



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Trabajo de grado previo a la obtención del Título de Psicóloga Clínica

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Título del Proyecto:

“FACTORES PSICOSOCIALES Y EL PROCESO DE RECAÍDA EN PACIENTES DEL
CENTRO INTEGRAL DE TRATAMIENTO DE ADICIONES BENITO MENNI, DE QUITO,
PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2016.

Autoras:

Natalí Margoth Arteaga Cordovez
Myriam Alexandra Rodríguez Parra

Tutor:

Ps. Cl. Fernando David Moscoso Robayo.

Riobamba-Ecuador

2016

PÁGINA DE REVISIÓN

Los miembros del tribunal de graduación del proyecto de investigación de título: “FACTORES PSICOSOCIALES Y EL PROCESO DE RECAÍDA EN PACIENTES DEL CENTRO INTEGRAL DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES BENITO MENNI, DE QUITO, PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2016 , presentado por, Natalí Margoth Arteaga Cordovez, Myriam Alexandra Rodríguez Parra y dirigida por: Ps. Cl. Fernando David Moscoso Robayo una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación escrito en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNACH.

Para constancia de lo expuesto firman:


Mgs. Lilian Granizo
Presidenta del Tribunal


Firma

Ps. Cl. David Moscoso
Tutor de Tesina


Firma

Mgs. Diego Santos
Miembro del Tribunal


Firma

AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

“La responsabilidad del contenido de este Proyecto de Graduación, nos corresponde exclusivamente a: Natalí Margoth Arteaga Cordovez, Myriam Alexandra Rodríguez Parra y del Director del Proyecto: Ps. Cl. Fernando David Moscoso Robayo; y el patrimonio intelectual de la misma a la Universidad Nacional de Chimborazo”



Arteaga Cordovez Natalí Margoth



Rodríguez Parra Myriam Alexandra

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a la Universidad Nacional de Chimborazo y a quienes forman parte de nuestra Carrera de Psicología Clínica, a los docentes por las dedicación y enseñanzas brindadas durante nuestra formación profesional y humana, en especial a nuestro tutor Psc. Cl. David Moscoso quien con su dirección y tiempo dedicado, permitió que este trabajo este en sus manos y culminar con esta etapa en nuestras vidas. Hacemos además extensivo nuestro agradecimiento al Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón por la apertura brindada para la realización de esta investigación.

Natalí - Alexandra

DEDICATORIA

El presente trabajo trascendental para la culminación de esta etapa estudiantil, se lo dedico en primer lugar a Dios por la salud, la vida y las bendiciones derramadas en mí y en mis seres queridos. A mis padres Ángel Arteaga y Margoth Cordovez, por su apoyo constante, su infinito amor y su esmerada labor de padres que hoy refleja sus frutos. A mis hermanas Mayra, Doménica, Leinlani, Kareli y Angie, por los momentos compartidos, pero sobre todo por ser su ejemplo a seguir en el camino del éxito.

Natalí Arteaga

A Dios que ha derramado infinitas bendiciones en mi vida, a mi familia que ha sido mi motivación constante. De manera muy especial a mis padres Freddy y Myriam que siempre me han brindado todo su amor y apoyo incondicional. A mi hermana: Verónica, y Sobrinos: Oscar, Andrés y Romina por ser mis acompañantes de camino. A mi amiga: Natalí Arteaga quien ha sido un gran apoyo constante.

Alexandra Rodríguez

ÍNDICE GENERAL

AUTORIZACIÓN DEL TRIBUNAL:	II
AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN	III
AGRADECIMIENTO	IV
DEDICATORIA	V
ÍNDICE GENERAL	VI
INDICE DE TABLAS	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	IX
RESUMEN	X
ABSTRACT.....	XI
INTRODUCCIÓN	XII
CAPÍTULO I	1
MARCO REFERENCIAL.....	1
1.1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.2 PROBLEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.4 PREGUNTAS DIRECTRICES O PROBLEMAS DERIVADOS.....	5
1.5 OBJETIVOS.....	5
1.5.1 OBJETIVO GENERAL	5
1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
1.6 JUSTIFICACIÓN.....	6
CAPÍTULO II.....	7
2. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	8
2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	9
2.2.1 Aspectos generales sobre los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias	10
2.2.1.2 Definición de adicción	11
2.2.1.4 Tratamiento.....	14
2.2.2 Factores psicosociales.....	15

2.2.2.1 Definición de los factores psicosociales de riesgo.....	15
2.2.2.2 Clasificación de los factores psicosociales de riesgo.....	16
2.2.3 Proceso de recaída.....	21
2.2.4 Guía psicológica de prevención de recaídas en los pacientes del centro integral del tratamiento de adicciones Benito Menni. (ANEXO 3).....	25
2.3 HIPÓTESIS.....	26
2.4 VARIABLES.....	26
2.4.1 VARIABLE INDEPENDIENTE	26
2.4.2 VARIABLE DEPENDIENTE.....	26
2.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	26
CAPÍTULO III.....	29
3. 29MARCO METODOLÓGICO.....	29
3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	30
3.3 TIPO DE ESTUDIO.....	30
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA	30
3.4.2 Muestra.....	31
3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	31
3.6 TÉCNICA PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	33
4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	35
CAPÍTULO V	49
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	49
5.1 CONCLUSIONES.....	50
5.2 RECOMENDACIONES	51
5.3. BIBLIOGRAFÍA	52
ANEXOS	56

INDICE DE TABLAS

TABLA 1: INVENTARIO DE FACTORES DE RIESGO BASADO EN EL INVENTARIO ISCA: SITUACIONES PERSONALES.....	36
TABLA 2: INVENTARIO DE FACTORES DE RIESGO BASADO EN EL INVENTARIO ISCA: SITUACIONES QUE INVOLUCRAN A TERCERAS PERSONAS.....	38
TABLA 3: CUESTIONARIO SOBRE EL PROCESO DE RECAÍDA: A QUE ATRIBUYE LA RECAÍDA.....	40
TABLA 4: CUESTIONARIO SOBRE EL PROCESO DE RECAÍDA: ¿CÓMO SE DIO LA RECAÍDA?.....	42
TABLA 5: CUESTIONARIO SOBRE EL PROCESO DE RECAÍDA: DESCRIBA CÓMO SE SINTIÓ ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA RECAÍDA.....	44

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: INVENTARIO DE FACTORES DE RIESGO BASADO EN EL INVENTARIO ISCA: SITUACIONES PERSONALES.....	36
GRÁFICO 2: INVENTARIO DE FACTORES DE RIESGO BASADO EN EL INVENTARIO ISCA: SITUACIONES QUE INVOLUCRAN A TERCERAS PERSONAS.....	38
GRÁFICO 3: CUESTIONARIO SOBRE EL PROCESO DE RECAÍDA: A QUÉ ATRIBUYE LA RECAÍDA	40
GRÁFICO 4: CUESTIONARIO SOBRE EL PROCESO DE RECAÍDA: ¿CÓMO SE DIO LA RECAÍDA?.....	42
GRÁFICO 5: CUESTIONARIO SOBRE EL PROCESO DE RECAÍDA: DESCRIBA CÓMO SE SINTIÓ ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA RECAÍDA	45

RESUMEN

La presente investigación titulada: “Factores psicosociales y el proceso de recaída en pacientes del Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni, de Quito, periodo abril – septiembre 2016.”, tuvo por objetivo general determinar los factores psicosociales en el proceso de recaída. La muestra poblacional incluyó a 15 pacientes que culminaron el tratamiento de internamiento y se encontraban en la modalidad ambulatoria. El diseño de la investigación fue de carácter cuantitativo no experimental, basado en el método inductivo que parte de la observación de hechos y concluye con la asociación de los factores psicosociales y el proceso de recaída, el tipo de investigación fue descriptiva con un estudio transversal. Las técnicas e instrumentos de recolección de datos empleadas fueron El Inventario de factores de riesgo basada en el ISCA que incluye 100 situaciones de riesgo y el cuestionario del proceso de recaída que valora dicho proceso. Con el estudio se evidenció que el 87% de factores psicosociales influyen en el proceso de recaída, relación que parte de la presencia 7 de los 8 factores psicosociales estudiados en los pacientes. La investigación aportó con el diseño de una guía psicológica de prevención de recaídas, desarrollada en base al enfoque cognitivo conductual por los resultados alentadores en el tratamiento de trastornos relacionados con el consumo de sustancias, a través de las estrategias planteadas se pretende brindar un instrumento que mejore la calidad de vida de los pacientes del Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni, de Quito.

Abstract

The present research entitled "Psychosocial factors and the process of relapse to patients of Integral Treatment Center of Addictions Benito Menni in Quito, period April to September 2016" had as a general objective to determine the psychosocial factors in the relapse process. The sample population included 15 patients who completed the treatment of internment and were on an outpatient modality. The research design was quantitative, non-experimental, based on the inductive method of observation facts and concludes with the association of psychosocial factors and the relapse process, the type of research was descriptive with a cross sectional study.

The techniques and instruments used for data collection were Inventory of risk factors based on ISCA including 100 risk situations and the questionnaire of the relapse process that values this process. The study showed that 87% of psychological factors influence the relapse process, which is based on the presence of 7 of the 8 psychosocial factors studied to the patients. The research contributed to the design of a psychological guide for relapse prevention, developed based on cognitive behavioral approach for the encouraging results in treatment of disorders related to the consumption of substances. Through the proposed strategies it is intended to provide an instrument that improves the quality of life of patients at the Benito Menni Addiction Treatment Center in Quito.


Reviewed by Enrique Guambo Yero.

Language Center Teacher.



INTRODUCCIÓN

La presente investigación referente a Factores psicosociales y el proceso de recaída en pacientes del Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni, se desarrolla en función de la teoría de Alan Marlatt y de otros autores representativos en el tema, considerando el enfoque cognitivo conductual por la importancia del mismo en investigaciones desarrolladas en relación al consumo de sustancias, además estudia la asociación entre las dos variables, partiendo de la hipótesis: Los Factores Psicosociales se asocian con el proceso de Recaída de los Pacientes del Centro Integral de Tratamiento en Adicciones Benito Menni en el periodo abril – septiembre 2016. Como objetivo busca determinar la asociación de los factores psicosociales con el proceso de recaída, mismo que apunta a la prevención a través de una guía psicológica detallada dentro de este trabajo que incluye estrategias para enfrentar las principales situaciones de riesgo encontradas a través de este estudio.

Nora Volkow (como cita el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2014) menciona que: La naturaleza crónica de la enfermedad significa que recaer en algún momento no sólo es posible, sino probable. Las tasas de recaída para las personas con adicciones y otros trastornos por consumo de sustancias son similares a la tasa de recaídas de otras enfermedades crónicas, como diabetes, hipertensión y asma. El tratamiento de enfermedades crónicas implica cambiar comportamientos profundamente arraigados, y la recaída no significa que el tratamiento haya fracasado. Los pacientes que presentan trastornos relacionados con el consumo de sustancias muestran conductas conflictivas como la falta de colaboración en investigaciones que exploren su problemática lo que dificulta el proceso de evaluación, a pesar de que la tendencia a la recaída es una condición propia de estos trastornos, los pacientes consideran que ésta es un fracaso del tratamiento.

La presente investigación está contenida en cinco capítulos, los mismos que se detallan a continuación:

Capítulo I: Contiene el problema de investigación, problematización del problema, formulación del problema, los objetivos que se pretenden alcanzar al concluir esta investigación y la justificación.

Capítulo II: En el que se detalla el marco teórico relacionado a las dos variables de la investigación, antecedentes de la investigación, fundamentación teórica, hipótesis, variables, definición de términos básicos.

Capítulo III: Abarca el marco metodológico, diseño, tipo, nivel de la investigación, población, muestra escogida, técnicas e instrumentos de recolección de datos, técnicas para el análisis e interpretación de resultados.

Capítulo IV: Comprende el análisis de interpretación de datos.

Capítulo V: Se describen las conclusiones, recomendaciones, bibliografía utilizada y se adjunta los anexos que incluyen los instrumentos utilizados para la investigación además la guía psicológica de prevención.

CAPÍTULO I

MARCO REFERENCIAL

1.1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En las prácticas pre-profesionales, se observa que los pacientes con problemas relacionados con el consumo de sustancias presentan dificultades como: patrones de conducta negativos, poca tolerancia a la frustración, conflicto para el control emocional, problemas para evitar el consumo de sustancias, etc. a pesar del tratamiento recibido en el internamiento por lo que se habla de “Proceso de recaída”. Así también se evidencia la existencia de estudios y postulados sobre este tema (descritos por Marlatt y Gordon en 1985) proponiendo el primer modelo cognitivo-conductual explicativo del “Proceso de recaída”, una de sus obras más representativas. Relacionando los signos observados en los pacientes y el proceso de recaída descrito por Marlatt y Gordon se encuentra distintos factores psicosociales o situaciones de riesgo como se maneja en el ámbito de las adicciones, que enfrentan los pacientes al concluir el internamiento y reincorporarse a su vida cotidiana. Por lo que se lleva a cabo la presente investigación en pacientes que han culminado el internamiento.

En el Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni, perteneciente al Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de Quito los pacientes siguen un tratamiento que incluye el internamiento de tres meses basado en modelo de George De Leon (2004) propuesto en su obra La comunidad terapéutica y las adicciones. Sobre este tema George De Leon (2004) menciona que: “La experiencia comunitaria es la que activa gradualmente a los nuevos residentes a reducir su identificación con la antigua cultura de las drogas” (p. 139). Es decir que se evitará factores psicosociales (situaciones de riesgo) que en esta cultura se incluyen. Así mismo dentro de sus objetivos clínicos enmarca el mantener la desintoxicación (abstinencia).

Con el apoyo del área de docencia e investigación del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de Quito, fueron proporcionados datos de los pacientes con problemas relacionados con el consumo de sustancia, que ingresaron al Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni que culminaron su proceso de internamiento (3 meses) y presentaron una recaída, por ello la presente investigación titulada: Factores psicosociales y el proceso de recaída en pacientes del Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni, de Quito, periodo Abril – Septiembre 2016.

1.2 PROBLEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

El consumo perjudicial de sustancias o adicciones en el momento actual, es uno de los problemas a escala mundial que mayor preocupación genera en la sociedad, desde esa perspectiva se han generado estudios, discusiones, propuestas, etc.

Suele decirse que las drogas han existido desde siempre, lo cual es cierto. Suele decirse que el consumo de drogas hoy es muy alto, lo que también es cierto. Igualmente es cierto que el consumo de drogas hoy acarrea un ingente número de problemas a las personas que las consumen, o a una parte de ellas, y que ello repercute no sólo en la esfera personal, sino que se extiende a la esfera familiar, social, sanitaria, orden público, etc. (Becoña, 2002, p.19)

Sobre el consumo se menciona que: “El ser humano consume una amplia variedad de sustancias que crean dependencia” (p.68). A su vez el Director General de la OMS, Dr. Lee Jongwook en el reporte de salud (2002) propone que: “La comunidad de salud pública tiene que prestar más atención a los problemas sanitarios y sociales asociados con el consumo de tabaco, alcohol y sustancias ilícitas, y con la dependencia de esos productos, y es necesario dar una respuesta apropiada”. (OMS, 2002, p.2).

En nuestra sociedad las investigaciones concernientes con el consumo son escasas y en relación a la recaída, incluso nulas a pesar de que varios autores ponen énfasis en la gravedad de la situación. Miller y col. (citado por Luengo, Romero y Gómez, 2001) señalan que: “muchos de los sujetos en tratamiento vuelven a consumir en periodos relativamente cortos de tiempo y se habla de las drogodependencias como un trastorno crónico” (p.5).

La alta tasa de recaídas es uno de los problemas más importantes en el tratamiento de la adicción a las drogas. El comprender la naturaleza de las recaídas y cuáles son los factores de riesgo o protectores de las mismas es fundamental para desarrollar intervenciones eficaces. (Luengo et al., 2001, p.5).

La alta tasa de recaída ha sido también confirmada por la investigación sobre **La recaída en egresados de la clínica multidisciplinaria para el tratamiento de las adicciones Ceresova** (México), donde se obtuvieron los siguientes resultados:

Para la estimación del tiempo de abstinencia anterior a la última recaída todos los casos contemplaron los 6 meses en que estuvieron en tratamiento más el tiempo que continuaron en abstinencia después de su egreso de la clínica, detectando lo siguiente: 1 sujeto se mantuvo 1 año 8 meses en abstinencia, 3 sujetos lograron abstinencia durante 1 año 6 meses, 7 sujetos de 1 año a 1 año 5 meses, 3 sujetos de 10 a 11 meses, otros 8 casos de 8 a 9 meses y los últimos 7 tuvieron abstinencia de 6 meses 15 días a 7 meses. Lo que quiere decir, que el tiempo máximo de abstinencia de estos sujetos después de su egreso de la clínica fue de 1 año y el mínimo de 15 días. (Moreno, 2012, p.23)

Por lo que se habla de la adicción como enfermedad crónica considerando la recaída como natural o esperado en tratamiento. Desde otra perspectiva en la investigación titulada **Recaída y autoengaño (Relapse and self deception)** Sirvent, Villa, Blanco, Delgado, Fernández (2013) señalan que:

El autoengaño patológico está presente en buen número de procesos, (...). Aspectos limítrofes como la falta de conciencia del problema, de insight y de motivación abocan hacia el autoengaño, retroalimentándose mutuamente. Recaer o no en un proceso, depende de un diálogo interno mediatizado no solo por la psicopatología en cuestión (pulsiones, temores, etc.) sino por el autoengaño. (p.1).

En el caso del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de la ciudad de Quito es un centro que brinda atención a pacientes que buscan recuperarse de una adicción y un lugar donde los estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica realizan prácticas pre-profesionales y donde hasta el momento no se han realizado estudios que incluyan el proceso de recaída y los factores psicosociales.

En la Universidad Nacional de Chimborazo, en la Carrera de Psicología Clínica no se ha investigado el proceso de recaída descrito por Marlatt & Gordon ni su relación con factores psicosociales, por lo que se lleva a cabo la presente investigación, donde se asocia las dos variables.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué factores psicosociales influyen en el proceso de recaída de los pacientes del Centro Integral del Tratamiento de Adicciones Benito Menni, de Quito, abril – septiembre 2016?

1.4 PREGUNTAS DIRECTRICES O PROBLEMAS DERIVADOS

¿Qué factores psicosociales intervienen en el proceso de recaída de los pacientes del Centro Integral del Tratamiento de Adicciones Benito Menni, de Quito?

¿Cómo es el proceso de recaída de los pacientes del Centro Integral del Tratamiento de Adicciones Benito Menni, de Quito?

¿Cómo se puede contribuir a la prevención del proceso de recaída de los pacientes del Centro Integral del Tratamiento de Adicciones Benito Menni, de Quito?

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores psicosociales en el proceso de recaída de los pacientes del Centro Integral del Tratamiento de Adicciones Benito Menni, de Quito, periodo abril – septiembre 2016.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores psicosociales en los pacientes del Centro Integral del Tratamiento de Adicciones Benito Menni, de Quito, periodo abril – septiembre 2016.
- Describir el proceso de recaída de los pacientes del Centro Integral del Tratamiento de Adicciones Benito Menni, de Quito, periodo abril – septiembre 2016.
- Analizar la influencia de los factores psicosociales en el proceso de recaída de los pacientes del Centro Integral del Tratamiento de Adicciones Benito Menni, de Quito, periodo abril – septiembre 2016.

- Diseñar una guía psicológica que permita la prevención de recaídas en los pacientes del Centro Integral del Tratamiento de Adicciones Benito Menni, de Quito, basado en los factores psicosociales predisponentes.

1.6 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación pretende aportar significativamente a un problema latente en el ámbito de las adicciones como es la recaída, misma que afecta a toda la población directa o indirectamente, por lo que el estudio está encaminado a conocer los factores psicosociales en el proceso de recaída para de esta manera contribuir a su prevención.

En los pacientes del Centro Integral del Tratamiento de Adicciones Benito Menni se ha observado que a pesar de culminar el proceso de internamiento y continuar el ambulatorio, presentan recaídas, situación que desvía a los individuos de sus objetivos de recuperación como es reincorporarse a su vida cotidiana desarrollándose de manera óptima en todas las áreas. Por lo que es importante mejorar el proceso de tratamiento, reforzando aspectos en función de los factores psicosociales identificados en esta investigación, propiciará la reducción de problemas derivados del consumo.

La investigación propuesta está fundamentada en bases sólidas por su relevancia social, económica, laboral, etc. además de contar con material bibliográfico y la facilidad brindada en el Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” para el desarrollo de la misma, en consideración a que no se han realizado investigaciones sobre el tema a pesar de ser un área en la que se realiza practicas desde hace varios años.

El aporte de este estudio permite reconocer los factores psicosociales (situaciones de riesgo) que con más frecuencia generan de recaídas, en pacientes del Centro Integral de Tratamiento en Adicciones Benito Menni del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” en un periodo de seis meses (abril-septiembre), para de esta manera actuar a través de una guía psicológica de prevención, misma que sirve de punto de partida para futuras investigaciones.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados

Estudio realizado con el objetivo de caracterizar el consumo de SPA ilegales e identificar los factores psicosociales de riesgo y protección asociados, en jóvenes universitarios de una institución privada en Cali, encontrando que el consumo actual es similar a las estadísticas mundiales, cifras y consecuencias alarmantes. Además se menciona como principales situaciones de riesgo a las fiestas, las celebraciones, las habilidades de autocontrol y el ambiente social que desencadena la “presión social”. Mencionando también efectos positivos como la sensación experimentada al momento de consumir. Así mismo, en cuanto a factores de protección se destaca: la ausencia de comportamientos perturbadores, preconceptos y la valoración negativa de las sustancias para quienes nunca han consumido estas drogas más la ausencia de maltrato físico o psicológico/verbal. (Varela, Salazar, Cáceres y Tobar, 2007, pp. 38, 39).

Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles

Investigación realizada en España con el objetivo de analizar la relación entre variables de personalidad, ansiedad social, conducta prosocial, conducta antisocial y consumo de tabaco y alcohol en la adolescencia, en un grupo de 352 estudiantes de secundaria se ha encontrado que: el consumo de tabaco correlacionó positiva y significativamente con las puntuaciones en conducta antisocial, extraversión y neuroticismo, mientras que el consumo de alcohol correlacionó positiva y significativamente con las puntuaciones de psicoticismo, extraversión y conducta antisocial. El análisis de regresión logística reveló que los predictores del consumo de tabaco fueron las puntuaciones en conducta antisocial (OR = 1,03; IC 95% = 1,01–1,05), extraversión (OR = 1,11; IC 95% = 1,02– 1,21) y neuroticismo (OR = 1,07; IC 95% = 1,01–1,13), mientras que los predictores del consumo de alcohol fueron las puntuaciones en conducta antisocial (OR = 1,04; IC 95% = 1,02–1,07) y extraversión (OR = 1,12; IC 95% = 1,03–1,24). (Inglés, Delgado, Bautista, Torregrosa, Espada, García, Hidalgo, García, 2007, p.403).

Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media

Investigación realizada en México con el objetivo de identificar factores psicosociales de riesgo de consumo de sustancias ilícitas y ofrecer elementos para el diseño de programas de prevención. Llevada a cabo en a través de un estudio transversal no experimental en 516 estudiantes de secundaria y bachillerato de México, analizando el consumo de sustancias y la interacción de 8 factores: abuso en el consumo de bebidas alcohólicas o drogas, malestar afectivo, bajo control conductual, baja adherencia escolar, baja competencia social, relaciones familiares disfuncionales, aislamiento social y pertenencia a redes sociales desviantes (cuyos integrantes consumen drogas y adoptan actitudes antisociales).

Arrojando los siguientes resultados: Como factores de predicción del consumo de sustancias ilícitas se detalla el presentar un bajo control conductual con tendencia a actuar impulsivamente y con agresividad, estar vinculado con pares desviantes y estar expuesto con frecuencia a situaciones familiares de conflicto y violencia y al consumo de sustancias ilícitas y alcohol en el hogar. Además se considera que para el desarrollo de programas preventivos se debe considerar implicaciones de los modelos teóricos propuestos para explicar el consumo de drogas. (Díaz y García, 2008, pp. 223-226).

2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Marlatt se encuentra entre los principales exponentes del consumo de sustancias, detallando los principales problemas como el proceso de recaída y factores psicosociales (situaciones de riesgo) involucrados. Marlatt (Ph.D., doctor en Psicología Clínica, conocido por sus desatacadas obras sobre adicciones y por su lucha contra el abuso de sustancias). Marlatt ha desarrollado una fundamentación vasta sobre la dinámica de las adicciones, las principales dificultades, la recaída y factores de riesgo asociados. Sus primeras obras datan de 1980 entre la que se destaca “Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change” misma que ha dado paso a múltiples investigaciones y ha servido de base de nuevas postulados teóricos.

2.2.1 Aspectos generales sobre los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias

Sobre los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias en el Manual diagnóstico CIE-10 López (1992) menciona que son: “Trastornos muy diversos, cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos. Todos ellos son secundarios al consumo de una o más sustancias psicótropas” (p.99).

Vale anotar los criterios diagnósticos referentes al trastorno por consumo de sustancias los mismos se detallan a continuación:

El control deficitario sobre el consumo de la sustancia compone el primer grupo de criterios (1-4). La persona consume grandes cantidades de sustancia o lo hace durante un tiempo más prolongado del previsto (criterio 1). La persona expresa deseos insistentes de dejar o de regular su consumo y relata múltiples esfuerzos fallidos por disminuir o abandonar éste (criterio2). La persona invierte una gran parte de su tiempo intentando conseguir la sustancia, consumiéndola o recuperándose de sus efectos (criterio 3). En los casos más graves es posible que las actividades diarias de la persona giren en torno a la sustancia. Existe un deseo intenso de consumo (criterio 4) manifestado por un ansia y una urgencia en cualquier momento, aunque es más probable que aparezca en aquellos ambientes en los que la persona ha conseguido o consumido la sustancia anteriormente. El deseo intenso actual es un marcador frecuente para la valoración de los resultados de un tratamiento, puesto que puede considerarse una señal de recaída inminente. (DSM-V, 2014, p.483).

2.2.1.1 Definiciones de sustancia

Kramer y Cameron (citados por Becoña, 2002) define: “toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste” (p.20). Mientras que Schuckit (citado por Becoña, 2002) define una droga de abuso como: “cualquier sustancia, tomada a través

de cualquier vía de administración, que altera el estado de ánimo, el nivel de la percepción o el funcionamiento cerebral” (p.20).

Romaní (1991) a su vez puntualiza: “sustancias químicas que se incorporan al organismo humano, con capacidad para modificar varias funciones de este (percepción, conducta, motricidad, etc.), pero cuyos efectos, consecuencias y funciones están condicionados, sobre todo por las definiciones sociales, económicas y culturales que generan. (p.4)

En lo concerniente a sustancia, el Diccionario Conciso de Psicología (2010), define: “droga o toxina que puede producir efectos dañinos cuando se ingiere o, en todo caso se consume en el cuerpo” (p.488).

Los trastornos relacionados con sustancias engloban 10 clases diferentes de drogas: el alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos, los inhalantes, los opiáceo, los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, el tabaco y otras sustancias. Todas las drogas que se consumen en exceso producen una activación directa general en el sistema de recompensa cerebral, que está implicado en el refuerzo comportamental y en la producción de recuerdos. Esta activación del sistema de recompensa es tan intensa que incluso se descuidan las actividades normales. En vez de obtener dicha estimulación a través de comportamientos adaptativos, las drogas de abuso activan directamente las vías de recompensa. (DSM-V, 2014, p.481)

Por lo expuesto se entendería que una sustancia es considerada como un componente químico que por cualquier vía de administración altera el funcionamiento normal del sistema nervioso central y el organismo en general con tendencia a generar dependencia y cambios en el comportamiento afectando todas las áreas de desarrollo (económica, laboral, social, familiar, personal, de salud, etc).

2.2.1.2 Definiciones de adicción

La adicción como tal comprende un tema muy amplio, para su estudio varios autores desglosan términos que contribuyen a su definición como tal es así que Becoña (2002) señala tres diferencias importantes: **Abuso:** “Uso continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas

del mismo.”(p.47) **Dependencia:** “Uso excesivo de una sustancia, que genera consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio período de tiempo. También puede ocurrir que se produzca un uso continuado intermitente o un alto consumo sólo los fines de semana.” (p.47) y **Dependencia psíquica** “Situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar el malestar.” (p.48). Es decir que según el uso de la sustancias pasará de abuso a dependencia, sin embargo ambos tienen consecuencias negativas en el organismo y desarrollo del individuo, además se asociará a una dependencia psíquica en el caso de que el consumidor busque el placer o no sentir malestar.

Medina y Mora (como lo cita Becoña, 2002) define: “Propensión que tiene una sustancia de producir dependencia en aquellos que la usan.” (p.48) Cada sustancia actúa de distinta manera en el organismo por la que cómo se genera la dependencia varía, además cuando se habla de propensión se considera muchas variables que ponen riesgo a los individuos de generar adicción a una sustancias, de ahí la explicación de que no todos generan dependencia o no todas las sustancias causan los mismos efectos en un individuo.

Las personas que trabajan el área del consumo de sustancias así como quienes se desarrollan en dichos ambientes califican este problema como “enfermedad adictiva”, sin embargo el término como tal se consolidó en 1960 y ha tomado mayor importancia hasta nuestros días. (Pérez, 2013; p.41).

El instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2014) señala: “Enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican este órgano” (p.5).

Por lo expuesto, se entiende a la adicción como una enfermedad crónica de riesgo producto del consumo apremiante de sustancias / drogas, a pesar de las consecuencias que acarrea como: alteraciones en el funcionamiento del sistema nervioso central afectando principalmente las

estructuras cerebrales, cambios comportamentales (incluso peligrosos), afectación en las relaciones familiares y riesgos de carácter social.

2.2.1.3 Prevalencia del consumo de sustancia

Becoña (2002) menciona: “El consumo de drogas es hoy alto, especialmente en los más jóvenes. La población general suele centrarse en las drogas ilegales cuando se habla de drogas, pero también existen las legales que son las responsables de la mayor mortalidad.” (p.23).

- **Nivel Mundial:**

Un total de 246 millones de personas - un poco más de 5 por ciento de los mayores de 15 a 64 años en todo el mundo - consumieron una droga ilícita en 2013. Unos 27 millones de personas son consumidores problemáticos de drogas, casi la mitad de los cuales son personas que se inyectan drogas (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito –UNODC, 2015).

- **Nivel Sudamericano:**

Organización de Estados Americanos (2015) en el informe del Uso de Drogas en las Américas señala:

En 23 de 29 países se encuentra que 20% o más de los estudiantes declararon haber consumido alguna bebida alcohólica en el mes anterior al estudio, y que en 14 países la cifra supera el 30% de dicha población. Por otra parte, en 17 países la tasa de uso de alcohol el último mes entre estudiantes de octavo grado (alrededor de 13 años) superó el 15%, y que en 7 de ellos superó el 25%. Un elemento importante a destacar se refiere al uso problemático de alcohol, dejando claramente establecido que en los adolescentes el uso de drogas a cualquier escala es en sí mismo un uso problemático. El consumo medio de cocaína en estudiantes secundarios es mayor en Sudamérica que en el resto de las subregiones. Respecto de la percepción de gran riesgo en el uso ocasional de cocaína, en la gran mayoría de los países con información, es inferior al 50%, incluso llega a ser inferior al 30% en varios de ellos (pp.16 - 18).

- **Nivel Local (Ecuador):**

En el Ecuador el consumo de tabaco y alcohol (drogas lícitas), prevalecen sobre el consumo de marihuana, cocaína, éxtasis, entre otras, (drogas ilícitas) además menciona que: El 63% de hombres afirmaron que consumen tabaco, en el caso de las mujeres dicha substancia es consumida por el 29,9% de ellas, por otro lado el alcohol es consumido por un 84% de los hombres, en tanto que las mujeres consumen dicha substancia un 69,8%, por último el 1,7% de hombres consumieron algún tipo de otra droga, en tanto que un 2,5% de las mujeres afirmaron que ingirieron algún tipo de otra droga (Consep, 2007). Resultados que evidencian un alto consumo de sustancias a nivel local.

2.2.1.4 Tratamiento

“La mejor manera de asegurar el éxito de los pacientes es una combinación de medicamentos, con terapia conductual. El tratamiento deberá ser individualizado en función de los patrones de abuso de drogas y los problemas de cada paciente en particular.” (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2014; p.26)

- **Tratamiento del síndrome de abstinencia**

En relación al tratamiento que requiere el síndrome de abstinencia se menciona: “Cuando un paciente recién deja de abusar las drogas, puede sentir una variedad de síntomas físicos y emocionales, incluyendo la depresión, la ansiedad y otros trastornos del estado de ánimo. Algunos medicamentos están diseñados para reducir estos síntomas.” (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2014; p.27)

- **Continuidad en el tratamiento**

“Algunos medicamentos se usan para ayudar a que el cerebro se adapte gradualmente a la ausencia de la droga abusada. Estos medicamentos actúan lentamente para evitar los deseos por la droga y pueden ayudar a concentrarse en la psicoterapia (...)” (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2014; p. 27).

2.2.1.4.1 Terapias conductuales

En el tratamiento de sustancias las terapias conductuales se consideran las más efectivas y con mayores resultados por ello el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas menciona:

Los tratamientos 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 vehemente por las drogas y producir otro ciclo de abuso compulsivo. Es más, las terapias conductuales pueden mejorar la eficacia de los medicamentos y ayudar a que las personas se adhieran al tratamiento por más tiempo (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2014, p.27).

2.2.2 Factores psicosociales

Daza y Pérez (1997) refiere que los factores psicosociales son: “aquellas condiciones que tienen índole social y mental están directamente relacionados con la organización, el contenido y la realización de una actividad o conducta, y tienen capacidad para afectar al bienestar o la salud (física, psíquica o social) del individuo”. Por lo que se puede mencionar que los factores psicosociales son cualquier situación, condición, evento, o característica que perturba el bienestar representando un riesgo, razón por la que en el área de las adicciones y del consumo de sustancias son manejados como factores o situaciones de riesgo.

2.2.2.1 Definiciones de los factores psicosociales de riesgo

El Diccionario Conciso de Psicología (2010) define: “característica conductual o constitucional (p. ej., genética), ambiental o de otro tipo claramente definida que se asocia con una probabilidad creciente de que una enfermedad o un trastorno se desarrolle en un individuo” (p.211).

La Organización mundial de la Salud OMS (2016) define: “Rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.”

Clayton (citado por Becoña et al., 2010) define a los factores riesgo como: “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)” (p.48).

En el ámbito de las adicciones los factores psicosociales toman el nombre situaciones de riesgo según el modelo su máximo exponente Marlatt (1993) quien la define como:

Cualquier situación (incluyendo las reacciones emocionales a la situación) que representa una amenaza para la sensación de control del individuo y aumenta el riesgo de recaída. Desde el presupuesto de que la conducta pasada es el mejor predictor de la conducta futura, se puede esperar que las situaciones (externas o internas) que han precipitado una recaída en el pasado, provoquen tentaciones de consumo en el futuro. De manera que representan las principales causas de recaídas en las adicciones.

2.2.2.2 Clasificación de los factores psicosociales de riesgo

Al ser los factores psicosociales circunstancias que predisponen a los individuos a padecer o desarrollar una enfermedad estas se clasifican de distintas maneras así Marlatt y Gordon (1985) señalan:

Las causas principales de la recaída en las adicciones son los estados emocionales negativos, conflicto interpersonal y presión social. Los estados emocionales negativos son situaciones en las que los sujetos experimentan un estado emocional, estado de ánimo o sentimientos negativos, como frustración, ira, ansiedad, depresión o aburrimiento, antes o al mismo tiempo que la ocurrencia del primer desliz. Los conflictos interpersonales son situaciones que incluyen un conflicto actual o relativamente reciente, asociado con cualquier relación interpersonal, como el matrimonio, los miembros de la familia, relaciones en el trabajo, etc. La presión social se refiere a situaciones en las que el paciente responde a la influencia de otra u otras personas que ejercen presión para involucrarlo de nuevo en el consumo de sustancias.

Por su parte El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas menciona las razones por las que las personas tienden a consumir entre los que se detalla:

- **Para sentirse bien:** La mayoría de las drogas de las que se abusa producen sensaciones intensas de placer. Esta sensación inicial de euforia es seguida por otros efectos, que varían según el tipo de droga que se consume.
- **Para sentirse mejor:** Algunas personas que sufren de ansiedad social, trastornos relacionados con el estrés y depresión, comienzan a abusar de las drogas en un intento por disminuir los sentimientos de angustia. El estrés puede jugar un papel importante en el inicio del consumo de drogas, la continuidad en el abuso de drogas o la recaída en pacientes que se recuperan de la adicción.
- **Para desempeñarse mejor:** Algunas personas sienten presión por aumentar o mejorar químicamente sus capacidades cognitivas o su rendimiento deportivo, lo que puede desempeñar un papel en la experimentación inicial y el abuso continuo de drogas como los estimulantes recetados o los esteroides anabólicos/androgénicos.
- **La curiosidad y el “por qué otros lo hacen:** En este aspecto, los adolescentes son particularmente vulnerables, debido a la fuerte influencia de la presión de sus pares. Los adolescentes son más propensos que los adultos a participar en comportamientos riesgosos o temerarios para impresionar a sus amigos y expresar su independencia de las normas parentales y sociales ((Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2014, p.6).

Así también se detalla la siguiente clasificación de factores de riesgo:

- **Ambientales**
 - **El hogar y la familia.** La influencia del entorno hogareño, es un factor muy importante. Los padres o los miembros mayores de la familia que abusan del alcohol o las drogas, o que manifiestan comportamientos criminales, pueden aumentar el riesgo.
 - **Los amigos y compañeros de escuela.** Los amigos y conocidos pueden tener una influencia cada vez mayor durante la adolescencia. Si estos pares consumen drogas, pueden convencer hasta a quienes no tienen factores de riesgo. El fracaso escolar pueden poner a un niño en mayor riesgo de consumir o convertirse en adicto a las drogas.

- **Biológicos**
 - Los científicos estiman que los factores genéticos explican entre el 40 y el 60 por ciento de la vulnerabilidad de una persona a la adicción.

- **Otros factores**
 - **Consumo a temprana edad.** Aunque consumir drogas a cualquier edad puede desencadenar una adicción, las investigaciones muestran que cuanto más temprana es la edad de iniciación a las drogas, más probable es que la persona desarrolle problemas graves.
 - **Método de administración.** Fumar una droga o inyectarla en una vena aumenta su potencial adictivo. Tanto las drogas que se fuman como las que se inyectan penetran al cerebro en segundos, produciendo una intensa ráfaga de placer. ((Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2014, p.8-9).

Becoña 2002 en relación a la clasificación de los factores psicosociales de riesgo plantea lo siguiente: “Lo más fácil es hacer un listado de los mismos, como han hecho muchos autores [ej., Hawkins, 1992; Petterson, 1992; Moncada, 1997; Pollard et al., 1997). Otros, como Kumpfer et al. (1998) y Muñoz-Rivas et al. (2000) los han agrupado en distintas categorías”.

- **Factores Biológicos**
 - **Factores genéticos**
 Todos estos estudios se han centrado en el análisis de la relación entre el alcoholismo de los padres y el posterior consumo de alcohol y de otras sustancias psicoactivas por parte de sus hijos. La predisposición o vulnerabilidad biológica ha sido ampliamente estudiada en el campo del alcoholismo, y en menor grado en las otras drogas
 - **Factores de tipo biológico**
 Hay dos factores biológicos claramente relacionados con el mayor o menor consumo de drogas, como son el sexo (masculino) y la edad.
 - **Factores constitucionales** (ej., Dolor o enfermedad)
 Varios estudios y revisiones han indicado como factores constitucionales, como pueden ser el dolor y la enfermedad crónica pueden ser factores de riesgo para el consumo de drogas.

- **Factores Psicosociales y Conductuales**

- **Psicopatología, trastorno de conducta y los problemas de salud mental**

Depresión. La relación entre depresión, o sintomatología depresiva, y el consumo de drogas ha aflorado claramente en los últimos años respecto al consumo de distintas sustancias (Becoña, 1999; Calafat y Amengual, 1991; Muñoz-Rivas et al., 2000).

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En los últimos años ha surgido el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) de la infancia relacionado con toda una serie de conductas en la vida adulta, entre las que se encuentra el consumo de drogas.

Trastorno de conducta. El trastorno de conducta, la hiperactividad y el consumo de drogas van muy unidos en la adolescencia siendo la comorbilidad frecuente entre ellos (Gilvery, 2000).

- **Conducta antisocial**

La conducta antisocial va frecuentemente unida al consumo de drogas. Es un factor de riesgo o, más bien, la conducta antisocial y el consumo de drogas son dos elementos de un constructo superior, como el que se ha propuesto de síndrome de desviación general (ej., Ensminger y Yuon, 1998). Los niveles de la conducta antisocial son varios. Puede ser algo puntual o algo más profundo.

- **Alienación y rebeldía**

Para Hawkins et al. (1992) uno de los principales factores de riesgo para el consumo de drogas son la alienación y la rebeldía. Concretamente, ellos consideran la alineación de los valores dominantes de la sociedad, la baja religiosidad y la rebeldía. Todos ellos muestran tener una relación positiva con el consumo de drogas. Como un ejemplo, uno de los mejores estudios sobre esta temática es el de Shedler y Block (1990).

- **Agresividad**

Aunque distintos estudios han analizado el papel de la agresividad como factor de riesgo para el consumo de drogas, este concepto es muy cercano, o altamente correlacionado, con otros que ya hemos visto, como es la conducta antisocial, la alienación y rebeldía, etc. (Brook, Whiteman, Finch y Cohen, 1995, 1996; Gilvery, 2000; Stacey y Newcomb, 1995)

- **Consumo temprano de drogas**

Consumir drogas tempranamente, específicamente antes de los 15 años, es un importante factor de riesgo para el posterior uso de drogas, apareciendo sistemáticamente en casi todos

los estudios y revisiones (ej., Anthony y Petronis, 1995; Gilvery, 2000; Kandel y Yamaguchi, 1993; Muñoz-Rivas et al., 2000; etc.).

- **Consecuencias del abuso físico, sexual o emocional**

El abuso físico y sexual está asociado con el uso de drogas (Félix-Ortiz y Newcomb, 1999), así como a otros múltiples problemas en el momento en que se produce y en la vida posterior. Además, éste es un nuevo problema que ha aflorado de modo importante en los últimos años (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

- **Actitudes favorables hacia el consumo de drogas**

La actitud es un elemento previo a la intención conductual y a la conducta (Becoña, 1999). De ahí que el que una persona tenga una actitud favorable hacia el consumo de drogas favorece que dicho consumo se produzca. Desde hace años hay clara evidencia de ello en el consumo de drogas, destacando aquí el largo estudio de seguimiento de Jessor y Jessor (1977) y Jessor et al.

- **Ausencia de valores éticos-morales**

Muñoz-Rivas et al. (2000) agrupan una serie de características de las personas en lo que ellos denominan ausencia de valores ético-morales como factor de riesgo para el consumo de drogas. Varios modelos, como el de Catalano y Hawkins (1996), Jessor y Jessor (1977), Jessor et al. (1991), sin decirlo así explícitamente, sostienen lo mismo, cuando se refieren al apego social, la aceptación de un orden moral, etc.

- **Rasgos de Personalidad**

El estudio de las características, variables o rasgos de personalidad han sido siempre una importante fuente de estudio para conocer los factores de riesgo o vulnerabilidad para el consumo de drogas. Además, durante muchas décadas ha existido una importante serie de estudios sobre la personalidad en donde una de las variables predictoras era el consumo de drogas. A pesar de que se han analizado muchas variables o rasgos de personalidad, sólo unos pocos han aflorado como significativos para explicar una parte del consumo de drogas.

- **Búsqueda de sensaciones**

- **Personalidad antisocial** (p,233 - 244)

2.2.3 Proceso de recaída

2.2.3.1 Definiciones de recaída

Marlatt y Witkiewitz (2002) se enuncia que: “En los compartimentos adictivos (desadaptativos) están implicados los mismos procesos de aprendizaje de los comportamientos no adictivos (adaptativos). Puesto que el desarrollo de un comportamiento adictivo es un proceso de aprendizaje”

La recaída en el consumo de sustancias está determinada por situaciones de riesgo, mismas que el individuo percibe como amenazantes e incrementan el riesgo. Marlatt y Gordon (1985) en su modelo de prevención de recaídas distinguen dentro de la recaída tres términos importantes:

- Lapso** (desliz): error leve; ingesta aislada de la droga de elección; sin intoxicación.
- Recaída** (relapse): proceso transitorio de ingesta mayor en el tiempo y cantidad; con fenómenos de intoxicación, pero que se detienen.
- Colapso** (collapse): regreso a conductas anteriores de consumo; ingesta masiva con persistencia del mismo comportamiento en el tiempo, acompañada del regreso de pautas anteriores de comportamiento y pensamiento.

Este modelo supone que las causas del hábito adictivo y el proceso de cambio conductual de dicho hábito están gobernados por principios diferentes. También supone que el cambio del hábito adictivo implica tres etapas básicas:

Etapas:
Etapas 1: Establecimiento de un compromiso y motivación para el cambio.

Etapas 2: Instauración del cambio: consiste en el aprendizaje de una serie de estrategias de autocontrol que al ser ejecutadas lleven a la abstinencia.

Etapas 3: Mantenimiento del cambio a largo plazo: además de las estrategias de autocontrol se requiere la adquisición y mantención de un nuevo estilo de vida para conseguir la abstinencia prolongada (Trejos, Trujols y Casas, 1993).

El Diccionario Conciso de Psicología (2010) define: “reincidencia de los síntomas de un trastorno o enfermedad tras un periodo de mejoría o aparente cura” (p.431). Mientras que Tejero, Trujols y Casas (1993) lo conceptualizan como: “Vuelta al consumo de la sustancia que era previamente objeto de dependencia” (p.298) y Graña y García (1998) define: “Retorno al comportamiento adictivo o al estilo de vida anterior, después de un periodo inicial de abstinencia y de cambio de estilo de vida” (p.225).

Hunt, Branett y Branch (1971) señalan: “gran proporción de personas que han sido tratadas por problemas de comportamiento adictivo, tienden a volver hacia aquel comportamiento poco después de haber dejado el tratamiento”.

Catalano, Hawskins, Well y Miller (1990) mencionan: “Es preciso que se produzca la abstinencia empleada por un periodo de tiempo necesario sin consumo. En relación a este tiempo necesario existen dos consideraciones un periodo de abstinencia de 24 horas (Osspi-Klein et al., 1986) y la finalización del tratamiento (Surgeon, 1988)”.

Por lo enunciado, la recaída sería entendida como el retorno al consumo de sustancias luego de un periodo de abstinencia que, de acuerdo con la mayoría de autores es relativamente corto considerado luego de la culminación del tratamiento, la recaída además incluye un retorno a patrones de conducta y estilo de vida que acompañaban al consumidor antes del tratamiento.

2.2.3.2 Modelo cognitivo – conductual de Alan Marlatt

Beck, Wright, Newman y Liese (2006) sobre el Modelo Cognitivo – Conductual de Alan Marlatt refiere:

Marlatt y sus colaboradores (Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson, 1986; Marlatt, 1982; Marlatt y Gordon, 1985) han realizado una contribución importante a la literatura científica sobre la adicción con su modelo cognitivo-conductual de prevención de la recaída. Siguiendo el modelo de Marlatt y Gordon (1985) (véase figura 1) los individuos se ven a sí mismos como si tuvieran una sensación o percepción de control o autoeficacia. Cuando se enfrentan con situaciones de alto riesgo, esta sensación se ve amenazada. Estas

situaciones de alto riesgo para el abuso de drogas del paciente incluyen desde estados físicos o estados emocionales negativos o positivos, conflictos interpersonales, presión social o exposición a las señales asociadas con la droga. Cuando los individuos se enfrentan a estas situaciones de alto riesgo deben responder con conductas de afrontamiento. Aquellos que tienen relativamente menor número de respuestas de afrontamiento o ninguna, experimentarían una disminución en su autoeficacia y un aumento de las expectativas sobre los efectos positivos que produciría la droga. Este consumo inicial desemboca en lo que Marlatt llama el Efecto de la violación de la abstinencia (EVA; p. ej., percepción de la pérdida de control) y un aumento final de la probabilidad de recaída. El trabajo de Marlatt y sus colaboradores ha tenido un profundo impacto en el conocimiento de las conductas adictivas. De hecho, actualmente la mayoría de textos habituales sobre las adicciones tratan de la prevención de la recaída, ya sea de una forma u otra. Aunque casi todo el trabajo que se ha realizado sobre prevención de recaídas se ha generado a partir del modelo cognitivo-conductual (P. EJ., Chiazzi, 1991), varios programas (p. ej., Alcohólicos Anónimos), e incluso los defensores del modelo de enfermedad, recientemente han incrementado el énfasis en la prevención de las recaídas (p. ej., Gorski y Miller, 1986) (p.32, 33).

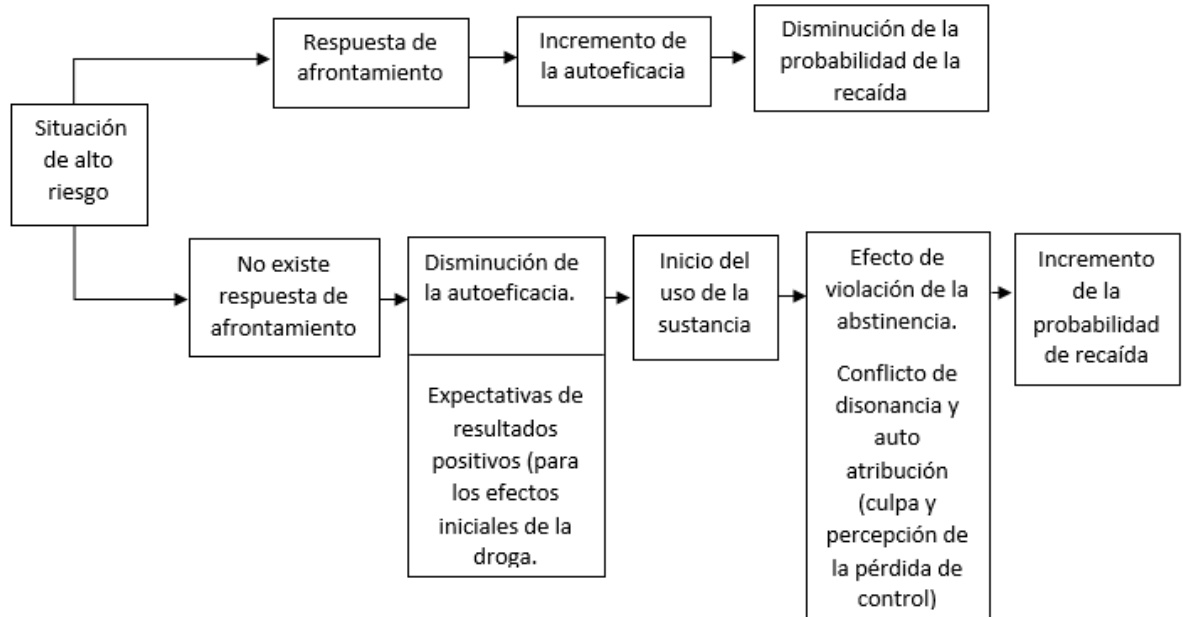


Figura 1. Modelo de proceso de recaída. De Marlatt y Gordon (1985), pág. 38.

Copyright 1985 por The Guilford Press.

2.2.3.2.1 Efecto de violación de la abstinencia

Marlatt (1985) acuñó este concepto para explicar las reacciones consecuentes a la recaída. El efecto de violación se caracteriza por la aparición de culpa, conflicto, sentimientos de autoatribución del fracaso y una crisis en la motivación del cambio ante una caída o resbalón. El autor plantea que como requisito previo para el desarrollo del EVA, la persona debió haber estado seriamente comprometida con el mantenimiento de la abstinencia. La intensidad del EVA será proporcional al grado de compromiso y/o esfuerzo puesto en el mantenimiento de la misma, a su duración y el valor subjetivo de la conducta en cuestión. Este concepto se fundamenta también en la teoría de las atribuciones. Marlatt y otros autores asumen que los procesos cognitivos determinan las reacciones afectivas.

Desde esta perspectiva, la recaída se considera como un proceso de dos fases; la primera consiste en un fallo a la regla autoestablecida, “el resbalón”, la segunda es la reacción cognitiva-afectiva ante la vuelta al consumo, hay una atribución cognitiva (creencias del individuo) referente a la causa que generó dicho consumo, la cual interactuará con una reacción afectiva o respuesta emocional a esta atribución, lo que determinará que la caída sea seguida o no de un incremento en el consumo; dicho de otra manera, el hecho de que la primera caída sea seguida de una pérdida de control y un regreso a los patrones anteriores a la abstinencia, dependerá sobre todo de las percepciones que la persona tenga sobre las causas de la caída inicial.

El EVA se incrementa cuando las causas de la recaída sean atribuidas a factores internos que se perciben como incontrolables; por el contrario la intensidad del EVA disminuirá cuando la persona atribuye la causa a factores externos inestables, pero percibidos como controlables. El EVA es, por lo tanto, un constructo dimensional en el que la gravedad de la recaída se considera dependiendo del grado de la respuesta emocional a la vuelta al consumo de sustancias tras la abstinencia. Por consiguiente, a mayor efecto, mayor es la probabilidad de recaída, y cuanto menor sea el efecto de violación (con todas sus implicaciones cognitivas-conductuales), menor será la probabilidad de recaer (Chávez, Arellano y González, 2010; p.9).

2.2.4 Guía psicológica de prevención de recaídas en los pacientes del centro integral del tratamiento de adicciones Benito Menni. (ANEXO 3)

Guía psicológica de prevención de recaídas planteada en base a los resultados obtenidos en la investigación, donde se evidencia que los procesos de los Pacientes del Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni están asociados en su mayoría a los factores relacionados con emociones desagradables, probando auto-control, y conflictos. La presente guía está estructurada para realizarse de manera conjunta entre el paciente y su terapeuta personal, considerando estrategias de uso diario, semanal y mensual, la duración depende de cada estrategia, además cumple la función de ser una fuente de información continua para constatar el proceso de recuperación que se lleva a cabo. Para algunas de las estrategias se considera también la colaboración de un miembro de la familia (agente de apoyo). Es importante que los pacientes se informen acerca de los factores psicosociales, el proceso de recaída y las estrategias planteadas para su prevención, por lo que los conocimientos detallados apuntan a la prevención de recaídas en los pacientes que culminan el tratamiento de internamiento y se encuentran en el ambulatorio, con el fin de prolongar el tiempo de abstinencia y mejorar la calidad de vida.

Para el desarrollo de la guía se considera al enfoque cognitivo conductual, por los resultados alentadores en el tratamiento de trastornos relacionados con el consumo de sustancias y por considerar importante la relación cognición - conducta como el modelo planteado por Marlatt (1985). Las estrategias incluidas han sido planteadas en función de los trabajos desarrollados por varios autores en el área de drogodependencia y las necesidades de los pacientes evaluados con el fin de brindar a los pacientes un instrumento eficaz.

Estrategias planteadas para la guía de prevención:

- Informarse.
- Identificación de los estímulos de riesgo.
- Análisis de ventajas y desventajas.
- Desarrollar redes de apoyo.
- Valorar Craving.
- Valorar riesgo de recaída.
- Apoyo familiar.
- Tareas de Autoayuda.
- Practicar relajación.
- Actividades de agrado personal.
- Actividad física.

2.3 HIPÓTESIS

Los Factores psicosociales en el Proceso de recaída de los pacientes del Centro Integral de Tratamiento en Adicciones Benito Menni en el periodo abril – septiembre 2016.

2.4 VARIABLES

2.4.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

- Factores psicosociales

2.4.2 VARIABLE DEPENDIENTE

- Proceso de recaída

2.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Los siguientes términos están definidos por el diccionario APA conciso de Psicología (2010):

- **Adicciones:** Según el diccionario APA de psicología (2010), es el estado de dependencia psicológica, física o ambas del uso de alcohol u otras drogas. Para describir este estado se prefiere el término dependencia de sustancias porque se refiere de manera más explícita a los criterios de diagnóstico, que incluyen tolerancia, retraimiento pérdida del control y consumo compulsivo de sustancia. Las sustancias químicas con potencial significativo para producir dependencia se conocen como drogas adictivas.
- **Dependencia de sustancias:** Según el diccionario APA de psicología (2010), es el conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican un consumo continuo de una sustancia pese a los significativos problemas relacionados con esta. Hay un patrón de ingestión de la sustancia repetido que genera tolerancia, síntomas de abstinencia.
- **Recaídas:** Según el diccionario APA de psicología (2010), la reincidencia de los síntomas de un trastorno o enfermedad tras un periodo de mejoría o aparente cura.

- **Desencadenantes:** Según el diccionario APA de psicología (2010), estímulo que, cuando se presenta en las condiciones apropiadas inicia un Patrón de Acción Fija también llamado estímulo signo.
- **Factores psicosociales:** Según el diccionario APA de psicología (2010), son fenómenos e influencias sociales, culturales y ambientales que inciden en la salud mental y en el comportamiento del individuo y de los grupos. Estas influencias comprenden situaciones, relaciones y presiones sociales, como la competencia por y el acceso a la educación, la salud, el cuidado y otros recursos sociales; cambio tecnológico rápido; plazas laborales; y cambios en las funciones y la condición de las mujeres y los grupos minoritarios.
- **Prevención:** Según el diccionario APA de psicología (2010), son intervenciones conductuales, biológicas o sociales ideadas para reducir el riesgo de trastornos, enfermedades o problemas sociales en el caso de individuos y de poblaciones enteras.
- **Recuperación:** Según el diccionario APA de psicología (2010), es el periodo durante el cual el individuo manifiesta un progreso constante en términos de una restauración mensurable de las capacidades, habilidades y funciones después de una enfermedad o lesión, proceso de recobrar o localizar información almacenada en la memoria.
- **Sustancias psicoactivas:** Según el diccionario APA de psicología (2010), son sustancias que tienen efectos psicoactivos en procesos psicológicos como el pensamiento, la percepción y la emoción. Las drogas psicoactivas abarcan las que se consumen deliberadamente para producir un estado alterado de conciencia.
- **Tratamiento Ambulatorio:** Procedimiento que no requiere que el paciente permanezca hospitalizado o recluido para llevarlo a cabo, donde se abre la posibilidad de llevar a cabo procedimientos y estudio diagnósticos al paciente.

- **Tratamiento Residencial:** Según el diccionario APA de psicología (2010), es el tratamiento que tiene lugar en el hospital, centro especial u otro entorno que ofrece un programa de tratamiento y alojamiento residencial.

CAPÍTULO III
MARCO
METODOLÓGICO

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Cuantitativa: Para la investigación se realiza un estudio estadístico de la variable independiente “Factores psicosociales” a través del Inventario de situaciones de riesgo basado en el inventario ISCA; mientras que para la variable dependiente “Proceso de recaída” se emplea un cuestionario diseñado para valoración del mismo. Mediante la recolección de datos se busca comprobar la hipótesis con base en la medición numérica, prevalencia de respuestas y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. (Hernández, Fernández y Baptista 2010).

No experimental: Se observa los fenómenos tal y como ocurren en su contexto natural, es decir, factores psicosociales y proceso de recaída; para su análisis.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

DESCRIPTIVA: La investigación especifica propiedades, características y perfiles de grupos, procesos o fenómenos que se someten a análisis. A través de la recolección de datos se describe cada una de las variables.

3.3 TIPO DE ESTUDIO

TRANSVERSAL: Se realiza en un periodo de tiempo determinado, de abril a septiembre del 2016, con una duración de seis meses.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1 Población

Esta investigación se realiza en Pacientes de la modalidad ambulatoria del Centro Integral del Tratamiento de Adicciones Benito Menni, de Quito, periodo abril – septiembre 2016, con una población de 100 pacientes.

3.4.2 Muestra

La muestra es de tipo no probabilística, ya que no existe la aplicación de fórmula estadística. Para llevar a cabo la investigación se considera, bajo criterios de inclusión y exclusión una muestra de 15 pacientes del Centro Integral del Tratamiento de Adicciones Benito Menni, de Quito, periodo abril – septiembre 2016.

2.5.1.1 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión

- Pacientes que han culminado el proceso de internamiento.
- Pacientes que continúan en el proceso ambulatorio.
- Pacientes que han presentado recaída.
- Voluntariedad de los pacientes a acceder a la aplicación de los reactivos de evaluación.

Criterios de Exclusión

- Pacientes que no han culminado el proceso de internamiento.
- Pacientes que no continúan en el proceso ambulatorio.
- Pacientes que no han presentado recaída.
- Paciente que no accedieron a la aplicación de los reactivos de evaluación.

2.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

2.6.1 Técnica

Test psicológico: Cuyo objetivo es medir o evaluar determinadas características psicológicas. En la investigación se usa el “Inventario de factores de riesgo” basado en el inventario ISCA y el cuestionario sobre el Proceso de Recaída.

2.6.2 Instrumentos

“Inventario de factores de riesgo” basado en el inventario ISCA (ANEXO 1)

En Instrumentos de evaluación del modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema sobre el inventario se encuentra:

EL INVENTARIO SITUACIONAL DE CONSUMO DE ALCOHOL, ISCA; (Annis, 1982), se desarrolló como un instrumento para medir situaciones específicas de consumo de alcohol que pueden ser identificadas en un individuo como situaciones de alto riesgo para una recaída (Annis, 1986). Basándose en un microanálisis de diversas situaciones ocurridas en el último año, que en la mayoría de los casos resultan en consumo excesivo, el ISCA puede ser utilizado como una herramienta para planear un tratamiento, ya que proporciona un perfil de las áreas de mayor riesgo en un individuo (Annis and Davis; Peachey and Annis, 1985). Como instrumento de investigación el ISCA proporciona una herramienta para el estudio de los resultados de un tratamiento y el proceso de recaída.

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO El ISCA es un cuestionario de 100 reactivos diseñado para medir situaciones en las que un individuo bebió en exceso durante el año anterior. Los 100 reactivos están diseñados para medir 8 categorías (situaciones de consumo de alcohol) divididas en dos grandes grupos:

1) SITUACIONES PERSONALES, en las cuales el beber involucra una respuesta a un evento de naturaleza psicológica o física; se subdivide en 5 categorías:

- Emociones desagradables
- Malestar físico
- Emociones agradables
- Probando auto-control
- Necesidad o urgencia por consumir

2) SITUACIONES QUE INVOLUCRAN A TERCERAS PERSONAS, que se subdividen en 3 subcategorías que son:

- Conflicto con otros
- Presión social
- Momentos agradables

Este sistema de clasificación se desarrolló con base en el trabajo de Marlatt, en donde alcohólicos crónicos del sexo masculino fueron entrevistados y se les preguntaron las circunstancias que rodeaban su primer episodio de recaída. Después de haber sido dados de alta de un programa de tratamiento orientado hacia la abstinencia; al hacer un análisis de contenido de las respuestas se derivó un sistema de clasificación de 8 categorías (Marlatt, 1978, 1979; Marlatt y Gordon, 1980, 1985) (p.108, 109).

Para esta investigación se realiza un cambio en la terminología que incluya otras sustancias, con el objetivo de valorar la recaída no solo en el consumo de alcohol como nos ofrece la propuesta original sino ampliando el campo de investigación. Además para la interpretación, las respuestas se valoran en función de Verdadero (V) o Falso (F) en función de sí los pacientes identifican o no cada factor como riesgo de recaída.

Cuestionario del proceso de Recaída (ANEXO 2)

Para la presente investigación se desarrolla un cuestionario para valorar el proceso de recaída en el que se incluye 3 preguntas, mismas abarcan campos como: qué factores intervienen el proceso de recaída, cómo se produjo, que emociones se experimenta (antes, durante y después) en este, etc.

2.7 TÉCNICA PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La información se obtiene a través de la aplicación del “Inventario de factores de riesgo” basado en el inventario ISCA, para identificar factores psicosociales y el “Cuestionario sobre el proceso de recaída”, para identificar como se produce la recaída en los Pacientes del Centro

Integral del Tratamiento de Adicciones Benito Menni, realizada por medio de estadística básica en el programa Microsoft Excel. Los resultados obtenidos se representan mediante cuadros y gráficos estadísticos que, en el caso del inventario de factores de riesgo se divide en dos situaciones facilitando el análisis y el desarrollo de las respectivas conclusiones y recomendaciones del trabajo de investigación.

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS E
INTERPRETACIÓN DE
RESULTADOS

4.1 FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO EN LOS PACIENTES DEL CENTRO INTEGRAL DEL TRATAMIENTO DE ADICIONES BENITO MENNI

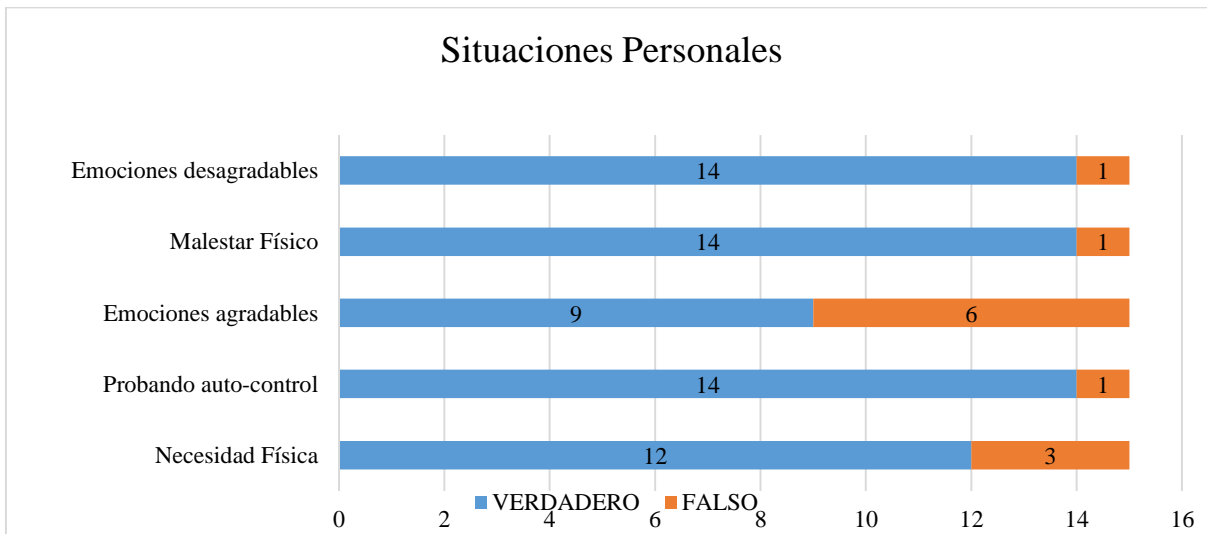
TABLA 1: INVENTARIO DE FACTORES DE RIESGO BASADO EN EL INVENTARIO ISCA: SITUACIONES PERSONALES

Situaciones Personales		
Factores	VERDADERO	
	Frecuencia	Porcentaje
Emociones desagradables	14	93%
Malestar físico	10	67%
Emociones agradables	9	60%
Probando auto-control	14	93%
Necesidad física	12	80%

Fuente: Inventario de Factores de Riesgo basado en el Inventario ISCA aplicado a Pacientes del Centro Integral del Tratamiento en Adicciones.

Elaboración: Natalí Arteaga – Alexandra Rodríguez.

GRÁFICO 1: INVENTARIO DE FACTORES DE RIESGO BASADO EN EL INVENTARIO ISCA: SITUACIONES PERSONALES.



Fuente: Inventario de Factores de Riesgo basado en el Inventario ISCA aplicado a Pacientes del Centro Integral del Tratamiento en Adicciones.

Elaboración: Natalí Arteaga – Alexandra Rodríguez.

INTERPRETACIÓN

En la población investigada (15 pacientes): se observa que en relación a Situaciones personales 14 de ellos equivalente al 93% identificaron situaciones relacionadas con los factores “Emociones desagradables” y “Probando auto-control”, como factores desencadenantes de recaída, mientras que el factor menos considerado es “emociones agradables” mismo que fue seleccionado por un 60% de pacientes.

ANÁLISIS

De acuerdo a los resultados obtenidos con la aplicación del instrumento de Factores psicosociales en cuanto a situaciones personales, el porcentaje más alto (93%) se asocia a dos factores: “Emociones desagradables” y “Probando auto-control”. Los pacientes identifican como riesgo de recaída a situaciones involucradas dentro de estos factores como: tristeza, sensación de vacío, depresión, culpa, etc. (emociones desagradables) o fuerza de voluntad, control, límites, etc. (probando auto-control). Cuando los pacientes retornan a su estilo de vida anterior al culminar el tratamiento el enfrentarse a estas situaciones es más común de lo que parece por lo que se convierte en un riesgo latente, como lo menciona Marlatt (1993) una situación de alto riesgo a reacciones emocionales que representa una amenaza a la sensación de control del individuo y aumenta el riesgo a la recaída. También se observa que el factor menos considerado por los pacientes corresponde a “Emociones agradables”, dado que por lo general son las menos involucradas en la dinámica de la vida de los pacientes.

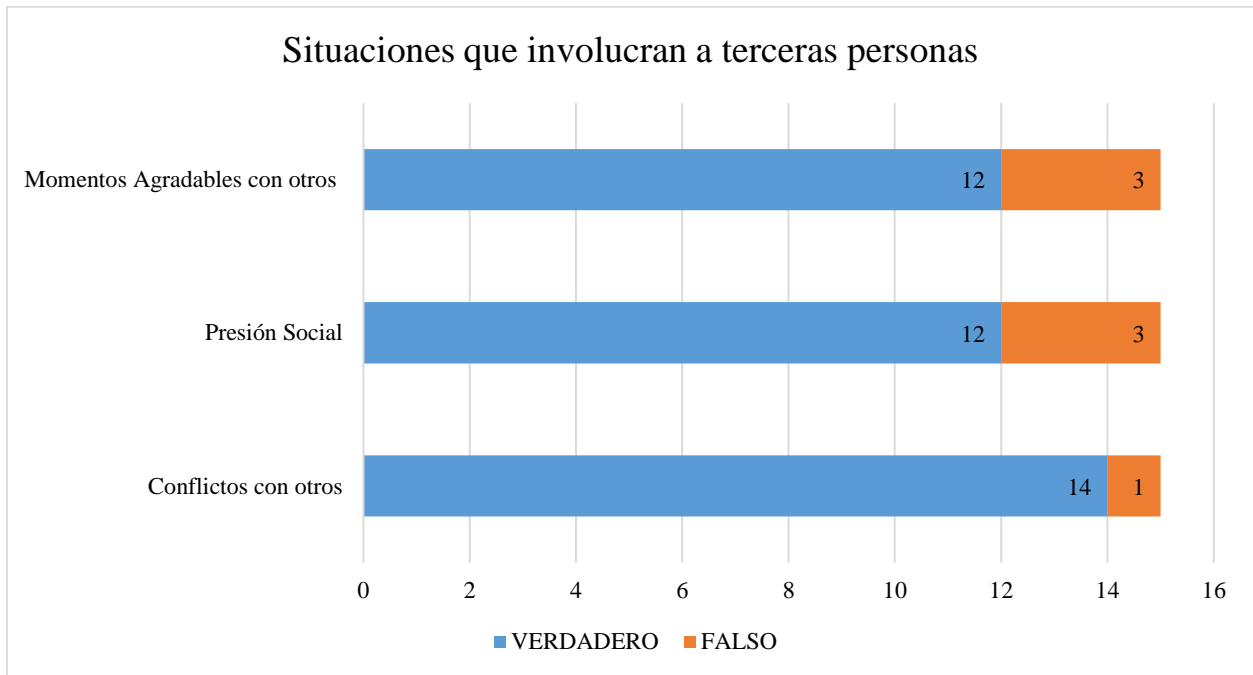
TABLA 2: INVENTARIO DE FACTORES DE RIESGO BASADO EN EL INVENTARIO ISCA: SITUACIONES QUE INVOLUCRAN A TERCERAS PERSONAS

Situaciones que involucran a Terceras Personas		
Factores	VERDADERO	
	Frecuencia	Porcentaje
Momentos agradables con otros	12	80%
Presión Social	12	80%
Conflictos con otros	14	93%

Fuente: Inventario de Factores de Riesgo basado en el Inventario ISCA aplicado a Pacientes del Centro Integral del Tratamiento en Adicciones.

Elaboración: Natalí Arteaga – Alexandra Rodríguez.

GRÁFICO 2: INVENTARIO DE FACTORES DE RIESGO BASADO EN EL INVENTARIO ISCA: SITUACIONES QUE INVOLUCRAN A TERCERAS PERSONAS



Fuente: Inventario de Factores de Riesgo basado en el Inventario ISCA aplicado a Pacientes del Centro Integral del Tratamiento en Adicciones.

Elaboración: Natalí Arteaga – Alexandra Rodríguez.

INTERPRETACIÓN

En la población investigada (15 pacientes): se observa que en relación a Situaciones que involucran a terceras personas 14 de ellos equivalente al 93% identificaron situaciones relacionadas con los factores “conflictos con otros”, mientras que 12 pacientes equivalente al 80% “Presión Social” al igual que “Momentos agradables con otros”.

ANÁLISIS

De acuerdo a los resultados obtenidos con la aplicación del instrumento de Factores psicosociales en cuanto a Situaciones que involucran a terceras personas, el porcentaje más alto (93%) está asociado al factor “Conflictos con otros”. Los pacientes dentro de este factor identifican situaciones como: discusiones, disgustos, críticas, tensión, rechazo, etc. con terceros. Los individuos por naturaleza somos seres sociales por lo que el ambiente ejerce gran presión frente a nuestras acciones, el contexto de los sujetos con problemas de consumo tiende a ser muy conflictivo mientras que durante el tratamiento el paciente se desarrolla en un ambiente más sano (controlado) por lo que si al culminar su entorno no se ha modificado lo suficiente, el paciente considera que puede enfrentar un alto riesgo a recaer. Desde el presupuesto de que la conducta pasada es el mejor predictor de la conducta futura, se puede esperar que las situaciones (externas o internas) que han precipitado una recaída en el pasado, provoquen tentaciones de consumo en el futuro. Marlatt (1993)

4.2 PROCESO DE RECAÍDA EN LOS PACIENTES CENTRO INTEGRAL DEL TRATAMIENTO DE ADICIONES BENITO MENNI

TABLA 3: CUESTIONARIO SOBRE EL PROCESO DE RECAÍDA: A QUE ATRIBUYE LA RECAÍDA

¿A qué atribuye la Recaída?		
Factores	Frecuencia	Porcentaje
Poco Autocontrol	5	33%
Estrés y ansiedad	1	7%
Problemas familiares y laborales	7	47%
Retorno al ambiente de consumo	2	13%
Total	15	100%

Fuente: Cuestionario sobre el Proceso de Recaída aplicado a Pacientes del Centro Integral del Tratamiento Adicciones.

Elaboración: Natalí Arteaga – Alexandra Rodríguez.

GRÁFICO 3: CUESTIONARIO SOBRE EL PROCESO DE RECAÍDA: A QUÉ ATRIBUYE LA RECAÍDA



Fuente: Cuestionario sobre el Proceso de Recaída aplicado a Pacientes del Centro Integral del Tratamiento Adicciones.

Elaboración: Natalí Arteaga – Alexandra Rodríguez.

INTERPRETACIÓN

En la población investigada (15 pacientes): se observa que en relación a la pregunta ¿A qué atribuye la recaída?, 7 equivalente al 47% identifican “Problemas laborales y familiares”, 5 equivalente 33% identifican “Poco Autocontrol”, 2 equivalente al 13% identifican “Retorno al ambiente de consumo” y 1 equivalente al 7% identifica “Estrés y ansiedad” como factores desencadenantes de su recaída.

ANÁLISIS

De acuerdo a los resultados obtenidos con la aplicación del instrumento para valorar el proceso de recaída en cuanto a la pregunta ¿A qué atribuye la recaída? el porcentaje más alto (47%) corresponde a factores “Problemas familiares y laborales”. Evidenciándose que los pacientes identifican conflictos familiares, dificultades para expresar sentimientos con miembros de su familia, poco apoyo de su familia en la recuperación, dificultades en su ambiente de trabajo hechos que desestabilizan el proceso de recuperación y desencadenan en recaída. La familia es parte elemental en la historia, detección, aceptación, tratamiento, rehabilitación y mantenimiento de abstinencia, del uso y abuso de sustancias así mismo disminuye o provoca recaídas. (Torres, 2007). Un 33% (5 pacientes) identifican al factor “Poco Autocontrol” como desencadenante de su recaída mencionando situaciones como: el consumo no es un problema para mí, puedo detenerme y controlar cuanto consumo, considerarse auto-suficiente, etc. comprobando postulados en los que se señala como principales situaciones de riesgo de: recaída fiestas, celebraciones, habilidades de autocontrol y el ambiente social. (Varela et al. 2007)

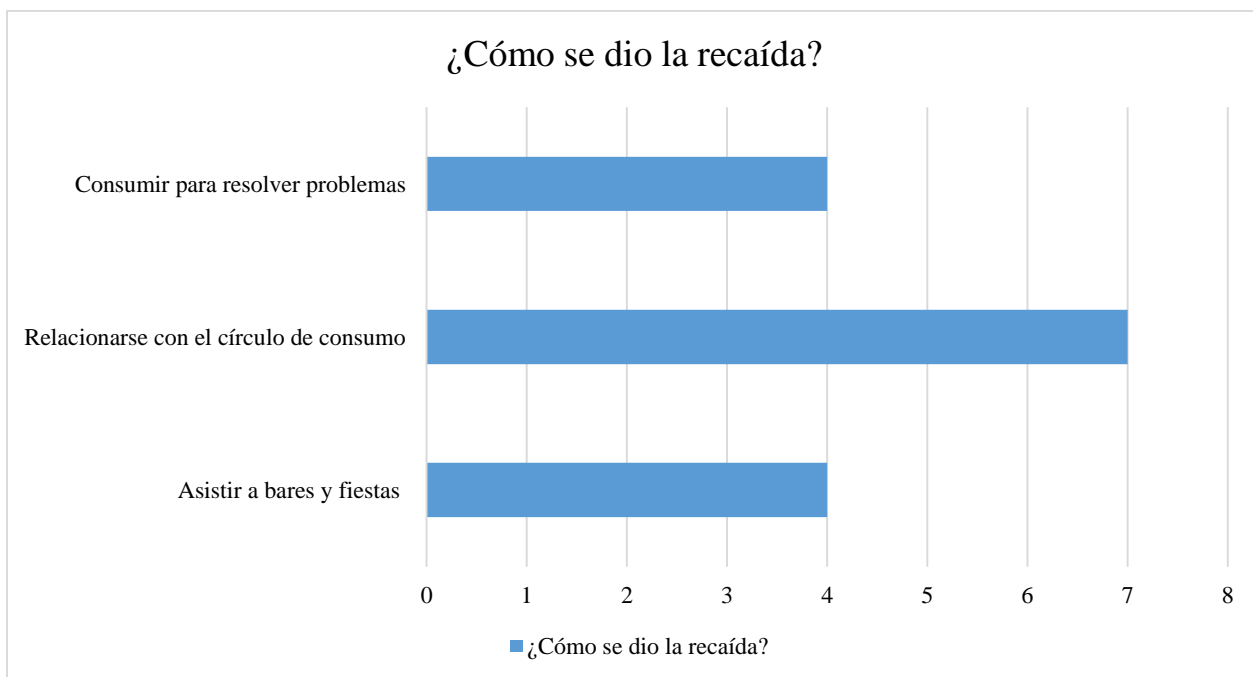
TABLA 4: CUESTIONARIO SOBRE EL PROCESO DE RECAÍDA: ¿CÓMO SE DIO LA RECAÍDA?

¿Cómo se dio el proceso de recaída?		
Proceso	Frecuencia	Porcentaje
Consumir para resolver problemas	4	27%
Relacionarse con el círculo social de consumo	7	46%
Asistir a bares y fiestas	4	27%
Total	15	100%

Fuente: Cuestionario sobre el Proceso de Recaída aplicado a Pacientes del Centro Integral del Tratamiento Adicciones.

Elaboración: Natalí Arteaga – Alexandra Rodríguez.

GRÁFICO 4: CUESTIONARIO SOBRE EL PROCESO DE RECAÍDA: ¿CÓMO SE DIO LA RECAÍDA?



Fuente: Cuestionario sobre el Proceso de Recaída aplicado a Pacientes del Centro Integral del Tratamiento Adicciones.

Elaboración: Natalí Arteaga – Alexandra Rodríguez.

INTERPRETACIÓN

En la población investigada (15 pacientes): se observa que en relación a la pregunta ¿Cómo se dio la recaída?, 7 equivalente al 46% mencionan que ésta se dio al “relacionarse con el círculo de consumo”, el 27% (4 pacientes) indican se produjo al asistir a bares y fiestas y el 27% restante a consumir para resolver problemas.

ANÁLISIS

Según los resultados obtenidos con la aplicación del instrumento para valorar el proceso de recaída, en cuanto a la pregunta ¿Cómo se dio la recaída? la mayor parte de pacientes (7) correspondiente al 46% identificaron que su recaída se dio al relacionarse con el círculo de consumo como: pasar por lugares donde expenden la sustancia y reunirse con amigos de consumo. Mientras que el porcentaje restante corresponde a: asistir a bares y fiestas y consumir para resolver problemas con un 27 % respectivamente. La conducta pasada es el mejor predictor de la conducta futura, por lo que retornar al ambiente de consumo, incluirse en actividades donde el consumo es considerado “normal” como las festividades y desenvolverse según patrones de conducta anteriores al tratamiento precipita una recaída. (Marlatt 1993)

Durante el transcurso de la investigación se ha observado cómo entre los factores que desencadenan recaídas los pacientes identifican algunos en común más allá de la individualidad de cada proceso, por la historia y otros factores personales, a tal punto de permitir establecer un patrón, identificando un alto riesgo.

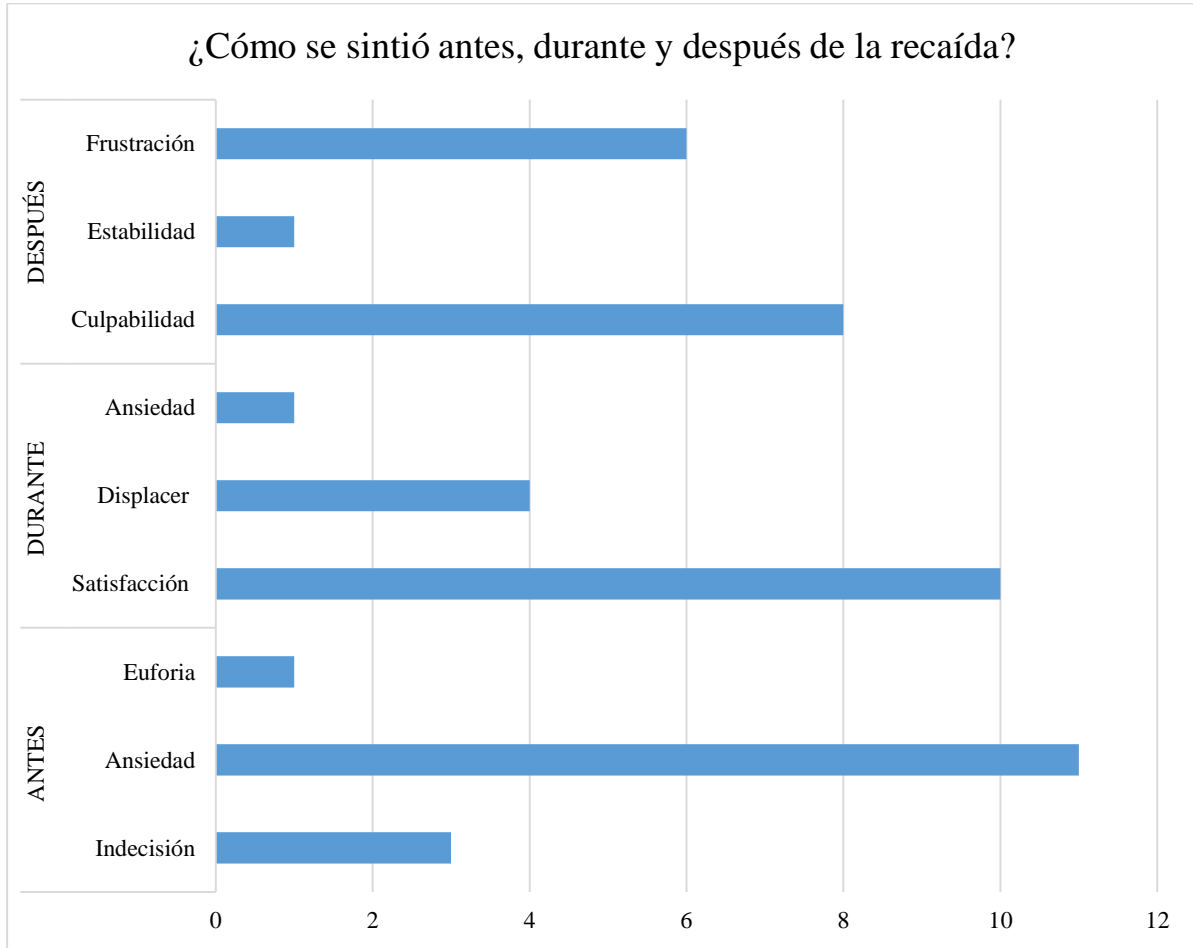
TABLA 5: CUESTIONARIO SOBRE EL PROCESO DE RECAÍDA: DESCRIBA CÓMO SE SINTIÓ ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA RECAÍDA

Describe cómo se sintió antes, durante y después de la recaída			
Tiempo	Emoción	Frecuencia	Porcentaje
ANTES	Indecisión	3	20%
	Ansiedad	11	73%
	Euforia	1	7%
TOTAL		15	100%
DURANTE	Satisfacción	10	67%
	Displacer	4	27%
	Ansiedad	1	6%
TOTAL		15	100%
DESPUÉS	Culpabilidad	8	53%
	Estabilidad	1	7%
	Frustración	6	40%
TOTAL		15	100%

Fuente: Cuestionario sobre el Proceso de Recaída aplicado a Pacientes del Centro Integral del Tratamiento Adicciones.

Elaboración: Natalí Arteaga – Alexandra Rodríguez.

GRÁFICO 5: CUESTIONARIO SOBRE EL PROCESO DE RECAÍDA: DESCRIBA CÓMO SE SINTIÓ ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA RECAÍDA



Fuente: Cuestionario sobre el Proceso de Recaída aplicado a Pacientes del Centro Integral del Tratamiento Adicciones.

Elaboración: Natalí Arteaga – Alexandra Rodríguez.

INTERPRETACIÓN

En la población investigada (15 pacientes): en relación a la pregunta ¿Cómo se sintió antes, durante y después de la recaída?, en lo que corresponde a la categoría ANTES, 11 equivalente a 73% indican haber sentido ansiedad, 3 equivalente al 20% Indecisión y 1 equivalente al 7% euforia. Con respecto a la categoría DURANTE, 10 equivalente al 67% mencionan haber sentido satisfacción, 4 equivalente al 27% displacer y 1 equivalente al 6% ansiedad. Mientras que en la categoría DESPUÉS, 8 equivalente al 53% indican sentir culpabilidad, 6 equivalente al 40% frustración y 1 equivalente al 7% estabilidad.

ANÁLISIS

Según los resultados obtenidos con la aplicación del instrumento para valorar el proceso de recaída, en cuanto a la pregunta ¿Cómo se sintió antes, durante y después de la recaída?, se describe las emociones que experimentan los pacientes antes durante y después de la recaída con una prevalencia importante en cada una de estas categorías. **Antes** de que se produzca la recaída la mayoría de pacientes (11) 73% indican haber sentido ansiedad, estado experimentado de manera frecuente en el consumo de sustancias principalmente después de un periodo de abstinencia, frente a las demás respuestas que se relacionan con indecisión y euforia. **Durante** la recaída, el porcentaje más alto 67% (10) corresponde a una sensación de satisfacción, relacionada con el gozo que sienten los pacientes al volver a consumir la sustancia. Mientras que **Después** de la recaída el 53% (8) indican haber sentido culpabilidad, seguido sin mucha diferencia del 40% (6) que experimentaron frustración, esto debido a considerar un fracaso en el tratamiento y romper con la idealización de “cura”.

La recaída se caracteriza por la aparición de culpa, conflicto, sentimientos de autoatribución del fracaso y una crisis, aunque inicialmente al enfrentar un factor de riesgo los pacientes no desarrollan o emplean adecuadamente respuestas de afrontamiento, dando paso al resbalón para luego establecerse la reacción cognitiva-afectiva ante la vuelta al consumo, la cual interactuará con una reacción afectiva o respuesta emocional. (Marlatt, 1985)

4.3 FACTORES PSICOSOCIALES Y EL PROCESO DE RECAÍDA EN LOS PACIENTES CENTRO INTEGRAL DEL TRATAMIENTO DE ADICIONES BENITO MENNI

ANÁLISIS

Con los resultados obtenidos y sus respectivos análisis se encuentra que de ocho factores psicosociales considerados como riesgo para una recaída, siete influyen en las generadas en los pacientes evaluados, es decir que un 87% de factores psicosociales influyen en el proceso de recaída, considerando que el factor que no influye corresponde a “Malestar físico”, a partir de esto se despliega información importante para el trabajo propuesto, se encuentra que el 93% de pacientes señalan como principales factores de riesgo a “Emociones desagradables” y “Probando auto-control”, donde se incluye situaciones como: tristeza, sensación de vacío, depresión, culpa, etc. (emociones desagradables) o fuerza de voluntad, control, límites, etc. (probando auto-control), en función de la categoría de Situaciones personales. Mientras que en la Categoría Situaciones que involucran a terceras personas el factor más considerado (93%) es “Conflictos con otros” en el que los pacientes identifican situaciones como: discusiones, disgustos, críticas, tensión, rechazo, etc. con terceros.

Se observa una influencia de los factores mencionados en el proceso de recaída de los pacientes evaluados, así el 47% corresponde a “Problemas familiares y laborales” entre los que se encuentra conflictos familiares, dificultades para expresar sentimientos con miembros de su familia, poco apoyo familiar en la recuperación y dificultades en el ambiente de trabajo, además el 33% a “Poco Autocontrol” relacionado con la creencia de que el consumo no es un problema, de que puede detenerse y controlar el consumo, de considerarse auto-suficiente, etc. La manera en cómo se produce la recaída también es importante por lo que se detalla que luego de enfrentarse a los distintos riesgos el 46% señala que su recaída es producto de su relación con el círculo de consumo (pasar por lugares donde expenden la sustancia y reunirse con amigos de consumo), un 27% por considerar que al consumir soluciona los problemas y el 27% restante por asistir a bares y fiestas.

Finalmente en lo que corresponde a emociones que se experimentan en relación a la recaída se evidencia que: **antes** de la recaída el 73% de pacientes indican haber sentido ansiedad, estado frecuente en el consumo de sustancias luego de haber mantenido abstinencia, **durante** la recaída el porcentaje más alto 67% corresponde a una sensación de satisfacción, relacionada con el gozo y, **después** de la recaída el 53% indican haber sentido culpabilidad, seguido de un 40% que menciona haber experimentado frustración. Según Marlatt (1985) el Efecto de Violación de Abstinencia (E.V.A) se caracteriza por la aparición de culpa, conflicto, sentimientos de autoatribución del fracaso y una crisis en la motivación del cambio, además se menciona que la gravedad de recaída depende del grado de respuesta emocional a la vuelta del consumo tras la abstinencia incrementando o disminuyendo el riesgo.

CAPÍTULO V
CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- En los pacientes que terminaron el internamiento en el Centro Integral del Tratamiento de Adicciones Benito Menni se ha identificado algunos Factores psicosociales como: “Emociones desagradables”, “Probando auto-control” y “Conflictos con otros” (93%), “Necesidad física”, “Presión social” y “Momentos agradables con otros”, (80%), “Malestar físico” (67%) y “Emociones agradables” (60%); relacionados a la experiencia de consumo e historial personal de cada paciente y alineado a un patrón a pesar de la individualidad del proceso.
- El proceso de recaída en los pacientes del Centro Integral del Tratamiento de Adicciones Benito Menni, está relacionado con: “Problemas laborales y familiares” en un 47%, “Poco Autocontrol” en un 33%, “Retorno al ambiente de consumo” en un 13%, mientras que por “Estrés y ansiedad” el 7%. El consumo se lleva a cabo al “Relacionarse con círculo social de consumo” (46%), “Asistir a bares y fiestas” (27%) y “Consumir para solucionar problemas” (27%). Se evidencia que **antes** del proceso un 73% indican ansiedad, el 20% Indecisión y el 7% euforia; **durante** el consumo el 67% siente satisfacción, el 27% displacer y el 6% ansiedad y, **después** de éste el 53% culpabilidad, 40% frustración y 7% estabilidad, que según el Efecto de violación de Abstinencia (E.V.A) la gravedad de recaída depende del grado de respuesta emocional a la vuelta del consumo tras la abstinencia por lo que las emociones incrementan o disminuyen el riesgo de ésta.
- En el análisis de las variables se ha podido encontrar que el 87% de factores psicosociales influyen significativamente en el proceso de recaída, dicho porcentaje corresponde a siete de los ocho factores investigados en los pacientes del Centro Integral de Tratamiento en Adicciones Benito Menni.
- Se diseña una Guía psicológica de prevención dirigida a los pacientes del Centro Integral de Tratamiento en adicciones Benito Menni de Quito, con enfoque cognitivo – conductual, con el objetivo de informar sobre la recaída y el planteamiento de estrategias para su prevención.

5.2 RECOMENDACIONES

- En relación a los factores psicosociales identificados en los pacientes se recomienda a los profesionales del Instituto del Centro Integral de Tratamiento en adicciones Benito Menni de Quito valorar el ambiente en el que se va a desarrollar al finalizar el internamiento además, asesorar para que al retomar las actividades cotidianas lo haga de manera progresiva, buscando nuevas actividades interés y de inicio bajo supervisión familiar a fin de brindar a los pacientes mayor estabilidad emocional en esta etapa.
- Al conocer cómo se da el proceso recaída de los pacientes del Centro Integral del Tratamiento de Adicciones Benito Menni, se recomienda poner más énfasis en las terapias familiares en relación a las características necesarias de este ambiente para contribuir en el tratamiento de los pacientes, además de trabajar en la comprensión del trastorno por los miembros de la familia, partiendo de reconocer que al concluir el internamiento el paciente no se encuentra “curado”, sino que necesita del apoyo familiar continuo motivando su asistencia todo el proceso ambulatorio.
- Se recomienda a los profesionales del Instituto del Centro Integral de Tratamiento en adicciones Benito Menni de Quito, encargados del proceso ambulatorio brindar el apoyo necesario para la prevención de recaídas con la ayuda de la Guía psicológica planteada en esta investigación.
- Fomentar en los pacientes del Centro Integral de Tratamiento en adicciones Benito Menni de Quito, interés en su proceso de recuperación al prestar atención a su progreso y trabajar constantemente en la identificación de factores psicosociales que actúen como posibles desencadenes de recaída para intervenir a tiempo.

5.3. BIBLIOGRAFÍA

- Beck, A., Wright, F., Newman, C., & Liese, B. (2006). *Terapia Cognitiva de las drogodependencias*. España: PAIDOS.
- Becoña, E. (2002). *BASES CIENTÍFICAS DE LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS*. Madrid, España: Universidad Santiago de Compostela.
- Catalano, Hawkind, Well, & Miller. (1990). Evaluation of adolescent drug abuse treatment, assessment of risk for relapse and promising approaches for relapse prevention. *The International Journal of the Addictions*.
- Chávez, E., Arellano, H., & Gonzales, D. (2010). *Prevención de recaídas manual de prevención*.
- CONACYT. (2011). *Desarrollo y evaluación de Intervenciones preventivas para comportamientos adictivos en comunidades urbanas y rurales de México*. México. Obtenido de <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/beb/III.pdf>
- CONSEP. (2007). *Informe del estudio Nacional a Hogares sobre consumo de drogas*. Quito.
- Consuegra Anaya, N. (2010). *Diccionario de Psicología* (2a ed., Vol. 2a). (A. Acosta Quintero, Ed.) Bogotá, Colombia: Ecoe Ediciones.
- Daza, M., & Pérez, J. (1997). *Factores psicosociales: metodología de evaluación*. España. Obtenido de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentación/FichasTécnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_4433.pdf
- De Leon, G. (2004). *LA COMUNIDAD TERAPEUTICA Y LAS ADICCIONES*. Bilbao, España: DESCLEE DE BROUWER.
- Díaz, R., & García, B. (2008). FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO DE CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES MEXICANOS DE EDUCACIÓN MEDIA. México, México.
- Hunt, Branett, & Branch. (1971). Relapse rates in addition Programs *Journal of Clinical Psychology*. *Journal of Clinical Psychology*.

- International Journal of Clinical and Health Psychology. (2007). FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN ADOLESCENTES ESPAÑOLES. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 403-420. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10481/32755>
- López Ibor. (1992). *CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: MEDITOR.
- López, A., & Pedroncini, Y. (2015). *Estilos parentales percibidos en adictos en proceso de recuperación y su relación con el apoyo social*.
- Luengo, Romero, & Gómez. (2001). *Análisis de la eficacia y prevención de recaídas en el consumo de drogas*.
- Marck, G. (2008). THE BIOPSYCHOSOCIAL AND "COMPLEX" SYSTEM APPROACH AS A UNIFIED FRAMEWORK FOR ADDICTION. *BEHAVIOAL AND BRAIN SCIENCES*, 446-447. Obtenido de http://www.ntu.ac.uk/research/school_research/social/staff
- Marlatt, A. (1993). *Prevención en las recaídas de las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo conductual*. Barcelona: Ediciones de Neurociencias .
- Marlatt, A., & Donovan, D. (2005). *Relapse Prevention. Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors* (Vol. II). Nueva York: Guildford Press.
- Marlatt, G., & Gordon, J. (1985). *Relapse Prevention. Maintenance Strategies in Treatment of Addictive Behaviors*. Nueva York: Guildford Press.
- Moreno, F. (29 de Marzo de 2012). LA RECAÍDA EN EGRESADOS DE LA CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES CERESOVA. *LA RECAÍDA EN EGRESADOS DE LA CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES CERESOVA*. México, México.
- National Institute on Drug. (2014). *Las Drogas, el Cerebro y el Comportamiento*. National Institutes of Health .
- Oficina de las Naciones Unidas Contra Droga y Delito. (2015). *Informe Mundial sobre las Drogas 2015 encuentra estable el consumo de drogas, y el acceso a tratamiento por drogas y VIH aún bajo*. Obtenido de

<https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webtories/2015/informe-mundial-sobre-las-drogas-2015.html>

- Organización de Estados Americanos . (2015). *Informe sobre Uso de drogas en la Américas*. Whashington D.C.
- Organización Mundial de la Salud. (1984). *Report of a WHO meeting on drug policies and management: procurement and financing of essential drug*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Neurociencias del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Reporte mundial de Salud*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Temas de salud, Factores de Riesgo. *Factores de Riesgo*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/risk factors/es/>
- Osspi-Klein, Bigelow, Parquer, Curry, Hell, & Irkland. (1986). Classification and assessment of smoking behavior. *Health Psychology*.
- Pedroza, F., & Kalina, M. (2011). FACTORES ASOCIADOS AL PROCESO DE RECAÍDA EN ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE ALCOHOL. *INFAD*, 215-224. Obtenido de <http://infad.eu/RevistaINFAD/2011/n1/volumen2/INFAD 010223 215-224.pdf>
- Pérez, A. (2013). *Drogas, "adicciones" y otros asuntos humanos*. Bogotá: Corporación Nuevos Rumbos.
- Romaní, O. (1999). *Las drogas: sueños y razones*. Barcelona: Ariel.
- Sirvent, C., Villa, M., Blanco, P., Delgado, R., & Fernandez, C. (2013). RECAÍDA Y AUTOENGAÑO RELAPSE AND SELF DECEPTION.
- Torres, L. (2007). El adicto y la familia en recuperación. *Familia y adicciones*. Obtenido de <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/cecas/qro/anud43 adicto.pdf>
- Trejo, & Trujols. (1998). *El modelo transteórico de Prochaska DiClemente: Un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas*. Madrid: Debate.

Varela, M., Salazar, I., Cáceres, E., & Tobar, J. (2007). CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ILEGALES EN JÓVENES: FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS.

Witkiewitz, K., & Marlatt, G. (2004). *Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems*. Nueva York: American Psychologist.

ANEXOS

**ANEXO 1 INVENTARIO DE FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO BASADO EN EL
INVENTARIO ISCA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Cuestionario aplicado a los pacientes que han ingresado a la CITABM Varones

Cuestionario de factores psicosociales de riesgo que influyen en la recaída del consumo de sustancias basado en el inventario de los 8 factores de riesgo ISCA.

Nota: La información obtenida será utilizada para fines investigativos y académicos.

Instrucciones: Identifique cuál de los siguientes factores influyeron en su recaída.

Datos Informativos

Edad: **Género:** **Estado Civil:** **Nivel académico:**

Factores de Riesgo para el consumo		
Factores psicosociales de Riesgo	Para la recaída	
	Verdadero	Falso
Situaciones personales		
1. Emociones desagradables		
Cuando estaba deprimido		
Cuando me entristecía al recordar algo que había sucedido.		
Cuando sentía que no tenía a quien acudir		
Cuando sentía que me estaba deprimiendo		
Cuando estaba aburrido		
Cuando me empezaba a sentir harto de la vida		
Cuando estaba confundido y necesitaba pensar más claramente		
Cuando me sentía solo		
Cuando me sentía muy presionado		
Cuando parecía que nada de lo que hacía me estaba saliendo bien		
Cuando sentía que a nadie le importaba realmente lo que me pasaba		
Cuando me sentía inseguro y quería funcionar mejor		

Cuando me parecía que no podía hacer las cosas que intento		
Cuando tenía miedo de que las cosas no me iban a salir bien		
Cuando me sentía vacío interiormente		
Cuando todo me estaba saliendo mal		
Cuando me sentía culpable por algo		
Cuando estaba enojado respecto al curso que habían tomado algunas cosas		
Cuando me sentía confundido respecto a lo que debía hacer		
Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien		
2. Malestar físico		
Cuando me sentía nervioso o mal de salud		
Cuando no podía dormir		
Cuando me sentía somnoliento y quería estar alerta		
Cuando estaba cansado		
Cuando tenía un dolor físico		
Cuando me sentía mareado y con nauseas		
Cuando me sentía muy cansado		
Cuando me sentía nervioso y tenso		
Cuando sentía dolor de cabeza		
Cuando sentía el estómago hecho nudo		
3. Emociones agradables		
Cuando sentía que finalmente todo iba por buen camino		
Cuando me sentía muy contento		
Cuando me sentía seguro y relajado		
Cuando me estaba sintiendo "el dueño del mundo"		
Cuando todo me estaba saliendo bien		
Cuando me sentía satisfecho por algo que había hecho		
Cuando algo bueno sucedía y quería celebrarlo		
Cuando me sentía contento con mi vida		
Cuando quería celebrar una ocasión especial, como la Navidad		
Cuando me sentía feliz al recordar algo que me había pasado		
4. Probando auto-control		
Cuando decidí demostrar mi fuerza de voluntad dejando de consumir		
Cuando pensaba que el consumo de sustancias ya no era un problema para mí		

Cuando me podía convencer que era una nueva persona que podía		
Cuando me sentía seguro de que solo podía consumir pequeñas cantidades (controlarme)		
Cuando comencé a pensar que nunca conocería mis límites		
Cuando dudaba de mi auto-control respecto al consumo y quería...		
Cuando pensaba que finalmente me había curado y que podía...		
Cuando pensaba que realmente no dependía de las sustancias		
Cuando pensaba que una copa o una dosis no podía hacerme daño		
Cuando quería probarme a mí mismo que podía consumir en pequeñas cantidades		
5. Necesidad física		
Cuando veía un anuncio de mi bebida favorita		
Cuando me daban como regalo una botella o algo de sustancia.		
Cuando volvía a estar en reuniones en donde siempre se consumía		
Cuando pensaba lo placentera puede ser la sustancia		
Cuando me acordaba lo bien que sabe la sustancia.		
Cuando veía algo que me recordaba la sustancia		
Cuando pasaba por donde venden la sustancia		
Cuando de repente me encontraba una dosis de mi sustancia favorita		
Cuando pasaba frente a un bar		
Cuando de repente sentía urgencia de consumir		
Situaciones que involucran a terceras personas		
6. Conflictos con otros		
Cuando tuve una discusión con un(a) amigo(a)		
Cuando me sentía a disgusto en la presencia de alguien		
Cuando alguien me criticaba		
Cuando algunas personas a mi alrededor me ponían tenso		
Cuando me sentía rechazado sexualmente		
Cuando no era capaz de expresar mis sentimientos		
Cuando la gente era injusta conmigo		
Cuando me sentía rechazado por mis amigos		
Cuando alguien cercano a mi estaba sufriendo		
Cuando no le simpatizaba a algunas personas		

Cuando me sentía inseguro de poder lograr lo que esperan de mi		
Cuando otras personas interferían con mis planes		
Cuando me sentía presionado por las exigencias de mi jefe		
Cuando sentía envidia por algo que había hecho otra persona		
Cuando me sentí muy presionado por mi familia		
Cuando no me llevaba bien con mis compañeros de trabajo		
Cuando había problemas en mi hogar		
Cuando tenía problemas en el trabajo		
Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien		
Cuando sentía que alguien estaba tratando de controlarme y...		
7. Presión social		
Cuando alguien me invita a su casa y me ofrecía la sustancia		
Cuando al salir con amigos estos entraban a un bar a consumir		
Cuando alguien en la misma habitación estaba consumiendo		
Cuando estaba en una situación en la que siempre consumía		
Cuando me ofrecían la sustancia y me sentía incómodo de rechazarla		
Cuando en una fiesta, otras personas estaban consumiendo		
Cuando estaba en un restaurante y las personas junto a mí...		
Cuando alguien me presionaba a demostrar que podía consumir		
Cuando me reunía con un(a) amigo(a) y sugería consumir juntos		
Cuando mi jefe me ofrecía consumir		
8. Momentos agradables con otros		
Cuando mis amigos llegaban de visita y me sentía emocionado		
Cuando quería aumentar mi placer sexual		
Cuando quería estar más cerca de alguien que me gustaba		
Cuando salí con mis amigos a divertirme y quise disfrutar		
Cuando estaba platicando y quise contar una anécdota		
Cuando quería celebrar con un(a) amigo(a)		
Cuando me estaba divirtiendo con mis amigos y quería aumentar		
Cuando me estaba divirtiendo en una fiesta y quería sentirme...		
Cuando disfrutando de una comida con amigo, pensaba que...		
Cuando estaba a gusto con un(a) amigo(a) y quería tener...		
TOTAL		

ANEXO 2 CUESTIONARIO EN EL PROCESO DE RECAÍDA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Encuesta aplicada a los pacientes que han ingresado a la CITABM Varones

Nota: La información obtenida será utilizada para fines investigativos y académicos.

Instrucciones: Conteste cada una de las siguientes preguntas, sea lo más sincero posible y seleccione solo una respuesta.

Datos Informativos

Edad: Género: Estado Civil: Nivel académico:

Encuesta acerca del desarrollo del Proceso de Recaída

1. ¿A qué atribuye su recaída?

.....
.....

2. Describa cómo se dio el proceso de recaída

.....
.....
.....
.....
.....

3. Relate cómo se sintió antes, durante y después de la recaída

Antes.....

.....

Durante.....

.....

Después.....

.....

Gracias por su colaboración

ANEXO 3 GUIA PSICOLÓGICA DE PREVENCIÓN

**GUÍA PSICOLÓGICA DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS DIRIGIDA
A PACIENTES Y TERAPEUTAS DEL CENTRO INTEGRAL DE
TRATAMIENTO EN ADICCIONES BENNITO MENNI DE QUITO.**

AUTORAS:

Natalí Margoth Arteaga Cordovez
Myriam Alexandra Rodríguez Parra

TUTORÍA Y VALIDACIÓN:

Ps. Cl. Fernando David Moscoso Robayo

INDICE

INDICE	3
PRESENTACIÓN.....	4
INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS	6
CAPITULO 1. LA RECAÍDA.....	7
CAPÍTULO 2. FACTORES PSICOSOCIALES	11
CAPÍTULO 3. ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS ASOCIADAS A FACTORES PSICOSOCIALES.....	15
ESTRATEGIA 1: Información.....	18
ESTRATEGIA 2: Agente de apoyo.....	19
ESTRATEGIA 3: Valoración de Autocontrol (ANEXO A)	20
ESTRATEGIA 4: Valorar Craving.....	21
ESTRATEGIA 5: Momentos agradables alternativos / festeje sin consumir.....	22
ESTRATEGIA 6: Nuevo círculo social.....	24
ESTRATEGIA 7: Valoración de la realización de tareas de auto ayuda.	25
Estrategias Generales	26
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	27
BIBLIOGRAFÍA	28
ANEXOS	29

PRESENTACIÓN

La presente Guía psicológica para la prevención de Recaídas, dirigida a pacientes y terapeutas del Centro Integral de tratamiento en adicciones Benito Menni de Quito, que enfrentan situaciones de riesgo relacionadas con factores psicosociales, mismos que actúan como desencadenantes de recaídas al concluir el internamiento y relacionarse con los principales ambientes de interacción como: el familiar, el laboral y el social; tiene como objetivo informar sobre las recaídas y la asociación de factores psicosociales, además de proponer estrategias para su prevención.

Proporcionar información necesaria a los pacientes que terminan el internamiento, mediante la presente guía; para valorar el riesgo de recaída aporta al bienestar de los pacientes, su familia y el tratamiento en general, que se verá en el aporte social que significa su estabilidad.

Según Marlatt (1993) afirma que: la prevención de recaídas esta direccionada a ayudar a los individuos a anticipar y a afrontar los problemas de recaídas en el cambio de conductas adictivas. En este sentido está relacionado con el aumento de la capacidad individual para afrontar con éxito las situaciones de alto riesgo logrando un re-equilibrio del estilo de vida reduciendo la problemática social.

INTRODUCCIÓN

Graña y García (1998) refieren que la recaída constituye 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, al culminar el internamiento y ser vulnerables al ya no estar bajo control.

La presente guía proporciona la información más relevante sobre los factores psicosociales y el proceso de recaída, además de incluir estrategias que contribuyen a la prevención de acuerdo a los factores presentes en la convivencia de los pacientes al salir del internamiento entrenando a los pacientes en el afrontamiento adecuado de situaciones estresantes que se convierten en riesgo de recaída.

El primer capítulo abarca información sobre la recaída como: definición, el modelo de recaída de Alan Marlatt y el efecto de violación de abstinencia

El segundo capítulo está desarrollado en función de los factores psicosociales, conceptos principales y las categorías en las que se dividen.

El tercer capítulo incluye estrategias para la prevención de recaída en función de la identificación oportuna de factores que actúan como desencadenantes y el momento adecuado de su aplicación con el fin de mejorar el tratamiento y prolongar la abstinencia.

OBJETIVOS

Prevenir las recaídas, a través del desarrollo de una Guía Psicológica dirigida a Pacientes y Terapeutas del Centro Integral de tratamiento en Adicciones Benito Menni; que aporte al bienestar, tratamiento y prolongación de abstinencia de estos pacientes.

- Informar acerca de las recaídas.
- Informar acerca de Factores psicosociales.
- Plantear estrategias para la prevención de Recaídas, basadas en los resultados obtenidos de la asociación con los factores psicosociales.

CAPÍTULO 1.

LA RECAÍDA

1.1. DEFINICIÓN

Entre las principales definiciones de recaída se encuentra:

Tejero, Trujols y Casas (1993) define: “Vuelta al consumo de la sustancia que era previamente objeto de dependencia” (p.298).

Hunt, Branett y Branch (1971) señalan: “gran proporción de personas que han sido tratadas por problemas de comportamiento adictivo, tienden a volver hacia aquel comportamiento poco después de haber dejado el tratamiento”.

1.2. MODELO COGNITIVO – CONDUCTUAL DE ALAN MARLATT

Beck, Wright, Newman y Liese (2006) sobre el Modelo Cognitivo – Conductual de Alan Marlatt refiere:

Marlatt y sus colaboradores (Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson, 1986; Marlatt, 1982; Marlatt y Gordon, 1985) han realizado una contribución importante a la literatura científica sobre la adicción con su modelo cognitivo-conductual de prevención de la recaída. Siguiendo el modelo de Marlatt y Gordon (1985) (véase figura 1) los individuos se ven a sí mismos como si tuvieran una sensación o percepción de control o autoeficacia. Cuando se enfrentan con situaciones de alto riesgo, esta sensación se ve amenazada. Estas situaciones de alto riesgo para el abuso de drogas del paciente incluyen desde estados físicos o estados emocionales negativos o positivos, conflictos interpersonales, presión social o exposición a las señales asociadas con la droga. Cuando los individuos se enfrentan a estas situaciones de alto riesgo deben responder con conductas de afrontamiento.

Aquellos que tienen relativamente menor número de respuestas de afrontamiento o ninguna, experimentarían una disminución en su autoeficacia y un aumento de las expectativas sobre los efectos positivos que produciría la droga. Este consumo inicial desemboca en lo que

Marlatt llama el Efecto de la violación de la abstinencia (EVA; p. ej., percepción de la pérdida de control) y un aumento final de la probabilidad de recaída.

La recaída en el consumo de sustancias está determinada por situaciones de riesgo, mismas que el individuo percibe como amenazantes e incrementan el riesgo. Marlatt y Gordon (1985) en su modelo de prevención de recaídas distinguen dentro de la recaída tres términos importantes:

- **Lapso** (desliz): error leve; ingesta aislada de la droga de elección; sin intoxicación.
- **Recaída** (relapse): proceso transitorio de ingesta mayor en el tiempo y cantidad; con fenómenos de intoxicación, pero que se detienen.
- **Colapso** (collapse): regreso a conductas anteriores de consumo; ingesta masiva con persistencia del mismo comportamiento en el tiempo, acompañada del regreso de pautas anteriores de comportamiento y pensamiento.

1.3. EFECTO DE VIOLACIÓN DE LA ABSTINECIA

Chávez, Arellano y González (2010) refieren:

Marlatt (1985) acuñó este concepto para explicar las reacciones consecuentes a la recaída.

El efecto de violación se caracteriza por la aparición de culpa, conflicto, sentimientos de autoatribución del fracaso y una crisis en la motivación del cambio ante una caída o resbalón. El autor plantea que como requisito previo para el desarrollo del EVA, la persona debió haber estado seriamente comprometida con el mantenimiento de la abstinencia. La intensidad del EVA será proporcional al grado de compromiso y/o esfuerzo puesto en el mantenimiento de la misma, a su duración y el valor subjetivo de la conducta en cuestión. Este concepto se fundamenta también en la teoría de las atribuciones. Marlatt y otros autores asumen que los procesos cognitivos determinan las reacciones afectivas (Díaz, 1993). Desde esta perspectiva, la recaída se considera como un proceso de dos fases; la primera consiste en un fallo a la regla autoestablecida, “el resbalón”, la segunda es la reacción cognitiva-afectiva ante la vuelta al consumo, hay una atribución cognitiva

(creencias del individuo) referente a la causa que generó dicho consumo, la cual interactuará con una reacción afectiva o respuesta emocional a esta atribución, lo que determinará que la caída sea seguida o no de un incremento en el consumo; dicho de otra manera, el hecho de que la primera caída sea seguida de una pérdida de control y un regreso a los patrones anteriores a la abstinencia, dependerá sobre todo de las percepciones que la persona tenga sobre las causas de la caída inicial. El EVA se incrementa cuando las causas de la recaída sean atribuidas a factores internos que se perciben como incontrolables; por el contrario la intensidad del EVA disminuirá cuando la persona atribuye la causa a factores externos inestables, pero percibidos como controlables. El EVA es, por lo tanto, un constructo dimensional en el que la gravedad de la recaída se considera dependiendo del grado de la respuesta emocional a la vuelta al consumo de sustancias tras la abstinencia. Por consiguiente, a mayor efecto, mayor es la probabilidad de recaída, y cuanto menor sea el efecto de violación (con todas sus implicaciones cognitivas-conductuales), menor será la probabilidad de recaer (p.9).

CAPÍTULO 2.
FACTORES
PSICOSOCIALES

2.1 DEFINICIÓN

Daza y Pérez (1997) refiere que los factores psicosociales son aquellas condiciones que tienen índole social y mental están directamente relacionados con la organización, el contenido y la realización de una actividad o conducta, y tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o la salud (física, psíquica o social) del individuo y su conducta.

Por lo que se puede mencionar que los factores psicosociales son cualquier situación, condición, evento, o característica que perturba el bienestar representando un riesgo, razón por la que en el área de las adicciones y del consumo de sustancias son manejados como factores o situaciones de riesgo.

2.2 FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO

La Organización mundial de la Salud OMS (2016) define:

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.

Marlatt (1993) define la situación de alto riesgo como cualquier situación (incluyendo las reacciones emocionales a la situación) que representa una amenaza para la sensación de control del individuo y aumenta el riesgo de recaída. Desde el presupuesto de que la conducta pasada es el mejor predictor de la conducta futura, se puede esperar que las situaciones (externas o internas) que han precipitado una recaída en el pasado, provoquen tentaciones de consumo en el futuro. De manera que representan las principales causas de recaídas en las adicciones.

2.3 CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES

2.3.1 CLASIFICACION DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO

Marlatt y Gordon (1985) señala:

Las causas principales de la recaída en las adicciones son los estados emocionales negativos, conflicto interpersonal y presión social. Los estados emocionales negativos son situaciones en las que los sujetos experimentan un estado emocional, estado de ánimo o sentimientos negativos, como frustración, ira, ansiedad, depresión o aburrimiento, antes o al mismo tiempo que la ocurrencia del primer desliz. Los conflictos interpersonales son situaciones que incluyen un conflicto actual o relativamente reciente, asociado con cualquier relación interpersonal, como el matrimonio, los miembros de la familia, relaciones en el trabajo, etc. La presión social se refiere a situaciones en las que el paciente responde a la influencia de otra u otras personas que ejercen presión para involucrarlo de nuevo en el consumo de sustancias.

El instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2014) menciona las razones por las que las personas tienden a consumir entre los que se detalla:

- Para sentirse bien. La mayoría de las drogas de las que se abusa producen sensaciones intensas de placer. Esta sensación inicial de euforia es seguida por otros efectos, que varían según el tipo de droga que se consume. Por ejemplo, con estimulantes como la cocaína, la sensación de euforia es seguida por sentimientos de poder, confianza en uno mismo y mayor energía. En contraste, la euforia causada por opiáceos como la heroína es seguida por sentimientos de relajación y satisfacción.
- Para sentirse mejor. Algunas personas que sufren de ansiedad social, trastornos relacionados con el estrés y depresión, comienzan a abusar de las drogas en un intento por disminuir los sentimientos de angustia. El estrés puede jugar un papel importante en el inicio del consumo de drogas, la continuidad en el abuso de drogas o la recaída en pacientes que se recuperan de la adicción.
- Para desempeñarse mejor. Algunas personas sienten presión por aumentar o mejorar químicamente sus capacidades cognitivas o su rendimiento deportivo, lo que puede

desempeñar un papel en la experimentación inicial y el abuso continuo de drogas como los estimulantes recetados o los esteroides anabólicos/androgénicos.

- La curiosidad y el “porque otros lo hacen.” En este aspecto, los adolescentes son particularmente vulnerables, debido a la fuerte influencia de la presión de sus pares. Los adolescentes son más propensos que los adultos a participar en comportamientos riesgosos o temerarios para impresionar a sus amigos y expresar su independencia de las normas parentales y sociales (p.6).

CAPÍTULO 3.
ESTRATEGIAS PARA LA
PREVENCIÓN DE
RECAÍDAS ASOCIADAS A
FACTORES
PSICOSOCIALES

Para el trabajo en la prevención de recaídas es importante el compromiso del paciente el proceso por lo que como primer paso se solicita al paciente su participación activa en el proceso ambulatorio.

Carta de Compromiso

Por medio de la presente yo, _____ acepto participar mi tratamiento ambulatorio con el objetivo de Prevenir Recaídas, que es un modelo de tratamiento para usuarios que quieran mantener o lograr su abstinencia.

- Las sesiones serán impartidas por un terapeuta.
- Estoy de acuerdo en que la relación terapeuta – usuario será únicamente profesional.
- Me comprometo a cumplir con cada uno de los lineamientos que se señalan a continuación:
 - Evitar asistir a las sesiones habiendo consumido la sustancia o bajo sus efectos (excepto usuarios de benzodiazepinas).
 - Cuidar de mi integridad física, es decir, no tener conductas que puedan poner en riesgo mi vida.
 - Evitar tener conductas de agresión física y verbal hacia otras personas.
 - Asistir a sesiones de tratamiento, desde que inicie el tratamiento hasta su terminación.
 - Asistir con puntualidad a mis citas.
 - Avisar a mi terapeuta en caso de ser necesaria mi inasistencia.
 - Cumplir con la realización de mis tareas y ejercicios asignados.
- En caso de suspender mi asistencia al tratamiento autorizo a mi terapeuta a que proporcione esta información a un familiar cercano. El familiar cercano podrá recoger una carta de canalización a otro tratamiento.
- Así mismo, estoy de acuerdo en que mi terapeuta tenga contacto interdisciplinario para garantizar la intervención integral que fortalezca el éxito terapéutico.

Fecha: _____ - _____ - _____

Nombre y firma del usuario

Nombre y firma del terapeuta

Tomado del manual del programa de prevención de recaídas

Autores:

Dra. Lydia Barragán Torres

Psic. Ana Nayeli Ramírez García

Mtra. Marlene Flores Mares

Psic. Carolina Ramírez Mendoza

ESTRATEGIA 1: Información

<p>Fundamento</p>	<p>Nora Volkow (2014) menciona que: “La naturaleza crónica de la enfermedad significa que recaer en algún momento no solo es posible, sino probable. Las tasas de recaída para las personas con adicciones y otros trastornos por consumo de sustancias son similares a la de recaídas de otras enfermedades crónicas, como diabetes, hipertensión y asma. El tratamiento de enfermedades crónicas implica cambiar comportamientos profundamente arraigados, y la recaída no significa que el tratamiento haya fracasado.” Los pacientes que presentan trastornos relacionados con el consumo de sustancias muestran conductas conflictivas como la falta de colaboración en investigaciones que exploren su problemática lo que dificulta el proceso de evaluación, a pesar de que la tendencia a la recaída es una condición propia de estos trastornos, los pacientes consideran que ésta es un fracaso del tratamiento.</p>			
<p>Objetivo</p>	<p>Indicaciones</p>	<p>Tiempo</p>	<p>Paciente</p>	<p>Terapeuta</p>
<p>Conocer qué son los factores psicosociales y en qué consiste el proceso de recaída, permitiendo a los pacientes tomar decisiones adecuadas al enfrentar una recaída.</p>	<p>-Leer la información proporcionada en esta guía sobre el tema. -La actividad debe ser realizada al concluir el internamiento y acceder al tratamiento ambulatorio. (p7-p11)</p>	<p>Primera y segunda sesión del tratamiento ambulatorio.</p>	<p>-Analizar la información proporcionada. -Formular inquietudes que puedan ser resueltas por el terapeuta individual.</p>	<p>-Proporcionar la información de la guía sobre: - Qué son los factores psicosociales - En qué consiste el proceso de recaída. - Resolver las inquietudes que planteó el paciente en función de la información analizada.</p>

ESTRATEGIA 2: Agente de apoyo.

<p>Fundamento</p>	<p>Los factores emociones desagradables y conflictos con otros (problemas familiares) se presentan en la mayoría de los procesos de recaída, por lo que Marlatt en su postulado del Efecto de Violación de la abstinencia manifiesta que este presenta mayor gravedad en relación a la respuesta emocional, al considerar que los factores antes mencionados generan emociones de alto impacto se propone la contribución de un “agente de apoyo” importante para la descarga emocional.</p>			
<p>Objetivo</p>	<p>Indicaciones</p>	<p>Tiempo</p>	<p>Paciente</p>	<p>Terapeuta</p>
<p>Facilitar la descarga emocional y generar apoyo en situaciones de conflicto que mejoren la toma de decisiones e intervenciones a tiempo.</p>	<p>Escoja un miembro del entorno familiar con el que tenga confianza al que pueda informarle cómo se siente en ciertas situaciones de riesgo y frente a las emociones experimentadas.</p>	<p>Durante todo el proceso ambulatorio.</p>	<p>-Identificar un miembro del ambiente familiar alejado del consumo de sustancias y con quien pueda contar de manera objetiva.</p>	<p>-Valorar las características del miembro familiar escogido para considerar si este es óptimo colaborador en el proceso del paciente.</p>

ESTRATEGIA 3: Valoración de Autocontrol

ESTRATEGIA 3: Valoración de Autocontrol				
Fundamento	<p>Constantemente los pacientes quieren probar el control que tienen sobre el consumo de la sustancia, sintiéndose confiado por el proceso de recuperación que lleva, circunstancias que lo llevan al consumo y precipitan una recaída. El mejor autocontrol consiste en alejarse de la sustancia, no dejarse engañar y seguir avanzando en la meta hacia la abstinencia. Barragán et al (2014)</p>			
Objetivo	Indicaciones	Tiempo	Paciente	Terapeuta
<p>Identificar situaciones de alto riesgo que involucren querer probar el control sobre la sustancia y generar recaída.</p>	<p>-Desarrollar apéndice para valorar el autocontrol. (ANEXO A)</p>	<p>Durante el proceso ambulatorio una vez por mes.</p>	<p>-Desarrolle el apéndice de manera sincera antes de ingresar a la consulta mensual.</p> <p>-Mencione al terapeuta cómo se siente luego de haber contestado el apéndice.</p>	<p>-Valorar aspectos de riesgo que afecten al proceso de recuperación precipitando la recaída.</p> <p>-Valorar el estado emocional del paciente luego de contestar el apéndice.</p> <p>-Valorar las respuestas emitidas por el paciente.</p>

ESTRATEGIA 4: Valorar Craving.

Fundamento	<p>Cuando el consumo ha sido frecuente se presentan muchos cambios en el organismo, estos pueden hacer sentir que se “necesita” consumir para tranquilizar el cuerpo, o que éste te da señales para comenzar a consumir. Sin embargo, estos síntomas ponen en riesgo y pueden alejar de la meta de abstinencia al ponerte en una situación de necesidad física, la cual podría terminar en una recaída. Barragán et al (2014)</p>			
Objetivo	Indicaciones	Tiempo	Paciente	Terapeuta
<p>Valorar el deseo de consumo durante la reincorporación del paciente a sus actividades cotidianas.</p>	<p>-Realice el registró diario de craving. (ANEXO B)</p>	<p>Diariamente durante el primer mes luego de concluir el internamiento.</p>	<p>-Sea lo más sincero posible en cada respuesta. -Valore su riesgo de consumo. -Solicite ayuda en el caso de presentar índices altos.</p>	<p>-Brinde ayuda en el caso de que el paciente lo solicite al identificar índices altos sobre el deseo de consumo.</p>

ESTRATEGIA 5: Momentos agradables alternativos / festeje sin consumir.

<p>Fundamento</p>	<p>El consumo de sustancias es una conducta que se puede presentar ante ciertas situaciones. Una de estas es el estar pasando momentos agradables con otros, como cuando se asiste a una fiesta, se reúne con tus amigos, te reencuentra con alguien, etc. Muchas veces pasando momentos agradables con otras personas se puede llegar a pensar que el consumo va a aumentar la felicidad, que va a ayudar a la integración con amigos. Pero es importante reflexionar y darse cuenta que cuando se consume, la felicidad con la que se inicia el consumo termina en muchas ocasiones en tristeza; porque durante los efectos del consumo se presentaron problemas. Asimismo, cuando lo que se quería era sentirte más apegado a los amigos, lo que se obtiene tras el consumo puede ser distanciamientos, rupturas, peleas, etc. Por lo que es importante aprender a desarrollar actividades alternativas que permitan seguir sintiéndose feliz y en verdad pasar un momento agradable. Hay diferentes formas de festejar, celebrar y divertirse. Date la oportunidad de utilizar esas otras opciones. Recuerda que la felicidad depende de la actitud con la que vives el momento. De ti depende estar contento, platicar, disfrutar, valorar el momento que estás viviendo. Puedes estar en una fiesta y evitar integrarte, fijarte en lo que no te agrada y aunque el ambiente favorezca la diversión, tú estar orientando tus pensamientos hacia lo negativo y desagradable. Proponte pasarla bien, disfrutar, divertirse y convivir. Barragán et al (2014)</p>			
<p>Objetivo</p>	<p>Indicaciones</p>	<p>Tiempo</p>	<p>Paciente</p>	<p>Terapeuta</p>

<p>Disfrutar de situaciones agradables y de tiempo personal de calidad alejado del consumo.</p>	<p>- Analice las actividades que realiza en su tiempo libre o para divertirse.</p> <p>-Ejemplos de lo que podría hacer para disfrutar y estar muy contento son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ir a cenar • Ir a bailar • Ir al boliche • Ir al cine • Comprarte un libro, película, CD • Ir al bosque • Ir a un concierto <p>- Comparta sus logros y avances con personas importantes para usted, y así revivir la emoción agradable y reconocer sus esfuerzos.</p>	<p>Tres primeras sesiones del tratamiento ambulatorio</p>	<p>-Sea crítico con las actividades que desea realizar.</p> <p>-Proponga planes de acción (no situaciones que lo pongan en riesgo).</p> <p>Ejemplo: “Tiene mucho tiempo que no veía a Paco, quiero divertirme mucho con él hoy, seguro que si consumimos nos vamos a divertir más”.</p> <p>Plan de acción Le diré que vayamos a tomar un café o a mi casa a comer y platicar, si no acepta y quiere consumir le diré adiós y me iré al cine.</p> <p>-Manténganse alejado del círculo de consumo.</p> <p>-Recuerda que puede tener un excelente plan de acción pero si no lo cumple puede recaer.</p>	<p>-Valore el análisis del paciente sobre sus actividades y sus planes de acción.</p> <p>-Revise los planes de acción en función de lo siguiente: “Un buen plan siempre debe de tener planes de respaldo (como en el ejemplo) y no debe usar como plan situaciones que sean de riesgo para el consumo.</p>
---	---	---	--	--

ESTRATEGIA 6: Nuevo círculo social

Fundamento	<p>Al consumir sustancias, se interactúa con personas y ambientes que se relacionan con esta actividad. Cuando se decide hacer cambios para mantener la abstinencia, estas personas asociadas a una antigua forma de vida ejercen presión para que regresar al consumo, “amigos” quizá inciten nuevamente a consumir por diferentes razones. Lo más importante es mantenerse firme en la decisión de abstinencia Barragán et al (2014)</p> <p>Desde el presupuesto de que la conducta pasada es el mejor predictor de la conducta futura, se puede esperar que las situaciones (externas o internas) que han precipitado una recaída en el pasado, provoquen tentaciones de consumo en el futuro. Marlatt (1993)</p>			
Objetivo	Indicaciones	Tiempo	Paciente	Terapeuta
Lograr que el paciente desarrolle en ambientes más sanos.	<ul style="list-style-type: none"> -Asista a grupos de autoayuda relacionados con la recuperación. -Aíslese de lugares de consumo. -Abandonar las redes sociales de consumo. <ul style="list-style-type: none"> - Mi fiel amigo de la infancia - Mi amada pareja 	Permanente	<ul style="list-style-type: none"> -Informe a su terapeuta si está en la posibilidad de hacerlo. -Valore constantemente su círculo social actual. 	-Valore la interacción del individuo en su entorno.

ESTRATEGIA 7: Valoración de la realización de tareas de auto ayuda.

Fundamento	Varios manuales de recaída y Marlatt (1985) proponen que para lograr la recuperación los pacientes deben estar comprometidos con el tratamiento y todo lo éste abarca, caso contrario el trabajo realizado no será efectivo.			
Objetivo	Indicaciones	Tiempo	Paciente	Terapeuta
Identificar el compromiso del paciente con el tratamiento y con la realización de tareas entre sesiones.	-Conteste el ANEXO C “Posibles razones para que no se realicen las tareas de autoayuda”	Cada tres meses, durante el proceso ambulatorio	Conteste el cuestionario de manera sincera.	-Valore el cuestionario para comprender el compromiso del paciente en su recuperación.

Estrategias Generales

A continuación se detallan estrategias que pueden contribuir a una mejor calidad de vida a los pacientes.

- Desarrollar la escala de prevención de recaídas. (ANEXO D)
- Manténgase bajo supervisión profesional periódica para actuar en el momento adecuado y de manera correcta (profesional).
- Analice su avance y retroceso del proceso en relación a las repuestas conductuales presentadas frente a la exposición de distintos estímulos y auto evalúese constantemente.
- Durante su tiempo libre realice actividades de agrado personal fuera del círculo de consumo anterior.
- Ejecute tareas de auto – ayuda que le motiven a continuar bajo un estilo de vida saludable como lecturas motivacionales, ejercicios que provoquen risa terapéutica, que ayuda a la liberación emocional y reducción del estrés.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Dependencia de sustancias:** Según el diccionario APA de psicología (2010), es el conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican un consumo continuo de una sustancia pese a los significativos problemas relacionados con esta. Hay un patrón de ingestión de la sustancia repetido que genera tolerancia, síntomas de abstinencia.
- **Desencadenantes:** Según el diccionario APA de psicología (2010), en la etiología, estímulo que, cuando se presenta en las condiciones apropiadas inicia un Patrón de Acción Fija también llamado estímulo signo.
- **Factores psicosociales:** Según el diccionario APA de psicología (2010), son fenómenos e influencias sociales, culturales y ambientales que inciden en la salud mental y en el comportamiento del individuo y de los grupos. Estas influencias comprenden situaciones, relaciones y presiones sociales, como la competencia por y el acceso a la educación, la salud, el cuidado y otros recursos sociales; cambio tecnológico rápido; plazas laborales; y cambios en las funciones y la condición de las mujeres y los grupos minoritarios.
- **Prevención:** Según el diccionario APA de psicología (2010), son intervenciones conductuales, biológicas o sociales ideadas para reducir el riesgo de trastornos, enfermedades o problemas sociales en el caso de individuos y de poblaciones enteras.
- **Recaídas:** Según el diccionario APA de psicología (2010), reincidencia de los síntomas de un trastorno o enfermedad tras un periodo de mejoría o aparente cura.
- **Recuperación:** Según el diccionario APA de psicología (2010), es el periodo durante el cual el individuo manifiesta un progreso constante en términos de una restauración mensurable de las capacidades, habilidades y funciones después de una enfermedad o lesión, proceso de recobrar o localizar información almacenada en la memoria.
- **Sustancias psicoactivas:** Según el diccionario APA de psicología (2010), son sustancias que tienen efectos psicoactivos en procesos psicológicos como el pensamiento, la percepción y la emoción. Las drogas psicoactivas abarcan las que se consumen deliberadamente para producir un estado alterado de conciencia.

BIBLIOGRAFÍA

(n.d.).

Barragán, L., Flores, M., Ramírez, N., & Ramírez, C. (2014). *Manual del Programa de Prevención de Recaídas*. México: D.R. Secretaría de Salud.

Beck, A., Wright, F., Newman, C., & Liese, B. (2006). *Terapia Cognitiva de las drogodependencias*. España: PAIDOS.

Chávez, E., Arellano, H., & Gonzales, D. (2010). *Prevención de recaídas manual de prevención*.

Consuegra Anaya, N. (2010). *Diccionario de Psicología* (2a ed., Vol. 2a). (A. Acosta Quintero, Ed.) Bogotá, Colombia: Ecoe Ediciones.

Daza, M., & Pérez, J. (1997). *Factores psicosociales: metodología de evaluación*. España.

Retrieved from

http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentación/FichasTécnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_4433.pdf

Hunt, Branett, & Branch. (1971). Relapse rates in addiction Programs *Journal of Clinical Psychology*. *Journal of Clinical Psychology*.

Marlatt, A. (1993). *Prevención en las recaídas de las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo conductual*. Barcelona: Ediciones de Neurociencias .

Marlatt, G., & Gordon, J. (1985). *Relapse Prevention. Maintenance Strategies in Treatment of Addictive Behaviors*. Nueva York: Guildford Press.

National Institute on Drug. (2014). *Las Drogas, el Cerebro y el Comportamiento*. National Institutes of Health .

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Neurociencias del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (2016). Factores psicosociales . *Factores psicosociales*. Ginebra.

Trejo, & Trujols. (1998). *El modelo transteórico de Prochaska DiClemente: Un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas*. Madrid: Debate.

ANEXOS

ANEXO A

VALORACIÓN DE AUTOCONTROL

No te dejes engañar por estos pensamientos: “No va a pasar nada si consumo”, “Es sólo un poco”, “Nadie se va a dar cuenta”, “Me voy a parar”, “Puedo acercarme a quienes consumen y yo no consumir”, “Cómo voy a dejarle de hablar a mi amigo consumidor, si hemos compartido juntos muchas experiencias”, “Como no voy a consumir con él si es como mi hermano”, “Ya la merezco, pues tengo mucho tiempo sin consumir “

Cámbialos, por ejemplo:

“No va a pasar nada si consumo” por “claro que sí pasa, luego mi cuerpo me va a pedir más de la sustancia”, “claro que sí me afecta, voy a sentir que me falle a mí mismo pues ya había avanzado en mi abstinencia”.

Señale una situación de riesgo relacionado con querer probar el autocontrol.

Situación de riesgo 1:

Plan de acción 1:

Acompaña tu cambio de pensamientos con planes de acción para estar totalmente cubierto y evitar la recaída. Sé cuidadoso contigo mismo y verifica que tu plan de acción sea eficiente, si es ineficiente cámbialo por uno que con seguridad resguarde tu abstinencia. A continuación tienes dos ejemplos de planes de acción inadecuados:

Planes de Acción Ineficientes:

- No va a pasar nada, yo puedo estar sin consumir si ellos están consumiendo, no se me va a antojar, tengo que probarme que resisto.
- No puedo hacerle eso a mi amigo, no sería chido de mi parte no ir a su fiesta. Voy a ver qué pasa.

Haz Crecer tu Firmeza: Repasa tus razones para alejarte del consumo de Drogas.

- No arriesgar mi vida
- Cuidar mi corazón
- Alejarme de padecimientos respiratorios
- Evitar depresión, ansiedad
- Poder dormir profundamente
- Poder concentrarme y tomar decisiones

Principales pensamientos y sus alternativas

“Es solo un poco”.

- Un poco me engancha y luego no voy a parar.

“Nadie se va a dar cuenta”.

- Yo sí y eso es suficiente para saber que me fallé.

“Voy a poder detenerme”.

- Está droga siempre me tiene atrapado y si empiezo me sigo.

“Puedo estar con quien consume y ya no se me antoja”.

- Mejor me voy porque se me va a antojar al verla y olerla.

Ahora es tu turno, cambia estos pensamientos por otros positivos que te cubran y alejen del consumo.

“Es sólo un poco”.

“Nadie se va a dar cuenta”

“Voy a detenerme”

“Puedo estar con quien consume y ya no se me antoja”

Sigue tu turno, ahora cambia los siguientes pensamientos negativos:

“¿Cómo voy a dejarle de hablar a mi amigo consumidor si hemos pasado momentos muy importantes juntos?”

“¿Por qué no lo voy a acompañar si es como mi hermano?”

“Ya la merezco pues tengo mucho tiempo sin consumir”.

“Le voy a demostrar que ya aprendí a controlar mi consumo para que no ande de bocón”

Para que tengas un mejor control, debes ahora practicar con tus propios pensamientos, identifícalos y cámbialos por positivos que te cubran y alejen del consumo.

Pensamiento negativo 1

Pensamiento positivo 1

Pensamiento negativo 2

Pensamiento positivo 2

Tomado del manual del programa de prevención de recaídas

Autores:

Dra. Lydia Barragán Torres

Mtra. Marlene Flores Mares

Psic. Ana Nayeli Ramírez García

Psic. Carolina Ramírez Mendoza

ANEXO B

REGISTRÓ DIARIO DE CRAVING (RDP ADAPTADO PARA SU UTILIZACIÓN EXCLUSIVA CON LOS CRAVING)

Fecha	Situación	Pensamientos O Sentimientos	Nivel De Craving (0-100)	Respuestas racionales y/o afrontamiento.
6-12	El jefe fue muy duro conmigo.	Me sentí estúpido. Pensamiento: Necesito un cigarrillo.	50	Puedo tratar de soportarlo-esperé una media hora y el craving desapareció.
6-25	Los chicos se estaban yendo al bar.	No pasa nada si voy al bar con ellos-puedo manejar el craving.	50	Fui al bar y pensé: -Esto es un error y por tanto, me voy.
7-4	Tenía que hacer una presentación.	Me sentí ansioso: -Necesito beber algo para poder hacerlo.	40	-No necesito una bebida. Puedo hacerlo sin la bebida.-
7-16	Tuve una pelea con mi mujer.	Me sentí deprimido y enfadado. Pensé en colocarme.	30	Decidí ir a dar una vuelta.
7-28	Hoy me pagan	Pensé que debería celebrarlo.	20	-Luego me sentiré peor; así que me fui a casa.

Propuesta de Aaron Beck

ANEXO C

POSIBLES RAZONES PARA QUE NO SE REALICEN LA TAREAS DE AUTOAYUDA ASIGNADAS ENTRE SECCIONES

(Para rellenar por el paciente)

Exponemos a continuación una lista que varios pacientes han señalado acerca de por qué no realizan sus tareas de autoayuda asignadas durante el curso del tratamiento. Como la velocidad de mejoría depende sobre todo de la cantidad de autoayuda que el paciente desee desarrollar en las tareas que han sido asignadas, es de vital importancia las mismas. Es importante buscar estas razones en el momento en que te sientas reticente a cumplir con dicha asignaciones o el deseo de aplazar su realización. Además, es mejor complementar este cuestionario en esos momentos. Si tienes alguna dificultad rellenando este cuestionario y para devolvérselo tu terapeuta, sería mejor que lo hicieras en la sesión de terapia. (Evalúa cada frase con una «V» (verdadero) o «F» (falso). «V» indica que estás de acuerdo con ello; «F» significa que la frase no es nada representativa de tu comportamiento en estos momentos.)

1. Me da la impresión de que nada puede ayudarme,
así que no tiene sentido intentarlo. _____
2. Realmente no entiendo por qué el terapeuta me insiste a hacerlo. _____
3. Tengo la impresión de que ese método en particular que el terapeuta ha
sugerido no será útil. No parece que tenga mucho sentido para mí. _____
4. «Me falta resolución para cumplir lo que me piden y, por tanto, no puedo
hacerlo.» Por eso acabo no cumpliendo con las tareas. _____
5. Deseo hacer algunas tareas de autoayuda que me asignan, pero
se me olvidan. _____
6. Realmente no tengo suficiente tiempo. Estoy demasiado
ocupado. _____

7. Si hago algo que el terapeuta sugiere, no es tan bueno como si propongo mis propias ideas. _____
8. Me siento indefenso, y realmente no creo que pueda hacer cualquiera cosa que escoja hacer. _____
9. Tengo la impresión de que el terapeuta está intentando mándame o controlarme. _____
10. No tengo ganas de cooperar con el terapeuta. _____
11. Tengo miedo de la reprobación del terapeuta está intentando mandarme o controlarme. _____
12. No tengo ningún deseo o motivación de realizar tareas de autoayuda asignadas o nada que se le parezca. Como no tengo ganas de realizar estas tareas, eso quiere decir que no puedo hacerlas y que no tengo que hacerlas. _____
13. Me siento demasiado mal, triste, nervioso, preocupado(subrayar la/s palabra/s apropiada/s) para hacerlo en estos momentos. _____
14. Ahora me siento bien y no tengo ganas de echarlo a perder realizando estas tareas asignadas. _____
15. Otras razones (por favor, anótalas). _____

*Esta versión la desarrolló David Burns y Aaron T. Beck en T. Beck y otros / 1979).

ANEXO D

ESCALA DE PREVENCIÓN DE RECAIDAS

Nombre: _____ Fecha: _____

Como sabes, hay muchas situaciones que pueden provocar el impulso de usar cocaína o crack. Esta escala tiene dos partes: a) para determinar lo fuertes que crees que pueden ser los impulsos en una situación determinada, y b) para determinar la probabilidad de que utilices drogas en estas situaciones.

A continuación se describen varias situaciones que pueden provocar fuertes impulsos de tomar cocaína o crack. Lee cada ítem e imagínate a ti mismo en dichas situaciones. En la primera columna, «Fuerza del impulso», indica la «Probabilidad de que utilices drogas» en estas situaciones.

0	1	2	3	4
Nada	Poca	Moderada	Bastante	Muy fuerte

PREDICCIÓN

Fuerza Del impulso	Probabilidad de utilizar drogas
-----------------------	------------------------------------

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Estoy en un sitio en el que había tomado alguna vez cocaína o crack. | _____ | _____ |
| 2. Estoy rodeado de personas con las que he tomando cocaína o crack anteriormente. | _____ | _____ |
| 3. Acaban de pagarme. | | |
| 4. He visto a mis compañeros(as) tomando drogas. | _____ | _____ |
| 5. Estoy saliendo de mi trabajo. | _____ | _____ |
| 6. Es viernes por la noche. | _____ | _____ |
| 7. Estoy en una fiesta. | _____ | _____ |

- | | | |
|---|-------|-------|
| 8. Estoy pensando en la última vez que consumí. | _____ | _____ |
| 9. He empezado a hablar con alguien sobre tomar drogas. | _____ | _____ |
| 10. Me aburro. | _____ | _____ |
| 11. Me siento muy bien. | _____ | _____ |
| 12. He visto un(a) amante/ex amante. | _____ | _____ |
| 13. Estoy tomando una copa. | _____ | _____ |
| 14. Un amigo mío me está ofreciendo algo de Coca o crack. | _____ | _____ |
| 15. Me siento cansado. | _____ | _____ |
| 16. He visto una prostituta. | _____ | _____ |
| 17. He salido a buscar sexo. | _____ | _____ |
| 18. Me siento sexy. | _____ | _____ |
| 19. Me viene a la memoria lo bien que te Sientes cuando estas colocado. | _____ | _____ |
| 20. Estoy enfadado. | _____ | _____ |
| 21. Me siento estresado. | _____ | _____ |
| 22. Me siento culpable. | _____ | _____ |
| 23. Acabo de tomar drogas. | _____ | _____ |
| 24. Acabo de romper mi abstinencia. | _____ | _____ |
| 25. Me estoy preparando para trabajar. | _____ | _____ |
| 26. Estoy cansado. | _____ | _____ |
| 27. Estoy frustrado. | _____ | _____ |
| 28. He visto un póster en contra de las drogas. | _____ | _____ |
| 29. He visto un canutillo. | _____ | _____ |
| 30. He salido a jugar. | _____ | _____ |
| 31. Acabo de soñar con coca. | _____ | _____ |
| 32. Estoy viendo deportes. | _____ | _____ |
| 33. Me estoy vistiendo de forma elegante. | _____ | _____ |
| 34. Estoy bajo presión en el trabajo. | _____ | _____ |
| 35. Estoy pensando en practicar relaciones | _____ | _____ |

- sexuales. _____
36. Estoy enfadado con mi pareja/esposo(a). _____
37. Mi esposo(a)/pareja me está molestando
porque tomo drogas. _____
38. Mi familia me molesta porque tomo drogas. _____
39. Me acaban de decir que soy positivo en el
test de orina. _____
40. No he consumido y mi orina es positiva. _____
41. Estoy viendo una película relacionada con
las drogas. _____
42. Me siento ansioso. _____
43. Alguien acaba de criticarme. _____
44. No he tomado drogas durante mucho tiempo. _____
45. Me siento tenso. _____
46. Alguien al que estoy cuidando es un enfermo
mental. _____
47. Tengo dolor. _____
48. Siento un peso en mis espaldas. _____
49. Estoy en un bar pasándome bien. _____
50. Me he pelado con mi familia. _____

*Esta versión fue desarrollada por Fred D. Wright.