

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POST-GRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA



PSICOTERAPIA GRUPAL DE ORIENTACIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL Y SU
EFECTIVIDAD SOBRE LAS VARIABLES DE ESTABILIDAD EMOCIONAL Y
AUTOESTIMA EN UN GRUPO DE PACIENTES DROGODEPENDIENTES.

POR:

PSIC. CARMELA I. CAMERO A.

TESIS PRESENTADA EN CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS
EXIGIDOS PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
CLÍNICA

PANAMÁ, 2011

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

NÚMERO DE CÓDIGO: 327-14-06-11-90

ESTUDIANTE: Carmela I. Camero A.

CÉDULA: 8-348-76

TÍTULO AL QUE ASPIRA: Máster en Psicología Clínica

TEMA DE LA TESIS: Psicoterapia grupal de orientación cognitiva conductual y su efectividad sobre las variables de estabilidad emocional y autoestima en un grupo de pacientes drogodependientes.

RESÚMEN EJECUTIVO: El objetivo del presente estudio fue evaluar la efectividad de una intervención grupal de orientación cognitiva conductual sobre variables de personalidad como la estabilidad emocional y la autoestima. El diseño pre-experimental con pre-prueba y post-prueba con un solo grupo y estudio de casos permite concluir que, dicha intervención es efectiva para mejorar los índices de autoestima más no para el logro de una estabilidad emocional en pacientes drogodependientes.

ASESOR DE LA TESIS: Profesor Ricardo López

FIRMA DEL ASESOR: _____

FIRMA DEL ESTUDIANTE: _____

APROBADO POR: _____
Coordinador del Programa

Director de Vicerrectoría de Investigación y postgrado

PANAMÁ, 2011

DEDICO ESTA TESIS:

Primeramente al Señor, mi Dios, porque me permitió culminar una meta más en mi vida. A Él sea la gloria, la honra y la alabanza por lo logrado hasta aquí.

A una persona muy especial en mi vida, mi esposo Iván D. Richards, porque siempre me apoyó incondicionalmente en toda la maestría.

Y a mis padres Azael Camero y Margarita de Camero por su amor y por ser fuente de motivación para mí.

EBEN-EZER

AGRADECIMIENTOS

Al Señor Todo Poderoso, quien me dio la fortaleza y la capacidad para la realización de este trabajo.

Al Reverendo Víctor M. Rivas por abrir las puertas de su centro de rehabilitación con la confianza puesta en la realización de este estudio para beneficio de los internos.

Al encargado de la dirección del centro, Pastor Cancio Miller por la colaboración prestada para organizar la participación de los internos.

A los participantes en este estudio quienes firmaron el consentimiento y participaron con entusiasmo en todo el proceso. Por mantener la confidencialidad obviamos sus nombres.

Al profesor Ricardo López por su asesoría en la realización de este trabajo de graduación.

Finalmente a todas aquellas personas que de una u otra manera apoyaron en la realización de esta tesis.

Dios los Bendiga

INDICE GENERAL

	PÁGINAS
PORTADA	i
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN/ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	xi
Capítulo 1: Marco Teórico	1
1.1. Cuestiones generales sobre la drogodependencia	2
1.1.1. Conceptos relacionados	4
1.1.2. Causas de los trastornos relacionados con sustancias y consecuencias sobre la salud.	7
1.2. Las drogas: Características, efectos y criterios diagnósticos del trastorno por dependencia de sustancias.	10
1.3. Personalidad y drogas	13
1.4. Tratamiento de los trastornos relacionados con drogas	17
1.5. Modelos y teorías explicativos de las drogodependencias	21
1.5.1. El modelo biológico	21
1.5.2. Teoría del aprendizaje social	21
1.5.3. Teorías integrativas	22
1.6. Modelos cognitivos conductuales de la adicción	24
1.6.1. Modelo cognitivo	24
1.6.2. Modelo de prevención de recaída de Marlatt	26
1.6.3. Modelo transteórico de Prochaska y Diclemente	29

Capítulo 2: Tratamiento cognitivo conductual de la drogodependencia	32
2.1. Tratamiento cognitivo conductual	33
2.1.1. Habilidades del terapeuta	35
2.1.2. Preparación para el cambio	36
2.1.3. Técnicas cognitivas conductuales en el manejo de las drogodependencia.	39
2.1.4. Formato individual vs grupal	43
2.1.5. Duración del tratamiento	44
Capítulo 3: Metodología	46
3.1. Planteamiento del problema	47
3.2. Justificación y antecedentes	50
3.3. Objetivos de investigación	52
3.4. Hipótesis	53
3.5. Diseño de investigación	54
3.6. Variables de investigación	55
3.7. Población y muestra	57
3.8. Instrumentos de medición	58
3.9. Método de Intervención	60
3.10. Procedimiento de investigación	61
Capítulo 4: Resultados	63
Capítulo 5: Conclusiones y Recomendaciones	82
Bibliografía	88
Anexos	94

INDICE DE CUADROS

		Página
Cuadro No.1:	Distribución de la muestra por edad, estado civil y escolaridad.	65
Cuadro No.2	Puntajes individuales obtenidos de la escala de estabilidad emocional en el pre-test	70
Cuadro No.3	Puntajes individuales obtenidos de la escala de estabilidad emocional en el post-test	71
Cuadro No.4	Datos estadísticos para la variable estabilidad emocional.	72
Cuadro No.5	Puntajes individuales obtenidos del pre-test para la variable autoestima	75
Cuadro No.6	Puntajes individuales obtenidos del post-test para la variable autoestima	76
Cuadro No.7	Datos estadísticos para la variable autoestima	77

INDICE DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico No.1 Distribución de edad de inicio de consumo	66
Gráfico No.2 Droga de inicio en el consumo	67
Gráfico No.3 Distribución de consumo de drogas psicoactivas	68
Gráfico No.4 Resultados pre y post-test para la variable estabilidad emocional	73
Gráfico No.5 Resultados pre y post-test para la variable autoestima	78
Gráfico No.6 Puntuaciones medias de las dos variables antes y después del tratamiento	79

INDICE DE ANEXOS

		Página
Anexo No. 1	Nota de consentimiento para tratamiento y evaluación de programa terapéutico	94
Anexo No. 2	Diseño de las sesiones terapéuticas	97
Anexo No. 3	Estudio de casos	112
Anexo No. 4	Instrumentos de medición	135

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es comprobar la efectividad de una intervención grupal breve de orientación cognitiva conductual sobre variables de personalidad como la autoestima y la estabilidad emocional en pacientes con diagnóstico de dependencia a sustancias según criterios del DSM-IV TR.

La muestra está compuesta por 8 sujetos, del sexo masculino, adictos a sustancias psicoactivas internos en un centro de rehabilitación. Se recogieron las historias clínicas con datos relacionados con la conducta adictiva y se aplicó el instrumento psicológico (PPG-IPG).

Se llevó a cabo un diseño pre-experimental de pre-prueba y post-prueba con un solo grupo y estudio de casos. Los resultados reflejan la existencia de un ajuste emocional deficiente y baja autoestima en los pacientes al inicio del tratamiento. Tras las doce sesiones de tratamiento se observa una mejora estadísticamente significativa en los índices de autoestima, mas no en la estabilidad emocional. Esto indica que la psicoterapia grupal breve de orientación cognitiva conductual es efectiva para mejorar la autoestima pero no para el logro de una estabilidad emocional en pacientes drogodependientes.

ABSTRACT

The aim of this study is to demonstrate the effectiveness of brief group intervention on cognitive-behavioral orientation of the personality variables like self-esteem and emotional stability in patients with a diagnosis of substance dependence, according to DSM.IVTR criteria.

The sample is composed of eight male subjects, addicted to psychoactive substances, inmates in a rehabilitation center. Clinical histories were collected with information related to addictive behavior; and apply the psychological test (PPG- IPG).

We conducted a pre-experimental design, pre-test and post-test with just one group and case studies. The results reflect the existence of a poor emotional adjustment and low self-esteem, in most patients when starting treatment. After twelve weeks of treatment there was a statistically significant improvement in the indices of self-esteem, but not in emotional stability; this suggests that brief psychotherapy cognitive behavioral, is effective in improving self-esteem, but not for achieving emotional stability, in drug-abusing patients.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, los trastornos por dependencia de sustancias son un importante problema de salud pública en el mundo. En los últimos años, la incidencia y prevalencia, de estos trastornos ha aumentado tanto en Panamá como en otros países, produciendo importantes secuelas tanto a nivel personal, familiar, psicosocial y económico.

El patrón de consumo es cada vez más complejo, cambia con rapidez y la dimensión que tiene actualmente no tiene distinción de edad o nivel social, y se da tanto en zona urbana como rural.

La sociedad actual exige mayor oportunidad en la atención, efectividad en los programas y eficacia en el personal que brinda los servicios (CIJ, 2002). De tal manera se hace necesario contar con el recurso humano capacitado y planes de tratamiento efectivos en donde se involucre a toda la sociedad en el proceso, desde la familia del paciente hasta instituciones distintas a las de salud.

Debido a que este ideal es difícil de cumplirse, es necesario unir los recursos de diversas instituciones, como las que forman a los profesionales en este campo, y responder oportuna y eficazmente, con servicios y atención de calidad, a la demanda de tratamiento de estos pacientes y a las exigencias de la sociedad actual.

El presente trabajo se realiza en este marco. El objetivo del mismo fue el de comprobar la eficacia de un plan de terapia grupal breve de orientación cognitiva conductual sobre las variables de autoestima y estabilidad emocional, factores de personalidad importante en la rehabilitación del paciente drogodependiente.

En el primer capítulo se exponen las generalidades relativas a las drogodependencias que permiten una mayor comprensión del trastorno, sus criterios diagnósticos y los principios fundamentales para que un tratamiento sea efectivo.

El segundo capítulo explica de manera general los componentes principales del tratamiento cognitivo conductual de la drogodependencia. Los aportes de algunos estudiosos en la temática que sustentan que la terapia cognitiva conductual posee validez empírica en éste ámbito de intervención y se exponen las técnicas utilizadas por este modelo teórico para el tratamiento del trastorno por dependencia de sustancias.

El capítulo tercero enmarca toda la metodología empleada, desde el planteamiento del problema, el diseño de investigación utilizado el cual se trató de un diseño pre-experimental de pre-prueba y post-prueba con un solo grupo y estudio de casos. Aquí se establece el procedimiento empleado en esta investigación.

El diseño y la metodología utilizada nos llevan a concluir en el capítulo cuarto que la terapia grupal breve de orientación cognitiva conductual es efectiva para mejorar los índices de autoestima. Sin embargo para la estabilidad emocional las mejoras no fueron significativas en esta muestra. Se sustenta estos resultados bajo los principios del NIDA que expone que para resultados más eficaces es importante la combinación de la terapia individual y grupal y la utilización del tiempo suficiente para que los resultados sean mejores. Además, se expone que el trabajo con las emociones requiere de un abordaje individualizado de más largo plazo en donde el terapeuta proporcione seguridad, apoyo y contención hasta que el paciente se sienta seguro y capaz de controlar su propia experiencia emocional. Estas conclusiones se exponen en el capítulo quinto donde también se hacen recomendaciones pertinentes al estudio y la problemática de la drogodependencia.

CAPÍTULO 1
MARCO TEÓRICO

1.1. CUESTIONES GENERALES SOBRE LA DROGODEPENDENCIA

La proliferación del consumo de drogas ha tenido durante las últimas décadas un impacto negativo no sólo sobre los propios afectados por este problema, sino también sobre la salud y el bienestar colectivo de nuestra sociedad.

En nuestro país se realizó en el 2003 la primera encuesta nacional de hogares sobre consumo de drogas. En ella se agrupan todas las drogas lícitas e ilícitas y se calculan los tres parámetros epidemiológicos. “Se estimó que el 6.3% de las personas encuestadas habían consumido cualquier droga ilícita alguna vez en su vida, 3.9% lo hizo en el último año y 3% lo hizo en el último mes” (CICAD/OEA/CONAPRED/MINSA, 2003, p23).

En términos de prevalencia general, las bebidas alcohólicas ocuparon el primer lugar en consumo de todas las drogas. El 65.1% de los encuestados refirieron haberlas consumido alguna vez en la vida, 44,9% durante el último año y 32.8% en el transcurso del último mes.

El 32.6% había fumado cigarrillos alguna vez en la vida, 15.8% en el último año y 12.4% en los 30 días anteriores a la encuesta. Por lo que se situó en el segundo lugar de consumo.

Los medicamentos tranquilizantes consumidos sin receta médica ocuparon el tercer lugar, ya que la tasa de prevalencia de vida fue de 8.3%, la tasa de prevalencia de año fue 3.1% y la tasa de prevalencia de mes 1.3%.

En cuarto lugar se situó la marihuana debido a que su tasa de prevalencia de vida fue de 5.4%, la tasa de prevalencia de año fue 3.4% y la tasa de prevalencia de mes se estimó en 2.6%. Es importante señalar que cuando se comparan las drogas ilícitas en su conjunto, ésta droga pasa a ocupar el primer lugar de consumo.

La segunda droga ilícita de mayor consumo fue la cocaína con 1.8% de tasa de prevalencia de vida, 1.2% de tasa de prevalencia de año y 1. % de prevalencia de mes. De ahí se sitúan un grupo de drogas de menor prevalencia como solventes e inhalantes, pasta de coca, piedra, éxtasis y metanfetaminas.

La prevalencia nacional presentada en este estudio es preocupante debido a que es una problemática con tendencia al incremento, sobre todo en los jóvenes quienes se consideran un grupo de alto riesgo debido a factores psicosociales importantes (CICAD/OEA/CONAPRED/MINSA.,2002-2003). Esto provoca que las drogodependencias sea uno de los temas que causan gran preocupación en cuanto a la forma en que debe ser abordado.

Para abordar el tema de la drogodependencia en una perspectiva amplia es relevante partir de algunas consideraciones generales. Todavía en el presente, las personas que desarrollan dependencia del consumo de drogas, son estigmatizadas por la sociedad como personas viciosas o con falta de voluntad (CIJ, 2002). Desde la psicología científica, se ha luchado por erradicar estos estigmas y ofrecer una visión constructiva del problema de las drogodependencias. El comité de expertos de la OMS aprueba en 1965 la definición internacional de dependencia. Definen el concepto de dependencia con respecto a la droga de la siguiente manera:

“Estado psíquico y a veces también físico que resulta de la interacción entre un organismo vivo y un medicamento. Que se caracteriza por modificaciones de la conducta y otras reacciones que siempre comprenden una pulsión que lleva a tomar el medicamento de modo continuo o periódico para provocar sus efectos psíquicos y a veces evitar el malestar de su privación. Este estado puede acompañarse o no de tolerancia. El mismo individuo puede depender de varios medicamentos”. (Comité de la Organización Mundial de la Salud, 1969, pag.8)

Esta definición considera relevante la interacción de dos elementos: la sustancia o sustancias que se consumen y el organismo vivo o persona que las consume. De esta interacción se desarrollan efectos psíquicos y a veces físicos que hacen que la persona

busque compulsivamente la sustancia para experimentar dichos efectos o evitar el malestar de la abstinencia.

Becoña, (2004), contextualiza el problema de dependencia a las drogas y refiere que existen una variedad de sustancias capaces de crear adicción; de ahí que, cada individuo tiene un grado de vulnerabilidad, motivaciones, una historia personal y expectativas propias ante estas drogas que hacen de su relación con ellas una experiencia única. Por otra parte, los contextos en los que se producen estos consumos condicionan de manera importante tanto los patrones de uso de cada sustancia como los efectos y las consecuencias que se derivan de su consumo. Este aporte se ve sustentado en el DSM-IV TR, el cual clasifica el uso de drogas según los niveles de participación como: abuso y dependencia y los ubica bajo el concepto de trastornos relacionados con sustancias.

1.1.1. Conceptos Relacionados:

Para entender los problemas relacionados con sustancias es fundamental conocer el significado de conceptos importantes como: sustancia, uso de sustancia, abuso, dependencia, tolerancia y abstinencia.

El término sustancia o droga, designa a todo compuesto químico que una vez ingerido altera el estado de ánimo o la conducta (Barlow, 2007). Esta sustancia farmacológicamente activa sobre el sistema nervioso central es capaz de generar abuso y dependencia (www.usoasturias.com/prevención/guia).

Es importante diferenciar entre uso, abuso y dependencia a sustancias ya que designan diferentes niveles de implicación del individuo. El uso de sustancias, según Barlow (2007, p388), “consiste en ingerir sustancias psicoactivas en cantidades moderadas que no deterioran mucho la actividad social, educativa u ocupacional”. Involucra aquel que se toma una taza de café por la mañana como el que ingiere drogas ilegales de manera esporádica.

El abuso de sustancias, por su lado, es definido en el DSM IV-TR a partir del efecto negativo que produce en la vida del consumidor. Considera que el abuso existe si hay deterioro de su educación, trabajo o sus relaciones con otros, si pone al individuo en situaciones de peligro físico y si le genera problemas legales. (Barlow, 2007).

Barlow refiere que a la dependencia de drogas suele llamársele adicción. Hoy en día se reconoce que la característica esencial de toda dependencia o adicción es el conjunto de signos y síntomas cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos que revelan un patrón de uso compulsivo de una o varias sustancias y una incapacidad para controlar este consumo a pesar de las consecuencias negativas que conlleva para la salud del individuo y la sociedad (Paredes, 2004).

Otro autor define la dependencia como:

... "un patrón desadaptado del uso de sustancias que se caracteriza por la necesidad de cantidades crecientes para alcanzar el efecto deseado (Tolerancia), efectos físicos negativos cuando deja de consumirse (abstinencia), intentos infructuosos por controlar su consumo y esfuerzos importantes para buscar sus efectos o recobrarlos de ellos" (Barlow, 2007, p389).

La dependencia o adicción es un concepto que ha sido definido desde diferentes enfoques teóricos. Peele, (1975), en la obra "Love and Adicción", ofrece una descripción profunda de la adicción que contribuye a desarrollar la comprensión de esta condición. El describe la adicción como una reacción humana no sólo a las drogas sino, hacia muchas otras experiencias como el amor, el matrimonio, el hogar, la medicina, la psiquiatría, la escuela, la religión, etc. Expone que la adicción es un apego tan fuerte a una sensación, persona u objeto, que disminuye la capacidad de la persona para atender otras cosas, a tal punto que llega a ser dependiente de aquella experiencia como única fuente de gratificación.

La dependencia adquiere un carácter psicológico y físico. Guerreschi (2007), define la dependencia psicológica como una condición general que empuja al individuo a la búsqueda del objeto, sin el cual la existencia perdería sentido.

La dependencia psicológica es el deseo irresistible de repetir la administración de una droga para:

- a) Obtener la vivencia de sus efectos agradables, placenteros y/o evasivos.
- b) Evitar el malestar que se siente en su ausencia.(Fernández, 2009)

Por tanto, son las actividades de búsqueda de la droga por parte de la persona y la asociación de patrones de consumo patológico las que condicionan la dependencia.

Cuando se define el carácter mental o psicológico de la dependencia, también aparece el término dependencia física, la cual denota que el cuerpo desarrolla una demanda celular por una droga específica (Dusek, 1990). Esta dependencia solo se descubre cuando la droga es retirada del consumidor. Si este presenta síntomas de abstinencia, significa que ha desarrollado una dependencia física de la droga. Fernández (2009), expone que la dependencia física, también denominada neuroadaptación, es un estado caracterizado por la necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo droga-organismo. Sus dos componentes principales son la tolerancia y el síndrome de abstinencia agudo. Cuando la administración de la droga se suspende de manera abrupta, se presenta un cuadro denominado síndrome de abstinencia agudo, que se caracteriza por unas manifestaciones más o menos agudas de una serie de signos y síntomas físicos y psíquicos variables, según la droga de que se trate, los cuales ceden con la administración de la droga o con sustitutivos farmacológicos.

La abstinencia adquiere características esenciales descritas en el DSM IV-TR (2000, p228), como:

“...presencia de un cambio desadaptativo de comportamiento con concomitantes fisiológicas y cognitivas debido al cese o la reducción del uso prolongado de grandes cantidades de sustancias”.

La tolerancia ha sido explicada como:

“una respuesta fisiológica o conductual reducida a la misma dosis de una droga requiriendo de un incremento en esa dosis para obtener un efecto constante” (Dusek, 1990)

Aún cuando el aprendizaje o la adaptación a nivel cognoscitivo forman parte del fenómeno de tolerancia, los investigadores han encontrado también evidencias de cambios físicos. Dusek sostiene que una de ellas está en las enzimas del hígado que metabolizan las drogas. A medida que aumenta el consumo de barbitúricos también lo hace la actividad de las enzimas del hígado que descomponen la droga. A medida que pasa el tiempo, deben ingerirse mayores cantidades de la droga para tener la misma cantidad de ésta circulando en el sistema.

1.1.2. Causas de los trastornos relacionados con sustancias y consecuencias sobre la salud

Cuando se habla de consumo de droga se resalta la interacción de tres elementos importantes: la sustancia o sustancias que se consumen, la persona que las consume y el contexto en el que se produce éste consumo (Becoña, 2004). Los recientes estudios sobre factores de riesgo aportan mucha información al respecto de estas cuestiones. Estos son definidos como:

“...ciertas características que existen en la comunidad, familia, escuela e individuo previo al consumo de drogas, que aumentan la probabilidad de que éste fenómeno ocurra durante el desarrollo de la persona” (Alcántara, Reyes, Cruz, y Díaz 1999, p.127).

La aparición de uno de estos factores es una condición necesaria pero de ninguna manera suficiente para el abuso ni la dependencia.

La trayectoria de uso al abuso y la dependencia no puede predecirse partiendo de un solo factor, hablese de un factor genético, neurobiológico, psicológico o cultural, sino, de la confluencia de varios de estos factores (Barlow, 2007). Sobre este tema el modelo integral expone que el paso al abuso y a la dependencia se da cuando después de utilizar

una droga varias veces, la biología y la cognición se alían para crear la dependencia. Barlow (2007, p.414) refiere que:

“...el consumo constante origina tolerancia, la cual requiere ingerir una cantidad mayor para obtener el mismo efecto. Si las sensaciones placenteras se asocian a ciertas situaciones, el retorno a ellas provocará ansia, aun cuando la droga no esté disponible”.

Para Taylor (2007), el abuso de sustancias de todo tipo, ya sean cigarrillos, alcohol o drogas ilegales, puede predecirse por algunos factores. El sostiene que los adolescentes que manifiestan este tipo de conductas de riesgo suelen presentar conflictos fuertes con sus padres y muy poco autocontrol, lo que indica que estas conductas pueden funcionar como estrategias de afrontamiento frente a una vida estresante. Los que abusan de sustancias, por lo general tienen un mal desempeño en la escuela. Los problemas familiares, las desviaciones y la baja autoestima parecen explicar esta relación (Taylor, 2007).

La inadaptación emocional producto de los conflictos familiares genera síntomas depresivos, ansiosos, inadecuado manejo del enojo, origina una incapacidad para la resolución no violenta de diferencias interpersonales y baja autoestima entre otros aspectos. De esta manera puede deducirse que el individuo con estas características se vuelve más vulnerable al abuso de sustancias psicoactivas y a la vez el pronóstico de recuperación una vez que se tiene el trastorno por dependencia se vuelve más dificultoso.

Algunas de las siguientes consecuencias generales son las que experimenta el drogodependiente, además de la situación patológica en sí misma de la dependencia (Fernández, 2009):

- a) **Reacciones antisociales:** el drogodependiente vive por y para la droga y hará todo lo posible para conseguirla. De ésta manera va habituándose a patrones de conducta antisociales que le auguran éxito en la consecución de la sustancia.
- b) **Síndrome de déficit de actividad:** Con astenia, indiferencia, disminución o interrupción de la actividad motora.

- c) **Infecciones y disminución de las defensas:** Debido a la falta de asepsia, la administración de drogas por vía inyectable puede dar lugar a cuadros infecciosos: hepatitis viral, paludismo, endocarditis bacterianas, VIH,...
- d) **Peligro de sobredosificación:** este riesgo existe especialmente en los drogodependientes de opiáceos (heroína) por vía intravenosa.
- e) **Riesgo de “escalada”:** cuando se realizan consumos abusivos y/o frecuentes de alcohol y/o se comienza a consumir derivados cannabicos. Existe el riesgo ampliamente contrastado de iniciarse en consumos de otras drogas como heroína, cocaína, drogas de síntesis, etc.
- f) **Riesgo de recaída:** cada vez hay más consenso en relación a que el consumo de cannabis durante periodos de abstinencia de otras drogas, tras una desintoxicación, es un factor importante de recaída.
- g) **Efectos tóxicos específicos:** son los característicos de cada droga.

1.2. LAS DROGAS. CARACTERÍSTICAS, EFECTOS Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNOS POR DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

El término “droga” es amplio y ambiguo. En 1969 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió droga como:

“toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones”. (Dusek, 1990, p8)

En 1982 la OMS intentó delimitar cuales serían las sustancias que producían dependencia y declaró como droga de abuso aquella de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser autoadministrada (Fernández, 2009).

Fernández agrega que en la última década, los autores anglosajones han reemplazado el término droga por el de sustancia psicoactiva, justificando dicha sustitución por el hecho de que muchos productos con capacidad de producir trastorno por abuso o dependencia se dan de forma natural (cannabis) o que no están fabricados para el consumo humano (ej: pegamento).

Barlow, (2007, p393) expone sobre los efectos de las drogas en el cerebro y en el organismo y las agrupan en cinco categorías:

- “Tranquilizantes: Sedan la conducta y pueden provocar relajación. A esta categoría pertenecen alcohol (alcohol etílico) y los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos de las familias de barbitúricos (por ejemplo, Seconal) y benzodiacepinas (Valium, Halción).

- Estimulantes: Hacen más activos y alertas a quienes los consumen; pueden exaltar el estado de ánimo. A este grupo pertenecen las anfetaminas, la cocaína, la nicotina y la cafeína.
- Opiáceos: Su efecto principal consiste en producir analgesia (alivio del dolor) y euforia. A este grupo pertenecen los siguientes: heroína, opio, codeína y morfina.
- Alucinógenos: Alteran la percepción sensorial y pueden generar delirios, paranoia, y alucinaciones. En este grupo caen la marihuana y el LSD.
- Otras drogas de abuso: No encajan bien en ninguna de las categorías anteriores; inhalantes (por ejemplo, pegamento de aviones), esteroides anabólicos y otros medicamentos de patente o que no exigen receta (óxido nitroso por ejemplo). Estas sustancias producen varios efectos psicoactivos que distinguen a las sustancias mencionadas en las categorías precedentes”.

En cuanto a los criterios diagnósticos, el sistema CIE-10 (OMS) define el síndrome de dependencia como un trastorno que presenta los siguientes aspectos:

- a) Manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas características.
- b) Se da máxima prioridad al consumo de la sustancia.
- c) Hay un deseo de administración.
- d) Las recaídas, después de un período de abstinencia, llevan a instaurar más rápidamente este síndrome que en los no dependientes.

Y las siguientes pautas diagnósticas: si durante algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- a) Deseo o compulsión de consumir sustancias.
- b) Disminución de la capacidad de control del consumo: para comenzar o para terminarlo.

- c) Síntomas somáticos del síndrome de abstinencia específico cuando reduzca o cese el consumo.
- d) Tolerancia.
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones.
- f) Persistencia en el consumo, a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales

Por su parte, el sistema DSM-IV-TR (APA) hace la siguiente descripción de la dependencia: se trata de un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar, clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los apartados siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

1. Tolerancia:
 - a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
 - b) El efecto de las mismas cantidades de la sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia:
 - a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia.
 - b) Se toma la sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o suprimir el consumo de la sustancia
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de sus efectos.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales, o recreativas debido al consumo de la sustancia.

7. Se continúa administrando la sustancia a pesar de tener la conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

1.3. PERSONALIDAD Y DROGAS

El campo de la farmacodependencia es muy complejo y delicado por los múltiples factores que repercuten en el curso de dicho fenómeno. Un aspecto importante que ha sido objeto de diversos estudios es el que se refiere a las características de personalidad de los consumidores de drogas. Diversas teorías coinciden en que una estructura de personalidad vulnerable constituye un factor predisponente para la dependencia a sustancias psicoactivas, sin embargo, hoy en día la mayoría de autores sostiene que no existe una personalidad típica, sino rasgos comunes a todos los drogodependientes (De Macedo, 2006).

La observación clínica confirma que existen ciertas características individuales y factores de vulnerabilidad personal que pueden favorecer el consumo o predisponer a dicha conducta, pero de ningún modo es determinante. Entre estos están: la inmadurez, la dependencia, inseguridad, baja confianza en sus capacidades, falta de motivación e iniciativa, inestabilidad e irritabilidad emocional, baja resistencia a la frustración (Fantin, 2005). Estas observaciones hacen del estudio de la personalidad un campo de gran interés para los investigadores que intentan explicar su relación con las conductas de riesgo, como las adicciones.

Por otro lado, Cervera (1999) cita a Valenciano (1936), un autor español, quien consideraba que el factor causal fundamental de las toxicomanías radica en la personalidad del toxicómano. De esta manera diversos enfoques han propuesto diferentes relaciones entre la personalidad y las conductas adictivas.

El autor que ha dedicado más esfuerzo a la comprensión de la personalidad humana es Theodore Millon. Su planteamiento parte de la consideración del ser humano como una unidad de funcionamiento integrado, con todos los elementos interrelacionados: determinantes biológicos, emociones, rasgos, historial de aprendizaje, etc. (Millon, 1999). Desde el punto de vista clínico, Millon utiliza la Analogía del Sistema Inmunitario, según la cual, nuestra personalidad representaría nuestro sistema defensivo para enfrentarnos al mundo; el ambiente representaría una fuente de amenazas para la homeostasis y el desarrollo del organismo; nuestra personalidad tendría como cometido contrarrestar estas amenazas; cuando la estructura de personalidad se viera sobrepasada por las exigencias y amenazas ambientales, se produciría un trastorno mental. En todo caso, éste sería más probable cuando nuestro sistema defensivo, nuestra personalidad, no se hubiera estructurado de forma sólida y competente. Millon agrega que cuando los estresores del Eje IV sobrepasaran las defensas del Eje II se produciría un trastorno del Eje I y entre estos trastornos se encuentran los relacionados con el uso de drogas.

Algunas teorías, como la Teoría de la Adicción de Wills (2004), ha vinculado el desarrollo de conductas adictivas con factores de socialización familiar, de modo que algunos rasgos de personalidad operarían como protectores mientras que otros, en determinadas circunstancias familiares, supondrían riesgos en dos sentidos: el pobre aprendizaje de estrategias de autocontrol y las conductas de toma de riesgos. En presencia de estresores se favorecerían mecanismos de socialización secundaria que acercarian al sujeto al consumo y podrían cronificarlo. La teoría de Wills, inicialmente centrada en la idea de que el consumo de sustancias representaría principalmente una modalidad de afrontamiento del estrés, ha ido evolucionando hasta considerar que los rasgos de personalidad son factores de riesgo o protección frente al efecto de las sustancias (Wills, 2004).

Cloninger (2003), sostiene que la personalidad se desarrolla con el tiempo. La experiencia, especialmente en la niñez influye en la manera en que cada persona se desarrolla hacia su propia y única personalidad. De esta manera, si la experiencia en la niñez no ha sido favorable, la personalidad ulterior se convertirá en un factor de riesgo para el vínculo con las sustancias. Esto se debe a que el aprendizaje temprano, aspecto importante en la formación de la personalidad, estuvo carente de las oportunidades necesarias para el desarrollo de habilidades esenciales sobre las que más tarde se construiría la experiencia, facilitándose así la vulnerabilidad para las conductas de riesgo como las adicciones.

Trujillo,(S/F), sostiene que un aspecto importante de la personalidad que supone un aprendizaje es el equilibrio emocional, por lo tanto para mejorar nuestra calidad de vida y prevenir conductas adictivas, debemos aprender a observar, analizar, indagar, reflexionar y utilizar adecuadamente los saberes cotidianos que vamos incorporando día a día y que facilitan una estabilidad emocional.

Teniendo en cuenta esto es importante agregar que para encontrar el equilibrio emocional, actuar con responsabilidad y aspirar a un desarrollo personal se necesita aprender a distinguir, entender y controlar nuestras emociones y sentimientos. Esto significa saber contextualizarlos, jerarquizarlos, interpretarlos, tomar conciencia de ellos y de sus consecuencias en nosotros y los que nos rodean. Porque cualquiera de nuestras reflexiones o actos, en un momento determinado, pueden verse afectadas por nuestro estado anímico y, de esa manera, pueden interferir negativamente en la resolución de un conflicto, en una toma de decisión, o en nuestra interacción con el medio (Trujillo, s/f).

Por su parte Bandura (1997), también señala que una inadecuada o pobre percepción de las propias capacidades para manejar y controlar diferentes situaciones, especialmente en la adolescencia, es un factor de riesgo para el inicio en el consumo de sustancia psicoactivas. De esta manera las diversas teorías coinciden en que una estructura de

personalidad vulnerable constituye un factor predisponente para la dependencia a las drogas (De Macedo, 2006).

Investigaciones como las de Zavaleta (2001), sostienen que las variables de personalidad que se han relacionado con el consumo de drogas son: búsqueda de sensaciones, conflicto de identidad, poca tolerancia a la frustración, rasgos antisociales, impulsividad, autoestima y autoconceptos inadecuados, sentimientos de culpa, miedo o temores irracionales, sentimientos de inferioridad e inadecuación, entre otros. Zavaleta afirma que para aquellos sujetos que presentan personalidades complejas o patológicas, el consumo de drogas constituye a menudo la única alternativa para enfrentarse a los problemas personales; estas personas suelen ser más susceptibles a reaccionar favorablemente a la adicción.

La Personalidad es entonces el mejor conjunto de variables estructuradas que puede dar cuenta de la manera en que una persona establece ciertas relaciones con las drogas. La autoadministración de sustancias es una conducta que se define por la relación que presenta con el resto de conductas disponibles en el repertorio de cada sujeto. Por tanto, el estudio de la personalidad de un paciente nos ofrecerá datos sobre el sentido que tiene la droga en función de sus objetivos, metas y necesidades (Pedrero, s/f).

1.4. TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON DROGAS.

Es importante resaltar que en materia de adicciones no existe un sistema de tratamiento único, más bien estamos frente a una gran variedad de servicios de tipo médico, de desintoxicación, residenciales, ambulatorios, de carácter social, religioso y de grupos de autoayuda. Estos programas varían respecto a sus marcos teóricos, objetivos de tratamiento y filosofías que lo sustentan. Un ejemplo de esto son aquellos programas en donde la abstinencia es un prerrequisito, mientras que en otros representa un objetivo a lograr en un plazo mayor (CIJ, 2002).

En nuestro país, la atención de la farmacodependencia es realizado por el Ministerio de Salud a través de los equipos de salud mental de los centros de salud, y los cuartos de urgencia de los diferentes hospitales. En el Instituto Nacional de Salud Mental, en la provincia de Panamá, se desarrolla el programa de tratamiento a las adicciones cuya modalidad es de internamiento.

También existen organizaciones no gubernamentales que se dedican al tratamiento de las personas farmacodependientes y que desarrollan sus programas en modalidades ambulatorias y de internamiento, estos últimos en la categoría de comunidades terapéuticas.

Dentro de los programas ambulatorios, se encuentran organizaciones como la Cruz Blanca Panameña y la Fundación Educativa Médica Antidroga (FEMA). En cuanto a comunidades terapéuticas, la Fundación Nueva Vida ofrece sus programas para pacientes varones en la provincia de Panamá y Darién. Otras comunidades son la Fundación Teen Challenge con ubicaciones en Panamá, Colón, Chiriquí y Herrera, así como Hogares Crea con centros en Panamá, Veraguas y Coclé.

También existen en el país los grupos de autoayuda, los cuales bajo la filosofía de Alcohólicos Anónimos contribuyen a la recuperación de muchos adictos a nivel nacional. Estos grupos se dividen en Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos.

La fuerza que sustenta un buen servicio de atención en el campo de las adicciones debe incluir un enfoque de tratamiento multidisciplinario con énfasis en los componentes bio-psico-sociales, así como la comprensión del proceso adictivo combinado con el conocimiento de las drogas de abuso y la utilización de programas que hayan demostrado eficacia auxiliar en el manejo de estos pacientes.

En este sentido, un aspecto importante en el tratamiento habitual de las adicciones es la utilización de medicación para tratar las complicaciones resultantes como la sobredosis y el síndrome de abstinencia, ya que pocos medicamentos han sido identificados para interrumpir el proceso adictivo (CIJ, 2002).

Los diferentes modelos confirman que los tratamientos producen mejores resultados cuando se tratan los problemas adicionales del individuo. Además de disminuir (o eliminar) el uso de sustancias, los objetivos de los tratamientos deben dirigirse a procurar que los individuos vuelvan a funcionar productivamente dentro de la familia, el trabajo y la comunidad. Las formas de medir la eficacia de los tratamientos incluyen el funcionamiento de la persona a nivel laboral, legal, familiar, social y su condición médica y psicológica. En general, el tratamiento de la adicción a drogas es tan efectivo como el tratamiento de otras enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión y el asma (NIDA, 1999).

En 1999, el *Nacional Institute of Drug Abuse* (NIDA) publicó un total de trece principios (Principios de Tratamiento Efectivo), derivados de la investigación empírica realizada en los treinta años anteriores y que deben de guiar a los profesionales que trabajan en dicho ámbito. Estos principios son los siguientes:

1. No hay un tratamiento único que sea apropiado para todos los individuos.

2. El tratamiento necesita estar disponible fácilmente.
3. El tratamiento efectivo atiende a múltiples necesidades del individuo, no sólo a su uso de drogas.
4. Un plan de tratamiento y de servicios individual debe ser continuamente evaluado y modificado cuando se considere necesario para asegurarse que el plan atiende las necesidades de cambio de la persona.
5. Permanecer en tratamiento durante un adecuado período de tiempo es crítico para la efectividad del tratamiento.
6. El *counseling* (individual y grupal) y otras terapias conductuales son componentes críticos del tratamiento efectivo para la adicción.
7. La medicación es un elemento importante del tratamiento para muchos pacientes, especialmente cuando se combina con el *counseling* y otras terapias conductuales.
8. Los individuos adictos o que abusan de drogas que presentan trastornos mentales coexistentes deberían tener tratamiento para ambos trastornos de forma integrada.
9. La desintoxicación médica es sólo el primer estadio del tratamiento de la adicción y, por sí misma, significa poco en lo que se refiere al uso de drogas a largo plazo.
10. El tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo.
11. El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser monitorizado continuamente.
12. Los programas de tratamiento deberían incluir evaluación para el VIH/ SIDA, hepatitis C y B, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, así como *counseling* que ayude a los pacientes a modificar o cambiar las conductas que les colocan a sí mismos o a otros en riesgo de infección
13. La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo y, frecuentemente requiere múltiples episodios de tratamiento.

Estos principios continúan vigentes y son relevantes para el tratamiento efectivo de las drogodependencias.

Un aspecto fundamental en cuanto a los tratamientos relacionados con las drogodependencias son los tratamientos psicológicos; estos constituyen el núcleo central y crítico en el abordaje de estos trastornos; con esto no se está afirmando que exista una única forma de entender los procesos y determinantes de la conducta adictiva desde la Psicología; lo que se quiere decir es que los tratamientos psicológicos se apoyan en un modelo psicológico, cuya naturaleza esencial consiste en comprender la conducta por su relación con el contexto, sea éste de carácter biográfico o social (Pedrero, Fernandez, Casete, Bermejo, Secades y Gradolí, 2008).

Pedrero y col. (2008), sostienen que los modelos psicológicos constituyen actualmente los marcos conceptuales básicos que informan las intervenciones terapéuticas y que pueden dar mejor respuesta a necesidades básicas de los tratamientos como son el incremento de la motivación, la atención a la diversidad psicológica y la reducción de las recaídas. Sin embargo, conviene recordar que los modelos y tratamientos psicológicos no excluyen sino que demandan las aproximaciones multidimensionales, incluyendo las intervenciones farmacológicas y sociales. Los datos demuestran que el problema de las conductas adictivas no se resuelve únicamente con la desintoxicación, sino que es necesario otro tipo de intervención posterior debido a la alta probabilidad de recaída, por lo que es fundamental la terapia psicológica (Fernández, 2009).

Las áreas primordiales sobre las que se sugiere estructurar un programa de intervención psicológica en drogodependencias son: prevención de recaídas, cambios en el estilo de vida, entrenamiento en habilidades sociales, intervención familiar y motivación.

1.5. MODELOS Y TEORÍAS EXPLICATIVAS DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Existen diferentes modelos psicológicos que se han descrito y aplicado para resolver el problema de las drogodependencias. Sin embargo se diferencian entre sí por la concepción que manejan de la conducta, cómo entienden el consumo de drogas y su posible solución.

1.5.1. EL MODELO BIOLÓGICO

Este modelo se basa en que el consumo de drogas es una enfermedad crónica. Sostiene que el adicto no es responsable de su problema, ya que éste se sustenta en una vulnerabilidad biológica que interactúa con las características de la sustancia. Después que la persona se ha convertido en drogodependiente, ya no tiene ningún control sobre su consumo y, por lo tanto, la solución tiene que venir del exterior. El sujeto debe asumir entonces su condición de enfermo crónico (Dusek, 1990). Este modelo maneja la hipótesis de la automedicación en donde el consumo de drogas es una forma directa o indirecta de compensar una alteración neurobiológica. También se le denomina hipótesis de automedicación porque se presupone la existencia de trastornos ansiosos, afectivos o psicóticos los cuales se verían modulados a través de la automedicación o el consumo que llevaría a cabo el propio adicto (Sánchez, Berjano, 1996).

Uno de los enfoques terapéuticos más conocido que sigue este modelo de la adicción es el de Alcohólicos Anónimos. El mismo tiene como objetivo la abstinencia de por vida, pues asume que una vez que la persona ha perdido el control sobre el consumo de una sustancia nunca más podrá recuperarlo.

1.5.2. TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

La más utilizada en drogodependencia es la teoría cognitiva social propuesta por Bandura (1986). Esta teoría psicológica está basada en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición junto a los aspectos del ambiente en los que lleva a cabo la

conducta. Bandura propone la existencia de tres sistemas implicados en la regulación de la conducta: 1) el primero estaría constituido por los acontecimientos o estímulos externos, que afectarían a la conducta principalmente a través de los procesos de condicionamiento clásico; 2) el segundo serían las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos, y que ejercerían su influencia a través de los procesos de condicionamiento operante o instrumental; y 3) el tercero lo constituirían los procesos cognitivos mediacionales, que regularían la influencia del medio, determinando los estímulos a lo que se prestará atención, la percepción de los mismos y la propia influencia que éstos ejercerán sobre la conducta futura (Becoña, 2004).

Becoña sostiene que según la teoría del aprendizaje social el concepto de autoeficacia es el elemento explicativo más importante relacionado con la adquisición, el mantenimiento y los cambios de la conducta.

1.5.3. TEORÍAS INTEGRATIVAS

Las teorías integrativas tienen como objetivo explicar la conducta de consumo mediante la integración de distintos componentes de diversas teorías. Entre algunas de estas teorías se encuentra el modelo de desarrollo social, llevado a cabo por Catalano, Hawkin y sus colaboradores cuyo objetivo es explicar el comportamiento antisocial a través de la especificación de las relaciones predictiva del desarrollo, dando gran importancia a los factores de riesgo y protección (Catalano y Hawkins, 1996). Su modelo integra teorías como la del control, la teoría del aprendizaje social y la teoría de la asociación diferencial. Este modelo asume que los seres humanos son buscadores de satisfacción y que su conducta depende del interés percibido por la persona de sus actos; esto es, las personas se implican en actividades o interacciones a causa de la satisfacción que esperan recibir de ellas. Esta afirmación se deriva de la teoría del aprendizaje social. Por otro lado las experiencias aportan información práctica que sirve para las acciones futuras, afirmación basada en la teoría de la asociación diferencial. Catalano y Hawkins agregan que otra hipótesis manejada por esta teoría, es que la conducta del individuo será

prosocial o antisocial dependiendo de las conductas, normas y valores predominantes que tengan aquellos a los que el individuo está vinculado. Esto se basa en la teoría del control social.

Otra teoría integrativa es la interaccional de la delincuencia aplicable al consumo de drogas y propuesta por Thornberry en 1987. Combina elementos de las teorías del control social y del aprendizaje. La misma sostiene que la conducta desviada es el resultado tanto de la débil vinculación de la persona con la sociedad convencional como de un pobre ambiente social donde la conducta adecuada puede ser aprendida y reforzada. Las conductas delictivas se desarrollan de modo dinámico a lo largo de la vida, donde interactúan múltiples procesos a lo largo del tiempo (Thornberry, 1987 citado por Becoña, 2004).

1.6. MODELOS COGNITIVOS CONDUCTUALES DE LA ADICCIÓN

Desde la psicología científica se ha luchado por erradicar los estigmas que recaen sobre el problema de la drogodependencia y ofrecer una visión constructiva de esta. Existen diversos factores que pueden hacer más vulnerable a un individuo al consumo de drogas, entre ellos, ciertos rasgos de personalidad, sin embargo es importante resaltar que los principios de la modificación de conducta ofrecen la posibilidad de analizar esta problemática y abordarlo mediante técnicas que han dado buenos resultados en otros tipos de problemas. Entre algunos de los modelos que han probado gran eficacia en esta problemática están el cognitivo, el modelo transteórico de Prochaska y Diclemente, así como el modelo de prevención de recaída de Marlatt y Gordon.

1.6.1. MODELO COGNITIVO

Este enfoque resalta el carácter multifactorial y especialmente el papel de los factores biológicos en la génesis del alcoholismo. La Teoría Racional Emotiva (TRE) de Albert Ellis, es una de las que representa este modelo. Su aportación se enfoca en la participación que tienen los factores cognitivos en el mantenimiento y desarrollo de las adicciones (Sánchez, 2007 cita a Ellis, 1980).

La TRE expone que las ideas irracionales cuando se relacionan con una baja tolerancia a la frustración genera una influencia importante en la adicción. Desde este modelo las creencias irracionales tales como: “No puedo aguantar, resistir o funcionar sin beber o usar”, originan un estado de ansiedad ligado a la baja tolerancia a la frustración, que es aliviado en forma rápida y efectiva a través del consumo de sustancias. Dicho de manera más explícita los drogodependientes no se permiten estar incómodos el tiempo suficiente como para alcanzar a aprender estrategias efectivas para lidiar con la realidad. Sánchez, 2007, sustenta que las estrategias en la TRE se orientan a lograr los cambios cognitivos necesarios que eleven la capacidad de tolerar la frustración.

Este modelo plantea la hipótesis de que el núcleo del problema de la persona adicta está en el conjunto de creencias adictivas, tales como “no tengo ayuda”, “soy vulnerable” o “no me quieren”. Estas creencias interactúan con los estresores vitales produciendo excesiva ansiedad, disforia o ira. Estos estresores no causan directamente el deseo sino que activan las creencias relacionadas con drogas. De esta manera, los significados de las creencias que están agregadas a la situación, son las que causan el deseo del individuo.

Sujetos con creencias de que no pueden tolerar la ansiedad, la disforia o la frustración, por ejemplo, tenderán a estar muy atentos a estas sensaciones y pueden albergar expectativas de que únicamente, mediante el consumo de sustancias, pueden aliviar estas sensaciones. Por tanto, cuando acontece un estado de ánimo displacentero, el individuo intenta neutralizarlo consumiendo.

Muchos individuos tienen creencias conflictivas en consideración de los pros y los contras de consumir. En ocasiones están bloqueados en una especie de lucha aversiva entre creencias opuestas, que paradójicamente, puede provocarles el buscar drogas simplemente para aliviar la tensión generada por el conflicto.

Una persona es capaz de diseñar una secuencia específica de creencias relacionadas con las drogas. En primer lugar está la activación de “creencias anticipatorias”, relevantes para la obtención de placer mediante el consumo de sustancias. Estas creencias anticipatorias, normalmente progresan hacia creencias imperativas de obtención de alivio que definen el consumo como una terrible necesidad y estipulan que el deseo (Craving) es incontrolable y debe ser satisfecho. La anticipación o alivio produce la activación del deseo y de creencias facilitadoras o permisivas, tales como “me lo merezco” o “es un buen momento”, que justifican el consumo. Finalmente, la planificación de las estrategias conductuales para obtener la sustancia es provocada por ese deseo imperativo (Díaz, s/f).

En este modelo la intervención se basa en un conjunto de técnicas cognitivas y conductuales dirigidas especialmente a generar nuevas creencias más adaptativas y mantenedoras de la abstinencia, a la vez que se desafían y reestructuran las creencias generadoras y potenciadoras de la conducta adictiva.

1.6.2. MODELO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDA DE MARLATT

Es importante partir del concepto de recaída para un mayor entendimiento de este modelo teórico dado que la complejidad para definir el mismo se da debido a las múltiples definiciones que se manejan al respecto.

Luengo, Romero y Gómez, (2001, p15), citan a Donovan (1996), quien sostiene que:

“en diferentes trabajos se presentan distintas definiciones de recaídas, entre las que se considera a ésta como:

- Un proceso que gradualmente lleva a la iniciación del consumo de sustancia.
- Un evento discreto que se define por una caída o una vuelta al consumo de la sustancia.
- La vuelta al consumo de la sustancia con la misma intensidad que en los niveles anteriores al tratamiento.
- El consumo diario de la sustancia durante un determinado periodo temporal.
- Una consecuencia que lleva a la necesidad de iniciar de nuevo el tratamiento”.

Por su parte Marlatt (1985, 1996), distingue el consumo de una sustancia (lapso, desliz o caída temporal) como el primer consumo posterior a un periodo de abstinencia y la recaída que supone el retorno a la conducta dependiente que se había intentado cambiar volviendo a los niveles anteriores al tratamiento. La recaída significaría desde esta perspectiva el uso continuado de sustancia después de ese desliz inicial y se entendería como el resultado de un proceso que se va desarrollando a lo largo del tiempo y de manera gradual.

Cuando la recaída se considera como un proceso, los indicadores para definirla, podrían ser:

- El consumo diario de una sustancia en un periodo de tiempo específico;
- La vuelta a un nivel de consumo igual o superior que la línea base anterior al tratamiento,
- La pérdida de control que lleva a la necesidad de readmisión en el tratamiento (Luengo, Romero y Gómez, 2001).

De esta manera, cuando se presenta una recaída es importante analizar los factores que la predicen centrándose en los precipitantes inmediatos más que recurrir a la información histórica.

Marlatt (1996), formula el modelo de prevención de recaída derivado de la evaluación de la eficacia de diferentes formas de procedimientos de condicionamiento aversivo en el *tratamiento del alcoholismo y del análisis de los patrones de recaídas que presentaban estos pacientes.*

Este modelo considera la recaída como un proceso determinado por factores cognitivos y situacionales y presta especial atención a los factores precipitantes y a las reacciones subsecuentes a la primera caída, que sigue a un período de abstinencia o un consumo controlado. Desde una perspectiva biopsicosocial, este modelo asume la implicación de múltiples determinantes en el desarrollo y mantenimiento de los patrones de consumo. Se considera que entre los factores que juegan un papel en el desarrollo de conductas adictivas están la vulnerabilidad biológica o genética, factores situacionales y ambientales, historia familiar de abuso de sustancia, consumo de iguales, experiencias tempranas con las sustancias y creencias sobre sus efectos. Se asume que no necesariamente son los mismos factores que están implicados en su mantenimiento (Luengo, Romero y Gómez, 2001). El mantenimiento del consumo de sustancia puede deberse en primera instancia a los efectos reforzantes y gratificantes a corto plazo de la

droga. De esta manera para el individuo que no ha desarrollado formas alternativas de manejar situaciones o emociones desagradables, la creencia de que la droga proporciona un alivio, aunque sea de manera temporal, puede promover la dependencia de su consumo. Luengo y Col. agregan que la falta percibida de estrategias para hacer frente a las situaciones, combinadas con bajas expectativas de autoeficacia o baja confianza en su habilidad para llevar a cabo estrategias de afrontamiento, puede servir para mantener un patrón desadaptativo de consumo de sustancias.

Marlatt y Gordon (1985), reflejan en su modelo, que a medida que aumente la duración de la abstinencia y el individuo pueda afrontar eficazmente cada vez más situaciones de riesgo, la percepción de control se incrementará de forma acumulativa y la probabilidad de recaída disminuirá. Pero, si por el contrario, el sujeto no es capaz de afrontar con éxito una situación de alto riesgo, la probabilidad de recaer en posteriores situaciones aumentará, por una parte porque disminuirá su percepción de autoeficacia y, por otra, porque le será mucho más sencillo, por su experiencia previa y por su patrón de conducta habitual, el anticipar la expectativa positiva derivada del consumo de la sustancia que el anticipar, por el contrario, las consecuencias negativas derivadas de la conducta de consumo (Guiñales, s/f).

Marlatt y su equipo intentan dar un impacto a los resultados de su intervención en las situaciones de recaída realizando sesiones de apoyo después del tratamiento inicial para prevenir las mismas. Además desde los estudios sobre condicionamiento se propone otra solución; que es la de entrenar al paciente en una conducta alternativa al consumo cuando se presentan situaciones previamente asociadas con la bebida. De esta manera entrenar y reforzar la emisión de respuestas alternativas a los estímulos discriminativos facilita la estabilidad en el cambio de conducta (Luengo, Romero y Gómez, 2001).

1.6.3. MODELO TRANSTEÓRICO DE PROCHASKA Y DICLEMENTE

Prochaska y Diclemente (1982), proponen los estadios de receptividad al cambio y subraya la importancia de los factores motivacionales, tanto para la implicación en el tratamiento como para el mantenimiento de la abstinencia. Estos estadios se manifiestan cuando la persona se plantea modificar su conducta adictiva. Una descripción más detallada se presenta a continuación ((Pedrero, Fernández, Casete, Bermejo, Secades y Gradolí, 2008, p24):

“Precontemplación

Etapa en la que no se tiene intención de cambiar. Suele ser frecuente que la persona no tenga conciencia del problema o que desconozca las consecuencias a corto, medio o largo plazo de su conducta. Los *pros* de consumir superan a los *contras*.

Contemplación

Se es consciente de que existe un problema y se considera abandonar la conducta adictiva en los próximos meses, pero todavía no se ha desarrollado un compromiso firme de cambio. Los contempladores son conscientes de los *pros* de cambiar si se les compara con los precontempladores, pero el peso relativo de los factores contrarios al cambio es aún muy elevado.

Preparación o Determinación

En esta etapa se llevan a cabo pequeños cambios en la conducta adictiva. Además, la persona se compromete a realizar un esfuerzo mayor en un futuro próximo, que se fija en un mes. Los *pros* de dejar el consumo superan a los *contras*.

Actuación o acción

La persona realiza cambios notorios, fácilmente observables, en su conducta adictiva. Es una etapa bastante inestable por el alto riesgo de recaída o la rápida progresión a la etapa de mantenimiento. El estadio de acción oscila entre uno y seis meses.

Mantenimiento del cambio

Se trabaja para consolidar los cambios realizados durante el estadio de acción, iniciándose al analizar esta etapa tras 6 meses de cambio efectivo. Durante este estadio se manejan principalmente estrategias para prevenir posibles recaídas.

El nivel de motivación puede oscilar en cualquier momento de manera que se dé un descenso en el nivel de compromiso hacia el cambio iniciado en la conducta adictiva.

Cuando se produce este descenso en un momento en el que los cambios son manifiestos, se habla de la ocurrencia de una recaída. La consecuencia de ello es su reubicación en un estadio inferior, acorde a su nuevo nivel de compromiso (precontemplación, contemplación, preparación e incluso acción en el caso de recaer en fase de mantenimiento). Sin embargo la persona no se encuentra en las mismas condiciones en las que inició por primera vez el cambio en su conducta adictiva. Su experiencia previa puede servirle para incrementar nuevamente su motivación hacia la estabilidad del cambio. Por este motivo, como ya parte de un conocimiento previo, no regresa exactamente al mismo estadio, sino a uno con características similares (Pedrero y col., 2008).

El Modelo Transtórico además de delimitar a través de sus estadios el momento en el que un sujeto está preparado para cambiar, también permite comprender cómo va acrecentándose ese nivel de predisposición del sujeto, mostrando qué tipo de actividades encubiertas o manifiestas suele realizar para modificar y consolidar su hábito adictivo (procesos de cambio). En términos generales, los procesos de cambio de carácter cognitivo como lo son: aumento de la concienciación, alivio por dramatización,

reevaluación ambiental, autorreevaluación, autoliberación, se asocian con los primeros estadios de precontemplación, contemplación y preparación. De igual manera la inclusión de los procesos de cambio de carácter conductual, entre los que están: manejo de contingencias, relación de ayuda, contracondicionamiento y control de estímulos se dan en los estadios de acción y mantenimiento (Fernández, 2009).

El manejo de estos procesos de cambio ofrece al terapeuta una guía orientativa de cómo trabajar con los pacientes y controlar los estímulos en función del momento temporal o estadio en el que se encuentran.

CAPÍTULO 2

TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DE LA DROGODEPENDENCIA

2.1. TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DE LA DROGODEPENDENCIA

En el tratamiento de las drogodependencias es vital el manejo multidisciplinario para la efectividad del mismo. Sin embargo, en función del manejo psicológico, las técnicas cognitivo conductuales son las de elección dado que se ha comprobado que son superiores a los otros métodos psicoterapéuticos.

“La literatura existente confirma la efectividad de las intervenciones de corte cognitivo-conductual en el tratamiento de las drogas en general combinados con el tratamiento médico.” (Sánchez y cols , 2002, pag. 9)

Se menciona que entre los tratamientos psicológicos más eficaces para los drogodependientes se encontraron como principales las terapias cognitivas. Así mismo se encontró que las menos eficaces son las psicoanalíticas, psicoterapia general y terapia familiar. Otro beneficio de las estrategias cognitivo-conductuales, es que *“con ellas el sujeto se siente mayormente comprometido con su abstinencia que con otras.” (Shine, 2003, pag. 1)*

Sobre esto Sánchez Hervás (2001), en su estudio sobre *Intervención Psicológica en Conductas Adictivas* concluye que se han utilizado diversos enfoques en éste campo, sin embargo, solo las terapias de corte cognitivo conductual poseen validez empírica en éste ámbito de intervención.

Santos, Barreto y García (2002), realizan una investigación cuasiexperimental, pre-test, post-test en sujetos adictos a opiáceos en tratamiento residencial. En la misma analizan los cambios que pudieran aparecer en diversas variables psicológicas atribuibles al tratamiento. La intervención aplicada se situó dentro del modelo cognitivo conductual y englobado en el marco de la prevención de recaídas.

Tras seis meses de tratamiento individual y grupal se observa una normalización general del perfil de personalidad, disminuyen los niveles de ansiedad y depresión y aumenta el rendimiento intelectual de forma estadísticamente significativa. Este y otros estudios realizados con el modelo cognitivo conductual muestran las evidencias científicas de su efectividad en el tratamiento de las drogodependencias.

Las terapias cognitivo-conductuales representan la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva (Finney, Wilbourne y Moos, 2007). Representa el enfoque más efectivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias y consiste básicamente en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que el individuo tiene sobre sí mismo.

Pedrero y col., (2008), mencionan entre las características generales de las terapias cognitivo-conductuales las siguientes:

- Centra el abordaje en los problemas actuales
- Establece metas realistas y consensuadas con el paciente.
- Busca resultados rápidos para los problemas más urgentes
- Emplea técnicas empíricamente contrastadas para incrementar la capacidad de los pacientes para manejar sus propios problemas.

La finalidad de las técnicas cognitivo-conductuales es proporcionar un medio de nuevas experiencias correctoras que modifiquen las distorsiones cognitivas y supuestos personales (Ruiz y Cano, s/f).

- Finalidad de las técnicas cognitivas: Facilitar la exploración y detección de los pensamientos automáticos y supuestos personales. Una vez detectados demostrar su validez.
- Finalidad de las técnicas conductuales: Proporcionar experiencias reales y directas para comprobar hipótesis cognitivas y desarrollar las nuevas habilidades.

Las ventajas de los enfoques basados en las teorías del comportamiento son múltiples; es flexible para adaptarse a las necesidades de los pacientes, permite a los pacientes su propio cambio de comportamiento, su estructuración permite la evaluación de resultados, y su efectividad se basa en evidencia científica (Pedrero y col., 2008). Estas ventajas hacen de esta técnica una de las más utilizadas en el área de las drogodependencias.

Entre las técnicas cognitivo conductuales aplicadas a los problemas asociados al abuso de sustancia Pedrero (2008) incluye:

- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento
- Prevención de recaídas
- Entrenamiento en manejo del estrés
- Entrenamiento en relajación
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Entrenamiento en habilidades de comunicación
- Entrenamiento en habilidades para la vida
- Ejercicio aeróbico
- Biofeedback
- Entrenamiento en asertividad
- Entrenamiento en manejo de la ira

2.1.1. HABILIDADES DEL TERAPEUTA

El logro de los objetivos en una terapia está en función de múltiples variables entre las que se encuentran, por un lado, la elección de un enfoque terapéutico adecuado al caso, el correcto análisis de las variables causales y la elección de unas técnicas eficaces dada la situación y las características del sujeto, pero, por otro lado, también de las habilidades que el clínico posea y despliegue.

Entre las habilidades tradicionales para la práctica de la terapia cognitiva conductual, Barraca (2009), menciona las siguientes:

- **Habilidades básicas** (vinculadas a la relación terapéutica): Empatía, Aceptación, Autenticidad, Cordialidad, Respeto a la deontología profesional, etc.
- **Habilidades de escucha**: Clarificación, Paráfrasis, Reflejo, Síntesis.
- **Habilidades de acción verbal**: Preguntas, Confrontación, Interpretación, Análisis, Información.
- **Conocimientos generales del modelo desde el que se trabaja**: Se incluye aquí todo tipo de información sobre las bases del modelo, su aplicación práctica, sus variantes, etc.
- **Competencia en técnicas conductuales y cognitivas concretas**: Por ejemplo, desensibilización sistemática, Exposición, Control de contingencias, Entrenamientos en habilidades sociales, Relajación, Reestructuración Cognitiva, etc.
- **Otras habilidades generales**: Fluidez, Flexibilidad, Seguridad, etc.

Este listado propuesto representa un esbozo de las habilidades más conocidas y entrenadas. Sin embargo algunas de las habilidades no son exclusivas de la terapia de conducta y admite variantes ya que no representa una síntesis completa y exhaustiva de las habilidades en este campo.

2.1.2. PREPARACIÓN PARA EL CAMBIO: LA MOTIVACION

Una de las técnicas utilizadas en el campo de las drogodependencias es la entrevista motivacional:

“La Entrevista Motivacional se basa en el respeto al paciente, a sus creencias y escala de valores, intentando estimular su motivación y favorecer su posicionamiento hacia hábitos sanos, enfatizando su propio punto de vista y su libertad de escoger” (Pedrero y col., 2008, p29).

La entrevista motivacional fue desarrollada por Miller y Rollnick (1991) para personas con problemas con el consumo de alcohol, tras investigar los elementos terapéuticos que mejoraban los resultados de la intervención. Integra aspectos de la terapia centrada en el cliente de Rogers con estrategias cognitivas conductuales de Prochaska y Diclemente.

Su principio fundamental es que todo proceso de cambio supone costes y que es preciso que la persona esté motivada para afrontar esos costes iniciales para alcanzar metas finales. No es posible motivar a nadie a sacrificarse si no ve muy claro su posible beneficio. Tampoco se empieza un cambio si no se tiene claro que se podrá con él, siendo muy subjetiva la percepción de la magnitud de esta tarea.

La motivación es uno de los puntos más difíciles y más interesantes del tratamiento con personas drogodependientes. Las técnicas motivacionales son las habilidades más importantes que debe tener un terapeuta que trabaje en este campo de intervención.

La motivación para el tratamiento consiste en un repertorio de herramientas que no sólo se va a aplicar al principio de la terapia, sino a lo largo de ella, y sin las cuales la probabilidad de que el paciente abandone la consulta es muy alta (Del Nogal, 2009).

Del Nogal (2009), expone algunas de las técnicas motivacionales que más han sido citadas por diferentes autores:

Empatía: Supone tratar de comprender al otro en toda su globalidad. No se trata de aceptar cualquier tipo de conducta por perversa que sea, sino aceptarle a él incondicionalmente, aunque si hay conductas que son moralmente incorrectas, hacerle saber que se le entiende y acepta a él pero no a ese tipo de comportamiento.

Informar y Aconsejar: Muchos paciente y familiares desconocen las razones por las que la persona consume y no puede dejarlo, por lo cual hay, en primer lugar, que darles tanto a los familiares como a los propios pacientes, una explicación de dichas razones. De esta manera se eliminan las etiquetas que ponen al consumidor tanto la familia, como incluso él mismo. En segundo lugar se debe aconsejar tanto al paciente como a su familia,

sobre aquellas cosas que se pueden hacer para dejar el consumo y para combatir las ganas de consumir, de esta manera se consigue darles una mayor sensación de seguridad y control en el proceso de abandono del consumo.

Aumentar la Autoeficacia: Dado que estos pacientes probablemente han intentado tantas veces dejar el consumo que se sienten frustrados por no conseguirlo, es necesario transmitirle esa confianza, y dotarle de la sensación de que lo puede abandonar. De igual manera, para aumentar la autoeficacia hay que mostrarle todos los y cada uno de los cambios, por pequeños que sean, que esté consiguiendo en su rehabilitación.

Hacer Explícitas las Incongruencias: Uno de los problemas que más encuentra el terapeuta en el tratamiento de personas drogodependientes son las incongruencias. Estas están presentes en todos los pacientes de manera más o menos explícita o encubierta. Todas las personas que consumen, cuando llegan a un punto saben que los consumos les están perjudicando, deteriorando tanto personal como interpersonalmente. Cuando se da esto, la persona sólo tiene dos alternativas: aceptar que ha desperdiciado todo ese tiempo o intentar negar el hecho de que está enganchado y que cada vez se está metiendo más en el pozo. Y es ahí donde entran en juego las incongruencias, de tal forma que la misión del terapeuta es que el paciente las pueda ver.

Imaginarse Dentro de un Tiempo: Una de las estrategias que frecuentemente se utilizan en terapia consiste en hacer imaginar al paciente cómo se encontrará dentro de una cantidad de tiempo si continúa consumiendo. Lo que se busca con ésta técnica es que analice seriamente las consecuencias de su consumo a medio y largo plazo.

Contraargumentación de los Autoengaños: Toda persona que consume drogas está sometida a la acción de dos fuerzas contrarias: las ganas de consumir, y las ganas de querer dejarlo, es decir, lo que debe hacer (dejar de consumir), y lo que le gustaría hacer (seguir consumiendo). La situación de disonancia cognitiva no puede mantenerse durante mucho tiempo, por lo cual o acaba deprimiéndose porque lleva mucho tiempo consumiendo y no quiere hacerlo, o se autoconvence para justificar su consumo. El

terapeuta debe tener en cuenta que como herramienta de trabajo, a la hora de modificar pensamientos distorsionados, la contraargumentación es la técnica más adecuada. Es decir contraargumentos a todas y cada una de las argumentaciones aportadas por el paciente para justificar su consumo. La idea general es hacer reflexionar al paciente y así poco a poco poder desmontar esas justificaciones que no hacen sino mantener su resistencia al cambio.

2.1.3. TÉCNICAS COGNITIVAS CONDUCTUALES EN EL MANEJO DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Las técnicas que gozan de mayor grado de apoyo empírico son: las de entrenamiento en habilidades de afrontamiento, prevención de recaídas, procedimientos conductuales y terapia cognitiva (Pedrero y col., 2008).

- **Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento:** Este grupo de técnicas, basadas en la teoría del aprendizaje social, tienen por objetivo aumentar y reforzar las habilidades del paciente para enfrentar situaciones de alto riesgo ambientales e individuales que inician y mantienen las conductas de consumo. Las más extendidas en la práctica clínica son: entrenamiento en prevención de recaídas, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en manejo del craving y entrenamiento en manejo de los estados de ánimo. Pueden desarrollarse en contexto individual o grupal y ser utilizadas por separado o, lo que es más común, en combinación dentro de un mismo tratamiento.

Los programas que utilizan las técnicas de entrenamiento en habilidades y estrategias de afrontamiento, parten generalmente del análisis funcional de la conducta y más precisamente de la vulnerabilidad de cada sujeto y del análisis de otras variables relacionadas con el cambio como lo son, el diagnóstico psicopatológico, factores intra e interpersonales, historia de vida y condiciones de vida. Este análisis funcional se hace con el objetivo de aprender y desarrollar

recursos específicos para el manejo adecuado de la gestión de su vida para alcanzar y mantener la abstinencia o la reducción de consumo de drogas.

El entrenamiento en habilidades de afrontamiento ha demostrado ser eficaz durante los primeros tres meses de tratamiento al conseguir reducir de manera importante el consumo entre los pacientes, tanto en dosis como en días de ingesta, en comparación con un grupo control que no ha recibido esta intervención (Monti, Rohsenow, Michalec, Martin y Abrams, 1997). Los estudios revisados por estos autores revelan que:

..“aquellos individuos con pocas habilidades en resolución de conflicto y/o mayor deterioro social relacionado con el alcohol presentan peores resultados con este tipo de técnicas y responden mejor a abordajes de mayor soporte social (terapia de grupo, doce pasos, etc)” (Monti et al., 1997, p47).

En diferentes revisiones se incluye el entrenamiento en habilidades sociales como una de las técnicas a trabajar en el afrontamiento de situaciones de alto riesgo de recaída, considerándose un facilitador de una red social sin drogas. Asimismo, se incluyen técnicas de manejo del deseo para mejorar la capacidad de autocontrol del sujeto.

- **Prevención de Recaídas:** El modelo de prevención de recaídas constituye un caso especial de entrenamiento en habilidades de afrontamiento que requiere un espacio propio. Dado que la recaída se produce cuando el individuo no es capaz de responder con las estrategias de afrontamiento adecuadas para garantizar el mantenimiento ante una situación de riesgo, es relevante que el individuo aumente la duración de la abstinencia afrontando eficazmente cada vez más situaciones de riesgo. Esto permite que la percepción de control se incremente de forma acumulativa y disminuya la probabilidad de recaída.

Pedrero, (2008, p44), identifica algunas claves importantes a tener en cuenta en la intervención:

1. “Aprender a identificar qué situaciones, pensamientos y/o estados emocionales pueden acercar al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente utilizando determinadas técnicas.
2. Aprender a identificar las claves y señales que anuncian la posibilidad de una recaída.
3. Aprender a enfrentarse a una recaída antes y después de que se produzca un consumo.

En líneas generales en la prevención de recaída se combina:

1. El entrenamiento en habilidades de afrontamiento (cognitivas y conductuales).
2. La reestructuración cognitiva.
3. El reequilibrio del estilo de vida.”

De entre este grupo de terapias la más utilizada ha sido la basada en el Modelo de Prevención de Recaídas de Marlatt (Marlatt, 1993). Existe amplia evidencia de su utilidad en el tratamiento de adictos a sustancias y también en otros problemas de salud mental (Witkiewitz y Marlatt, 2007).

- **Procedimientos Conductuales:** Bandura (1982) indica que existen diferencias entre los procesos implicados en el cambio, que consideró que eran cognitivos y los procesos que realmente producen el cambio, que son conductuales. Sin embargo, ambos tipos de técnicas actúan de forma simultánea en el proceso de cambio. Las técnicas conductuales sirven para producir cambios en el estilo de vida del sujeto, que al mismo tiempo pueden producir cambios en los sistemas de creencias del sujeto al refutar sus distorsiones cognitivas y/o creencias erróneas.

Una técnica muy utilizada entre los procedimientos conductuales, es la programación de actividades. La misma consiste en planificar entre el terapeuta y el sujeto cada día, hora a hora. La responsabilidad va pasando progresivamente al sujeto. Estas actividades pueden incluir: actividades de cuidado y aseo personal, tareas a realizar en casa, práctica de hobbies, conversaciones con la familia y/o pareja, salidas por el barrio y la ciudad con la familia, etc. Este programa se supervisa diariamente contrastando la información proporcionada por el sujeto con la que aporta la familia (Maldonado, s/f).

Después del tercer mes de tratamiento la responsabilidad de la planificación de actividades recae totalmente sobre el sujeto que realizará él mismo la programación de actividades y la revisará con el terapeuta. Para la planificación de actividades se tiene que tener como referencia que el sujeto tiene que modificar su estilo de vida en el área personal, familiar, socio-interpersonal, laboral, educativa, comunitaria, etc. Durante los tres primeros meses de tratamiento las actividades del sujeto están dirigidas a obtener un mayor control sobre su conducta. Comienza realizando actividades en casa y cuando va progresando va alternando actividades fuera y dentro de casa. Cuando el sujeto ha alcanzado un nivel de autonomía mayor la intervención se centra en alcanzar un estilo de vida equilibrado.

- **Terapia Cognitiva:** El denominador común de todas las técnicas agrupadas bajo la etiqueta de cognitivas es el de apoyarse en el supuesto básico de conceder a las cogniciones un valor mediacional respecto a los demás componentes del comportamiento humano esto es, a las emociones y la conducta motora o manifiesta. La mediación de las cogniciones se da ante una experiencia o situación determinada, atribuyéndole con ello, finalmente, una función causal sobre estos otros componentes del comportamiento humano. Este papel prioritario y fundamental concedido a las cogniciones respecto a la conducta

normal, se traduce, igualmente, en el ámbito de la psicopatología en el supuesto básico de que la mayoría de los trastornos emocionales o de conducta son producidos o causados por alteraciones o trastornos del pensamiento.

La terapia cognitiva sostiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta (Beck, Wright, Newman y Liese, 1993). Se refiere a una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales, de las que podemos, o no, ser conscientes. Los esquemas pueden permanecer inactivos a lo largo del tiempo y ante situaciones desencadenantes o precipitantes, de orden físico, biológico o social, activarse y actuar a través de situaciones concretas, produciendo distorsiones cognitivas y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas).

Entre las técnicas utilizadas en la terapia cognitiva pueden mencionarse: detección de pensamientos automáticos, clasificación de las distorsiones cognitivas, búsqueda de evidencia para comprobar la validez de los pensamientos automáticos, concretar las hipótesis, reatribución, descentramiento, descatastrofización, uso de imágenes, manejo de supuestos personales, reestructuración semántica de Beck, técnica de autoinstrucciones, etc. (Pedrero y col., 2008).

2.1.4. FORMATO INDIVIDUAL VS GRUPAL

No se han encontrado diferencias significativas entre la aplicación individual o grupal de un tratamiento de prevención de recaídas (Graham, Annis, Brett y Venesoen, 1996). Tampoco se han encontrado diferencias entre la aplicación individual y grupal de la terapia cognitiva en adictos a alcohol y otras drogas, mostrándose ambas modalidades eficaces (Marques y Formigoni, 2001). Sin embargo, sí se ha encontrado, que la asistencia a programas de grupo de abandono del hábito de fumar ayuda a los fumadores

a abandonar el hábito. De esta manera, se concluye en diversos estudios que la terapia cognitiva conductual ha mostrado su efectividad tanto cuando se administra en formato individual como cuando se aplica en un contexto grupal (Pedrero y col., 2008).

2.1.5. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

Un elemento clave es la duración del tratamiento. Es importante saber cuánto debe durar éste para que sea efectivo por lo cual los estudios demuestran lo siguiente:

- Baker, Boggs y Lewin, 2001, sostienen que la terapia cognitivo-conductual breve (2-4 sesiones) ha mostrado eficacia en la probabilidad de alcanzar abstinencia en el consumo, avance en los estadios de cambio, uso de benzodiazepinas, tabaco y otras drogas, conductas de riesgo (inyección), actividades criminales, malestar psicológico y depresión.
- La terapia cognitiva breve (1-6 sesiones) ha mostrado su eficacia en consumidores de cannabis en tratamiento sobre grupo control en lista de espera (Pedrero. Et al, 2008).
- Este autor sostiene que, en el caso de las comunidades terapéuticas, la permanencia en el programa (y la finalización del tratamiento) es el predictor más consistente del éxito del tratamiento, de tal forma que los sujetos que completan seis meses de tratamiento tienen significativamente mejores resultados que aquellos que permanecen menos tiempo, y aquellos que finalizan el tratamiento obtienen mejores resultados que los que lo abandonan prematuramente.
- La terapia cognitivo conductual en formato grupal se asocia con un menor consumo de sustancias en sujetos en programa de mantenimiento con metadona (Teran, Casete y Climent, 2008)).

El tiempo de exposición al tratamiento, independientemente de su carácter individual o grupal, es la variable que predice los resultados un año después, de modo que mayores tiempos de exposición predicen menor consumo a largo plazo, por lo que se recomienda prolongar los tratamientos o desarrollar dispositivos o intervenciones de soporte post-tratamiento o de seguimiento.

CAPÍTULO 3
METODOLOGÍA

3.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La farmacodependencia es una enfermedad descrita por la OMS como:

“...un estado de intoxicación periódico o crónico, nocivo para el individuo y la sociedad, provocado por el consumo repetido o compulsivo de un fármaco natural o sintético”. (OMS, página Web).

A lo largo de la historia se han dado diversas teorías que intentan explicar el consumo de drogas. Según Rhodes y Janson (1988), el riesgo de empezar a consumir drogas se podría expresar a través de una fracción en la que en el numerador se colocaría el estrés y en el denominador el apego, las habilidades de afrontamiento y los recursos disponibles (Becoña, 2004). Por otro lado están un grupo de teorías simples agrupadas como teorías psicológicas basadas en causas intrapersonales, en donde se incluye el modelo de mejora de la estima de Kaplan (1986). El modelo social de Peele (1985) considera que el modo de enfrentarse a la vida y la forma que tiene de verse a sí mismo influye de manera importante en la experiencia adictiva, por tanto no deja de considerar que las experiencias pasadas, así como la personalidad y el entorno social, determinan dicho estilo de enfrentarse a la vida. De esta manera, las drogas y las conductas que producen adicción se convierten en muletilas que tiene la persona para afrontar su vida (Becoña, 2004).

Las diversas teorías coinciden en que existen factores intrapersonales que predisponen al individuo para la dependencia a sustancias psicoactivas. En ésta línea De Casarino De Leonetti (1992), sustentan que para desarrollar la farmacodependencia es necesario la confluencia de tres factores: la droga, el medio facilitador y una persona con una estructura de personalidad vulnerable.

Para Zavaleta (2001), las variables que se han relacionado con el consumo de drogas son: búsqueda de sensaciones, conflictos de identidad, poca tolerancia a la frustración, rasgos antisociales, impulsividad, autoestima y autoconcepto inadecuados, sentimientos

de culpa, temores irracionales, tensión, ansiedad asociada a sentimientos de inferioridad e inadecuación, entre otros.

Otro estudio, es el que considera que los sujetos adictos son más inestables emocionalmente, toleran menos las frustraciones y tienden con más frecuencia a evadir todo tipo de responsabilidades, cuando se les compara con sujetos que no presentan problemas de dependencia a drogas (Sánchez,Hervas, 1996).

Fundamentado en estas aportaciones es que proponemos estudiar dos factores importantes para la rehabilitación del drogodependiente, la estabilidad emocional y la autoestima y sus modificaciones tras una intervención psicoterapéutica grupal de orientación cognitiva-conductual breve.

¿Porqué una intervención psicoterapéutica breve de orientación cognitiva-conductual?

La terapia breve cognitivo-conductual es muy utilizada para tratar los problemas derivados del uso de sustancias y sus prácticas como ya se mencionó antes, van destinadas a investigar un problema potencial y motivar a un individuo a hacer algo sobre el abuso de sustancias, es decir, que vaya percibiendo que realmente tiene un problema delicado que abordar (CIJ, 2002). Como lo sustentan las diversas investigaciones, el consumo de sustancias genera un debilitamiento gradual, del grado de conciencia de la gravedad del problema y un desbastamiento de las diferentes áreas de la vida del adicto: cognitiva, fisiológica, conductual y afectiva (Rodríguez, 2003). De ahí, que a través de las terapias comportamentales y cognitivas, se haga énfasis en comprender y modificar los trastornos psicológicos que perturban la vida del individuo e influyen sobre su salud mental.

Las diferentes estrategias cognitivo conductuales hacen referencia a los modelos surgidos a partir de las teorías del aprendizaje social, la teoría del comportamiento y la teoría cognitiva. Sus estrategias resultan una adecuada alternativa a aplicarse en la reestructuración del autoconcepto, la modificación de los pensamientos y los

comportamientos observables con la finalidad de lograr el bienestar emocional de la persona e influir sobre el compromiso de abandono de la conducta adictiva (Hervas-Gradolí, 2001)

Diversos autores han encontrado la existencia de una disminución de los rasgos mórbidos y una normalización general del perfil medio entre drogodependientes medido con el MMPI o el 16PF tras un régimen de tratamiento cognitivo conductual tanto en programas ambulatorios como residencial. (Santos Diez-Barreto Martin, 2002). De ahí que el presente trabajo tenga como línea de investigación evaluar los cambios que pudieran aparecer en variables de personalidad como lo son: la estabilidad emocional y la autoestima posterior a la terapia grupal breve de orientación cognitiva conductual, en pacientes drogodependientes de un centro de rehabilitación.

Sobre la base de este planteamiento general del problema, la pregunta de investigación que motiva el presente trabajo podemos formularla de la siguiente manera:

¿Los pacientes drogodependientes luego de participar de la terapia grupal breve cognitiva conductual presentarán mejoras en la estabilidad emocional y en el índice de autoestima?

3.2. JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES

Actualmente en nuestra sociedad hay un problema de Salud Pública que afecta significativamente a muchos individuos como es el consumo de drogas; entre ellas el alcohol, la marihuana y la cocaína son especialmente importantes en nuestro medio.

El conocer aquellos factores de personalidad que pudieran predecir el desarrollo de una conducta adictiva ha sido el objeto de diversas líneas de investigación en su intento por delimitar la existencia de una personalidad adictiva y darle una atención más focalizada (Centro de Integración Juvenil, 2002). Sin embargo, sólo se conocen meras aproximaciones en esta línea y no hay acuerdos claros en relación a ésta temática.

Sobre este tema De Macedo (2006), en su estudio sobre la relación de rasgos desadaptativo de personalidad y el consumo de drogas expone que existe esa relación ya que encontró que de su muestra estudiada un 99,1% de farmacodependientes presentan por lo menos un rasgo desadaptativo de personalidad.

Sanchez, Berjano, (1996), sustenta en su estudio que no hay diferencias significativas entre los sujetos adictos y los no adictos en cuanto a las características de personalidad estudiadas, sin embargo encuentra que la variable que aparece como más importante en su estudio es la que considera que los sujetos adictos son más inestables emocionalmente, toleran menos la frustración y tienden con más frecuencia a evadir todo tipo de responsabilidades, cuando se les compara con sujetos que no presentan problemas de dependencia a drogas.

A pesar que no existen acuerdos en cuanto a esta temática lo que sí es observable en los sujetos drogodependientes son los cambios comportamentales, esto es, conductas fáciles de observar, determinar y clasificar, que dan lugar a la cristalización de lo que se ha denominado personalidad del drogodependiente que viene siendo más un producto que un proceso. (CIJ, 2002)

El abuso de drogas muchas veces no se detecta como un grave trastorno de salud mental por lo cual muchas personas que han consumido droga alguna vez en su vida, permanecen sin recibir la atención adecuada lo que contribuye a estigmatizar a las personas dependientes de alguna sustancia. En el contexto del abuso de drogas, la salud mental es definida como:

“...el desempeño con éxito de la función mental, el cual conduce a actividades productivas, relaciones significativas con otras personas y habilidad para adaptarse a los cambios y afrontar la adversidad. Desde la infancia temprana hasta la vida adulta tardía, la salud mental es la base de despegue del pensamiento, de las habilidades de comunicación, del aprendizaje, del crecimiento emocional y su estabilidad, de la resiliencia y de la autoestima” (CIJ, 2002, pp.13).

A menudo, el tratamiento del abuso de sustancias es un proceso a largo plazo sujeto a múltiples recaídas antes de que el paciente logre la abstinencia duradera. Es por esto la necesidad de contar con métodos no solo que satisfagan las necesidades relacionadas con la salud mental sino que sea una atención más rápida y eficaz.

Ante la necesidad de un abordaje rápido para satisfacer la demanda de atención por parte del adicto, se hace necesario comprobar la eficacia de la psicoterapia breve sobre este tipo de problemática utilizando una intervención grupal de orientación cognitiva conductual y evidenciar si tiene efectividad sobre la autoestima y la estabilidad emocional, variables de personalidad importantes en la rehabilitación de estos pacientes.

3.3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

3.3.1. Objetivos Generales:

- Comprobar la efectividad de una intervención grupal breve de tipo cognitiva-conductual en pacientes con diagnóstico de dependencia a sustancias según criterios de DSM-IV TR.
- Analizar si la terapia grupal breve de orientación cognitiva conductual produce cambios sobre la estabilidad emocional y la autoestima de los pacientes drogodependientes.

3.3.2. Objetivos Específicos:

- Demostrar la efectividad de la terapia grupal breve de orientación cognitiva conductual sobre la estabilidad emocional y la autoestima del paciente con dependencia a sustancias.
- Identificar las mejoras que se producen en la estabilidad emocional del adicto luego de participar en la terapia grupal breve de orientación cognitiva conductual.
- Determinar las mejoras que se producen en la autoestima del adicto luego de participar en la terapia grupal breve de orientación cognitiva conductual.

3.4. HIPOTESIS:

3.4.1. Hipótesis de Investigación:

Ho: Los pacientes drogodependientes sometidos a la terapia grupal breve Cognitiva Conductual no presentan una mejoría en su estabilidad emocional

Hi: Los pacientes drogodependientes sometidos a la Terapia grupal breve Cognitiva Conductual presentan una mejoría en su estabilidad emocional.

Ho: Los pacientes drogodependientes sometidos a la Terapia grupal breve Cognitiva Conductual no presentan una mejoría en su índice de autoestima.

Hi: Los pacientes drogodependientes sometidos a la Terapia grupal breve Cognitiva Conductual presentan una mejoría en su índice de autoestima.

3.4.2. Hipótesis Estadística

Hipótesis Estadística 1: Estabilidad Emocional

$$H_0: \bar{X}_{GEA} \geq \bar{X}_{GED}$$

$$H_1: \bar{X}_{GEA} < \bar{X}_{GED}$$

Hipótesis Estadística 2: Autoestima

$$H_0: \bar{X}_{GEA} \geq \bar{X}_{GED}$$

$$H_1: \bar{X}_{GEA} < \bar{X}_{GED}$$

3.4.3. Prueba de Hipótesis

Para probar las hipótesis de investigación se utilizó la t de Student para la misma muestra antes y después. La misma se utiliza para comparar los resultados de una preprueba con los resultados de una posprueba en un contexto experimental. Se comparan las medias en dos momentos diferentes. Se emplea una prueba de una sola cola a un nivel de significancia de 0.05, esta prueba permite establecer que existen diferencias entre las medias del grupo antes y después presuponiendo que una las dos medias es mayor que la otra.

3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se trató de un diseño pre-experimental de pre-prueba - post-prueba con un solo grupo y estudio de casos. En este se le aplicó a un grupo una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental, después se le administró el tratamiento y finalmente se le aplicó una prueba posterior al estímulo. (H. Sampieri, 2006). Se utilizó este diseño porque dado a las características propias de la población y de las normas del centro, existen limitantes para establecer los controles adecuados. Los sujetos no son elegidos al azar y no es posible el trabajo con un grupo control dado a que la población de primer ingreso es limitada. Sin embargo este diseño ofrece una ventaja, se puede tener un punto de referencia inicial sobre qué nivel de estabilidad emocional y autoestima tiene el grupo antes del tratamiento, es decir hay un seguimiento y permite un acercamiento al problema de investigación.

3.6. VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

3.6.1. Variable Independiente:

Terapia Cognitiva conductual Breve de Grupo

Definición Conceptual:

Es una forma de intervención psicoterapéutica en la que destaca de forma prominente la reestructuración cognitiva, la promoción de una alianza terapéutica colaborativa y métodos conductuales y emocionales asociados mediante un encuadre estructurado. Su hipótesis de trabajo y paradigmas establecen que los patrones de pensamiento llamados distorsiones cognitivas, tienen efectos adversos sobre las emociones y la conducta y que, por tanto su reestructuración, por medio de intervenciones psicoeducativas y práctica continua, puede mejorar el estado del consultante. (centroap.com/.../que-es-la-terapia-cognitivo-conductual, 2009). Además, a través del análisis funcional, se identifican los antecedentes y consecuencias del comportamiento adictivo y se potencian y desarrollan las habilidades de los pacientes para enfrentarse con éxito a las situaciones de riesgo y se les entrena en la prevención de recaída (Sánchez-Hervás-Gradolí, 2001). Las sesiones de grupo son útiles porque proporcionan tiempo para compartir sentimientos, intereses y preocupaciones con otros miembros del grupo, permite que se apoyen mutuamente y crear conciencia de que existen otros con problemas similares (Muñoz, Aguilar y Guzmán, 2000).

Definición Operacional:

Intervención que se lleva a cabo mediante terapia de grupo. El procedimiento utilizado estuvo integrado por técnicas cognitivas y técnicas conductuales, realizado sobre áreas de interés clínico relacionado con la prevención de recaídas y enfatizando sobre contenidos concernientes a la estabilidad emocional y la autoestima. Se hizo uso del modelo cognitivo adaptado a las drogodependencias utilizando las técnicas de reestructuración cognitiva.

3.6.2. Variables Dependientes:

Estabilidad Emocional

Definición Conceptual:

Factor de personalidad caracterizado por una emocionalidad general controlada, organizada, que tolera las frustraciones y responde adaptativamente ante las mismas. (Cattell, 1993).

Los controles conductual y emocional que componen el constructo estabilidad emocional, están directamente relacionados con la capacidad de sobreponerse a situaciones negativas. Las personas con estabilidad emocional poseen buena autoestima, es decir, presentan una actitud más positiva con respecto a sí mismas. Además toleran mejor la frustración ya que son capaces de controlar los estados tensionales asociados a la experiencia emocional y su propio comportamiento en situaciones adversas (Paz; Teva, 2003).

Definición Operacional:

Puntaje obtenido en la escala de estabilidad emocional del PPG-IPG, Perfil e Inventario de Personalidad de Gordon. La estabilidad que evalúa el PPG hace referencia a la ausencia de hipersensibilidad, ansiedad, preocupaciones y tensión nerviosa; en su polo alto están las personas equilibradas y con buena tolerancia a la frustración. Una puntuación baja puede reflejar un ajuste emocional deficiente.

Autoestima

Definición Conceptual:

Es una actitud positiva hacia uno mismo que consiste en conducirnos, es decir, habituarnos a pensar, sentir y actuar de la forma más sana y autosatisfactoria que podamos, teniendo en cuenta el momento presente y también el futuro (Roca, 2003).

Clemes y Bean (1994:7) se refieren a la autoestima como parte afectiva del autoconcepto, opina que:

“es el punto de partida para el desarrollo positivo de las relaciones humanas, del aprendizaje, de la creatividad y de la responsabilidad personal. Es el “aglutinante” que liga la personalidad del hombre y conforma una estructura positiva, homogénea y eficaz Siempre será la autoestima la que determine hasta qué punto podrá el hombre utilizar sus recursos personales y las posibilidades con las que ha nacido, sea cual fuere la etapa de desarrollo en que se encuentre”.

De esta manera la autoestima, como componente afectivo del autoconcepto, es uno de los factores más importantes que rigen el comportamiento humano.

Definición Operacional:

Índice obtenido de la sumatoria de las cuatro variables del PPG (ascendencia, responsabilidad, estabilidad emocional y sociabilidad). Una puntuación baja indica una baja autoestima que requiere terapia de apoyo, y una puntuación alta puede reflejar únicamente el deseo de presentar una buena imagen. El puntaje adecuado debe ser un índice promedio.

3.7. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.7.1. Población

Pacientes de primer ingreso de un programa de rehabilitación de drogodependientes de un centro de internamiento no gubernamental. Se considera de primer ingreso o nuevos aquellos pacientes con menos de un mes de estar en el centro. Al momento del estudio el centro contaba con una matrícula de 45 internos de los cuales los de primer ingreso eran 15 sujetos y el resto llevaban en el centro un tiempo entre 3 y 6 meses. Las terapias recibidas usualmente en este centro son de tipo teológicas y empíricas.

3.7.2. Muestra:

Se trató de un muestreo no probabilístico de tipo intencional en donde la elección de elementos no depende de la probabilidad sino de las causas relacionadas con las características de la investigación. La utilización de este tipo de muestreo es debido a la accesibilidad para buscar los elementos de la muestra.

Se seleccionaron diez sujetos que cumplieran con los criterios de inclusión. De los diez elegidos hubo una mortalidad muestral de dos sujetos que desertaron del centro después de iniciado el proceso terapéutico.

3.7.3. Criterios de Inclusión

- Cumplir con los criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico de dependencia a las sustancias.
- No padecer enfermedades o Trastornos psiquiátricos orgánicos.
- Ser pacientes de primer ingreso.
- Edad entre 18 y 45 años.
- No estar recibiendo otro tipo de atención por esta problemática.
- Estar en abstinencia
- Aceptar el consentimiento informado.

3.8. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN:

3.8.1. Entrevista Clínica:

Entrevista dirigida a los síntomas y las disfunciones del paciente con miras a establecer categorías diagnósticas definidas (según criterios del DSM-IV-TR). Tal diagnóstico permite predecir el curso futuro (pronóstico) y a seleccionar empíricamente el tratamiento más eficaz (Othmer/Othmer, 2003). La entrevista empleada para este estudio fue de tipo no estructurada basada en la experiencia de la autora y que exploraba puntos como: problemática actual, síntomas ligados al deseo de consumir, consecuencias

del consumo a corto y largo plazo, evolución de la drogodependencia en cuanto a aparición y curso del problema y motivación para el tratamiento.

3.8.2. PPG-IPG Perfil e Inventario de Personalidad de Gordon

Permite una medida bastante simple de cuatro aspectos de la personalidad que resultan significativos en la vida cotidiana: la Ascendencia (Asc), la responsabilidad (Res), la estabilidad emocional (Est) y la Sociabilidad (Soc). además, el perfil ofrece la posibilidad de una medida conjunta de Autoestima basada en la suma de las puntuaciones en los cuatro rasgos anteriores. En general, los rasgos pueden interpretarse como factores bipolares en los que una puntuación alta indicará que las características del sujeto están más cerca del constructo aludido con el término (sea Ascendencia, Vitalidad o Sociabilidad), mientras que una puntuación baja señalará, por el contrario, que el sujeto está más cerca del polo opuesto al aludido por el término, y sus características podrían interpretarse como 'ausencia de...' (Ascendencia, Vitalidad o Sociabilidad).

El instrumento está formado por 18 grupos de cuatro frases en el PPG y otros 20 grupos o tétradas en el IPG. En cada tétrada están siempre representadas las cuatro variables que mide cada instrumento; de las cuatro, dos tienen un similar elevado valor de preferencia mientras que las otras dos tienen un similar bajo valor de atracción, para evitar con ello algunos sesgos en las respuestas.

Los coeficientes de fiabilidad que presenta esta prueba para cada una de las variables se da en dos grupos poblacionales, adolescentes de 15 a 17 años y adultos. En los adolescentes la fiabilidad fue la siguiente: Asc= .74, Res= .74, Est= .75, Soc= .73, Cau= .81, Ori= .72, Com= .76, Vit= .74. Para el grupo de adultos la fiabilidad fue la siguiente: Asc= .86, Res= .88, Est= .89, Soc= .88, Cau= .83, Ori= .83, Com= .83, Vit= .80. Estos resultados parecen mostrar que la estabilidad de las medidas es superior en sujetos de edades mayores, lo cual parece lógico si se considera que las variables

apreciadas son más inestables en la adolescencia. Los índices alcanzan unos valores satisfactorios para un instrumento como el PPG-IPG de tipo cuestionario. Los análisis realizados hasta el momento sobre la validez del instrumento han añadido algunas notas aclaratorias sobre la estructura interna del mismo; los rasgos subyacentes muestran relaciones que ayudan a comprender el comportamiento de las personas y sus variables se agrupan para definir un patrón bidimensional de la personalidad, por lo cual se puede agregar que ésta cumple los objetivos para los que fue diseñada.

Para la calificación de esta prueba se utilizan dos plantillas; una con las escalas del PPG y la otra con las del IPG. Para calcular el índice de autoestima se suma el puntaje obtenido en las cuatro escalas del PPG. El puntaje directo obtenido en cada escala se convierte a través de los baremos en puntuaciones derivadas del valor universal (Centil y desviación típica). Para la interpretación estadística de los resultados se considera lo siguiente: Puntaje promedio: centil entre 16 y 84; Puntaje por debajo del promedio: centil de 15 hacia abajo; Puntaje por arriba del promedio: centil de 85 hacia arriba.

3.9. MÉTODO DE INTERVENCIÓN

Intervención grupal de orientación cognitiva conductual breve llevada a cabo en 12 sesiones de dos (2) horas de duración cada sesión y de periodicidad semanal. Las sesiones fueron una adaptación hecha de un modelo de psicoterapia de grupo para el tratamiento de los problemas de drogodependencias cuya orientación es cognitiva conductual (Del Nogal, 2009). La terapia se diseñó sobre áreas de interés clínico relacionado con la prevención de recaídas y uno de sus objetivos fue enseñar a los pacientes determinadas herramientas psicológicas dirigidas a dotarles de mayor autoeficacia y reforzar aquellos aspectos que intervienen en el fortalecimiento de factores de personalidad como la estabilidad emocional y la autoestima.

3.10. PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN

Para una mayor claridad del procedimiento utilizado desde el inicio para esta investigación, el mismo será presentado a través de 3 fases fundamentales en toda investigación:

I. Fase Preliminar:

Ésta fase cubrió todo lo referente a la recopilación de todas las fuentes de información, ubicación de la población objeto de investigación y elaboración del anteproyecto. Este se dio de la siguiente manera:

1. Se dio inicio buscando la viabilidad del estudio a través de la visita a algunos centros que brindan atención a drogodependientes. El centro seleccionado ofrecía la accesibilidad requerida para nuestro estudio por lo cual se procedió a una observación directa de las instalaciones, los sujetos que permanecían en el centro ya que se trató de un centro de internamiento.
2. Se hizo una entrevista con los directivos del centro quien nos ofrecieron información sobre las características de la población, el tiempo de permanencia en el mismo, las normativas para los internos y la frecuencia de ingresos y las bajas que se dan el lugar.
3. En base a la información obtenida se procedió a elaborar el anteproyecto. Para esto se reunió toda la información necesaria que proporcionara datos sobre los antecedentes del problema.
4. Se recopiló posteriormente toda la información bibliográfica que nos permitió elaborar y redactar el marco teórico en que se basa esta investigación y elaborar la dinámica de las sesiones de la terapia a utilizar.

5. Se procedió posteriormente a la selección del instrumento de medición que nos permitiría evidenciar el cumplimiento de los objetivos del estudio.

II. Fase de Aplicación Investigativa:

Esta fase dio inicio con una encuesta a los internos del centro con el fin de seleccionar la muestra que cumpliera con los criterios de inclusión. Luego se procedió con el estudio de casos a través de la realización de entrevista clínica a los sujetos de la muestra. Para esto se explicó primeramente a cada paciente los objetivos de la intervención y se presentó el consentimiento informado. El estudio de caso concluye con la aplicación de la preprueba que permitiría medir la efectividad de la intervención.

Al concluir el estudio de caso se procede con la terapia cognitiva conductual la cual se fijó en 12 sesiones de periodicidad semanal (ver diseño de las sesiones en el anexo).

Posterior a la culminación del proceso terapéutico se procede con la aplicación de la posprueba que permitiría evaluar los resultados de la investigación.

III. Fase de Conclusiones:

Esta fase cubre lo que fue la calificación de pruebas, elaboración de los informes de los casos, así como el análisis estadístico e interpretación de los resultados para así llegar a las conclusiones y las recomendaciones.

CAPÍTULO 4
RESULTADOS

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En el presente capítulo se analizan los resultados obtenidos luego de aplicar el proceso investigativo para dar respuesta a los objetivos del estudio. Primeramente se presentarán el análisis cuantitativo de la muestra para posteriormente presentar el análisis individual de cada caso.

Cabe señalar que de la muestra de diez sujetos seleccionados para la investigación se dio una mortalidad muestral de dos sujetos que desertaron del centro a mediado del proceso terapéutico por lo cual sólo se presenta en este análisis los resultados correspondientes a ocho sujetos.

4.1. Descripción de la Muestra

Primeramente se procederá a presentar las características de la muestra estudiada en términos de frecuencia. Los resultados de ésta primera sección corresponden a los datos recogidos en la encuesta inicial. Se puede apreciar aquí, por ejemplo que los participantes todos son consumidores de drogas psicoactivas sin embargo difieren en cuanto a la edad de inicio y tiempo de consumo.

- **Descripción por Edad, Estado Civil y Escolaridad.**

CUADRO 1

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR EDAD, ESTADO CIVIL Y ESCOLARIDAD

EDAD	CANTIDAD	ESTADO CIVIL	CANTIDAD	ESCOLARIDAD	CANTIDAD
21 – 25	3	Casado	1	Primaria	1
26 – 30	0	Unido	1	Pre-media	6
31 – 35	1	Divorciado	1	Segundo ciclo	1
36 – 40	2	Soltero	5		
41 - 45	2				
Total	8		8		8

Ésta distribución muestra que la mayoría de los sujetos están distribuidos en edades de 31 a 45 años de edad. Es importante señalar que es una muestra bastante homogénea ya que comparte varios factores en común como para dar resultados globales. Estos factores son el grado de escolaridad ya que en su mayoría no pasaron el nivel de pre-media; otro factor de mayor prevalencia es el estado civil, que a pesar de haber tenido diversas relaciones sentimentales e hijos, como se verá en las historias clínicas individuales, no establecieron una familia permanente con ninguna por lo cual se observa una mayor prevalencia de sujetos solteros.

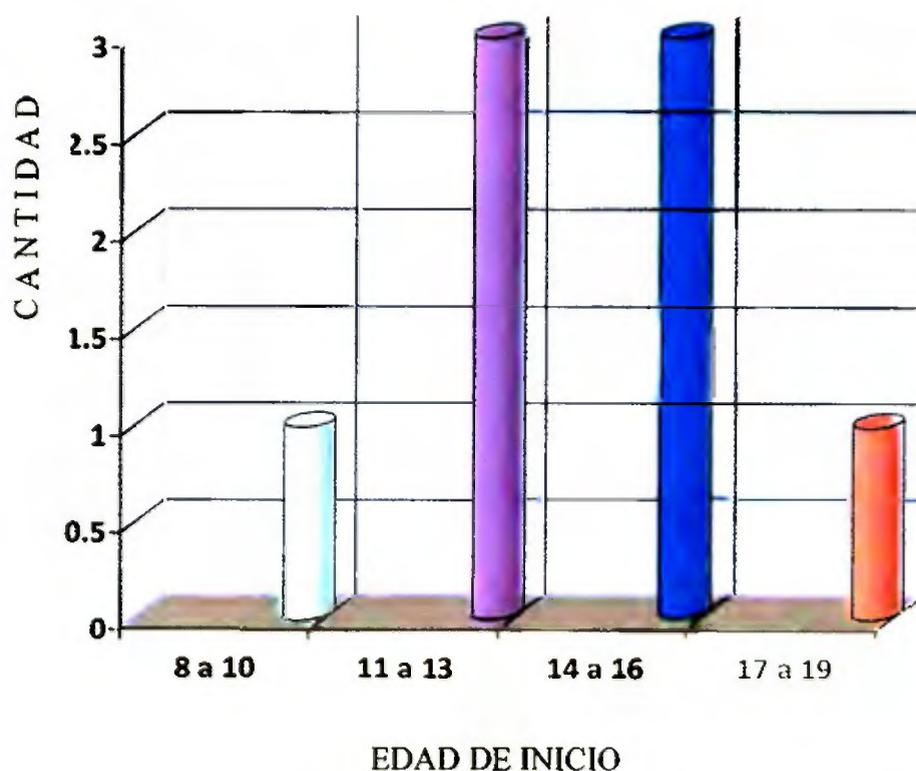
- **Descripción Según Datos de Consumo**

En los gráficos a continuación se puede observar la prevalencia en cuanto a edad de inicio de consumo, droga de inicio y droga de mayor consumo actual. Es importante señalar que aunque todos los sujetos de la muestra cumplen con los criterios de

dependencia de sustancia todos tenían un tiempo de abstinencia de alrededor de 15 días a un mes al momento de iniciar el tratamiento.

GRÁFICO 1

Distribución de Edad de inicio de Consumo

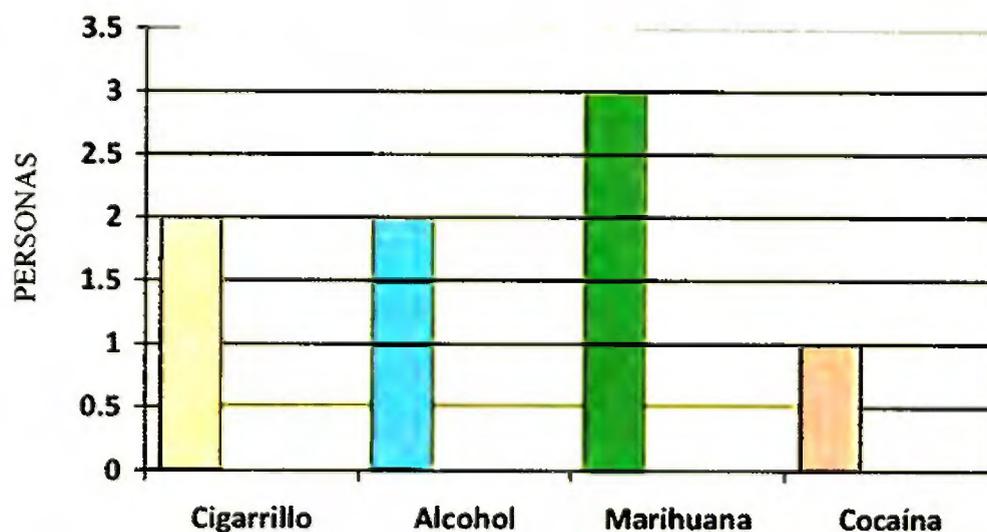


En éste gráfico se muestra que la edad de mayor prevalencia de inicio de drogas en ésta población se da entre los 11 y los 16 años, edad de mayor vulnerabilidad según diversos estudios relacionados con la adolescencia. En esta edad es muy común que muchos adolescentes experimenten con el consumo de drogas, llámese alcohol, cigarrillo o marihuana. Algunos lo hacen por la experiencia placentera que supuestamente ofrecen, otros para escapar de las presiones de la vida. Algunos adolescentes lo hacen

por la emoción de hacer algo ilegal y otros por la presión de sus pares; sin embargo esto no implica que desarrollarán una dependencia. Lo que sí es cierto es que estas drogas son adictivas y producen una dependencia biológica o psicológica en los consumidores, dando lugar a un ansia cada vez más fuerte por ellas generando un trastorno por dependencia de sustancia como vemos en la muestra de nuestra investigación

GRÁFICO 2

Droga de Inicio en el Consumo

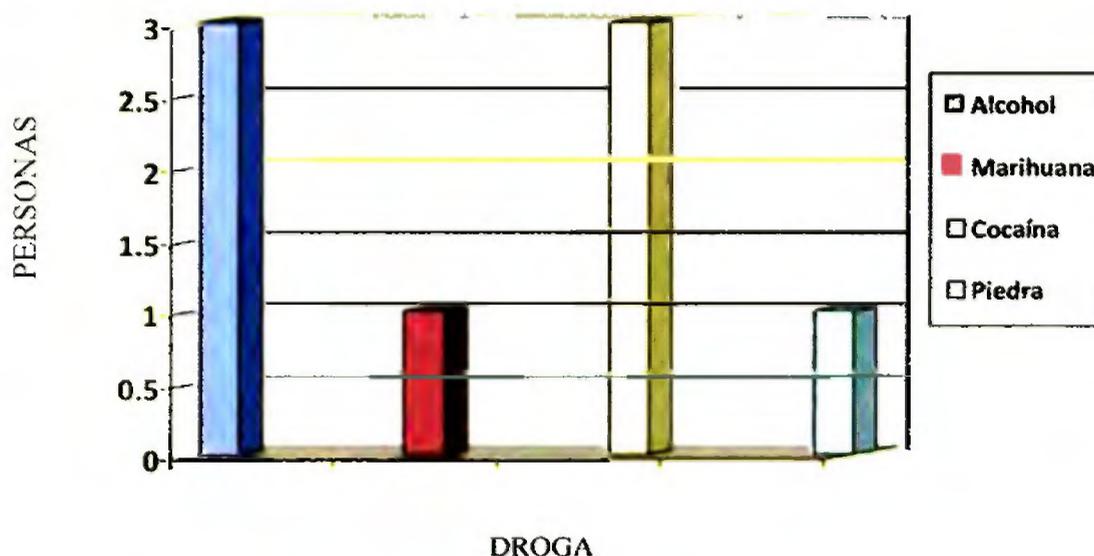


En esta distribución se observa que la droga que prevalece como droga de inicio en el consumo es la marihuana, seguida del cigarrillo y el alcohol con igual frecuencia. La cocaína no es la que usualmente se consume como droga de inicio, sin embargo existen las excepciones como el presentado en la muestra. De las drogas ilícitas la marihuana es la más utilizada como droga de entrada. Esto es una muestra de lo que arrojan las encuestas a nivel nacional que dice que cinco de cada diez personas consumidoras de

marihuana iniciaron su consumo entre los 16 a 19 años. El 24% lo hizo cuando tenía 13 a 15 años de edad (CICAD, CONAPRED, MINSA, 2003). Estos datos muestran que la poca información y orientación, además de la disponibilidad de la marihuana hace de ésta la droga de más fácil acceso para los adolescentes.

GRÁFICO 3

DISTRIBUCIÓN DE CONSUMO DE DROGAS PSICOACTIVAS



Se observa que prevalecen como drogas de principal consumo el alcohol y la cocaína con igual frecuencia. Es importante señalar que como droga de principal consumo nos referimos a la que consumen con mayor frecuencia, dado que muchos de ellos no se mantienen en el uso de una sola sustancia sino que eventualmente utilizan otra dependiendo de la circunstancia en que se encuentren. Algunos de los que utilizan el alcohol como droga de principal consumo refieren haber usado la cocaína en combinación, sobre todo después de sentirse ebrios, como estimulante para continuar

bebiendo; incluso algunos de ellos refiere nunca consumir cocaína sin antes haber tomado alcohol. La marihuana aparece con baja prevalencia de consumo en esta muestra al igual que la piedra.

De los ocho sujetos de la muestra sólo uno refiere que es su primera vez en un centro de rehabilitación, ya que los otros refieren haber estado en más de un centro anteriormente pero han recaído con un tiempo entre 3 meses y un año después de haber salido.

4.2. Análisis Estadístico de los Resultados

Se analizará primeramente la variable estabilidad emocional y posteriormente la variable autoestima.

4.2.1. ESTABILIDAD EMOCIONAL

En el PPG (Perfil de Personalidad de Gordon) se utiliza la puntuación Centil (Pc) para indicar el tanto por ciento del grupo al que un sujeto es superior en el rasgo apreciado, de ahí que se ubica al grupo central o promedio entre los centiles 16 y 84. Para esta variable se observa que en el pre-test 3 sujetos obtuvieron un puntaje promedio y 5 puntuaron por debajo del promedio. Ninguno obtuvo puntaje por encima del promedio.

CUADRO 2

Puntajes individuales Obtenido de la Escala de Estabilidad Emocional en el Pre-test

SUJETO	PUNTUACIÓN DIRECTA (PD)	CENTIL (Pc)
1	14	1
2	21	15
3	28	70
4	23	25
5	23	25
6	19	5
7	19	5
8	11	1

De éstos resultados se observa que tres de los sujetos de la muestra consideraron tener una buena estabilidad emocional mientras que cinco indicaron un ajuste emocional deficiente, rasgo característico en individuos con este tipo de trastorno.

Un puntaje muy elevado en ésta prueba puede indicar que el sujeto pretende presentarse mejor de lo que se encuentra, lo que puede indicar un mecanismo de negación de su problemática.

CUADRO 3

Puntajes individuales Obtenido de la Escala de Estabilidad Emocional en el Post-test

SUJETO	PUNTUACIÓN DIRECTA PD	PERCENTIL Pc
1	13	1
2	22	20
3	28	70
4	24	35
5	28	70
6	19	5
7	19	5
8	16	3

Luego de realizada la terapia se observa que en el post-test 4 sujetos obtuvieron un puntaje dentro del promedio y cuatro puntuaron por debajo del promedio, indicando que ahora cuatro sujetos presentaron una estabilidad emocional adecuada y cuatro indicaron un ajuste emocional deficiente con una elevación mínima de su puntaje.

- **Procedimiento estadístico para la variable estabilidad emocional**

Hipótesis Estadística:

$$H_0: \bar{X}_{GEA} \geq \bar{X}_{GED}$$

$$H_1: \bar{X}_{GEA} < \bar{X}_{GED}$$

Los Datos:

CUADRO 4
DATOS ESTADÍSTICOS PARA LA VARIABLE DE ESTABILIDAD
EMOCIONAL

SUJETO	PRE TEST	POST TEST	D	D2
1	1	1	0	0
2	15	20	-5	25
3	70	70	0	0
4	25	35	-5	25
5	25	70	-45	2025
6	5	5	0	0
7	5	5	0	0
8	1	3	-2	4
Σ	147	209		2079

$$\bar{X}_1 = 18.37$$

$$\bar{X}_2 = 26.12$$

$$S = \sqrt{\frac{\sum D^2}{N} - (\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2} = 14.13$$

$$\sigma_{dif} = \frac{S}{\sqrt{N-1}} = 5.35$$

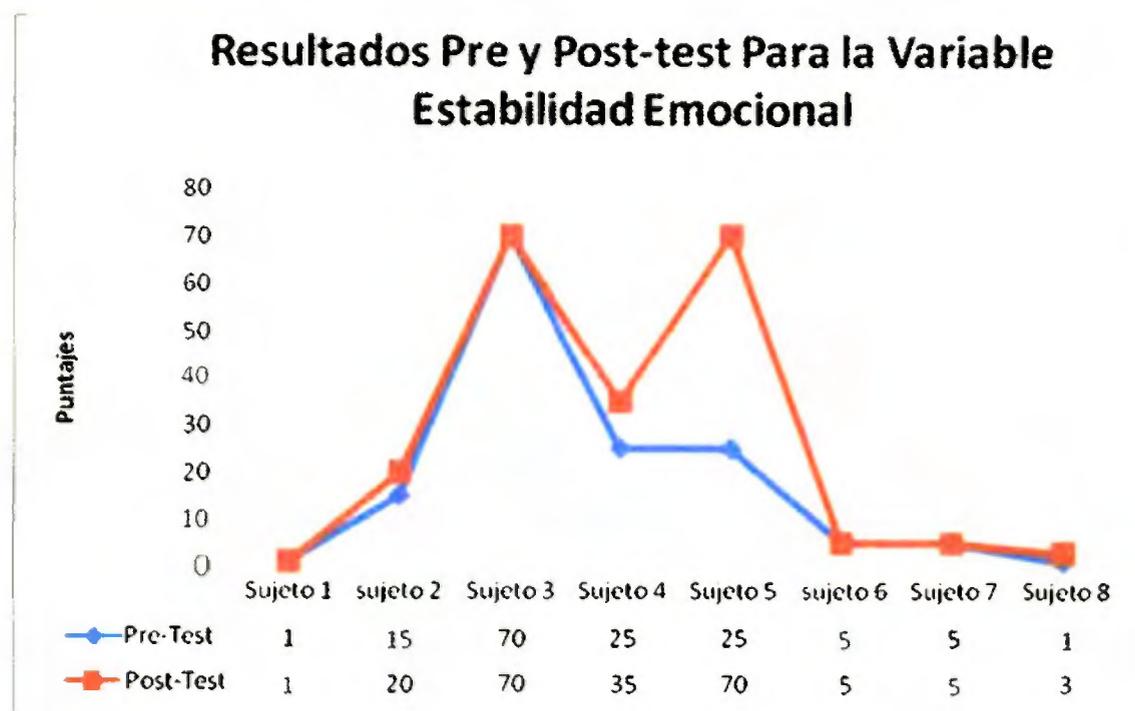
$$t = \frac{X_1 - X_2}{\alpha dif} = 1.45$$

$$gl = N - 1 = 7$$

Valor t de la tabla a un nivel de confianza de 0.05 = 1.89

Dado que el valor t calculada (1.45) es menor al valor de la tabla (1.89), se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de investigación lo que indica que en esta muestra la estabilidad emocional no presenta mejoría después de la terapia breve de grupo de orientación cognitiva conductual.

GRÁFICO 4



Fuente: Camero. C. 2011

A pesar de que se observa cierta mejoría en algunos de los casos la diferencia antes y después del tratamiento no es significativa estadísticamente para ésta muestra. Como se aprecia en el gráfico 4, el sujeto 1 no muestra mejoría en su estabilidad emocional después de la terapia, su puntuación de 1 indica un muy deficiente ajuste emocional antes y después de la terapia. El sujeto 2 obtiene un puntaje por debajo del promedio en el pretest y al terminar la terapia se muestra con mayor equilibrio de sus emociones y con mejor tolerancia a la frustración. El sujeto 3 aparenta tener un buen ajuste emocional antes y después de la terapia, es importante señalar que la puntuación obtenida por esta persona puede reflejar únicamente el deseo de presentar una buena imagen ya que según se observó en la entrevista su historia indica poco equilibrio de sus emociones y poca tolerancia a la frustración, con frecuencia indica que está en el centro por su familia pero no porque él considere que tiene un problema real. El sujeto 4 y el sujeto 5 al terminar la terapia muestran una mejoría en su estabilidad emocional, es decir con mejor equilibrio y tolerancia a la frustración. Los sujetos 6 y 7 no muestran variación en su puntaje de estabilidad emocional por lo cual se puede decir que no hubo efectos de la terapia sobre esta variable en ellos. El sujeto 8 obtiene una leve mejoría pero no se considera significativa.

4.2.2. AUTOESTIMA

CUADRO 5

Puntajes individuales obtenidos del pre-test para la variable autoestima

SUJETO	PUNTUACIÓN DIRECTA PD	CENTIL Pc
1	83	3
2	88	5
3	71	1
4	95	10
5	86	5
6	77	2
7	60	1
8	89	5

Los índices de autoestima obtenidos por los ocho (8) sujetos en el pre-test se encuentran en un centil por debajo del promedio, lo que muestra una autoestima deficiente en los mismos al iniciar el tratamiento. En el cuadro anterior se observa que las puntuaciones se encuentran en el polo inferior, esto es, muy por debajo de un centil de 20, lo que sugiere que los sujetos de la muestra se adjudicaron un número significativo de alternativas desfavorables al describirse a sí mismos. Los rasgos que presentan estos casos definen a una persona ansiosa que se aísla, falta de confianza en sí misma y en la que no se puede confiar, es decir, con fuertes sentimientos de inferioridad.

CUADRO 6

Puntajes individuales obtenidos del post-test para la variable autoestima

SUJETO	PUNTUACIÓN DIRECTA PD	CENTIL Pc
1	87	5
2	100	20
3	81	2
4	99	20
5	88	5
6	84	4
7	98	15
8	92	10

Se observa que después del tratamiento dos sujetos de la muestra obtienen un índice de autoestima dentro del promedio y 6 sujetos que aunque mantienen un centil por debajo del promedio ($Pc=20$) mejoran su índice de autoestima. La mejora notable en la muestra indica que después del tratamiento los individuos mejoran en la tendencia de adjudicarse alternativas desfavorables, es decir, se confieren más alternativas favorables al describirse a sí mismos.

- **Procedimiento estadístico para la variable autoestima**

Hipótesis Estadística:

$$H_0: \bar{X}_{GEA} \geq \bar{X}_{GED}$$

$$H_1: \bar{X}_{GEA} < \bar{X}_{GED}$$

Los Datos:

CUADRO 7

DATOS ESTADÍSTICOS PARA LA VARIABLE AUTOESTIMA

SUJETO	PRE TEST	POST TEST	D	D ²
1	3	5	-2	4
2	5	20	-15	225
3	1	2	-1	1
4	10	20	-10	100
5	5	5	0	0
6	2	4	-2	4
7	1	15	-14	196
8	5	10	-5	25
Σ	32	81		555

$$\bar{X}_1 = 4$$

$$\bar{X}_2 = 10.12$$

$$S = \sqrt{\frac{\sum D^2}{N} - (\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2} = 5.65$$

$$\sigma_{dif} = \frac{S}{\sqrt{N-1}} = 2.14$$

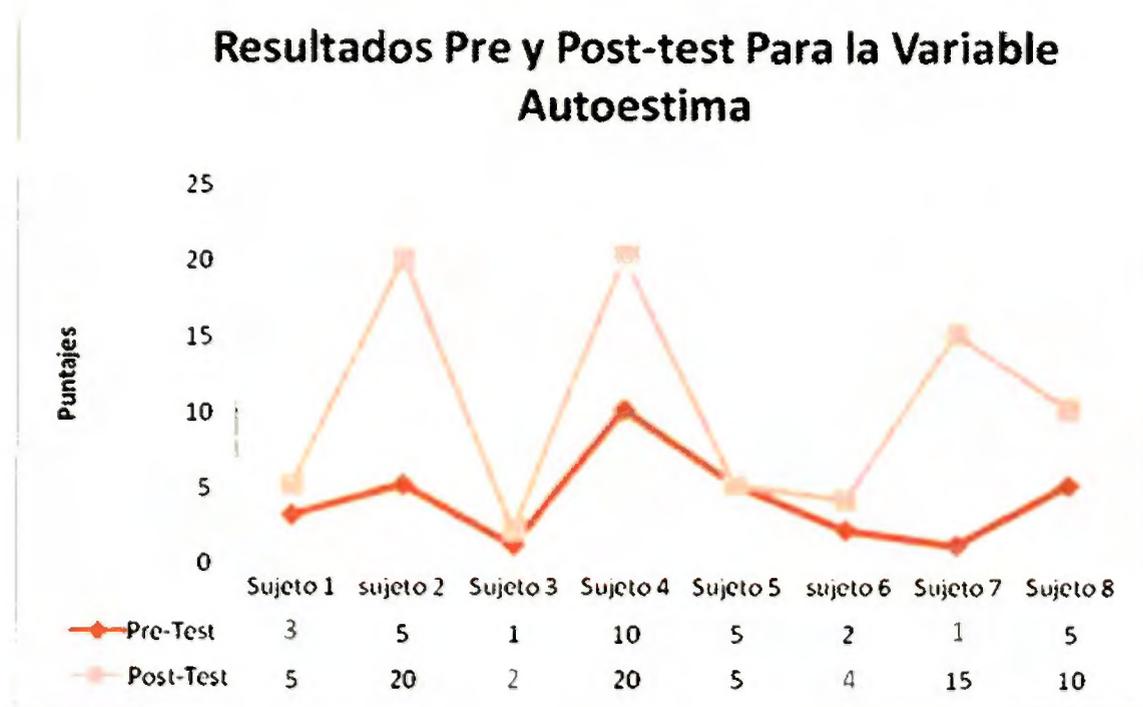
$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sigma_{dif}} = 2.85$$

$$gl = N - 1 = 7$$

Valor t de la tabla a un nivel de confianza de 0.05 = 1.89

Como la t calculada (2.85) es mayor que la t de la tabla (1.89), se rechaza la hipótesis nula lo que indica que los pacientes drogodependientes sometidos a la terapia grupal breve cognitiva conductual sí presentan una mejoría en su índice de autoestima después del tratamiento.

GRÁFICO 5



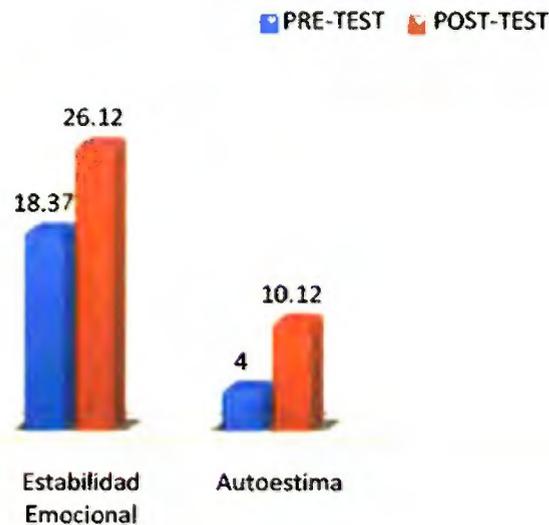
Fuente: Camero, C. 2011

Esta distribución muestra la mejoría en los puntajes de autoestima de los sujetos de investigación al presentar el post-test. Esto indica que la terapia grupal breve de orientación cognitiva conductual es efectiva para lograr una mejoría en los índices de autoestima de sujetos drogodependientes.

4.3. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

GRÁFICO 6

Puntuaciones medias de las dos variables antes y después del tratamiento



Fuente: Camero. C., 2011

Los resultados estadísticos de este estudio muestran que aunque hubo cierta mejoría en ambas variables de personalidad después del tratamiento, la mejoría en la variable estabilidad emocional no es significativa estadísticamente en ésta muestra. Se acepta la hipótesis nula en la cual los pacientes drogodependientes sometidos a la terapia grupal breve Cognitiva Conductual no presentan una mejoría en su estabilidad emocional. Sin

embargo los resultados estadísticos para la variable autoestima permiten rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación que dice que los pacientes drogodependientes sometidos a la Terapia grupal breve Cognitiva Conductual presentan una mejoría en su índice de autoestima.

Diversos estudios realizados en este campo demuestran la efectividad de la terapia cognitiva conductual en drogodependientes, sin embargo se plantean intervenciones de más largo plazo y combinando la modalidad grupal con la individual. Tal es el caso del estudio realizado por Santos, Barreto y García (2002), en donde se observó una normalización del perfil de personalidad en adictos tras seis meses de tratamiento individual y grupal de corte cognitivo conductual.

Estudios como este permiten justificar el hecho de que los resultados obtenidos para la variable estabilidad emocional no hayan sido los esperados. Considerando además algunos de los principios del NIDA sobre la efectividad del tratamiento en drogodependientes que plantea como fundamental para tal efectividad el tiempo de tratamiento y el abordaje individual y grupal, es que concluimos que la estabilidad emocional no presentó mejorías en este estudio con un abordaje breve de modalidad exclusivamente grupal. Además, trabajar con las emociones en psicoterapia es un proceso gradual y progresivo, es decir, no es lineal ni es posible abordarlo a través de una secuencia fija (Greenberg y Paivio, 2000), por lo cual requiere de un abordaje individualizado de más largo plazo en donde el terapeuta proporcione seguridad, apoyo y contención hasta que este no se sienta seguro y capaz de controlar su propia experiencia emocional.

Por otro lado, trabajar con la variable autoestima dio buenos resultados con la TCC grupal breve dado a que esta variable no es constante en los individuos sino que se dan altibajos dependiendo de las circunstancias y las experiencias que viva. La dinámica de la terapia facilita que el individuo reflexione constantemente sobre sí mismo y haga reestructuraciones sobre su autoconcepto lo que permite que la autoestima se constituya

en una variable de personalidad de mejor pronóstico durante la psicoterapia breve como se observa en este estudio.

Lo anterior permite concluir que para ésta muestra, la terapia grupal breve de orientación cognitiva conductual es más efectiva para mejorar la autoestima que para mejorar la estabilidad emocional del paciente con dependencia a sustancias.

CAPÍTULO 5
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Las conclusiones aquí expuestas corresponden a la síntesis de los resultados obtenidos así como información relacionada al proceso terapéutico y a los objetivos del estudio. De esta manera las conclusiones de este estudio son las siguientes:

1. Las drogas de mayor consumo en la población estudiada es el alcohol y la cocaína.
2. La droga más utilizada como droga de inicio es la marihuana dándose en edades entre 11 y 16 años de edad. Diversos estudios demuestran que la marihuana es la entrada para el consumo de drogas más duras. Es una droga que genera dependencia y da lugar a un ansia por experimentar sensaciones más fuertes.
3. En el pre-test cinco de los ocho sujetos indicaron un ajuste emocional deficiente, sin embargo después del proceso terapéutico cuatro sujetos mostraron un ajuste emocional deficiente con una elevación mínima de su puntaje.
4. Para la variable estabilidad emocional se acepta la hipótesis nula que dice que no hay una mejoría significativa en el ajuste emocional de los pacientes drogodependientes después de participar en la terapia grupal breve de orientación cognitiva conductual.
5. La psicoterapia grupal breve de orientación cognitiva conductual no es efectiva para mejorar la estabilidad emocional de sujetos drogodependientes.
6. La vida emocional, supone un aprendizaje, es decir, aprender a observar, analizar, indagar, reflexionar y aprender a utilizar adecuadamente los saberes cotidianos que nos dan estabilidad, por lo que una intervención breve resulta poco efectiva.

7. Trabajar con la emociones en psicoterapia es un proceso gradual y progresivo, es decir no es lineal ni es posible abordarlo a través de una secuencia fija (Greenberg y Paivio, 2000), por lo cual requiere de un abordaje individualizado de más largo plazo en donde el terapeuta proporcione seguridad, apoyo y contención hasta que este se sienta seguro y capaz de controlar su propia experiencia emocional.
8. Los índices de autoestima obtenidos por los ocho sujetos en el pre-test se encuentran en el polo inferior, esto es, muy por debajo del promedio, indicando una autoestima deficiente.
9. Se observa que en el post-test 2 sujetos de la muestra obtienen un índice de autoestima dentro del promedio y los 6 restantes mejoran significativamente en la tendencia a adjudicarse alternativas desfavorables al describirse a sí mismos, es decir se adjudican más alternativas favorables de su autoestima.
10. Para la variable autoestima se rechaza la hipótesis nula, lo que quiere decir que los pacientes drogodependientes sometidos a la terapia grupal breve de orientación cognitiva conductual sí presentan una mejoría en su índice de autoestima al terminar el tratamiento.
11. El nivel de autoestima no es constante, por lo tanto aún cuando exista una tendencia general, se dan altibajos dependiendo de las circunstancias y las experiencias del individuo, esto permite que se constituya en una variable de personalidad de mejor pronóstico durante la psicoterapia breve.
12. La terapia grupal breve de orientación cognitiva conductual muestra ser efectiva para lograr una mejoría en los índices de autoestima de pacientes drogodependientes.
13. Se logró que los pacientes aprendieran herramientas como las autoinstrucciones para manejar las emociones y la reestructuración de pensamientos que les

permitted modifying the concept of themselves and discovering erroneous thoughts that facilitated relapse.

14. The therapeutic process permitted motivating participants to change, as they showed enthusiasm during sessions, were cooperative and participative in each session. In their reflections they manifested their willingness to work and maintain abstinence and think positively about themselves.

RECOMENDACIONES

En base a los resultados presentados en éste estudio se recomienda lo siguiente:

1. Que los centros residenciales como este, implementen este tipo de terapias que mantiene motivados a los internos a trabajar en su propio cambio y les permite mejorar su autoestima, variable importante para prevenir recaídas en los drogodependientes.
2. Para mejores resultados en cuanto al abordaje de variables como la estabilidad emocional u otras variables de personalidad en sujetos drogodependientes se recomienda emplear la terapia cognitiva conductual no sólo en su modalidad grupal sino individual y a más largo plazo.
3. Seguimiento mensual de los pacientes una vez terminado el proceso terapéutico para reforzar los logros obtenidos en la terapia y promover cambios más duraderos.
4. Debido a que los factores de personalidad como la estabilidad emocional y la autoestima influyen en que un sujeto desarrolle conductas adictivas, recomendamos diseñar programas preventivos dirigidos a los de más alto riesgo (11 a 16 años), para que aprendan las habilidades necesarias para un mejor equilibrio emocional.
5. Realizar otras investigaciones, utilizando ésta como marco de referencia para trabajar en drogodependientes otras variables de personalidad o para comprobar si el mejoramiento de la estabilidad emocional se logra con una terapia cognitiva conductual a más largo plazo.

6. Existen en nuestro país varios centros que intentan brindar algún tipo de apoyo a pacientes drogodependientes. Sin embargo no cuentan con el apoyo de profesionales que implementen terapias especializadas, por lo cual, se recomienda a otros colegas incursionar más en esta temática y así contribuir a minimizar el impacto que las drogodependencias ocasionan a las personas, a las familias y a la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcántara, H., Reyes M., Cruz, S. y Díaz, L. (1999). *Cómo proteger a tus hijos contra las drogas*. México D.F.: Centro de Integración Juvenil.
2. Asociación Psiquiátrica Americana (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV-TR*. Barcelona, España: Masson.
3. Barraca Mairal, Jorge. (2009). *Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual. Tercera Generación*. España.: Clínica y Salud, vol. 20, núm. 2, pp. 109-117. Colegio Oficial de Psicólogos.
4. Becoña, E., Matín E. (2004). *Manual de Intervención en Drogodependencias*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
5. Centro de Integración Juvenil. (2002). *Enfoque de tratamiento en Adicciones*. México D.F. Autor.
6. CICAD/OEA/CONAPRED. (2003). *Primera encuesta nacional de hogares sobre consumo de drogas*. Panamá. Autor
7. CICAD/OEA/CONAPRED. (2002 y 2003). *Encuesta sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media*. Panamá. Autor
8. Cattell, R.B., Cattell, A.K.S. (1998). *Cuestionario Factorial de Personalidad*. Madrid, España: TEA ediciones.
9. Cloninger, Susan C. (2003). *Teorías de la personalidad*. (3ª ed.). México: Pearson Educación.
10. Cormier, W. y Cormier, L. (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas: Habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer. Caps. 26 y 20.
11. De Macedo; Cinthia. (2006). *Relación Entre Rasgos Desadaptativos de Personalidad y Farmacodependencia*. México: Persona 9.

12. Durand, V; Barlow, D. (2007). Psicopatología. Un Enfoque Integral de la Psicología Anormal. (4ª ed.). México: Thomson Editores, S.A.
13. Del Nogal, Miguel. (2009). El tratamiento de los problemas de drogas. Una guía para el terapeuta. España. Editorial DESCLÉE DE BROUWER, S.A.
14. Dusek, D; Girdano, D. (1990). Drogas: Un estudio basado en hechos. (2ª Ed.) México D.F.: SITESA
15. Ellis A. (1980). Rational Emotive Therapy with Alcoholic and Substance Abusers. Nueva York. Pergamon Press. Citado en Sanchez, J. (2007). Enfoques Psicológicos de los Procesos Adictivos. Universidad Veracruzana.
16. Eskildsen, Maite. (2004). Terapia grupal para mujeres adictas tendientes a disminuir los síntomas de ansiedad y depresión que dificultan su proceso de recuperación. Tesis, Panamá. Autor
17. Fantin, Marina Beatriz (2005). Personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados. San Luis, Argentina: Adicciones, 2006. Vol 18. Pp 285-292.
18. Fernández, Lorenzo. (2009). Drogodependencias: farmacología, psicología, legislación. (3ª ed.). Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana.
19. Finney, J. W., Wilbourne, P. L. y Moos, R. H. (2007). Psychosocial treatments for substance use disorders. En P. E. Nathan y J. M. Gorman (Eds.), A guide to treatments that work (3ª ed., pp. 179-202). Nueva York: Oxford University Press.
20. Guerreschi, Cesare, (2007). Las nuevas adicciones. (1ª ed.). Buenos Aires: Lumen.
21. Guiñales, Lourdes R. (s/f). Prevención de Recaídas. Plan regional sobre drogas. España. Comunidad autónoma de Madrid.
22. Marlatt, G.A (1996). Taxonomy of High-risk situations for alcohol relapse: Evolution and development of a cognitive-behavioral model. Addiction, 91 (Suplemento), 37-50.

23. Marlatt, G.A y Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change*. Nueva York: Guilford.
24. Marlatt, G. A. (1993). *La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual*. En M. Casas y M. Gossop (coord.), *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias* (pp. 137-159). Barcelona: Ediciones en Neurociencias, Citran.
25. Maldonado Cervera, Antonio Luis. (s/f). *Tratamiento cognitivo conductual de la adicción a la cocaína*. Granada. Director del Centro de Psicología ALBORAN S.L.
26. Millon, T. y Davis, R.D. (1998). *Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
27. Millon, T. (1999). *Personality-Guided Therapy*. Nueva York: Wiley.
28. Paredes, Oliver. (2004). *Drogas: Psicopatología del uso, abuso y dependencia a las sustancias psicoactivas*; Perú: Ediciones Libro Amigo.
29. Paz, María; Teva, I. (2003). *Análisis de la Relación entre Inteligencia Emocional, Estabilidad emocional y Bienestar Psicológico*. Bogotá-Colombia. Universitas Psychologica., enero-junio.
30. Peele, S. (1975). *Love and Addiction*. New York: Signet.
31. Pedrero E., Fernández J., Casete L, Bermejo M., Secades R. y Gradolí V. (2008). *Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones*. España, Valencia: SOCIDROGALCOHOL.
32. Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1982). *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change*. New York: *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 19, 276-288.

33. Roca, E. (2003). Como mejorar tus habilidades sociales (3ed). Valencia: ACDE Ediciones.
34. Sampieri, R.; Fernández C. C. y Baptista, P. (2006). Metodología de la Investigación. México: McGraw- Hill.
35. Sánchez H. Emilio; Berjano Peirats, Enrique. (1996). Características de Personalidad en Sujetos Drogodependientes. Valencia: Psicothema. Vol.8, No.3, pp 457-463.
36. Sánchez E., Tomás V., Molina N., Del Olmo R. Y Morales E. (2002). Efectividad clínica de un tratamiento psicológico para la dependencia a la cocaína. España, Valencia. Anales de Psiquiatría. Vol. 18 No 7. pp. 307-311.
37. Sánchez-Hervás; E. y Tomás Gradolí. (2001). Intervención Psicológica en Conductas Adictivas. Catarroja, Valencia. Unidad de Conductas Adictivas, Área 9. . Conselleria de Sanitat.
38. Taylor, Shelley. (2007). Psicología de la Salud. (6ª ed). México D.F: .McGraw Hill.
39. Terán, A., Casete, L. y Climent, B. (2008). Guías clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica. Cocaína. España: Valencia: Socidrogalcohol.
40. Valenciano L. (1936). Sobre la personalidad de los morfinitas en archivos de neurobiología en la guerra civil (1936). Archivos de Neurobiología, 1997(Supl 1), 271-304. Citado en Cervera, G., Bolinches, F. y Valderrama, J.C. (1999). Trastornos de la personalidad y drogodependencias. Madrid. Trastornos Adictivos, 3, 91-99.
41. Wills, T.A. y Dishion, T.J. (2004). Temperament and adolescent substance use: a transactional analysis of emerging self-control. Bronx, NY, USA: Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 33, 69-81.

42. Witkiewitz, K. A. y Marlatt, G. A. (eds.) (2007). Therapist's guide to evidence based relapse prevention. Londres: Academic Press, 2007.

Medios Electrónicos

1. Baker, A., Boggs, T. y Lewin, T. (2001). Randomised controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions among regular users of amphetamine. Australia. *Addiction*, 96, 1279-1287. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11672492
2. centroap.com/.../que-es-la-terapia-cognitivo-conductual,2009
3. Muñoz R., Aguilar, S. y Guzmán, J. (2000). Manual de terapia de grupo para el tratamiento cognitivo conductual de depresión. Santa Mónica. RAND URL: <http://www.rand.org/>
4. NIDA (1999). Principles of Drug Addiction Treatment. A Research-Based Guide. National Institute of Drug Abuse. Referencia en Internet: <http://www.nida.nih.gov/PODAT/PODATindex.html>.
5. <http://www.usoasturias.com/prevención/guía>
6. Organización Mundial de la Salud, OMS. <http://www.oms-aen.org/oms.Htm>

ANEXO 1

**NOTA DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y
EVALUACIÓN DE PROGRAMA TERAPÉUTICO**

NOTA DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y EVALUACIÓN DE PROGRAMA TERAPÉUTICO

El programa terapéutico que se le presenta a usted va dirigido a determinar la efectividad de una intervención grupal breve de orientación cognitiva conductual sobre variables de personalidad como la estabilidad emocional y la autoestima en personas con dependencia a sustancias psicoactivas.

Procedimiento:

El programa consiste en 12 sesiones terapéuticas y entrevista clínica para evaluación de la problemática psicológica. La evaluación del programa terapéutico consistirá en responder a un cuestionario antes y después de las doce sesiones terapéuticas. Calculamos que le tomará aproximadamente de 20 a 25 minutos para rellenar el cuestionario.

Riesgos potenciales:

Hay mínimo riesgo al participar en el tratamiento y la evaluación del programa. Los riesgos incluyen la posibilidad de que sienta ansiedad cuando hable sobre temas de consumo de drogas y cuando hable de sus problemas personales. No anticipamos que ocurran otros problemas (físicos, emocionales o psicológicos).

Beneficios:

Consideramos que la experiencia de participar en este programa tiene más beneficios que riesgos. Usted puede esperar que estos servicios le ayuden a disminuir el consumo de alcohol o drogas, contribuir a su ajuste emocional y mejorar el concepto que tiene de sí

mismo. La información que obtengamos de usted servirá para que los resultados significativos ayuden a otras personas en el futuro.

Confidencialidad:

Mantener la confidencialidad es muy importante para nosotros y daremos los pasos necesarios para asegurar que su información permanezca confidencial. No se usarán nombres ni datos que revelen su identidad en los informes correspondientes a la presentación del estudio.

Su decisión de participar o no participar en la evaluación es voluntaria.

Firma de acuerdo:

SU FIRMA INDICA QUE USTED ESTÁ DE ACUERDO CON PARTICIPAR,
DESPUES DE HABER LEIDO LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE
FORMULARIO

Su nombre en mayúscula

Firma

Fecha

Firma del terapeuta

ANEXO 2

DISEÑO DE LSA SESIONES TERAPÉUTICAS

REGLAS PARA LAS SESIONES DE GRUPO

1. **Llegue a tiempo a la sesión:** No deje a los demás miembros esperando.
2. **Lo que se dice en el grupo es confidencial:**
 - No repita nada de lo que se dijo adentro del grupo. Sobre todo a cosas privadas o personales de los otros miembros. Sin embargo está bien discutir lo que usted ha aprendido con otras personas fuera del grupo.
3. **Trate de ser lo más honesto posible y expresarse tal y como usted es y siente.**
4. **Sea constructivo en sus intervenciones:**
 - Evite la crítica negativa, proporciones comentarios constructivos.
 - Ayúdense mutuamente a encontrarle el lado positivo a las cosas.
 - No se presionen innecesariamente unos a otros.
5. **Mantenga una actitud práctica.**
 - Concéntrese en soluciones y no en lo mal que parecen estar las cosas.
6. **Haga la tarea:**
 - Si usted no practica lo que se enseña en el grupo ahora, entonces, quizás nunca sabrá si estos métodos le podrán ayudar a controlar sus emociones y mejorar su autoestima.
 - Además, si usted no hace la tarea, es más fácil para los otros miembros no hacerla tampoco.
 - En cambio, si usted la hace, esto animará también a los demás miembros a hacerla.

SUGERENCIAS PARA LOS MIEMBROS DEL GRUPO

- 1. Permita que otros conozcan cuáles son sus ideas: El compartir sus pensamientos y reacciones con el grupo estimulará a otros miembros a participar y les ayudará a compartir lo que están pensando.**
- 2. Haga preguntas: Es probable que varios miembros del grupo quieran saber lo mismo que usted.**
- 3. No acapare la plática.**
- 4. Ayude a otros miembros a participar: Especialmente los miembros que son callados pueden necesitar su apoyo y aliento para animarse a participar.**
- 5. Escuche atentamente a los otros miembros.**
- 6. Esté abierto al punto de vista de los otros miembros.**
- 7. Participe en la discusión.**
- 8. En este grupo, está bien hablar de sus sentimientos y reacciones.**

SESION No.1:

INFORMACIÓN Y MOTIVACIÓN

Objetivos Generales:

1. Informar sobre la terapia y su importancia y las reglas para las sesiones de grupo.
2. Concienciar sobre la drogodependencia
3. Motivar al paciente al proceso de recuperación.

Objetivos Específicos:

1. Transmitir al paciente información relacionada al proceso terapéutico y las reglas para las sesiones de grupo.
2. Reflexionar sobre los problemas relacionados a las drogodependencias.
3. Aplicar una técnica motivacional para ajustarse al proceso de recuperación.

Metodología:

La metodología empleada para trabajar esta sesión fue la siguiente:

1. Explicar al paciente la importancia del proceso terapéutico. Las sugerencias y reglas del grupo.
2. Dinámica de presentación: En pareja cada uno le cuenta al otro, quién es, a que se dedica, por qué están en el grupo, qué esperan conseguir. Luego cada uno presenta a su pareja.
3. Lectura proyectiva
 - Se lleva a cabo de manera dirigida
 - Comentar lo leído
 - Hacer listado de los elementos negativos del uso de drogas.
 - Redactar una carta de contestación a la lectura proyectiva.
4. Realizar balance decisional sobre consecuencias positivas y negativas de abandonar o continuar el consumo

5. Dinámica de motivación: Futuros motivantes.

SESIÓN No. 2:

FACTORES DE RIESGO DE RECAÍDA

Objetivos Generales:

1. Aumentar la percepción del riesgo de recaída
2. Reflexionar sobre la importancia de prevenir las recaídas.

Objetivos Específicos:

1. Diferenciar situaciones de alto riesgo internas y externas de recaída.
2. Analizar una situación personal de recaída.
3. Identificar las cosas que pueden hacerles recaer
4. Enunciar todas las razones por las cuales es importante prevenir recaídas.

Metodología:

La metodología en esta sesión es la siguiente:

1. A los pacientes se les da una serie de situaciones activadoras de recaídas y ellos deben separar las internas de las externas.
2. El paciente analizará una situación personal de recaída.
3. De manera voluntaria expone su situación al grupo y éstos participarán de un análisis de la situación, sus desencadenantes y estrategias que serían útiles para prevenir la situación.
4. Hacer listado de cosas que le pueden hacer recaer y su correspondiente estrategia para manejar o prevenir la recaída.
5. Los pacientes realizarán una lluvia de ideas de las razones por las cuales es importante prevenir recaídas. Se anota en rotafolio.

SESIÓN No.3:

REESTRUCTURACIÓN DE PENSAMIENTOS QUE SE MUESTRAN COMO POSIBLES DESENCADENANTES

Objetivos Generales:

1. Aprender la importancia del papel de los pensamientos en las conductas posteriores que todos realizamos.
2. Identificar los pensamientos que afectan alteran las emociones y pueden desencadenar una recaída.
3. Modificar las actitudes que pueden llevar a recaer.

Objetivos Específicos:

1. Dialogar brevemente sobre el papel de los pensamientos.
2. Descubrir pensamientos erróneos y justificaciones que pueden alterar las emociones y desencadenar la recaída.
3. Detectar y cambiar pensamientos que llevan al consumo.

Metodología:

1. Analizar en grupo un caso en donde los pensamientos juegan un papel importante.
2. Se les da una serie de frases donde van implícitas una serie de pensamientos que pueden favorecer la abstinencia o el consumo.
 - Decir qué creen que pasará con la persona de la frase y por qué creen eso, es decir completar la historia.
3. Trabajar en rotafolios autorregistros basados en la técnica ABC de Ellis.
4. Realizar un autorregistro personal
5. Elaborar tarjetas flashcards.

SESIÓN No. 4:
LAS EMOCIONES

Objetivo General:

1. Reconocer las distintas emociones.

Objetivos Específicos:

1. Identificar las emociones
2. Aprender a manejarlas

Metodología:

1. Se analizará en el grupo el mapa de las emociones.
2. Conversatorio sobre cómo se han sentido. Se les plantea una serie de situaciones para que ellos identifiquen las emociones que han sentido y cómo hacer para manejarlas.
 - Cuando se incorpora una persona nueva al grupo.
 - Cuando ven que una persona no hace esfuerzos por dejar de consumir.
 - Cuando ven que alguien lleva mucho tiempo sin consumir y él no ha podido.
 - Cuando llega el día de visita y no ves el rostro de un familiar.
3. Expresión emocional: Que recuerde eventos emocionales, que exterioricen las emociones que pudieran estar sobrecargándoles internamente. (silla vacía o espacios perceptuales)

Técnica de relajación. Respiración diafragmática lenta

SESIÓN No.5:
LAS EMOCIONES

Objetivo General:

1. Manejar adecuadamente las emociones negativas.

Objetivos Específicos:

1. Examinar técnicas cognitivas para manejar las emociones negativas.
2. Aplicar técnicas conductuales para manejar las emociones negativas.

Metodología:

1. Listado de autoinstrucciones: El paciente piensa en una situación en la que suele reaccionar negativamente y hará una lista de autoinstrucciones para manejarla, que resulten convincentes para él.
2. Técnica de inoculación del estrés:
 - Imaginar la situación en la que se reaccionaba con ira.
 - Representar dicha situación en forma de ensayo de conducta: espacios perceptuales.
 - Ensayar respondiendo en forma tranquila, segura y asertiva. Si aparecen la ira, se utilizan las técnicas aprendidas (relajación, respiración diafragmática lenta y autoinstrucciones).
3. Lluvia de ideas sobre técnicas conductuales para manejar emociones negativas. (tiempo fuera y distracción, observar modelos, cultivar el sentido del humor, evitar sustancias, situaciones y actividades generadoras de ansiedad.
4. Ensayo de conducta e inversión de roles: representar la situación generadora de ira, pero adoptando el papel de la persona con la que estas enfadado.

SESIÓN No.6:
ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES

Objetivo General:

1. Identificar acontecimientos vitales estresantes que influyen sobre las emociones y pueden llevar al consumo.

Objetivos Específicos:

1. Definir el concepto de acontecimiento vital estresante.
2. Adquirir estrategias para afrontar acontecimientos vitales estresantes.

Metodología:

1. Definir por lluvia de ideas, qué entienden por acontecimientos vitales estresantes
2. Hacer un listado de algunas posibles situaciones vitales estresantes actuales o futuras.
3. Dinámica: Acontecimientos vitales en periodos evolutivos.
 - Para trabajar los acontecimientos vitales estresantes se elabora este ejercicio que toma en cuenta los diferentes periodos evolutivos.
 - El objetivo del ejercicio es que todos los participantes lleguen a la madurez evolutiva evitando el consumo de drogas.

SESIÓN No.7:
**LA FAMILIA Y EL INFLUJO DE SUS RESPUESTAS EN UNA POSIBLE
RECAÍDA**

Objetivo General:

1. Mejorar la relación con la familia.

Objetivo Específico:

1. Que los pacientes se responsabilicen de su proceso de tratamiento y no repercuta negativamente sobre la familia.
2. Empatizar sobre cómo se siente su familia.
3. No proyectar frustraciones en la familia si hay recaída.

Metodología:

1. Debate sobre la responsabilidad propia de su proceso de tratamiento y cómo hacer para que esto no repercuta negativamente sobre la familia.
2. Role –play asumiendo el cambio en su vida que supone un acontecimiento vital estresante: lo que se persigue con esta dinámica es que los pacientes se metan en el papel de cómo se sentirían y actuarían ellos y con respecto a su familia, si se producen estos acontecimientos vitales.

SESIÓN No. 8:
MEJORA DE LA AUTOESTIMA

Objetivo general:

1. Fomentar mejoras en la autoestima.

Objetivo Específico:

1. Indicar habilidades y logros que son importantes para ellos mismos y no para los demás.
2. Lograr que los pacientes logren derribar las barreras impuestas por ellos mismos debido a que no les permiten tener un buen concepto propio.
3. Mejorar la imagen de ellos mismos mediante el intercambio de comentarios y cualidades personales.

Metodología:

1. Se reparte un folio a cada participante y se les pide que dibujen un árbol que representa su autoestima.
 - Tiene que incluir una serie de raíces, que indican sus habilidades o cualidades (tenacidad, inteligencia, simpatía)
 - Tiene que incluir una serie de ramas que simbolizan sus logros (aprender algún oficio, alguna habilidad, reconciliarse con alguien, autocontrol, etc).
2. Ejercicio de autoelogio: con este ejercicio se intenta cambiar la actitud de que no es correcto el autoelogio.
 - En equipo de dos personas comparten algunas cualidades personales entre sí.
 - Debe decirle a su compañero, dos atributos físicos que me agradan de mi mismo.
 - Dos cualidades de personalidad que me agradan de mi mismo.
 - Una capacidad o pericia que me agrada de mí mismo.
 - Cada comentario debe ser positivo, no se permiten comentarios negativos.

3. Se reflexionará sobre los ejercicios realizados, cuán difícil fue señalar cualidades, cuán difícil fue compartir con otro sus cualidades, qué opina del ejercicio.

SESIÓN No.9: MEJORA DE LA AUTOESTIMA

Objetivo General:

1. Estimular el desarrollo de un autoconcepto saludable.
2. Promover el intercambio emocional gratificante.

Objetivo Especifico:

1. Demostrar que sí es aceptable expresar oralmente las cualidades positivas que se poseen.
2. Propiciar el intercambio emocional gratificante
3. Fortalecer la autoimagen de los participantes.

Metodología:

1. Realizar ejercicio sobre concepto positivo de sí mismo: en este ejercicio cada participante se pondrá en el centro del grupo y hablará por espacio de 3 minutos todas las cosas que le agradan de sí mismos.
2. Se realiza conversatorio sobre las emociones experimentadas durante el ejercicio, si fue honrado consigo mismo, qué reacción obtuvo de sus compañeros (sorpresa, estímulo, reforzamiento)
3. Realizar ejercicio: estímulos por escrito. Se les da hojas blancas para que las doblen y las corten en cuantos participantes sean.
 - En cada uno de los pedazos escriben por el inverso, uno a uno, los nombres de sus compañeros.

- Por el inverso escriben en dos líneas o renglones, un pensamiento, un buen deseo o resaltar la cualidad de su compañero.
- Al terminar son entregados a los destinatarios en propia mano
- Se forman subgrupos para discutir la experiencia.
- Lee frente al grupo sus tarjetas recibidas.
- Se retroalimenta la actividad

SESIÓN No.10:
ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

Objetivo General:

1. Reforzar ciertas habilidades sociales para el autocontrol emocional y prevención de recaídas.

Objetivos Específicos:

1. Crear conciencia de sus comportamientos agresivos, inhibidos o asertivos.
2. Entrenamiento en habilidades de comunicación.

Metodología:

1. Discutir en grupo los comportamientos asertivos y no asertivos.
2. Recordar una experiencia en que se comportó de forma agresiva o inhibida y responder a las siguientes preguntas:
 - ¿Qué ocurrió?
 - ¿Qué hiciste y qué dijiste?
 - ¿Cómo te hubiese gustado comportarte?
3. Ensayo de conducta: el participante ensaya una situación en donde se comunica de manera asertiva y no asertiva.

SESIÓN No.11:
ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

Objetivo General:

1. Reforzar ciertas habilidades sociales para el autocontrol emocional y prevención de recaídas.

Objetivos Específicos:

1. Reforzar asertividad
2. Reforzar habilidades de comunicación
3. Reforzar autoestima
4. Rechazar ofrecimientos de consumo.

Metodología:

Para hacer más dinámico el trabajo y romper con la situación típica de grupo se propone utilizar la dinámica “la tómbola” en donde cada participante saca una actividad al azar que debe realizar.

Las actividades propuestas son las siguientes:

1. Role-play sobre asertividad: ¿cómo decir no a un ofrecimiento de consumo?
2. Expresión de sentimientos: ¿cómo te sientes (qué emociones) ante una situación en la que tengas ganas de consumir?
3. Que el paciente exponga: ¿Qué has aprendido desde que llevas en el grupo?
4. Decir 3 cosas positivas de los compañeros, y tres cosas positivas de tu familia
5. Role-play: te regalan una cosa que no te gusta ¿qué le dices a esa persona?
6. Cuenta qué técnica o ejercicios utilizas para relajarte.
7. Después de haber desaparecido unas horas de casa y tu familia te reclama que dónde estabas porque ya no confían en ti, qué le dices y cómo. Role-play.
8. Cuenta lo que tú quieras en 1 minuto: debate posterior.

9. Si tuvieras que dar un curso de prevención de recaídas, ¿qué temas tratarías que no se han tratado? Y ¿cómo lo harías?
10. ¿Qué entendiste por lenguaje verbal y no verbal y cómo debe ser para que se aprecie tu cambio?

SESIÓN No.12: CIERRE Y DESPEDIDA

Objetivo General:

1. Hacer un resumen de las técnicas que se han ido desarrollando a lo largo de las sesiones de grupo.
2. Despedida y cierre del grupo.

Objetivos Específicos:

1. Reforzar los conocimientos adquiridos.
2. Incentivar su puesta en marcha

Metodología:

1. Debate – reflexión sobre lo que han adquirido en todas estas semanas de grupo. El objetivo es que sea mayor su percepción de autoeficacia a la hora de hacer frente a las diferentes situaciones.
2. Despedida y cierre: se agradece a todos los miembros del grupo el haber participado y haber hecho posible el aprendizaje de todos, incluidos los terapeutas.

ANEXO 3
ESTUDIO DE CASOS

CASO 1:

Nombre: R. A

Edad: 45

Estado civil: Soltero

Grado de instrucción: VI grado

ANTECEDENTES

R.A es proveniente de una familia disfuncional conformada por doce hermanos de tres padres diferentes. Refiere que su padre es médico sin embargo no creció con él. Le tocó vivir situaciones difíciles con su madre y sus hermanos por lo que pasaba mucho tiempo en la calle “rebuscándome” para según el tener algo en el bolsillo. Refiere que no fue muy bueno en la escuela y pronto desertó del sistema escolar. Refiere que a pesar de todo, su familia era y aún es muy unida; son quienes lo apoyan económicamente para estar en el centro. Ha vivido toda la vida en casa de su madre y a pesar de todas las “trastadas” la madre nunca lo ha botado de la casa. Refiere que sus hermanos todos están bien, tienen familia y algunos son profesionales. Al hablar de sus hermanos refiere: “ellos no son como yo, usted los ve y no se parecen a mí, yo soy el más feíto.

HISTORIA DE CONSUMO

Inició su consumo a los doce años experimentando con la marihuana. Como todos sus amigos lo hacían nunca pensó si era bueno o malo, solo empezó a hacerlo en combinación con licor y cigarrillos comunes. Alrededor de los 15 años se inició con la cocaína. Inicialmente lo hacía en fiestas, luego los fines de semana. Llegó un tiempo en que se iba para la calle y regresaba días después. Pasaba estos días consumiendo y cuando se le terminaba la droga regresaba a casa. Se mantenía hasta quince días sin consumir hasta que se encontraba nuevamente con personas de su círculo y cuando no tenía dinero empeñaba las cosas de la casa para poder consumir.

Ha estado anteriormente internado dos veces en otros centro de rehabilitación, luego de lo cual conseguía trabajos eventuales de albañilería o limpiando lotes. Las recaídas se daban al encontrarse con los amigos. Estuvo unido a una pareja por dos años de lo cual tuvo un hijo, sin embargo la relación terminó producto de su adicción a las drogas. Según refiere se aira muy rápido y se pone agresivo y al consumir es más conflictiva la situación, lo que contribuyó a que finalizara la relación.

Como consecuencia de su adicción además de perder a su pareja y a su hijo, ha perdido trabajos, en lo físico ha tenido sobredosis en la que casi se muere con fuertes convulsiones. Según refiere “gracias a Dios no me dejó consecuencias porque no sufro de nada”. Refiere que el mayor problema que le ha dejado la droga es que no tiene nada propio, ni un empleo estable.

RESULTADOS DE LA PRUEBA

Al iniciar el proceso terapéutico R.A. muestra en el test PPG los siguientes resultados:

Se muestra como una persona dominante que adopta un papel activo en los grupos. En cuanto a responsabilidad obtiene una puntuación baja que refleja falta de perseverancia en las tareas cuando dejan de interesarle y tiende a eludir las responsabilidades. Presenta una puntuación muy baja en la escala de estabilidad emocional lo que indica un ajuste emocional deficiente. En sociabilidad obtiene un puntaje por debajo del promedio que demuestra sus dificultades y conflictos en el trato con los demás. Refleja además una autoestima baja impulsividad o poca cautela en sus acciones; muestra poca originalidad, esto lo muestra en las sesiones de grupo en donde otros compañeros tenían que ayudarlo en las tareas. Se irrita con facilidad por lo que hacen o dicen los demás. Refleja una alta vitalidad es decir muestra vigor y energía y le gusta actuar con rapidez.

DIAGNOSTICO MULTIAXIAL

Eje I: Dependencia de cocaína

Eje II: No hay diagnostico

Eje III: Ninguno

Eje IV: Desempleo

Eje V: 60 dificultades moderadas en la actividad social, laboral

Caso 2

Nombre: C. T.

Edad: 39

Estado Civil: Soltero

Grado de Instrucción: I año

ANTECEDENTES

Es el mayor de 8 hermanos, producto de un hogar disfuncional donde había violencia intrafamiliar ya que el padre era alcohólico. El veía como el padre maltrataba a la madre, y en el hogar había necesidades económicas ya que el padre no suplía. En varias ocasiones pensó en quitarse la vida porque según el, no soportaba ver a su madre sufrir y pensaba que su madre no lo quería.

HISTORIA DE CONSUMO

A los 15 años inició su consumo de cocaína, según refiere porque un amigo lo invitó a consumir. Como había problemas económicos en el hogar comenzó a venderla; pero cayó detenido varias veces. Salía pronto porque las cantidades no eran muy grandes.

Inicialmente consumía los fines de semana, pero, cuando comenzó a vender, aumento su frecuencia y cantidad a varias veces a la semana. En una ocasión se fue a trabajar (en construcción) drogado y se cayó de unas escaleras y estuvo en cama durante una semana.

Estuvo unido 5 años pero la relación terminó porque cuando consumía era muy violento. Desde entonces vive con su familia donde hay discusiones y pleitos frecuentes con sus 5 hermanos varones que eran también consumidores.

RESULTADOS DE LA PRUEBA

Al iniciar el tratamiento tuvo los siguientes resultados:

Asc: Obtuvo una puntuación baja que indica un papel de pasividad en el grupo, prefiere escuchar en vez de hablar, tiene poca autoconfianza, deja que otros tomen las decisiones y suele ser dependiente de los consejos de los demás.

Res: Su puntuación baja refleja una persona que tiende a eludir responsabilidad y que no continúa en las tareas cuando dejan de interesarle.

Est: Se muestra como una persona con poca tolerancia a la frustración, su puntuación baja en esta escala indica un ajuste emocional deficiente.

Soc: Muestra restricción general en los contactos sociales.

Aut: Su puntuación baja en esta escala indica una autoestima deficiente.

Cau: Muestra poca precaución el momento de tomar decisiones, tiende a ser impulsivo o actuar a la aventura.

Ori: Obtuvo una puntuación baja propio de personas no preocupadas por adquirir conocimientos ni interesadas en resolver problemas. durante las sesiones se mostraba pasivo y poco participativo.

Com: En esta escala obtuvo una puntuación elevada lo que indica que tiene fe y confianza en los demás.

Vit: Su resultado bajo refleja a una persona con poca vitalidad, se cansa fácilmente y su producción es menor.

DIAGNOSTICO MULTIAXIAL

Eje I: Dependencia de Cocaína

Eje II: No aplica

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo. Conflicto frecuente con los hermanos,

Eje V: 50 Ideación suicida, alteraciones sociales, venta de drogas.

Caso 3.

Nombre: .S.R.

Edad: 45

Estado Civil: Divorciado

Grado de instrucción: III año.

ANTECEDENTES

Proviene de un hogar desintegrado, 10 hermanos de los cuales él es el V, la madre trabaja en casa de familia por lo que los hijos se quedaban solos mucho tiempo. Refiere que se acostumbro a estar mucho tiempo en la calle y se metía en muchos problemas con los vecinos; en el hogar era rebelde con la madre y muy agresivo por lo que a los 15 años estuvo en el tutelar de menores.

HISTORIA DE CONSUMO

Inició el consumo a los 16 años con la marihuana, después de salir del tutelar de menores, según refiere, por olvidarse de una novia que se fue con un amigo. Su situación fue empeorando y comenzó a delinquir para tener las cosas que quería; a los 21 comenzó con la cocaína, luego probó la piedra; esto lo llevó a que estuviera detenido con frecuencia por hurto. La familia lo ingresó a un centro de rehabilitación y solo permaneció 2 meses. Lo botaron de la casa porque se ponía muy agresivo cuando no tenía para consumir, fue baleado por robo y estuvo 8 meses sin caminar. Refiere que la mayor parte del tiempo la pasó detenido hasta que un pastor lo apoyó para entrar en el centro en el que actualmente se encuentra y en el que se siente bien.

RESULTADOS DE LA PRUEBA

Los resultados al iniciar el tratamiento fueron los siguientes:

Asc: Su puntuación baja indica falta de ascendencia, es decir poca iniciativa en situaciones de grupo, muestra poca autoconfianza.

Res: falta de constancia en las tareas cuando dejan de interesarles y tiende a eludir responsabilidad.

Est: Obtiene en esta escala una puntuación dentro del promedio que indicaría una buena estabilidad emocional, sin embargo, esto se contradice con el resto de las escalas, lo que puede reflejar el deseo de presentarse mas estable de lo que realmente es.

Soc: Muestra falta de sociabilidad en su puntaje, es decir, una restricción general en sus contactos sociales.

Aut: Obtiene una puntuación baja que sugiere que se ha adjudicado un numero significativo de alternativas desfavorables al describirse a sí mismo, lo que indica una autoestima baja.

Cau: Se muestra como una persona impulsiva, es decir, poco precavido en sus acciones.

Ori: Muestra falta de originalidad, intelectualmente poco curioso, poco preocupado por adquirir conocimientos

Com: Se muestra comprensivo, con fe y confianza en los demás.

Vit: Su puntaje dentro del promedio sugiere que es una persona que muestra vigor, y energía a quien le gusta trabajar con rapidez.

DIAGNOSTICO MULTIAxIAL

Eje I: Dependencia de Cocaína

Eje II: Trastorno antisocial de la personalidad

Eje II: No aplica

Eje IV: Falta de vivienda

Eje V: 60 (en el ingreso; menor nivel en el año anterior)

Caso 4

Nombre: T.C.

Edad: 40

Estado Civil: unido

Nivel de Instrucción: II año

ANTECEDENTES

Proviene de un hogar formado de ambos padres y 3 hermanos de los cuales él es el segundo, refiere que sus padres siempre estaban en conflicto por el comportamiento de él ya que era rebelde y desobediente. En una ocasión tuvo una discusión fuerte con el papá y desde entonces quedó muy resentido con él. A los 18 años se unió a una pareja con la cual tuvo 1 hija. De su segunda unión tuvo 2 hijos varones pero la relación se vio afectada, debido a que encontró a su señora siendo infiel. Se separaron un tiempo pero volvieron sin embargo tenían conflictos frecuentes.

HISTORIA DE CONSUMO

A los 17 años probó por primera vez la marihuana, pero, no se sintió agrado con sus efectos. Refiere que su problema era el licor; bebía inicialmente todos los fines de semana con sus amigos; bajo los efectos del alcohol consumía cocaína y hasta piedra, sin embargo, si no bebía no consumía nada. Después de la infidelidad de su pareja comenzó a beber a diario; perdió el trabajo, se volvió irresponsable, empezó a hurtar cosas en lugares descuidados (casas, patios), nunca estuvo detenido.

Quedo en las calles porque los padres lo echaron de la casa. Cuando no tomaba sentía mucha ansiedad y angustia y cuando tomaba, para no quedar ebrio consumía cocaína y seguía tomando, refiere que nunca consumió cocaína sin haber bebido antes.

Estuvo en varios centros de rehabilitación antes de llegar a este, pero, las recaídas eran peor porque tomaba más.

RESULTADOS DE LA PRUEBA

Los resultados obtenidos al inicio del tratamiento fueron los siguientes:

Asc: Obtuvo en esta escala una puntuación alta; que se refiere a la dominancia e iniciativa en situaciones de grupo.

Res: Su puntuación baja indica falta de constancia y perseverancia en las tareas propuestas.

Est: Según el puntaje obtenido manifiesta equilibrio emocional y buena tolerancia a las frustraciones aunque esto se contradice con algunos hechos de su historia clínica.

Soc: Obtiene una puntuación baja lo que releja una restricción general en los contactos sociales.

Aut: Muestra Tendencia a adjudicarse un número significativo de alternativas desfavorables al describirse a sí mismo, esto es una autoestima baja.

Cau: Su puntaje dentro del promedio indica que es una persona precavida y a quien no le gusta arriesgarse o decidir a la ligera.

Com: Muestra un puntaje bajo propio de sujetos a quienes les irrita o molesta lo que hacen o hablan los demás.

Vit: Su bajo puntaje se asocia a poca vitalidad o impulso e sus acciones, es decir, prefiere un ritmo lento en sus acciones.

DIAGNOSTICO MULTIAXIAL

Eje I: Dependencia al alcohol

Eje II: No aplica

Eje III: Sin diagnostico

Eje IV: Problema relacionado al ambiente social inadecuado.

Eje V: 60 dificultad moderada en la actividad social, laboral; pocos amigos.

Caso 5

Nombre: D.F.

Edad: 34

Estado Civil: Casado

Grado de Instrucción: VI año.

ANTECEDENTES

Proviene de un hogar integrado por ambos padres y dos hermanos, quienes siempre le han apoyado en todo. Los padres le ayudaron a terminar sus estudios y siempre le corrían los gustos. De adolescente siempre tuvo muchos amigos con los cuales se la pasaba en fiestas los fines de semana. Estudió chapistería y por lo general tiene buenos clientes.

HISTORIA DE CONSUMO

Según él refiere inició su consumo de alcohol a los 16 años influenciado por los amigos quienes iban a fiestas y discotecas frecuentes. Consumió marihuana algunas veces. Dijo haber probado la cocaína y eventualmente lo hace cuando toma, sin embargo, su mayor problema es el alcohol, como se la pasaba en fiestas tomaba hasta embriagarse y no paraba, hasta 3 días tomando. Esto según él, le traía pérdidas porque dejaba de atender a los clientes.

Siempre ha contado con la familia quienes lo han ingresado en otros centros y grupos de autoayuda, sin embargo, después de 2 meses de salir de los centros recae.

RESULTADOS DE LA PRUEBA

Al momento de iniciar el tratamiento obtuvo los siguientes resultados:

Muestra iniciativa y dominancia en situaciones de grupo (Asc.). Su bajo puntaje en la escala de responsabilidad alude a la falta de constancia y perseverancia en las tareas

propuestas. Según el puntaje dentro del promedio en la escala de estabilidad emocional muestra ser una persona con equilibrio emocional. Obtiene un puntaje elevado en sociabilidad, lo que indica facilidad en el trato con los demás. Su índice de autoestima por debajo del promedio indica una tendencia a adjudicarse alternativas desfavorables para describirse a sí mismo. Muestra falta de cautela en sus acciones, sin embargo, obtiene buen nivel de originalidad, comprensión hacia los demás y refleja vitalidad en sus acciones

DIAGNOSTICO MULTIAXIAL

Eje I: Dependencia del alcohol

Eje II: Ninguno

Eje III: Ninguno

Eje IV: Ninguno

Eje V: 70, Algunos síntomas leves. Alguna dificultad en la actividad laboral, cuando se embriaga pierde clientela.

Caso 6

Nombre: G.A.

Edad: 25

Estado Civil: soltero

Grado de instrucción: III año

ANTECEDENTES

Proviene de una familia integrada de ambos padres y 3 hermanos. Refiere que el mayor recuerdo que tiene de su infancia es ver a su padre ebrio, ya que este era alcohólico. Los padres eran dueños de una cantina por lo que el pasaba algo de su tiempo ayudándoles a limpiar y a recoger latas y botellas.

HISTORIA DE CONSUMO

Comenzó a beber alcohol a los 13 años; a los 20 años comenzó a combinar el alcohol con cocaína y cuando esto sucedía se ponía muy agresivo con la pareja que tenía para entonces. Según el refiere, no consume cocaína sin haber bebido, sin embargo siempre que bebe consume cocaína. Su frecuencia de bebida es de fines de semana. El fin de semana que no tiene para comprar la botella, siente ansiedad desesperación y nerviosismo, después que lo hace experimenta sentimientos de culpa. Esto le ha costado pérdidas afectivas y pérdidas de buenas oportunidades de trabajo.

RESULTADO DE LA PRUEBA

Al iniciar el tratamiento obtuvo los siguientes resultados:

Muestra falta de ascendencia lo que indica que suele depender del consejo de los demás. Obtuvo un puntaje bajo en responsabilidad lo que alude a la falta de constancia y perseverancia en las tareas propuestas. Su baja puntuación en la escala de estabilidad emocional refleja un ajuste emocional deficiente; Muestra facilidad en el trato con los demás. Su puntuación pobre en autoestima muestra su tendencia a describirse desfavorablemente. Muestra además impulsividad en sus acciones y buen nivel de originalidad, es decir, intelectualmente curioso. Presenta un buen nivel de comprensión hacia los demás u vitalidad al actual.

DIAGNOSTICO MULTIAxIAL

Eje I: Dependencia del alcohol

Eje II: No aplica

Eje III: Ninguno

Eje IV: Desempleo

Eje V: 60, Crisis de angustia, dificultades moderadas en la actividad social y laboral.

Caso 7

Nombre: L. D

Edad: 23 años

Estado civil: soltero

Grado de instrucción: III año

ANTECEDENTES

Paciente proveniente de un hogar disfuncional formado por la madre y tres hermanos de los cuales él es el segundo. L.D vive aún con la madre, sin embargo según refiere, en el hogar existen muchos conflictos violentos entre él y el hermano mayor quien es poco tolerante con su actitud. Refiere que nunca conoció a su padre biológico, sólo algunas parejas eventuales de la madre. Llegó a tercer año con dificultad, no terminó por desinterés a los estudios.

HISTORIA DE CONSUMO

Inició a los 13 años fumando cigarrillos. Según refiere tenía su “gabillita” con las que hacían maldades a las casa de los vecinos, dañaban la propiedad ajena y salían corriendo. Si veían algo mal puesto lo tomaban. Con frecuencia le llegaban las quejas a la madre y ésta le pegaba con una vara que tenía pero él se le iba para la calle y llegaba a altas horas de la noche a la casa. Con su grupo empezaron a experimentar con el cigarrillo y a sentirse grandes. Posteriormente uno de los amigos llevó marihuana y quedaron fumando al punto que lo hacían todos los días. Se turnaban para comprarla para el grupo y se reunían en un lote baldío para fumar. Con el tiempo comenzó a consumir también cuando estaba sólo, cuando no consumía se desesperaba por conseguirla y es cuando se

tornaba irritable y peleaba con todos en la casa. Discutía frecuente con la madre lo que hacía que el hermano mayor se metiera y quedaban en grandes conflictos. Se ganó muchos enemigos y ha estado detenido por actos delictivos. Consumió la cocaína algunas veces pero no se metió de lleno en esto porque la consideraba una droga peligrosa. El no consideraba que la marihuana fuera un problema hasta poco antes de ingresar al centro ya que se dio cuenta que le era difícil resistirse al consumo. Como él refiere consumía como si fuera desayuno, almuerzo y cena y cantidades considerables. El sentía que le quitaba el estrés, sin embargo ya se veía de muy bajo peso y sentía cansancio y falta de energía. No tenía interés de buscar un trabajo porque siempre se rebuscaba para comprar la marihuana. Decidió por cuenta propia buscar ayuda y encontró el apoyo de la madre para esto dado que en el hogar la situación era insostenible.

RESULTADOS DE LA PRUEBA

Al iniciar el tratamiento obtiene los siguientes resultados:

Su bajo puntaje en la escala de ascendencia(Asc), refleja que es una persona con poca iniciativa en los grupos y con tendencia a depender de los consejos de los demás. Obtiene una puntuación baja en la escala de responsabilidad (Res), lo que indica falta de constancia y perseverancia en las tareas propuestas. Su puntuación baja en la escala de estabilidad emocional (Est) refleja un ajuste emocional deficiente, es decir poco equilibrada y con baja tolerancia a las frustraciones. En la escala de sociabilidad (Soc) obtiene un puntaje promedio lo que indica facilidad en el trato con los demás. Obtiene una puntuación baja en la escala de autoestima lo que muestra una tendencia a describirse desfavorablemente. Muestra además en su bajo puntaje falta de cautela y de originalidad (Cau, Ori). Además su bajo puntaje en la escala de comprensión (Com) lo muestra como un sujeto crítico a quien le irrita o molesta lo que hacen o hablan los demás. Obtiene un puntaje promedio en la escala de vitalidad (Vit) característico de sujetos con vigor y energía en sus acciones.

DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL

Eje I: *Dependencia de marihuana*

Eje II: Trastorno antisocial de la personalidad

Eje III: No aplica

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo. Conflictos con el hermano.

Eje V: 60- Síntomas moderados. Dificultades moderadas en la actividad social, laboral y familiar.

Caso 8

Nombre: T.R

Edad: 25

Estado civil: Soltero

Grado de Instrucción: I año

ANTECEDENTES:

Proveniente de un hogar desintegrado. Los padres nunca vivieron juntos. Refiere que desde muy pequeño recuerda que se la pasaba de la casa de la madre, a la casa del padre o donde la abuela materna que es donde más tiempo pasaba. Tiene 6 hermanos que vivían en igual condición. El padre era consumidor de drogas y estuvo preso desde que él tenía 15 años. Refiere que durante la escuela primaria fue muy conflictivo, le robaba a los compañeros y en una ocasión le robó un celular a una maestra. Recuerda que la madre siempre salía a defenderlo por lo que no asumía sus responsabilidades.

HISTORIA DE CONSUMO

Inició consumiendo cigarrillo a los 8 años. A esa misma edad comenzó a probar la cocaína con unos amigos adolescentes que le preparaban el cigarrillo con cocaína. Los padres no lo supervisaban mucho por lo que no se daban cuenta ya que pasaba mucho tiempo en la calle. Esto lo hacía sólo cuando se reunía con sus amistades adolescentes, esto era cuando visitaba a la madre ya que donde la abuela sus amigos eran de su edad y no tenían esas prácticas. A los 13 años se quedó a vivir con la madre por la escuela y es cuando comenzó a consumir con mayor frecuencia. Salía para el colegio pero no llegaba porque se iba con los amigos, por lo que fracasó el año escolar y no quiso seguir estudiando. Alrededor de los 16 años comenzó a consumir la cocaína en forma de piedra y a delinquir para conseguir la sustancia. Refiere que su madre siempre andaba en

su mundo así que no le prestaba atención. Esto lo llevó desde muy temprano a vagar por días con sus amigos, a delinquir, ha estado detenido por posesión de drogas y el deterioro físico se hacía evidente dado que no se alimentaba bien ya que se tuvo que ir de la casa de la madre quien le retiró todo apoyo. Ha estado dos veces en centros de rehabilitación pero recae en cuanto sale. Llegó a internarse en esta oportunidad por una tía que lo quiso ayudar.

RESULTADOS DE LA PRUEBA:

Al iniciar el tratamiento obtiene los siguientes resultados:

Obtiene una puntuación baja en las escalas de ascendencia, responsabilidad y estabilidad emocional (Asc, Res, Est) lo que indica falta de iniciativa en situaciones de grupo, tendencia a eludir las responsabilidades y refleja un ajuste emocional deficiente que se muestra en su baja tolerancia a las frustraciones y el poco autocontrol de sus emociones. En la escala de sociabilidad (Soc) obtiene una puntuación promedio lo que indica una facilidad para relacionarse con los demás y que le gusta estar con otros. Su índice de autoestima por debajo del promedio indica una tendencia a adjudicarse alternativas desfavorables para describirse a sí mismo. Obtiene un puntaje bajo en la escala de cautela y de originalidad lo que indica una tendencia a la impulsividad o a actuar a la ventura, además se muestra poco interesado en la resolución de problemas. Su baja puntuación en la escala de comprensión lo muestra como una persona irritable con lo que hacen o dicen los demás. Obtiene un puntaje alto en la escala de vitalidad, lo que indica vigor y energía en sus acciones.

DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL

Eje I: Dependencia de cocaína

Eje II: Trastorno antisocial de la personalidad

Eje III: No aplica

Eje IV: Problemas relativos al ambiente social: apoyo social inadecuado, vive solo.

Eje V: 50– Síntomas graves- Robos, alteración en la actividad social.

ANEXO 4
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

ENCUESTA INICIAL

DATOS BIOGRÁFICOS

Fecha de evaluación _____ Nombre: _____

Edad _____ Estado Civil _____ Grado de instrucción _____

Edad de Inicio de consumo: _____ Droga de Inicio: _____

Droga principal de consumo: _____ Tiempo de consumo _____

Otras: _____

Patrón de consumo: Experimental Social Habitual Compulsivo

Tratamiento anterior: _____ Tiempo de
Tx: _____

Recaídas: SI NO

PPG - I P G

(L V Gordon)

Apellidos y nombre _____ Edad _____ Sexo _____
 Centro _____ Puesto _____
 Localidad _____ Fecha _____ Otros datos _____

INSTRUCCIONES

En este impreso encontrará unas cuantas descripciones del modo de ser de las personas. Las descripciones están reunidas en grupos de cuatro frases (A, B, C y D) y cada grupo tiene delante un número correlativo

La tarea de Vd es leer las cuatro frases de cada grupo, elegir entre ellas la que **MÁS** se ajusta a su modo de ser y marcar en la columna de la derecha el signo +, en la misma línea de esa frase. A continuación revise las otras tres descripciones y elija la que **MENOS** se aproxima a su modo de ser y marque en la columna de la derecha el signo -, en la misma línea de esa frase

Observe el siguiente ejemplo, con cuatro frases (A, B, C y D)

Ejemplo	Marque sólo un + y un -	
A. Tiene un apetito excelente	X	-
B. Se pone enfermo con frecuencia	+	X
C. Lleva una alimentación equilibrada	+	-
D. No hace suficiente ejercicio	+	-

La persona que ha contestado a este grupo leyó estas frases y pensó que la que **MÁS** se ajustaba a su modo de ser era la A (*Tiene un apetito excelente*), y por eso marcó el signo + en la línea de la frase A. Luego, buscó entre las otras tres frases la que **MENOS** se aproximaba a su modo de ser y decidió que era la B (*Se pone enfermo con frecuencia*), porque tenía una 'salud de hierro', y señaló el signo - en la línea de la frase B

En cada grupo sólo se pueden hacer dos marcas: una para indicar la frase que **MÁS** se aproxima a su modo de ser y otra para señalar la que **MENOS** refleja su modo de ser

Puede que en algunos casos le resulte difícil decidirse por una frase u otra. Haga su elección lo mejor posible. Piense que ésto no es un examen de conocimientos, no hay contestaciones acertadas o erróneas. Hay personas con diferentes modos de ser, y todas las respuestas son buenas con tal de que indiquen aquellas descripciones que se aproximen **MÁS** y **MENOS** a su modo de ser

Es muy **IMPORTANTE** que comprenda bien lo que tiene que hacer. Si tiene alguna duda, pregunte ahora al examinador

Si se equivoca al marcar un signo, debe eliminar esa respuesta y marcar la que considere mejor. Ponga atención y procure, al contestar con la frase **MÁS** o **MENOS**, marcar su respuesta (+ o -) en la línea correspondiente a la frase elegida y en la columna que se le indicará al principio de cada página

No hay tiempo limitado para contestar. Sin embargo, no se detenga demasiado en cada grupo de frases. Empiece con el primer grupo de frases y procure no dejar ningún grupo de frases sin contestar



Marque una respuesta + y otra - en la columna 1 ⇒

- 1 A. Tiene don de gentes en reuniones sociales
B. Le falta confianza en sí mismo
C. Es minucioso en todo lo que hace
D. Tiene cierta tendencia a dejarse llevar por sus sentimientos

- 2 A. No le interesa relacionarse con los demás
B. Es una persona sin tensiones ni ansiedad
C. No es muy digno de confianza
D. En las discusiones de grupo lleva la iniciativa

- 3 A. Se comporta de una forma un tanto impulsiva y nerviosa
B. Tiene mucha influencia sobre los demás
C. No le gustan las relaciones sociales
D. Trabaja de un modo muy constante y tenaz

- 4 A. Le resulta fácil hacer nuevas amistades
B. No puede estar mucho tiempo haciendo lo mismo
C. Se deja llevar fácilmente por los demás
D. Se sabe controlar aunque le salgan las cosas mal

- 5 A. Es capaz de tomar decisiones importantes sin la ayuda de nadie
B. Le resulta difícil desenvolverse con soltura ante desconocidos
C. Tiende a sentirse incómodo y en tensión
D. Termina su trabajo a pesar de las dificultades

- 6 A. No le interesa demasiado relacionarse con los demás
B. No asume responsabilidades con seriedad
C. En todo momento se siente seguro de sí mismo y sereno
D. Asume la dirección en actividades de grupo

- 7 A. Es una persona en quien se puede confiar
B. Pierde la calma con facilidad cuando las cosas le salen mal
C. No se siente muy seguro de sus propias decisiones
D. Prefiere estar con gente

- 8 A. Le resulta fácil influir en los demás
B. Lleva a cabo su trabajo a pesar de los obstáculos
C. Tiene pocos pero buenos amigos
D. Es una persona más bien nerviosa

- 9 A. No hace amigos muy fácilmente
B. Toma parte activa en los asuntos de su grupo
C. No abandona las tareas monótonas hasta que las termina
D. Es una persona poco equilibrada emocionalmente

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE Y CONTINÚE

Marque una respuesta + y otra - en la columna 2 ⇒

- 10 A. Se siente seguro en sus relaciones con los demás
B. Sus sentimientos son heridos con facilidad
C. Sus hábitos de trabajo están bien desarrollados
D. Prefiere estar con un grupo reducido de amigos
- 11 A. Se enfada con bastante facilidad
B. Es capaz de controlar la situación en todo momento
C. No le gusta hablar con personas a quienes no conoce
D. Es muy minucioso en todo lo que hace
- 12 A. No le gusta discutir con los demás
B. Es incapaz de ajustarse a un horario fijo
C. Es un persona tranquila y sosegada
D. Tiende a ser muy sociable
- 13 A. Es un individuo despreocupado
B. Carece del sentido de la responsabilidad
C. No le interesan las personas del sexo opuesto
D. Sabe cómo tratar a la gente
- 14 A. Le resulta fácil ser amable con los demás
B. Prefiere dejar a otros la dirección de las actividades del grupo
C. Su carácter le hace preocuparse por todo
D. Sigue haciendo un trabajo a pesar de las dificultades
- 15 A. Es capaz de conseguir que los demás cambien de opinión
B. No le interesa unirse a las actividades de un grupo
C. Es un individuo bastante nervioso
D. Es muy constante en cualquier tarea que ha emprendido
- 16 A. Es tranquilo y fácil de tratar
B. Le cuesta seguir haciendo lo que lleva entre manos
C. Le gusta estar rodeado de mucha gente
D. No se siente muy seguro de sus aptitudes
- 17 A. Se puede confiar plenamente en él
B. No le gusta la compañía de la mayoría de la gente
C. Le resulta difícil estar tranquilo
D. Toma parte activa en las discusiones del grupo
- 18 A. Cuando tiene un problema no se da fácilmente por vencido
B. Tiende a veces a manifestarse nervioso
C. Le falta confianza en sí mismo
D. Prefiere pasar el tiempo en compañía de otros

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE Y CONTINÚE

Marque una respuesta + y otra - en la columna 3 ⇒

- 19 A. Tiene ideas muy originales
B. Es una persona un tanto lenta y tranquila
C. Tiende a criticar a los demás
D. Toma decisiones después de haberlas meditado mucho
- 20 A. Cree que todo el mundo es esencialmente sincero
B. Se toma con cierta calma tanto el trabajo como el juego
C. Tiende a averiguar el porqué de las cosas
D. Tiende a actuar impulsivamente
- 21 A. Es una persona muy activa
B. No se enfada con nadie
C. No le gusta trabajar en tareas complicadas y difíciles
D. Prefiere fiestas movidas a reuniones tranquilas
- 22 A. Le gustan las discusiones de carácter filosófico
B. Se cansa con bastante facilidad
C. Piensa mucho antes de obrar
D. No tiene mucha confianza en los demás
- 23 A. Le gusta ante todo trabajar con ideas
B. Hace las cosas a un ritmo más bien lento
C. Es muy prudente al tomar una decisión
D. Le resulta difícil llevarse bien con bastante gente
- 24 A. Es una persona a la que le gusta 'probar fortuna'
B. Se enfada con los otros con bastante facilidad
C. Consigue hacer muchas cosas en poco tiempo
D. Pasa bastante tiempo elaborando nuevas ideas
- 25 A. Es un individuo con mucha paciencia
B. Busca lo interesante y lo apasionante
C. Es capaz de estar trabajando mucho tiempo seguido
D. Le gusta más llevar a cabo un proyecto que planearlo
- 26 A. Se encuentra muy cansado y fatigado al terminar el día
B. Se inclina a hacer juicios de repente y con rapidez
C. No es rencoroso con los demás
D. Tiene un gran afán de saber
- 27 A. No actúa al primer impulso
B. Le molestan los fallos de los demás
C. No tiene interés para juzgar con un sentido crítico
D. Prefiere trabajar con rapidez
- 28 A. Tiende a sentirse molesto con la gente
B. Le gusta estar siempre en continua actividad
C. Preferiría no aventurarse a correr riesgos
D. Prefiere un trabajo que exija poco o nada pensar con originalidad

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE Y CONTINÚE

Marque una respuesta + y otra - en la columna 4 ⇒

	4	3	2	1
29 A. Es una persona muy precavida	+ -	+ -	+ -	+ -
B. Prefiere trabajar de una manera más bien lenta	+ -	+ -	+ -	+ -
C. Tiene mucho tacto y diplomacia	+ -	+ -	+ -	+ -
D. Prefiere no emplear la inteligencia en pensamientos profundos	+ -	+ -	+ -	+ -
30 A. Pierde fácilmente la paciencia con la gente	+ -	+ -	+ -	+ -
B. Tiene algo menos de aguante que la mayoría de la gente	+ -	+ -	+ -	+ -
C. Tiende a ser original y creador	+ -	+ -	+ -	+ -
D. No le gustan demasiado las emociones y sensaciones nuevas	+ -	+ -	+ -	+ -
31 A. Tiende a actuar por corazonadas	+ -	+ -	+ -	+ -
B. Tiene mucha vitalidad y energía	+ -	+ -	+ -	+ -
C. No confía en los demás hasta tener garantías	+ -	+ -	+ -	+ -
D. Le gustan los temas que exigen mucha reflexión	+ -	+ -	+ -	+ -
32 A. No le gusta trabajar a un ritmo rápido	+ -	+ -	+ -	+ -
B. Tiene mucha confianza en la gente	+ -	+ -	+ -	+ -
C. Tiende a ceder a los deseos del momento	+ -	+ -	+ -	+ -
D. Disfruta resolviendo problemas complicados	+ -	+ -	+ -	+ -
33 A. Es un trabajador muy activo	+ -	+ -	+ -	+ -
B. Sabe aceptar bien las críticas	+ -	+ -	+ -	+ -
C. No le interesan los problemas que exigen razonar mucho	+ -	+ -	+ -	+ -
D. Tiende a actuar primero y a pensar después	+ -	+ -	+ -	+ -
34 A. Siempre habla bien de los otros	+ -	+ -	+ -	+ -
B. Es muy precavido antes de obrar	+ -	+ -	+ -	+ -
C. No le interesa discutir de cosas que obliguen a pensar	+ -	+ -	+ -	+ -
D. No se da prisa en ir de un lado a otro	+ -	+ -	+ -	+ -
35 A. No tiene una mente inquisitiva	+ -	+ -	+ -	+ -
B. No actúa al primer impulso	+ -	+ -	+ -	+ -
C. Generalmente está rebosante de energía	+ -	+ -	+ -	+ -
D. Se irrita por las debilidades de los demás	+ -	+ -	+ -	+ -
36 A. Es capaz de realizar más cosas que los demás	+ -	+ -	+ -	+ -
B. Le gusta aventurarse sólo por lo que tiene de diversión	+ -	+ -	+ -	+ -
C. Le molesta que le critiquen	+ -	+ -	+ -	+ -
D. Le gusta más trabajar con ideas que con objetos	+ -	+ -	+ -	+ -
37 A. Confía mucho en los demás	+ -	+ -	+ -	+ -
B. Prefiere los trabajos rutinarios y sencillos	+ -	+ -	+ -	+ -
C. Hace las cosas 'de golpe'	+ -	+ -	+ -	+ -
D. Rebosa vitalidad y energía	+ -	+ -	+ -	+ -
38 A. Toma decisiones con demasiada rapidez	+ -	+ -		
B. Cualquier persona le cae bien	+ -	+ -		
C. Mantiene un ritmo activo, tanto en el trabajo como en el juego	+ -	+ -		
D. No tiene un gran interés por aprender cosas nuevas	+ -	+ -		

Asc	Cau
Res	Ori
Est	Com
Soc	Vit
Aut	

FIN DE LA PRUEBA. COMPRUEBE SI HA
CONTESTADO UN (+) Y UN (-) EN TODOS LOS GRUPOS