, moralmente incorrecto, pensamientos horribles, hostil, lleno de odio.

Ansioso, agitado, cobarde, no asertivo, con tendencia al pánico, agresivo.

Feo deforme, poco atractivo, repulsivo.

Deprimido, solo, no querido, incomprendido, aburrido, desahogado.

Confundido, inseguro, conflictuado, arrepentido.

Valioso, comprensivo, inteligente, atractivo, seguro, considerado.

Otros:

m. Intereses, hobbies y actividades actuales:

n. ¿En que ocupa su tiempo libre?:

o. ¿Cuál es el último año escolar que completó?:

p. Aptitudes; puntos fuertes y débiles:

q. ¿Alguna vez se burlaron de usted? explique

r. ¿Le resulta fácil establecer amistades? ¿las conserva?:

4. DATOS LABORALES:

a. ¿Qué tipo de trabajo desempeña ahora?: _____.

b. ¿Qué tipo de trabajo desempeño en el pasado?: _____.

c. ¿Está satisfecho con su trabajo actual? (En caso negativo, exprese los motivos):

_____.

d. ¿Cuánto gana?:_____ ¿Cuánto gasta para vivir?_____.

e. Ambiciones:

Pasadas:

Presentes:

5. MATRIMONIO:

¿Cuánto tiempo hace que está casado?_____.

Durante cuanto tiempo conoció a su actual cónyuge antes de comprometerse: ____.

Edad de su esposa:_____.

Ocupación de su esposa:_____.

Describa tres cualidades y tres defectos de su esposa (en sus propias palabras)

¿En que áreas hay compatibilidad? (**Subraye** las palabras que sean aplicables en su caso)

Edad	religión	nivel educativo	aspiraciones
Económica	clase social	hobbies	raza
Recreación	autonomía	competencia laboral	iniciativa
Horas libres	intelectual	valor personal	emocional

Otros: _____.

¿En que áreas hay incompatibilidad? (**Subraye** las palabras que sean aplicables en su caso)

Edad	religión	nivel educativo	aspiraciones
Económica	clase social	hobbies	raza
Recreación	autonomía	competencia laboral	iniciativa
Horas libres	intelectual	valor personal	emocional

Otros: _____.

¿Cómo se lleva con su familia política? (incluyendo cuñadas y cuñados) explique:

¿Cuántos hijos tiene? Por favor enumere sexo y edad de sus hijos.

¿Alguno de sus hijos presenta problemas especiales? Explique:

¿Hay algún hecho importante que deba informar en relación con abortos espontáneos o provocados?

Suministre datos detallados sobre cualquier matrimonio anterior:

6. DATOS FAMILIARES:

a. Padre:

- ¿Vive?: _____.
- En caso negativo, ¿Qué edad tenía cuando murió? _____.
- Causa de la muerte: _____.
- Si vive ¿Qué edad tiene su padre ahora?: _____.
- Ocupación: _____.
- Estado de Salud: _____.

b. Madre:

- ¿Vive?: _____.
- En caso negativo, ¿Qué edad tenía cuando murió? _____.
- Causa de la muerte: _____.
- Si vive ¿Qué edad tiene su madre ahora?: _____.
- Ocupación: _____.
- Estado de Salud: _____.

c. Hermanos:

- Cantidad de hermanos: _____ Edades: _____
 - Cantidad de hermanas: _____ Edades: _____
 - Relación con sus hermanos:
-
- Describa cualidades y tres defectos de su padre y su actitud con respecto a usted (pasada y presente):

 - Describa cualidades y tres defectos de su madre y su actitud con respecto a usted (pasada y presente):

7. OTROS DATOS:

- ¿Alguien (parientes, padres, amistades) interfirió alguna vez en su matrimonio, ocupación etc)?:

- ¿Quiénes son las personas más importantes en su vida?:

- ¿Algún miembro de su familia sufre de alcoholismo, epilepsia o “trastorno mental”? detalle:

- ¿Hubo algún caso de enfermedad en su familia que merezca ser mencionado aún?:

- Enumere todas las situaciones que lo hacen sentir especialmente ansioso:

- Enumere las situaciones que lo hacen sentir sereno o relajado:

- ¿Alguna vez perdió el control de sí mismo (por ejemplo, un berrinche, gritos o agresividad)?

- Enumere los beneficios que espera obtener de la terapia:

8. AUTO DESCRIPCIÓN:

Por favor complete los espacios en blanco:

- Soy: _____.
- Soy: _____.
- Soy: _____.
- Soy: _____.
- Me siento: _____.
- Me siento: _____.
- Me siento: _____.
- Pienso: _____.
- Pienso: _____.
- Pienso: _____.
- Querría: _____.
- Querría: _____.
- Querría: _____.

- Utilice los espacios en blanco de esta página para dar una imagen de las personas que se enumeran, con una sola palabra:
 - a) Usted mismo:
 - b) Su cónyuge (si esta casado):
 - c) Su mejor amigo:
 - d) Alguien que no lo quiere:
- Agregue información no solicitada en este cuestionario, que pueda ayudar a su terapeuta a comprenderlo y apoyarlo: _____.