



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

***PROPUESTA DE UN MANUAL COGNITIVO
CONDUCTUAL PARA LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS,
DIRIGIDO A DEPENDIENTES DE SUSTANCIAS
ADICTIVAS EN REHABILITACIÓN***

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
JOSÉ ISRAEL SALCEDA BONFIL

DIRECTOR DE LA TESINA:
LIC. JORGE ÁLVAREZ MARTÍNEZ



FACULTAD
DE PSICOLOGÍA

México, D.F.

Junio 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Al Mtro. **Jorge Álvarez Martínez** mi asesor, por su amplio conocimiento, experiencia profesional y buen humor hizo de sus enseñanzas momentos agradables, pero sobre todo llenas de soporte y capacitación para mejorar y finalizar este documento.

A mi comité de **Sinodales** por haber aceptado guiarme, por sus valiosos comentarios y así fortalecer y perfeccionar esta investigación.

A la Dra. **Lidia Barragán Torres** por asesorarme incondicionalmente con su basta experiencia profesional en el campo de las adicciones, y facilitarme los manuales del Programa de Satisfactores Cotidianos.

Al Dr. **Montalvo y Mercedes Serrano** directivos de la clínica CESAD, por depositar su confianza en mi rendimiento, por su enseñanza, apoyo y comprensión ante los compromisos académicos.

Al Dr. **Manuel Carbajal** por su conocimiento, motivación, afecto y empatía tan exitosa y peculiar que me ha ayudado ha elaborar y trascender poco a poco mis taras psicológicas.

A mi **Padre** por enseñarme a trabajar de manera responsable, honesta, y apoyarme ha terminar la universidad.

A mi **Madre** que con su sensibilidad, fortaleza y motivación me ha hecho una persona productiva y llena de sueños.

A mis **Hermanos** por su cariño y compañía en momentos difíciles, que me facilito responderle a la vida.

A **Yareli Vergara Sánchez** por los momentos inolvidables a tu lado, por tus comentarios alentadores y sobre todo por estar junto a mí y ser una mujer invaluable.

A todas las personas que padecen un problema de adicción que con sus experiencias, vivencias y confianza han hecho este documento posible.

A los profesionales con quien compartimos estos caminos, en especial a Vicente Ríos a quien le vivo agradecido.

INDICE

Introducción	1
1. Adicción una problemática Bio-Psico-Social	4
1.1 Supresión.....	5
1.2 Progresión.....	6
1.3 Ciclo adictivo.....	8
2. Drogas legales e ilegales, clasificación daños y efectos	9
2.1 Depresores del sistema nervioso central.....	11
2.2 Estimulantes del sistema nervioso central.....	13
2.3 Sustancias Alucinógenas.....	16
2.4 Drogas de diseño.....	18
2.5 Sustancias Cannabinoides.....	21
2.6 Sustancias inhalables.....	23
2.7 Derivados del opio.....	25
2.8 Nicotina (tabaco).....	26
3. Modelos cognitivos conductuales que han demostrado su efectividad en la atención a dependientes de sustancias adictivas	28
3.1 Teoría cognitiva.....	28
3.2 Teoría cognitiva social.....	30
3.3 El modelo de reforzamiento comunitario (community reinforcement approach) para usuarios dependientes de sustancias adictivas. Eficacia en la intervención.....	31
3.4 Modelo integral de satisfactores cotidianos.....	35
4. Propuesta manual de prevención de recaídas	36
4.1 Introducción.....	37
4.2 Proceso de la recaída.....	38
4.3 Reestructuración cognitivo-humorística.....	47
4.4 Situaciones de alto riesgo.....	48
4.5 Mis Parámetros de recaída.....	53
4.6 Mis Razones para cambiar.....	59
4.7 Contrato para la prevención de recaídas.....	62
Conclusiones	66
Anexo 1	69
Referencias bibliograficas	73

INTRODUCCION

La sociedad se ha preocupado por las personas que usan y abusan de sustancias adictivas, más no por las reglas ni guías para poder enfrentar los problemas que genera. Con dichos problemas las herramientas tradicionales en la solución de los problemas derivados de esta problemática, en ocasiones, no funcionan.

La recaída en el uso y abuso de sustancias no es evento aislado de nuestra realidad, día tras día, miles de adictos en recuperación vuelven al uso adictivo de drogas, perdiendo nuevamente su libertad, quedando atrapados dentro del sufrimiento y en ocasiones la muerte, enlistándose al interior de la triada de depresión, agresión y adicción (Martínez, 2006).

Se sabe que la reincidencia no es un evento espontáneo e impredecible, ya que existen muchos síntomas, factores de riesgo, comportamientos, actitudes, pensamientos y sentimientos que permiten reconocer los diferentes procesos de recaída, facilitando de esta manera su prevención, detección, e intervención.

Durante la recuperación, y de manera inevitable, la persona con problemas de adicción debe vivir procesos e instancias cognitivas y emocionales de valor desconocido para su nuevo estado de abstinencia.

El tiempo o la secuencia de los procesos varían de una persona a otra, dependiendo de la estructuración asumida durante la recuperación, el tipo de adicción y las redes de apoyo social. Es decir, según las estrategias de afrontamiento aprendidas durante la recuperación y las oportunidades de apoyo familiar y social, los procesos de recaída serán más frecuentes o espaciados, fáciles o complicados de afrontar, detectables o impredecibles y retenibles o inevitables (Martínez, 2006).

Diversos estudios, por ejemplo el Programa de Satisfactores Cotidianos, basados en la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales reportan resultados favorables en la disminución del comportamiento adictivo.

El comportamiento adictivo se explica desde esta perspectiva como una conducta aprendida mal adaptativa (Barragán, 2005).

No obstante, el individuo al asumir su responsabilidad y compromiso hacia el cambio puede modificar esta conducta, al aprender otras conductas de no consumo que favorezcan su adaptación al ambiente y la obtención de consecuencias positivas en su vida cotidiana (Barragán, 2005).

Uno de los modelos desarrollados para intervenir en la conducta de consumo dependiente es el Community Reinforcement Approach (CRA), desarrollado por Hunt y Azrin en 1973. El objetivo de ese programa es que los usuarios lleguen a la abstinencia del alcohol al organizar su vida cotidiana mediante el acceso de otros reforzadores alternativos que compitieran con el consumo.

El CRA ha sido considerado como un tratamiento altamente efectivo para individuos con dependencia en su consumo de sustancias adictivas, a partir de sus resultados para modificar el patrón de consumo (Barragán, 2005).

El Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) es la adaptación del (CRA) a población mexicana, este tratamiento ha sido desarrollado dentro del marco conceptual del análisis conductual aplicado. Inicialmente, el programa busca reestablecer y mejorar la calidad de los reforzadores recreativos, sociales, familiares y vocacionales que rodean a los usuarios. La meta consiste en que los reforzadores sean operacionales y de alta calidad cuando el usuario se encuentre sobrio o abstinentes de drogas, además de ser retirados o no estar disponibles si es que el individuo consume.

De manera general el PSC tiene como objetivo hacer que un estilo de vida sin alcohol o drogas sea más probable que el de uno con alcohol o drogas como eje primordial, por lo tanto, el programa consiste en doce componentes, que giran en torno a identificar, establecer y alcanzar metas que el usuario se proponga. Más que forzar al usuario a aceptar su problema de alcohol y drogas, el programa se enfoca en los problemas percibidos por la evaluación. En la mayoría de los casos, al no desarrollar las habilidades necesarias y lidiar con estos problemas, el usuario recurría inevitablemente al uso de sustancias por lo que se espera que ahora decida enfrentar este problema favoreciendo su aprendizaje y la aplicación de nuevos hábitos.

El componente en el que se va a indagar por motivos de la investigación es el de prevención de recaídas que consiste en entrenar al usuario en reconocer los signos que indiquen posibles recaídas y a desarrollar estrategias apropiadas de enfrentamiento.

La propuesta en esta investigación es que al finalizar el tratamiento con el programa de satisfactores cotidianos se continúe trabajando de manera puntual con el usuario de sustancias adictivas un manual de prevención de recaídas, en el cual se abordara de forma didáctica el desarrollo del proceso de recaída, la reestructuración cognitiva-humorística implementada por Martínez, 2005 como una técnica que favorece la reestructuración de pensamiento de manera eficaz, el descubrimiento de las situaciones de riesgo personal y global, etc. Y así poder consolidar el compromiso de cambio que el sujeto adquirió a través de una fuerte decisión por su propia integridad y la de los suyos.

Por lo tanto a lo largo de los siguientes capítulos se lograra ofrecer una detallada y estudiada relación de situaciones que ponen en riesgo la abstinencia y la vida de los usuarios dependientes de alcohol y drogas, desarrollando los argumentos y la propuesta mencionada que ahora disponemos, con la intención de ofrecer un camino claro y coherente ante los fenómenos que presenta esta problemática y así contribuir al intenso estudio de esta rama.

1. ADICCIÓN UNA PROBLEMATICA BIO-PSICO-SOCIAL.

Adicción es una condición en la cual una persona desarrolla dependencia bio-psico-social de cualquier sustancia que altera su conducta. Una adicción causa que la persona use la droga para una gratificación a corto plazo. Pero hay precio que pagar. La adicción genera sufrimiento, e incomodidad a largo plazo. Una adicción es acompañada por obsesión, compulsión y pérdida de control (Gorsky, 1992).

Cuando la persona que presenta adicción y no esta consumiendo, piensa en usar sustancia, planea y busca la forma de consumir otra vez. A pesar de las consecuencias dolorosas a largo plazo. El adicto usa las drogas para aliviar el malestar creado por el uso de la droga. Así el uso continuo de drogas conduce a seguir consumiéndolas. Esto es la adicción (Gorsky, 1992).

El uso de una sustancia que altera el comportamiento es una opción. La adicción es una condición que roba a la persona la elección y determina la frecuencia, cantidad y la naturaleza de uso. Toda adicción comienza con el uso pero no todo uso lleva adicción.

La investigación de Leiber y Schukite (citados en Gorsky, 1992) y otros indican que algunas personas nacen con más labilidad a la adicción que otras.

Gorsky (op cit.) menciona que la adicción es una problemática que afecta todas las áreas de la vida de la persona. Por esta razón llamamos a la adicción una problemática bio-psico-social. Bio significa biológico o del cuerpo. Psico significa psicológico o de la mente. Social se refiere a las relaciones entre las personas.

Las personas con predisposición genética a la adicción no están determinadas a desarrollar dependencia, sin embargo; están en alto riesgo por la forma en que sus cuerpos responden ante las sustancias.

En algunas personas una pequeña cantidad de uso de alcohol o drogas en corto periodo de tiempo va a disparar la adicción. Otras personas deben consumir

intensamente alcohol y drogas por un largo periodo de tiempo para que se desarrolle la conducta adictiva.

Las personas comienzan el uso de alcohol y drogas por razones psico-sociales. Beben porque los hace sentirse bien (razón psicológica), porque otras personas lo hacen, porque les ayuda a pertenecer, o porque están presionados para hacerlo (razones sociales).

Las personas se vuelven adictas por razones físicas. Desarrollan tolerancia, requiere de más cantidad de la droga para producir el mismo efecto. Las células del cuerpo se adaptan a altos niveles de droga y empiezan a funcionar normalmente cuando ésta presente. Esto lleva a la dependencia.

Gorsky (op cit.) menciona que el cuerpo empieza a necesitar de la droga; la abstinencia de la droga provoca supresión física causando incomodidad.

Entre más personas usen las drogas para sentirse bien, menos aprenderán formas más eficientes de experimentar y de enfrentarse a los sentimientos, situaciones y personas. No aprenden o se les olvida utilizar otros métodos para enfrentarse. Su dependencia se ha vuelto psico-social y física. Todas las áreas de la vida se ven afectadas.

1.1 SUPRESION

El malestar que se desarrolla cuando una persona adicta deja de usar alcohol y drogas se le llama supresión. La supresión es bio-psico-social. Parte del dolor es creado por el dolor físico y por la necesidad del cuerpo de la sustancia adictiva. Parte del dolor es creado por la reacción psicológica de perder el método principal de enfrentarse a la vida el uso de drogas adictivas. Parte del dolor es social, causado por la separación de un estilo de vida centrado en la adicción.

La supresión física se desarrolla en dos fases. La primera es conocida como la supresión aguda y tiene una duración de tres a diez días. Durante algún tiempo las personas creían que el dolor y la supresión duraban varios días. Sin embargo,

investigaciones recientes indican que la supresión es largo plazo y puede durar por meses o aun por años en la sobriedad.

Esta supresión a largo plazo, se llama Supresión Post Aguda (SPA) (Gorsky, op cit.).

1.2 PROGRESION

- Nivel Primario: incremento de la tolerancia y dependencia.
- Nivel Medio: perdida progresiva del control.
- Nivel Crónico: deterioro de la salud bio-psico-social

Gorsky (op cit.) indica que un adicto va a desarrollar una serie predecible de síntomas basados en el uso de alcohol y drogas. Estos síntomas progresan a través de tres niveles.

En el nivel primario es muy difícil distinguir el uso adictivo del no adictivo porque hay muy pocos síntomas visibles. Sin embargo, el cuerpo esta cambiando y se esta adaptando a la ingestión regular de la droga. El síntoma principal de este nivel es el incremento en la tolerancia. Esto significa que la persona que se esta volviendo adicta puede por lo general usar más y más cantidades sin intoxicarse o sufrir de consecuencias dolorosas. Es difícil para estas personas reconocer que tienen problemas porque aparentemente pueden “controlar su consumo” Mientras la mayoría de los problemas de salud crean deterioro inmediato en el funcionamiento, este problema aparece en nivel primario como un beneficio, le permite a la persona afectada disfrutar la euforia del uso de drogas sin pagar ninguna pena. Mientras tanto, la dependencia física y psicológica aunque esta escondida, esta creciendo así que no hay ahora solamente un deseo de usar sino necesidad de usar.

El incremento de las cantidades daña el hígado y altera la química del cerebro, y eventualmente la tolerancia empieza a decrecer.

El nivel medio, entonces, está marcado por una pérdida progresiva del control y aparentemente no se generan problemas.

El no usar comienza a crear malestar. Se usa la droga para aliviar el dolor creado por no usarla.

Tanto la familia como los amigos empiezan a notar los problemas: trabajo, salud, matrimonio, problemas legales. Están listos para creer sin embargo, la persona está comportándose simplemente de una forma irresponsable. No están concientes de que la persona adicta no esta reconociendo su comportamiento como un problema. La persona no puede, a través de su poder interior, elegir o el usar responsablemente. La única alternativa ante los problemas frecuentes es el tratamiento.

El nivel crónico de la adicción está marcado por deterioro físico, psicológico, conductual, social y espiritual. El cerebro, el hígado, el corazón y el sistema digestivo son los más comúnmente dañados. Los cambios en el estado de ánimo son comunes en tanto la persona usa la droga para sentirse mejor pero es incapaz de mantenerse con buenos sentimientos. Así como la vida se vuelve cada vez más centrada en las drogas, hay menos y menos control sobre el comportamiento. Las actividades que interfieren con el uso son eliminadas. Prepararse para usar y recuperarse del uso se vuelven las actividades de la vida de la persona adicta. *“Consumen para vivir y viven para consumir”*. Mientras están sobrios, estructuran sus vidas para proteger su uso. Rompen promesas, se olvidan de sus compromisos, mienten para poder usar. El aislamiento es común. Los amigos y conocidos se separan porque el comportamiento se vuelve ofensivo o penoso. La vida es consumida por la necesidad de usar. El estilo de vida se centra en la búsqueda de droga.

LAS BASES DE LA NEGACION

- Nivel Primario: pocos problemas observables.
- Nivel Medio: problemas no asociados con el uso adictivo.
- Nivel Crónico: demasiado afectado para pensar racionalmente.

1.3 CICLO ADICTIVO

Lo que se ha descrito es un ciclo de adicción que lleva al adicto a una trampa mortal. Veamos más de cerca este ciclo reportado en Gorsky (op cit.) y lo que puede suceder si se queda atrapado en el.

1. Gratificación a corto plazo
2. Sufrimiento a largo plazo
3. Pensamiento adictivo
4. Incremento de la tolerancia
5. Pérdida de control
6. Daño bio-psico-social

1. Gratificación a corto plazo: El sentimiento momentáneo es demasiado glamoroso. Hay una fuerte ganancia a corto plazo que hace pensar que la droga o el comportamiento es bueno para quien consume.
2. Sufrimiento a largo plazo y disfunción: La gratificación a largo plazo es eventualmente seguida por el sufrimiento a largo plazo. Este sufrimiento, parte de la supresión física, y también de la inhabilidad para enfrentarse psico-socialmente sin las drogas. Esta es la consecuencia directa del uso adictivo de drogas.
3. Pensamiento adictivo: El sufrimiento a largo plazo y la disfunción provocan el pensamiento adictivo, el cual empieza con la obsesión y la compulsión. La obsesión es el pensamiento continuo de los efectos positivos de usar alcohol y drogas. Compulsión es una urgencia irracional de usar la droga para obtener los efectos positivos aun cuando se sabe que va a dar dolor a largo plazo. Esto lleva a la negación y a la racionalización para permitir el uso continuo. Negación en este caso es la inhabilidad de reconocer que hay un problema. Racionalización es culpar a otras situaciones y personas de los problemas más que al uso de las droga.
4. Incremento de la tolerancia: Sin que la persona que consume drogas se percate de lo que esta sucediendo, se requiere más y más de la droga para producir el mismo efecto.

5. Pérdida del control: La obsesión y la compulsión se vuelven tan fuertes que no se puede pensar en alguna otra cosa. Los sentimientos y las emociones se vuelven distorsionadas por la compulsión. La persona se vuelve tensa, incómoda e intolerante hasta que finalmente la urgencia por la droga es tan fuerte que es irresistible. Una vez que se vuelven a usar las drogas o los comportamientos adictivos otra vez, el ciclo comienza de nuevo.
6. Daño bio-psico-social: Eventualmente hay daño en la salud del cuerpo (salud física), mental (salud psicológica), y relaciones interpersonales (salud social). Así como empeoran el dolor y el estrés, la compulsión de usar las drogas o los comportamientos adictivos para aliviar el dolor se incrementan. Se necesita el uso adictivo para sentirse bien. Cuando se usa adictivamente el daño es físico, psicológico y social. Estos daños incrementan el dolor, el cual incrementa la necesidad por el uso adictivo.

Una vez que se ha desarrollado lo correspondiente a la problemática de la adicción y su proceder, se considera que en el siguiente capítulo será necesario dar a conocer la clasificación y conceptualización de las sustancias psicoactivas que nos lleven a identificar criterios de legalidad, ilegalidad, efectos y daños así como también una breve semblanza histórica de su consumo en la población mexicana.

2. DROGAS LEGALES E ILEGALES: CLASIFICACIÓN, DAÑOS Y EFECTOS.

Droga (o fármaco) es toda sustancia o compuesto de sustancias, diferentes a las que son necesarias para mantener la vida y la salud, que al introducirse en un organismo vivo provoca un cambio en su funcionamiento (Organización Mundial de la Salud citado en Velasco y Velasco, 2003).

Las drogas existen y se han utilizado desde los tiempos más remotos, pero la motivación y la forma de su uso se han modificado, así como el número de quienes pasan del simple consumo ocasional a la verdadera adicción, “esa forma moderna de esclavitud” Octavio Paz (citado en Velasco y Velasco, 2003)

En México la gama de sustancias adictivas es extensa, las encontramos como sustancias legales, ilegales, naturales, sintéticas, semisintéticas, caras, baratas, sociales, rituales, industriales y sobre todo al alcance de toda la sociedad incluyendo los niños.

La Encuesta Nacional de Adicciones (2002) declara que el abuso del alcohol es un grave problema de salud pública en nuestro país. Hay un 9% de usuarios dependientes al alcohol en México la facilidad para adquirirlo tiene bastante responsabilidad porque es legal así como el tabaco, su amplia aceptación e intensa publicidad y promoción en nuestra sociedad han hecho de las bebidas alcohólicas y el tabaco las drogas de más consumo y abuso. Hay otras drogas como los fármacos diseñados por distintos laboratorios para la resolución de cuadros clínicos médicos, pero que lamentablemente consumidos en abuso provocan cambios en la percepción, conducta y/o pensamiento impredecibles en el consumidor, que pueden ser adquiridas por medio de recetas medicas o en el mercado negro callejero.

Las de uso industrial (acetona, gasolina, aerosoles, thinner, aguarrás) estas fueron diseñadas para la aplicación en la industria, hogar y el comercio motivo por el cual es sencilla la distribución y adquisición, sin necesidad de receta y al ser legales no son necesarios canales de distribución sofisticados de comercialización, por lo tanto estas como las anteriores nos ejemplifican los parámetros de legalidad e ilegalidad sin mencionar las drogas sintéticas (cristal, ice, éxtasis o tacha) y semisintéticas (demerol, nubain, temgesic, fentanest, tradol, cocaína y crack) que se trafican ilegalmente por distintos lugares de nuestro país y del mundo entero.

A continuación se presentara una clasificación de sustancias adictivas detallada y puntual que dejara en claro sus efectos, daños y mitos.

2. DEPRESORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, EFECTOS Y DAÑOS

A. Alcohol etílico en todas sus modalidades (Ron, Brandy, Whisky, Vodka, Cerveza, Aguardiente, Pulque, Vinos espumosos etc.)

Alcohol Etílico: es el problema número uno entre la juventud, la facilidad para adquirirla porque es legal su amplia aceptación e intensa promoción en nuestra sociedad, han hecho de las bebidas alcohólicas la droga de mayor consumo y abuso.

Beber tiene serios efectos en el organismo, el beber en exceso produce tolerancia y acostumbra al sujeto al toxico, altera el juicio, vista, coordinación, habla y a menudo conduce a un comportamiento peligrosamente audaz (Escotado, 1990).

Los accidentes en las vías de alta velocidad relacionados con el alcohol son la causa principal de muerte entre los jóvenes.

Los datos más relevantes reportados en Ayala y Echeverría (2001) mencionan que en México, cerca del 65% de la población urbana entre 18 y 65 años de edad consume bebidas alcohólicas, superando ampliamente el consumo de tabaco y de drogas.

El consumo excesivo de alcohol a temprana edad esta asociado a una dependencia posterior de esta droga y problemas de salud. Provoca complicaciones médicas siendo las más frecuentes de tipo digestivo, neurológico, psiquiátrico y nutricional. Nuestros servicios de salud constantemente atienden a jóvenes que aunque no han desarrollado probablemente alcoholismo, su abuso les provoca problemas de salud (Encuesta Nacional de Adicciones, 2002).

B. Fármacos depresores (Sedantes, Ansiolíticos, Hipnóticos).

Guisa, Díaz, Sánchez y Souza (1998) mencionan que estos medicamentos psicoactivos de uso medico, fueron diseñados por diferentes laboratorios para resolución de cuadros clínicos médicos, pero que lamentablemente consumidos en abuso provocan cambios en la percepción, conducta y/o en el pensamiento que pueden provocar alteraciones físicas, psíquicas, tolerancia, toxicidad y actos

impredicibles en el consumidor. Así que se convierten en drogas que pueden ser adquiridas por medio de recetas médicas o en el mercado negro callejero, muchas personas actualmente los consumen bajo tres patrones de uso:

- ✓ Uso ocasional o ritual (fiestas, o para dormir y relajarse).
- ✓ En episodios de gran intoxicación.
- ✓ Uso diario y compulsivo.

Guisa, Díaz, Sánchez, y Souza (1998) mencionan que los nombres y marcas de estos fármacos son numerosos, los signos y síntomas de su consumo en abuso sin indicación médica son:

- ✓ Somnolencia.
- ✓ Disminución de la ansiedad.
- ✓ Relajación hasta la lentitud.
- ✓ Pereza mental.
- ✓ Dificultad para la elaboración del pensamiento.
- ✓ Alteración de la comprensión y la memoria reciente.
- ✓ Disminución en la capacidad de atención.
- ✓ Labilidad emocional.
- ✓ Exageración en los rasgos básicos de la personalidad (irritable, agresiva, hostil).
- ✓ Descuido de hábitos personales.
- ✓ Visión doble.
- ✓ Estrabismo.
- ✓ Dismetria (primero toca las cosas escalones etc.)
- ✓ Boca seca.
- ✓ Trastorno del gusto.
- ✓ Disminución de reflejos.
- ✓ Vértigo.
- ✓ Marcha atáxica (tambaleándose).
- ✓ Disminución de la frecuencia cardíaca.
- ✓ Disminución de la presión arterial.

Como vemos estos medicamentos mal empleados se convierten en drogas con todo un cuadro clínico de trastornos severos y con riesgos de desarrollar una adicción. El peligro de abuso de estos fármacos nos lleva al siguiente proceso:

USO (recreativo, social, médico) → desarrolla tolerancia → **ABUSO** → posibilidad de accidentes, aumenta la ansiedad, comienza el cuadro clínico con signos → dependencia física → mal uso, mayores problemas, insomnio dependencia psicológica se pierde el efecto “agradable” y necesita más.

2.2 ESTIMULANTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

A. Anfetaminas.

Medicamentos de uso médico restringido, de tipo neurotóxico y que en un momento dado tienden a ser ilegales (García, 1990). Su uso médico es para cuadros de catalepsia y déficit de atención.

B. Anorexígenos.

Son drogas populares entre jovencitas que quieren tener buena figura y desarrollan trastornos alimentarios apoyados por fármacos estimulantes.

García (op cit.) menciona que estos fármacos que se utilizan con control medico para disminuir el apetito y el control de la obesidad, pero con un gran potencial adictivo y en abuso se convierten en drogas (actúan en el hipotálamo).

C. Metilfenidato (Ritalin).

Droga farmacológica utilizada por pediatras y paidopsiquiatras en niños con hiperquinesia y déficit de atención, pero también con un gran potencial adictivo Guisa et al. (op. cit.).

Guisa et al. (op. cit.) mencionan que el cuadro clínico en consumo y abuso de estas drogas farmacológicas es:

- ✓ Anorexia (falta de apetito).
- ✓ Temblor.
- ✓ Ansiedad, inquietud.
- ✓ Insomnio (estado de alerta exagerado).
- ✓ Irritabilidad
- ✓ Agresividad
- ✓ Ideación paranoide.

Cuando el cuadro es crónico y probablemente ya se desarrollo una adicción:

- ✓ Disminución de peso en forma exagerada patológica.
- ✓ Conductas perseverantes y compulsivas.
- ✓ Síndrome “coreico” (no pueden coordinar movimiento)
- ✓ Alucinaciones (auditivas y visuales)

Este tipo de drogas al suprimirlas producen síndrome de supresión, caracterizado por:

- ✓ Hipersomnia (duermen mucho).
- ✓ Fatiga.
- ✓ Hambre compulsiva.
- ✓ Estados depresivos.
- ✓ Asténicos (sin fuerza).

D. Cocaína.

Velasco y Velasco (2003) mencionan que la cocaína es una droga popular callejera que esta de moda en nuestro país en diferentes modalidades:

Clorhidrato de cocaína (polvo blanco) generalmente diluido con xilocaina, procaína o manitol (cortes) que se inhala o inyecta por vía intravenosa y la base de cocaína (piedra), droga purificada a la que se le retiran los diluyentes, se fuma es altamente adictiva, y esta droga tiene resultados devastadores, el aumento de su consumo a nivel nacional ya es alarmante.

Los efectos del consumo de cocaína son:

- ✓ Aumento de la presión arterial.
- ✓ Respiración irregular.
- ✓ Midriasis (pupila dilatada).
- ✓ Anorexia (sin apetito).
- ✓ Deshidratación.
- ✓ Náuseas/vómitos.
- ✓ Reflejos aumentados.
- ✓ Trastornos del sueño (insomnio).

Todo esto puede ocasionar problemas de salud severos.

Los efectos subjetivos son:

- ✓ Alivio de fatiga física y mental.
- ✓ Mayor energía.
- ✓ Mayor sociabilidad.
- ✓ Aspiraciones de iniciativa y realización.
- ✓ Aumento en la velocidad de tareas sencillas pero disminución en la elaboración de tareas complicadas.
- ✓ Excitación física.
- ✓ Excitación sexual.
- ✓ Hipervigilancia.
- ✓ Pensamiento paranoide.

Por estos efectos subjetivos el usuario pagara altos precios a la salud física y mental en sus relaciones personales, familiares así como en su calidad académica y laboral. Si el individuo continua consumiendo el cuadro se vuelve crónico y es más severo en relación a la edad de comienzo del consumo.

El cuadro que se presenta reportado en Velasco y Velasco (2003) es:

- ✓ Excitación excesiva.
- ✓ Verborrea.

- ✓ Irritabilidad sin causa.
- ✓ Trastornos sexuales (impotencia en jóvenes).
- ✓ Ansiedad extrema.
- ✓ Insomnio.
- ✓ Confusión mental y emocional.
- ✓ Sensación excesiva de poder (megalomanía).
- ✓ Conducta antisocial.
- ✓ Trastornos de memoria.
- ✓ Paranoia.
- ✓ Alucinaciones.
- ✓ Temblores.
- ✓ Acroparestesis (adormecimiento a nivel tacto).
- ✓ Necrosis del septum nasal (perforación del tabique nasal, y en ocasiones del paladar).
- ✓ Pérdida de peso.
- ✓ Rinorrea (catarro constante).
- ✓ Epistaxis (sangrado nasal sin causa traumática).
- ✓ Síntomas de esquizofrenia.
- ✓ Colapso existencial.
- ✓ Riesgo de muerte por sobredosis.
- ✓ Ideas paranoides o de suicidio.
- ✓ Otros de los riesgos del uso y abuso de la cocaína es que el usuario puede hacer uso de otras sustancias psicoactivas de efecto contrario para mitigar los síntomas del estimulante, y se puede crear una dependencia múltiple.

2.3 SUSTANCIAS ALUCINOGENAS

Alucinación: Alude a la falsificación sensorial y perceptiva. Guisa et al. (op. cit.).

Velasco y Velasco (2003) indican que todos los alucinógenos presentan la siguiente triada:

- Trastornos de percepción.
- Despersonalización.

➤ Confusión.

Por la situación geográfica de México tenemos una gran cantidad de sustancias alucinógenas: cactus, hongos, semillas, plantas etc. Y también existen alucinógenos sintéticos que se distribuyen y venden a nivel callejero. Los alucinógenos en general tienen baja capacidad adictiva, la búsqueda de su consumo no es por el poder adictivo, sino por el efecto que este provoca. Estas sustancias producen tolerancia leve y es necesario informar y prevenir ya que su consumo solo o combinado, puede provocar serios daños en el sistema nervioso central. Velasco y Velasco (op cit.) reportan el siguiente listado, efectos y daños de los alucinógenos.

- A. LSD: alucinógeno semisintético que se obtiene del hongo del cornezuelo del centeno.
- B. MEZCALINA: amina que es el principio activo del peyote (cactus) que se encuentra en el norte de México.
- C. PSILOCIBINA: principio activo de los hongos alucinógenos que se localizan en varios estados del país.
- D. PCP "POLVO DE ANGEL": la mencionamos en el espacio de drogas de diseño.
- E. NITRATO DE AMILO (POPERS): sustancia médica que se utiliza como anestésico.

Efectos físicos.

- ✓ Sensación de entumecimiento.
- ✓ Náuseas o diarrea.
- ✓ Anorexia.
- ✓ Hormigueo en manos y pies.
- ✓ Escalofríos.
- ✓ Dilatación pupilar.
- ✓ Taquicardia e hipertensión.
- ✓ Disminución de la concentración.
- ✓ Confusión.
- ✓ Disminución de la capacidad intelectual.
- ✓ Llanto o risa excesiva.

- ✓ Ilusiones visuales.
- ✓ Sinestesia (escucha lo que ve y ve lo escucha).
- ✓ Realce de la percepción.
- ✓ Pérdida de la concepción del tiempo.
- ✓ Pérdida del contacto con la realidad.
- ✓ Se refiere con mayor espiritualidad.
- ✓ En abuso puede desarrollar cuadros psicóticos con pérdida de la realidad.
- ✓ Regresiones o flashbacks tiempo después de haber consumido.
- ✓ Datos de tipo esquizoide de tipo irreversible.

2.4 DROGAS DE DISEÑO

Las drogas de diseño constituyen un grupo heterogéneo de sustancias que pertenecen a diferentes grupos de drogas primarias, lamentablemente constantemente aparecen nuevas, más fácil su producción y costo menor. Guisa, Díaz, Sánchez y Souza (1998) mencionan la siguiente clasificación, características, daños y alteraciones de estas sustancias:

- ✓ Ser sintéticas.
- ✓ Elaboradas clandestinamente.
- ✓ Diseñadas para cambiar el estado de ánimo del usuario.
- ✓ Sintetizadas a partir de sustancias ya conocidas con introducción de algunos modificadores en su fórmula molecular.
- ✓ Constituyen mezclas de sustancias.
- ✓ No tienen uso médico o terapéutico.

Clasificación:

A. Análogos de la mezcalina.

1. Metanfetamina (cristal, ice, speed).
2. MDMA metildioximetanfetamina (éxtasis, tacha).

B. Opiodes sintéticos.

1. derivados del fentanil (china white).

2. aril – hexil – aminos (PCP) “polvo de angel”

- ✓ DOM Dimetildioxianfetamina (serenidad) se consume vía oral, produce estimulación en la sensopercepción, ataques de pánico y psicosis toxica en altas dosis.
- ✓ MDA metildioximetanfetamina “píldora del amor” producto sintético de gran manipulación química y produce:

- Euforia.
- Aumenta sociabilidad.
- Experiencias psicodélicas.
- Aumenta el contacto físico cuando el usuario abusa.
- Hiperactividad.
- Psialorrea (excesiva salivación).
- Rigidez.
- Posibilidad de convulsiones.
- Tendencias místicas.
- Pérdida del sentido (posibilidad de ser abusados sexualmente).
- Pérdida de la realidad.
- Ataques de pánico.
- Psicosis recurrente.
- Cambios permanentes de personalidad.

- ✓ MDMA metildioximetanfetamina (éxtasis, tachas, xtc, adán). Droga de diseño peligrosa que se está popularizando en nuestro país; adictiva, neurotóxica, y consume vía oral.

En dosis baja produce:

- Ilusiones visuales.
- Bienestar que luego cambia a malestar.

- Euforia exagerada.
- Hipersensibilidad al tacto.

Si continúa el consumo:

- Confusión.
- Depresión.
- Ansiedad.
- Somnolencia.
- Dolor muscular.
- Sed excesiva.
- Dificultad para pensar.
- Alucinaciones visuales.
- Paranoia.

✓ Opioides sintéticos, derivados del fentanil (china white).

Es un poderoso anestésico generalmente narcótico producido en E.U.A. pero que también se usa en nuestro país, produce:

- Euforia.
- Sensación de bienestar.
- Eliminación de dolor.
- Somnolencia.
- Disminución de la respiración con riesgo de coma.
- Cambios subjetivos de la imagen corporal (sienten que crecen las manos o nariz).
- Sentimientos dissociativos (soy no soy, estoy no estoy).
- Alucinaciones (olfatorias, auditivas, visuales).
- Mirada pérdida.
- En exceso convulsiones.
- Depresión respiratoria y muerte.

✓ Aril – Hexil – amina (PCP) “polvo de ángel” esta sustancia produce:

- Delirio hiperactividad.
- Anorexia.
- Agitación (agresión).
- Insomnio.
- Paranoia.

En abuso:

- Cuadro psicótico.

2.5 SUSTANCIAS CANNABINOIDES

La marihuana es una combinación de hojas, tallos, semillas y flores secas desmenuzadas de la planta canabis sativa, y puede ser color verde, café o gris, la sustancia activa de la marihuana es THC delta 9 tetrahydrocannabinol.

- A. Delta 9 tetrahydrocannabinol (marihuana).
- B. Hachis.
- C. Aceite de hachis.

En México la Encuesta Nacional de Adicciones (2002) señala con claridad que es la droga de mayor uso entre los adolescentes, excluyendo el alcohol y el tabaco. Esta hierba crece en forma silvestre en todos los climas: cálido, húmedo y templado del mundo. La planta tiene más de 200 productos adictivos.

Efectos físicos reportados en Velasco y Velasco (2003) son:

- Hiperemia conjuntival (ojos rojos).
- Aumento de presión arterial.
- Broncodilatación.
- Sequedad de boca.
- Sensación de ingravidez.
- Somnolencia o euforia.
- Aumento del tiempo total de sueño.

Y provoca además:

- Despersonalización con sensación de irrealidad del propio ser.
- Memoria de corto plazo deteriorada.
- Disminución de la capacidad para realizar tareas que requieren múltiples pasos para lograr un objetivo específico.
- Desarrolla fantasía y verborrea.
- Preocupación de hechos antes ignorados.
- En ocasiones estado paranoico.
- En el sistema respiratorio produce propensión a sufrir infecciones respiratorias, sinusitis, dolor de faringe, contiene 70% más de benzopireno que un cigarro de tabaco, aunado a la respiración profunda y sostenida que se producen al fumar marihuana. Genera más daño a nivel bronquial por lo que se considera más cancerígena que el tabaco.

- En el sistema cardiovascular:
 - ✓ Aumento de la frecuencia cardíaca.
 - ✓ Aumento de la presión arterial.
 - ✓ En jóvenes susceptibles puede provocar angina de pecho o infarto.

- En el aparato reproductor:
 - ✓ Reducción en el número de espermatozoides.
 - ✓ Anormalidad de los mismos.
 - ✓ Reducción de los niveles de testosterona.
 - ✓ En las chicas alteración menstrual.
 - ✓ Supresión de la ovulación.
 - ✓ Síndrome amotivacional:

Es un conjunto de alteraciones que se presenta en el joven, que se caracteriza por la pasividad, apatía, conformismo, aislamiento, introversión, pérdida de ideales y de las ambiciones personales, indiferencia por lo que ocurre alrededor, desgano y falta de arreglo personal, así como disminución de funciones cognitivas como la

concentración, la atención, memoria, capacidad de cálculo y juicio autocrítico todo un cuadro clínico preocupante en el individuo que consume esta sustancia (Velasco y Velasco, 2003).

En síntesis la marihuana es una droga de fácil adquisición en nuestro país y a nivel mundial a bajo costo. Sigue siendo un problema de gran envergadura pues da paso a otras drogas, lo que genera que los usuarios se conviertan en personas displicentes e indiferentes ante la realidad.

2.6 SUSTANCIAS INHALABLES

(Sustancias legales industriales).

- ✓ Tolueno.
- ✓ Benceno.
- ✓ Hexanos (thinner, aguarrás).
- ✓ Alcoholes.
- ✓ Xileno.
- ✓ Acetona.
- ✓ Gasolina.
- ✓ Aerosoles.

Es un grupo de sustancias que fueron diseñadas para la aplicación en la industria, hogar y el comercio así como combustibles, motivo por el cual son de sencilla distribución y adquisición, muchas veces de bajo costo, sin necesidad de receta y al ser legales, no son necesarios canales sofisticados de distribución. Las sustancias inhalables son productos que mal empleados se convierten en drogas.

Lamentablemente en nuestro país los grupos de niños y adolescentes de clases populares son los mayores consumidores de estas sustancias.

La utilización de este tipo de sustancias con fines de intoxicación ha provocado preocupación en las autoridades, sobre todo por el compromiso social que esta significando y por la comprobación del daño orgánico que se provocan los usuarios.

Las principales sustancias inhalables utilizadas como droga reportadas en Guisa et al. (op. cit.) Son:

- A. Tolueno: líquido volátil e inflamable utilizado como solvente en pinturas, barnices, lacas, gomas y resinas. Provoca depresión del sistema nervioso dependiendo de la intoxicación y duración y puede llevar a la narcosis, disminución de la actividad psicomotriz con fatiga y pérdida de la conciencia y a mediano y largo plazo disfunción cerebral.
- B. Benceno: líquido inflamable que se utiliza para la elaboración de ceras, resinas, plásticos, lacas, pinturas. Posee un olor agradable para muchas personas y es uno de los compuestos tóxicos más utilizados. En los efectos que provoca excitación, mareo, fatiga, vértigo, disnea (respiración rápida y superficial) y pérdida de equilibrio. En la cronicidad puede provocar alteraciones cardiacas e incluso la muerte.
- C. Hexanos: hidrocarburos son utilizados como solventes y como componentes en el keroseno y el thinner. Inicialmente producen mareo y confusión, y pueden llevar a la pérdida de la conciencia. Si se les inhala en concentraciones altas pueden llevar a la depresión respiratoria.
- D. Alcoholes: en forma inhalada son tóxicos, se sintetizan de madera y grano, no son de fácil eliminación pulmonar.
- E. Xileno: se elabora a partir del alquitrán del petróleo o del carbón, se utiliza como componente en lacas, barnices, tinturas, cemento, líquidos de limpieza, resinas y aceites. Produce gran irritación en ojos, nariz y faringe, a nivel pulmonar edema y hemorragia en común su intoxicación voluntaria, por descuido o negligencia laboral.
- F. Acetona: solvente que se usa para elaborar resinas, lacas y pinturas es volátil y provoca dermatitis, mareos e irritación de membranas y mucosas, lagrimeo y salivación. Su efecto es toxico para el sistema nervioso central.
- G. Gasolina: hidrocarburo básico como combustible, pero también se utiliza como solvente. Su inhalación produce irritación de las mucosas y narcosis. Su abuso produce degeneración neuronal motora con trastornos musculares, y también provoca trastornos crónicos en el sistema de la formación de la sangre aumentando el riesgo de la leucemia. La gasolina con plomo inhalada como droga puede provocar trastornos permanentes en el cerebro.

H. Aerosoles: existe una gran diversidad de sus componentes, que son elaborados para múltiples fines, y sus manifestaciones orgánicas incluyen: calambres musculares, parálisis y síntomas gastrointestinales.

En conclusión estas sustancias o drogas legales industriales son abundantes y se encuentran en este momento en la mayoría de los hogares, los niños y adolescentes son el sector más vulnerable al consumo, adentrándose en el mundo doloroso de las drogas.

2.7 DERIVADOS DEL OPIO

Se derivan de una planta (amapola) que se siembra en diferentes países, entre ellos el nuestro. Se extrae del bulbo produciendo resina de opio que se puede refinar a morfina (analgésico) y por medio de evaporación a heroína (droga muy adictiva). Los derivados del opio (amapola) son todas drogas muy adictivas.

A. Algunos derivados del opio analgénicos, narcóticos y semisintéticos reportados en Escotado (1990) se revisan en la siguiente tabla.

Tabla 1.
Tipos de sustancias adictivas derivadas del opio.

DROGA	PROCEDENCIA	POTENCIA	CARACTERÍSTICAS
Morfina	Natural	Fuerte	Poca eficacia a nivel oral, libera histamina.
Codeína	Natural	Intermedio	Eficaz para la tos
Heroína	Semisintética	Fuerte	Alto potencial de abuso
Mepiridina (demerol)	Sintética	Fuerte	Fármaco para el dolor
Metadona	Sintética	Fuerte	Oral/acción larga

En México hay diferentes fármacos analgésicos derivados de la morfina con alto potencial analgésico pero también adictivos. Como: demerol, nubain, temgesig, fentanest, tradol.

García (1990) menciona que los opiáceos producen en el sistema nervioso central:

- ✓ Desconcierto.
- ✓ Disforia (sentirse apático).

- ✓ Analgesia.
- ✓ Somnolencia.
- ✓ Alteraciones del estado de ánimo.
- ✓ Deterioro del funcionamiento físico
- ✓ Cambios de humor drástico.

En el área física García (op. cit) da las siguientes características:

- ✓ Alteración pupilar.
- ✓ Trastornos respiratorios.
- ✓ Nauseas/vomito.
- ✓ Pesadez.
- ✓ Resequedad mucosa.
- ✓ Euforia en algunos usuarios.
- ✓ Dificultad de concentración.
- ✓ Apatía.
- ✓ Disminución en actividad física.
- ✓ Letargo.
- ✓ Disminución de apetito.

2.8 NICOTINA (Tabaco)

Los riesgos y peligros del consumo de cigarrillos (nicotina y alquitrán) en los consumidores, sobre todo en jóvenes, se debe puntualizar en un programa preventivo a pesar de saber que es un sustancia legal y con muchos intereses comerciales de por medio, y que es probable que dentro de una familia haya de uno a varios fumadores.

Cuando el usuario comienza a usar nicotina empiezan a desarrollar nauseas y mareo hasta que desarrollan tolerancia y provocan que estos síntomas disminuyan o desaparezcan aumentando el consumo de la nicotina y con el tiempo desarrollar los daños a la salud que todos conocemos.

Guisa, Díaz, Sánchez y Souza (1998) mencionan los siguientes síntomas físicos:

- ✓ Aumenta la frecuencia cardiaca.
- ✓ Produce disforia (trastorno del estado de ánimo).
- ✓ Estrecha lo vasos sanguíneos.
- ✓ Irrita la garganta.
- ✓ Y deposita materia extraña en los tejidos de los pulmones

El uso prolongado o crónico produce:

- ✓ Ataques cardiacos prematuros.
- ✓ Cáncer pulmonar y de la garganta.
- ✓ Enfisema y otras enfermedades pulmonares.

Toda esta información recopilada en cuanto a la clasificación, efectos y daños de las sustancias adictivas nos llevan a tener mejor panorama del por qué la adicción es una problemática que necesita ser atendida con efectividad, pues los daños no son solo individuales sino también sociales y en algunos casos irreparables e irreversibles como lo hemos visto anteriormente.

En el siguiente capítulo veremos los diferentes modelos cognitivos-conductuales que abordan la rehabilitación conductual como una forma de tratamiento para prevenir y rehabilitar la dependencia a sustancias adictivas.

3. MODELOS COGNITIVOS CONDUCTUALES QUE HAN DEMOSTRADO SU EFECTIVIDAD EN LA ATENCION A DEPENDIENTES DE SUSTANCIAS ADICTIVAS

En este capítulo se plantean la bases teóricas que explican el comportamiento adictivo y que, a su vez, fundamentan el tratamiento cognitivo conductual para usuarios dependientes a sustancias adictivas. El objetivo es identificar y analizar el funcionamiento de los principios de comportamiento que regulan la conducta adictiva.

3.1 TEORÍA COGNITIVA

Los estudios de Klein y Anderson (citado en Oropeza, Loyola y Vázquez, 2003). indican que el término cognición se refiere al conocimiento que tienen los organismos sobre el ambiente y la persona así como sus expectativas y creencias controlan su comportamiento. En este sentido se entiende por expectativa aquella representación mental de las contingencias entre acontecimientos ambientales.

El punto de vista cognitivo supone que nuestra forma de actuar esta orientada hacia una meta y que nuestras expectativas, en formas de planes, determinan qué conducta específica realizamos para obtener una recompensa o evitar un castigo. así mismo argumenta que la conducta es flexible, interactiva y dinámica, se enfoca en los antecedentes, pensamientos y atribuciones. De esta forma, al modificar la cognición, es posible cambiar la conducta.

De acuerdo con Beck (citado en Oropeza et al. 2003) señala que la mayor parte de los problemas psicológicos y conductuales se derivan de procesos disfuncionales de pensamiento que frecuentemente preceden a las emociones, que es más primitivo que el comportamiento pero ocurren tan rápido que no los percibimos. Los errores más comunes en la construcción de pensamientos, que a su vez llevan a problemas conductuales, como el abuso de drogas, son:

- ✓ Centrarse en detalles negativos, excluyendo los aspectos positivos de cada situación.
- ✓ Poseer un pensamiento polarizado, esto es, enfocarse en los extremos de la situación.
- ✓ Generalizar excesivamente a partir de incidentes particulares.
- ✓ Suponer que se conoce lo que los demás piensan.
- ✓ Esperar desastres por el simple hecho de escuchar una situación adversa.
- ✓ Sentir responsabilidad sobre el estado de ánimo de los otros.
- ✓ Culparse de lo que sucede a nuestro alrededor.

La reestructuración cognitiva supone que el cambio de los patrones de pensamiento relacionados con el consumo, llevará a los usuarios de drogas a adoptar conductas más adaptativas. La reestructuración cognitiva se enfoca en la modificación del papel que tiene la sustancia para la persona. El cambio de conducta implica que el usuario identifique los pensamientos relacionados con su consumo y con el deseo por la sustancia. Una vez que la persona ha logrado dicha identificación, tiene más elementos para enfrentar su consumo con el apoyo de las estrategias de reestructuración que aprenda durante el tratamiento.

Otro elemento relevante para la teoría cognitiva es la atribución, entendida como la explicación que cada persona da a su comportamiento. La atribución puede ser interna (por ejemplo, cuando el usuario justifica su consumo por su propia debilidad ante la sustancia), externa (si culpa a los demás su consumo), específica (cuando cree que el consumo se debe a una situación especial), global (si la causa es más general), estable (si el usuario piensa que la causa del consumo está presente de manera permanente) o negativa (si el usuario está convencido de que no puede abandonar el consumo). Esta última es de gran importancia cuando deriva de una recaída porque significa que el usuario tiene un sentimiento de incapacidad y una actitud pesimista que aumenta la probabilidad de continuar el consumo Marlatt y Gordon (citado en Oropeza et al. 2003).

A continuación se presenta la teoría cognitiva social del consumo de drogas, que combina elementos conductuales, cognitivos y sociales.

3.2 TEORÍA COGNITIVO SOCIAL

La Teoría Cognitivo Social (TCS) toma en cuenta eventos externos en los cuales se centra el condicionamiento clásico, así como contingencias de reforzamiento relevantes para el condicionamiento operante. Sin embargo, considera que estas relaciones no son autónomas al organismo y están fuertemente reguladas por procesos interpretativos de naturaleza cognitiva. De hecho la TCS se basa en el principio de determinismo recíproco donde el ambiente, la conducta y la cognición se afectan de manera recíproca. Bandura (citado en Oropeza et al, 2003).

Para este enfoque, el comportamiento humano es principalmente aprendido. Los mismos procesos cognitivos que intervienen en la adquisición de hábitos pueden ser reemplazados para cambiarlos a través de la enseñanza de conductas más adaptativas, debido a que la conducta esta primordialmente determinada por factores ambientales y contextuales.

La teoría cognitiva social estudia las relaciones particulares donde influye la observación, la memoria, la reproducción de lo que se observa y las expectativas derivadas de la experiencia. Esta teoría ha ganado auge porque además de la experiencia toma en cuenta el contexto social en que la persona se desarrolla y la propia individualidad.

El simple hecho de observar a un modelo nos da la pauta para imitar su comportamiento. Este proceso se denomina modelamiento y es la base del aprendizaje social. En el caso de las adicciones, su éxito se atribuye a la modificación de las expectativas que tiene el usuario sobre el consumo de drogas al observar un modelo. El estatus del modelo, la interacción con el mismo o el afecto del observador por él, son factores que disponen al organismo a aprender selectivamente y que mejoran el aprendizaje vicario. Bandura (citado en Oropeza et al. 2003). Los factores que pueden afectar al modelamiento, además de las diferencias individuales, son las conductas de otras personas que siguen a la respuesta del modelo: los procesos de atención, la capacidad de retención del observador y la práctica cubierta de las respuestas de los modelos. Pear (citado en Oropeza et al. 2003)

Dos vertientes del proceso de modelamiento de la conducta adictiva son la expectativa de resultado y la autoeficacia. Mediante las expectativas de resultado, los usuarios de drogas tienden a considerar que el consumo puede ayudarles a mejorar su estado de ánimo o a enfrentar situaciones sociales desafiantes. (Abrams y Niaura, citado en Oropeza et al. 2003).

La autoeficacia del consumidor está relacionada con la capacidad o confianza percibida de realizar una determinada tarea, como rechazar de manera efectiva una invitación para consumir.

Los procesos de los que habla la teoría cognitivo y cognitivo social, guían nuestra comprensión de la forma como las personas adquieren, mantienen, reciben tratamiento y recaen en el consumo de sustancias adictivas. El usuario de sustancias adictivas que recibe tratamiento con este enfoque, se le motiva a que considere su conducta de consumo como una conducta aprendida y no como una problemática que no se puede cambiar. Para modificar el consumo, se les prepara, desarrollando habilidades de enfrentamiento y autocontrol. Las consecuencias del ejercicio de estas habilidades, a su vez, permiten el desarrollo de la propia percepción del manejo de consumo, la cual influye en el proceso de alcanzar la meta de tratamiento.

3.3 MODELO DE REFORZAMIENTO COMUNITARIO (COMMUNITY REINFORCEMENT APPROACH) PARA USUARIOS DEPENDIENTES DE SUSTANCIAS ADICTIVAS. EFICACIA EN LA INTERVENCIÓN

Este modelo de tratamiento “Community Reinforcement Approach” (CRA) se deriva del trabajo iniciado por Hunt y Azrin en 1973, Azrin en 1976 y que han continuado sus colaboradores hasta la fecha, y tiene como objetivo que el usuario logre conformar un estilo de vida de no consumo más satisfactorio que el de consumo. El CRA reporta resultados de cambio robustos en la modificación del patrón de consumo de usuarios con dependencia a sustancias por lo que se incluye en las seis primeras más recomendadas por la NIDA (Instituto Nacional de Abuso de Drogas) y el NIAAA (Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo). Allen, Litten y

Fertig (1995) (citado en Barragán, 2005) destacando con una manera eficiente de tratamiento para usuarios con problemas de dependencia a sustancias adictivas. El CRA fue comparado en diversos estudios como un tratamiento altamente efectivo a partir de sus resultados para modificar el patrón de consumo.

En la primera evaluación hecha por Hunt y Azrin (citado en Barragán 2005) se comparo el CRA con un modelo de tratamiento tradicional. En este estudio los usuarios que recibieron el tratamiento del CRA tuvieron mejores resultados que los usuarios que recibieron el tratamiento tradicional; los que se trataron con el CRA bebieron menos y con menor frecuencia, estuvieron menos días internados en alguna institución, se mantuvieron más días empleados y estuvieron mayor tiempo con la familia que los pacientes del modelo tradicional.

Azrin (1976) (citado en Barragán, 2005) trabajó en el mejoramiento del CRA agregándole procedimientos como el Disulfiram y el involucramiento del otro significativo (familiar) como monitor para la administración del Disulfiram. También se hizo una comparación entre los usuarios del CRA y un modelo tradicional; en este caso, la diferencia entre los resultados de los dos tratamientos a los seis meses se incremento favoreciendo a los usuarios del CRA; por ejemplo: los días de consumo en los usuarios del grupo del CRA disminuyeron al 2% del total de los días en comparación con 55% del total de días de los usuarios del tratamiento tradicional. Esta versión modificada también se comparo con otro modelo tradicional llamado Miennesota y resulto más efectiva implicando mejores resultados para los usuarios del CRA.

Una característica sobresaliente del CRA es que antes de confrontar al paciente con respecto a su problema con el consumo de sustancias, se enfoca en los problemas percibidos por el propio usuario. Otra de sus características es su flexibilidad en la intervención por lo que permite diseñar específicamente las estrategias y componentes para cada usuario incluyendo el favorecer un ambiente confortable y la interacción del usuario con las personas que le rodean y están dispuestas a ayudarle en su proceso de cambio a través de los diez componentes de intervención que se presentaran a continuación (Barragán, Flores, Morales, González y Martínez, 2005).

Componentes de Intervención del CRA:

1. El Análisis Funcional: En este componente el usuario identifica los antecedentes y consecuencias tanto de su conducta de consumo como las de no de consumo; aprende a anticipar precipitadores, y planear conductas de afrontamiento eficaces para lograr resolverlos y mantenerse sin consumo.
2. Muestra de No Consumo: En vez de pedir al cliente sobriedad eterna, que en ciertos casos aumenta su negativa, se le pide establecer el compromiso por un periodo negociable sin consumo, (se recomienda noventa días), en el que puede experimentar los beneficios de la abstinencia.
3. Uso del Disulfiram e Involucrar al otro Significativo: La persona significativa aprende estrategias para recordar y motivar al usuario respecto al consumo del medicamento que apoya al periodo de sobriedad. Este apoyo farmacológico debe estar supervisado por un psiquiatra especialista en adicciones y este evalúa si el paciente es candidato a dicho tratamiento y se encarga de establecer la dosis específica para el usuario. El usuario firma el formato de consentimiento del uso del disulfiram que le informa de las secuelas que puede presentar si llega a recaer en el consumo y las consecuencias aversivas e incluso poner en riesgo su vida.
4. Metas de Vida Cotidiana: El paciente identifica áreas de su vida en las que pretende obtener ciertas metas; el lograrlas requiere cambiar y tener conductas eficientes para lograr sentirse motivado y obtener mayor satisfacción cotidiana.
5. Entrenamiento en Habilidades Sociales: Incluye el desarrollo de habilidades que ayudan al usuario para mantenerse sobrio de acuerdo a sus propias necesidades de comunicación, rehusarse al consumo sin conflictuarse y alcanzar la solución de problemas derivados de la ingesta o consumo.
6. Habilidades Laborales: El usuario aprende habilidades como identificar sus intereses y capacidades laborales, el llenado de la solicitud de empleo, la elaboración del currículum, la realización de llamadas

telefónicas en las que contacte con familiares y amigos y le solicite ayuda en su búsqueda de empleo debido a que la obtención y satisfacción con el trabajo se relaciona con la prevención de recaídas.

7. Actividades Sociales Recreativas: Si no se reemplazan las diversiones asociadas al consumo con otras o igual satisfactorias, la abstinencia se convierte en un periodo de aislamiento y apatía que precipita una recaída, por lo que se entrena al cliente para buscar distintos pasatiempos y círculos sociales.
8. Consejo Marital: Se involucra a la pareja como parte importante de la rehabilitación, entrenando a ambos en habilidades de intercambio de peticiones, comunicación y reforzamiento recíproco.
9. Prevención de Recaídas: Se enseña al cliente y al otro significativo (familiar u otra persona significativa) a reconocer los signos tempranos de una posible recaída y estrategias de afrontamiento apropiadas para prevenirla como la estrategia de advertencia temprana. Se realizan análisis funcionales de las situaciones de riesgo y se maneja la recaída como parte natural del proceso de recuperación.
10. Entrenamiento al otro Significativo: consiste en enseñar a la persona significativa, habilidades de comunicación, solución de problemas, análisis funcional de la conducta de consumo del usuario, en estrategias de advertencia temprana para la prevención de recaídas en el cliente. Barragán (2005)

El objetivo de este programa es que los usuarios lleguen a la abstinencia del alcohol al organizar su vida cotidiana mediante el acceso a otros reforzadores alternativos que compitieran con el consumo. De esta manera, el individuo empieza a tener otras prioridades y metas y aprende a planear actividades cotidianas para favorecer el mantenerse dinámico en conductas alternativas de no consumo e incrementar la satisfacción cotidiana.

3.4 MODELO INTEGRAL DE SATISFACTORES COTIDIANOS

El Programa de Satisfactores Cotidianos (Barragán, 2005) es la adaptación del CRA en población mexicana. Inicialmente, el programa busca reestablecer y mejorar la calidad de los reforzadores recreativos, sociales, familiares y vocacionales que rodean a los usuarios.

De manera general, el Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) tiene como meta hacer que un estilo de vida sin alcohol o drogas sea más probable que el de uno con el alcohol o las drogas como eje primordial, ya que enseña al usuario las habilidades necesarias para crear los estilos de vida prosociales deseados (Barragán, Flores, Morales, González y Martínez 2005).

El programa contiene 12 componentes que están dirigidos a detectar, construir y adquirir objetivos o metas que el usuario se proponga. Más que obligar al usuario a que acepte su problemática de consumo, este programa está enfocado a los problemas percibidos durante la evaluación. En la mayoría de los casos al no desarrollar habilidades de afrontamiento adecuadas y resolver sus problemas, el usuario los enfrentará de manera primitiva recurriendo al consumo de sustancias, por lo que se espera que ahora enfrente sus problemas desplegando su recién adquirido aprendizaje en compañía de la aplicación de sus nuevos hábitos.

Los componentes del PSC que permiten desarrollar al usuario las habilidades de afrontamiento adecuadas son:

1. Análisis Funcional de la Conducta de Consumo y no Consumo.
2. Muestra de Abstinencia.
3. Metas de Vida Cotidiana.
4. Rehusarse al Consumo.
5. Solución de Problemas.
6. Habilidades de Comunicación.
7. Control de las Emociones (enojo, ansiedad, tristeza y celos).
8. Búsqueda de Empleo.
9. Consejo Marital.
10. Habilidades Sociales y Recreativas.
11. Prevención de Recaídas.

12. Entrenamiento de otro significativo; y la evaluación de cuatro sesiones de seguimiento una vez terminado el tratamiento.

Los anteriores componentes del programa enfatizan la variedad de habilidades específicas que el usuario puede necesitar para mantenerse sin consumo.

Es importante mencionar que los componentes no tienen un orden rígido en la impartición del tratamiento, el orden depende de las necesidades del usuario identificadas en la evaluación, del componente de Metas de Vida Cotidiana y del reporte del usuario respecto a situaciones específicas de riesgo que necesite enfrentar en ese momento. (Barragán et al. 2005).

Cabe mencionar que las adaptaciones que se le hicieron del modelo original (CRA) son tres: 1) instalación de otras habilidades de comunicación, 2) evaluación de habilidades predictoras de recaídas: auto-eficacia y precipitadores, 3) se añadieron habilidades de rehusarse al consumo de acuerdo al contexto ambiental de los usuarios mexicanos. (Barragán et al. 2005).

Una vez desarrollado este capítulo donde se aborda la teoría cognitivo conductual, sus aportes al tema de la adicción y su aplicación en el modelo PSC derivado del CRA que ha tenido efectividad en el tratamiento a dependientes de sustancias adictivas, pasaremos al siguiente capítulo donde se abordará la propuesta que sugiere que una vez que el usuario está por terminar su tratamiento con el programa de satisfactores cotidianos, inicie la elaboración de un manual de prevención de recaídas de manera mas amplia como parte de su seguimiento individual para continuar y reafirmar la efectividad del tratamiento.

4. PROPUESTA: MANUAL DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Indudablemente el programa de satisfactores cotidianos merece un gran reconocimiento porque está adaptado a la población mexicana con minuciosa precisión, abordando a través de sus componentes cada una de las áreas de dificultad en las personas con problemas de adicción. No obstante se considera importante proponer un manual de apoyo para la prevención de recaídas dirigido al usuario dependiente de sustancias adictivas, con supervisión personalizada del terapeuta o profesional especialista en adicciones para asegurar la comprensión del contenido y su procedimiento, en espacios de cuarenta y cinco minutos a una hora.

Este documento es recomendable usarlo posterior a un proceso terapéutico ya que se le dará continuidad y se encaminara al usuario hacia la satisfacción del objetivo principal de este trabajo, la abstinencia a través de los cambios verdaderos, genuinos y profundos de su conducta; motivado por un férreo conocimiento de los eventos precipitantes o predisponentes internos y externos con sus respectivas estrategias de afrontamiento y planes de acción efectivos desarrollados en breves espacios teóricos y prácticos.

4.1 INTRODUCCION

El término recaída se retoma del tratamiento de alteraciones físicas y generalmente se refiere a la recurrencia de un estado de alteración después de un periodo de remisión.

Recaída proviene del latín “relabi”, que significa “deslizarse” o “retroceder”. (Barragán, 2005).

Las recaídas suceden con frecuencia en distintos modelos de intervención y tratamientos de adicción. Ante este proceso se requiere de una exploración que permita identificar la cadena de eventos que le precedieron, para tener la oportunidad de aprender de las dificultades y errores que se presentaron, por lo que se le debe de tomar como un cambio, y oportunidad de adquirir un nuevo aprendizaje; así como también la confraternidad de Narcóticos Anónimos reporta en

su libro Texto Básico (1991) que una recaída puede ser la experiencia desagradable que origine un rigor mayor en la aplicación de su programa.

Sin embargo con esto no se quiere decir que se recomienda recaer para aprender sino tratar de no estigmatizar la experiencia que puede llevar al usuario a retomar su recuperación con mucho más rigor y conocimiento de sí mismo.

La recaída no es un hecho espontáneo, es un proceso individual, no necesariamente secuencial y aunque en esencia similar para muchas personas, hay diferencias entre los diferentes procesos. El tiempo o la secuencia de los procesos varían de una persona a otra, dependiendo de la estructuración asumida durante la recuperación, del tipo de adicción y las redes de apoyo social, es decir, según las estrategias de afrontamiento interiorizadas durante el tratamiento. (Martínez, 2006).

Por lo tanto vale la pena comentar que se habla de recaída cuando se ha dado un cambio evidente en la conducta del usuario que indicaban solidez en la conciencia de la problemática de adicción.

4.2 EL PROCESO DE LA RECAÍDA

Durante la recuperación de cualquier usuario de sustancias adictivas con problemática de adicción, inevitablemente existen cambios a los cuales tendrá que enfrentar con su nueva condición, debido a que durante un tiempo la habilidad de afrontamiento se vio sometida por el consumo a veces incesante de sustancias. Estos cambios son parte inherente de cualquier ser humano solo que una persona con problemas de adicción los vive y los resiste con mayor intensidad.

La recaída como se indicaba anteriormente no es un evento, es un proceso en ocasiones rápido en otros casos lento y en cada persona diferente aunque similar en algunos de sus precipitadores.

La vida a diario ofrece eventos y situaciones que a través de la interacción social en el contexto habitual incitan a cambios continuos. La persona en recuperación o

tratamiento de la adicción afrontará los cambios de manera inadecuada o adecuada, fortaleciendo o deteniendo el proceso de recaída.

Martínez (2006) menciona que la recaída inicia con un cambio dividido en cuatro tipos de eventualidades que a continuación se presentarán.

1. **CAMBIO:** El proceso de la recaída inicia con un cambio creado por acontecimientos vitales de tipo:
 - ✓ **Relevante positivo:** Hecho significativo como de gran importancia y beneficio con fuerte alteración emocional. (Ej. Encontrar un empleo bien remunerado, ganarse la lotería, el matrimonio...)
 - ✓ **Irrelevante positivo:** Hecho de aparente poca importancia que induce acumulaciones de sucesos satisfactorios y refuerza el endiosamiento y la sobreseguridad de la persona con problemas de adicción. (Ej. Felicitaciones constantes de familiares, amigos y conocidos...). **Ver anexo 1**
 - ✓ **Relevante negativo:** Hecho significativo como de gran importancia que afecta negativamente al sujeto. (Ej. Pérdida afectiva importante, desempleo, infidelidad...)
 - ✓ **Irrelevante negativo:** Hecho de aparente poca importancia que induce acumulaciones estresantes. (Ej. Tráfico pesado, día lluvioso, descompostura del auto...)

Los sucesos cotidianos mencionados pueden producir estrés, presentándose a través de la intolerancia, angustia, apatía, rutina, cansancio, etc. No obstante, es importante mencionar que los cambios relevantes e irrelevantes tienen que ver con la importancia atribuida a tal evento y con las estrategias eficaces de afrontamiento, pues para algunos el evento es de cero o nula trascendencia y para otros es de una verdadera importancia.

2. NEGACION: negar algo que sucedió en realidad es considerado una mentira, mientras que en la conducta adictiva la negación no es consciente ni intencional ya que el individuo cree sinceramente que lo que está diciendo es verdad. Este segundo paso del proceso de la recaída consiste en una negación de los sucesos que alteran el estado emocional producido por los eventos vitales que experimenta la persona.

La función de la negación en este caso es la de tratar de omitir el estado o sentimiento de impotencia y vulnerabilidad que pueden producir los cambios, por medio de elementos y estrategias que lleven a la evitación, y así mantenerse lejos de ver lo que esta sucediendo.

La conducta de negación se manifiesta generalmente en comportamientos como:

- ✓ Poca o ninguna comunicación del evento activador.
- ✓ Minimización y justificación del evento alterante.
- ✓ Conductas compulsivas como sobrealimentación y masturbación.
- ✓ Evasión constante (ej. Trabajo, sueño, video juegos o deporte en exceso).
- ✓ La guía para trabajar los pasos de narcóticos anónimos (2000) menciona que la negación también se manifiesta cuando se compara la manifestación actual de los problemas con el consumo de sustancias, etc.

3. ALTERACION EMOCIONAL: Esta fase se caracteriza por una variabilidad en el estado de ánimo, que se manifiesta con estados de confusión y poca identificación emocional.

Por lo tanto en ocasiones el sujeto que está en proceso de recaída puede encontrarse alterado en situaciones que para otros les parece un asunto trivial, en otras insensible cuando sabe que debería sentir algo y en otras circunstancias puede viajar de un estado de ánimo a otro sin saber por qué y experimentar un estado de confusión y poca identificación emocional.

Hasta aquí una persona con problemas o sin problemas de adicción puede enfrentar de manera adecuada o inadecuada las circunstancias que el desarrollo de su vida le pueda plantear haciendo uso de sus estrategias saludables de afrontamiento.

En el caso de la persona con problemas de adicción dependerá de la solidez con la cual aprendió nuevas estrategias de afrontamiento durante el tratamiento y así evitar recurrir a las estrategias inadecuadas y primitivas que lo puedan llevar a seguir avanzando en su proceso de recaída.

4. RETROCESO DEL COMPORTAMIENTO: Se refiere a una regresión en el comportamiento o a una readaptación de las conductas y actitudes del pasado que ya se habían trascendido, como relacionarse y tratar a las personas distinto y de manera inadecuada, en ocasiones de manera hostil, deshonesto, arrogante, egoísta, intolerante. A veces suele reproducir portes corporales, vestimenta y discurso de un adicto activo, como cuando se encontraba en consumo. Y estos comportamientos lo llevan a romper poco a poco la estabilidad y armonía interpersonal que había logrado. **(Ver anexo 1)**

5. PÉRDIDA DEL CONTROL Y DEL JUICIO: Cuando esto sucede la inestabilidad es aparente y visible para los demás pero no para la persona que está en proceso de recaída, ya que pierde la capacidad de notar que su actitud y conducta es la que genera problemas, como resultado toma malas decisiones, comete errores que no haría en un estado normal y culpa a los demás de los conflictos en su entorno. Su disciplina se ve alterada y esto induce a que se descontrolen las distintas áreas de su vida, descuidando y evitando los planes de recuperación que lo llevan inevitablemente a estados de crisis generados por sentimientos de impotencia, culpa, ira, confusión y desesperanza.

6. REDUCCIÓN DE OPCIONES: Cuando se ha perdido la disciplina, la estabilidad y la capacidad de notar dificultades, se empieza a vivir con una reducción de opciones en donde se manifiesta ya de manera abierta la toma de decisiones que lo ponen en riesgo de abstención como, la visita a sitios del pasado, el contacto con “amigos” de consumo activo, el manejo inadecuado de las situaciones de riesgo y la falta de uso de las herramientas de afrontamiento, llegan a reafirmar la reducción de opciones y la visión de túnel que ayudan a preparar la reincidencia. **(Ver anexo 1)**

Hasta aquí el proceso de recaída está casi consolidado solo hace falta que haya una preparación para tratar de adormecer los sentimientos que el nuevo consumo deriva.

7. PREPARANDO EL CONSUMO: En este punto el estado de degeneración es tan intenso porque parece que la vida se está desmoronando y el uso nuevamente de sustancias parezca mejor que otras alternativas y entonces la recaída se convierte en una situación inminente y es necesario prepararse con justificaciones irracionales

que minimicen y traten de aplacar los sentimientos de fracaso, culpa y desesperanza.

Las justificaciones se pueden presentar en forma de pensamientos y discursos como:

- ✓ Nadie se va a dar cuenta.
- ✓ Yo ya aprendí a controlarme.
- ✓ Cuando consumía no estaba tan mal ni tan deprimido.
- ✓ Un traguito no le hace daño a nadie.
- ✓ Ya pude dejarla un tiempo, así que puedo dejarla cuando yo quiera, etc.

8. RECAIDA: El consumo nuevamente es una realidad y el sentimiento de culpa y vergüenza refuerzan y hacen repetitivo el círculo vicioso (Twerski, 2002).

✚ SOLEDAD – MALA IMAGEN DE SI MISMO – CONSUMO.

En algunos casos solo se violará el compromiso de abstención y retomarán a tiempo antes de que empiecen a vivir consecuencias catastróficas y dolorosas, otros no podrán parar de consumir porque la compulsión se convierte infranqueable y volverán a la pesadilla probablemente peor que la anterior.

El siguiente cuestionario y casos donde se manifiesta el proceso de la recaída reportado en Martínez (op. cit.) con datos significativos e inequívocos, se ha implementado para evaluar y ayudar a la persona con problemas de adicción a determinar en primera instancia si se puede beneficiar de la terapia de prevención de recaídas y para que la persona a través de las preguntas y del estudio de casos aprenda a reconocer el proceso de la recaída y sus distintas afecciones ya que ha tomado una fuerte decisión por permanecer en abstinencia.

- Por favor lee el siguiente cuestionario y casos, y responde las preguntas.

1. ¿Crees que tienes problema con el alcohol o las drogas? Explica:

2. ¿Por qué dejaste el consumo de sustancias en este momento?

3. ¿Has hecho intentos sinceros por permanecer en abstinencia anteriormente?
¿Cuál fue tu experiencia?

4. ¿Por qué estas interesado en trabajar este manual?

5. ¿Cuál es la importancia de la prevención de recaídas en tu vida actual?

6. ¿Qué importancia tiene la honestidad en la prevención de recaídas?

7. ¿Qué importancia tiene la comunicación en la prevención de recaídas?

8. ¿Te preguntas con cierta regularidad “por qué precisamente a mi me toco tener problemas con las drogas”?

9. ¿Consideras que tal vez en algunos años puedas tomarte socialmente “un traguito de licor” o una dosis de droga ilegal? Explica:

10. En este momento, ¿hay algo que te cause problema y que lo hayas ocultado en tu actual proceso de recuperación?, ¿Qué?

11. Imagina la siguiente situación:

“Manuel recibe constantemente llamadas telefónicas de Mauricio (amigo de consumo activo) haciéndole invitaciones para verse y juntos ir a visitar a otros amigos con los cuales solían consumir. Manuel decide negarse a la invitación. Manuel se empieza a sentir presionado y con ganas de asistir a la invitación, sin embargo trata de enfocarse en sus múltiples actividades laborales y deja pasar la hora de asistencia a su grupo de soporte, empieza a sentirse intolerante, ansioso y desconcentrado...”

¿En qué punto del proceso de recaída se encuentra Manuel?

Explica: _____

¿Qué errores cometió o que cosas dejó de hacer Manuel?

12. Comenta cinco maneras con las que se puede negar un proceso de recaída: _____

13. Imagina la siguiente situación:

“En tu lugar de trabajo o estudios hay una chica que te llama mucho la atención, se conocen se hacen buenos amigos y la mayor parte de tu tiempo libre la pasas con ella. Con el paso del tiempo se convierte en tu novia y te encuentras tan contento porque todo marcha de maravilla y le quieres mucho, posteriormente te enteras que ella en ocasiones consume la droga que tu solías consumir y en distintas situaciones te invita a consumir con ella...”

✓ **¿Que pensamientos de riesgo te podrían conducir a un nuevo consumo en esta situación?**

a. _____

El pensamiento anterior **¿Qué te dice que deberías o tienes que hacer?**

El pensamiento adictivo te dice que debes o tienes que hacer lo anterior porque sino lo haces serias una persona:_____

Y los demás te verían como una persona:_____

b._____

El pensamiento anterior **¿Qué te dice que deberías o tienes que hacer?**

El pensamiento adictivo te dice que debes o tienes que hacer lo anterior porque sino lo haces serias una persona:_____

Y los demás te verían como una persona:_____

Si no actuaras como lo indican los pensamientos adictivos, ¿Crees que en realidad eres una persona como lo dices en el punto anterior? ¿El hecho de que los demás te vean de cierta forma implica que lo eres?

Explica:_____

4.3 REESTRUCTURACIÓN COGNITIVO-HUMORISTICA

La reestructuración cognitivo humorística es una técnica fundamental en la modificación de los pensamientos adictivos o negativos que intenten llevar al usuario nuevamente al consumo. Martínez (op cit.) indica que a través del cambio en los esquemas mentales se logra la adquisición de la herramienta principal para cobrar conciencia, la discusión y puesta a prueba de creencias que sostienen la adicción, y la capacidad de observarse y aprender a reír de si mismo con la seriedad necesaria. Los siguientes ejemplos y ejercicios retomados de Martínez (op cit.) ayudaran al usuario a modificar el pensamiento adictivo (ideas que indiquen que consumir es una buena opción) que es causa constante de la recaída, por pensamientos constructivos y positivos de gran utilidad en su propósito genuino por no abandonar la abstinencia y sus beneficios a corto y largo plazo. Esta técnica implementada por el Dr. Efrén Martínez en la comunidad terapéutica colombiana Colectivo Aquí y Ahora especialista en el tratamiento de la adicción, sin duda alguna a tenido buenos resultados a un después del proceso terapéutico ya que lleva al individuo a reaccionar de manera espontánea lo que esta pensando y ha donde puede llegar si sigue albergando ese pensamiento, por lo tanto aprenderá un nuevo habito por medio de la practica escrita y repetitiva en distintas situaciones suministrándole un toque humorístico y efectivo que aliviara la tensión en el evento y así romper con la obsesión (pensamiento rígido y repetitivo) que es característico de este pensamiento, y así alcanzar el propósito de prevenir situaciones de riesgo para la abstinencia. A lo largo de este manual se utilizara esta técnica para habilitar a la persona en su constante uso e indiscutible resultado.

- Observa los siguientes ejemplos y posteriormente intenta hacer los siguientes ejercicios.

Pensamiento Adictivo	Reestructuración cognitivo humorística
Se me antoja un tequila...	Se me antoja un tequila... pero hoy ya no debo beber, porque bebedor social no puedo ser y en la calle ya no me quiero ver.
Tengo ganas de fumar mota....	Tengo ganas de fumar mota... pero mi vida se agota, por eso mejor me aplico y vivo mi derrota.
Tengo ganas de	Tengo ganas de fumar cristal... pero siempre término fatal,

fumar cristal...	mejor me voy al gimnasio y termino con este relajo que me lleva cada vez a caer mas bajo.
------------------	---

- Retoma los pensamientos de riesgo para tu abstinencia que identificaste en los ejercicios del capítulo anterior y reestructúralos cognitivamente y humorísticamente en los siguientes espacios y continua haciendo los siguientes ejercicios.

Pensamiento Adictivo	Reestructuración cognitiva humorística
Mi problema era con el alcohol, no con otra sustancia...	
En un viaje solo puedo tomarme unos traguitos...	
Cuando consumía no estaba tan mal ni me deprimía tanto...	
Yo no soy tan adicto como lo que están aquí...	
Yo ya aprendí a controlarme...	
La marihuana es una sustancia natural...	

4.4 SITUACIONES DE ALTO RIESGO

En este capítulo y con el siguiente cuestionario el usuario identificará y conocerá cuales son las situaciones que pueden poner en riesgo su abstinencia definidas por su propia experiencia, así como también sus respectivos planes de acción inmediata que tiene que ver con las estrategias estructuradas con anticipación para implementarlas ante una situación de riesgo, por ejemplo llamar a un miembro de la red de apoyo o recordar las consecuencias de su último consumo, etc.

Martínez (op cit.) menciona que las situaciones de riesgo son las circunstancias que vive la persona en recuperación y que pueden facilitar el proceso de la recaída o la

violación de la abstinencia. Algunas situaciones de riesgo son comunes para todas las personas con problemas de adicción (encontrarse o compartir con consumidores activos, visitar sitios de consumo, etc.), otras situaciones de riesgo son personales, para algunos será perder el empleo, para otros será ganarse una fuerte suma de dinero, para otros tener confrontaciones en el lugar de trabajo o casa. Cualquier circunstancia que provoque al usuario una fuerte tentación por usar alcohol o drogas y que considere necesario para afrontar la situación, es una situación de alto riesgo (Gorsky, 1992).

- Elabora el siguiente cuestionario.
 1. Describe una situación que consideres de alto riesgo para tu abstinencia y que pueda inducirte a reiniciar el consumo:

Si dejaras que el pensamiento adictivo actuara ¿Qué te podría decir frente a esa situación?:

- a.

- b.

Reestructura los pensamientos adictivos o de riesgo que generó la situación.

PENSAMIENTO	REESTRUCTURACIÓN

¿Qué sentimientos podría generarte la situación de alto riesgo mencionada?

¿Cómo podrías manejar dichos sentimientos de una forma adecuada?:

Si esto te sucediera la semana entrante ¿Qué harías para afrontarlo de manera adecuada?

Describe por lo menos tres planes de acción inmediata:

a.

b.

c.

2. Describe una situación que consideres de alto riesgo para tu abstinencia y que pueda inducirte a reiniciar el consumo:

Si dejaras que el pensamiento adictivo actuara ¿Qué te podría decir frente a esa situación?:

- a. _____

- b. _____

Reestructura los pensamientos adictivos o de riesgo que géneró la situación.

PENSAMIENTO	REESTRUCTURACIÓN

¿Qué sentimientos podría generarte la situación de alto riesgo mencionada?

¿Cómo podrías manejar dichos sentimientos de una forma adecuada?:

Si esto te sucediera la semana entrante ¿Qué harías para afrontarlo de manera adecuada?

Describe por lo menos tres planes de acción inmediata:

- a. _____

- b. _____

c.

3. Describe una situación que consideres de alto riesgo para tu abstinencia y que pueda inducirte a reiniciar el consumo:

Si dejaras que el pensamiento adictivo actuara ¿Qué te podría decir frente a esa situación?:

a.

b.

Reestructura los pensamientos adictivos o de riesgo que genere la situación.

PENSAMIENTO	REESTRUCTURACIÓN

¿Qué sentimientos podría generarte la situación de alto riesgo mencionada?

¿Cómo podrías manejar dichos sentimientos de una forma adecuada?:

Si esto te sucediera la semana entrante ¿Qué harías para afrontarlo de manera adecuada?

Describe por lo menos tres planes de acción inmediata:

- a.

- b.

- c.

4.5 MIS PÁRAMETROS DE RECAÍDA

El libro “Funciona Como y Por Que de Narcóticos Anónimos” (1997) menciona que la humildad y la receptividad hacen al adicto educable. Para muchos usuarios de sustancias adictivas es complicado; ya que han hecho intentos por mantenerse en abstinencia sin hacer algún tipo de esfuerzo o sacrificio y eligen seguir por la vida sin cambio verdadero y muy parecido a como se conducían cuando abusaban de las sustancias solo que ahora sin consumo y regularmente no les ha funcionado.

Martínez (op cit.) menciona que lamentablemente la recuperación no es tan sencilla, algunas personas tendrán que renunciar a lo que le tienen tanto afecto para seguir viviendo. Otras intentarán comprobar por sí mismos que los parámetros de recaída (sitios del pasado, “amigos” de consumo, y acciones relacionadas con esa vida) son los principales riesgos para recaer. **(Ver anexo 1)**

Medir es limitar y limitar es prevenir, con los siguientes ejercicios reportados en Martínez (op cit.) se evaluará y analizará el reconocimiento de los parámetros trazados como riesgo para la abstinencia, así como la ruptura y sus posibles consecuencias.

1. ¿Consideras qué juntarte con personas que solías frecuentar en tu consumo activo es un parámetro de recaída?, ¿Por qué?:

2. Describe la manera como podrías relacionarte con personas o “amistades” de tu pasado consumo:

3. Describe como otras personas podrían reforzar esta conducta:

4. Realiza un listado de cinco posibles consecuencias que podrías vivir si decidieras relacionarte con personas de tu pasado de consumo:

a. _____

b. _____

c. _____

d. _____

e. _____

5. ¿Qué pensamientos de riesgo podrían aparecer con esta conducta?

Reestructúralos:

PENSAMIENTO	REESTRUCTURACIÓN

6. Realiza un listado con las personas con las que NO es recomendable que vuelvas a relacionarte:

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

6) _____

7) _____

8) _____

9) _____

10) _____

11) _____

12) _____

13) _____

14) _____

15) _____

16) _____

17) _____

18) _____

19) _____

20) _____

7. ¿Consideras que los sitios del pasado son un parámetro de recaída?, ¿Por qué?:

8. Describe la manera de como podrías llegar a visitar los sitios del pasado:

9. Enumera cinco posibles consecuencias que podrías vivir si decidieras visitar sitios del pasado que tuvieran que ver con tu consumo activo:

- a.

- b.

- c.

- d.

- e.

10. ¿Qué pensamientos adictivos podrían aparecer con esta conducta?

Reestructúralos:

PENSAMIENTOS	REESTRUCTURACIÓN

11. Realiza un listado de todos los lugares o sitios que NO son recomendables para que frecuentes:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____
- 9) _____
- 10) _____
- 11) _____
- 12) _____
- 13) _____
- 14) _____
- 15) _____
- 16) _____
- 17) _____
- 18) _____
- 19) _____
- 20) _____

12. ¿Qué conductas, actitudes, esquemas (formas de vestir, hablar, caminar) o portes del pasado te faltan por cambiar? **(Ver anexo 1)**

13. ¿Qué pensamientos de riesgo podrían aparecer con las anteriores conductas o actitudes? Reestructúralos:

PENSAMIENTO	REESTRUCTURACION

4.6 MIS RAZONES PARA CAMBIAR

En este capítulo y con los siguientes ejercicios se propone reflexionar y mantener presente cuales han sido las causas por las que se ha tomado la decisión de rehabilitarse; sin embargo se considera que no es suficiente conocer las orígenes y los problemas de los cuales se quiere liberar y que impiden desarrollarse sólidamente, sino encontrar para que quiere hacerlo. Martínez (op cit.) menciona que a veces queremos liberarnos de algo porque estamos ya cansados o porque estamos sufriendo, pero ¿para qué queremos hacerlo?, los “*porqué*” son casi claros; sin embargo, si el plan es cambiar con consistencia, es importante saber “*para qué*” quiere hacerlo. Es decir una cosa es querer cambiar “*porque*” tengo muchos problemas en mi casa y otra “*para que*” mi familia y yo seamos felices.

Por lo tanto no es suficiente tener una causa del cambio sino también es importante una intención.

✚ Por qué = causa.

✚ Para qué = intención.

En los siguientes espacios enumera 30 razones o “para qué” del cambio:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____
18. _____
19. _____
20. _____
22. _____
23. _____
24. _____
25. _____
26. _____
27. _____
28. _____
29. _____
30. _____

¿Son las razones para cambiar, lo suficientemente fuertes como para pagar el precio de la recuperación? Explica:

Enumera cinco consecuencias, fondos de sufrimiento o situaciones desagradables más dolorosas, penosas o difíciles que experimentaste en la adicción activa y que recordarlas sin victimizarte te puede ayudar en momentos de dificultad:

- a.

- b.

- c.

- d.

- e.

¿Cuáles son los pensamientos de riesgo o autoengaños que con más frecuencia te aparecen y hacen que las razones para cambiar sean poco importantes?:

Transcribe cada autoengaño, busca los motivos de cada uno y reestructura los motivos que hicieron aflorar esos pensamientos:

PENSAMIENTO	MOTIVOS	REESTRUCTURACIÓN
Nadie se va a dar cuenta...	Es necesario esconderme en este nuevo consumo, porque mi familia ya no esta de acuerdo con la idea de que consuma.	Consumir, hoy ya no es una opción y esconderme de familia es un grave error porque quien vive las consecuencias soy yo.

PENSAMIENTO	MOTIVOS	REESTRUCTURACIÓN

4.7 CONTRATO PARA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

El siguiente contrato para la prevención de recaídas retomado de Martínez (op cit.) está elaborado con la intención de que la persona con problemas de adicción adquiera y refuerce su compromiso por permanecer en abstinencia con la definición y aceptación de distintas cláusulas que se han estado refiriendo y sugiriendo en el desarrollo del manual con el fin de que el sujeto reconozca y prevenga situaciones que le lleven a vivir consecuencias negativas.

El compromiso a adquirir será testificado por personas que estén interesadas en el proceso como familiares, amigos, adictos en recuperación y su terapeuta personal, a las cuales denominaremos red de apoyo. Estas estarán enteradas de las acciones que el sujeto indique manejar en caso de que exista una recaída y ayudarle nuevamente a recuperar la abstinencia así como también brindarle la ayuda cuando lo requiera por vía telefónica y de manera personal.

Yo _____ identificado con documento de identidad # _____ de _____, en pleno uso de mis facultades y sin ningún tipo de presión acepto que:

- a. Conozco el proceso de recaída, las características de un aspirante a recaer y sus respectivas actitudes, conductas, pensamientos y sentimientos de riesgo.
- b. Dispongo y conozco de herramientas para la Prevención de Recaídas.
- c. Tengo una red de apoyo para la Prevención de Recaídas.
- d. Conozco mis parámetros de recaída.
- e. Debo asistir con la regularidad sugerida por mi programa de recuperación a los grupos de soporte.

De igual forma y por la gravedad del problema de adicción que tengo, acepto las siguientes cláusulas:

a. Necesito que mi Red de Apoyo para la Prevención de Recaídas me haga observaciones a cerca de las situaciones o características mencionadas con anterioridad y que al parecer en un momento dado he olvidado.

b. Las acciones que pueden tomar otras personas para motivarme a dejar el uso adictivo si recaigo son:

c. De esta forma, si llegase a violar mi compromiso de abstención, autorizo a mi Red de Prevención de Recaídas para que me ayude de la siguiente forma: _____

d. Si lamentablemente no me dejase ayudar por mi Red de Apoyo de Prevención de Recaídas, los autorizo para tomar las siguientes consecuencias: _____

Contactos Telefónicos

Instrucciones: Estos son los nombres y los teléfonos de cinco personas a las que puedo llamar si siento la urgencia de empezar el consumo y quienes me ayudarán a permanecer abstinerente. (Dos de ellos los puedo llamar a cualquier hora de la noche o madrugada).

1. Nombre: _____ Casa: _____

Disponibilidad: Día Tarde Noche Trabajo o cel.: _____

2. Nombre: _____ Casa: _____

Disponibilidad: Día Tarde Noche Trabajo o cel.: _____

3. Nombre: _____ Casa: _____

Disponibilidad: Día Tarde Noche Trabajo o cel.: _____

4. Nombre: _____ Casa: _____

Disponibilidad: Día Tarde Noche Trabajo o cel.: _____

5. Nombre: _____ Casa: _____

Disponibilidad: Día Tarde Noche Trabajo o cel.: _____

Dado en _____ a los _____ del
mes de _____ de _____.

Firman en constancia de lo anterior,

Consultante

Terapeuta

Red de Apoyo para la P. R.

Red de Apoyo para la P. R.

Red de Apoyo para la P. R.

Red de Apoyo para la P. R.

Red de Apoyo para la P. R

Red de Apoyo para la P. R

Cláusula Final: Para que este contrato tenga validez, es necesario entregar una copia a cada uno de los firmantes.

CONCLUSIONES

Muchas personas consideran que el salir del consumo de sustancias adictivas de forma dependiente, es sencillo y piensan que solo hace falta un poco de fuerza de voluntad, sin embargo la experiencia de varios profesionales y adictos en recuperación demuestran lo contrario ya que lamentablemente salir de esta problemática no es nada sencillo, ya que el usuario que se mantiene en abstinencia, continuo aprendizaje y crecimiento personal en ocasiones necesita sacrificar muchas actividades de las cuales son vitales y rutinarias en su consumo y forma de vida.

Hay otros usuarios que deciden simplemente dejar de consumir porque ya están cansados de sufrir, pero con el tiempo se dan cuenta que el problema no solo se soluciona dejando de drogarse sino también es importante hacer cambios genuinos en la manera de pensar y de comportarse y así poder adquirir satisfactores que llenen el vacío que ha dejado la sustancia de manera más sana, adecuada y provechosa.

Albert Einstein solía decir que hacer las mismas cosas esperando resultados diferentes es locura; se cita esta frase para ejemplificar y concluir la conducta de un adicto ya que distintas experiencias de personas con esta problemática mencionan que infinidad de veces prometieron no volver a usar drogas y con el paso de los días terminaban drogándose y haciéndose daño sin poder parar. Lo lamentable es que no se daban cuenta que incluso la gente que más les quiere también terminaba lastimada.

Ahora bien una vez que se ha sintetizado la problemática de interés, cabe mencionar que en este documento se ha hecho un minucioso estudio sobre las áreas de afección de la adicción, una clasificación de las distintas y variadas sustancias adictivas, una revisión de la teoría cognitivo conductual y su aplicación en un modelo que aborda el tratamiento de la adicción y su eficacia, y por ultimo el desarrollo de una propuesta que pueda ser complementaria y eficaz y así llevar al usuario a consolidar su compromiso de abstinencia, con la ayuda de un manual de fácil ejecución que contiene ejercicios esclarecedores y previsores de conducta con los

cuales el individuo puede ir conociendo su manera de actuar ante ciertas situaciones y así poder prevenir las consecuencias derivadas de un posible nuevo consumo.

En un par de estudios consultados sobre la prevención de recaídas en adicciones en Estados Unidos y Colombia se logro identificar que los individuos que están sometidos a un tratamiento de adicción no se percatan de ciertas instancias internas y externas que fungen como precipitadores conductuales y les llevaba eminentemente a una recaída; les llamaron señales de alerta y/o conductas y actitudes de riesgo. Estas investigaciones fueron retomadas como eje central en el desarrollo de esta propuesta, solo con una fundamental y peculiar variante, que esta dirigido a la población mexicana.

En México no existen manuales de prevención de recaídas, no por lo menos editados, esto quiere decir que la aportación es interesante y puede ser de mucha utilidad en distintas entidades o instituciones dedicadas al tratamiento de alcoholismo y de adicción así como también a los profesionales dedicados e interesados en la materia.

Cabe mencionar que los obstáculos y limitantes en el uso de la propuesta son:

- El profesional encargado de aplicar y trabajar con el manual tenga poco o nulo conocimiento de adicción, recuperación y prevención de recaídas.
- Al manejarse o resolverse de manera grupal no se preste la atención debida y personalizada a los sujetos.
- El sujeto que elabore el manual tenga poco interés y compromiso de resolverlo con sinceridad así como de mantenerse en abstinencia.
- Y por último que el usuario en tratamiento este limitado intelectualmente y esto genere problemas o dificultades cuando se requiera adquirir nuevos conocimientos.

Por lo tanto es recomendable usar el manual con previo conocimiento de la dinámica de adicción así como también conocimientos básicos de prevención de recaídas, se sugiere resolver con tiempo de calidad, como máximo una hora por sesión individual, a nivel grupal una hora y de treinta a cuarenta y cinco minutos más de plenaria. También es necesario que se utilice o resuelva siempre y cuando el sujeto esté

dispuesto a mantenerse en abstinencia y franca recuperación, por lo tanto se recomienda usarlo después de noventa días de tratamiento y abstinencia en los cuales el usuario ya se ha dado cuenta de las ganancias que ha obtenido en las distintas áreas de su vida (familiar, laboral, escolar, física, etc.) por mantenerse limpio; y por último es deseable evaluar previo a la aplicación las capacidades intelectuales si es necesario por medio de una batería de pruebas psicológicas.

Las observaciones anteriores que mencionan los obstáculos y recomendaciones, establecen una oportunidad para poder desarrollar la validación y confiabilidad del instrumento por medio de investigaciones posteriores que perfeccionen la utilidad y el resultado de su aplicación y así contribuir y ayudar a que ninguna persona con esta problemática tenga que morir sin tener una oportunidad de recuperarse o tengan que sentirse confundidas, desesperadas, desesperanzadas y devastadas por los embates de la adicción, las recaídas, y en ocasiones sus irreversibles consecuencias.

ANEXO 1

ACTITUDES Y CONDUCTAS DE RIESGO

En el siguiente anexo retomado de Martínez (2006) se revisa y se sugiere leer esta lista de actitudes y conductas de riesgo para recaer que se ven con frecuencia en las personas que vuelven al consumo, por lo tanto es importante conocerlas y tomarlas en cuenta para la elaboración de los ejercicios que contiene el manual y también para evitar que el usuario se ubique en una zona resbaladiza en su abstención.

La experiencia ha mostrado que las personas que alcanzan la sobriedad y que no se conforman con estar abstemias y en riesgo de recaer, hacen cambios significativos en su forma de comportarse y en la actitud que asumen hacia la vida y hacia las demás persona (Martínez op. cit.).

CARACTERISTICAS DEL ASPIRANTE A RECAER

1. **ANTEPONE ACTIVIDADES A LA RECUPERACION:** Se ausenta de los grupos, llega tarde, no cumple con las tareas asignadas y utiliza una serie de justificaciones “racionales” para no asumir su responsabilidad:
 - Tengo mucho trabajo
 - El tráfico esta muy pesado.
 - Compromisos en los días de asistencia a grupos, etc.
2. **BAJA COMUNICACIÓN:** Posee baja comunicación o comunica distorsionadamente, es decir, no comunica o comunica omitiendo ciertos aspectos.
3. **ES DESHONESTO:** Continúa con actitudes deshonestas en casa, en los negocios, en la vida afectiva, en el programa, etc.

4. **REVIVE ESQUEMAS DEL PASADO:** Asume actitudes o portos de adicto activo ante diferentes situaciones. Incluye formas de vestir, dialectos, semblante y porte corporal.
5. **ROMPE PARAMETROS DE RECAIDA:** Visita sitios del pasado relacionados con el consumo, mantiene relaciones afectivas o de amistad con adictos activos, busca situaciones que le generen ansiedad, no utiliza las herramientas adquiridas, etc.
6. **NO ES OBEDIENTE:** Intenta comprobar por él mismo los diferentes procesos de recaída. Excesiva seguridad o deseo de ser reconocido en su mundo del pasado por el gran logro de la abstinencia.
7. **DISMINUYE LA DISCIPLINA:** Baja los niveles de disciplina adquiridos con respecto a horarios, actividades, asistencia a grupos y otras conductas readaptadas.

ACTITUDES Y CONDUCTAS DE RIESGO

- **AUTOENDIOSAMIENTO:** Dejar de consumir no los hace más que las demás personas, ni especiales. El autoendiosamiento abre las puertas de la autosuficiencia y la baja tolerancia a la frustración.
- **REVOLCARSE EN EL PASADO:** Concebir diálogos o pensamientos referentes al consumo de drogas es como tener un limón en nuestras manos, cortarlo y observar cómo su jugo corre por nuestros dedos; mientras tanto, lo más probable es que estemos salivando.
- **AUTOSUFICIENCIA:** Creer que por haber dejado el consumo son capaces de hacer cualquier cosa, los hace vulnerables al fracaso y les permite sobrecargarse de responsabilidades estresoras y generalmente innecesarias.

- **RELACIONARSE CON SITIOS O PERSONAS DEL PASADO:** La mente trabaja por asociaciones; es por ello que los sitios o las personas relacionadas con el consumo pueden generar situaciones riesgosas.

- **JUGAR AL SALVADOR:** No se puede obligar a las personas a que cambien, eso es responsabilidad de ellas. No se puede dar hasta el punto en el que se quede sin nada para nosotros mismo.

- **SOBRECONFIANZA:** Estar demasiado seguro que la recuperación les puede llevar a darse permisos o asumir riesgos; la excesiva confianza es el abono de los pensamientos adictivos.

- **HIPERREFLEXION:** La autocrítica constante sin un sentido constructivo les lleva invariablemente a la pérdida del sentido de la recuperación.

- **EXCESO DE INSEGURIDAD:** La vida continúa y no se puede huir de ella. Precavido no es lo mismo que miedoso.

- **AISLAMIENTO:** Un adicto solo, es un adicto mal acompañado, el ensimismamiento constante es cultivo de problemas. Aunque a veces es necesaria, no siempre la soledad es la mejor consejera.

- **AUTOCONMISERACION:** El victimizarse frente a lo que sucede los hace sensibles a la búsqueda de evasiones. A la vida no hay que preguntarle, hay que responderle.

- **COMPULSIVIDAD:** Los actos compulsivos manejados inadecuadamente, permiten el desborde de impulsos que en ocasiones se tornan incontenibles y asociables el uso de drogas.

- **PERMISIVIDAD:** Tomarse ciertos permisos frente a los riesgos o los parámetros de recaída, hacen que aparezca la sobreconfianza, iniciando el círculo: Sobreconfianza – Permisividad – Sobreconfianza – Permisividad – Sobreconfianza – Permisividad - Reincidencia.

- **AUTOENGAÑOS:** No tener en cuenta que muchos de los pensamientos automáticos son susceptibles de revisión, impiden la visión clara de los diferentes pensamientos adictivos.

- **FALSO ORGULLO:** Guardar resentimientos o reservas que se antepongan a la recuperación, brinda excusas perfectas para recaer.

- **BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTACIÓN:** La abstención no los hace invulnerables ante el mundo y sus problemas. La vida continúa y debemos aprender de las dificultades que ofrece.

- **VISION DE TUNEL:** Ver la vida y las situaciones de la misma con un reduccionismo de opciones, les ubica dentro de un túnel con una única salida: el consumo.

REFERENCIAS

- Ayala, V. H. y Echeverría, S, V. L. (2001). Tratamiento de Conductas Adictivas. México, D. F. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de psicología. México: CONADIC Consejo Nacional Contra las Adicciones.
- Barragán, T. L. (2005) Modelo de intervención cognitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas. Tesis doctoral inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Barragán, T. L., Flores, M. M., morales, C. S., González, V. J. y Martínez, R. J. M. (2005) Programa de satisfactores cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas: Tomo 1.: México: CONADIC Consejo Nacional Contra las Adicciones.
- Barragán, T. L., Flores, M. M., Morales, C. S., González, V. J. y Martínez, R. J. M. (2005) Programa de satisfactores cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas: Tomo 2.: México: CONADIC Consejo Nacional Contra las Adicciones.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones. Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”. Dirección General de Epidemiología. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2002). Encuesta Nacional de Adicciones (1a. ed.). México, D. f.: Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones.
- Escohotado, A. (1990). El libro de los venenos. España: Mondari.
- García, L. C. (1990). Que son las drogas Estimulantes. México: Árbol.
- García, L. C. (1990). Que son las drogas Opiáceos. México: Árbol.

- Gorski, T. T. (1992). Sobriedad un Manual de Ejercicios una solución seria al problema de la recaída. United states of america: Herald House/Independence Press
- Gorski, T. T.(1992) Sobriedad United status of América: CENAPS
- Guisa, V.M.C., Díaz, L.B.S., Sánchez, H. R. y Souza M. M. (1998). Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos. (2a. ed.) México: Centros de Integración Juvenil, A. C., Dirección General de Educación Tecnológica Industrial (DGETI).
- Martinez, O. E. (2006). Manual de prevención de recaídas en adicciones. Bogota, Colombia: colectivo aquí y ahora.
- Narcotics Anonymous World Service, Inc. (1997). Funciona como y por que. Chatsworth, California: Narcotics Anonymous World Service, Inc.
- Narcotics Anonymous World Service, Inc. (2000). Guía para trabajar los pasos de narcóticos anónimos. Chatsworth, California: Narcotics Anonymous World Service, Inc.
- Narcotics Anonymous World Service, Inc. (1991). Narcóticos Anónimos, Texto Básico. Chatsworth, California: Narcotics Anonymous World Service, Inc.
- Oropeza, T. R., Loyola, B. L. P. y Vázquez, P. F. (2003) Tratamiento breve para usuarios de cocaína: un modelo cognitivo conductual, principios de aplicación. México: CONADIC Consejo Nacional Contra las Adicciones.
- Twersky, J. A. (2002). El pensamiento adictivo. (2a. ed.) México: Promexa.
- Velasco, R. F. y Velasco, B. M L. (2003). ¿Qué dice la ciencia? Cocaína. México: CONADIC Consejo Nacional Contra las Adicciones. Serie ¿Qué dice la ciencia?

- Velasco, R. F. y Velasco, B. M L. (2003). ¿Que dice la ciencia? Éxtasis. México: CONADIC Consejo Nacional Contra las Adicciones. _Serie ¿Qué dice la ciencia?
- Velasco, R. F. y Velasco, B. M L. (2003). ¿Qué dice la ciencia? Marihuana. México: CONADIC Consejo Nacional Contra las Adicciones. Serie ¿Qué dice la ciencia?