



UNIVERSIDAD SALESIANA

ESCUELA DE PSICOLOGIA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**“UNA PROPUESTA COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL
TRATAMIENTO DE ADICCIÓN A LA COCAÍNA”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

CLAUDIA LETICIA LUGO MARTÍNEZ

ROCIO VERA VEITES

DIRECTORA DE TESIS: MARTHA LAURA JIMENEZ MONROY

MÉXICO, D. F.

OCTUBRE 2014



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.

"Quisiera comenzar agradeciendo a mis profesores por todo el apoyo recibido durante este proceso para hacerlo realidad, a mis padres por su amor y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy, es un privilegio ser su hija son los mejores padres"

Una propuesta Cognitivo Conductual en el tratamiento de adicción a la cocaína

RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPITULO I ADICCION Y DROGADICCION.....	9
1.1 Antecedentes.....	9
1.2 Epidemiología en México.....	10
1.3 Definición de adicción	12
1.4 Etiología de las adicciones.....	13
1.5 Factores de riesgo	14
1.6 Definición de droga y drogodependencia	16
1.7 Clasificación de drogas	18
1.8 Drogadicción y sociedad	19
1.9 Definición, efectos y Consecuencias de los diferentes tipos de drogas	20
1.9.1 Bebidas alcohólicas	21
1.9.2 Tabaco	22
1.9.3 Marihuana.....	23
1.9.4 Cocaína.....	23
1.9.4.1 Base de coca o crack.....	24
1.9.4.2 Speedball	24
1.9.5 Alucinógenos	24
1.9.6 LSD	25
1.9.7 Mescalina.....	26
1.9.8 Opio	26
1.9.9 Morfina.....	26
1.9.10 Heroína	27
1.9.11 Anfetaminas y Metanfetaminas.....	27
1.9.12 Éxtasis o MDMA	28
1.9.13 Ansiolíticos	28
1.9.14 Inhalables	30
CAPITULO II COCAINA.....	31

2.1 Origen de la cocaína	31
2.2 Aproximación histórica del consumo de cocaína.....	32
2.3 Vías de absorción y administración.....	35
2.4 Formas de preparación.....	36
2.5 Efectos del consumo de cocaína	38
2.5.1 Efectos neurológicos.....	39
2.5.2 Efectos agudos del consumo de cocaína	40
2.5.3 Psicosis cocaínica	41
2.6 Enfermedad asociada al consumo de cocaína.....	42
CAPITULO III TRATAMIENTOS PARA LA ADICCIÓN A LA COCAINA.....	45
3.1 Integración al adicto de la cocaína a un proceso terapéutico	45
3.2 Problemas asociados a la inserción en tratamiento.....	47
3.3 Principios básicos para la delimitación de tratamientos.....	48
3.4 Terapias	49
3.4.1 Psicoterapias	49
3.4.2 Consejo individual y grupal	49
3.4.3 Manejo de contingencias	52
3.4.4 Programas de reforzamiento comunitario	53
3.4.5 Tratamiento farmacológico	54
3.4.6 Uso de vacunas.....	54
3.4.7 El tratamiento de desintoxicación de cocaína de TAVAD.....	55
3.4.8 Tratamiento ambulatorio	56
3.4.9 El modelo Minnesota	57
3.4.10 Tratamiento cognitivo conductual.....	59
CAPITULO IV TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.....	62
4.1 Antecedentes teóricos de la terapia cognitivo conductual	62
4.1.1 Teoría de aprendizaje social	62
4.1.2 Teorías cognitivas semánticas	63
4.2 Conceptualización de terapia cognitiva conductual.....	65
4.3 Características de la aplicación de TCC	66
4.4 Principios de la TCC.....	67
4.5 Técnicas en la TCC	68
4.5.1 Las técnicas de exposición.....	68

4.5.2 Técnicas operantes	70
4.5.3 Técnicas cognitivas	72
4.5.4 Técnicas de modelado.....	75
4.5.5 Entrenamiento en habilidades sociales	76
4.5.6 Técnicas de control de la activación	76
4.5.7 Técnicas de autocontrol.....	77
4.6 Evaluación de la TCC	78
4.7 Uso de la TCC.....	81

CAPITULO V PROPUESTA DE TCC DE 18 SESIONES PARA ADICTOS A LA

COCAINA	84
5.1 Generalidades.....	84
5.2 Estructura de las sesiones	85
5.3 Duración de las sesiones.....	85
5.4 Tipos de pacientes	85
5.5 Compatibilidad con otros tratamientos	86
5.6 Lineamientos generales.....	86
5.7 La regla 20/20/20.....	86
5.8 Sugerencias para el terapeuta.....	92
5.9 Sesiones	95
5.10 Seguimiento terapeutico.....	167

CONCLUSIONES.....	170
--------------------------	------------

BIBLIOGRAFIA.....	173
--------------------------	------------

RESUMEN

Actualmente en nuestro país ha crecido de manera escandalosa el consumo a la cocaína, a finales del siglo XX, se dio a conocer mucho sobre los daños físicos, sociales, y mentales que esta droga provoca en los consumidores. Sin embargo, los esfuerzos hasta hoy por prevenir el uso de esta droga han sido limitados e inconstantes.

Después de una investigación teórica de este problema social se observó que hay un mayor consumo de cocaína en todos los estratos sociales teniendo como resultado pocos lugares de tratamiento especializados en el consumo de cocaína, y los que se pueden encontrar no son de fácil acceso, por lo que el adicto se tratará en lugares como doble AA y granjas. Es así como surge la idea de plantear un tratamiento accesible, dinámico y estructurado para aquellos psicólogos interesados a tratar pacientes adictos a la cocaína.

Una de las aportaciones realizadas en esta propuesta fue integrar el seguimiento por parte de un familiar durante todo el proceso del tratamiento para fortalecer la abstinencia del adicto.

Esta propuesta incluye además del tratamiento, herramientas estratégicas que buscan la reintegración a la sociedad, fortaleciendo puntos importantes como es su autoestima, administración del tiempo, salud e higiene y otros tópicos.

Al finalizar la propuesta se concluye que uno de los aspectos positivos es que al adicto no se le aislará de su entorno social al adquirir las herramientas necesarias para una mejor confrontación de la abstinencia.

Una vez que el adicto logra terminar el tratamiento, éste obtendrá las habilidades para reintegrarse a la sociedad siendo respaldado por medio del seguimiento terapéutico.

No obstante se debe reconocer que los resultados dependen de la decisión del paciente de continuar o no con el tratamiento y que evidentemente la propuesta deberá ser adaptada a las condiciones particulares de cada caso.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad es muy difícil ser indiferente ante la situación que esta pasando en el mundo y particularmente en nuestro país. Hablar de los niños, jóvenes, adultos y personas mayores que están involucradas en el consumo de drogas así como el crecimiento de ventas de éstas es de escandalizar, por lo que es momento de que encontremos alternativas factibles de apoyo a todas aquellas personas que necesitan una solución a su adicción; de hecho, debido a este aumento, en el 2008 se trataron en una clínica especializada en tratamientos de adicciones en el DF a 26 mil 363 pacientes, posicionándose como droga de impacto por consumo, la cocaína con un 23.6 %, el alcohol con 18.6 % y el tabaco con 17 %.

Uno de los aspectos que ha tenido poca difusión es el proceso por el cual el psicólogo abordará al consumidor de cocaína, teniendo como fin la abstinencia. Es por ello el interés por proponer una terapia cognitiva conductual con diversas sesiones que facilite al terapeuta su intervención con el adicto a la cocaína estableciendo el procedimiento y estrategias a seguirse, haciéndolo una herramienta estructurada y dinámica para una mejor aplicación.

A través de esta propuesta basada en Cognitive Behavioral Approach; Treating Cocaine Addiction de la National Institute on Drug Abuse se modificará incorporando una atención integral que oriente y promueva la recuperación del adicto y su familia, mediante el reconocimiento de su enfermedad así como su recuperación de sus valores personales, familiares y laborales, permitiendo en el adicto la abstinencia a la cocaína para tener una vida equilibrada y sobria, integrando al familiar en el proceso terapéutico, este objetivo se logrará a partir de estrategias cognitivas conductuales que permiten identificar situaciones de riesgo de consumo para enfrentarlas de manera efectiva.

A fin de cumplir el objetivo establecido, la información de esta investigación se distribuye de la siguiente manera: en el primer capítulo se encontrará la definición de adicción y particularmente de drogadicción, su etiología, factores de riesgo y consumo en México con el motivo de entender los diferentes tipos de drogas como su clasificación, consumo y efectos, siendo de interés la cocaína, el cual se desarrollará en el segundo capítulo, en donde se define

como un estimulante muy poderoso que proporciona intensos sentimientos de placer, por lo que el adicto demanda consumir la sustancia.

En el capítulo tres de la investigación se profundizará sobre diferentes tratamientos como es el modelo Minnesota, ambulatorio, hospitalario, farmacológico, de reforzamiento comunitario, manejo de contingencias, así como la terapia cognitivo conductual (TCC), de la cual parte la propuesta final de esta investigación.

En el capítulo cuatro se hablará de la terapia cognitivo conductual, donde se encontrará su definición, antecedentes, características, principios y técnicas de dicha terapia.

Es en el capítulo cinco donde se planteará la propuesta basada en la terapia cognitivo conductual en la cual se abordarán los temas de la abstinencia, motivación, manejo de habilidades, toma de decisiones, por mencionar algunos.

CAPITULO I

ADICCION Y DROGADICCION

Para el entendimiento de esta investigación es importante definir lo que es una droga, adicción y drogadicción, es por ello que en los siguientes párrafos se explicarán los antecedentes, la etiología, los factores de riesgos, epidemiología y clasificación de estos.

1.1 Antecedentes

Contextualizar cualquier problema, es decir, ponerlo en su perspectiva histórica y de origen nos ayuda a comprender mejor el presente.

El consumo de drogas ha ocasionado graves problemas no sólo a los consumidores, sino también a sus familias, a la economía, a la sociedad y, en general, a la humanidad, confirmando que no es un fenómeno nuevo en la historia; algunos de los ejemplos de los elementos que han contribuido a modificar las sociedades son el elevado consumo de opio a principios de 1890, que se vio restringido hasta 1914; la codeína, aislada en 1832, que se introdujo en forma masiva en 1898; al igual que el uso de la heroína, las hojas de coca se popularizaron a mediados del siglo pasado en Estados Unidos (en 1880 se conseguía la cocaína fácilmente); la marihuana que se volvió común hasta principios de este siglo. De igual manera de 1898 a 1971 se da una serie de reformas progresivas, cargadas de conceptos religiosos: en 1909 se firma el convenio sobre el opio en Shangai y posteriormente surgen otras iniciativas para regular, incluso, a los profesionales de la salud en relación con el empleo de drogas y medicamentos; a partir de 1917, se firman diversos convenios internacionales. En la década de 1960, aparecen las sustancias psicodélicas, como el LSD y se popularizan las anfetaminas, los barbitúricos y la metadona, un narcótico sintético utilizado en Alemania durante la Segunda Guerra Mundial, que supuestamente servía para eliminar la adicción a la heroína. En la década de 1980 surge el crack, y el sida, añade una nueva preocupación en el campo de consumo de drogas. El mayor consumo de la marihuana se da entre 1965 y 1979; la cocaína de 1975 a 1984; la heroína se consume de mayor forma en entre 1965 y 1973 y el crack aparece en 1985, impactando los ámbitos económico, político y social. En la actualidad hay otras sustancias que

causan adicción, podemos decir que casi todas se consumen en estados de nuestro país, en mayor o menor medida y algunas se relacionan a la cultura religiosa como en comunidades indígenas.

1.2 Epidemiología en México

Las estadísticas mexicanas en lo concerniente al consumo de drogas han sido publicadas por la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (INSP, 2010). Esta se realizó bajo la coordinación del CONADIC (Comisión Nacional Contra las Adicciones) y CENADIC (Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones), cada cinco o seis años debido a que las variaciones no se notarían si fueran en cortos periodos. Esta encuesta se realizó en un total de 50 688 viviendas. Mencionaremos brevemente datos importantes; tan solo en 6 años creció 50% el número de personas adictas a las drogas ilegales y 30% la cifra de quienes alguna vez las han consumido.

Uno de los aspectos más preocupante que se reveló en dicha encuesta fue la alta disponibilidad de las drogas para los adolescentes. Hasta 43% de los jóvenes de entre 12 y 25 años de edad está expuesto a ellas. De éstos, la mitad llega a consumir la sustancia de manera experimental, 13% de manera frecuente y 2% de los hombres, así como 1.2% de las mujeres llegan a niveles de dependencia. Así mismo, la encuesta reveló que en los últimos seis años, el número de adictos a drogas ilegales aumentó 51%, al ubicarse en alrededor de casi 500 mil personas. En tanto, los mexicanos que han probado en alguna ocasión una droga pasó de 3.5 millones, que se reportaban en 2002, a 4.5 millones en 2008, y el consumo experimental creció en un 28.9% en este periodo. Lo más nuevo en el consumo de drogas, según el estudio, es la propagación de la cocaína, el crack y las metanfetaminas con varias combinaciones. En 1998 este consumo se registraba regularmente sólo en Baja California, pero hoy en día, estos químicos se consumen especialmente entre los jóvenes, en más de 100 ciudades de todo el país. Asimismo, de 2002 a la fecha, el consumo de drogas legales como el alcohol y el tabaco se elevó de 5.03% a 6%. El resto de las drogas ilegales se usan con mucha menor frecuencia, tal es el caso de los alucinógenos, los inhalables y la heroína.

La incidencia acumulada entre el uso de drogas de 12 a 65 años que habitan en zonas rurales y urbanas de México se desglosan de la siguiente manera;

marihuana 4.2%, coca 2.4%, inhalantes 0.7%, metanfetaminas 0.5%, alucinógenos 0.4% y heroína 0.1%.

Por otro lado, según la encuesta, las tasas detectadas en el consumo de marihuana se dispararon de 1.1 a 3.3 en mujeres y 4.5 a 8.3 en hombres; la de cocaína se multiplicó por 15, lo que también se refleja en los datos reportados por centros de tratamiento. Los jóvenes de 12 a 17 años representan la parte más vulnerable de la ampliación de los mercados de estimulantes en general (desde el cigarro hasta las metanfetaminas). En los últimos 10 años se ha incrementado la cantidad de adictos en general, y de adictos a drogas químicas en particular. Los adolescentes, al vivir una etapa de crisis y al tratar de evadir los problemas, buscan salidas fáciles o formas de olvidarlos, por ejemplo, por medio del alcohol y las drogas. Muchas veces las adicciones surgen por problemas dentro de la familia (incomprensión, falta de comunicación, golpes, maltrato, rechazo, abandono, falta de recursos económicos, dificultades escolares, etcétera), al sentir que no son queridos en los hogares, los adolescentes tienen la impresión de no ser escuchados o tomados en cuenta, y caen en un error al tratar de solucionar los conflictos por medio de las drogas, creyendo que sólo van a ingerir una vez la sustancia, pero en realidad se genera la costumbre o la adicción, esto ocasiona que los problemas familiares aumenten, ya que la droga consumida es más fuerte, y al no querer o no poder dejarla optan por abandonar el hogar, convirtiéndose en niños de la calle, en la que se exponen a riesgos de gran magnitud como contraer enfermedades, ser golpeados, soportar abusos, explotación, hambre y abandono.

En cuanto al tratamiento sólo una pequeña porción de los usuarios (16.1%) acude a tratamiento y los que acuden a grupos de autoayuda mutua son (11.6%) al psicólogo (5.5%), al psiquiatra (4%) y al médico familiar (3.0) siendo estos los datos más sobresalientes.

A nivel mundial Estados Unidos es el primer consumidor de drogas ilegales (6 veces más que en México) con un 7.5%, le sigue Argentina con un 2.3%, Chile y Alemania con el 2.1%, Colombia el 1.2%, y Perú el 1%.

En la edición más actual de la ENA, la cual se realizó en el 2011, se refleja que la droga principal de consumo entre la población de 18 a 34 años es la marihuana con 1.9% seguido por la cocaína con el .8% el crack con .2% y los inhalables con .1%; los estados de mayor consumo de drogas ilegales son en

primer lugar el grupo de Baja California, Baja California Sur, Sonora y Sinaloa seguido por la zona de Tamaulipas Nuevo León y San Luis Potosí quedando en tercer lugar la Ciudad de México.

En los centros de tratamientos no gubernamentales la droga de impacto fue la cocaína y las metanfetaminas con más del 40% de adultos jóvenes de 20 a 29 años.

1.3 Definición de adicción

Diversos autores (Alamo, 2005; Diaz, 2001; Washton, 1995; Alonso, 2003; Lorenzo, 2009) coincidían en que la adicción es una enfermedad primaria, crónica con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en su desarrollo y manifestaciones. La enfermedad es frecuentemente progresiva y total, es caracterizada por episodios continuos o periódicos de descontrol sobre su uso.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1956) la adicción es el estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética, caracterizada por: una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio, tendencia al aumento de la dosis, una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos, así como consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad. (Baños y Farré, 2002)

Para Nakken (1999), la adicción es un estado de dependencia a algo o la necesidad que desarrolla un organismo de una situación, un objeto, o de consumir una sustancia para experimentar sus efectos y de cuya presencia física depende para seguir funcionando. Aunque generalmente se refiere al alcohol, las drogas y los juegos de azar, hay muchas otras adicciones.

La adicción surge cuando el ciclo adquiere regularidad en el tiempo y se hace permanente en el caso de las drogas, sean éstas legales o ilegales, el uso adictivo se instaura cuando la voluntad deja dominar los actos del individuo y su objetivo principal será conseguir y consumir la sustancia de la cual depende, aun cuando este consumo no le proporcione la euforia que obtuvo en otro momento. Aunque lo niegue, la persona puede llegar a concebir como imposible dejar la droga o ponerse límites. A pesar de los esfuerzos que puede hacer para lograrlo, a veces duran días y otras, semanas o meses; el deseo

reaparece y ya no puede decidirse por una negativa y tiene que consumir la droga por el medio que sea y todo aquello que se ponga delante de ese deseo será acometido con desesperación. (Rossi, 2008)

Se puede confirmar que un adicto se caracteriza debido al aumento de tolerancia a la sustancia, pero, también queda atado al hábito de consumo, experimentando una creciente dificultad para dejar la droga, sustancia o experiencia. Es por eso que el miedo a los síntomas de retiro de la sustancia es el mayor obstáculo, aún para personas que están convencidas, en el campo moral, que debieran de superar la adicción.

La adicción es más disimulada y secreta, y parece entrar en la vida de una persona por la puerta trasera. La mayoría de la gente no se llamaría así misma adicta, no obstante, se ha observado que el comportamiento adictivo prevalece en nuestra sociedad.

El Centro de Integración Juvenil (CIJ, 2004) menciona que una adicción es cualquier acto que incluya obsesión, preocupación, impulsividad, deseo de satisfacción inmediata, ritualización y compulsión, los cuales funcionan a manera de un “anestésico emocional”. Muchas personas escogen comer, fumar, beber, jugar, etc. con tal de no sentir y para no sentir se utiliza un mecanismo de defensa llamado negación. La negación es el mecanismo de defensa más usado por las personas adictas, ya que es una pequeña voz interna que constantemente dice “aquí no pasa nada”. La negación tiene una función específica que consiste en apartar el dolor de nuestra conciencia. La adicción puede definirse en forma más precisa como una necesidad anormal y prolongada hacia ciertas sustancias o situaciones que producen efectos de bienestar.

1.4 Etiología de las adicciones

Las adicciones constituyen un fenómeno complejo, en cuya génesis se encuentran implicados factores de orden muy diverso (personales, sociales, familiares) y donde los modelos de causalidad lineal no son aplicables. Esta complejidad etiológica determina la heterogeneidad de definiciones que se proponen desde diversas áreas del conocimiento, de forma que la primera dificultad que encuentra el estudio de las adicciones es la propia conceptualización del fenómeno.

La conceptualización de las adicciones se encuentra a su vez muy influida por factores de orden igualmente heterogéneo: socioculturales e ideológicos, el paradigma científico imperante, el modelo de Estado, las representaciones sociales dominantes sobre las drogas. Y es que este es un aspecto decisivo, ya que la consideración de las adicciones como un trastorno de base orgánica o como un modo de vida elegido por el sujeto repercute en las respuestas terapéuticas que se ofrecen, en la manera en que el ordenamiento jurídico contempla el fenómeno, en las políticas de asignación de recursos para la prevención, tratamiento, rehabilitación, así como en los aspectos relativos al conocimiento y la investigación. (Nakken, 1999)

1.5 Factores de riesgo

El problema de las adicciones no es fácil de analizar, ya que puede originarse por diferentes factores psicosociales, que pueden ser: familiares, sociales, psicológicos, individuales, culturales, políticos, religiosos y publicitarios. (Calderón, 2000)

Los problemas de origen individual, están determinados por aspectos emocionales, por la personalidad y hasta por la cultura y educación, porque el modo de actuar de cada persona depende no solamente de cómo nos sentimos, sino también de los valores que tenemos.

Entre los factores de riesgo individual pueden mencionarse: La baja autoestima, el sentido de invulnerabilidad, el retraimiento, la inseguridad, la curiosidad, el miedo, la no autoaceptación, la aceptación de los demás, la forma de enfrentar los problemas personales y de manejar la tristeza, la desesperanza, la frustración, la desesperación, la soledad, las críticas, los errores, las enfermedades, los duelos y los retos, la forma de manejar el sentido de aventura, la popularidad, la rebeldía así como las normas sociales establecidas, la falta de asertividad; es decir la capacidad de respuesta y de toma de decisiones propias sin hacer caso a presiones, retos o amenazas, el valor que se le otorgue a la salud y a la vida, tanto propia como a la de los demás. La incapacidad de reconocer, elegir, aceptar o de rechazar “amigos”, el no tener un sentido de pertenencia, es decir, sentir que somos parte importante de una familia, grupo de amigos, escuela o comunidad.

Entre los factores familiares de riesgo están: si alguno de los progenitores o familiares son consumidores de alguna droga, la desintegración familiar, el manejo inadecuado de los problemas cotidianos, la falta de reconocimiento, aceptación, identificación, comprensión y orientación familiar, la falta o injusta asignación de responsabilidades domésticas, la carencia de normas flexibles, pero con límites, el respeto y acato a las normas establecidas, la presencia de violencia, la presión por el dinero, la inadecuada comunicación y la excesiva presión entre los miembros de la familia.

Entre los factores sociales influyen: El tipo de drogas que son aceptadas socialmente como el café, el tabaco o el alcohol y la disponibilidad para adquirir drogas ilícitas, el tipo de amigos y la relación que se lleve con ellos así como el impacto de los medios de comunicación. Los jóvenes son susceptibles a los efectos de la presión, la atención y reconocimiento de los compañeros; para que se desarrolle un proceso de adicción, la sustancia debe ser experimentada una primera vez, al mismo tiempo todos estos factores son muy importantes para que el individuo permanezca en contacto con la sustancia durante un tiempo suficiente, hasta que pueda comenzar a experimentar los efectos positivos de ésta.

Entre los factores políticos se encuentran: Las políticas establecidas con relación a la permisibilidad, control en el uso y consumo de drogas, ya que cada país como cada cultura tiene las propias, por ejemplo hay países en donde el consumo de cualquier droga está legalizado y algunos lugares en donde ciertas drogas se utilizan con propósitos curativos o religiosos dependerá de eso las leyes establecidas con relación a la producción, venta, tráfico y distribución de drogas.

Otro factor de riesgo que puede provocar la adicción es psicológico/psiquiátrico en la cual se presentan Trastornos Perturbadores de Conducta como son rebeldía con tendencia a transgredir las normas sociales, indisciplina, impulsividad y/o agresividad, hurtos o tendencia a vínculos con pandillas callejeras. Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención que se refiere al niño(a) con problemas de inquietud, hiperactividad, impulsividad y serios problemas de atención con el rendimiento escolar. Dada su inquietud e hiperactividad muchos de estos niños desarrollan problemas de conducta y con frecuencias estos cristalizan en problema con adicciones.

La causa exacta del abuso de drogas y la farmacodependencia se desconoce. Sin embargo, como se ha observado los genes del individuo, la acción de las drogas, la presión de compañeros, el sufrimiento emocional, la ansiedad, la depresión y el estrés ambiental pueden ser todos factores.

1.6 Definición de droga y drogodependencia

No resulta fácil hacer una definición de droga. En realidad existen tantas definiciones como intereses sociales y personales detrás de esta cuestión. Se trata de un conjunto de sustancias muy diversas, con múltiples efectos sobre el sistema nervioso humano, de las que se hace uso por razones muy diferentes, sustancias que se pretende limitar, regular, controlar o perseguir por motivos que van desde el dominio comercial hasta la salud. (Alegrete, 2005)

Según la OMS la droga es toda sustancia que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa), es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona y que posee la capacidad de generar dependencia y tolerancia en sus consumidores.

Para Diaz (2001) se refiere a drogas como cualquier sustancia que modifica el funcionamiento del Sistema Nervioso Central, es decir, es psicoactiva, estimulándolo deprimiéndolo o perturbándolo.

Para el CIJ (2003) Drogadicción es la unión de dos palabras: droga y adicción. La adicción a las drogas, también llamada drogodependencia o toxicomanía, es un estado de alteración, a veces de intoxicación, provocado por ingestión (consumo) de una o varias drogas. Consideremos a la drogadicción como una enfermedad y no como un vicio.

La iniciación del consumo de droga está condicionada por circunstancias como temor al enojo, la posibilidad de consumir la sustancia, el costo que la demanda el tenerla y otras. Sin embargo, cuando la adicción ya es un hecho no habrá temores ni gasto que disuadan al adicto. Su deseo supera todos sus principios y no habrá precio excesivo que pagar a cambio de la droga.

Las primeras consecuencias visibles del consumo de drogas aparecen ante los ojos del adicto como simples causalidades, como accidentes ocasionales y

pasajeros. En la etapa primera del síndrome, estos efectos no son registrados en su gravedad y suelen aparecer como ataques de pánico, ansiedad o paranoia (luego de una dosis de cocaína). Estos efectos se reintegran con el correr del tiempo y se hacen más perceptibles.

Las modificaciones que se producen en el organismo de quien consume drogas regular y compulsivamente está vinculada al hábito, al acostumbramiento o tolerancia y a la dependencia. A continuación se analizarán estos términos para clasificar la definición. (Rossi, 2008)

Hábito. Es la adaptación del organismo a la droga. En el transcurso del tiempo, la misma dosis tiende a disminuir el efecto. Esto implica que para mantener un mismo nivel de respuesta, se deberá incrementar progresivamente el consumo.

Tolerancia. Es la facultad que tiene el organismo a través del tiempo de poder soportar dosis elevadas de una droga. La tolerancia es el estado de adaptación por el cual el organismo puede absorber una cantidad de droga que para una persona no adicta sería altamente tóxica o incluso mortal. La tolerancia en un individuo se pone de manifiesto cuando de poder producir el mismo efecto, demanda una dosis mayor de droga.

Dependencia. Es el dominio que tiene la droga en el individuo. En esta etapa es prácticamente imposible la recuperación del adicto. Es el resultado de un proceso de acomodamiento psicológico, fisiológico y bioquímico del organismo frente al uso constante de una droga.

Dependencia Psíquica. Se caracteriza por la necesidad de consumir droga para desarrollar todas las actividades. Produce una situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso que exige la administración regular o continua, de determinada sustancia para evitar malestares. Ese estado mental es el más fuerte de todos los factores comprometidos en la intoxicación crónica con drogas psicotrópicas y puede ser el único motivo en ciertos tipos de drogas.

Dependencia Física. Es un estado de adaptación del organismo que, llegado a este punto, produce síntomas intolerables de abstinencia en caso de que suspenda la ingestión de droga. En este caso el tóxico ya está incorporado a la fisiología del individuo y es un elemento vital e imprescindible como el sodio, el potasio, etc. Se dan casos en los que la brusca suspensión de la droga produce un colapso e incluso la muerte.

Síndrome de abstinencia. Se manifiesta como angustia y ansiedad, en el caso de la dependencia psíquica, y con síntomas como aceleración del pulso, alteraciones pupilares, sudor copioso, trastornos intestinales, vómitos, temblores, calambres y agitación, en el caso de la dependencia física. Ese malestar general agudo desaparece cuando se ingiere otra vez el tóxico habitual.

1.7 Clasificación de drogas

Para Rossi existen diferentes criterios para clasificar las drogas. Se pueden agrupar según los efectos que producen, la procedencia, intensidad de adicción, tipo de dependencia, según la potencialidad farmacológica, si son legales o ilegales, suaves o duras, y muchas otras variantes.

Clasificar las drogas como legales o ilegales resulta demasiado subjetivo ya que se trata de una variable que depende de factores culturales, económicos e incluso políticos. Por otra parte, decidir que una droga es blanda en contraposición a otras que serían duras, puede generar la ilusión de que existen drogas inofensivas, la cual es una falacia. Así se determina que las drogas duras son los opiáceos, barbitúricos, el alcohol, la cocaína y las anfetaminas, en este orden de importancia. Y las drogas blandas serían las que, por no producir dependencia física en el usuario se podrían dejar de consumir sin sufrir consecuencias graves (marihuana, cafeína, tabaco). Esta clasificación data de los años 70, cuando se creía que la marihuana no era peligrosa, afirmación ésta que fue desmentida por investigaciones científicas realizadas en los 80.

Otra variante de clasificación es la que se hace entre el origen de las drogas “naturales” (marihuana, hashís, cocaína, opio), “Semisintéticas” los cuales son antibióticos modificados químicamente y “sintéticas”, es decir, obtenidas por procesos químicos (barbitúricos, anfetaminas, tranquilizantes, LSD). También están las sustancias “industriales” llamadas drogas de la pobreza que son fáciles de obtener y de bajo costo (pegamento y combustibles).

Una de las clasificaciones que Lorenzo, et al. (2009) describe como básicas es aquella que se atiende a los efectos psicopatológicos más importantes e

inmediatos de las sustancias, de los cuales son tres grupos que se pueden establecer. Las drogas depresoras o psicolépticas que son las que retrasan la actividad nerviosa y disminuyen el ritmo de las funciones corporales (alcohol, heroína benzodicepinas y disolventes volátiles). Las drogas estimulantes o psicoanalépticos excitan la actividad nerviosa e incrementan el ritmo de las funciones corporales (cocaína, anfetaminas, tabaco y algunas drogas de síntesis). Y las drogas alucinógenas o psicodislépticos las cuales producen un estado de conciencia alterado, distorsionan las cualidades perceptivas de los objetos y evocan imágenes sensoriales sin entrada sensorial (alucinaciones), estados de confusión y despersonalización, en esta clasificación se encuentran el LSD, cannabis y las drogas de síntesis.

Por su parte la APA en el DSM-IV-TR (2000) establece como sustancias que pueden producir dependencia, al alcohol, opiáceos, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, cocaína, cannabis, anfetamina, alucinógenos, inhalantes, fenilidina, nicotina; también se deja margen para incorporar a la lista otras sustancias psicotrópicas previendo una categoría de dependencia a otras sustancias.

1.8 Drogadicción y sociedad

A lo largo de este capítulo se ha definido y revisado sobre la adicción y drogadicción, lo cual se puede concluir que es una patología social, debido a que afecta tanto al individuo como a las personas que le rodean, ya sean, familia, vecinos, amigos o compañeros de trabajo. Aunque es un problema de tiempo atrás actualmente se ha retomado teniendo conflictos en la economía del adicto, y de la sociedad, siendo este por el cambio de hábitos que tiene el adicto, dejar de trabajar o dedicarse al narcotráfico para sustentar sus adicciones, teniendo como resultado el dejar de visualizar su futuro y a no plantearse nuevos objetivos de vida, existiendo sólo el aquí y el ahora.

Podemos decir en este capítulo que la drogadicción cumple hoy, en nuestra sociedad, la misma función que cumplió el opio en China, o el alcohol en la dominación del indio. La dependencia individual se fue convirtiendo en un fenómeno de dependencia social y política. Usar o consumir drogas es algo que hacemos todos de alguna manera, pero la drogadicción es no poder dejar

de consumir la o las drogas en forma sistemática; vivir para las drogas; el adicto se plantea solamente dónde y cómo conseguirlas, su vida está centrada en este tema, la dependencia es requerida por sus usuarios para su confort psicológico (muchas veces no logrado), ya que sufren trastornos y efectos desagradables una vez suspendido el consumo.

En las últimas décadas de edad de iniciación ha descendido y hoy el grueso de los jóvenes adictos ha comenzado a drogarse entre los 11 y 13 años, se han detectado también muchos casos de niños de 6 a 8 años adictos a inhalantes. Es importante destacar que el problema del consumo de drogas no lo crean los jóvenes ellos solamente lo sufren, los adultos crean el problema sin embargo entre todos se debe enfrentar.

Si nos preguntamos cuál es la adicción (en materia de ingestión de sustancias) más corriente en México, tendríamos que hablar del tabaco, del alcohol, luego de las drogas legales y de las ilegales. Cuando los medios de comunicación le dan protagonismo a estas últimas no abordan el tema en toda su extensión y generalmente circunscriben la problemática a los jóvenes, de demostrando que la juventud está enferma, que una vez más es portadora y difusora de los males que corren en los cimientos de este México debido a que todo joven puede ser potencial subversivo siendo un potencial drogadicto.

Actualmente en México, el éxito en materia de cómo se combate la drogodependencia sólo se mide en kilos, en secuestrados y en cantidad de detenidos, es evidente que eso solo no significa enfrentar el problema la adicción testimonia una crisis de civilización; por eso va al extremo de confrontar con la muerte. Los drogadictos organizan más su dependencia y la cultivan: instalan un jardín secreto en un mundo aceptado. (Beneit et. al,1997).

1.9 Definición, efectos y Consecuencias de los diferentes tipos de drogas

En el transcurso de esta investigación se ha explicado sobre la adicción y sus factores para llegar a esta, sin embargo para que se manifieste la conducta adicta debe existir una sustancia que tenga características capaces de generar abuso, una persona que tenga la necesidad de consumo frecuente, así como la concurrencia de factores tales como tolerancia, dependencia física y psíquica, y el deterioro del individuo, de su relación con el medio familiar y con el medio social.

Dada la complejidad del problema, una manera de abordar la cuestión es analizando la droga y sus efectos para conocer los motivos que lleva a los adictos a la elección de un determinado tipo de sustancia, a seguir se encontrarán las características de las drogas con mayor difusión.

1.9.1 Bebidas alcohólicas

El alcohólico es aquel que abusa de la ingestión de bebidas alcohólicas, teniendo un consumo excesivo y continuo de dichas bebidas; es una droga depresora que puede llegar a ser causa de muerte a través de enfermedades (cirrosis hepática, anorexia, gastritis, úlceras, alucinosis paranoica, neuritis periférica, delirio tremens, y otros tipos de enfermedades mentales) o accidentes causados por el efecto.

En el caso de las bebidas alcohólicas aparece el fenómeno de la tolerancia, que lleva a un incremento continuo del nivel de consumo y va creando una dependencia física. Cuando el bebedor quiere suspender la ingesta, se producen síntomas de abstinencia que lo obligan a continuar bebiendo; teniendo como resultado la dependencia psicológica y fisiológica denominada dependencia alcohólica. A partir de ese momento la bebida comienza a adquirir prioridad sobre las demás actividades, el empeño por ocultar la adicción y síntomas consume gran parte del tiempo en el individuo provocándole estados alternados de angustia, irritación y autocompasión.

La sociedad actual fomenta el hábito de beber como una muestra de hospitalidad y una vía de comunicación. El vaso en la mano, lo mismo que un cigarro encendido, contribuye a que los individuos logren disminuir la tensión en reuniones con amigos, de negocios o en la toma de decisiones.

Para poder salir de la adicción el alcohólico no debe trasladar la culpa a la botella, al compañero de trabajo, el familiar, al destino, etc., debido a que son excusas que elabora porque no puede soportarse a sí mismo frente a las frustraciones. Por lo general el adicto no puede resolver por sus propios medios las dificultades ya que se requiere una conducta firme y una enorme fuerza de voluntad, sin embargo es la falta de estos los que impulsaron al individuo a la adicción. Después, la ingesta de alcohol acentúa progresivamente la falta de voluntad, haciendo una persona irritable y en ocasiones violenta, teniendo

ausencias de conocimiento sobre el comportamiento que tuvo durante el efecto del alcohol.

Como consecuencia de todas estas alteraciones se produce un profundo deterioro en las relaciones sociales, matrimoniales, familiares, etc.

La patología de la enfermedad alcohólica alcanza su culminación en la psicosis alcohólica, la cual es el resultado de las alteraciones que produce el abuso en el consumo del alcohol, teniendo ideas delirantes y alucinaciones. (Polaino y De las Heras, 2006)

1.9.2 Tabaco

La nicotina es un alcaloide natural que está contenido en los cigarrillos y otros productos de tabaco tales, como puros, chicles o tabaco en polvo.

El inicio del consumo del tabaco es de índole social, debido a que el individuo busca una identificación o imitación de alguien a quien admira, el deseo de hacerse mayores, asumir comportamientos y hábitos o la aceptación de sus iguales para pertenecer a un grupo social. A pesar de su amplia difusión sobre los riesgos de esta sustancia, la nicotina es una de las drogas más adictivas cuyo uso se inicia a edades cada vez más tempranas. (Alcántara et. al, 2003)

En el tabaco se han identificado más de mil sustancias tóxicas diferentes, algunas de las cuales se inhalan en forma de gases, mientras otras van en suspensión y forma de partículas en el humo de los fumadores. (Polaino y De las Heras, 2006)

Las enfermedades causadas por el consumo de tabaco son básicamente el cáncer pulmonar, cáncer en laringe, en el estómago, páncreas, riñón, vejiga, cuello uterino, cáncer de mama, enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, enfermedad coronaria, accidente vascular cerebral, taquicardia) y respiratorias crónicas (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica). El tabaquismo afecta a la mayor parte de los sistemas del cuerpo ya que alteran la conciencia y la capacidad de percibir, causan hostilidad, agresión y enojo así como insomnio, sudoración, ansiedad, etc.

1.9.3 Marihuana

La marihuana es extraída de una planta denominada cannabis sativa, se puede consumir mezclada con tabaco, de forma natural o por medio de extractos, aceites o resinas como el hachís o el hashoil.

El consumo de ésta actualmente está muy extendido debido a que es muy barata, los motivos del inicio de esta droga la OMS los ha resumido por Curiosidad en efecto y sensaciones, por lograr ser aceptado por un grupo de iguales, expresar independencia y/o quizá hostilidad, o simplemente por tener una experiencia nueva y agradable.

Los síntomas que provoca la marihuana son relajación, tranquilidad, euforia, taquicardia, percepción alterada en sonidos, colores, imágenes, retardo en el tiempo de reacción, alteración de la memoria para hechos recientes, a estos efectos le sigue una apatía que lleva a que el consumidor requiera nueva dosis para sentir la exaltación y creatividad. Con el uso a largo plazo los efectos van desde las enfermedades respiratorias y pulmonares como bronquitis crónica, disfunciones sexuales, delirios persecutorios, pérdida de memoria, problemas de concentración y expresión, y síndrome amotivacional (no tener el deseo para realizar alguna actividad).

La marihuana origina el fenómeno de la tolerancia y esto induce al adicto a experimentar con otras drogas para obtener los efectos deseados.

1.9.4 Cocaína

La coca es cultivada en América del Sur proviene del arbusto erytroxiloncoca. El consumo más generalizado de esta sustancia es la inhalación directa a través de las fosas nasales, mediante un canutillo por el cual se aspira (esnifa) una hilera de polvo de cocaína (raya), aunque también puede ser mascada, o fumada ya sea sola o combinándola con tabaco o marihuana.

Con el consumo de esta sustancia de manera habitual surge una intensa dependencia física y psíquica, con síntomas psicopatológicos variables, los cuales de manera más frecuente es la ansiedad, el insomnio, la aparición de ideas de persecución, prejuicio o delirios de grandeza, de igual manera puede facilitar el desencadenamiento de un trastorno mental como esquizofrenia o depresión. También es causante de desinhibición provocando actitudes

agresivas y estados de depresión agitada, facilitando la conducta antisocial provocando en los consumidores un comportamiento peligroso. Al ser inhalada, esta droga causa problemas en la mucosa o hasta podría llegar a perforar o destruir el tabique nasal; si es administrada vía intravenosa se incrementa el riesgo de contagio de la hepatitis, el SIDA, etc. (Polaino y De las Heras, 2006)

1.9.4.1 Base de coca o crack

El crack es una variante de la cocaína la cual consiste en cocaína-base no refinada la cual se obtiene añadiendo éter a la cocaína y calentando la mezcla, presentándose en forma de cristales. Este producto puede ser fumado, mezclado con tabaco o cannabis, o inhalado en una pipa de vidrio o latas. Otra vía de absorción es por vía intravenosa, teniendo como resultado los efectos más fuertes y rápidos ya que los cristales pueden alcanzar su gran pureza.

Los efectos de esta sustancia pierden la noción del tiempo, tienen delirios y en ocasiones llega a la locura, al terminar ese efecto el cual tiene muy poca duración se manifiesta la bajada la cual resulta insufrible deseando más sustancia y provocando un consumo compulsivo.

1.9.4.2 Speedball

El speedball es un combinado de heroína con crack, el cual tiene efectos muy peligrosos los cuales pueden llegar a producir un paro respiratorio, epilepsia, estupor, estado de confusión, incoherencia, aturdimiento general, así como alucinaciones sensoriales, aduditivas y visuales; y un gran riesgo de coma o muerte. Esto debido a la combinación de la heroína quien reduce la frecuencia respiratoria al igual que la cocaína consumida en grandes cantidades, tiene el mismo efecto. Los consumidores suelen pensar que al usarlas juntas se contraponen sus efectos y usan al juntarlas la misma cantidad máxima de su consumo independiente de cada una de las sustancias, logrando la dosis límite de sustancias químicas. (Washton, 1995)

1.9.5 Alucinógenos

Son sustancias que pueden generar depresión o estimulación del Sistema Nervioso Central. Los alucinógenos han sido utilizados desde la antigüedad por varias culturas alrededor del mundo y sus efectos, los cuales eran considerados como una experiencia mística o religiosa. Pueden producir

cambios significativos en el estado de conciencia; estas drogas se ingieren de manera más común por vía oral, otra forma de absorción es inyectada o fumada. Son sustancias muy potentes que en cantidades pequeñas pueden producir efectos muy fuertes (Alcantara et al, 2003)

Se encuentran en esta categoría el ácido lisérgico, mezcalina, peyote, hongos y éxtasis.

Los efectos del uso de alucinógenos incluyen alteraciones en la percepción auditiva, olfato, tacto, y gusto, así como la percepción del tiempo (alucinaciones) o delirios de persecución, estados de pánico agudo, alteraciones cardíacas y vasculares como la taquicardia, arritmia y disminución de la presión arterial. Inestabilidad emocional teniendo ansiedad, euforia, agresividad e ideas suicidas, en los efectos físicos se manifiesta la gastritis, náuseas, vómitos y mareos, temperatura corporal elevada, visión borrosa debido a la dilatación pupilar, pérdida del apetito, insomnio, temblores y escalofríos. Problemas en la coordinación motora, rigidez y calambres musculares. Con el paso del tiempo se puede presentar convulsiones o estados de coma, así como la aparición de Flashbacks los cuales después de días, semanas o años de haber utilizado la droga, el usuario puede ver colores intensos y otras alucinaciones.

1.9.6 LSD

El Acido Lisérgico Dietilamida (LSD) es un compuesto sintético obtenido por Hoffmann en 1953 a partir de la mezcalina y la psilocybina, ambos elementos que se encuentran en la naturaleza; el primero se extrae del peyote y el segundo es el ingrediente activo de un hongo mexicano. (Rossi, 2008).

El LSD llega a aumentar la sensibilidad a los sonidos y colores, tener el sentimiento de relajamiento o embriaguez, exaltación del humor y disociación sin embargo sus efectos físicos son taquicardia, aumento de la temperatura corporal, debilidad y pérdida de peso, escalofríos, vértigo y vomito. Hablando de efectos psíquicos produce depresión y confusión mental, afecta la creatividad, perturba emociones y genera cambios de humor, crea delirios persecutorios llevando a la locura.

EL LSD tiene un valor residual que al consumir ya sea semanas o meses tiene los mismos efectos que se tenían al inicio del consumo de la sustancia.

1.9.7 Mescalina

La mescalina es el alcaloide principal del peyote, al igual que el LSD no se ha demostrado que produzca dependencia física, y su tolerancia aparece muy pronto. (Polaino y De las Heras, 2006)

Esta sustancia suele consumirse en polvo inhalado por la nariz o en forma de cápsulas que se ingieren en grandes cantidades. Sus efectos oscilan entre diez y doce horas. Las alteraciones que se destacan es la alucinación visual en formas de figuras geométricas, centello de colores brillantes y escenas familiares. Los efectos son náuseas, vómitos y trastornos digestivos, así como estados de pánico e inestabilidad emocional, entre otros.

1.9.8 Opio

El opio es un polvo de color tostado que se obtiene de la amapola, se usa como anestésico, para el tratamiento en epilepsia, esta sustancia se encuentra en la morfina.

Los efectos son pupilas contraídas, náuseas, pérdida de reflejos, presión arterial baja, desaceleración cardíaca, epidermis enrojecida, convulsiones, euforia, placer y vigor sexual.

El consumo del opio produce adicción, tolerancia y dependencia física y psíquica. Sus efectos se manifiestan ocho horas después de su ingesta con sudoración, bostezo, sueño agitado dando pauta al insomnio, pérdida de apetito, debilidad, depresión e irritabilidad, posteriormente se sufre de cólicos, náuseas, vómitos, diarrea con periodos breves de frío y calor, incremento del ritmo cardíaco y la presión sanguínea.

1.9.9 Morfina

De los opiáceos, la morfina es la más estudiada debido a que su administración produce la disminución de dolor, náuseas, vértigo, somnolencia, disminución de la frecuencia respiratoria, cardíaca y temperatura corporal. En ocasiones al administrarse aparecen espasmos musculares, enrojecimiento cutáneo y

picazón. A largo plazo ocasiona estreñimiento e inhibición de la ovulación desapareciendo la menstruación.

El consumo de la morfina puede elevar el estado de ánimo y produce un sentimiento irreal de euforia y bienestar o sufrir de ansiedad y miedo. En dosis altas puede llegar a ocasionar la muerte por colapso circulatorio o paro respiratorio.

1.9.10 Heroína

La heroína se obtuvo de un medicamento de síntesis. Actualmente la morfina puede convertirse en heroína teniendo un aspecto de polvo blanco la cual se consume disuelta en agua y calentada para ser inyectada por vía intravenosa, otra manera de consumirla es esnifada con la ayuda de una pajilla o fumada ya sea sola o mezclada con cocaína, anfetaminas, éxtasis, hachís o benzodiazepinas.

Los efectos de la heroína se extiende por el cuerpo y la mente, las pupilas se dilatan, y se crea una indiferencia a lo que lo rodea en ese momento, el consumo de dicha sustancia va creando tolerancia aumentando cada vez más la dosis para lograr el sentimiento de placer deseado.

El heroinómano deja de realizar sus actividades diarias como acudir a su empleo, comer, tener relaciones sexuales a falta de potencia sexual. El consumo de la heroína provoca conductas homicidas y suicidas, así como implicaciones en accidentes, problemas de salud como el estreñimiento, sudoración continua, hepatitis, cirrosis, bronquitis, dolencias cardiacas. El toxicómano entra en una fase degenerativa en la que no puede realizar razonamientos complejos teniendo escasa o nula capacidad de concentración

1.9.11 Anfetaminas y Metanfetaminas

Las anfetaminas y metanfetaminas pertenecen a las drogas estimulantes y se utilizan para adelgazar, reducir el cansancio y aumentar el rendimiento físico, ocasionan un sentimiento de liberación intelectual el cual permite creer que se comprende todo. Gran parte de estas sustancias se producen en laboratorios y pueden ser inhaladas, fumadas, inyectadas o consumidas de manera oral por medio de capsulas.

Los efectos de las anfetaminas son pérdida del apetito, falta de sueño, constricción de vasos sanguíneos, temblores, aumento de la presión sanguínea, así como el aumento de la frecuencia cardíaca y respiración, conducta paranoide, hemorragia y lesión cerebral, hostilidad y disminución de la coordinación motora.

1.9.12 Éxtasis o MDMA

La metilendioximetanfetamina (MDMA) también conocida como "éxtasis", es una droga sintética psicoactiva con propiedades alucinógenas y efecto eufórico. Si se toma en dosis fuerte puede provocar hepatitis, cirrosis y trastornos psíquicos.

El Éxtasis se produce en laboratorios teniendo un color blanco, sin olor pero con sabor amargo, se presenta en forma de comprimidos, cápsulas o en polvo cristalino que se disuelve en líquidos, pudiendo ser bebida, ingerida o inyectada.

Sus efectos son parecidos a las anfetaminas, sin embargo depende del ambiente en el que se usen, si son usados en fiestas los efectos estimulantes se incrementan de modo que la persona puede soportar mucho tiempo bailando sin cansarse. La sensación de confianza promueve sentimientos de cercanía y manifestaciones de afecto con conocidos y extraños, sudoración, alucinaciones, sensación de estar flotando, y actitud irracional.

1.9.13 Ansiolíticos

La ansiedad normal constituye un mecanismo de defensa natural que sirve para proteger a las personas. Es un estado de ánimo que aumenta el rendimiento y las motivaciones manteniendo a la persona en un estado de alerta para prevenir cualquier amenaza. Cuando la ansiedad se convierte en una patología el sujeto se siente invadido por un estado de alerta permanente ante supuestas amenazas, temores indefinidos, incomodidad, preocupaciones exageradas, inseguridad y tensión emocional. (Rossi, 2008)

Para el tratamiento de la ansiedad como patología, epilepsia, para el relajamiento muscular, o manejo de abstinencia al alcohol y drogas activas, se utilizan varios fármacos, de los cuales para Rossi (2008) los más conocidos son:

- Barbitúricos. Estas sustancias provocan dependencia psíquica debido al grado de tolerancia que poseen. En cantidades altas los efectos de estas sustancias son embriagadores similares a los efectos que causa el alcohol. Los efectos después de un uso continuo de la sustancia cambia la personalidad, volviéndose más irritable, depresiva, falta de atención y memoria; así como desorientación y alucinaciones al disminuir o eliminar el consumo de la sustancia.
- Propanodiolos. Se consideraban prototipos de ansiolíticos, sin embargo posteriormente fueron descartados por su toxicidad.
- Hidroxicina. Esta sustancia fue usada por su acción sedante, pero luego se comprobó que los efectos eran contrarios a los buscados y cayó en desuso.
- Neurolepticos. En el tratamiento de la ansiedad se usan en pequeñas dosis ya que no producen efecto rebote ni dependencia. Se utiliza para el tratamiento de la psicosis esquizofrénica.
- Betabloqueantes. Es utilizada para los síntomas de la ansiedad, como la taquicardia y temblores, dando sensación de confort y mejoría.
- Benzodiazepinas. Provocan el fenómeno de tolerancia y tolerancia cruzada, el cual es un efecto por el que un consumidor de varias drogas se hace tolerante a otras aunque no haya tenido el consumo de dichas las sustancias. Además de ser ansiolítico, se utiliza como relajante muscular, acción anticonvulsiónante y acción hipnótica.

Los efectos de los tranquilizantes son la reducción de las reacciones emocionales, tranquilidad y disminución de la tensión muscular al igual que de ansiedad; somnolencia, cansancio, pereza, aislamiento, errores de pronunciación de palabras, confusión y alteración del juicio. En dosis elevadas puede ocasionar pérdida del estado de la conciencia o coma. Con el paso del tiempo en el consumo de los ansiolíticos producen somnolencia constante, pereza y falta de motivación para realizar actividades, alteración en la memoria, ansiedad, aumento de peso, náuseas, erupciones en la piel y dolor de cabeza.

1.9.14 Inhalables

Son sustancias químicas tóxicas volátiles, utilizadas a través de inhalación por la nariz o aspiración por la boca con el fin de producir depresión del sistema nervioso central.

El uso de estas sustancias suele ser por la fácil obtención, ya que son productos utilizados en el hogar, escuela o trabajo y tienen gran potencial de convertirse en sustancia de abuso. Los más conocidos son la acetona, cemento, gasolina, thinner, pegamentos, disolventes.

Estas sustancias producen una sensación de euforia y despreocupación, alteraciones en la percepción, dolor de cabeza, vómitos diarrea, conductas violentas, problemas de coordinación motora, alteración del equilibrio y la marcha, dificultades para respirar, hepatitis, daño pulmonar y renal, daño cerebral irreversible, y en casos de exposición masiva puede llegar a provocar el coma y la muerte.

CAPITULO 2

COCAÍNA

Para tratar correctamente a los pacientes dependientes de la cocaína es esencial el conocimiento de las particularidades del consumo de esta sustancia. Los terapeutas profesionales que quieren ser eficaces con los adictos a la cocaína deben conocer de forma exhaustiva todos los datos relativos a la cocaína, incluyendo su mecanismo de acción, sus efectos positivos y negativos; así como sus vías de absorción y administración, factores culturales, farmacológicos y psicológicos que generan los patrones del uso compulsivo y rituales asociados a la compra, preparación y consumo de cocaína en sus variables formas.

La elección de droga por parte del paciente no es aleatoria y aunque pueden existir muchas similitudes entre adictos que eligen una determinada droga psicótropa, las diferencias son también importantes. Los adictos a la cocaína no son simplemente alcohólicos o heroinómanos que eligieron una sustancia psicótropa diferente de modo accidental. Éste es un factor importante a tener en cuenta cuando se lea esta investigación, ya que se presentarán las características específicas de la adicción a la cocaína y su tratamiento cognitivo conductual.

2.1 Origen de la cocaína

La palabra coca deriva de la lengua aymara que significa simplemente planta o árbol, también se dice que proviene del término Inca “Kuka”, en la cual tuvo un importante uso durante su imperio donde se utilizaba la coca en los sacrificios. (Pascual et. al, 2001)

La coca es un alcaloide que se obtiene de la planta de coca, la cual es un arbusto del género *Erythroxylum* originada de América del Sur en las regiones andinas de forma silvestre la especie *Erythroxylum coca* y sus propiedades estimulantes fueron descubiertas, probablemente, hace más de 6 mil años. Existen más de 250 especies de este género y la mayor parte de ellas son originarias del trópico americano. No obstante sólo las dos principales especies cultivadas el *Erythroxylum coca* y *Erythroxylum novogranatense*, son las que

contienen suficiente cantidad de alcaloides para que el acullico sea eficiente. Alcanza hasta 3 metros y crece entre los 500 y 1500 metros de altura sobre el nivel del mar. De frutos rojos, sus hojas tienen forma ovalada, de 5 a 6 centímetros de longitud y de 2 a 3 de ancho, con una corta espícula en el extremo y dos líneas en la cara ventral de la hoja a ambos lados de la nervadura central. Puede dar hasta 4 cosechas anuales y ser productiva durante cuarenta años.

Químicamente, la cocaína es la benzoilmetilecgonina. Es un polvo blanco de sabor amargo que provoca insensibilidad gustativa por sus propiedades anestésicas. (Diaz, 1998)

2.2 Aproximación histórica del consumo de cocaína

Diversos investigadores coinciden en afirmar que el cultivo y consumo de hoja de coca ya estaban ampliamente difundidos, como mínimo, 4 000 años a.C (Henman, 1981).

Se han encontrado en restos funerarios del 2500 a. C en la boca de las momias cocaína, la cual se utilizaba para asistir al finado en la otra vida. Posteriormente los indios de América masticaban las hojas del tabaco como de coca como sustituto del refrigerio. Otro uso que se les daba era como talismanes y amuletos, así como en ceremonias religiosas, creyendo que se convertían en animales poderosos y visionarios. Ocupaban además la cocaína para atenuar el cansancio y el malestar al subir altas llanuras, teniendo como resultado aminorar el hambre y la sed.

La conquista en América llevó el consumo a todas las personas, otorgando al clero un diezmo del comercio de la coca, lo cual tuvo como resultado la legalización de ésta, aunque 40 años después se afirmó como una actividad social no autorizada. (Pascual, 2001)

En 1860 el químico Niemann aisló y purificó por primera vez la cocaína de la hoja y en 1902 los estudios Willstätter sintetizaron por primera vez en un laboratorio, describiendo definitivamente su estructura química. Desde entonces, y hasta su prohibición por los efectos secundarios indeseados en 1915, la cocaína fue muy utilizada como euforizante, como anestésico local, como remedio contra el morfinismo, el alcoholismo, así como tratamiento para una amplia gama de síntomas psicológicos inespecíficos que incluían debilidad

nerviosa, fatiga física y mental (teniendo dificultad de coordinación en ideas). (Bouso et al, 2009).

En los años 1880 Freud se hizo consumidor de cocaína, pudiendo ser por curiosidad científica o para la automedicación de sus depresiones y dolores corporales, posiblemente un cáncer; es por ello que se le deben las primeras descripciones de los efectos tras ingerir la droga. Es en su principal obra de la cocaína (Über coca) donde Freud aconseja su uso para el tratamiento, no sólo de la depresión sino del alcoholismo, adicción a la morfina, del asma, y problemas gastrointestinales, terminando Von Fleish amigo y paciente de Freud como adicto a la cocaína y el primer caso documentado de psicosis cocaínica. Posterior a Freud quien descubre sobre las propiedades de anestésico local; Koller comenta sobre las propiedades vasoconstrictoras y anestésicas de la cocaína en 1884.

En Europa a finales del siglo XIX Mariani elaboró una infusión de hojas de coca en vino, cuya publicidad afirmaba que al consumir la bebida no tendría fatiga alguna, así como la ayuda para el tratamiento de enfermedades gastrointestinales, y debilidades nerviosas. Otra bebida fabricada ésta sin alcohol fue la Coca Cola quien se anunciaba como tónico cerebral y cura para el dolor de cabeza, histeria o melancolía, etc., el uso de cocaína en este producto fue dejado en 1904 por las autoridades federales en E.U. De igual manera existían tónicos medicinales que aliviaban los males ya mencionados. En 1954 la OMS observó satisfactoriamente la disminución del consumo de la cocaína, (siendo la heroína la droga con mayor consumo); sin embargo en 1970 su consumo volvió a incrementar, siendo como se ha comentado un problema sanitario en el campo de las toxicomanías. (Lorenzo, 2009)

En un estudio realizado por el CONADIC por medio de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) del 2008 demostró que la cocaína ha mostrado variaciones importantes y desplaza a los inhalables en las preferencias de la población desde finales de los años ochenta e inicios de los noventa, cuando aparece en el mercado nacional. Desde entonces, ha mostrado fluctuaciones importantes: el crecimiento acelerado que mostró en los años noventa se nivela y disminuye ligeramente hacia el final del siglo pasado para volver a repuntar en esta década; el consumo del crack ha tenido de igual manera incrementos

importantes. Siendo la coca la droga en segundo lugar de consumo, teniendo la marihuana como la droga más consumida en el primer lugar.

Para el 2003 las formas de consumo de la cocaína son las siguientes: el 1.3% consumen polvo, el 0.04% pasta, el 0.1% crack y el 1.89% es inyectada. Esto realizado en un estudio en personas de 18 a 34 años. Adquiriendo la sustancia de la siguiente manera: el 69 % se da por amistades, 26.55% se da en las calles, el 0.89% en casa y el 2.78 es por otros. Más aún, los resultados tanto del número de veces de su consumo es en un primer grado el 15.56% de 50 a más veces, siguiéndole con un 16.87% de 11 a 49 veces y así posteriormente de 6 a 10 veces con un 8.05%; de 3 a 5 veces un 18.97% y finalmente con un alto índice de consumo 1 a 2 veces 40.5%. De los cuales acuden a tratamiento o a cualquier ayuda el 45.40%.

Se ha notado un incremento en el consumo de la cocaína y crack del 2002 al 2008, del 1.2% al 2.4% de la población entre 12 y 65 años, siendo este último 1.7 millones de personas adictas a la sustancia, teniendo mayor adicción los hombres con 4.1% y las mujeres 0.7%. La edad actual de inicio en el consumo de la cocaína es de 36.4% antes de los 17 años, entre los 18 y 25 años se encuentra el 48.5% de los adictos, el 11.8% comenta haber consumido por primera vez la sustancia entre los 26 y 34 años, siendo sólo el 3.3% en una edad posterior a los 35 años. Alrededor de la misma proporción de las personas que notificaron sobre el uso de *crack*, habían iniciado antes de los 18 años 42.2%, después de esta edad, entre los 18 y 25 años el 41.9%, de 26 a 34 años y posterior a los 35 el 2.7%

Las personas que combinan el uso de la cocaína con otras sustancias son 4.9 millones de los cuales el 18.6 la consume con cualquier droga, el 18.2% la conjunta con otras drogas ilegales y el 2.3% con drogas médicas.

La cocaína sigue apareciendo en segundo lugar a nivel nacional en 2011 con un usuario de cocaína por cada 2,4 usuarios de marihuana. Uno de cada 5 usuarios de cocaína la consume en forma de piedra o crack.

A nivel mundial según la ENA (2011) muestra que EU es el primer consumidor de cocaína, seguido por Sudamérica con el 2.0%, Europa Occidental representa el 0.9%, Europa Este el 0.1%, Africa el 0.2%, Asia el 0.01%, Canada el 1% y México con el 0.3%

En la actualidad al ser la adicción a la cocaína un problema mundial se han llevado a cabo encuentros para la solución de este problema, es el caso en el 2009 (Tokatlián, 2010) en Barcelona donde el Foro Mundial de Cultivadores de Plantas Declaradas Ilegales reunió campesinos nativos de Asia, África y América Latina para la declaración política citada en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre y otras; sobre la riqueza, los derechos a los medios de sustento y los derechos de las comunidades nativas a practicar sus tradiciones, la medicina tradicional y la preservación de las plantas medicinales; afirmando que las plantas ilegales deben ser reconocidas como patrimonio cultural y natural de la humanidad, así como sus usos benéficos en su estado natural y como insumos para productos industriales. Como resultado afirmaron que las organizaciones internacionales y los gobiernos deben reconocer y respetar las realidades diversas de cada país y deben incluir esas realidades en la formulación de las políticas.

En Bolivia el presidente Morales, entre otros, exige que la coca sea removida del calendario de las Convenciones y que su uso tradicional e industrial sea considerado legítimo; mostrando cómo se masca y explicando que esa práctica no es problema para los indígenas, mientras que la cocaína, producto occidental, sí lo es para el mundo moderno. (Tokatlian, 2010)

2.3 Vías de absorción y administración

Existen diferentes formas de abuso de la cocaína que determinan las vías de administración de esta droga; el consumo de cocaína varía según la cantidad, ritmo, vía y posible combinación con otras sustancias. (Caballero y Alarcón, 2000)

a. Según la Cantidad y el Ritmo:

- Consumo controlado, habitualmente experimental o recreativo de cantidades moderadas (menos de 1/4 de gramo de cocaína) y con conservación del control voluntario sobre el consumo.
- Consumo intensificado o compulsivo que caracteriza el abuso y la dependencia de cocaína (pueden llegar a tomarse varios gramos, muchas horas o días seguidos y no se conserva íntegra la voluntad de dejar de consumir a pesar de las consecuencias negativas).

b. Según la Vía:

Los métodos de administración de la cocaína pueden ser: inhalada o esnifada, donde la cocaína es absorbida por la mucosa y llega al cerebro en 5 segundos; fumada donde es más tardado el efecto debido a que se quema la cocaína, e inyectada por vía intravenosa llegando al cerebro en 30 segundos. En algunos lugares de forma oral, rectal o genital.

c. Según la Mezcla o consumo conjunto con otras sustancias:

- Cocaína pura.
- Cocaína mezclada con alcohol, cannabis, heroína u otros estimulantes o sedantes, incluidos los de prescripción médica.

2.4 Formas de preparación

Los efectos tóxicos que se producen al consumir la cocaína dependen de los disolventes utilizados; de igual manera condiciona el grado de adicción de la droga. Fundamentalmente las siguientes formas de uso son las siguientes (Lorenzo, 2009):

- Hojas de coca. La absorción es muy variable dependiendo, fundamentalmente, del contenido de las hojas, de la preparación usada y de la presencia o ausencia de sustancias alcalinas en la boca del masticado así como de la habilidad de éste. Las hojas de los arbustos originarios de Java son por lo general las más ricas en alcaloides totales y predomina en ellos la cinamil-cocaína mientras que las hojas de Bolivia, Perú y Ceilán contienen menos alcaloides pero una proporción superior de cocaína. Se obtiene entre 0.5 y 1.5% de cocaína, absorbiéndose vía oral con una duración entre 30 y 60 minutos. No desarrolla dependencia.
- Pasta de coca. También se denomina sulfato de cocaína, pasta base o simplemente pasta; es el producto bruto o no refinado que resulta del primer proceso de extracción de la cocaína a partir de las hojas de coca. Se obtiene de la maceración de las hojas con ácido sulfúrico u otros productos químicos (alcalinos, solventes orgánicos, amoníaco etc.). Contiene de un 40 a 85% de sulfato de cocaína. Sirve de base para la posterior elaboración del clorhidrato de cocaína. Es fumada y tiene una duración en el efecto entre 5 y 10 minutos después de aspirar dos o tres

rayas, prolongándose el efecto estimulante durante media hora. Desarrolla dependencia a corto plazo. (Pascual, 2001)

- Clorhidrato de cocaína. Es la sal de la cocaína formada con ácido clorhídrico. Se presenta en forma de cristales escamosos blancos, más o menos adulterada; se administra por vía intranasal (para esnifar) o se inyecta por vía venosa (no se puede fumar pues se destruye por el calor). El esnifado es un modo muy común de usar la cocaína. Debido a la intensa vascularización de la mucosa de la nasofaringe la absorción es rápida así como sus efectos (locuacidad, sensación de energía) que duran entre 20 y 40 minutos. La administración de cocaína por vía endovenosa es también frecuente. A veces se combina con heroína (speed ball) para evitar los efectos de rebote desagradables producidos por la cocaína. Los efectos farmacológicos y psíquicos por cocaína endovenosa son inmediatos (30 segundos) y potentes pero de breve duración (10-20 minutos), con aparición posterior de un intenso crash (disforia, irritabilidad y alteraciones gastrointestinales), otras vías de administración es subcutánea, intramuscular, ocular o genital; cualquiera de estas vías muestra dependencia siendo de menor tiempo la parenteral (endovenosa, subcutánea, intramuscular) y con un plazo mayor la vía tópica (ocular, genital, intranasal).
- Cocaína base. Se obtiene mezclando el clorhidrato de cocaína con una solución básica (amoníaco, hidróxido de sodio o bicarbonato sódico), luego se filtra el precipitado o se disuelve con éter y se deja que éste se evapore. Existen dos formas de consumo.
 - La primera consiste en inhalar los vapores de base libre (“free base”), extraída del clorhidrato con solventes volátiles (éter) a muy alta temperatura (800°C) utilizando mecheros de propano. Lo engorroso de su uso es la necesidad de una pipa de agua, éter, o mechero de propano, haciendo que su uso esté menos extendido.
 - El “Crack” o “rock” es la segunda forma de consumo, la cual es una forma de cocaína base que se obtiene añadiendo amoníaco a una solución acuosa de clorhidrato de cocaína en presencia de bicarbonato sódico para alcalinizarla; se calienta a 98°C; la base

libre precipita en forma de pasta, que una vez seca tiene aspecto de porcelana, que se tritura en escamas; se suele presentar como gránulos de 125 a 300 mg (1 ó 2 dosis). Ésta forma de coca se inhala en recipientes calentados o se fuma pulverizado y mezclado con tabaco, marihuana, fenciclidina (PCP), etc., en forma de cigarrillos. La cocaína base (crack) es la forma que generalmente se fuma ya que la base es más volátil, vaporizándose a bajas temperaturas en contraste con el clorhidrato de cocaína que se descompone antes de volatilizarse cuando se calienta. El popular nombre de Crack procede del ruido de crepitación que producen los cristales cuando se calientan. El crack se difunde muy rápidamente de pulmones a cerebro; sus efectos son inmediatos, 5 segundos muy intensos (se dice que es 10 veces superior a la cocaína intravenosa o esnifada) y muy fugaces ya que su efecto dura 4 minutos; su “bajada” resulta tan insufrible que entraña un uso compulsivo y muy frecuente. El “crack” produce una dependencia psicológica tan esclavizante que resulta casi imposible abandonar su consumo, a aquellos adictos que lo han probado varias veces.

2.5 Efectos del consumo de cocaína

La dosis letal de cocaína se encuentra entre 0.5 y 1.5 g, siendo cada línea de 15 a 25 mg. Ciertas vías de administración, por sus propias características y la dosis de la cocaína son más propensas a producir cuadros psiquiátricos por intoxicación, siendo la pulmonar y endovenosa las que encuadran este hecho. Sin embargo se debe considerar el grado de pureza de la cocaína y de otros tóxicos, si es que se combina. (Lorenzo, 2009)

El problema del uso de la cocaína además de la muerte o el trastorno físico para la mayoría de los consumidores, es la adicción y la disfunción psicosocial. La trampa para los consumidores en cocaína reside en el extraordinario potencial adictivo, la capacidad para controlar, distorsionar y deteriorar químicamente la conducta del consumidor, los trastornos del estado de ánimo, el estado mental y el sistema de valores, llegando a afectar el trabajo, la carrera tanto como la familia del adicto de forma severa. La caída en la

adicción a la cocaína y su efecto en los demás constituyen con frecuencia, el principal instintivo del paciente para buscar ayuda y tratamiento. Estos efectos son responsables de la fuerte carga que ejerce la cocaína en la sociedad. (Wasthon, 1995)

2.5.1 Efectos neurológicos

La cocaína es un inhibidor de los procesos de recaptación en la sinapsis de dos neurotransmisores: noradrenalina y dopamina (DOPA), creando una acumulación de estos. (Lorenzo, 2009) Actúa en el proceso normal de comunicación, las neuronas liberan dopamina dentro de la sinapsis, donde se une a los receptores de dopamina en las neuronas adyacentes. Normalmente, una proteína especializada llamada la transportadora de dopamina, recicla la dopamina de vuelta a la neurona transmisora; cuando se ha consumido cocaína, ésta se adhiere a la transportadora de dopamina y bloquea el proceso normal de reciclaje, resultando en una acumulación de dopamina en la sinapsis, lo que contribuye a los efectos placenteros de la cocaína. (National Institute on Drug Abuse, 2005)

La cocaína es rápidamente metabolizada, generalmente por hidrólisis enzimática para producir benzoilecgonina (BE), ecgonina metil ester y posteriormente ecgonina. La benzoilecgonina es el metabolito que se detecta en orina, más utilizado para monitorizar los tratamientos, se excreta del 1 al 5%, siendo la cocaína detectada en la orina 3 o 4 días del último consumo, dependiendo de la cantidad consumida o de la sensibilidad de la prueba. (Lizasoain et al, 2001)

Por otra parte la cocaína actúa en la autorregulación de la serotonina, la cual es necesaria para que la cocaína produzca dependencia. En 1995 Washton menciona que la cocaína tiene principalmente dos acciones farmacológicas. Es un anestésico y un estimulante del Sistema Nervioso Central (SNC). Es la única droga conocida que posee estas dos cualidades, la cocaína ejerce sus acciones anestésicas locales de adormecimiento o bloqueo. La Acción sobre el Sistema Nervioso Periférico (SNP) bloquea la conducción nerviosa cuando se aplica localmente; cuando la droga desaparece absorbida por la circulación, el nervio recupera su función. El clorhidrato de cocaína se ha utilizado como anestésico en la cirugía local nasal, de garganta y laringe o en cirugías ópticas.

La acción que ejerce sobre el SNC es estimulante, dando lugar a un incremento en la presión sanguínea, la frecuencia respiratoria, temperatura corporal, taquicardia, inquietud y convulsiones. Aumenta la capacidad mental y la capacidad para el trabajo muscular, debido a que disminuye la sensación de fatiga, proporcionando de igual manera un estado de alerta y energía.

La cocaína se consume con el fin de alterar el funcionamiento cerebral, y por consiguiente, el estado de ánimo y funcionalismo psíquico. Los efectos del high son los efectos agudos deseados de la cocaína los cuales pueden pasar de muy agradable a muy desagradable, puede llegar a ser espantoso cuando el consumo se hace crónico y más intenso, de igual forma son resultantes de cambios bioquímicos en la actividad cerebral, como sucede con las drogas que alteran el estado de ánimo; además la calidad e intensidad de la experiencia inducida por cocaína puede variar de acuerdo con diferentes factores, incluyendo la dosificación, la cronicidad del uso, el método de administración y el uso simultáneo de otras drogas; de igual manera puede influir el estado de ánimo la personalidad, las esperanzas y la condición física del consumidor, los motivos para tomar la droga y las circunstancias, así como el lugar en donde se consume.

2.5.2 Efectos agudos del consumo de cocaína

La administración de cocaína produce efectos psicológicos agudos típicos de las sustancias estimulantes, los más importantes son la euforia inicial, que puede derivar en disforia, el aumento de la comunicación verbal, de la autoconfianza y de la actividad sexual, la inquietud psicomotora, la anorexia o el insomnio. También pueden aparecer ideas sobrevaloradas de grandiosidad y alteración de la capacidad de enjuiciar la realidad. La sintomatología es más aguda y repentina si el consumo se realiza por vía endovenosa o fumada en forma de crack. Se puede producir cambios conductuales desadaptativos como peleas, agitación psicomotora y sintomatología paranoide.

Algunos consumidores de cocaína están en situaciones laborales especiales, por ejemplo: los conductores, los operadores, los cirujanos, médicos, enfermeras, conductores de transportes públicos y los trabajadores de bares y centros nocturnos, ostentan cargos de responsabilidad directas sobre la salud y

seguridad de otras personas. En esas situaciones, la adicción implica un potencial de riesgo catastrófico. (Wasthon, 1995)

Se pueden presentar alteraciones sensorio-perceptivas con alucinaciones visuales o táctiles incluso al cabo de una hora. A nivel neurovegetativo el consumo de cocaína puede producir taquicardia, midriasis, alteraciones de la tensión arterial que pueden incluir crisis hipertensivas, sudoración, escalofríos, náuseas y vómitos.

El consumo crónico de cocaína produce depresión, irritabilidad y agotamiento general, menor socialización y problemas del pensamiento abstracto, así como de la memoria verbal. (Roncero et. al, 2001)

2.5.3 Psicosis cocaínica

Los síntomas psicóticos son una de las complicaciones más habituales producidas por el consumo de cocaína, ya sea agudo o crónico que suelen estar precedida por un periodo de suspicacia, recelo, conductas compulsivas y estados depresivos o ansiosos; habitualmente va ligado con agresión y agitación. De acuerdo a Satel y Edell (1991), los pacientes que experimentan paranoia durante la intoxicación pueden tener más riesgo de desarrollar psicosis que los que consumen cocaína y no la experimentan. (Roncero et al, 2001)

La psicosis inducida por cocaína suele ser autolimitada, y cede sin tratamiento en las horas siguientes al cese del consumo. Es excepcional que los síntomas se prolonguen más allá del periodo de crash, el cual es la falta temporal de dopamina después del exceso de esta, refuerza la recaída y el consumo continuado de la sustancia, debido a que el adicto se siente cansado, ansioso, deprimido e irritable durando aproximadamente entre 30 y 60 minutos. (Wasthon, Arnold. 1995). Las alucinaciones no son extrañas, y generalmente son congruentes con el sistema delirante. Las auditivas son las más habituales (ruidos de gente que les sigue o quiere quitar la droga), seguidas, en menor frecuencia por las visuales (espías por las ventanas, etc.), táctiles o visuales de tener parásitos en la piel.

Resulta de gran interés el diagnóstico diferencial entre la psicosis esquizofrénica y la psicosis inducida por cocaína ya que un diagnóstico equivocado de acuerdo a Serper (1999) podría llevar a un abordaje terapéutico erróneo; sin olvidar el riesgo que un paciente intoxicado por cocaína tiene para

padecer convulsiones, infarto agudo de miocardio, fallo respiratorio, agitación, o incluso muerte súbita. Los pacientes con psicosis esquizofrénicas presentan con más frecuencia trastornos formales del pensamiento y delirios bizarros; mientras que en las psicosis tóxicas aparecen más habitualmente antecedentes de tratamiento de mantenimiento con metadona, tratamientos de desintoxicación, abuso de cocaína intravenosa e ideación suicida. (Roncero et al, 2001)

Los estados psicóticos inducidos por la cocaína sólo se producen en los estados de intoxicación o abstinencia, en tanto que los estados psicóticos primarios pueden preceder la ingesta de la sustancia o regresar luego de un período prolongado de abstinencia, siendo así los Flash back alucinatorios. Se debe tener en cuenta que en todos los casos es irremplazable realizar una minuciosa historia clínica.

2.6 Enfermedades asociadas al consumo de cocaína

Es imposible predecir la cantidad de cocaína, ni el tiempo de consumo que pueden causar complicaciones orgánicas en el consumidor en general, dosis más altas y períodos más largos de uso aumentan la probabilidad de problemas médicos relacionados con la cocaína. Una excepción improbable pero conocida la construyen las reacciones mortales en consumidores ocasionales o incluso durante el primer consumo. Las complicaciones por el consumo de ésta sustancia depende según sus vías de administración las cuales Washon (1995) nos hace la siguiente clasificación.

Vía intranasal: Sinusitis, ulceraciones nasales, hemorragia de la mucosa nasal, congestión e inflamación de la mucosa nasal, cefaleas (dolores de cabeza crónicos), anosmia (pérdida o disminución el sentido del olfato) y perforación del tabique nasal.

Vía respiratoria: Bronquitis, neumonía, congestión torácica, sibilancias (sonido emitido del aire al pasar por las vías respiratorias congestionadas) y emisión de esputos (secreciones en pulmones o bronquios) negros, tos crónica, ronquera, quemaduras en los labios, boca, lengua y garganta.

Vía intravenosa: Tuberculosis, infección en los lugares de la inyección, hepatitis B, endocarditis, septicemia, VIH.

Complicaciones del uso de cocaína durante el embarazo: Separación prematura de la placenta, aborto espontáneo; defectos neurológicos del feto y malformación fetal otra complicación es el nacimiento prematuro, parto de un feto muerto o de bajo peso al nacer.

Otras complicaciones de la cocaína según la Comisión Clínica Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas son los que se producen con la interacción de la cocaína con algunos medicamentos:

- 1) Opioides.
 - a) Buprenorfina. Aumenta la frecuencia cardiaca. Sin cambios significativos en efectos subjetivos o preferencia.
 - b) Naltrexona Sin cambios en efectos cardiovasculares y subjetivos.
- 2) Antipsicóticos.
 - a) Clozapina Disminuye la tensión arterial y frecuencia cardiaca, también incrementa las náusea, mareo y palidez.
 - b) Haloperidol Disminución de la tensión arterial sin modificar la frecuencia cardiaca, puede producir un aumento de craving.
- 3) Dopaminérgicos
 - a) Amantadina No constituye cambios en parámetros cardiovasculares, ni en efectos subjetivos y autoadministración.
 - b) Bromocriptina Disminuye la presión arterial e incrementa la frecuencia cardiaca.
- 4) Psicoestimulantes
 - a) Metilfenidato Sin cambios en parámetros cardiovasculares, reduce los efectos placenteros y deseo de consumir.
 - b) Modafinilo Sin cambios en parámetros cardiovasculares, reduce discretamente los efectos placenteros, disminuyendo las concentraciones de cocaína y su autoadministración.
- 5) Anestésicos
 - a) Lidocaína Puede reducir el umbral convulsivo e incrementar los efectos sobre el ritmo cardíaco.
 - b) Propofol Aparición de opistótonos (postura de la espalda severamente rígida o arqueada) y convulsiones o epilepsias.

El consumidor de cocaína puede beber una gran cantidad de alcohol sin sentir ningún efecto depresor, propio de la intoxicación etílica. Esto sucede porque la cocaína es un potente estimulante de corto período de acción, reduce o anula temporalmente los efectos depresores del adicto teniendo menor migraña causada por la cocaína, aunque la combinación supone un riesgo causal de muerte al minimizar los efectos de ambas sustancias. (Washton, 1995)

CAPITULO 3

TRATAMIENTOS PARA LA ADICCIÓN A LA COCAÍNA

Aunque la dependencia de cocaína es una enfermedad tratable, no existe un único método terapéutico que sea igualmente eficaz para todos los pacientes adictos. Las personas que contraen la adicción no constituyen un grupo homogéneo, como los dependientes de otras drogas, ya que presentan necesidades variadas y distintos problemas relacionados con el consumo de cocaína.

La elección de un tratamiento para la adicción a la cocaína se basa en las características clínicas del paciente, ya sean sus preferencias, las necesidades terapéuticas y las alternativas disponibles, siendo en un entorno terapéutico menos restrictivo y que menos interfiera en la vida cotidiana. (Solé, 2001)

En este capítulo se incluirá como se integra a un adicto de cocaína a un proceso terapéutico, así como dar a conocer los problemas que se presentarán en el adicto al buscar la abstinencia; de igual forma se delimitarán principios básicos para un tratamiento eficaz finalizando con los diferentes tratamientos que se ocupan para ésta adicción.

3.1 Integración al adicto de cocaína a un proceso terapéutico

Un aspecto igual de complicado que el consumo de cocaína es hacer que el adicto se integre a un tratamiento para dejar el consumo de esta sustancia, los especialistas en este tema coinciden que normalmente se requiere pasar por una situación de crisis ya sea laboral, económica o de relaciones interpersonales; así como por una pérdida personal importante, para que el adicto se motive a salir del consumo.

Las personas cercanas al adictos sólo puede observar como el adicto va cayendo en su autodestrucción, pérdida de vida social o pareja e incluso la muerte; es por la frustración que provocan los adictos al no escuchar o dejarse ayudar por ellos que, realizan reuniones para que el adicto deje de consumir la cocaína, ya sea retirándole el apoyo económico o cualquier ayuda si el adicto no acepta ayuda terapéutica.

El proceso por el cual como se comento anteriormente, decide dejar el tratamiento se denomina “tocar fondo”, y cuando se estructura la ayuda de los

seres queridos del adicto de manera formal, con la ayuda de un profesional, se le denomina "intervención". La intervención la define Hawkins (2009) como una barrera que se interpone en nuestro camino y nos dice que no podemos seguir adelante, teniendo como resultado deseable un cambio de conducta, interiorizando el proceso de cambio de manera paulatina debido a las autoresistencias.

El tocar fondo y la intervención para Washton (1995) constituyen la base para que el adicto acepte el tratamiento para dejar de consumir la cocaína, para Washton la intervención, no siempre es positiva y puede ser peligrosa si no se realiza con destreza y cuidado, se debe considerar como un último recurso que se utilizará cuando otras acciones menos expeditivas hayan fallado. Muchas intervenciones han salvado vidas y han evitado a los adictos y a sus familias sufrimientos innecesarios; sin embargo también existe la posibilidad de que la intervención empeore las cosas, precipitando un intento de suicidio o desencadenando conductas peligrosas para el enfermo o para los que lo rodean. Por ello es absolutamente necesario valorar, planificar y guiar personalmente las intervenciones que se decida aplicar a cada caso concreto; incluso cuando el adicto a la cocaína acepta iniciar un tratamiento, no existe garantía de que sea verdaderamente receptivo al proceso terapéutico. No es raro que niegue persistentemente y disimule la gravedad de su adicción al principio de su tratamiento, y se oponga por tanto, a las indicaciones de cambio de estilo de vida y de conducta. Al principio, debe dedicarse mucho tiempo a potenciar la motivación del paciente para que acepte su implicación activa en su proceso terapéutico, no obstante los adictos a la cocaína que inician tratamiento son ambivalentes en cuanto al hecho de dejar la cocaína, cuando se encuentran en vías de experimentar las consecuencias negativas de su consumo, quieren dejarlo. Pero cuando los problemas relacionados con la droga cesan, se renueva el deseo de probarla. El adicto tiende a olvidar los problemas y el dolor relacionados con el consumo y, por ello, las angustias pasadas no suelen por sí mismas generar motivación suficiente para lograr la motivación dentro del proceso adictivo. El nivel requerido de motivación procede de una auténtica toma de conciencia de problema. El adicto debe convencerse de que no podrá volver a consumir ocasionalmente cocaína sin perder el control o sin llegar a las máximas consecuencias negativas del

consumo. Finalmente, debe creer que la recuperación y la abstinencia le permitirán una mejoría importante en su calidad de vida.

3.2 Problemas asociados a la inserción en tratamiento

Para entender mejor sobre cómo abordar a los adictos a la cocaína se requiere conocer sobre los problemas que se presentarán en los cocainómanos para llegar a la abstinencia de la sustancia. De acuerdo a Caballero (2005) son tres problemáticas:

Interrupción prematura: Nos habla del abandono prematuro del tratamiento, éste es muy frecuente en cocainomanía y la causa más frecuente del mismo es la recaída en el consumo.

El riesgo de abandono es mayor en los estados iniciales cuando el «craving» es más intenso y las habilidades de afrontamiento del mismo y el sistema de soporte no se han desarrollado e instalado suficientemente.

Recaídas: Son una eventualidad frecuente en el curso de la cocainomanía. En los tratamientos ambulatorios los pacientes están expuestos a estímulos que disparan el «craving» y las oportunidades de consumo nunca pueden reducirse a cero a pesar del control externo. Los pacientes con periodos de abstinencia cortos están más predispuestos al consumo porque pueden presentar la disforia característica del síndrome de abstinencia y el inmediato recuerdo de la euforia cocaínica.

En los inicios del tratamiento los pacientes no han aprendido aún habilidades de afrontamiento del «craving» ni disponen tampoco de la experiencia necesaria para superar la alteración motivacional que comporta esta experiencia. La posibilidad de la recaída ha de presentarse y discutirse abiertamente tanto en términos generales como particulares y ha de ser la base del aprendizaje del repertorio de habilidades.

La recaída ha de asistirse terapéuticamente si, a pesar de todo, sucede. Si no se dan condiciones para iniciar un tratamiento ambulatorio, un programa de hospitalización parcial o completa o un programa residencial pueden ser la indicación terapéutica de elección.

Resistencia al tratamiento: Las razones por las que muchos cocainómanos se resisten al tratamiento son varias. La tendencia natural de la cocainomanía a la recaída y a los múltiples intentos de tratamiento que terminan en abandono y la

comorbilidad psiquiátrica explican buena parte de la dificultad terapéutica. En muchos pacientes, la inexistencia de un diagnóstico preciso y de un tratamiento adecuado facilita la exposición continua a situaciones de alto riesgo y a una inestabilidad en el estilo de vida que se asocia al uso habitual de drogas.

La mayoría de los pacientes cocainómanos sin síntomas graves de abstinencia, problemas mentales o complicaciones médicas son susceptibles de tratamiento en programas ambulatorios libres de drogas, pero algunos no son capaces de mantenerse abstinentes en este régimen y debe plantearse para ellos una indicación terapéutica más intensiva y controlada y la posible prescripción de psicofármacos. Algunos pacientes pueden necesitar una desintoxicación inicial de alcohol u otras drogas que puede requerir semanas de tratamiento hospitalario o el paso directo a un tratamiento residencial.

3.3 Principios básicos para la delimitación de tratamientos

A continuación se plantearán diversos tratamientos que se han realizado en las últimas décadas para la rehabilitación del consumo de cocaína, se puede mencionar que los autores subrayan que no hay un método específico y óptimo; Washton (1995) propone los siguientes principios básicos para la delimitación de un tratamiento eficaz.

- Programa de tratamiento estructurado: las reglas y posibilidades de éxito del programa destinado a la abstinencia deben ser presentadas por escrito a principio del tratamiento, como un acuerdo o contrato terapéutico que firmarán el paciente y en algunos casos, los miembros de la familia. Es muy importante que las indicaciones y reglas básicas del programa se cumplan estrictamente. Si no se marca unos límites apropiados a los adictos se puede caer en una peligrosa permisividad que propicie la continuación del consumo de drogas.
- Tratamiento de estadios diversos: tendrá que seguir una estructura escalonada la cual parte por la estabilización e intervención en crisis, abstinencia precoz, prevención de recaídas y recuperación avanzada.
- Abstinencia absoluta a la cocaína: muchos adictos a la cocaína llegan al tratamiento con la oculta intención de volver al uso ocasional cuando disminuya la presión familiar y social que exige la abstinencia total. Es

importante que los adictos entiendan que nunca conseguirán volver a consumir cocaína sin un grave peligro de recaída.

- **Abstinencia de otras drogas psicoactivas:** el adicto a la cocaína debe dejar radicalmente no sólo la cocaína sino todas las drogas adictivas que afecten el estado de ánimo.
- **Información sobre la enfermedad:** tanto los adictos como la familia deben entender la farmacología básica, los efectos y consecuencias del consumo de cocaína, así como los principios básicos de la enfermedad adictiva y de su recuperación, los primeros síntomas que anuncian la recaída y su prevención.
- **Papel de la familia:** los miembros de la familia deben aprender no sólo a ayudar al adicto a forma más constructiva, sino también a establecer conductas más adaptadas frente a sus propios sentimientos de ira, desamparo y tristeza, resultado lógico de los intentos inútiles por resolver los problemas del paciente.
- **Control de orina:** se debe requerir al paciente que proporcione de forma regular una muestra de orina para ser analizada, esto ayuda al clínico a detectar consumos de otras drogas o verificar la abstinencia, reforzando así su responsabilidad.

3.4 TERAPIAS

3.4.1 Psicoterapias

De acuerdo a Woody (2003), la inexistencia hasta la fecha de un tratamiento biológico eficaz para la cocainomanía ha contribuido a la profusión de abordajes psicoterapéuticos para el tratamiento de esta condición, algunos de los cuales han sido objeto de investigación científica. A diferencia de las adicciones a alcohol y a opiáceos la psicoterapia sola parece eficaz en al menos algunas subpoblaciones clínicas, con un efecto clínico que va de leve a moderado, según los distintos estudios. Para Carroll (1998), la terapia cognitivo-conductual, el entrenamiento en el manejo de contingencia y la entrevista motivacional, el contrato de contingencias e incentivos, los

tratamientos cognitivos y el consejo individual han mostrado grados diferentes de eficacia en ensayos clínicos controlados. (Caballero, 2005)

Desde el punto de vista clínico, además, las psicoterapias proporcionan un buen soporte a la relación médico-paciente, al cual pueden añadirse tratamientos biológicos específicos para síntomas concretos, cuya evolución natural sin tratamiento podría comprometer los resultados. La psicoterapia que ha mostrado mayor utilidad en el tratamiento de la cocaínomanía es la siguiente.

3.4.2 Consejo individual y grupal

El consejo individual y grupal se dirige directa y principalmente a reducir o parar el consumo de drogas pero, en la práctica, aborda también el deterioro social y ocupacional asociados, así como la estructura y el contenido del programa individual de recuperación del paciente. Aunque pone el énfasis en objetivos conductuales a corto plazo, trata enseñar estrategias y procedimientos de afrontamiento para mantenerse abstinentes (Caballero, 2005)

La capacidad de entender y de anticiparse a los distintos problemas prácticos que se presentan en la cocaínomanía, así como de persuadir a los pacientes de la necesidad de aplicar las técnicas aprendidas, son procedimientos con los que el clínico influye sobre los pacientes y les ayuda a ponerse en el camino de la recuperación a través del consejo individual.

Dada su importancia, los siguientes puntos clave del consejo clínico en cocaínomanía deben tenerse en cuenta en todas las entrevistas:

- Control de la negación y la ambivalencia ante el tratamiento. La ambivalencia y la negación pueden derivarse, respectivamente, de los efectos reforzantes de la cocaína y de su acción sobre el lóbulo frontal y los sistemas de memoria. Las entrevistas motivacionales han de considerar la alteración específica de las funciones ejecutivas y de la motivación, habitual en estos pacientes.

- Auto-registros. Un registro para conocer el sistema de memoria implicado en la cocaínomanía se pueden incluir los datos clínicos siguientes:

1. Información sobre la cocaínomanía, el papel de las personas cercanas y los refuerzos alternativos (memoria declarativa o hipocámpal “consciente”).

2. Información sobre los estímulos condicionados y el manejo de la experiencia del «craving» (memoria amigdalal “inconsciente”).

3. Información sobre los hábitos y las decisiones aparentemente irrelevantes con las que se inician las conductas que derivan en consumos (memoria estriatal “inconsciente”).

La información relativa a la cocainomanía recopilada por el paciente puede solicitarse mediante el relato de las situaciones o circunstancias en las que aparecen los recuerdos y/o el deseo del consumir cocaína, o el propio consumo. La medición mediante escalas analógicas de la intensidad, duración del deseo y las conductas consiguientes a la aparición de los mismos permite cuantificar la evolución de los síntomas. El mero registro diario de todas estas experiencias por parte del paciente tiene, probablemente, una importante actividad rehabilitadora de las funciones frontales alteradas en la cocainomanía. La confrontación de las creencias y de las expectativas del paciente acerca de su control sobre la cocaína con el registro diario es un procedimiento de introspección barato, seguro y fiable; al igual que permite personalizar el tratamiento sin perder información relevante.

La identificación de los estímulos que evocan el “craving” de cocaína y de los hábitos que conducen al consumo proporciona al paciente un procedimiento para explorar y controlar los mecanismos de “memoria inconsciente” a través de los cuales tiene lugar la recaída.

- Control del riesgo que representan los impulsos límbicos mal controlados por la corteza frontal del cocainómano. La insuficiencia del control frontal obliga a establecer controles externos prolongados que garanticen la inaccesibilidad del paciente a la cocaína hasta que recupere esta función. Los fenómenos de tolerancia y de sensibilización son también motivo de descontrol en la conducta que justifica la necesidad del control externo.
- Otros: Control del uso de las estrategias de afrontamiento del “craving”. Control de la participación y actitud de las personas cercanas. Desarrollo de refuerzos alternativos al consumo de cocaína. Controles urinarios. El consejo terapéutico en cocainomanía puede ofrecerse como tratamiento básico, acompañado o no de otros, o en el contexto de programas multimodales.

Casi todos los clínicos coinciden en el interés y la utilidad de los grupos de autoayuda del tipo de Cocainómanos Anónimos, aunque en nuestro medio están poco desarrollados.

Exposición sistemática a estímulos y entrenamiento en habilidades de afrontamiento

Las respuestas condicionadas producidas por la administración repetida de cocaína en presencia de estímulos específicos han sido estudiadas en animales y humanos (Robbins, 1999). Diversos estudios con neuroimagen han mostrado la aparición de “craving” tras la activación por distintos métodos de regiones límbicas implicadas en la memoria, el aprendizaje y actividades placenteras como por ejemplo ver videos de consumidores, el sexo, etc. Los pacientes refieren con frecuencia la aparición de un “craving” intenso en presencia de objetos, personas o situaciones que asocian al consumo y como esta experiencia les conduce a consumir. La posibilidad de extinguir estos estímulos condicionados mediante una exposición sistemática se ha comprobado experimentalmente y, desde el punto de vista práctico, apoya el aprendizaje de habilidades de afrontamiento para evitar o manejar situaciones de alto riesgo. En el caso de estímulos condicionados inevitables los pacientes pueden aprender un repertorio de habilidades cognitivas mediante las cuales pueden interrumpir la sucesión de acontecimientos encadenados que precede a la recaída. Una revisión buena de la aplicación de los conceptos y principios conductuales al tratamiento de la adicción a cocaína puede encontrarse en Higgins. (1994). Las ventajas de este modelo son la claridad conceptual, el empirismo y la operatividad de sus procedimientos, la compatibilidad con los fármacos, la eficacia demostrada y la aplicabilidad clínica tras un entrenamiento profesional que no es difícil. (Caballero, 2005)

3.4.3 Manejo de contingencias

El Manejo de Contingencias (MC) implica la aplicación sistemática de reforzadores para la ausencia del consumo o castigos contingentes a la ocurrencia de consumir cocaína.

Para Secades, et Al. (2007) el MC son intervenciones de forma directa y sistemática que incrementan el coste de oportunidad (reforzadores alternativos)

del uso de cocaína. Este tipo de programas establecen condiciones, bajo las cuales, el paciente pierde reforzadores potenciales si consume una o varias sustancias.

Los programas de MC emplean varios reforzadores para el cese del consumo de cocaína, como privilegios clínicos, acceso a empleos o alojamiento, dinero en metálico o vales y descuentos canjeables por bienes o servicios en la comunidad.

3.4.4 Programas de reforzamiento comunitario

Los programas de reforzamiento comunitario, de acuerdo a Marlowe, et al (2003) se basan en proporcionar al adicto a la cocaína con refuerzos naturales que hay en su entorno social para incrementar la probabilidad de que se mantenga abstinentes. Son tratamientos conductuales multicomponentes que tienen unos elementos clave (López e Iglesias, 2009):

- a) Abordaje de aspectos que pueden limitar la adherencia al tratamiento como las causas pendientes con la justicia o no tener un lugar en donde dormir.
- b) Los que no tienen trabajo o aquellas en las que su trabajo incrementa el riesgo de consumo de drogas, reciben asesoramiento vocacional.
- c) Identifican antecedentes y consecuentes del consumo, y seleccionan alternativas saludables a las consecuencias positivas que encuentran en el consumo.
- d) Se ofrece terapia de pareja.
- e) Se realizan entrenamientos en habilidades para trabajar los déficits que dificultan alcanzar la abstinencia o que aumenten la probabilidad de que sufra una recaída.
- f) Se oferta tratamiento para problemas con otras sustancias.

Con frecuencia estos programas van acompañados de la terapia de incentivo; el cual es un procedimiento de manejo de contingencias para conseguir y mantener la abstinencia, e incrementar la adherencia al tratamiento. El paciente va ganando puntos a medida que va alcanzando los objetivos de abstinencia o de tratamiento, y dichos puntos los puede cambiar por distintos reforzadores (bienes o servicios disponibles en la comunidad).

3.4.5 Tratamiento farmacológico

Actualmente hay varios estudios para el tratamiento de la adicción a la cocaína sin embargo no se ha demostrado su eficacia de manera clara, es por ello que no se debe tratar esta adicción de manera inicial con fármacos; si el abuso o dependencia de cocaína es grave y no responden al tratamiento psicossocial habría de indicarse antidepresivos y/o ansiolíticos, manteniendo la observación y bajando el riesgo de adicción a dichos fármacos.

Los medicamentos investigados para el bloqueo o disminución de los efectos subjetivos de la cocaína han sido la desipramina, carbamazepina, pergolida, flupentixol, L-dopa/carbidopa, fluoxetina, buprenorfina, fenelcina, bupropión, amantadina, maprotilina, imipramina, desipramina, entre otros; todos estos fármacos no han concluido la eficacia de estos. La mayor parte de estas investigaciones se han dificultado por problemas metodológicos como la falta de controles adecuados y de medidas homogéneas de evaluación de resultados, como podría ser el análisis de orina en vez de notificación propia, la falta de estandarización del tipo y la dosis de las intervenciones psicossociales acompañantes, al igual de la falta de claridad respecto a la importancia del deseo de la cocaína en el mantenimiento de la dependencia de ésta, ya sea por el síndrome de abstinencia no tratado o la falta de coincidencia en cuanto a definir el craving. (García et.al, 2005)

3.4.6 Uso de vacunas

A mediados de los 90's, se desarrolló una vacuna estructuralmente similar a la cocaína unida a una proteína antigénica que impide su metabolismo y da lugar a la respuesta inmune. La capacidad de bloquear los efectos fisiológicos y conductuales de la cocaína y de evitar su auto administración se ha probado en modelos animales pero no se han publicado todavía resultados en humanos. (Caballero, 2005)

Estudios de investigadores de The Scipps Research Institute, Weill Cornell Medical College y Cornell University en el 2011 han tomado la ventaja de la producción de anticuerpos para la vacuna, los cuales han sido investigados a principios de los 90's; sin embargo estarían modificándolos químicamente para hacerlos pasar como un resfriado común, es así como el sistema inmune del cocainómano vería a la cocaína como un intruso. (Ono, 2011)

3.4.7 El tratamiento de desintoxicación de cocaína de TAVAD

Implica la recuperación de daños cerebrales causados por la cocaína, como lo son la restauración de procesos avanzados de cognición y afectividad (capacidad de atención, la capacidad de reflexión, la capacidad de lectura, la consciencia y la serenidad).

Normalmente se entiende por desintoxicación el proceso por el que se retira la cocaína del organismo, a la vez que se controla el síndrome de abstinencia. Sin embargo, para TAVAD, la desintoxicación de cocaína, en la fase hospitalaria del tratamiento, implica de forma esencial la recuperación de daños cerebrales causados por la cocaína, porque el proceso de desintoxicación no puede limitarse al tratamiento sintomático de la abstinencia.

De acuerdo con todas las premisas anteriores, el tratamiento de desintoxicación de cocaína en TAVAD comprende los siguientes procesos:

- Diagnóstico, que requiere una evaluación de los factores biológicos, sociales y psicológicos que interactúan en la enfermedad de cada paciente. Este diagnóstico incluye un completo examen médico y análisis en profundidad (tests de laboratorio, analítica con hemograma, leucograma, bioquímica, análisis de lípidos y transaminasas y otros perfiles hepáticos y renales, además de analítica de orina y electrocardiograma).
- Tratamiento farmacológico de desintoxicación y recuperación neuronal, sin síndrome de abstinencia ni sufrimiento.
- Nutrición cerebral, mediante el enriquecimiento de la dieta del paciente con sales, oligoelementos y aminoácidos esenciales para la recuperación neuronal, y la corrección así de las deficiencias nutricionales que frecuentemente acompañan a la enfermedad.
- Plan de atención psicoterapéutica personalizado para cada paciente, dirigido a restablecer el equilibrio personal, familiar y social, a clarificar conceptos erróneos de la enfermedad, y a promover actitudes favorables al cambio vital y la participación activa del paciente en su propio proceso de rehabilitación.

Proporciona la mejor forma de abandonar la adicción actualmente; recupera en el paciente procesos cognitivos y afectivos vulnerados; permite una abstinencia sin síndrome, es decir, sin sufrimiento y gracias a no haber pasado el sufrimiento de la abstinencia, dispone al paciente para retomar el control de su vida, libre ya de cocaína. Este centro de desintoxicación de drogas, puede

realizar el seguimiento ambulatorio a sus pacientes que han realizado la fase hospitalaria, actualmente en España.

3.4.8 Tratamiento ambulatorio y hospitalario

El tratamiento ambulatorio consigue la abstinencia, asegura un control posterior debido a que trata al paciente desde el principio en el entorno en el que ha de vivir abstinentemente.

Se requiere múltiples contactos con el terapeuta de manera semanal durante los primeros meses; posteriormente la frecuencia de estos contactos clínicos baja. Las sesiones incluyen una combinación de acciones educativas, consejo en drogas individual, apoyo por parte de compañeros, terapia familiar o grupal, monitorización de tóxicos en orina, psicoterapia y tratamiento psicofarmacológico de la cocainomanía o de las condiciones psiquiátricas acompañantes.

El tratamiento hospitalario de acuerdo a Caballero (2005) es más adecuado para pacientes resistentes a tratamientos, para aquellos cuyo consumo compulsivo representa un riesgo psiquiátrico grave y cierto (suicidio o psicosis), que presentan una comorbilidad médica o psiquiátrica inmanejable, o historia de recaídas repetidas, que carecen del soporte necesario para realizar un régimen de atención menos intensivo, o para dependientes de más de una droga.

La fase inicial del tratamiento puede durar de 3 a 12 meses y se caracteriza por múltiples contactos semanales y la participación en modalidades terapéuticas cuyos objetivos principales son iniciar y mantener la abstinencia a través del aprendizaje y la aplicación de estrategias para afrontar el craving, evitar el riesgo de relaciones y ambientes tóxicos y adoptar de estilos de vida que faciliten la abstinencia. En esta fase, son frecuentes las recaídas y muchas de ellas se deben a la confianza injustificada de los pacientes y/o los profesionales en la capacidad de aquellos para evitar el consumo, que induce a exposiciones no controladas. Antes de que sucedan, los pacientes deben recibir información de este fenómeno habitual que debe abordarse de forma terapéutica y constructiva. En caso de ocurrir una recaída, el análisis ha de profundizar en el conocimiento que terapeuta y paciente tienen de los mecanismos concretos a través de los cuales se ha manifestado clínicamente el trastorno. Por otro lado,

las recaídas obligan siempre a revisar el plan de tratamiento y a considerar las modificaciones o intervenciones adicionales pertinentes, incluidos una atención y un control más intensivos.

Cuando se consigue la abstinencia durante unos meses, la tendencia de pacientes y profesionales es a disminuir la frecuencia de contacto y esto se hace a veces antes de tiempo. El foco principal en ese momento suele ser mantener el compromiso de abstinencia, afrontar la negación de la enfermedad cuyos síntomas suelen tarde o temprano reaparecer y ayudar a desarrollar lo más ampliamente posible las habilidades personales e interpersonales que garanticen la abstinencia en cualquier circunstancia. La participación en grupos de mantenimiento (si están disponibles) debe también estimularse para que los pacientes se vean a sí mismos en recuperación de una enfermedad asintomática, que puede manifestarse en cuanto se le da una oportunidad. No existe un periodo establecido para el alta, que depende del cuadro clínico y del estado de cada paciente, pero la mayor parte de los programas contemplan un periodo mínimo de 6-12 meses de abstinencia completa previa.

3.4.9 El modelo Minnesota

Es un método que surgió por la fundación Alcohólicos Anónimos (AA) en 1935 donde el Dr. Smith y Wilson tuvieron la necesidad de crear un centro para internar a personas alcohólicas que querían dejar la adicción; los fundadores redactaron un libro donde se basan los 12 pasos del tratamiento, el cual contiene la ideas para mantenerse alejado de una adicción, ya sea alcoholismo, problemas de salud, como la neurosis, codependencia, etc. Es por esta razón, así como el fácil acceso y por la falta de apoyo en la sociedad actual que se ocupa este tratamiento para la adicción a la cocaína.

Los principios del modelo Minnesota de acuerdo a Burns (2001) son los siguientes:

- La meta es tratar, no curar. El paciente es motivado a aprender a vivir con su alcoholismo, que es una condición y no la búsqueda de las causas y esperar una cura.
- Basa su tratamiento en Los doce Pasos de AA, especialmente en los primeros cinco.

- Crea un ambiente en que la comunidad terapéutica es totalmente abierta y honesta, lo que propicia un intercambio de experiencia en todos los niveles.
- Tiene un equipo interdisciplinar que incluye un profesional denominado “consejero en alcoholismo”, que puede ser un alcohólico en recuperación.
- Presenta un programa esencialmente didáctico que es aplicable a cualquier persona, pero utiliza un plan de tratamiento específico para cada paciente.

Este modelo cuenta con la facilidad de ser administrado y evaluado, debido a que los principios básicos están sujetos a la adaptación de las experiencias de cada persona; es así como los adictos y terapeutas definen para cada persona el camino de recuperación, teniendo como tema primordial en el tratamiento el cambio de estilo de vida. Este tratamiento es de largo plazo, multidisciplinario y la rehabilitación depende del apoyo de familiares, amigos y grupo de ayuda mutua, denominándolos sistemas naturales.

Los 12 pasos que representan el tratamiento para AA son los siguientes.

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que habíamos perdido el dominio sobre nuestras vidas.
2. Legamos a creer que un poder superior a nosotros podría devolvernos la salud.
3. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
4. Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.

8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

3.4.10 Tratamiento cognitivo conductual

La terapia cognitivo conductual se ha conformado por distintos aportes, uno de ellos es la Terapia Racional Emotiva (TRE) por Ellis (1962), la cual sostiene que los individuos aportan esquemas o formas de razonamiento y poseen control sobre pensamientos, acciones y conductas. En este proceso terapéutico se pretende conocer el contenido específico de las cogniciones y creencias del paciente; este modelo enseña a los pacientes a identificar sus disfunciones cognitivas, como ocurren, cuando se presentan y el impacto que tienen en sus sentimientos, persuadiendo a los pacientes del carácter irracional de sus creencias y les ofrecen una filosofía de vida más adaptativa. (Hernández, 2007).

Otro aporte a ésta terapia, es el estudio de las conductas contemporáneas por Bandura (1997), el cual se basa en la terapia de aprendizaje social introduciendo nuevos patrones de conducta, el aprendizaje por observación, contribuyendo al modelo cognitivo y orientando al modelo participativo. Esta teoría dio un giro a la terapia de la conducta hacia el ambiente cognitivo de la conducta. Kelly (1955) con su teoría de modelo de constructos personales y creencias asociadas al cambio de conducta, definió un constructo como la

forma en que el individuo constituye o interpreta el mundo; sin embargo en el plano de las emociones fue Lazarus (1996) quien propuso que el cambio en la cognición era provocado por la emoción, la cual provocaba un cambio de conducta. Los aportes de distintos autores cognitivos y conductuales han permitido que la aproximación cognitivo conductual se fortalezca como estrategia de intervención terapéutica. (Hernandez, 2007)

Para Ingram y Scott (1990) citado por Lega, et al. (1997) las terapias cognitivas conductuales comparten las siguientes suposiciones.

- Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales en vez de los acontecimientos mismos.
- El aprendizaje está mediado cognitivamente.
- La cognición media la disfunción emocional y conductual (la cognición afecta las emociones y a la conducta y viceversa).
- Algunas formas de cognición pueden registrarse y evaluarse.
- La modificación de las cogniciones puede cambiar las emociones y la conducta.
- Los procedimientos cognitivos y los conductuales son deseables para el cambio y se pueden integrar en las intervenciones.

Las principales características de la TCC son:

- A. Las variables cognitivas constituyen importantes mecanismos casuales.
- B. Los objetivos específicos de algunos procedimientos y técnicas son cognitivos.
- C. Se realiza un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno, especialmente de las variables cognitivas.
- D. Se emplean estrategias conductuales y cognitivas en el intento de modificar las cogniciones.
- E. Se pone un notable énfasis en la verificación empírica.
- F. La terapia es de duración breve.

G. La terapia es una colaboración entre terapeuta y paciente, siendo directivo el terapeuta.

De acuerdo a las características de la TCC se puede afirmar que es usada para el tratamiento en adictos a la cocaína debido a su reestructuración cognitiva, la cual identifica y modifica el impacto de la cocaína en el adicto, así como el entrenamiento en habilidades y el cambio en la manera de resolver los conflictos interpersonales; deshabitando al adicto en el consumo de esta sustancia, la prevención de recaídas le da el seguimiento al adicto para poder enfrentarse a los problemas diarios sin necesidad de consumir la cocaína.

En el siguiente capítulo se profundizará sobre esta terapia para un mayor entendimiento sobre esta.

CAPITULO IV

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

En el capítulo previo se incluyeron las terapias para evitar el consumo de cocaína, sin embargo es la terapia cognitivo conductual la que se profundizará para poder desarrollar la propuesta, por ello, en este capítulo se encontrarán sus antecedentes, sus fundamentos, características, principios, técnicas, uso y evaluación de la TCC.

4.1 Antecedentes teóricos de la Terapia Cognitiva Conductual

Los enfoques conductuales se han orientado cada vez más hacia el aspecto cognitivo, lo cual de acuerdo a Brewin (1988) establece que las cogniciones y pensamientos del cliente, desde las autoimágenes hasta las autoafirmaciones, representan un papel importante en la conducta es un rasgo central del énfasis de la evaluación cognitivo conductual. (Valadez, 2005)

Las TCC proponen un modelo de psicopatología y una teoría del cambio a la conducta integrando enfoques distintos; dos líneas específicas que contribuyen a su surgimiento, una de ellas deriva de los esfuerzos de teóricos cognitivos semánticos, como son Kelly, Ellis y Beck; la segunda deriva de los desafíos sobre la adecuación de los procedimientos de la terapia de la conducta basada en la teoría del aprendizaje. Fundamentos que a continuación serán revisados.

4.1.1 Teoría de aprendizaje social

Los terapeutas cognitivo conductuales resaltan la interdependencia de los múltiples procesos que están envueltos en los pensamientos, sentimientos y conductas del individuo, así como en las consecuencias ambientales. Intentan integrar los puntos de interés de ambas escuelas con el fin de combinar la comprensión clínica de los terapeutas semánticos con la tecnología de los terapeutas de la conducta, como proponen Roter, Bandura y Mischel, los cuales han enfatizado la importancia del rol de los factores cognitivos en el conductismo. (Valadez, 2005)

De acuerdo a la teoría del aprendizaje social gran parte del aprendizaje humano es mediado cognitivamente, en lugar de responder a las consecuencias ambientales, los humanos responden principalmente a las

representaciones cognitivas de los eventos ambientales, es decir, el individuo atiende selectivamente e interpreta los eventos.

Para comprender la conducta y formular las intervenciones del tratamiento se requiere conocer el modo en que el individuo evalúa las situaciones, para así poder fijar expectativas, establecer pautas internas, recordar los eventos y poner en acción rutas de resolución de problemas.

Bandura (1977) es uno de los proponentes, más claros y ampliamente reconocidos de un modelo eficaz y significativo de la Teoría cognitiva desde una perspectiva del conductismo metodológico, conceptualiza el determinismo recíproco, el cual implica una interacción recíproca, continua entre las influencias conductuales, cognitivas y ambientales. Con este sentido se desarrollan los trabajos de Mahoney (1974) sobre el control cognitivo de la conducta. (Caballo, 1991)

4.1.2 Teorías Cognitivas semánticas

La teoría cognitiva semántica es un término genérico que se refiere a una variedad de enfoques terapéuticos, cuyo principal modo de acción es modificar los patrones erróneos de pensamiento del cliente y las premisas, aceptando las actitudes subyacentes a estas cogniciones.

Para el terapeuta cognitivo el trastorno mental es un desorden de pensamiento por el cual la persona distorsiona la realidad de un modo idiosincrático; estos procesos de pensamiento afectan el modo de ver el mundo, siendo éste de manera desagradable para la persona. Lo que busca la terapia es ayudar al paciente a identificar las concepciones erróneas, las expectativas no realistas y las atribuciones inadecuadas, midiendo la validez y razón de éstas. Es Kelly (1955) quien con su teoría de constructos personales describe el proceso por el que el individuo construye interpretaciones personales acerca del mundo de acuerdo a su experiencia en él.

Ellis (1962) con su terapia racional emotiva (TRE) maneja en su premisa que gran parte del sufrimiento emocional, se debe a los modos inadaptativos en que las personas construyen el mundo y a las creencias irracionales que mantienen. La tarea del terapeuta de la TRE encierra tres tipos de acción: primero debe determinar los eventos que perturban al cliente, ayudar al cliente a descubrir las pautas específicas del pensamiento y las creencias

subyacentes que constituyen la respuesta interna a dichos eventos que hacen surgir las emociones negativas, por último ayuda al paciente a alterar dichas creencias y pensamientos de manera más objetiva y adaptativa. Para realizar dichas acciones utiliza un marco A-B-C con el cual le muestra al cliente el papel que juegan los pensamientos automáticos en la emociones.

A se refiere al evento externo que activa las emociones, siendo C las consecuencias emocionales y conductuales. El terapeuta hace que la persona se dé cuenta de B, las percepciones y pensamientos que atribuye al evento (A). Beck (1962) desarrolló una terapia que se centra en los procesos del cliente, partiendo de los conceptos eventos, procesos y estructuras cognitivas.

Los eventos cognitivos son la corriente de pensamientos, sentimientos e imágenes que tenemos a los que con frecuencia no se presta atención, sin embargo, tales pensamientos pueden ser fácilmente recuperados. Beck denomina a estos pensamientos automáticos, debido a que estos pensamientos emergen automáticamente, con frecuencia son vagos, informes y generados sin que la persona los inicie voluntariamente, señala que son difíciles de interrumpir y muy frecuentemente se cree completamente en ellos; dichos pensamientos están asociados con emociones e influyen en la conducta. Estos pensamientos automáticos se pueden centrar en una visión negativa de uno mismo, una visión negativa del futuro y una visión negativa del mundo, a esto, lo denomina triada cognitiva.

Kendall (1986) plantea que la cognición se entiende mejor en términos de estructuras cognitivas, siendo éstas la organización interna de la información (memoria a corto o largo plazo, etc.); de contenido cognitivo el cual es el contenido real que se almacena (creencias, ideas, etc.); de procesos cognitivos, es la forma en que funciona el sistema para percibir, almacenar, transformar y gobernar la salida de la información (atención codificación, recuperación, etc.), y de los productos cognitivos, los cuales son los resultados de la manipulación del sistema cognitivo (atribuciones, imágenes, creencias, pensamientos, etc.). Son las deficiencias y las distorsiones cognitivas las que explican el funcionamiento desadaptativo del individuo, debido a que las primeras son las deficiencias en el procesamiento de la información, como el déficit en la solución de problemas interpersonales y las segundas las percepciones erróneas del ambiente. (Hernández, 2007)

Los procesos cognitivos se refieren al como pensamos a los procesos automáticos del sistema cognitivo (mecanismos de búsqueda, almacenamiento, procesos de inferencia y recuperación). Estos procesos incluyen:

1. Razonamiento dicotómico. Son las tendencias a dividir los eventos en opuestos o pensar en términos extremos.
2. Sobregeneralización. Es el proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre sí.
3. Magnificación. Es la tendencia a ver los eventos de manera exagerada ya sea como más importantes, amenazantes o catastróficos de lo que objetivamente son.
4. Inferencia arbitraria. Se refiere al proceso de elaborar conclusiones cuando se carece de evidencia o esta es contraria a las conclusiones.

Las estructuras cognitivas se refieren a los esquemas, las asunciones implícitas o las premisas, que determinan a que eventos se presta atención y como se interpretan estos; influyen sobre la importancia que se le atribuye y que sucederá como consecuencia.

4.2 Conceptualización de Terapia Cognitivo Conductual

La terapia Cognitivo Conductual es una forma de tratamiento psicológico que parte del supuesto de que los trastornos mentales se caracterizan por (o son debidos a), pensamientos o conductas disfuncionales que pueden ser modificados. Las técnicas empleadas en este tipo de terapia están dirigidas a la modificación de tales pensamientos o conductas. (Bados et. al, 2005)

Uno de los elementos claves de la TCC es su compromiso con el método científico, lo que implica operar sus conceptos teóricos y sus métodos terapéuticos, así como, evaluarlos empíricamente. En su aplicación, la TCC intenta ser una forma de tratamiento estructurada cuyo principal objetivo es reducir los síntomas o el malestar que estos provocan. Suele centrarse en el estado actual y en los factores que se consideran relacionados con el mantenimiento del trastorno en el presente.

La terapia cognitivo conductual es un término genérico que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales (Skinner, 1930), como cognitivas (Beck, 1962), siendo las primeras, los intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento y las segundas son los intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo. Para Brewin (1996) los dos tipos de intervenciones se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas y que el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseada, desaprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias de aprendizaje nuevas, más adaptativas. (Lega et al, 1997)

La TCC se puede considerar un proceso secuencial de aprendizaje de ciertas habilidades, en el que el terapeuta ayuda al paciente a identificar y modificar aquellas cogniciones y conductas más implicadas en las dificultades actuales. Habitualmente este proceso sigue tres pasos: evaluación, educación sobre el trastorno y aplicación de técnicas específicas, las cuales se detallarán a continuación, sin embargo es importante entender a quien está dirigida la TCC.

4.3 Características de la aplicación de TCC

La TCC es una forma de tratamiento breve en pacientes ambulatorios que usualmente es de 15 a 20 sesiones (de alrededor de una hora de duración) durante un tiempo inferior a seis meses. En la práctica clínica probablemente estas cifras varíen.

Otra de las características diferenciales de la TCC respecto a otras formas de terapia son las tareas para casa, que consisten en que el terapeuta acuerda con el paciente la realización de ciertas actividades entre sesiones.

Por distintos motivos, en nuestro contexto han sido tradicionalmente psicólogos (y en menor medida psiquiatras) quienes han aplicado la TCC. Idealmente, el profesional que practique la TCC debería recibir una formación específica en las técnicas que va a utilizar, que debería incluir, al menos en estados iniciales, la supervisión de casos por parte de terapeutas expertos. Es importante además que posea unos profundos conocimientos de Psicología y Psicopatología. La TCC asume con frecuencia la existencia de un continuo

entre conducta normal y anormal y, por lo tanto, parece imprescindible conocer las teorías más relevantes sobre conducta humana “normal” para poder determinar la conducta “anormal” y tratarla con éxito. (Bados et. al, 2004)

La TCC se utiliza para el tratamiento de la mayoría de las enfermedades mentales, aunque el grado de evidencia de la eficacia varía entre los diferentes trastornos.

Aunque no parece existir un perfil único de pacientes que presente una buena respuesta a la TCC, la mayoría de intentos por buscar factores predictores de resultado terapéutico han sido infructuosos. En general, la implicación del paciente en el tratamiento, y específicamente la realización de las tareas para casa parece ser uno de los mejores predictores de buen resultado.

4.4 Principios de la TCC

El modelo cognitivo conductual considera que los patrones de conducta desadaptada pueden ser consecuencia de patrones de pensamiento irracional, así las ideas de cada persona se relacionan con ciertos hábitos que pueden interferir con la habilidad para cambiar conductas determinadas; de igual manera intervienen el ambiente, sentimientos y la misma conducta durante los eventos.

El terapeuta cognitivo conductual ayuda al paciente a tomar consciencia del proceso transaccional que envuelve múltiples procesos, incluyéndolo como un colaborador en la recolección de datos con el fin de descubrir sus propios pensamientos, sentimientos y conductas que influyen en los problemas que presenta. En terapia muchos de los pacientes expresan sentimientos de desmoralización, desvalimientos y desesperanza; el terapeuta trabaja con el cliente para cambiar esta percepción, teniendo este último, conocimiento de su problema y así asuma la responsabilidad para un cambio, de igual manera el terapeuta ayuda al paciente a anticipar y prepararse para los posibles fracasos que puede encontrar a lo largo del camino. Para lograr estos objetivos se debe describir la conducta y los eventos con los cuales se asocia, hacer predicciones sobre los factores que controlan la conducta basados en las relaciones observadas de la conducta y los eventos; y por último probar las predicciones alterando algunos factores, con el fin de observar si la conducta cambia como se había previsto.

Los terapeutas cognitivo conductuales desarrollaron un modelo conceptual del cambio de conducta para explicar el proceso terapéutico: (Valadez, 2005)

La primera etapa incluye el entrenamiento del cliente para ser un mejor observador de su propia conducta, el paciente recolecta datos y autoregistra conductas claves, responde cuestionarios, realiza test y otros similares. El paciente define sus problemas en términos de problemas resolubles.

La segunda etapa ayuda al cliente a desarrollar pensamientos y conductas adaptadas incompatibles con las acostumbradas; para el posible cambio de conducta se entrenan las habilidades del paciente ya sea con películas, role playing, representación imaginaria, asignaciones de tareas para el hogar graduales y en vivo. El terapeuta de igual manera trabaja con el paciente las autodeclaraciones, imágenes y los sentimientos que interfieren el funcionamiento adaptado; con el motivo de reducir la frecuencia y/o el impacto de las cogniciones inadaptadas, como los pensamiento autodenigrantes, interpretaciones distorsionadas, etc. El objetivo de esta etapa es inducir al paciente a un cambio cognitivo, emocional y conductual.

La tercera etapa envuelve las cogniciones y sentimientos del paciente respecto al cambio, siendo estos cambios atribuidos por el mismo, es decir, el paciente. Esta etapa se centra en consolidar los cambios de conducta y prevenir recaídas.

4.5 Técnicas en la TCC

Aunque la TCC no se puede reducir a un listado finito de técnicas y procedimientos terapéuticos, los métodos o técnicas generales que constituyen su columna vertebral y sus múltiples variantes superan los doscientos, de acuerdo a Bados, et al. (2004) pueden incluirse en las siguientes categorías: Métodos basados en la exposición, técnicas operantes, técnicas cognitivas, técnicas de modelado, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en técnicas de control de la activación, métodos de autocontrol.

4.5.1 Las técnicas de exposición

Estas técnicas se subdividen en dos, las cuales son exposición con prevención de respuesta y desensibilización sistemática, las cuales se explican a continuación.

- **Exposición con prevención de respuesta:** Consiste en la planificación de confrontaciones sistemáticas, repetidas y prolongadas (exposición) a los estímulos (situaciones) que provocan el miedo-ansiedad, que deben mantenerse hasta que éste disminuya, previniendo la aparición de conductas de huida o evitación, entre las que se incluyen las conductas de seguridad y las compulsiones (prevención de respuesta). Con ello se persigue la habituación a los estímulos ansiógenos y/o de las respuestas de tensión experimentadas durante la confrontación y la posterior extinción de las respuestas condicionadas de miedo. Mediante este procedimiento también se pretende romper el valor del reforzamiento negativo (desaparición de las consecuencias aversivas asociadas con la exposición a la situación temida) de las respuestas de huida y evitación, impidiendo que las conductas de escape se conviertan para el individuo en referentes de seguridad. La exposición prolongada a las situaciones temidas, a la vez, puede facilitar un cambio de expectativas en la persona, al experimentar de forma directa que las consecuencias negativas previstas no se cumplen.

Existe una multitud de variantes de las técnicas de exposición con prevención de respuesta en función de:

- La modalidad de presentación de los estímulos (en vivo, a estímulos externos e interoceptivos; imaginados o insistida durante ordenador).
- La temporalización de las sesiones de exposición (en una sola sesión, masiva, en sesiones espaciadas).
- El gradiente de aproximación de los estímulos temidos-evitados (desde la inundación a una aproximación muy gradual)
- La implicación del terapeuta (desde el modelado participante a la autoexposición; la participación o no de un coterapeuta).
- La adición (o no) de técnicas de afrontamiento (estrategias cognitivas diversas como la distorsión o las verbalizaciones

positivas, técnicas de control de la activación, transmisión de información, etc.)

- La aplicación de forma individual o en grupo.

Sea cual sea la variante utilizada, debe empezarse por elaborar un listado de las situaciones evitadas o asociadas a un malestar significativo, que deben describirse de la forma más precisa posible. Este listado, una vez ordenado de menor a mayor según el grado de malestar o dificultad que provoque la confrontación con la situación temida, servirá de base para la elaboración de la jerarquía de la exposición. Esta jerarquía debe referirse a un solo objeto o situación temida. En el caso de que la persona tema o evite más de una situación (lo cual suele ser muy frecuente en la mayoría de trastornos) deben elaborarse jerarquías separadas para cada una de ellas.

- **Técnica desensibilización sistemática:** Esta técnica está en desuso para la mayoría de trastornos y ha sido sustituida por las técnicas de exposición con prevención de respuesta. Consiste en la presentación gradual de estímulos ansiógenos, por lo habitual primero en la imaginación, para pasar posteriormente a situaciones en vivo, una vez que el sujeto ha desarrollado una respuesta alternativa y antagónica a la ansiedad (como la relajación muscular) con el fin de promover el contracondicionamiento por inhibición recíproca. Mientras se produce la respuesta antagónica (relajación), se presenta el estímulo temido que el sujeto debe visualizar ayudando por las descripciones detalladas del terapeuta en presentaciones repetidas hasta que no le genere malestar.

4.5.2 Técnicas operantes

Están basadas en los principios del condicionamiento operante. Se actúa manipulando externamente las relaciones funcionales entre los antecedentes, la conducta y sus consecuencias, con el objeto de instaurar o incrementar conductas de baja frecuencia y reducir las disfuncionales de alta frecuencia. Se fundamentan en la concepción de que la probabilidad de aparición de una conducta depende, en gran medida, de las consecuencias que la siguen y la presencia de estímulos antecedentes que informan de la disponibilidad o no de reforzadores para la emisión de una respuesta determinada. Se dividen en dos

grandes bloques. Técnicas para instaurar nuevas conductas (reforzamiento positivo, moldeamiento por aproximaciones sucesivas, encadenamiento, contrato de contingencias, economía de fichas y reforzamiento negativo). Y técnicas de reducción de conductas (extinción, castigo, tiempo fuera de reforzamiento positivo, coste de respuesta, saciación desvanecimiento y sobrecorrección).

A continuación se describen las más utilizadas de ambas técnicas:

- **Reforzamiento positivo.** Consiste en la administración de un reforzador positivo (primario o secundario/material, social o de actividad) de forma contingente a la emisión de la conducta que se pretende incrementar. Al principio se refuerzan todas las emisiones correctas en el caso de que la conducta se dé en muy baja frecuencia para posteriormente ir incrementando el número de ejecuciones adecuadas para acceder al reforzador positivo. De este modo se pretende que la respuesta resulte más resistente a la extinción.
- **Contrato de contingencias.** Se trata de un acuerdo negociado y por escrito, entre al menos dos personas (terapeuta, paciente/s, personas cercanas), en el que se especifican los objetivos conductuales que debe alcanzar el sujeto o sujetos y las conductas específicas que han de llevarse a cabo, en un periodo de tiempo determinado, para acceder a un reforzador concreto. A menudo implica a otras personas, tomando como base la reciprocidad de conductas. En estos contratos es frecuente el uso de principio de Premack, el cual, establece que cualquier conducta que se produce con muy elevada frecuencia puede ser usada de forma contingente para reforzar otra de baja ocurrencia.
- **Extinción.** Es un procedimiento consistente en suspender o retirar el reforzador positivo que mantiene una respuesta con el objetivo de reducir a cero su probabilidad de ocurrencia. Antes de que se produzca la reducción en la ocurrencia de la respuesta tiene lugar un incremento notable en su frecuencia o intensidad. Es importante tener en cuenta este hecho, pues suspender el procedimiento en este punto supondría empeorar de forma evidente el estado de conducta respecto al momento inicial. La técnica está particularmente indicada para reducir las

respuestas desadaptativas, mantenidas en gran medida por el refuerzo social positivo. El procedimiento debe acompañarse del reforzamiento positivo de otras conductas alternativas a la que deseamos extinguir.

- **Castigo.** Consiste en la presentación de un estímulo aversivo de manera contingente a la ocurrencia de la respuesta que se quiere eliminar. El estímulo seleccionado debe ser de alta intensidad y el nivel de contingencia debe ser el mayor posible. Su utilización se limita a aquellos casos en los que la integridad física del sujeto o de las personas que le rodean, corra serio peligro (p. ej., auto lesiones). En cualquier caso, debe tenerse en cuenta que la utilización del castigo puede ir acompañada de efectos adversos diversos, como las dificultades de generalización (el sujeto aprende a discriminar las situaciones en que las conductas no son castigadas); la presentación de conductas de evitación de situaciones personas y actividades asociadas con el castigo, debido a que éstas se convierten en estímulo discriminativo de la presentación del estímulo aversivo; la aparición de estados emocionales adversos como parte de las respuestas incondicionadas desencadenadas por estímulos aversivos de alta intensidad, etc.

4.5.3 Técnicas cognitivas

Dentro de las técnicas cognitivas se encuentran las técnicas de reestructuración cognitiva, las cuales están dirigidas a la modificación directa de pensamientos automáticos negativos y creencias (esquemas cognitivos disfuncionales) que se consideran mediadores fundamentales de las diferentes manifestaciones de muchos trastornos psicopatológicos. En la terapia cognitiva de Beck, la estrategia fundamental consiste en la detección y posterior modificación de los pensamientos automáticos negativos y, en su caso, de las distorsiones cognitivas asociadas. Para ello, se instruye al paciente en la observación del vínculo entre pensamiento y emociones, y en la clarificación de los propios pensamientos relativos a la emoción. La reconsideración de los pensamientos automáticos y la adopción de nuevas perspectivas de la realidad se hacen, fundamentalmente, a través de cuatro pasos:

1. Llegar a considerar las valoraciones cognitivo-emocionales como hipótesis que pueden y deben, someterse a comprobación. Se pretende que se aprenda a establecer distinciones entre lo que uno piensa y la realidad.
2. Evaluar las evidencias disponibles sobre el pensamiento-creencia, mediante la definición-clarificación de la creencia (cuestionamiento, registro para la identificación de pensamientos, etc.), el análisis de las implicaciones últimas de esas creencias (técnica de la flecha descendente, descatastrofización, etc.) y el sometimiento a pruebas de realidad (experimentos conductuales).
3. Generación de explicaciones alternativas que permitan, de forma progresiva, la situación de los pensamientos desadaptativos por otros más funcionales y realistas que, en definitiva, serían la base para la modificación de la acción.
4. Por último, acabar generando suposiciones básicas (esquemas) más adaptativas. El proceso que se sigue para ello consiste en la identificación y discusión de los supuestos básicos disfuncionales, instando al sujeto a que pruebe su validez. Las estrategias que se utilizan son muy variadas, complejas y no se encuentran excesivamente estructuradas. El terapeuta guía al paciente en la exploración, ayudándole a inferir los supuestos a partir de las cogniciones desadaptativas y sometiendo a prueba las pruebas que hayan sido inferidas. El proceso va de lo más específico y explícito a lo más general e inferido, empezando por la identificación de los pensamientos automáticos, siguiendo con la identificación de los contenidos generales de dichos pensamientos, para acabar con la formulación de las reglas principales que el paciente tiene sobre su vida. Llegados a este punto se procede a la generación de los nuevos supuestos, mediante procedimientos muy similares a los empleados en la modificación de los pensamientos automáticos negativos (generación de supuestos alternativos, pruebas de realidad, asignación gradual de tareas, etc.).

Otra técnica cognitiva es el entrenamiento en autoinstrucciones. Es un método dirigido a la autorregulación verbal de la conducta con el objeto de que las verbalizaciones del sujeto interrumpan las cadenas de comportamiento disfuncionales y generen respuestas más adecuadas a la tarea y situación. El entrenamiento incluye, secuencialmente, los siguientes pasos:

- Un modelo resuelve una tarea regulando su conducta a través de verbalizaciones mientras el sujeto observa.
- El sujeto resuelve la misma tarea mientras el terapeuta dirige su conducta en voz alta (guía externa manifiesta).
- El sujeto resuelve la tarea mientras controla su conducta repitiendo en voz alta las instrucciones adecuadas (guía manifiesta).
- El sujeto resuelve la tarea murmurando las instrucciones (guía manifiesta).
- El sujeto resuelve la tarea empleando las autoinstrucciones de forma encubierta como un diálogo interno (las autoinstrucciones propiamente dichas).
- Entrenamiento en solución de problemas. Se centra en instruir al sujeto en la existencia de diversas alternativas de respuesta potencialmente eficaces para abordar situaciones problemáticas y enseñarle el procedimiento para seleccionar la opción más efectiva para su caso particular. El entrenamiento se estructura en cinco fases:
 - Orientación general: reconocer la existencia de un problema
 - Definición y formulación del problema: especificar en términos conductuales el problema y los objetivos que quieren alcanzarse.
 - Generación de alternativas: generar el mayor número de alternativas posibles para la solución del problema de acuerdo con los objetivos planteados sin detenerse, por el momento, a valorar su viabilidad.

- Toma de decisiones: determinar cuál es la alternativa que se adecua mejor a la situación, examinando los pros y contras de todas ellas, y programar su puesta en práctica en pasos específicos.
- Verificación: valorar la eficacia de la solución seleccionada y plantear qué hacer después, lo cual puede suponer volver a fases anteriores para retomar el proceso.

4.5.4 Técnicas de Modelado

La persona observa a uno a diferentes individuos (modelos), en vivo o mediante filmaciones (modelado simbólico), mientras llevan a cabo las conductas que se pretende que el observador acabe desarrollando y poniendo en práctica. Esta técnica se basa en la concepción del aprendizaje social que establece que observando a los otros, formamos reglas de conducta (representaciones simbólicas de las acciones) y que esta información codificada sirve en ocasiones futuras de guía para la acción.

Los modelos que ofrecen mayores garantías de que sus comportamientos influyan en las personas a las que se hayan expuestos son los que siempre según el criterio del observador, reúnen las siguientes características:

- Son personas con prestigio, competentes, cuentan con valor afectivo para el que les observa y se encuentran situados en un nivel elevado dentro de su escala de valoración social.
- Son semejantes al sujeto (los iguales) y tienen un notable control de los medios de gratificación (estos últimos parecen ser especialmente indicados en la promoción del aprendizaje a través de modelado).

La exposición a diferentes modelos promueve la generalización del entrenamiento. Los modelos de afrontamiento (aquellos que en un primer momento muestran dificultades y una competencia similar a la del observador y que de manera gradual van mejorando hasta alcanzar los resultados deseados) son preferibles, por lo general, a los modelados expertos. Otra variante del modelado es el modelado participante, utilizando en el tratamiento de algunos trastornos fóbicos. En este caso, el terapeuta actúa en primer lugar como modelo, mientras interacciona con el objeto o situación temida por el

observador. Después, modelo y observador se exponen conjuntamente a esta situación.

4.5.5 Entrenamiento en habilidades sociales

El entrenamiento en habilidades sociales es un procedimiento multicomponente dirigido a la adquisición y o mejora, mediante el ensayo conductual, de las diferentes respuestas instrumentales y de interpretación de las situaciones sociales necesarias para una actuación socialmente competente en cada una de las situaciones interpersonales en las que la persona muestre deficiencias. Para conseguirlo combina, de una manera semiestructurada, las siguientes técnicas de intervención específicas:

- Instrucción directa, por transmisión verbal o escrita, sobre los componentes de las respuestas que deben emitirse en la situación indicada.
- Modelado.
- Ensayo conductual.
- Retroalimentación de la ejecución y reforzamiento social positivo de las respuestas adecuadas.

El entrenamiento puede hacerse individualmente o en grupo. El procedimiento más habitual es el de grupo, que ofrece algunas ventajas, además de los costes, como la disponibilidad de diferentes modelos para observar, la existencia de más posibilidades para planificar las exposiciones y actuaciones simuladas o aspectos de tipo motivacional relacionados con la dinámica de grupo (compromiso, control externo, apoyo social, etc.).

4.5.6 Técnicas de control de la activación

Los dos grupos de técnicas principales que se incluyen en este apartado son las técnicas de relajación (muscular progresiva, autógena, etc.) y las de control de la respiración.

- Relajación muscular progresiva. Se enseña al sujeto a relacionarse mediante ejercicios de tensión y distensión (relajación) alternativa de diferentes grupos musculares (las distintas versiones de la técnica se

diferencian fundamentalmente en el número de grupos musculares que se trabajan). Se persigue que el individuo aprenda a identificar las señales fisiológicas que indican que los músculos están en tensión y, una vez identificadas, ponga en práctica las habilidades aprendidas para su relajación.

El programa se inicia con el entrenamiento en tensión-relajación de cada uno de los grupos musculares por separado. Se continúa con la agrupación gradual de diferentes paquetes musculares hasta llegar a la relajación mediante el simple recorrido mental de las distintas zonas del cuerpo para detectar en ellas señales de tensión y proceder a su relajación sin necesidad de la tensión muscular previa. Por lo general en el entrenamiento en tensión relajación se asocian palabras o imágenes a las sensaciones de relajación para que después permitan evocar con mayor facilidad esas mismas sensaciones sin necesidad de tensar previamente los grupos musculares.

El empleo de la relajación muscular progresiva como técnica de afrontamiento para el manejo de sensaciones corporales desagradables y ante situaciones ansiógenas en la vida cotidiana se conoce como relajación aplicada.

- Técnicas de control de la respiración. Tiene como objetivo el control voluntario de la actividad respiratoria, que pasa por una utilización más completa de la capacidad pulmonar, facilitado una correcta respiración diafragmática, lo cual conduce a un ritmo respiratorio más sosegado (entre 6 y 8 resp./min en la respiración lenta o profunda y entre 10 y 12 resp./min en la respiración controlada).

4.5.7 Técnicas de autocontrol

Conjunto de técnicas dirigidas a la adquisición y respuesta en práctica de estrategias generadas por el propio sujeto para alterar de forma deliberada la probabilidad de que se produzcan ciertas respuestas (conductuales o cognitivas), ya sea para aumentarlas o para disminuirlas, de acuerdo con unos objetivos determinados por él mismo, mediante la manipulación de las condiciones que anteceden y que siguen a esta respuesta. Para alcanzar este

objetivo el sujeto debe adquirir las siguientes habilidades, que dan lugar a las diferentes fases del entrenamiento en autocontrol:

- Auto-observación. Saber observar y registrar de formas objetiva su propia conducta. Como paso previo es necesario que el individuo sepa identificar sus problemas para, mas adelante poder recoger datos sobre sus características más específicas y las relaciones funcionales existentes entre su comportamiento y las condiciones del medio en que se dan.
- Establecimiento de objetivos. A partir de los datos recogidos en la fase anterior (línea base), la persona debe establecer unos criterios específicos y realistas para ajustar su conducta en el futuro (incremento o reducción de la conducta que pretende alcanzarse y condiciones en las que debe emitirse).
- Planificación ambiental control de estímulos. Debe buscarse o generarse un entorno favorable para hacer más comprobable la consecución de los objetos previamente determinados.
- Auto-evaluación. Saber determinar si su conducta se ajusta a los criterios establecidos con anterioridad.
- Auto-reforzamiento-programación conductual. Ser canoas de programar consecuencias reforzantes, positivas en el caso de haber conseguido los objetivos establecidos y negativos para el caso en que la ejecución no haya cubierto los criterios comportamentales marcados por el propio sujeto.

4.6 Evaluación de la TCC

La evaluación cognitivo conductual implica un procedimiento metodológico desde el recibir al paciente hasta finalizar el tratamiento y darle el seguimiento a éste.

Aunque no existe un modelo único para realizar dicho proceso las etapas descritas anteriormente consideran a la evaluación con un orden, de acuerdo a Parks y Hollon (1988) existen varios métodos y procedimientos para dicha evaluación. Por ejemplo se puede instruir a los clientes a pensar en voz alta o

verbalizar los pensamientos inmediatos, los pacientes pueden informar sus pensamientos y sentimientos acerca de conversaciones pregrabadas de varios tipos (por ejemplo situaciones estresantes, de evaluación social), los pacientes pueden llenar escalas de calificación cuyos reactivos se dirigen a cogniciones adaptativas y desadaptativas que pudieran haber ocurrido en el pasado y pueden enumerar pensamientos que ocurren en reacción ante estímulos específicos (temas, problemas) que se les presentan. (Valadez, 2005)

Godoy (1991) establece seis fases dentro del proceso de evaluación conductual. Análisis del motivo de conducta, establecimiento de las metas últimas del tratamiento, análisis de las conductas problema, estudio de los objetivos terapéuticos, establecimiento de directrices para la elección del tratamiento adecuado y evaluación de los resultados del tratamiento. De igual manera recomienda considerar la validez clínica, social y ecológica al seleccionar las metas terapéuticas; afirma que el motivo de consulta es un tópico poco atendido y explorado, por lo cual es importante saber con exactitud lo que lleva al usuario a buscar terapia.

Anteriormente se ha hablado de algunos métodos por los cuales los terapeutas tienen conocimiento de la conducta, sin embargo a continuación se explican los más usuales:

- Entrevista: El terapeuta obtiene una impresión general del problema que presenta el paciente y de las variables que parecen mantener la conducta problema; de igual manera se obtienen datos históricos relacionados y una evaluación de las fortalezas del paciente así como de sus anteriores intentos por enfrentar el problema. Las expectativas del paciente hacia la terapia y las metas a obtener son también de interés durante ésta. La meta de la entrevista es identificar las conductas problema y sus consecuencias.
- Métodos observacionales: Los terapeutas, pacientes, amistades y familia del paciente son los que realizan las observaciones de manera directa. Algunos tipos de observación es la observación naturalista, la cual proporciona una imagen del comportamiento del individuo en la realidad, se puede observar a la persona ya sea en escuela, hospitales, hogar y/o con amistades. Otro tipo de observación es la controlada, las cuales, son

pruebas situacionales que colocan a los individuos en situaciones más o menos similares a aquellas de la vida real y entonces se hacen observaciones directas de la forma en que reacciona el individuo.

- Técnicas de ejecución controlada: son situaciones restringidas que permiten que el terapeuta observe la conducta bajo condiciones que ofrecen el potencial de control y estandarización. La conducta bajo estas condiciones puede no ser del todo típica de la conducta del paciente en la vida real, la presencia del cínico en combinación con una actitud de confianza en que el terapeuta no permitiría que le hicieran daño al paciente, pueden distorsionar en forma significativa la realidad de la situación.
- Automonitoreo: Los pacientes observan y registran sus propias conductas, pensamientos y emociones, llevan bitácoras o diarios conductuales durante cierto periodo predeterminado; dichas bitácoras pueden proporcionar un registro continuo de la frecuencia, intensidad y duración de ciertas conductas objetivos, junto con las condiciones estímulos que los acompañan y las condiciones que les siguen. La meta de este es que el paciente conozca las conexiones entre estímulos ambientales, las consecuencias de su conducta y la conducta en sí, así como un índice en el cambio producido por la terapia al comparar la frecuencia base con la frecuencia al transcurso de la terapia. A través del tiempo se ha realizado por medio de cronómetros o tarjetas pequeñas para registrar rápidamente sus datos o siendo anotadas en un diario, anotando la fecha, hora, lugar, situación, evento precedente, resultado y pensamientos o reacciones subsecuentes.
- Role playing: También conocido como ensayo conductual, es un medio para entrenar nuevos patrones de respuesta, proporcionan un medio simple y eficiente para tomar una muestra de las habilidades y deficiencias conductuales del paciente. El paciente se coloca en una situación imaginaria y se le pide que responda en voz alta como si estuviera en la situación descrita, terminando esta cuando el paciente la

termine o un tiempo después (por lo general tres minutos) que el paciente no responda.

- Inventarios y listas de verificación: son utilizadas para identificar conductas, respuestas emocionales y percepciones acerca del ambiente. A los pacientes se les pregunta acerca de acciones, sentimientos y pensamientos específicos que reducen al mínimo la necesidad de que puedan concluir acerca de lo que en realidad significa su propia conducta.

Una característica fundamental en la evaluación de la conducta es el análisis funcional, el cual permite identificar las variables que controlan a la conducta problemática; con la identificación de esta se puede diseñar un problema de intervención eficaz. En este análisis se detallan de manera cuidadosa las condiciones antecedentes como los eventos consecuentes, las personas, el tiempo y lugar donde ocurre la conducta, así como los resultados provocados después de la conducta problemática. Se lleva a cabo por medio de preguntas como ¿En qué situaciones se comporta el individuo de manera problemática, en cuales no?, ¿Hay algún aspecto específico de la situación que lo lleva a comportarse como lo hace? ¿Cómo afecta el comportamiento del individuo a los otros? ¿Cómo afecta a sí mismo?

Algunos autores incluyen en su análisis el estudio de origen o génesis de la conducta problema y lo distinguen en términos variables, de las condiciones que mantienen el problema actual; otros autores incluyen variables de naturaleza orgánica, donde se incluyen las características físicas, biológicas o cognitivas del individuo, los cuales son importantes para entender los problemas del cliente y poder planear el programa de intervención. (Caballo, 1991)

4.7 Uso de la TCC

Las terapias cognitivas conductuales han sido utilizadas para tratar depresión, fobias, angustia, hipocondría, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés, estrés post traumático, trastorno límite de la personalidad (esquizofrenia, bipolaridad, paranoia), trastornos alimenticios, disfunciones sexuales, angustia de pareja, problemas de ira, trastorno del control de los

impulsos, trastornos de conversión, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas. (Linn y Garske, 1988)

Como puede observarse, la TCC una terapia que puede ser utilizada para trastornos de abuso a sustancias, siendo de interés la adicción a la cocaína, en la que para Caballo (1998) debe iniciar con un contrato conductual, donde se especifica los objetivos terapéuticos que se alcanzarán a lo largo de la terapia así como la frecuencia y duración del programa terapéutico, se debe dar a conocer los miembros de la familia y amigos que participarán en el tratamiento así como el conocimiento de las condiciones de alto riesgo que se deben evitar a inicios de la terapia, etc.

Para continuar se debe realizar la deshabitación física, la cual es la superación de los efectos y síntomas de la abstinencia de la cocaína así como su duración. La deshabitación psicológica es el paso siguiente el cual consiste en ayudar a superar al adicto las conductas de búsqueda y autoadministración de cocaína, así como modificar el estilo de vida individual, familiar, social, interpersonal y comunitario. Uno de los problemas en éste paso es la abstinencia a mediano y largo plazo.

El procedimiento de exposición se da una vez superado el síndrome de abstinencia, es aquí donde se relaciona con las situaciones de alto riesgo teniendo otras conductas para resolver las problemáticas sin consumir cocaína y así desarrollar nuevas habilidades para cuando se produzcan en su vida cotidiana. En la conducta de búsqueda de drogas se debe conocer las rutas de cómo el adicto obtenía la cocaína para generar rutas alternas y el consumo disminuya. Otro factor es el disminuir el consumo de otras drogas desde las de mayor uso hasta las de menor frecuencia.

Se llega a la modificación del estilo de vida del adicto a la cocaína la cual es el logro de la abstinencia y se debe llevar a cabo desde inicios de esta para evitar futuras recaídas; la salud física y el cambio de imagen se debe dar a la par del inicio del tratamiento señalándole los hábitos de higiene personal para un aspecto físico agradable y pueda mantener una intervención psicosocial.

En ocasiones el cocainómano manifiesta ira e impaciencia, así como impulsividad es por eso que se debe llevar la preparación del adicto dándole a conocer las consecuencias de la ira para tener un control y estrategias de

afrontamiento para manejar el nivel de estrés; la adquisición de habilidades para prepararse a la provocación, la confrontación y reflexión del conflicto, y por último la aplicación del entrenamiento el cual se expone al adicto de forma simulada las situaciones para la aplicación del manejo de ira. Finalmente se debe buscar sensaciones que anteriormente no apreciaban, como la serenidad, relajación o disfrutar de la rutina o actividades sedentarias, teniendo una reestructuración cognitiva teniendo así una modificación en la conducta adictiva; sin embargo se debe monitorear al adicto para prevenir futuras recaídas, identificando los pensamientos o actitudes negativas que sean un peligro para volver a consumir la cocaína, realizando en dicho caso intervenciones para una reestructuración cognitiva.

Con esta línea se detallará la propuesta del tratamiento cognitivo conductual en el siguiente capítulo.

CAPITULO 5

PROPUESTA DE TCC DE 14 SESIONES PARA ADICTOS A LA COCAÍNA.

Para efectos de esta propuesta, la cual se basa en Cognitive Behavioral Approach; Treating Cocaine Addiction de la National Institute on Drug Abuse; se incorporarán tres sesiones adicionales a dicho tratamiento una de ellas tiene como objetivo el fortalecer la relación familiar-paciente por medio de una entrevista exhaustiva debido a que será de gran apoyo la información que nos brinde esté del paciente ya que será con quien interactué durante el tratamiento, la segunda sesión que se añadió es para trabajar la autoestima del paciente con el fin de que obtenga las fortalezas necesarias para valorarse encontrando sus áreas de oportunidad, la tercera sesión que se añade a esta propuesta es la administración del tiempo libre así como el restablecimiento de sus valores para que al terminar la terapia cuente con mayores herramientas para afrontar situaciones de riesgo; así como prevenir al paciente de no tener tiempos libres, evitando el ocio y buscando una eficiente organización de actividades para evitar futuras recaídas.

Al finalizar el tratamiento se propone que el seguimiento sea más largo debido a que las recaídas estadísticamente se presentan posterior al tiempo de seguimiento mencionado por el tratamiento.

5.1 Generalidades

En esta propuesta se describirá la secuencia, sesión por sesión a realizar con los pacientes; cada una centrada en una o una serie de habilidades específicas (craving, enfrentamiento de emergencias, etc.) las principales sesiones se concentran en las habilidades fundamentales para aclarar la ambivalencia del paciente y para lograr motivarlo a dejar el consumo de cocaína apoyándolo en evitar la accesibilidad y el craving, logrando una abstinencia inicial. Las sesiones posteriores se dedican a construir las habilidades básicas para ayudar al paciente a lograr mayor control sobre su uso de cocaína al trabajar en tópicos más complejos y habilidades más desarrolladas, siendo de apoyo el familiar para el seguimiento de la abstinencia, teniendo como resultado una reincorporación en la sociedad.

Es de igual importancia el auxiliar al paciente para que reconozca, el porqué o para que, hace uso de la sustancia. Lo cual requiere de un análisis cuidadoso de cada una de las circunstancias, de cada episodio de consumo, así como las habilidades y recursos con los que cuenta el paciente.

5.2 Estructura de las sesiones

La propuesta tiene un formato individual, debido a que se revisan las necesidades del paciente de manera específica, de tal manera que se le presta mayor atención, lo que facilita su involucramiento en el tratamiento, ya que se crea una relación interpersonal con el terapeuta. No obstante es importante considerar que el apoyo de los compañeros en una terapia grupal contribuye también en alcanzar la abstinencia dada la presión grupal en el adicto. Debido a ello, esta propuesta puede ser adaptada por las dos formas.

5.3 Duración de las sesiones

Esta propuesta es de duración breve y no requiere hospitalización, debido a que los pacientes acuden una vez por semana durante tres meses y medio aprox., teniendo 14 sesiones para lograr en el paciente una abstinencia y reincorporación en la sociedad.

Si la terapia se ofrece de manera individual, la duración de la sesión es de 60 minutos, mientras la grupal es de 90 minutos, para así dar oportunidad a los miembros a expresar sus experiencias y habilidades.

Si el paciente no logra mantener una abstinencia por lo menos de tres semanas, se requerirá un tratamiento de mayor duración para que pueda lograr una mejoría duradera.

5.4 Tipos de pacientes

Se deben considerar a pacientes que no tengan más de cinco años consumiendo cocaína, debido a que es un tratamiento dedicado a pacientes que tengan una vida más o menos estable.

Si el adicto se encuentra con un cuadro de psicosis cocaínica o se muestra inestable mental deberá de acudir a otro tipo de tratamiento para poder lidiar tanto con la adicción como con el trastorno mental, de igual forma quien

consume además de cocaína otro tipo de sustancia que no sea el alcohol o la marihuana, deberá ser canalizado a otro tipo de tratamiento.

5.5 Compatibilidad con otros tratamientos

Esta propuesta puede ser acompañada con farmacoterapia, grupos de ayuda mutua como son alcohólicos anónimos o narcóticos, terapia familiar o de pareja, entrenamiento parental, etc. Teniendo preferentemente un contacto estrecho con los proveedores del tratamiento.

5.6 Lineamientos generales

El terapeuta asume una posición activa y mucho más directiva que en otro tipo de intervenciones terapéuticas.

Un porcentaje importante del trabajo se realiza durante la sesión misma, incluyendo la revisión de ejercicios, análisis de problemas que han ocurrido desde la última sesión, entrenamiento de habilidades de afrontamiento, retroalimentación de estas habilidades y planeación para la siguiente semana. Esta participación activa debe equilibrarse en el trabajo de enganche del paciente.

5.7 La regla 20/20/20

Se ocupa la regla 20/20/20 para el flujo de una sesión típica de 60 minutos. Durante los primeros 20 minutos el terapeuta se centra en tener una visión clara de cuáles son las preocupaciones del paciente, su nivel general de funcionamiento, el uso de sustancias durante la pasada semana y la presencia o no de apetencia, así como de la realización de los ejercicios indicados. Esta parte de la sesión se caracteriza por que la mayor parte del tiempo es el paciente quien habla aunque el terapeuta lo guía con algunas preguntas fundamentales.

Los segundos 20 minutos se dedican a la introducción y discusión de algún tipo particular de habilidad a desarrollar. Típicamente el terapeuta habla mucho más que el paciente siendo fundamental que se personalice el material didáctico y se cheque con el paciente frecuentemente poniendo ejemplos e interrogando sobre su entendimiento.

Los 20 minutos finales vuelve el paciente al dominio del discurso y se revisa en forma conjunta el ejercicio a practicar durante la próxima semana así como a la anticipación de problemas potenciales para desarrollarla.

El cuadro siguiente resume la regla 20/20/20 detallándola a continuación.

CUADRO 1: LUJO DE LA SESION EN LA TCC 20/20/20
<p>Primeros 20 minutos</p> <ul style="list-style-type: none">• Evalúe el abuso de sustancias, apetencias y situaciones de alto riesgo desde la última sesión.• Trabaje las preocupaciones del paciente.• Revise y discuta el ejercicio de pareja.
<p>Segundos 20 minutos</p> <ul style="list-style-type: none">• Introduzca y discuta el tema de la sesión.• Relacione el tema discutido con las preocupaciones actuales.
<p>Terceros 20 minutos</p> <ul style="list-style-type: none">• Explore el entendimiento del paciente sobre el tema en cuestión.• Asigne un ejercicio práctico para la próxima semana.• Revise los planes de la semana y anticipe posibles situaciones de riesgo.

a) **Primer tercio de la sesión**

El terapeuta inicia la sesión preguntando al paciente ¿cómo ha estado?, muchos de los pacientes inician el discurso respondiendo espontáneamente si han usado o no han usado cocaína o si han tenido apetencias durante la última semana. En caso de que el paciente no reporte el uso de sustancias, el terapeuta preguntara directamente al respecto. Particularmente durante el inicio del tratamiento el terapeuta obtendrá día con día en forma detallada que tanto consumo ha existido de cocaína.

Por cada episodio de uso, el terapeuta pasara varios minutos realizando un análisis funcional (que pasó antes del episodio, cuando el paciente sintió el primer deseo o la urgencia de usar, cuál era el sentimiento, como y donde el paciente adquirió la sustancia, como se sintió intoxicado y que pasó

posteriormente). En caso de que el reporte sea negativo, el terapeuta interrogara sobre situaciones de riesgo o apetencias y trabajara al respecto. La meta del terapeuta es obtener información detallada sobre el nivel actual de funcionamiento del paciente, su motivación y el uso de drogas.

Como una retroalimentación objetiva para el paciente sobre su situación clínica se emplea el examen de orina, donde, la muestra se deberá obtener durante todas las visitas. La etapa inicial de la sesión es una buena oportunidad para revisar los resultados, el terapeuta debe tener acceso al método donde puede obtenerse resultados de los pasados tres días. Si el paciente no ha consumido cocaína y la prueba lo determina se debe reforzar dicho comportamiento, sin embargo, el problema surge cuando el paciente reporta no haber ingerido drogas y encontrar pruebas de laboratorio positivas. Es importante hacer mención en esos momentos que los errores de laboratorio o falsos positivos son en realidad raros y remarcar la importancia para el paciente de ser honesto y de cómo el tratamiento será mucho más productivo si el paciente expresa lo que en realidad siente y por lo que atraviesa.

“Comenta usted que todo va bien, sin embargo los resultados del laboratorio me hacen pensar que posiblemente las cosas no sean tan fáciles como se están planteando”, el terapeuta puede también hablar sobre el porque en ocasiones no se admite que se ha abusado de drogas (miedo a dar por terminado el tratamiento, el deseo de complacer al terapeuta, el aprobar al terapeuta).

Terapeuta: “Sé que el empleo de cocaína durante la semana no fue mucho, pero si existen indicios de consumo reciente. ¿Es posible que haya usted utilizado cocaína, aún en pequeñas dosis?”

Paciente: “Bueno lo que use fue menos de una línea, pero no pensé que esto contara”

Terapeuta: “Una línea en la última semana es mucho menos de lo que usted estaba usando a últimas fechas, y eso es muy bueno. Pero antes de entrar al análisis de cómo ha logrado disminuir en forma considerable el consumo me gustaría preguntarle el porqué considera usted que una sola línea no cuenta ya que pienso podemos aprender muchísimo aun de este ligero consumo”.

Escuchar atentamente las preocupaciones actuales

El terapeuta debe escuchar con atención y evaluar al paciente en muchas áreas.

- ¿Ha existido mejoría al reducir la dosis?
- ¿Cuál es el actual nivel de motivación para el tratamiento?
- ¿Existen esfuerzos y apoyos para mantener la abstinencia?
- ¿Qué es lo que al paciente le molesta en estos momentos?

El terapeuta debe escuchar activamente e intervenir clarificando cuando sea necesario, relacionando las preocupaciones del paciente con el abuso de drogas.

“Parece que existe una gran preocupación en relación con sus compañeros de trabajo, quienes lo meten en frecuentes problemas, ¿son éstos mismos con los que usted consumía?”

“Suena como si usted se hubiese sentido muy solo y aburrido el fin de semana y probablemente se haya sentido así desde hace mucho tiempo. ¿Le gustaría platicar un poco al respecto?”

Cuando esto se realiza bien, esta aproximación construye relaciones fuertes y enaltece la relevancia de la TCC enormemente, ya que el paciente obtiene una sensación de que el terapeuta está respondiendo a sus conflictos en forma útil, oportuna y con técnicas productivas.

Discutir sobre el ejercicio

Durante la primera parte de la sesión debe incluir una revisión detallada sobre la experiencia del paciente en relación con el ejercicio práctico. El foco debe ser lo que aprendió al realizarlo.

- ¿Fue más fácil o difícil realizarlo?
- ¿Cuáles estrategias de afrontamiento fueron mejores?
- ¿Qué fue lo que no funcionó?
- ¿El paciente practicó nuevas o diferentes estrategias?

El terapeuta no debe devaluar el ejercicio al actuar de la forma siguiente:

- Preguntar en términos de sí o no se realizó el ejercicio.
- Recibir el ejercicio como si fuera solamente una tarea de escuela.
- Usar un estilo confrontacional o agresivo cuando el paciente no cumplió las expectativas del terapeuta.

Una vez más el terapeuta debe mover al paciente a la práctica de los ejercicios fuera de la sesión a través de explicar claramente la tarea y sus objetivos, obtener el compromiso del paciente anticipar dificultades, monitorear de cerca, hacer uso de los datos, explorar las resistencias y plantear los logros y aproximaciones.

b) Segundo tercio de la sesión

El terapeuta debe explicar la relevancia del tópico de la sesión en relación con la preocupación por el uso de cocaína e introducirlo haciendo uso de ejemplos concretos de las experiencias recientes del paciente.

“Pienso que es un buen momento para hablar sobre lo que usted puede hacer cuando se encuentra en una verdadera situación de alto riesgo, como lo que sucedió el sábado en el parque, usted lo resolvió perfectamente al evadir la situación y retirarse, pero quizá existan otras alternativas en caso de encontrarse en situaciones semejantes”.

Exploración de reacciones

El terapeuta nunca debe de dar por hecho que el paciente ha comprendido perfectamente la tarea y el material de la sesión sin checar periódicamente el entendimiento del paciente.

- Pregunte en forma concreta al paciente *“Puede usted pensar sobre cuando le ocurrió esto la semana pasada”*
- Evoque la visión del paciente sobre como pudiese emplear las habilidades. *“Ahora que hemos hablado sobre la apetencia y lo hemos analizado, ¿Cómo cree usted que pudiese enfrentarlo mejor? ¿Qué técnicas ha empleado en el pasado? ¿Existiría otra manera de enfrentar esta apetencia?”.*
- Pida retroalimentación directa de los pacientes. *“¿Considera que esto es fundamental de trabajar en estos momentos, o que es lo que tiene usted en mente?”*
- Ponga en práctica las habilidades durante la sesión. *“Esto suena como que se encuentra usted listo para ejercitarlo, porque no practicamos cuando su padre se enoja al pedirle un aventón para acá”.*
- Pídele al paciente que describa la tarea en sus propias palabras.

- Ponga atención sobre la comunicación verbal y no verbal del paciente *“He notado que ha mantenido su vista en la ventana, y me pregunto acerca de lo que ha pasado por su mente el día de hoy”*.
- En muchos casos el paciente siente que el tema a trabajar no es relevante. Siente que no ha tenido apetencia. *“Entiendo que se sienta usted aburrido con el tema, pero pienso que debe usted estar preparado para el momento que se presente la apetencia, ¿qué le parece?”*

c) Tercio final de la sesión

La última parte de la sesión es semejante a la primera, caracterizándose por la participación más activa del paciente, siendo guiado por el terapeuta al ir preguntando específicamente y haciendo aclaraciones pertinentes.

Asigne al paciente un ejercicio

El terapeuta y el paciente discutirán sobre la tarea a desarrollar para la próxima semana. Es fundamental que el paciente entienda lo que se requiere. Para muchos pacientes es aconsejable que el terapeuta ejemplifique la tarea durante la sesión, al mismo tiempo el terapeuta pedirá el compromiso para realizar el ejercicio y trabajar los posibles obstáculos que pudiesen presentarse.

Cada sesión se acompaña de un ejercicio. La ventaja de emplear este material y las hojas del mismo es que resume lo más importante de cada tema y sirve como recordatorio de lo trabajado durante las semanas.

Anticipación de situaciones de alto riesgo

La parte final de la sesión debe siempre incluir una discusión detallada de los planes del paciente para la semana siguiente y la anticipación de situaciones de alto riesgo.

“Antes que terminemos, porque no hablamos un poco sobre los próximos días y como serán estos para usted. ¿Cuáles son sus planes al retirarse de este lugar? ¿Cuáles piensa usted que serán las situaciones más difíciles de enfrentar hasta nuestra próxima cita?”

El terapeuta tratará de ejemplificar la idea de cómo muchos pacientes literalmente plantean el consumir cocaína. Para cada situación de riesgo, el terapeuta y el paciente identificarán alguna habilidad de afrontamiento viable y

apropiado. Al inicio del tratamiento esto puede ser tan concreto como pedirle a un familiar o un amigo que tenga el dinero del paciente.

Para algunos pacientes cuyas vidas han llegado a ser caóticas, lo anterior les proporcionará una sensación de control. Y les permitirá llenar su tiempo con actividades y alternativas saludables al uso de drogas, especialmente si se encuentra desempleados o con pocos apoyos sociales, les auxiliara a crear redes sanas o a volver al trabajo.

5.8 Sugerencias para el terapeuta

- **Brindar explicaciones claras.** El terapeuta no puede esperar que los pacientes realicen las prácticas o las tareas sin entender que estas pueden resultar productivas y benéficas para ellos. Por lo que es importante que en la primera parte de la sesión el terapeuta subraye la importancia de la práctica extra sesión *“es importante para nosotros el que hablemos sobre el desarrollo sobre nuevas habilidades en nuestras sesiones, pero es todavía más importante el que éstas se pongan en práctica en nuestra vida cotidiana. Usted es en realidad el experto en lo que funciona o no funciona para usted, y para poder determinarlo es necesario poner las cosas en práctica. Es fundamental el que usted trate de implementar estas nuevas habilidades fuera de la sesión, lo cual nos permitirá analizar los resultados y modificarlos en caso necesario”*.
- **Obtener el compromiso del paciente.** La TCC será directa y se interrogara al paciente sobre su disposición para realizar intentos fuera de la sesión y si él piensa que esto puede ser productivo. La duda o el rechazo son datos clínicos importantes a explorar conjuntamente con el paciente. Algunos de ellos rechazan al hacer la tarea por que no le encuentran sentido a la misma, porque se encuentran ambivalentes sobre el tratamiento o porque no entienden la tarea.
- **Anticipe obstáculos.** Es importante que al final de cada sesión se brinde un tiempo suficiente para analizar la tarea futura en detalle, pidiendo al paciente que se anticipe y reconozca posibles dificultades y que piense en diferentes soluciones a estos problemas. El paciente tiene que ser un participante activo en todo el proceso y puede sugerir el

cambio de estrategia o el desarrollo de nuevas habilidades de afrontamiento.

- **Monitoreo de cerca.** Dar seguimiento cercano a las tareas es fundamental para mejorar el compromiso y la efectividad de la práctica. La parte inicial de la sesión debe usarse por lo menos en cinco minutos para revisar el ejercicio en detalle, no debe limitarse a preguntar si el paciente lo realizó o no. Si el sujeto espera que el paciente lo interroge en relación con la práctica, entonces procurará realizarlo lo mejor posible.
- **Uso de datos.** En lugar de revisar solamente la tarea el terapeuta cognitivo conductual debe explorar junto con el paciente lo que aprendió este último sobre sí mismo al llevar a cabo la práctica, haciendo el terapeuta intervenciones pertinentes, lo cual ayudará a seleccionar el tema y tareas futuras.
- **Exploración de resistencias.** Algunos pacientes realizan literalmente su tarea escrita en la sala de espera del terapeuta y a otros ni siquiera les pasa por la mente realizarla. El no realizar las prácticas extra sesiones puede tener diferentes interpretaciones: El paciente se siente desesperanzado y piensa que no vale la pena cambiar de comportamiento; piensa que puede cambiar sólo con fuerza de voluntad solamente su vida se encuentra tan desorganizada que no puede poner en práctica su tarea, etc. A través de la exploración detallada de las dificultades y resistencias de los pacientes pueden encontrarse mecanismos que permiten solucionarlos y ayudar al individuo a conseguir la realización de las prácticas.
- **Solución de problemas.** Es frecuente que los pacientes, sobre todo aquellos que nunca han recibido tratamiento anteriormente lleguen tarde a sus citas o que falten. En estos casos el terapeuta debe aplicar estrategias de solución a problemas lo que significa explorar sobre los motivos por los cuales esto sucede, platicar ideas para solucionarlo y trabajar sobre el implementar planes para llegar temprano.
- **Reconocimiento de logros.** Así como muchos de los pacientes no obtienen la abstinencia total al entrar al tratamiento, otros no se

encuentran totalmente comprometidos con la práctica de ejercicios. El terapeuta tratará de promover estos al premiar en cada sesión incluso hasta los menores intentos, subrayando lo importante y útil de realizar el intento, reiterará la importancia de poner todo el ejercicio en práctica y desarrollará un plan para la consecución total del ejercicio para la próxima semana.

Es importante que el paciente esté consciente de los lineamientos que se tendrán durante la terapia, es aconsejable tenerlos a la vista en el lugar donde se realicen éstas. En los siguientes cuadros se mencionan algunas reglas para las sesiones individuales así como para las sesiones grupales.

REGLAS PARA LAS SESIONES

1. Llegar a tiempo. ¡Se puntual!
2. ¡Ven cada semana! Al comenzar, adquieres un compromiso contigo mismo y con tus compañeros.
3. Mantén una actitud positiva
4. ¡Haz los ejercicios! Si no practicas lo que se enseña en la sesión, quizás nunca sabrás si esos métodos te ayudarían a disminuir tu consumo de cocaína.
5. Lo que se comparte en las sesiones es confidencial. Sin embargo, si deseas compartir sobre lo aprendido acerca del consumo de cocaína con otras personas, lo puedes hacer.
6. Trata de ser lo más honesto posible y expresarte tal y como tú eres, al igual de cómo te sientes.
7. Participa en los ejercicios.

SUGERENCIAS PARA TERAPIA GRUPAL

1. **Permite que otros conozcan tus ideas.** Lo que cada persona tiene que decir es importante, el compartir tus pensamientos y reacciones con el grupo estimulará a otros a participar y compartir lo que estén pensando.
2. **Haz preguntas.** Si te interesa saber sobre algo, pregunta, ya que no hay preguntas tontas o estúpidas, es probable que varios compañeros del grupo quieran saber lo mismo que tú.
3. **No acapares la conversación.** Otros también quieren participar y no podrán si consumes todo el tiempo para expresar tus ideas.
4. **Ayuda a otros compañeros a participar.** Si te parece que alguien quiere decir algo y no lo ha hecho, animalo para que participe, sin embargo, no lo fuerces ya que no se necesita hablar para estar involucrado en lo que está.
5. **Escucha atentamente a tus compañeros.** Trata de entender las ideas de los demás y no sólo pienses en lo que tienes que decir, escucha a tus compañeros de la misma manera que te gustaría ser escuchado.
6. **Considera el punto de vista de los demás.** No insistas en que estás en lo correcto y los demás están mal.
7. **Participa en la discusión.** Si la discusión es confusa para ti, exprésalo.

5.9 Sesiones

PRIMERA SESION: INTRODUCIENDO A LA TCC

TAREAS PARA LA SESION I

- Tomar la historia y establecer relación terapéutica.
- Evaluar el consumo de cocaína y otras sustancias.
- Revisar si el candidato es apto para la terapia.

Finalidad de la sesión

La primera sesión es la de mayor importancia y con frecuencia la más difícil ya que el terapeuta debe cubrir distintas áreas.

- Iniciar el establecimiento de una relación con el paciente.
- Evaluar la naturaleza del uso de sustancias y otros factores importantes para el tratamiento.
- Explicar claramente el tratamiento.
- Establecer la estructura para las sesiones remanentes.
- Iniciar el entrenamiento de habilidades.

Intervenciones clave

El terapeuta invertirá un tiempo considerable durante la primera sesión tratando de conocer al paciente, obteniendo la historia de ellos y del consumo de sustancias, adquiriendo un sentido sobre la motivación para el tratamiento y lo que trajo al paciente al mismo.

Esto puede obtenerse con preguntas abiertas que cubran por lo menos las razones que llevan al sujeto a buscar tratamiento y la historia de tratamientos.

A continuación se detallará una entrevista inicial así como evaluaciones que identifican el grado de consumo de cocaína, el cual fue tomado de Washton (1995) modificándose y actualizándose para necesidades de la propuesta; ésta puede ser dividida en uno o dos días para su aplicación, debido a que es una guía y la debe aplicar el terapeuta de manera directa al paciente, sin que éste se la lleve a su casa.

Entrevista inicial

FECHA: _____

1. Identificación del (la) paciente

- a. Nombre:
- b. Domicilio:
- c. Servicios de Salud:
- d. Teléfono fijo y celular:

2. Responsable legal (personas mayores de 18 años)

- a. Nombre:
- b. Relación con el (la) paciente:
- c. Domicilio:
- d. Teléfono fijo y celular:

3. En casos de emergencia recurrir a:

- a. Nombre:
- b. Relación con el (la) paciente:
- c. Domicilio:

d. Teléfono fijo y celular:

4. Datos del (la) paciente

Sexo: Hombre Mujer **Edad:**

Estado civil:

- a. Soltero(a)
- b. Casado(a)
- c. Unión Libre
- d. Separado(a)
- e. Divorciado(a)
- f. Viudo(a)

Escolaridad:

- a. Estudiante de tiempo completo
- b. Estudiante con actividad laboral
- c. Con actividad laboral estable (más de 6 meses)
- d. Con actividad laboral reciente o inestable (menos de seis meses)
- e. Desempleado(a) (busco empleo en el último mes)
- f. Desocupado(a) (no buscó empleo en el último mes)
- g. Hogar
- h. Pensionado(a)

Estrato social (según características manifiestas de (la) paciente

- a. Alto (+51 SM)
- b. Medio alto (21 a 50 SM)
- c. Clase Media (8 a 20 SM)
- d. Medio bajo (5 a 7 SM)
- e. Bajo (3 a 4 SM)
- f. Pobreza extrema o marginación (0 a 2 S.M.)

5. Principal motivo de consulta declarado (motivos, expectativas y o condicionantes)

5.1 Condicionantes de la solicitud de tratamiento:

- a. Por propia iniciativa
- b. Por condicionamiento o recomendación familiar
- c. Por recomendación de pares
- d. Por condicionamiento o recomendación escolar
- e. Por condicionamiento legal
- f. Por condicionamiento o recomendación laboral
- g. Por indicación médica
- h. Otros: _____

5.2 Antecedentes de acciones contra el uso de sustancias

- a. Juramentos
- b. Grupos de autoayuda
- c. Internamiento en “anexo”
- d. Intervenciones de emergencia (desintoxicación)
- e. Programa de mantenimiento
- f. Tratamiento médico no especializado
- g. Tratamiento psiquiátrico o psicoterapéutico ambulatorio
- h. Tratamiento psiquiátrico o psicoterapéutico residencial
- i. Medicina tradicional o alternativa
- j. Intentos de interrupción voluntaria del consumo, sin apoyo
- k. Otro(s) Especifique y explique: _____

6. Consumo de sustancias

Sustancias utilizadas alguna vez en la vida				Sustancias utilizadas en los últimos 12 meses					
Sustancia nombres populares y comerciales		Anote	AV	Edad Inicio	Ultimo consumo				
					Frec	Forma de adm.	Abst	Ocasión	Dosis
Depresores	Benzodiacepinas								
	Rohypnol								
	Barbitúricos								
	Sedantes hipnóticos								
	GHB								
Otros									
Opiáceos	Opio								
	Morfina								
	Origen nat:								
	Heroína								
	Sintéticos								
Otras sustancias de abuso	Con utilidad medica								
	Nitritos (poppers)								
	Drogas inteligentes								
	Esteroides anabólicos								
	No clasificadas								
No especificadas									

FRECUENCIA	FORM DE ADMINISTRACIÓN	ABSTINENCIA	ULTIMO CONSUMO	
			OCASIÓN	DOSIS
1. De una a cinco veces 2. De seis a 20 veces 3. De 21 a 50 veces 4. De 51 a 100 veces 5. Más de 100 veces	1. Inhalada o Fumada 2. Aspirada 3. Inyectada 4. Ingerida 5. Cutanea 6. Aplicada en otras mucosas	1. Sin interrupción/abst. Menor de un mes 2. De 1 a 3 meses 3. Mas de 3 y hasta 6 meses 4. Más de 6 y hasta 9 meses 5. Más de 9 meses	1. Mismo día o anterior 2. De 2 a 7 días 3. De 8 a 30 días 4. Más de 30 días	Según referencia del paciente

a. Droga de preferencia en los últimos 12 meses:

b. Droga de mayor impacto en los últimos 12 meses:

c. Uso en los últimos 12 meses de dos o más sustancias en el transcurso de un mismo día:

7. Frecuencia de episodios de abuso en los últimos 30 días

a. Tabaco (seis o más cigarrillos en un solo día):

- Ni una vez
- Una vez a la semana
- Dos veces a la semana
- Cada tercer día
- Diario

b. Bebidas alcohólicas (hombres: más de cuatro copasen un día / mujeres: más de tres copas en un día):

- Ni una vez
- Una vez a la semana
- Dos veces a la semana
- Cada tercer día
- Diario

c. Drogas ilícitas o con utilidad médica usadas fuera de descripción (cualquier dosis):

- Ni una vez
- Una vez a la semana
- Dos veces a la semana

- Cada tercer día
- Diario

8. Síntesis

a. Problemas o alteraciones relacionados al consumo de sustancias:

- Depresión
- Euforia
- Conducta agresiva
- Psicosis o paranoia
- Ansiedad
- Taquicardia
- Alteraciones del deseo sexual
- Problemas respiratorios
- Problemas de memoria
- Pérdida de peso o problemas gastrointestinales
- Ataques con pérdidas de consciencia
- Otros _____

b. Solo problemas o alteraciones asociados al consumo de sustancias:

- Problemas de salud
- Accidentes o lesiones
- Problemas familiares
- Problemas escolares
- Problemas laborales
- Problemas psicológicos
- Problemas legales
- Conducta delictiva o antisocial
- Otros _____

c. Características relevantes del paciente o asistentes, y conducta o actitudes durante la entrevista:

d. Tipo de uso de drogas:

- Experimental
- Social u ocasional
- Funcional
- Disfuncional
- En remisión

9. Otra información relevante:

Próxima cita:

Persona que proporciona la información:

Nombre y firma del responsable

Evaluación del perfil de consumo de cocaína

¿Qué es lo que te trae aquí, ahora?

1. Uso de cocaína

- ¿Cuándo fue la primera vez que probó cocaína?

- ¿Cómo la consumió la primera vez?

- ¿Durante cuánto tiempo consumió cocaína de forma esporádica antes de que el consumo se volviera regular e intensivo?

- ¿Ha probado alguna vez la base libre? _____

- ¿Se ha inyectado cocaína alguna vez? _____

- Generalmente ¿Cuál es su método usual de consumo?

- Por término medio, ¿Cuántos días a la semana consume cocaína? _____

- ¿Cuánto dinero gasta en cocaína a la semana? _____
- Por término medio, ¿cuántos días a la semana consume cocaína?

- ¿Suele tener episodios de consumo importante de cocaína en cortos espacios de tiempo? En caso afirmativo ¿Cuánto tiempo suele durar? ¿Cuántos gramos de cocaína consume durante estos episodios?

- ¿En qué tipo de situaciones consume habitualmente cocaína? (solo, con amigos, con esposo (a), con otra pareja sexual, en casa, en fiestas, en el trabajo) _____
- ¿En qué momento del día consume generalmente cocaína? Señalar todos los momentos en que la consume.

- Desde que empezó a consumir cocaína de forma regular, ¿cuál ha sido el período de tiempo más largo que se ha podido mantener abstinente?

- Señale algunos problemas causados por el consumo de cocaína.

<input type="checkbox"/> Pérdida de energía <input type="checkbox"/> Problemas de sueño <input type="checkbox"/> Temblor de manos <input type="checkbox"/> Rinorrea (flujo por la nariz) <input type="checkbox"/> Dolor y hemorragias nasales <input type="checkbox"/> Sinusitis <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Tos, dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Congestión del pecho <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos <input type="checkbox"/> Esputos oscuros <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Otras Infecciones <input type="checkbox"/> Nauseas <input type="checkbox"/> Resfriados <input type="checkbox"/> Ataque con pérdida de conciencia <input type="checkbox"/> Pérdida excesiva de peso
--	--

___ Otros _____

- Señale los efectos negativos de la cocaína en su estado emocional o mental.

___ Irritabilidad

___ Impaciente

___ Ansiedad

___ Depresión

___ Problemas de
memoria

___ Alucinaciones

___ Pérdida de

impulso sexual

___ Ataques de pánico

___ Impulsos suicidas

___ Impulsos violentos

___ Otros _____

- Señale los efectos negativos que produce la cocaína en sus relaciones con otras personas.

Discusiones con su pareja
 Discusiones familiares
 Amenazas de abandono de la pareja
 Ruptura de relaciones
 Aislamiento social
 Relaciones sexuales dificultosas
 Dificultad de hablar abiertamente y con sinceridad.
 Otros _____

- Señale los efectos negativos del consumo de cocaína en el trabajo o estudios:

Llegar tarde al trabajo o escuela
 Faltar al trabajo o escuela
 Reducir la productividad
 Alargar los ratos libres
 Abandono laboral o escolar
 Expulsión escolar
 Despido del trabajo
 Dificultad con superiores
 Otros _____

- Señale los efectos negativos del consumo de cocaína en su situación económica

Agotar el dinero del banco
 Tener deudas
 Imposibilidad de pagar
 No tener dinero extra
 Otros _____

- Señale alguna consecuencia legal del consumo de cocaína

Detención por posesión o venta de cocaína

Detención por otros delitos relacionados con la venta o el consumo de cocaína

- Le ha ocasionado el consumo de cocaína

Algún accidente de coche

Alguna pelea física con alguien

Tener relaciones sexuales no deseadas

Ser herido físicamente por alguien

Intentos de suicidio

Negocios de drogas

Robos a familiares, amigos o al trabajo

Otros _____

2. Consumo de otras drogas

- Marque con una "x" si ha consumido alguna vez alguna de las siguientes sustancias.

Marihuana

Anfetaminas

LSD u otros alucinógenos

Valium u otros tranquilizantes

Barbitúricos

Heroína

Otros opiáceos

Alcohol

Tabaco

Otros _____

- Con que frecuencia ha utilizado alguna de éstas sustancias (durante los últimos 30 días) e indique la cantidad y la frecuencia.

	Cantidad	Frecuencia
Marihuana	_____	_____
Anfetaminas	_____	_____
LSD o alucinógenos	_____	_____
Valium o tranquilizantes	_____	_____
Barbitúricos	_____	_____
Heroína	_____	_____
Otros opiáceos	_____	_____
Alcohol	_____	_____
Tabaco	_____	_____

- ¿En estos momentos se siente dependiente de alguna de estas sustancias? En caso de ser afirmativo, explíquelo

- ¿Ha tenido algún problema con alguna sustancia en el pasado? Explíquelo

- ¿Ha consumido alguna de estas sustancias de forma regular durante un mes o más? Explíquelo

- ¿Está realizando alguna pauta de medicación en estos momentos? Señale el medicamento y la dosificación

3. Tratamientos para el consumo de drogas y alcohol

- ¿Ha estado alguna vez en tratamiento por toxicomanías o alcohol?
Explíquelo (nombre del médico, hospital, fecha y tipo de tratamiento)

- ¿Por qué abandono el tratamiento?

- ¿Ha asistido alguna vez a AA, NA, CA, u otro tipo de grupos de autoayuda? ¿En qué fecha?

TEST DE LA ADICCION A LA COCAINA

Por favor, conteste sí o no a cada una de las siguientes preguntas. Asegúrese de haber contestado todo el cuestionario.

	SI	NO
1. ¿Tiene dificultad en decir que no cuando le ofrecen cocaína?	___	___
2. ¿Suele consumir cualquier cantidad de cocaína que tenga en lugar de intentar guardarse un poco para otro momento?	___	___
3. ¿Ha intentado dejar de tomar cocaína pero le ha sucedido que, de alguna manera, siempre ha vuelto a consumir?	___	___
4. ¿Alguna vez ha estado 24 hrs. o más con un exceso continuado de cocaína?	___	___
5. ¿Necesita consumir cocaína para encontrarse bien?	___	___
6. ¿Le preocupa el hecho de sentirse menos capaz de actuar sin cocaína?	___	___
7. ¿Le preocupa el hecho de estar aburrido o triste al no consumir cocaína?	___	___
8. ¿El hecho de ver, pensar o tener un estímulo relacionado con cocaína le produce deseos de consumo?	___	___

9. ¿Alguna vez se encuentra preocupado con pensamientos sobre la cocaína? ___ ___
10. ¿Ha sentido el deseo irresistible de consumir cocaína? ___ ___
11. ¿Se siente psicológicamente adicto a la cocaína? ___ ___
12. ¿Ha dedicado menos tiempo a relacionarse con personas que no consumen, desde que usted toma cocaína? ___ ___
13. ¿Se siente culpable y avergonzado de su consumo de cocaína y se desprecia a sí mismo por hacerlo? ___ ___
14. ¿Está preocupado por la importancia de su dependencia de la cocaína? ___ ___
15. ¿Suele pasar momentos con personas o acude a lugares donde hay cocaína disponible? ___ ___
16. ¿Consume cocaína en el trabajo? ___ ___
17. ¿Le ha dicho alguien que su conducta o personalidad ha cambiado, sin saber que consume cocaína? ___ ___
18. ¿El consumo de cocaína lo ha llevado a consumir otras drogas? ___ ___
19. ¿Ha conducido alguna vez con el efecto de cocaína, alcohol u otras drogas? ___ ___
20. ¿Ha abandonado alguna vez una responsabilidad en su casa, estudio o trabajo, debido al consumo de cocaína? ___ ___
21. ¿Se han modificado sus valores o intereses a causa del consumo de cocaína? ___ ___
22. ¿Trafica con cocaína para mantener su consumo? ___ ___
23. ¿Habría consumido alguna vez más cocaína si hubiera tenido el dinero o acceso más fácil para ella? ___ ___
24. ¿Oculta el consumo de cocaína a sus amigos o familiares Por el temor a sus reacciones? ___ ___
25. ¿Se ha interesado menos del trabajo o estudios por culpa del consumo de cocaína? ___ ___
26. ¿Se ha interesado en menos actividades relacionadas con la

salud (ejercicio, dietas, etc) debido al consumo de cocaína?	___	___
27. ¿Miente o busca excusas en relación con el consumo de cocaína?	___	___
28. ¿Suele negar y quitar importancia a su problema con el consumo de cocaína?	___	___
29. ¿Le ha sido imposible parar el consumo de cocaína aún sabiendo que tiene efectos negativos en su vida?	___	___
30. ¿El consumo de cocaína ha puesto en peligro sus estudios o trabajo?	___	___
31. ¿Le preocupa el hecho de ser capaz o no de llevar una vida normal y satisfactoria sin tomar cocaína?	___	___
32. ¿Tiene problemas económicos por culpa del consumo de cocaína?	___	___
33. ¿Tiene problemas con su pareja, debido a la cocaína?	___	___
34. ¿Ha tenido efectos negativos en su salud física por el consumo de cocaína?	___	___
35. ¿Tiene efectos negativos el consumo de cocaína en su estado emocional o mental?	___	___
36. ¿Se ha alterado su funcionamiento sexual por el consumo de cocaína?	___	___
37. ¿Se ha convertido en una persona menos sociable debido al consumo de cocaína?	___	___
38. ¿Ha perdido algunos días de trabajo o escuela debido al consumo de cocaína?	___	___
TOTAL	___	___

Si la persona contesta más de 7 preguntas con un “Si”, se debe considerar como adicto a la cocaína y tomar la terapia si es que se ha optado como candidato viable para esta propuesta.

Una vez terminada la sesión el terapeuta platicará con los familiares y amigos para decidir quién o quiénes serán las personas que darán el seguimiento al tratamiento, explicándoles que se requiere de su apoyo a lo largo y posterior a este, validando el consumo o abstinencia que el paciente comente en terapia. Es de gran importancia que el familiar comprenda la continuidad y compromiso necesario para dicho tratamiento, por lo que se requiere a una persona responsable, cooperativa y cercana al adicto (preferentemente que viva con el adicto y que no sea drogodependiente).

Será necesario que el terapeuta replantee a los familiares las nuevas conductas que deben emplear hacia el adicto como es el evitar conductas sobreprotectoras, permisivas y recriminatoras, generar una comunicación coherente, recuperar la autoridad, definir derechos y deberes de los integrantes de la familia así como condicionar los derechos del adicto al deber de recuperarse, entre otros.

El terapeuta encontrará una guía de entrevista que valide la información dada por el adicto, la cual va dirigida al familiar responsable.

Entrevista Familiar

Fecha:

Nombre del familiar:

Edad:

Dirección:

Empleo:

Teléfonos (3):

Nombre del paciente:

Relación con el paciente:

- ¿Convive con el paciente en la actualidad? ¿Cuánto tiempo?

¿Qué crisis reciente ha motivado al adicto o a usted a buscar ayuda profesional?

- ¿Cuál es la droga que consume el paciente?

- Mencione las sustancias que el paciente haya usado en los últimos tres meses y el uso que ha tenido.

	Ocasional	Frecuente	Compulsivo
Cocaína	_____	_____	_____
Alcohol	_____	_____	_____
Tranquilizantes	_____	_____	_____
Hipnóticos	_____	_____	_____
Analgésicos	_____	_____	_____
Heroína	_____	_____	_____
Marihuana	_____	_____	_____
Alucinógenos	_____	_____	_____
Inhalantes	_____	_____	_____
Antidepresivos	_____	_____	_____
Otros (Especifique)	_____	_____	_____

- Marque los síntomas y consecuencias asociadas con el consumo de sustancias.

<input type="checkbox"/> Cambios de personalidad	<input type="checkbox"/> Tendencia defensiva a la discusión
<input type="checkbox"/> Cambios de humor rápidos y extremos	<input type="checkbox"/> Aislamiento social y con secretos
<input type="checkbox"/> Temperamento explosivo	<input type="checkbox"/> Mentiras y engaños
<input type="checkbox"/> Irritabilidad extrema	<input type="checkbox"/> Abusos físicos
<input type="checkbox"/> Pérdida de memoria	<input type="checkbox"/> Abusos verbales
<input type="checkbox"/> Arranques de cólera y rabia	

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abusos sexuales | <input type="checkbox"/> Incumplimiento de las tareas de familia |
| <input type="checkbox"/> Totalmente centrado en sí mismo | <input type="checkbox"/> Incumplimiento de las tareas de trabajo |
| <input type="checkbox"/> Conducta irracional y fuera de control | <input type="checkbox"/> Problemas legales |
| <input type="checkbox"/> Problemas económicos | <input type="checkbox"/> Pérdida de trabajo |
| <input type="checkbox"/> Problemas familiares | <input type="checkbox"/> Pérdida de propiedades personales |
| <input type="checkbox"/> Problemas de salud | <input type="checkbox"/> Aislamiento social o familiar |
| <input type="checkbox"/> Incumplimiento de las tareas de casa | |

Es de gran importancia que al finalizar las sesiones I, VI y XI, así como para el seguimiento terapéutico, el familiar responsable conteste una breve entrevista de manera telefónica o presencial. Se detalla a continuación.

Guía para el seguimiento del tratamiento con el familiar

Nombre:

Fecha:

Nombre del paciente:

Dirección:

Teléfonos (3):

- ¿Convive con el paciente en la actualidad? ¿Si es así cuánto tiempo convive con él?

- ¿Qué actividades realiza el paciente?

- Estudio
- Trabajo
- Deporte
- Cuido algún familiar
- Ninguna
- Otros _____

- ¿Ha mejorado la relación con el paciente y la familia? ¿De qué manera?

- ¿El paciente le ha generado mayor confianza? Explique

- ¿Últimamente el paciente le ha mentado? ¿En qué situación?

- ¿Sabe si el paciente frecuenta a sus amigos con los que consumía o tiene un nuevo grupo de amigos?

- ¿El paciente ha dejado de consumir cocaína? (frecuencia, situación)

- ¿Ha ingerido alcohol el paciente? (frecuencia, situación)

- ¿Sabe si el paciente ha consumido alguna otra sustancia o droga? (frecuencia, situación, explique)

- El paciente ha presentado:

- Cambios de personalidad
- Cambios de humor rápidos y extremos
- Temperamento explosivo
- Irritabilidad extrema
- Pérdida de memoria
- Arranques de cólera y rabia
- Tendencia defensiva a la discusión
- Aislamiento social y con secretos

- Mentiras y engaños
- Abusos físicos
- Abusos verbales
- Abusos sexuales
- Totalmente centrado en sí mismo

Conducta irracional y
fuera de control

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas económicos | <input type="checkbox"/> Problemas de salud |
| <input type="checkbox"/> Problemas familiares | <input type="checkbox"/> Problemas legales |
| <input type="checkbox"/> Incumplimiento de las
tareas de casa | <input type="checkbox"/> Pérdida de trabajo |
| <input type="checkbox"/> Incumplimiento de las
tareas de familia | <input type="checkbox"/> Pérdida de
propiedades personales |
| <input type="checkbox"/> Incumplimiento de las
tareas de trabajo | <input type="checkbox"/> Aislamiento social
o familiar |

- El paciente le ha externado alguna preocupación? (depresión, problema económico, etc.)

- ¿El paciente se encuentra motivado con el cambio, de qué forma lo motiva usted?

SEGUNDA SESION: INTEGRACION DE MEDICAMENTOS

TAREAS PARA LA SESION II

- Se deberá apoyar con un psiquiatra o médico para la medicación del paciente.
- Aumente la motivación.
- Inicie el Análisis Funcional.
- Presentar el modelo TCC
- Negocie las metas del tratamiento y el contrato del mismo.
- Brinde explicaciones claras sobre las tareas extra-sesiones.

Integrando medicación a la TCC

La TCC es altamente compatible con la farmacoterapia. Cuando se usa en combinación, el rango de intervención tiene que expandirse incluyendo la focalización en el cumplimiento de la ingesta de medicamentos. Esto generalmente se explora y se trabaja en la primera parte de la sesión con el médico especialista basándose en la historia clínica y sus observaciones con el paciente, las siguientes preguntas pueden servir de guía para este proceso.

¿Cómo es el uso de cocaína en el presente?, ¿Con qué frecuencia usa usted cocaína?, ¿Cuál ha sido el periodo más largo que ha tenido de abstinencia?, ¿Cuándo empezó y terminó?, ¿Qué ha intentado para disminuir el consumo?, ¿Cómo obtiene la cocaína?, ¿Cuánto alcohol consume?, ¿Cómo afecta el consumo de alcohol el consumo de cocaína?, ¿Cuánto tiempo se ha mantenido sin beber?, ¿Qué otras drogas emplea?, ¿Cómo se siente después de consumir cocaína?, ¿Cómo empezó a consumirla? Observando otros factores como: ¿Dónde vive?, ¿Alguien utiliza cocaína en su domicilio?, ¿Quiénes de las personas con las que pasa la mayor parte del tiempo consume cocaína?, ¿Quién no usa?, ¿Se encuentra usted trabajando ahora?, ¿Conoce su familia sobre su uso de cocaína?, ¿Tiene usted un problema médico o preocupación al respecto?, ¿Tiene usted problemas legales?, ¿Tiene esto que ver con el que usted busque tratamiento?, ¿Cómo se siente usted la mayor parte del tiempo?, ¿Ha pensado usted en hacerse daño?, ¿Lo ha realizado?, ¿Sucede esto solamente con la ingesta de la sustancia?, ¿Alguna vez ha tenido pensamientos de tipo paranoides, que alguien lo vigilaba o lo seguía?, ¿Sucedió esto cuando ingería cocaína?, ¿Qué hacía usted al respecto?

Si el paciente ha pasado por un proceso extenso de pretratamiento y evaluaciones el médico tendrá que ser sensible para continuar el interrogatorio *“entiendo que usted ha pasado mucho tiempo contestando preguntas, sin embargo necesitamos contestar algunas más, lo que nos ayudara planificar hacia dónde iremos desde este momento “*

Refuerce la motivación

Mientras que el paciente contesta estas preguntas, el terapeuta escuchará atentamente y evocará comentarios relacionados con las razones para buscar

tratamiento o reducir el consumo de cocaína. Algunas frases auto-motivacionales que se pueden utilizar son las siguientes:

“Esto suena a que sus padres se encuentran muy preocupados por su uso de cocaína, pero yo me preguntaba qué es lo que usted siente al respecto”

“Cuénteme ¿Cómo es que el uso de cocaína le ha afectado?” “¿Qué es lo que más le molesta sobre el usar sustancias?”

- Escuchar con empatía.

“Parece que le molesta el hablar de todo esto de entrada” “Usted siente que quiere parar, pero se encuentra preocupado porque ya antes lo ha intentado y ha regresado al consumo de cocaína” “Por un lado usted siente que el dejar de ver a Toño sería un paso importante para usted ya que con él usted siempre usaba cocaína pero ¿no le preocupa el perder un amigo de tantos años?”

- El terapeuta debe evitar el interrumpir al paciente, discutir con él, cambiar el tema o retarlo en cualquier forma.

- Trabajo con la resistencia.

“Parece no estar seguro en estos momentos de pasar un tiempo prolongado cambiando su estilo de vida” “Siento que usted se está adelantando un poquito; podemos pasar un rato hablando sobre cuales serán nuestras metas y como podremos alcanzarlas” Señale las discrepancias. “Parece que no considera usted el uso de cocaína como un gran problema, pero al mismo tiempo mucha gente que se preocupa por usted piensa lo contrario y el haber sido arrestado por posición de la droga le ha traído muchos problemas”.

- Clarificar la elección libre.

“No existe nada que yo o cualquier persona pueda hacer para que detenga el uso de cocaína, el único responsable por lo que usted haga en realidad es usted”.

- Revisar las consecuencias del tomar o no tomar acción.

“Que piensa que sucederá si no se detiene en el uso de cocaína” “Puede usted elegir entre hacer esto ahora o dejarlo para otro momento”.

Negocie las metas de tratamiento

La TCC para la dependencia de cocaína es un tratamiento orientado a la abstinencia por muchas razones. El uso de cocaína aún en dosis pequeñas se

asocia a una serie importante de riesgos médicos y psiquiátricos. Sin embargo son relativamente pocos los pacientes que llegan a tratamiento con el compromiso de la abstinencia. Muchos de ellos acuden por presiones o cohesión, otros desean disminuir su consumo hasta un punto donde las consecuencias negativas sean eliminadas. Para los pacientes que presentan gran ambivalencia, los clínicos deben tomar en cuenta que el compromiso para la abstinencia es un proceso que muchas veces toma varias semanas lograr. El terapeuta debe explicar que la meta del tratamiento es la abstinencia. Sin embargo para aquellos pacientes con gran ambivalencia esto se debe hacer en una forma que tome en cuenta sus dudas al respecto.

“Entiendo que no se encuentre seguro de abandonar el uso de cocaína por completo, y pasaremos algunas sesiones hablando sobre lo que usted decidirá. Sin embargo existen buenas razones como para pensar en dejar la droga por completo”.

Aunque el foco de la terapia es la abstinencia de cocaína, es importante reconocer y apoyar al paciente a resolver otros problemas y síntomas.

El terapeuta debe interrogar expresamente al paciente para ver si tiene otras metas y de cómo el detener el uso de la sustancia ayudará a la realización de estos objetivos (ejemplo: el retomar la custodia de los hijos o el volver al trabajo).

“Parece ser que usted ha tenido problemas con Marco desde hace tiempo y que le ha pedido que lo deje pero usted piensa que al dejar la cocaína esta situación mejorará. Lo que podemos hacer es invitar a Marco para que conozca lo que es el problema y el programa de tratamiento y posiblemente después de estas doce semanas los podamos referir a psicoterapia familiar o de pareja, que le parece”.

Presente el modelo TCC

El terapeuta proporcionará una explicación clara sobre la necesidad de tratamiento lo cual deberá cubrir los puntos siguientes.

- El uso de cocaína puede ser visto como un comportamiento aprendido.

“Una forma de ver el uso de cocaína es el que algunas personas lo aprenden a lo largo del tiempo. Aprenden a ver a otros hacerlo, aprenden cómo conseguirla y cómo usarla, aprenden como la cocaína los hace sentirse más energéticos o

atractivos, o sociales. Parece ser que usted ha aprendido mucho de lo anterior en estos años”.

- Al entender el proceso, los individuos encontrarán más fácil detener el consumo de cocaína y de otras drogas:

“Me comenta que hay muchas cosas relacionadas con el uso de cocaína que son automáticas para usted, como el que ni siquiera recuerda como llego al DF. Tomaremos mucho tiempo deteniendo este proceso. Revisaremos lo que sucedía antes de que usted consumiera drogas, lo que usted piensa y siente y lo que le sucede después de usar. Al entender todas estas reacciones automáticas su abuso de cocaína será más fácil de controlar”.

- Nuevos hábitos, más sanos y efectivos pueden reemplazar los anteriores.

“No es solamente de entender estos procesos, sino hacer algo al respecto. Me refiere usted que el sólo dejar la cocaína no representa ninguna mejoría. En realidad el aprender a dejar la cocaína nos permitirá hacer las cosas diferentes. En vez de responder a ciertos estímulos como lo hacían antes con cocaína, aprenderemos respuestas nuevas, las analizaremos y las pondremos en práctica y puedo apostar como en los cuatro meses que usted mantuvo la abstinencia el año pasado aprendió estrategias interesantes”.

- La práctica es esencial.

“Es necesario la práctica para aprender a responder en forma diferente. Una de las cosas que nos ayudará es el recordar que le tomó mucho tiempo aprender a ser un buen abusador de cocaína, para conseguir el dinero, la cocaína, cómo usarla, como no ser aprendido. Esto está muy desarrollado y tendremos que realizar el mismo trabajo para desaprenderlo y aprender nuevas formas de afrontamiento. ¿Cree usted que podrá comprometerse a realizar ejercicios fuera de la sesión?”.

Establecimiento de reglas básicas.

Es necesario establecer claramente las expectativas para el paciente en relación con el tratamiento, las obligaciones y responsabilidades. Las áreas siguientes tendrán que ser revisadas y discutidas.

- Tiempo de duración y horarios de tratamiento.

- Importancia de la asistencia regular.
- Llamar en caso de que el paciente no pueda acudir o si se retrasará.
- La colección de muestras de orina en cada sesión.
- La necesidad de presentarse en cada sesión libre de cocaína, alcohol u otras drogas.

Introducción del análisis funcional.

El terapeuta trabajará a través de un episodio reciente de empleo de cocaína con el paciente, conduciendo un análisis funcional completo.

“Para que tenga una idea de cómo trabaja todo esto, vayamos a un ejemplo. Cuénteme todo lo relacionado al último empleo de cocaína. ¿Dónde estaba y qué se encontraba haciendo?, ¿Qué estaba pasando antes?, ¿Cómo se estaba sintiendo?, ¿Cuándo se dio usted cuenta de que deseaba usar cocaína?, ¿Puede recordar si ocurrió algo positivo en el uso de coca?, ¿Cuáles fueron las consecuencias negativas?”

Ejercicio práctico

Pida al paciente que haga un análisis funcional de las tres últimas veces que consumió cocaína. Esto sigue en forma cercana el formato de un análisis funcional conducido por el terapeuta durante cada sesión. El terapeuta probablemente deseará usar el siguiente cuadro como ejemplo durante las sesiones.

CUADRO 2: ANALISIS FUNCIONAL				
GATILLO ¿Qué es lo que me lleva a usar?	PENSAMIENTOS Y SENTIMIENTOS ¿En qué pensaba? ¿Qué sentía?	COMPORTAMIENTO ¿Qué hacía yo entonces?	CONSECUENCIAS POSITIVAS ¿Qué obtenía yo de positivo?	CONSECUENCIAS NEGATIVAS ¿Cuáles fueron las consecuencias?

TERCERA SESION: ENFRENTANDO LA APETENCIA

TAREAS PARA LA SESION III

- Entendiendo la apetencia.
- Describiendo la apetencia.
- Identificando disparadores.
- Evitando estímulos precipitantes.
- Enfrentando la apetencia.

Finalidad de la sesión

Debido que la apetencia es un problema tan difícil de enfrentar por mucho de los abusadores, este tema se enfrenta en forma temprana en el tratamiento. Episodios de apetencia subjetiva se reportan con frecuencia hasta semanas o hasta meses después de haber iniciado la abstinencia. Esa experiencia puede ser tanto mitificadora como destructiva para el paciente y puede llevarlo al empleo de la sustancia sino se entiende y se maneja de manera adecuada.

- Entender las experiencias de apetencia del paciente.
- Transigirle la naturaleza normal de la apetencia.
- Identificar los estímulos precipitantes de la apetencia y los disparadores.
- Impartir y practicar técnicas de afrontamiento y control de la apetencia.

Intervenciones clave

Es importante para el paciente el reconocer y que experimente la apetencia como una experiencia común y normal. La apetencia no significa que algo esté mal o que tenga el deseo de volver a usar drogas.

Debido a la frecuencia y variedad de circunstancias en la que la cocaína se autoadministra, una multitud de estímulos se ha identificado asociados por su uso. Estos pueden actuar como disparadores para generar apetencia de la sustancia. Los disparadores más comunes incluyen estar alrededor de la gente con las que usaba, tener dinero o recibir el pago, beber alcohol, situaciones sociales, ciertos estados afectivos tales como la ansiedad, depresión o júbilo. Estos disparadores son altamente idiosincrásicos por lo que la identificación tendrá que realizarse conforme progresa el tratamiento.

A fin de explicar la idea de la apetencia el terapeuta empleará el ejemplo de Pavlov y el condicionamiento clásico equiparando la comida a la cocaína, la salivación a la apetencia y la campana al disparador. Este ejemplo es suficiente en ocasiones para desmitificar la experiencia de la apetencia y ayudar al paciente a identificar y a tolerar la apetencia condicionada cuando esto ocurre. Es importante también el transmitir al paciente la naturaleza de tiempo-limitado de la apetencia, de que es un fenómeno condicionado y que tiene un pico para luego dispararse en menos de una hora si no es seguido del uso de la droga. El terapeuta deberá explicar también el fenómeno de extinción de las respuestas condicionadas, otra vez, usando por ejemplo del experimento de Pavlov.

Describiendo la apetencia.

Lo siguiente es esencial para entender la experiencia de la apetencia del paciente. Esto incluye el evocar la siguiente información.

- ¿Cómo experimenta usted la apetencia?

La apetencia o las urgencias se experimentan en una gran variedad de formas en cada paciente. Para algunos la experiencia es fundamentalmente somática; por ejemplo “siento un vacío en mi estómago”, “se acelera mi corazón”, o “empiezo a olerla”. Para otros la apetencia es experimentada de una forma más cognitiva “la necesito ahora”, “no puedo quitármelas de la cabeza”, “me llama”. O puede ser experimentada afectivamente “me siento nervioso”, “estoy aburrido”. Es importante para el terapeuta que obtenga una idea clara de cómo su paciente experimenta su apetencia.

- ¿Qué tanto le molesta esta apetencia?

Existe una tremenda variedad sobre el nivel y la intensidad de la apetencia reportada por los pacientes, para algunos el control de la apetencia es una de las metas del tratamiento y le tomará algunas semanas el lograrlo, otros pacientes negarán la experiencia, la exploración sin presión con estos pacientes nos revelará como la experiencia es malinterpretada o simplemente ignorada cuando ocurre hasta que están usando nuevamente.

- ¿Qué tanto le dura esta apetencia?

Para poder transmitir la idea de autolimitación en tiempo de la apetencia habrá que recalcar al paciente el cómo nunca se ha permitido atravesar por esta experiencia sin haber sido vencido por ella.

- ¿Cómo trata usted de hacerle frente a esta experiencia?

El tener una idea de cuáles son las estrategias que emplea el paciente para enfrentarlo, nos dará una idea de sus características y nos ayudará a seleccionar las más adecuadas.

Identificación de disparadores

Posteriormente el terapeuta deberá trabajar en el desarrollo de una lista integral y completa sobre los disparadores en conjunto con el paciente.

Esta lista deberá iniciarse durante la sesión, el ejercicio práctico para esta sesión incluirá la automonitorización de la apetencia a fin de que el paciente inicie la identificación de disparadores como vayan apareciendo.

Evitación de estímulos

El terapeuta debe procurar mantener en mente que la estrategia general de “reconocer, evitar y enfrentar” es particularmente aplicable a la apetencia después de identificar los estímulos más problemáticos para los pacientes, por ello, deberá explorar el grado en que estos pueden ser evitados. Esto pudiese incluir el terminar con relaciones, reducir el contacto con alguien, deshacerse de las parafernalias, no acudir a bares y otros lugares donde la cocaína se emplea, no traer dinero.

El terapeuta deberá pasar un tiempo considerable explorando las relaciones entre el alcohol y la cocaína en pacientes que consumen juntas la sustancia y donde el alcohol se convierte en un poderoso estímulo para el uso de la sustancia. Estrategias específicas para reducir o preferentemente el parar el uso del alcohol deben ser exploradas.

Enfrentando la apetencia

La variedad de estrategias para enfrentar la apetencia incluyen las siguientes.

- Distracción.
- Hablar al respecto.
- Ir con la apetencia.

- Recordar las consecuencias negativas del uso de cocaína.
- Auto-hablarse.

El terapeuta deberá indicar que estas estrategias no detendrían la apetencia por completo. Pero con la práctica se reducirá la frecuencia y la intensidad de la misma, haciéndolo menos dura y frustrante.

Distracción

Es una estrategia efectiva, especialmente si se hace algo físico. Es productivo hacer una lista de distracciones viables y confiables en conjunto con el paciente anticipando futuras apetencias estas actividades pueden incluir el salir a caminar, jugar básquetbol, ejercicios de relajación.

El dejar la situación y e irse a otro lado donde se esté a salvo es una de las estrategias más efectivas para manejar la apetencia cuando se presenta.

Hable de la apetencia

Debido a la importancia de hablar sobre la apetencia cuando ocurre y así disminuir la ansiedad y la vulnerabilidad que el paciente llegue a tener el paciente deberá tener apoyo como mínimo de un familiar o amigo, el cual estará al tanto de la terapia de éste.

En ocasiones los familiares o amigos no comprenden y se asustan pensando que el paciente puede recaer. Es papel del terapeuta explicarle al familiar o amigo sobre la terapia y cómo el paciente puede llegar a tener deseos de volver a consumir sin que el final de eso sea forzosamente el consumir nuevamente.

En la propuesta se considera importante que el terapeuta tome un tiempo explorando quienes pudieran ser los amigos o familiares con quienes hablar sobre esta experiencia. En caso de ser pacientes aislados o sin amigos libres de drogas, será importante explorar como el paciente puede generar una red de nuevos amigos.

Ir con la apetencia

La idea detrás de esta estrategia es permitir que la apetencia se manifieste y transcurra hasta que pase sin pelear contra ella o rendirse ante la misma. Dando la imagen del paciente de una ola o el caminar por una colina puede

ayudar a explicar el concepto, como el judo, esto es ganando control al evadir la resistencia (aprovechar la fuerza del contrario).

Es importante mencionar al paciente que no se trata de que la experiencia desaparezca sino el enfrentarla en una forma diferente con menor ansiedad y peligro. A continuación se resumen los pasos a seguir.

1. Preste atención a la apetencia. Esto significa que en primer término el paciente buscará un lugar seguro donde experimentar sin peligro (confortable y silencioso). Para luego relajarse y centrarse en la experiencia misma, como ocurre y su intensidad.
2. Centrarse en el área donde la experiencia ocurre. Esto significa poner la atención en las señales somáticas o afectivas que se presentan y ponerlas en palabras. ¿Cómo es el sentimiento?, ¿Dónde lo siente?, ¿Qué tan intenso es?, ¿Éste se desplaza o cambia?, después de concentrarse de esta manera muchos de los pacientes encuentran que la apetencia desaparece, esto permite también valorar la estrategia cuando el paciente valúa la intensidad de la misma antes y después de aplicarla.

Recordar consecuencias negativas

Cuando se experimenta la apetencia muchos pacientes recuerdan solamente la parte positiva del consumo; casi siempre olvidan las graves consecuencias, es importante entonces que el paciente recuerde los beneficios de la abstinencia así como las consecuencias negativas al uso de cocaína, de esta forma el paciente recordará que no obtendrá ningún beneficio ni se sentirá mejor al consumirla.

Se le puede pedir al paciente que haga una tarjeta con la razones para permanecer abstinentes y al mismo hacer una lista de las consecuencias del consumo.

Hablarse a sí mismo

Para muchos pacientes una gran variedad de pensamientos automáticos se presentan acompañando la apetencia pero se presentan tan profundos que difícilmente hacen conciencia de ellos. Estos pensamientos generalmente se relacionan con la urgencia y exageran las consecuencias de no usar la

sustancia (necesito usar ahora mismo, moriré si no uso ahora, no puedo hacer absolutamente nada si no uso la sustancia ahora).

Para ayudar al paciente a reconocer los pensamientos automáticos el terapeuta debe puntualizar las distorsiones cognitivas que ocurren durante la sesión (varias veces ha mencionado que siente la necesidad de usar coca, ¿está usted consciente de estos pensamientos cuando los presenta?). Otra estrategia es pedirle al paciente que ponga la “cinta en cámara lenta” para reconocer su situación cognitiva.

“Cuando decidió anoche salir, comento que no pensaba usar cocaína, pero puedo apostar que si regresamos la cinta y la ponemos en cámara lenta podremos encontrar algunos ejemplos de pensamientos que usted se dijo a sí mismo asociados a ello, quizá sin siquiera reconocerlos, esto lo llevó a que usted usara la droga ¿podiera usted intentarlo ahora?”. Cuando estos pensamientos se identifican es mucho más fácil enfrentarlos, usando el autohablarse en forma positiva en lugar de negativa. Eso incluye cogniciones como el retar al pensamiento (En realidad no moriré sino uso cocaína) así como la normalización de la apetencia (la apetencia es incómoda, pero casi todos la presentan y puedo enfrentarla sin usar).

Ejercicio práctico

Dependiendo que tan serio sea el problema de la apetencia, el tópico puede ser revisado en una o dos sesiones. Cuando se presenta en dos sesiones, la primera se dedica al reconocimiento de los disparadores y hacer un análisis más elaborado al respecto; el cuadro 3 contiene recordatorios que los pacientes deben tener en cuenta para su afrontamiento a la apetencia de la cocaína, por lo cual el paciente debe de tenerlos a la mano para una mejor evitación.

CUADRO 3: ENFRENTANDO LA APETENCIA Y LA URGENCIA

RECORDATORIOS

- Las urgencias son normales. No son signos de falla; hay que aprender de ellas, sobre todo con relación a sus disparadores.
- Las urgencias son como las olas del mar, llegan a una intensidad máxima y gradualmente disminuye.
- Si mantiene usted su abstinencia las urgencias irán disminuyendo y eventualmente desaparecerán.
- Las urgencias solamente se hacen más grandes cuando se rinde uno ante ellas.
- Usted puede evitar las urgencias al evitar las causas que las produce.
- Usted puede enfrentarlas a través de:
 1. Distraerse por algunos minutos.
 2. Hablar sobre estas urgencias con alguien de apoyo.
 3. "Surfear" la urgencia.
 4. Recordar las consecuencias negativas del consumo.
 5. Auto-hablarse de la urgencia.

En la siguiente sesión se encuentra el aprendizaje de habilidades de afrontamiento, siendo entonces la tarea el continuar con el auto-monitoreo y la observación de comportamientos empleados cuando aparece la apetencia. Cada día de esta semana, llenará el récord de apetencia de cocaína y que fue lo que hizo para enfrentarlo, como lo ejemplifica el cuadro siguiente.

CUADRO 4: RECORD DE APETENCIA DE COCAINA

FECHA HORA	PENSAMIENTOS SENTIMIENTOS Y SITUACIONES	INTENSIDAD DE LA APETENCIA (1-100)	DURACION DE LA APETENCIA	¿COMO LO ENFRENTA?
Viernes 3:00 pm	Pelea con el jefe, frustración y enojo.	75	20 min.	Llame a casa y platique con María.
Sábado 3:00 pm	Ver tv, aburrimiento, problemas para mantenerme despierto.	60	25 min.	Para evitar la ansiedad que sentía, decidí irme a dormir.
Sábado 9:00 pm	Deseo de salir a tomar un trago	80	45 min.	Me puse a jugar fútbol.

CUARTA SESION: AGRUPANDO LA MOTIVACION Y COMPROMISO PARA DETENER LA ADICCION

TAREAS PARA LA SESION IV

- Clarificar y priorizar metas.
- Abordar la ambivalencia.
- Identificar y enfrentar pensamientos sobre cocaína.

Finalidad de la sesión

Para este momento, ya deberían haberse completado varios análisis funcionales del uso de cocaína así como de situaciones de alto riesgo y los pacientes tener una idea de la aproximación general al tratamiento.

La mayoría también debe haber reducido el uso de cocaína significativamente (o aún eliminado) y pueden trabajar hacia una visión más realista de las metas terapéuticas. Pueden estar más conscientes del papel que la cocaína ha jugado en sus vidas, darse cuenta de los pensamientos recurrentes sobre la cocaína y pueden estar más preparados para superar su ambivalencia sobre el uso de la cocaína y su tratamiento.

Algunos pacientes tienen como metas eliminar totalmente su consumo pero otros pueden intentar:

- Reducir el uso de cocaína a niveles “controlados”.
- Eliminar el uso de cocaína pero continuando usando alcohol u otras sustancias.
- Permanecer en tratamiento hasta que se resuelvan las presiones externas que precipitaron la solicitud del tratamiento (juicio legal, ultimátum de pareja).

Aunque dichas metas tiendan a ser poco realistas no es recomendable confrontarlos directamente en las primeras semanas de tratamiento sino hasta que se haya establecido la alianza terapéutica. Es mejor permitir a los pacientes reconocer por sí mismos la posibilidad de controlar el uso de cocaína de un modo más persuasivo que a través de advertencias repetidas. Por ejemplo, un paciente puede sostener que no logrará dejar de consumir cocaína y marihuana simultáneamente (por que utiliza la marihuana para enfrentar el craving a la cocaína) hasta que descubre que cuando compra marihuana, esto

la conducen a una variedad de señales (estímulos discriminativos) y usualmente a consumos importantes de cocaína.

Las metas de esta sesión son:

- Revisar y clarificar las metas de tratamiento.
- Reconocer y abordar la ambivalencia a cerca de la abstinencia.
- Aprender a identificar y enfrentar los pensamientos sobre la cocaína.

Clarificar la finalidad de la sesión

Es buen momento para clarificar su compromiso a la abstinencia y otras metas terapéuticas. Para este momento aún los pacientes que fueron presionados hacia el tratamiento han empezado a descubrir las consecuencias del uso persistente de cocaína en relación con sus otras metas. Entonces el terapeuta revisará la visión actual del paciente sobre el tratamiento y su disposición al cambio.

“He notado que aunque no ha detenido su consumo totalmente; ha mencionado varias veces todos los problemas que la cocaína le ha causado, como el del trabajo, el legal y las oportunidades que ha perdido por ello, como haber compartido más tiempo con sus hijos mientras crecían. ¿Ha pensado algo acerca de estos problemas? Al mismo tiempo, también veo que existen algunos aspectos sobre el uso de cocaína que está usted perdiendo de vista. Pienso que podíamos usar un tiempo de esta sesión para hablar más de sus metas y de cómo podríamos hacer para que las logre. ¿Se siente preparado para eso?, ¿Qué es lo que está pensando de su consumo de cocaína en este punto?, ¿existen otros problemas que desearía abordar mientras trabajamos juntos?”.

A partir de esto, el terapeuta debe ser capaz de obtener una idea clara de:

- La disposición actual del paciente para el cambio.
- Su posición actual para la abstinencia.
- Identificar otros problemas y metas blanco.

Esto debe ser una discusión de final abierto, donde el terapeuta se contenga de tomar un rol demasiado activo o de proporcionar metas a los pacientes. Se pueden usar las técnicas para fortalecer el compromiso al cambio:

- Comunique la libertad de elección (“es decisión suya lo que quiera hacer al respecto”).
- Enfaticé los beneficios de la abstinencia como meta.
- Proporciona información y consejo sobre los tipos de problemas y aspectos que deben ser abordados para que el paciente permanezca abstinentemente.

Se les puede alentar a hablar sobre sus metas de tratamiento en varias maneras “*¿Ha pensado en cómo quiere estar en 12 semanas?, ¿Qué tal en 12 meses?*”. Esta plática induce a otros síntomas blanco, algunos relacionados al uso de cocaína (médicos, legales, familiares-sociales, psiquiátricos, de empleo, de apoyo y otros tipos de abuso y dependencias a sustancias). Como es un tratamiento breve enfocado al logro de la abstinencia inicial, el terapeuta debe balancear la necesidad de abordar problemas que puedan imponer obstáculos a la abstinencia,

Establecer prioridad de otros problemas blanco:

- “*¿Algún problema psicosocial puede ser obstáculo en el logro de la abstinencia?*” Los terapeutas deben ayudar a identificar problemas psicosociales severos que de no abordarse pueden interferir con los esfuerzos hacia la abstinencia o hacer la vida tan caótica que sea imposible involucrarse adecuadamente al tratamiento. los ejemplos incluyen la falta de vivienda, problemas psiquiátricos severos, o síntomas como ideación o intento suicida y condiciones médicas agudas.
- “*¿Es mejor evaluar y abordar el problema después de lograr algún control sobre el consumo de cocaína?*” Muchos pacientes presentan mayores preocupaciones sobre las consecuencias de la dependencia crónica de la cocaína que a la dependencia en sí misma. Algunos problemas causados o agravados por la dependencia pueden ser mejor abordados después de que logren la abstinencia.

Por ejemplo la depresión de algunos pacientes se resuelve semanas después de lograr la abstinencia, o puede mejorar el conflicto marital que parecía irresoluble, cuando la pareja ve que hace un esfuerzo honesto para cumplir el tratamiento y permanecer abstinentemente.

Los terapeutas no deben ignorar dichas preocupaciones sino proponer un plan para darle seguimiento y abordar el problema si éste no mejora con la abstinencia.

“Usted me ha dicho que se ha sentido desanimado y parece que todo se le junta ahora. Esto no es raro en alguien durante sus primeros días de abstinencia. Como algo de depresión es muy común en las personas en las fases tempranas de la abstinencia, me gustaría que revisáramos como se está sintiendo. Si continúa en abstinencia y no se siente mejor en unas pocas semanas, podemos pensar en hacer una evaluación más formal de depresión y quizá enviándolo a un psiquiatra. ¿Qué le parece esto?”.

- *“¿Puede esperar el abordar el problema?”* si el problema no impone obstáculos al tratamiento y no está relacionado directamente con el abuso de cocaína, sugiera esperar abordarlo hasta después de las primeras doce semanas para mantener el tratamiento enfocado en el logro de la abstinencia. El terapeuta también puede señalar que se revisarán habilidades en resolución de problemas y que pueden ser aplicadas a un rango de problemas distintos o a la dependencia cocaínica.

Abordaje a la ambivalencia sobre la abstinencia

Es mejor abordar la ambivalencia pronto para fomentar la alianza terapéutica que permite una mayor exploración de los conflictos sobre la cese del consumo de cocaína.

Se debe alentar a los pacientes a que expresen las razones por las cuales han usado cocaína para que puedan “poseer” la decisión de eliminar el uso explorando y revisando lo que tienen que ganar sin olvidar la idea de que el abuso de cocaína no puede separarse de sus consecuencias.

En este ejercicio el terapeuta usa una tarjeta denominada índice y registra las descripciones de los pacientes de todos los beneficios posibles de continuar el uso de cocaína aunque sean subjetivos en una cara de la tarjeta. Algunos tienen dificultades iniciales para esto pero la mayoría son capaces de mencionar varias justificaciones como “no hay nada tan emocionante en mi vida” o “me siento menos ansioso con las personas” o “el sexo y la coca van juntos”.

Después, con preguntas abiertas, se anima a explorar cada uno de estos beneficios mencionados con el motivo de que el paciente concientice que la mayoría de las veces estos beneficios a la larga son negativos. Por ejemplo, si la euforia de la cocaína fue mencionada como una ventaja, se explora la naturaleza de la sensación y se recuerda de la disforia y descenso que invariablemente sigue y dura mucho más que la euforia.

El terapeuta le debe pedir al paciente que mencione todas las posibles razones para terminar el abuso de cocaína y las escriba en el otro lado de la tarjeta. Usualmente son numerosas y reflejan consecuencias negativas tales como “Quiero mantener mi empleo” o “tener menos pleitos con mis padres” o “más dinero para cosas que deseo”. Se instruye a los pacientes a mantener las tarjetas en sus carteras, de preferencia cerca de su dinero. Un vistazo a la tarjeta cuando sean confrontados a un deseo por consumir intenso o a una situación de alto riesgo puede recordarles las consecuencias negativas del abuso de cocaína cuando solo recuerden la parte eufórica.

Identificación y Afrontamiento de los Pensamientos sobre la Cocaína

La ambivalencia se manifiesta usualmente en pensamientos sobre la cocaína y su uso que son difíciles de manejar. La cocaína ha sido un factor importante y aún dominante en las vidas de los pacientes y los pensamientos tanto positivos como negativos acerca de la cocaína son normales y pueden permanecer por un tiempo. De nuevo la estrategia es “reconocer, evitar, y enfrentar”.

Reconocimiento

Los pensamientos asociados con la cocaína a la reincidencia varían entre individuos y entre estilos cognitivos. Los terapeutas deben ayudar a sus pacientes a identificar sus propias distorsiones cognitivas y racionalizaciones (“he notado que habla de usted, me puede decir más sobre usted con cocaína”). Es importante que se definan claramente los pensamientos automáticos (una imagen visual o pensamiento por ejemplo del que no está muy consciente a menos que enfoque su atención en él) y cogniciones (lo que se dice a sí mismo).

Los pensamientos más comunes asociados con la cocaína incluyen:

- Probar el control: puede ir a fiestas (ver amigos usuarios, tomar o fumar marihuana)
- La vida nunca será igual: “Amo estar eufórico”
- Fracaso: “Los tratamientos anteriores no han servido; no hay esperanza para mí”
- Disminución de placer: “El mundo es aburrido sin cocaína”
- Adjudicación: “Merezco un premio.”
- Sentirse incómodo: “No sé como convivir si no estoy bajo los efectos.”
- Qué diablos: “lo eché todo a perder de nuevo, ya para que dejar de consumir.”
- Escape: “Mi vida es tan terrible, solo necesito un descanso por unas horas.”

Evitar

No siempre es posible evitar pensamientos asociados con la cocaína, pero los sujetos que tienden a enfocarse en metas positivas son menos afectados por ello. Pedirles que enuncien y registren sus metas a corto y largo plazo ayuda a que vean más allá de las tentaciones inmediatas con más facilidad de quienes carecen de una visión clara del futuro.

Como ejercicio dentro de la sesión el paciente deberá registrar sus metas inmediatas (próxima semana), a corto plazo (en vez de “tener mucho dinero”, obtener un trabajo que pague más de 2000 pesos para el mes de octubre”).

Enfrentar

Existen varias estrategias para enfrentar los pensamientos acerca de la cocaína.

- *Pensar en el momento de los efectos.* Se les pedirá que relaten un episodio y recuerden una imagen displacentera al final de una intoxicación de cocaína. Por ejemplo, la propia imagen del paciente al

despertarse después de que lo asaltaron o golpearon en un poblado desconocido son suficientes para contrarrestar los pensamientos nostálgicos sobre la cocaína.

- *Relatar los pensamientos.* Para cada pensamiento negativo asociado a la cocaína, los pacientes pueden ser alentados a generar y practicar creencias positivas para contrarrestarlos: “he enfrentado el deseo por consumir en el pasado, puedo hacerlo de nuevo” o “yo solía tener amistades donde la cocaína no participaba”. Estas deben ser individualizadas y hechas a la medida para el estilo cognitivo de cada paciente. El humor y cambiar el marco de referencia son modos particularmente efectivos.
- *Revisar las consecuencias negativas.* Revisar las tarjetas o listas de las consecuencias negativas según el paciente.
- *Distracción.* Así como la necesidad para consumir aumenta y luego desaparece si se resiste igual puede suceder con los pensamientos sobre la cocaína, estos pensamientos se vuelven menos fuertes, menos frecuentes y menos perturbadores si la persona no se rinde a ellos. Así como la distracción es un medio efectivo para enfrentar el deseo para consumir, el tener una lista de actividades placenteras (algo estimulante o disfrutable), disponibles (en el día o la noche), y realistas (no caros ni siempre dependientes de la disponibilidad de los demás) es una manera de enfrentar los pensamientos sobre la cocaína.
- *Hablar.* Así como hablar con un amigo que dé apoyo puede ser una forma efectiva de elaborar y trabajar un episodio de deseo por consumir, también el hablar de pensamientos que parecen imperiosos (no puedo vivir sin cocaína) suelen perder su potencia cuando son expresados a otros. Se le ayuda al paciente a identificar personas apropiadas con quienes puedan comentar y expresar sus pensamientos sobre la cocaína.

Ejercicios prácticos

Cuando se realicen en dos sesiones, el primer ejercicio incluye hacer que los pacientes completen la tarjeta de las consecuencias positivas y negativas de

consumir así como la hoja de trabajo de metas que a continuación se ejemplifica. **Hoja de trabajo de metas**

Los cambios que deseo hacer durante las siguientes 12 semanas son:

Las razones más importantes de porqué quiero hacer esos cambios son:

Los pasos que planeo realizar en el cambio son:

Las formas en que otras personas pueden ayudarme son:

Algunas cosas que pueden interferir con mi plan son:

El cuadro 5 muestra algunas acciones que pueden enfrentar el pensamiento a la cocaína, por lo cual se deberán otorgar al paciente y éste a su vez anotará en el cuadro siguiente el monitoreo de pensamientos y las habilidades de afrontamiento, similares a la sesión de deseo por consumir.

CUADRO 5: ENFRENTANDO PENSAMIENTOS SOBRE COCAINA

Existen varias maneras para enfrentar los pensamientos sobre cocaína:

- Pensar al respecto y recordar el final de la última intoxicación.
- Rete sus pensamientos.
- Recuerde las consecuencias negativas de la última intoxicación.
- Distráigase.
- Hable sobre el pensamiento.

Antes de la próxima sesión, mantenga un seguimiento de los pensamientos automáticos sobre la cocaína, cuando esto ocurra, recuerde un pensamiento positivo y algunas estrategias de afrontamiento.

PENSAMIENTOS SOBRE COCAÍNA	PENSAMIENTO POSITIVO. ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO EMPLEADO

QUINTA SESION: HABILIDADES PARA RECHAZAR/AUTOAFIRMACION

TAREAS PARA LA SESION V

- Evaluar la disponibilidad de cocaína y los pasos necesarios para reducirla.
- Explorar las estrategias para romper contactos con individuos que la proporcionaba.
- Aprender y practicar habilidades para rechazar cocaína.
- Revisar las diferencias entre respuestas pasivas, agresivas y autoafirmativas.

Finalidad de la sesión

Una situación muy importante para muchos de los abusadores de cocaína es la reducción de la disponibilidad de la cocaína y el rechazar eficientemente las ofertas de la misma. Los pacientes que se encuentran ambivalentes en cuanto a dejar de consumir la sustancia presentan dificultades para rechazarla cuando esta es ofrecida

Así, muchos pacientes no tienen las habilidades de firmeza o autoafirmación como para rechazar eficientemente las ofertas de la sustancia o prevenir para que en el futuro se las ofrezcan. Por ello, esta sesión contempla la reducción de la disponibilidad, las habilidades de afrontamiento y la revisión general de habilidades de autoafirmación.

El terapeuta deberá dirigir preguntas, investigar indicadores de la ambivalencia del paciente hacia el cambio. La falla de los pacientes para tomar la iniciativa

para evitar los disparadores y evitar la cocaína puede revelar una gran cantidad de situaciones.

- Ambivalencia
- Fallas para apreciar la relación entre la disponibilidad de la cocaína y el uso de la misma (ejemplo, el abusador que pretende continuar vendiendo la sustancia y lograr una abstinencia duradera).
- Limitación importante en cuanto a sus redes sociales y recursos (ejemplo, el padre soltero desempleado que habita en una zona donde la disponibilidad es alta)
- Indicadores importantes acerca de cómo el paciente actuara activamente en el tratamiento. Si el paciente no toma pasos independientes hacia la disminución de la disponibilidad, significara que está en una posición donde espera que mágicamente el tratamiento le brinda la abstinencia.
- Evaluar la disponibilidad de la cocaína y los pasos para reducirla.
- Explorar estrategias para romper contactos con individuos que venden la sustancia.
- Revisar las diferencias entre pasivo, agresivo y respuesta autoafirmativa.

Intervenciones clave

Evaluar disponibilidad de cocaína

El terapeuta en conjunto con el paciente deberá evaluar la disponibilidad de la cocaína y formular estrategias que limiten dicha disponibilidad. En especial el terapeuta deberá investigar si el paciente está relacionado con la venta de la sustancia, cual es la fuente de donde la obtiene y si otros individuos en su casa o trabajo consumen la droga. Determinar que el paciente ya ha realizado algunos pasos para disminuir la disponibilidad es un importante índice de sus recursos internos o externos. Ejemplo de ellos es cuando un paciente ha comentado a otros consumidores que el ya no consume, o si ha realizado intentos para salirse y dejar de vender la sustancia. Es prácticamente imposible

para un individuo continuar vendiendo cocaína y no usarla, el terapeuta podrá hacer algunas intervenciones.

“¿Si usted quisiera usar cocaína, cuánto tiempo le costaría obtenerla?, ¿Existe algo de cocaína en su casa?, ¿Continúa usted teniendo pipas? Las últimas veces que uso cocaína, usted le pidió a Juan que fuera a su casa y que dieran una vuelta. ¿Ha pensado decirle a Juan el que usted ya no usa?”

Manejo de proveedores

Independientemente de la ilegalidad de la venta, la cocaína puede ser ofrecida por familiares, amigos, compañeros de trabajo, vendedores etc. Debido a que estas personas obtienen beneficios financieros, el salirse de estas redes es en ocasiones problemático. El terapeuta deberá revisar las formas de obtención y explorar estrategias para disminuir los contactos con éstas. En algunos casos la negativa con firmeza, seguido de una explicación en relación con la abstinencia total de la sustancia y la solicitud expresa, de que ya no se la ofrezcan, puede ser sorpresivamente efectiva. En otros casos la evitación de los contactos puede ser la estrategia.

Cuando el paciente se encuentra en relación directa con alguien que usa o vende la sustancia se torna más difícil, ejemplo de ello es cuando una mujer que intenta lograr la abstinencia se encuentra casada o en pareja con alguien que distribuye o usa la droga, y no se encuentra aún preparada para separarse de esta relación. En lugar de ponerse en una posición de que es una u otra, el terapeuta tendrá que negociar la disponibilidad y enseñar al paciente a poner límites claros.

“Al parecer usted quiere continuar su relación con Tomás, pero a él no le interesa dejar de drogarse. Lo que significa un gran riesgo para usted, quizá podríamos pensar en la forma de reducir ese riesgo. ¿Ha pensado en pedirle que por favor no lleve cocaína a casa? Ya he comentado el riesgo que eso significa, tanto para su abstinencia como para que los niños estén cerca de drogas”.

Habilidades para rechazar la cocaína

Existen principios efectivos básicos en cuanto al rechazo de la cocaína y otras sustancias.

- Responda rápidamente (no dude, no vacile).
- Mantenga un buen contacto ocular.
- Responda clara y firmemente “no” esto hará que no se mantengan puertas abiertas en el futuro.

Muchos pacientes sienten pena o se sienten culpables por decir que no y requieren de excusas para no usar lo que hace posible futuros ofrecimientos de la sustancia, es por ello que el terapeuta le informará al paciente que él no puede ser seguido por un cambio de tema, sugiriendo actividades diferentes y una solicitud clara de que no vuelva a ofrecer (“Escucha he decidido dejar de usar cocaína y me agradecería que no volvieras a ofrecérmela. Si no puedes hacer esto te agradecería que dejaras de venir a mi casa”).

Role-playing durante la sesión

Después de revisar las habilidades básicas para el rechazo de la droga, el paciente debe practicarlas en la sesión a través del role-playing, identificando problemas para el rechazo y trabajándolos. Ya que esta es la primera sesión donde existe un role-playing es importante que este sea presentado por el terapeuta de una manera que sea cómoda para el paciente.

- Escoja una situación reciente que haya ocurrido con el paciente.
- Solicite al paciente que brinde antecedentes de la persona en cuestión.
- En un primer momento pídale al paciente que interprete el rol del ofercedor, así podremos tener una clara imagen de sus características de personalidad y el terapeuta podrá ejemplificar él mismo estrategias de rechazo. Posteriormente invierta los papeles.

El ejercicio debe ser discutido posteriormente, el terapeuta premiará cualquier comportamiento efectivo mostrado por el paciente y ofrecerá al mismo tiempo críticas constructivas.

“Eso estuvo muy bien ¿Cómo te hizo sentir?, me di cuenta como me miraste directamente a los ojos y me hablaste con seguridad, eso fue excelente. Note sin embargo que dejaste la puerta abierta para posibles ofrecimientos en el futuro, ya que dijiste que dejarías de usar drogas por un rato, practiquemos otra

vez pero en esta ocasión es importante que dejes en claro que nunca más Paco te volverá a ofrecer cocaína“

Respuestas auto-afirmativas, pasivas y agresivas

Es frecuente que el role-playing sea incomodo para algunos pacientes que tienen que responder con firmeza. Para esos individuos el terapeuta invertirá otra sesión para revisar y ensayar este tipo de respuestas.

Las áreas fundamentales para la revisión incluyen la definición de la asertividad o auto-afirmación, así como la revisión de las diferencias con la pasividad y la agresión, el lenguaje verbal y no verbal y la anticipación de consecuencias negativas.

Recuerde al paciente la terminación

Al iniciar la sexta semana de tratamiento, el terapeuta empezara a recordarle al paciente la naturaleza del tratamiento y su terminación, recordando el número de sesiones pendientes en cada entrevista. “Es importante recordarle al paciente que la terminación del tratamiento puede ser una situación de riesgo, la reemergencia de síntomas de recaídas pueden ocurrir en las semanas próximas a la terminación de tratamiento, por lo que habrá que señalarle, esto con claridad.”

Al acercarse la terminación del tratamiento, el terapeuta pedirá al paciente que imagine cualquier situación de riesgo que pudiese encontrar al terminar las sesiones. Después de evocar y explorar estas fantasías de recaída, se pueden crear habilidades específicas de afrontamiento en las próximas semanas. Esto hace muchas veces que los pacientes se sientan más cómodos y seguros en relación con la finalización del tratamiento.

Ejercicio práctico

El ejercicio práctico para esta sesión incluye el mapeo de las habilidades y estrategias para reducir la disponibilidad y la anticipación, el ensayo del rechazo para individuos que pudiesen ofrecer la sustancia. El cuadro 6 y 7 pueden ser de utilidad para que el paciente anote las estrategias que empleará para disminuir su contacto.

CUADRO 6: MANEJO DE LA DISPONIBILIDAD

Enliste sus fuentes de cocaína y lo que hará para reducir la disponibilidad de la sustancia (ejemplo gente que le pudiera ofrecer la droga y lugares donde la pudiera conseguir).

FUENTE	PASOS A SEGUIR PARA REDUCIR LA DISPONIBILIDAD

CUADRO 7: HABILIDADES PARA RECHAZAR LA COCAINA

GENTE QUE PUDIESE OFRECERME COCAINA	¿COMO VOY A RESPONDER?
Amigo con el que usaba:	
Compañero de trabajo:	
En una fiesta:	

SEXTA SESION: DESICIONES APARENTEMENTE IRRELEVANTES

TAREAS PARA LA SESION VI

- Entender las decisiones aparentemente irrelevantes y su relación con situaciones de alto riesgo.
- Identificar algunos ejemplos de decisiones aparentemente irrelevantes.
- Practicar procesos seguros de toma de decisiones.

Finalidad de la sesión

A medida que progresa el tratamiento, los pacientes invariablemente se enfrentaran a situaciones de alto riesgo relacionados con la cocaína, incluso a

pesar de haber realizado esfuerzos por evitarle algunas de estas circunstancias están más allá del control del abusador, por ejemplo, cuando el individuo vive en áreas donde abunda la sustancia y carece de los recursos necesarios para cambiarse de casa o colonia.

Sin embargo, otras situaciones fuera del control de los pacientes a menudo implican conductas determinadas por ellos mismos. Las decisiones aparentemente irrelevantes son aquellas decisiones, racionalizaciones y reducciones de riesgo que acercan o empujan al paciente a situaciones peligrosas, aunque aparentemente no tengan relación alguna con el consumo de cocaína.

Al trabajar con estas decisiones aparentemente irrelevantes se enfatizan los aspectos cognitivos del tratamiento. Los que más se benefician de este proceso son los que suelen poseer funciones cognitivas intactas y cierta habilidad para reflexionar su vida cognitiva y emocional. Esta sesión también es muy útil para los individuos que tienen dificultad para analizar su comportamiento y las consecuencias del mismo, tales como los pacientes con trastornos por déficit de la atención con hiperactividad, rasgos antisociales de la personalidad o dificultad para controlar sus impulsos. En estos casos de la presente sesión (así como la sesión dedicada al proceso de solución de problemas) toma tiempo para ser entendido y asimilado, pero casi siempre resulta de gran valor y apoyo.

La finalidad de esta sesión es:

- Entender las decisiones aparentemente irrelevantes y su relación con situaciones de alto riesgo.
- Identificar ejemplo de decisiones aparentemente irrelevantes.
- Practicar procesos seguros de toma de decisiones.

Intervenciones clave

Entender las decisiones aparentemente irrelevantes

Una tarea esencial de los terapeutas es enseñar a sus pacientes a reconocer e interrumpir las cadenas de decisiones aparentemente irrelevantes antes del uso mismo de la sustancia.

Aunque es posible interrumpir una cadena de este tipo en cualquier momento antes de consumir cocaína, resulta más difícil cuando la cadena se encuentra más avanzada, cuando los pacientes se encuentran frente a una situación donde la droga está disponible y abundan los estímulos condicionados. Por eso se recomienda enseñar a los pacientes como detectar estas decisiones al inicio de la cadena, cuando el riesgo la ansiedad y la disponibilidad de la cocaína aún son relativamente bajos.

Esto puede significar que los pacientes aprendan a detectar estados afectivos sutiles pero dolorosos que a menudo intentan contrarrestar con el uso de cocaína, tales como el aburrimiento o la soledad. Este proceso casi siempre implica familiarizar a los pacientes con distorsiones de pensamiento (por ejemplo, racionalización, negación) para que puedan identificarlas y emplearlas como señales que requieren de mayor vigilancia.

Algunas distorsiones son muy comunes, como por ejemplo la idea de que *“puedo ir a un bar sin meterme en problemas”*. Otras reflejan más el estilo cognitivo del paciente. Por ejemplo aquel que tiende a proyectar sus pensamientos en otras personas, al describir una recaída durante la cual se había encontrado con un amigo que traía cocaína, el paciente puede afirmar: *“Cuando me lo encontré, traía las defensas bajas”*.

Lo que lleva a usar la sustancia en esta serie de decisiones es el hecho de que las cadenas son mucho más fáciles de controlar al principio, mientras más lejos se permanezca de la cocaína, más fácil resultara el proceso de toma de decisiones que cuando uno se acerca a la sustancia y comienza la ansiedad. A menudo las personas que toman decisiones aparentemente irrelevantes pueden caer en su propia trampa por culpa de la manera en que plantean sus pensamientos.

Identificar ejemplos personales

El terapeuta debe lograr que el paciente relate un ejemplo reciente de alguna cadena de decisiones aparentemente irrelevantes.

“¿Puede pensar en su propia historia de recaída?”

“Ahora revisaremos la historia y trataremos de señalar los puntos en los que tomó decisiones arriesgadas, lo que realmente pensaba y cómo pudo haber detenido la cadena antes de terminar en el parque sin nada que hacer”.

El paciente puede describir varios pensamientos que tuvo antes de terminar en una zona de alto riesgo siendo por ejemplo *“Tengo que pasar por ahí para llegar a mi hogar y termine consumiendo cocaína”*, el terapeuta debe hacerle ver al paciente que al mencionar “tengo que...” suena muy parecido a la ansiedad por cocaína para que el paciente pueda relacionar los hechos con sus deseos de usar la sustancia y comprenda que varias de sus acciones lo llevan a situaciones de alto riesgo.

Otra variante de este fenómeno ocurre durante el tratamiento cuando los pacientes les dicen a los terapeutas que “tienen” que tomar estas vacaciones, “ir a esa fiesta”, “pasar cierto tiempo con determinados amigos”, y así sucesivamente. Estas afirmaciones les dan a los terapeutas la oportunidad de relacionar la urgencia de los pacientes por participar en tales actividades con su urgencia por usar cocaína.

Las decisiones aparentemente irrelevantes se manejan aplicando decisiones relevantes de reconocimiento, rechazo y control con sus consecuentes pensamientos, evitando las decisiones arriesgadas y controlando situaciones de alto riesgo.

“Le voy a contar la historia de una persona que tomó varias decisiones aparentemente irrelevantes que lo llevaron a una situación de alto riesgo, y a una recaída. A medida que le vaya contando la historia, intente descubrir las decisiones que llevaron a esta persona a dicha situación y la hicieron más vulnerable. La historia dice así: Paco que se había mantenido en abstinencia por varias semanas, se dirigía a su casa después del trabajo una noche en que su esposa había salido. En el camino dio vuelta a la izquierda en lugar de a la derecha en una intersección para poder disfrutar del paisaje. Pasó cerca de un bar que frecuentaba en el pasado y donde había comprado y usado cocaína varias ocasiones. Como el día era caluroso decidió detenerse a comprar un refresco. Una vez dentro del bar pensó que realmente su problema era la cocaína y que no estaría mal beberse una cerveza bien fría. Después de dos cervezas Paco encontró a un amigo que traía un gramo y el paciente recayó”

“¿Qué cree usted que se decía Paco a sí mismo cuando decidió tomar la ruta panorámica hacia su casa?”. “Tengo que hacer esto” o “Debería tomar este camino a casa” estos pensamientos acaban siendo racionalizaciones o medios para persuadirse a sí mismo de usar cocaína aparentemente sin darse cuenta

de ello. *“He notado que algunas veces usted se pone en situaciones de alto riesgo repitiéndose que las condiciones son seguras cuando en realidad no lo son, como por ejemplo, la semana pasada, cuando se convencía de que no tenía nada de malo reunirse con sus amigos en el parque, ¿se le ocurren otros ejemplos en los que se haya puesto en una situación de riesgo?”*

Practicar procesos seguros de toma de decisiones

Los terapeutas necesitan subrayar la importancia de un proceso seguro de toma de decisiones.

“Otro punto importante acerca de las decisiones aparentemente irrelevantes es que si consigue acostumbrarse a la práctica de reconocer todas las pequeñas decisiones diarias y pensar en las consecuencias seguras versus las consecuencias arriesgadas de tales decisiones, será usted menos vulnerable a las situaciones de alto riesgo”.

“Volviendo a la historia de Paco, ¿Cuáles fueron las decisiones aparentemente irrelevantes que tomó y cuáles hubieran sido decisiones más seguras para él?”

“Repasemos algunas cosas que le han sucedido en las últimas semanas y tratemos de comparar decisiones seguras frente a decisiones arriesgadas”.

Algunas de las decisiones aparentemente irrelevantes más comunes entre los abusadores de cocaína son:

- Uso de alcohol, marihuana u otra droga.
- Tener alcohol en casa.
- No destruir la parafernalia relacionada con la sustancia.
- Interactuar con abusadores de cocaína.
- No contar nada a familiares sobre hábitos anteriores de consumo.
- No decir a sus compañeros de abuso que ha decidido dejar de consumir la sustancia.
- No planear el tiempo libre.
- Tener mucho tiempo libre que pueda provocar aburrimiento durante las noches o los fines de semana.
- Cansarse o presionarse demasiado.

Ejercicio práctico

El ejercicio práctico de esta sesión incluye el seguimiento de las decisiones personales durante varias semanas y para cada una, la identificación de decisiones seguras versus decisiones arriesgadas, el cuadro siguiente puede ser tomado como ejemplo para dichas actividades.

Recuerde a los pacientes que el tratamiento está por terminar y que pronto tendrán que aplicar estas habilidades por sí solos.

TOMA DE DECISIONES SEMANALES	
DECISIONES SEGURAS	DECISIONES ARRIESGADAS
Hacer ejercicio	Acudir a una fiesta con amigos consumidores
Tener un nuevo grupo de amistades	Continuar frecuentando a las personas con las que consumía

SEPTIMA SESION: UN PLAN DE AFRONTAMIENTO
TAREAS PARA LA SESION VII <ul style="list-style-type: none">• Anticipar situaciones de riesgo.• Desarrollar un plan personal de afrontamiento para toda ocasión.

Finalidad de la sesión

A pesar de los mejores esfuerzos por parte del paciente, pueden surgir circunstancias no previstas que resulten en situaciones de alto riesgo. Estas con frecuencia tienen que ver con eventos estresantes negativos como la muerte o la enfermedad de un ser querido, perder el empleo o una relación importante, etc. Sin embargo los eventos positivos también pueden conducir a situaciones de alto riesgo. Estos pueden incluir recibir una cantidad considerable de dinero o empezar una relación íntima.

Intervención Clave

Anticipar situaciones de alto riesgo

El terapeuta debe pedirle al paciente que piense en 3 o 4 estresores importantes que puedan surgir en los próximos meses y de cuáles pueden ser sus reacciones a ello. Luego preguntarle por cualquier evento que pudiera suceder y debilitar el compromiso a la abstinencia.

Desarrollar un plan de afrontamiento

Cuando los pacientes se sienten estresados son más vulnerables y es más fácil regresar a estrategias de afrontamiento genérica (que sea lo más eficaz posible).

Deben incluir por lo menos:

- Números telefónicos de personas que puedan brindarle apoyo.
- Recuerdo de consecuencias negativas debidas al consumo.
- Conjunto de pensamientos positivos que puedan sustituir a los de alto riesgo.
- Conjunto de distractores confiables.
- Lista de lugares seguros donde pueda sortear la crisis con pocas tentaciones para consumir (casa de un amigo o de los padres).

Ejercicio Práctico

El ejercicio de práctica para esta sesión incluye anticipar algunas crisis y respuestas, así como desarrollar un plan de afrontamiento para toda ocasión. Recuerde al paciente que el tratamiento terminará pronto y que estará utilizando estas habilidades por sí solo.

El cuadro 8 contiene un plan de afrontamiento el cual le servirá al paciente por lo tanto lo deberá tener presente para cualquier situación de riesgo.

CUADRO 8: PLAN DE AFRONTAMIENTO PARA TODA OCASION

Recuerde que el encuentro con problemas aun con crisis es parte de la vida y no siempre puede evitarse, pero cuando se siente un problema de importancia, es momento de ser particularmente cuidadoso en cuanto a las recaídas.

Si me encuentro en una situación de alto riesgo:

- Dejaré la situación o la cambiaré.
- Lugares seguros a donde puedo ir.
- Postergaré la decisión por 15 minutos.
- Me distraeré con algo que me gusta hacer.

Buenos distractores

- Utilizaré los números telefónicos para emergencias.

Nombre:

Nombre:

Nombre:

- Me recordaré a mi mismo mis éxitos hasta el momento
- Desafiaré a mis pensamientos usando pensamientos positivos.

OCTAVA SESION: SOLUCION A PROBLEMAS

TAREAS PARA LA SESION VIII

- Introducir los pasos básicos para la solución a problemas
- Practicar habilidades para la solución de conflictos durante la sesión.

Finalidad de la sesión

A través del tiempo la mayoría de los pacientes han reducido su capacidad para enfrentar conflictos y sus repertorios para solucionarlos, a tal grado que el abuso de cocaína ha llegado a ser el único método para enfrentar sus problemas. Muchos de los pacientes no se dan cuenta de los problemas cuando estos surgen, y los ignoran hasta que estos se han convertido en verdaderas crisis. Muchos otros, particularmente aquellos que presentan estilos impulsivos-cognitivos o los que no están acostumbrados a pensar en comportamientos alternativos y consecuencias pueden encontrar este tópico

especialmente útil. Otros también piensan que cuentan con buenas habilidades para la solución de conflictos, pero cuando se confrontan con el problema, actúan en forma impulsiva, para ellos también sirve este tópico.

Esta sesión provee estrategias básicas que pueden ser aplicadas a un rango importante de problemas relacionados con el abuso de cocaína así como de una variedad importante de conflictos que surgen cuando el paciente termina su tratamiento. Independientemente de las fantasías de los pacientes, en relación a que la vida será mucho más fácil y sin conflictos después de dejar el consumo de cocaína, la realidad es que usualmente es cuando se dan cuenta de una serie de problemas que habían ignorado o los habían afrontado en forma negligente.

Se llegará a:

- Introducir o revisar los pasos básicos para la solución de problemas.
- La práctica de las habilidades para la solución de conflictos dentro de la terapia.

Intervenciones clave

Introducción de pasos básicos

El terapeuta debe afirmar que todos tenemos problemas de cuando en cuando y que estos pueden ser positivamente manejados. Así también que aunque los problemas produzcan ansiedad y angustia, un buen manejo de ellos requiere de tiempo y concentración, siendo por lo regular, la respuesta impulsiva, negativa y poco productiva.

Se deben entonces revisar los pasos básicos que a continuación se resumen:

- Reconozca que existe un problema “¿Existe un problema?”. El reconocimiento del problema puede realizarse por varias claves, incluyendo la preocupación, enojo, depresión y frustración; cuando es señalado por otro, estar preocupado y sintiéndose como que uno está siempre en crisis.
- Identifique y especifique el problema “¿Cuál es el problema?”. Es más fácil manejar los problemas cuando estos son concretos y bien definidos. Cuando los problemas parecen infranqueables es importante tratar de divididos en partes o etapas y entonces enfrentarlo por pasos.

- Considere varias aproximaciones para el problema “¿Qué puedo hacer para solucionar el conflicto?”. Una forma efectiva para realizar esta etapa es la lluvia de ideas, esto quiere decir, generar tantas soluciones como sea posible, sin considerar si éstas son buenas o malas. En este momento es más importante la cantidad que la calidad, escribir estas ideas es primordial en caso de que el paciente quiera volver a ellas en el futuro de igual manera puede considerar que no hacer nada puede ser una opción válida.
- Seleccione la solución más promisoría “¿Qué pasaría si...?”. Este paso incluye el pensar a futuro. Revise cada una de las alternativas, considere ambas tanto la parte negativa como la positiva de todas las posibles soluciones. En este paso se incorpora también mas material e información para que puedan ser analizadas las opciones (ejemplo: “¿Le puedo pedir a Tomás su auto para la prueba de manejo?”).
- Evalúe la efectividad de la intervención escogida “¿Qué sucedió cuando yo...?”. El terapeuta debe señalar que mientras existen algunos problemas que son relativamente sencillos de solucionar, otros presentan mayores dificultades. Esto implica en ocasiones la necesidad de repetir los pasos varias veces para poder solucionar el conflicto.

Para pacientes impulsivos es particularmente importante el que se escriba el problema a solucionar y que se seleccione el abordaje, a fin de que los pasos no sean olvidados cuando tenga que ponerse el plan en marcha.

Practique las habilidades de solución dentro de la terapia

El terapeuta le solicitará al paciente que identifique dos problemas recientes, uno que se encuentre relacionado directamente con el abuso de cocaína y el otro menos relacionado, el terapeuta deberá seguir los pasos antes planteados con cada uno de estos dos problemas. Es importante que se tome tiempo necesario para ello, ya que muchos pacientes llegan a soluciones casi de manera inmediata sin lluvia de ideas o la consideración de alternativas.

Ejercicio práctico

El terapeuta le pedirá al paciente que practique las habilidades obtenidas fuera de la terapia, empleando para ello una hoja de recordatorio. Recuerde al paciente que el tratamiento terminará pronto y que entonces eso tendrá que ponerlo en práctica solo. El cuadro 9 será una guía para que el paciente resuelva conflictos relacionados a la abstinencia, se recomienda que dicha información la tenga a la mano.

CUADRO 9: HOJA DE RECORDATORIOS PARA SOLUCION DE PROBLEMAS

Estos son los pasos del proceso de solución de problemas:

- ¿Existe algún problema? Reconozca que el problema existe. Existen claves para hacerlo, provienen de nuestro cuerpo, nuestra mente, nuestros sentimientos, nuestros comportamientos, nuestras reacciones con la gente o como la gente reacciona ante nosotros.
- ¿Cuál es el problema? Identifique el problema. Describa el problema tan claramente como pueda. Fraccíonelo en partes manejables.
- ¿Qué puedo hacer al respecto? Considere varios abordajes para la solución. Utilice la lluvia de ideas/ obtenga tantas respuestas como le sea posible. Considere que actuar para cambiar la situación y la forma de pensar en relación con el problema.
- ¿Qué pasaría si...? Elija el abordaje más promisorio. Considere todas las situaciones negativas y positivas de cada una e las alternativas.
- ¿Cómo ha funcionado en el pasado? Evalúe la efectividad de la alternativa seleccionada, en caso de que el resultado haya sido negativo piense en como podría esta ser enriquecida, o cambie de estrategia.

NOVENA SESION: MANEJO DE CASOS

TAREAS PARA LA SESION IX

- Revisar y aplicar habilidades de resolución de problemas que se presentan como barreras para el tratamiento.
- Desarrollar y completar un plan de apoyo para enfrentar problemas psicosociales.
- Monitoreo y apoyo de los esfuerzos realizados para poner en marcha el plan.

Finalidad de la sesión

La mayoría de los pacientes que se presentan a tratamiento refieren problemas psicosociales agregados al abuso de cocaína. Algunos de estos problemas son evaluados y enfrentados en forma más productiva cuando el paciente ha logrado un periodo estable de abstinencia, mientras que otros problemas cuando no se enfrentan derivan en importantes barreras para el tratamiento y debilitan los esfuerzos del paciente para mantener su sobriedad. Debido a esto el terapeuta trabajará con estos aspectos del “manejo del caso”.

En esta aproximación el terapeuta no funciona como defensor o abogado del paciente fuera de la sesión, lo que hace es emplear estrategias de resolución de problemas dentro del tratamiento para ayudar al paciente a realizar contactos con el sistema de servicios. Lo que se pretende es crear en el paciente una auto-eficiencia para reconocer y enfrentar problemas actuales empleando con éxito las redes sociales y servicios disponibles.

DECIMA SESION: REDUCCION DE RIESGO DE VIH

TAREAS PARA LA SESION X

- Evaluar el riesgo del paciente para el VIH y construir la motivación suficiente para el cambio de hábitos relacionados con ello.
- Instalación de metas para el cambio de comportamientos.
- Solución a problemas que representan barreras para la reducción de riesgo.
- Distribución de medidas específicas para la reducción de riesgo.

Finalidad de la sesión

Generalmente solo algunos abusadores de cocaína no enganchados con el uso de opiáceos utilizan la parafernalia de las inyecciones (jeringas, algodones, agua) y por lo tanto el riesgo de contraer VIH, se le brindará al paciente un módulo para la reducción del riesgo adicional al tratamiento regular.

Se buscará:

- Evaluar el riesgo de contraer VIH y contribuir la motivación para el cambio de comportamientos.
- Instalar metas para el cambio de comportamientos.

- Solución de problemas que representan barreras para la reducción del riesgo.
- Distribución de lineamientos específicos para la reducción del riesgo.

Intervención Clave

Evaluación del riesgo

El terapeuta ayudará al paciente en la revisión de riesgos de contraer VIH así como de su historia de pruebas de laboratorio. Esto puede realizarse en una discusión o a través de un instrumento estandarizado para la evaluación de riesgo, como puede ser el inventario para Riesgo de VIH. Cuando se usa una prueba formal, los resultados deben ser presentados por escrito con copia para el paciente: El terapeuta debe interrogar al paciente sobre su reacción a los riesgos y elaborar otras reacciones.

Paciente: “Creo que nunca me había dado cuenta de la cantidad de personas con las que he tenido sexo desde que ando en estas situaciones”.

Terapeuta: “¿Qué le hace pensar esto?”

Esta terapia puede ayudar al paciente a tomar conciencia del riesgo y motivar el cambio.

Construya la motivación para el cambio

Al evaluar y revisar los niveles de riesgo, el terapeuta deberá emplear las siguientes estrategias motivacionales.

- **Reafirme al paciente** “Creo que es excelente el que usted sea honesto consigo mismo y se tome el tiempo necesario para la exploración de sus riesgos para el VIH”
- **Reencuadre** “Usted se encuentra preocupado por sus niveles de riesgo, pero tampoco se observa a sí mismo como célibe”
- **Trabaje la resistencia** “Estamos avanzando un poco. Ahora parece darse cuenta del riesgo del sexo no seguro y de la práctica de uso intravenoso de drogas. Posteriormente podremos hablar sobre lo que puede hacerse al respecto”

- **Explore las consecuencias** de la acción y de la no-acción.
- **Evoque frases automotivacionales** “Que es lo que usted quiere hacer al respecto”, “dígame porque le parece que debería hacer cambios al respecto”

Establecimiento de metas

Si el paciente se encuentra listo para realizar cambios, el terapeuta trabajara con él para establecer metas concretas de reducción de riesgo para prácticas sexuales y de intercambio de jeringas (ejemplo; “Quiero empezar esta semana a usar el condón con Julieta”). El terapeuta ayudará de la misma manera a identificar las barreras para la reducción del riesgo (ejemplo; “Usted ha planteado metas realistas e importantes para reducir su riesgo de contraer el VIH, pero ¿dígame cuáles serían las dificultades que podría presentar para ponerlas en práctica?”). Estas barreras pueden estar asociadas con parejas que se niegan al empleo del condón, él continuar bebiendo, etc.

Solución a problemas que representan resistencias

El terapeuta debe promover que el paciente aplique algunas de sus habilidades y estrategias para la solución de problemas adquiridas anteriormente para reducir el riesgo de infección del VIH. Esto pudiese incluir, por ejemplo, la práctica de la autoafirmación en cuanto al uso de condón, empleando el hablarse a sí mismo para combatir la ambivalencia en cuanto al uso del preservativo o el uso de técnicas de resolución de problemas para clarificar la conexión entre el uso de cocaína y las prácticas sexuales de riesgo.

Brinde lineamientos específicos

Una parte importante de este módulo es la información que proporcionará el terapeuta sobre la reducción del daño, la cual incluirá:

- Clarificación de las diferencias entre la abstinencia y la reducción del daño.
- Métodos de transmisión del VIH, otras enfermedades sexualmente transmitidas y tuberculosis.
- Riesgo asociado con el intercambio de jeringas y parafernalia del uso de drogas.

- Uso efectivo del condón.
- Exámenes de laboratorio como anticuerpos anti-VIH.

Ejercicio Práctico

El siguiente cuadro sirve para la clarificación y el establecimiento de metas para la reducción de riesgo por el VIH, por lo cual el paciente deberá llenarlo y tenerlo presente para realizar el cambio.

CUADRO 10: HOJA DE REDUCCION DE RIESGO

Los cambios que quiero hacer son:

Las razones por las cuales quiero hacerlo son:

Los pasos que me tomaré para realizarlos son:

Las formas en que otras personas pueden ayudarme son:

Las situaciones que pueden interferir en mi plan son:

DECIMAPRIMERA SESION: SESION CON OTRA SIGNIFICANTE

TAREAS PARA LA SESION XI

- Brindar al otro significativo la oportunidad de aprender sobre el tratamiento con el que el paciente se encuentra envuelto.
- Explorar las estrategias sobre como puede apoyar el paciente para lograr y mantener la abstinencia.

Finalidad de la sesión

El terapeuta puede permitir al paciente a que invite a la persona cercana o familiar a que asista hasta en dos ocasiones a la TCC. El propósito de su asistencia es el aumentar el nivel de apoyo social al paciente.

La sesión con el otro significativo se conduce dentro del marco de la TCC, el terapeuta deberá recordar que las metas de estas sesiones son limitadas y de ninguna manera representan una terapia familiar.

Se buscará:

- Brindar al otro significativo la oportunidad de aprender sobre el tratamiento del paciente.
- Explorar las estrategias que pueden ser utilizadas para apoyar al paciente tanto en la obtención como en el mantenimiento de la abstinencia.

Intervenciones Clave

Planeación

La intervención con el otro significativo debe ser cuidadosamente planeada por el paciente y el terapeuta en conjunto. Tres puntos clave son los fundamentales:

- ¿Quién debe asistir a esta sesión? Al seleccionar al otro significativo que asistirá, el paciente y el terapeuta deberán enfocarse en quien o quienes pueden brindar apoyo al paciente y que no sean abusadores de sustancias. Los otros significantes que son abusadores no pueden ofrecer apoyo sustancial y significativo al paciente.
- ¿Cuáles son las metas de la sesión? A menos que las metas de la sesión sean claras la sesión se convertirá en un recuento de quejas y resentimientos hacia el paciente en poder focalizar la planeación para un cambio positivo.
- ¿Cómo el otro significativo puede ofrecer apoyo? Es recomendable que el paciente piense a futuro sobre qué clase de apoyo necesitaría y como podrían brindárselo. Esto debe ser lo más claro y concreto posible.

Brinde información/Establezca metas

Típicamente el terapeuta inicia la sesión saludando al otro significativo, recompensándolo de alguna manera por asistir y brindarle apoyo al paciente, se establecen algunas reglas fundamentales de la sesión al igual que se reiteran los objetivos de la misma. Un tiempo importante se destina a contestar

las preguntas acerca del tratamiento. Algunas personas aprovechan la oportunidad para quejarse del paciente así como para expresar su enojo y desconfianza hacia este. Esto se permite hasta cierto punto “Dejar escapar el vapor”, lo cual si se maneja adecuadamente puede ser parte de la motivación para el paciente hacia la sobriedad (por ejemplo ¿Qué piensa usted que nuestro paciente debiese cambiar? o ¿Qué es lo que más le preocupa sobre el uso de cocaína del paciente?), sin embargo, el terapeuta no debe permitir la crítica destructiva. Esto puede realizarse al reorientar tanto al paciente como al otro significativo sobre las metas de la sesión, tan pronto como sea apropiado:

“Parece que el uso de cocaína de Cris, ha sido de gran preocupación para usted desde hace tiempo; ha dañado las finanzas familiares, y usted siente que ya no puede confiar en él. Ahora me gustaría avanzar un poco y platicar de los cambios que a ambos les agradaría que ocurrieran en esta relación, para facilitarle la abstinencia a Cris y para que esta relación sea más sana y agradable para ustedes”.

Identifique las estrategias

Como preludeo de cómo el otro significativo puede brindar apoyo al paciente en sus esfuerzos de mantenerse sobrio, el terapeuta deberá ocupar un tiempo en reiterar el modelo de la TCC y establecerá el marco con el que trabajará en la sesión. El paciente entonces describirá como el otro significativo puede brindarle el apoyo adecuado, por ejemplo:

- Brindándole transporte a la clínica.
- Ayuda para disminuir los estímulos asociados al consumo de cocaína en el ambiente.
- Enganchándolo en actividades placenteras y gratificantes como recompensa a su abstinencia y cambio de comportamiento.
- Ofreciendo su apoyo y escuchándolo cuando presente apetencia o pensamientos sobre cocaína.
- Ayudando al paciente a establecer su plan de afrontamiento más concreto y realista.
- Monitorizando la ingesta de medicación del paciente.

El paciente también debe estar preparado para que el otro significativo solicite otros cambios de comportamiento; esto generalmente se inicia con la solicitud de mantener la abstinencia pero puede incluir otras cosas, tales como mayor apoyo en actividades del hogar, ahorro de dinero, etc. Los cambios solicitados deben ser lo más claros y específicos posibles (*“me agradecería tener por lo menos 15 minutos de tiempo en calma contigo todas las noches o me gustaría que cuidaras a los niños por lo menos una vez por semana en la noche y así yo pueda ir a visitar a mi madre al hospital”*).

Ejercicio práctico

Se le solicita tanto al paciente como al otro significativo a que realicen un contrato donde cada uno de ellos especifique los cambios deseados por el otro.

DECIMASEGUNDA SESION: AUTOESTIMA

TAREAS PARA LA SESION XII

- Comprender el significado de autoestima.
- Lograr la detección de una baja autoestima.
- Identificar y realizar los cambios necesarios para mejorar la autoestima,

Finalidad de la sesión

En esta etapa los pacientes cuentan con herramientas para no consumir cocaína y poderse enfrentar a problemas sociales sin el consumo de ésta, sin embargo es importante dar énfasis en la autoestima para que refuerce la valoración de sí mismo.

Se buscará

- Que el paciente identifique la forma en cómo se aprecia.
- Mejorar la autoestima del paciente para que pueda tomar otro tipo de decisiones.

Intervenciones clave

La autoestima es la valoración que hacemos de nosotros mismos sobre la base de las sensaciones y experiencias que hemos ido incorporando a lo largo de la vida. Podemos hacer varias cosas para mejorar nuestra autoestima.

El terapeuta deberá tener en claro los siguientes puntos (cuadro 11) para poder realizar un cambio en autoestima.

CUADRO 11: CAMBIOS DE PENSAMIENTO

1. **Convierte lo negativo en positivo.** Nunca pierdas las ganas de pensar en positivo; invierte todo lo que parezca mal o que no tiene solución.

PENSAMIENTOS NEGATIVOS

No hables
No puedo hacer nada
No esperes demasiado
No soy suficientemente bueno

PENSAMIENTOS POSITIVOS

Tengo cosas importantes que decir
Tengo éxito cuando me lo propongo
Haré realidad mis sueños
Soy bueno

2. **No generalizar.** No generalices a partir de las experiencias negativas que puedas tener en ciertos ámbitos de tu vida. Acepta que se pueden tener fallos en ciertos aspectos, pero no quiere decir que generalmente y en todos los aspectos de la vida sean o vayan a ser desastrosos.
3. **Centrarse en lo positivo.** En conexión con lo anterior, acostumbra a observar tus características buenas. Todos tienen algo bueno de lo cual sentirse orgulloso, aprécialo y tómallo en cuenta cuando tu mismo te evalúes.
4. **Haz consciente los logros o éxitos.** Una forma de mejorar nuestra imagen consiste en hacernos conscientes de los logros o éxitos que tuvimos en el pasado e intentar tener nuevos éxitos en el futuro. Recuerde el mayor logro que ha tenido y reconozca la capacidad de hacer bien las cosas en determinados ámbitos de su vida; sin olvidar el esfuerzo requerido para poder lograr lo que uno desea.
5. **No compararse.** Todas las personas somos diferentes; todos tenemos cualidades positivas y negativas. Aunque nos veamos peores que otros en algunas cuestiones, en otras seremos mejores, debido a esto no se compare y no se sienta inferior a otras personas.
6. **Confíe en si mismo.** Confíe en sus capacidades y opiniones, actúe siempre de acuerdo a lo que piensa y siente, sin preocuparse excesivamente por la aprobación de los demás.
7. **Acéptese usted mismo.** Acepte sus cualidades y defectos. Las personas son importantes y valiosas ante todo.
8. **Esfuércese por cambiar.** Una buena forma de mejorar la autoestima es tratar de superarnos en aquellos aspectos de nosotros mismos con los que no estemos satisfechos, cambiar esos aspectos que deseamos mejorar. Para ello identifique qué es lo que le gustaría cambiar o lograr, después establezca metas a conseguir y esfuércese para llevar a cabo esos cambios.

Elaborar proyectos de superación personal

Una parte importante de nuestra autoestima viene determinada por el balance entre nuestros éxitos y fracasos. En concreto, lograr lo que deseamos y ver satisfechas nuestras necesidades proporciona emociones positivas e incrementa la autoestima.

Se ha apuntado como una forma de mejorar la autoestima el esforzarse para cambiar las cosas que no nos gustan de nosotros mismos. En esta sesión se trabajará sobre un método de cuatro pasos que puede hacer más fácil estos cambios.

1. Plantearse una meta clara y concreta

Una “meta” puede ser cualquier cosa que se desee hacer o conseguir. Plantearse una meta de forma clara y concreta ayuda a tener éxito porque nos ayuda a identificar lo que queremos conseguir.

La meta que nos propongamos ha de reunir una serie de requisitos. Debe ser una meta:

- Sincera: Algo que realmente queramos hacer o deseemos alcanzar.
- Personal: No algo que venga impuesto por alguien desde fuera.
- Realista: Que veamos que es posible conseguir en un plazo relativamente corto de tiempo (unas cuantas semanas).
- Divisible: Que podamos determinar los pasos o cosas que hemos de hacer para conseguirla.
- Medible: Que podamos comprobar lo que hemos logrado y lo que nos falta para alcanzarla.

Ejemplos:

- Obtener una buena nota en una asignatura
- Llevarse bien con los hermanos
- Hacer deporte
- Ahorrar dinero

2. Establecer las tareas que se deben realizar para lograrla

Una vez que hayan concretado la meta que desean alcanzar, se le debe pedir al paciente que piense en lo que tendría que hacer para conseguir su meta. No todo se consigue en un día; para conseguir mejorar en cualquier aspecto que te propongas has de hacer pequeños esfuerzos.

Se les puede poner como ejemplo el caso de los ciclistas que participan en la vuelta ciclista de Valle de Bravo La meta de muchos de ellos es ganar la carrera. Pero para ello se tienen que superar a lo largo de tres semanas distintas etapas (etapas de llano, etapas de montaña, contrarreloj).

3. Organizar las tareas en el orden en que habría que realizarlas

Si se intenta llevar a cabo todas las tareas al mismo tiempo, es muy probable que no se consiga nada. Para lograr una meta es muy interesante que se ordenen las tareas que se deben realizar y se establezca un plan de trabajo.

Una vez que se tenga la lista de las tareas que debe realizar pida al paciente que las ordenen; el orden se puede establecer de forma lógica, según la secuencia temporal en las que se tengan que realizar (para hacer una casa antes del tejado habrá que hacer los cimientos) o, en el caso de que las tareas no necesiten una secuenciación temporal, se puede empezar por las tareas más sencillas y que requieran menos esfuerzo, dejando para el final las más difíciles o costosas.

4. Ponerlas en marcha y evaluar los logros que se vayan consiguiendo

Una vez elaborado el proyecto personal habría que comprometerse con él y ponerlo en práctica. Para llegar a conseguirlo es importante ir evaluando los esfuerzos realizados, esto puede ser difícil hacerlo uno mismo, pero es relativamente sencillo si se pide a un familiar o a un amigo que nos ayude a evaluar nuestros progresos.

Ejercicio práctico

Ejercicio 1

- Escribir 5 cosas que el paciente apruebe de su imagen física. Todos tenemos cosas positivas. Pueden ser los ojos, el pelo, la piel, las orejas, las manos, los pies, la estatura, la sonrisa... Si no es capaz de encontrarlas, pregunte a un amigo o familiar.
- Escribir 5 cosas de su forma de ser que le agraden. *“Puede ser tu amabilidad, tu capacidad de escucha, tu discreción, tu generosidad, tu bondad, tu simpatía, tu inteligencia, tu constancia... Si no se te ocurre nada, piensa en las cosas que valoras en los demás y reflexiona hasta qué punto tú también posees esas virtudes”.*

“La sinceridad con el que tienes que hacer la lista es la misma que utilizarías con un ser muy querido. No importa que al principio no te lo creas al 100%”

El paciente deberá revisar sus listas y pensar que si conociera a una persona con esas características, seguramente estaría orgulloso de haberlo conocido.

Ejercicio 2

Que el paciente busque una foto suya de cuando era pequeño, casi un bebé. *“Sostén la foto por unos instantes en las manos y, mirando a ese niño/a a los ojos, comprométete a cuidarle y a no permitir descalificarle ni torturarlo diciéndole cosas que le hagan daño. Repasa cómo te hablas a ti mismo en tu diálogo interior y modifícalo de manera que seas mucho más tolerante e indulgente con ese niño/a herido que llevas en tu interior”.*

Ejercicio 3

Al final de cada día y al menos durante treinta días, el paciente escribirá el final de cada frase que se presenta a continuación:

- “Hoy me he sentido bien conmigo mismo/a por...”
- “Hoy he hecho algo bueno para mí cuando...”
- “Me gusto más a mí mismo/a cuando...”

- “Me empiezo a dar cuenta de que tengo la virtud de...”
- “Aunque he cometido un error, me doy cuenta de que...”

Ejercicio 4

“Me doy permiso para expresar mis necesidades”. Todos los seres humanos tenemos un valor intrínseco por el hecho de ser personas. Las personas no son valiosas por lo que tienen, sino por lo que son. *“Por lo tanto eres tan digno de respeto, afecto y cuidados como cualquier otro”.*

Escribe: “Mis necesidades más importantes son...”

Ejercicio 5

Aprende a decir NO: Si otras personas pretenden imponerte su voluntad, tú puedes optar por decir no. Cuando vayas a decir no, mantén la mirada para inspirar determinación. Luego responde con amabilidad, brevedad y firmeza. Si tienes otras alternativas, ofrécelas, pero no entres en negociaciones.

Ejercicio 6

Presta especial atención a tus logros y valóralos: Si prestas atención a tus aspectos positivos, ganarás en autoconfianza y tus capacidades crecerán. Mientras que, si centras la atención en tus errores, cada vez te sentirás más inseguro, lo que provocará que cometas más fallos.

El terapeuta deberá motivar al paciente a tomar conciencia de que merece la pena mejorar su autoestima, practicando estos sencillos ejercicios y cómo dentro de algún tiempo con su constancia, el paciente llegará a estar feliz del cambio y desechará los “Yo no valgo nada” para sustituirlos por “Yo valgo mucho”.

DECIMA TERCERA SESION: ADMINISTRACION DEL TIEMPO

TAREAS PARA LA SESION XIII

- Ver la importancia de aprovechar y administrar el tiempo.
- Realizar un cambio que elimine las actitudes y hábitos que producen un malgasto de tiempo.
- Señalar la repercusión de mantener un buen estado físico y mental.
- Reforzar los valores del paciente para enfrentar las situaciones laborales o personales.

Finalidad de la sesión

El paciente deberá realizar unos cambios de hábitos para que viva el aquí y el ahora, teniendo un control de sus pensamientos y sentimientos, reflejándose en el físico del paciente así como en sus actividades y relaciones interpersonales.

Se buscará

- Que el paciente identifique con las herramientas aprendidas a lo largo de las sesiones a cumplir sus objetivos cambiando hábitos.
- Que el paciente adquiera una buena imagen corporal e identifique la importancia de eso.
- Reforzar los valores que el paciente aprendió para mejorar las relaciones, personales y/o laborales.

Intervenciones claves

El paciente debe comprender que el aprovechar el tiempo es importante, ya que, no se puede comprar, alquilar, acumular, reemplazar, perder o dejar de consumir.

El terapeuta deberá preguntarle en que malgasta su tiempo, ya sea que pase mucho tiempo preocupado, teniendo peleas, en quejas, enojos, internet, teléfono, aburrimiento, videojuegos, demasiadas horas dormido, teniendo envidia de otros, viendo televisión, etc.

Teniendo esta información el paciente tendrá que ubicarse en los siguientes niveles para saber por qué malgasta su tiempo.

- Nivel 0 Me siento una víctima del entorno, no puedo cambiar nada, sólo sobrevivo.
- Nivel 1 No tengo objetivos

- Nivel 2 Tengo objetivos pero me los olvido continuamente
- Nivel 3 Tengo objetivos pero los postergo continuamente.
- Nivel 4 Tengo objetivos e intento realizarlos, pero siento que no me alcanza el tiempo
- Nivel 5 Tengo objetivos y los realizo pero siento que podría ser más eficiente, quiero vivir mejor.

El terapeuta le explicará al paciente que mientras tenga una actitud negativa no podrá salir adelante, con el motivo de que comprenda que pasará mayor tiempo quejándose en vez de analizar, cuestionar, planificar, o hacer las cosas para disfrutar del tiempo de mejor manera.

Es importante que el paciente se automotive, dándole el terapeuta ejemplos como desarrollar una actitud positiva, evitar a las personas críticas, evitar decir sólo críticas, tratar de hablar sobre lo bueno del mundo, autopremiarse al completar tareas, ayudar a otros, imaginar situaciones deseadas para poder lograrlas, recordando que todo cambio comienza con un pensamiento.

Para una mejor administración de tiempo se le debe explicar al paciente como una clasificación de actividades relevantes positivas que se dividen en Actividades de mantenimiento para sobrevivir y actividades de cambio para vivir. Se deberá aconsejar al paciente a minimizar tiempos dedicados a actividades como comer, cocinar, descansar, aseo personal, mantenimiento del carro, limpieza del hogar o jugar; debido a que el paciente puede tomar más tiempo del debido a realizar dichas actividades.

Es de gran importancia que con las herramientas brindadas anteriormente el paciente comience a ordenar sus prioridades y no deje de procurar su apariencia física así como su salud mental. El terapeuta platicará con el paciente acerca de su físico y de la importancia de una buena higiene, para que comprenda cómo repercute en un equilibrio mental y social. Algunas actividades que puede realizar son las ejemplificadas en el siguiente cuadro.

CUADRO 12: ACTIVIDADES PARA UN BUEN ESTADO FISICO Y MENTAL

1. Incluir momentos breves de relajación al día
2. En día y horas fijas practique deporte
3. Tenga varias actividades
4. Camine mucho
5. Duerma las horas necesarias, no duerma demás
6. Alimentarse bien y tomar suficientes líquidos
7. Comer ligero
8. Bañarse diario
9. Lavarse la cara y las manos
10. Desarrolle un pasatiempo
11. Evitar tomar alcohol u otras sustancias psicoactivas
12. Evitar realizar una actividad con un tiempo mayor al que se requiere

Parte fundamental de una sanidad mental será que el paciente no se involucre en situaciones problemáticas y que refuerce valores que ayuden a fortalecer sus decisiones en el ámbito laboral, escolar, familiar, con amistades o relaciones de pareja.

En este apartado el paciente dará una definición y realizará una historia con las siguientes palabras: libertad, paz, respeto, amor, felicidad, honestidad, humildad, responsabilidad, simplicidad, tolerancia, cooperación y unidad.

Se retomará el tema de los valores donde el paciente podrá platicar la experiencia con su última pareja identificando sus áreas de oportunidad pudiendo así fortalecerlas, siendo los tópicos: la fidelidad, respeto, cuidado en sus relaciones sexuales y la confianza de la pareja.

Ejercicio práctico

Realizar un listado señalando los objetivos, misión y visión personal (encontrar empleo, ingresar al colegio, terminar los estudios, dejar de fumar, no consumir alcohol, etc.) de forma clara y coherente anotando cómo llegará a ellos pasando por los miedos que se deberán eliminar y los hábitos a cambiar para lograr los objetivos sin tener que postergar las fechas deseadas para cumplir las metas. El terapeuta podrá tener de guía el cuadro 13 para dicho ejercicio.

CUADRO 13: METAS A REALIZAR

NUMERO POR IMPORTANCIA	OBJETIVOS O METAS	FECHA A REALIAZAR LOS OBJETIVOS	MIEDOS O BARRERAS	COMO ENFRENTAR EL MIEDO	CAMBIOS A REALIZAR PARA CUMPLIR LAS METAS

En el siguiente ejercicio el paciente escribirá las prioridades en su vida, diferenciando lo urgente de lo importante y lo que no debe perder las prioridades básicas como son la familia, hijos, salud, calidad de vida y educación. El siguiente cuadro puede ser guía para ello.

URGENTE:	NO URGENTE:
IMPORTANTE:	NO IMPORTANTE:

DECIMA CUARTA SESION: SESION FINAL

TAREAS PARA LA SESION DE TERMINACION

- Revisión del plan de tratamiento y metas.
- Obtención de retroalimentación del terapeuta sobre el progreso.
- Obtención de retroalimentación del paciente sobre los aspectos que más le ayudaron y los que menos.

Finalidad de la sesión

La función principal de la última sesión es la revisión:

- Revisar el plan y las metas del tratamiento, identificar las áreas donde el paciente alcanzó el objetivo y obtuvo algún progreso, de la misma

manera identificar aquellas áreas en donde el paciente no obtuvo progreso o fue mínimo y que por lo tanto se requeriría de mayor atención.

- El terapeuta brindará retroalimentación al paciente en relación a su progreso, sobre todo en las habilidades y principios que fueron obtenidos y aquellos que requieran de mayor atención.
- El paciente deberá brindar al terapeuta la retroalimentación necesaria en cuanto los aspectos que derivaron en mayor ayuda, así como que es lo que sucederá al terminar este tratamiento.

Algunos pacientes sobre todo aquellos que no obtuvieron una abstinencia estable deben ser motivados a que continúen en tratamientos a través de tratamiento residencial, hospital de día o algún otro de acuerdo a la realidad del mismo.

5.6 Seguimiento terapéutico

Al finalizar las sesiones se deberá realizar un seguimiento con un año de duración, en el cual se le aplica al paciente un cuestionario de seguimiento y examen de orina al mes del alta, a los tres meses, los seis meses y al año.

La propuesta que aportamos en el seguimiento del tratamiento es que una vez finalizado el año de seguimiento como se menciona en el párrafo anterior se solicitará el apoyo del familiar de forma telefónica o personal para que cada dos meses se contacte con el terapeuta (así hasta los dos años) el cual comentará si el paciente ya no ha consumido cocaína durante ese tiempo y si ha logrado reintegrarse a la sociedad con las herramientas aprendidas a lo largo de las sesiones. (La entrevista es la que se ha trabajado durante el tratamiento)

En caso de que el paciente tenga una recaída, se deberá analizar el motivo real que lo llevó a consumir para así fortalecer sus habilidades de afrontamiento y logre la abstinencia o si es el caso canalizarlo a otro tipo de tratamiento.

Guía para el seguimiento del tratamiento al adicto

Nombre:

Fecha:

Dirección:

Teléfonos (3):

Fecha de término del tx:

1. ¿Cómo te has sentido posteriormente al tratamiento?
2. ¿Ha mejorado tu relación familiar o de pareja posterior al tratamiento?
3. ¿Convives con tus amigos con lo que consumías anteriormente?
4. ¿Tienes relación con grupos nuevos de amigos que no consuman?
5. Actualmente realizas alguna actividad Explica cómo te desempeñas en ella.
 - Estudio
 - Trabajo
 - Deporte
 - Cuido algún familiar
 - Ninguna
 - Otros _____
6. Has consumido cocaína (En qué situación, frecuencia y cantidad)
7. ¿Cómo te sentiste después de consumir?
8. En caso de no haber consumido has tenido el deseo de consumir (En caso positivo como enfrentaste el deseo para no consumir)
9. ¿Has consumido alcohol? (En qué situación, frecuencia y cantidad)
10. ¿Has consumido alguna otra sustancia? (Qué sustancia, en qué situación, frecuencia y cantidad)

11. ¿Tuviste el deseo de consumir cocaína con el efecto de alguna otra sustancia? (Qué sustancia, explique)

12. En una situación de riesgo de consumo de cocaína ¿cómo la enfrentarías?

13. ¿Cuáles son tus metas a corto, mediano y largo plazo?

Nota: En caso de ser el seguimiento mayor a tres meses revisar si las metas a corto plazo se están cumpliendo.

CONCLUSIONES

El consumo de cocaína en nuestro país se ha tornado un problema social y de salud pública, de acuerdo a la ENA, el consumo aumentó un 50% del 2008 al 2011, posicionándose en el segundo lugar como la droga de mayor consumo en México, los principales consumidores oscilan entre los 17 a 28 años. Del 2008 al 2011 hubo un incremento del 0.1% en el consumo de cocaína, pasando de 0.4% hace cuatro años a 0.5%.

Retomando este problema social sabemos que el narcotráfico juega un papel importante, así como la forma de vida que lleva nuestra sociedad ya que no importa clase social, sexo o edad; las estadísticas de adictos a la cocaína aumentan cada año no teniendo cabida en los centros existentes que se dedican al tratamiento de esta adicción, llevándolos a tratamientos no especializados de cocaína, como son los doce pasos y granjas por mencionar algunos.

Dentro de la revisión de tratamientos realizada durante la investigación se observó que la adicción a la cocaína es tratada por métodos como la psicoterapia, la cual se focaliza en los pensamientos inconscientes y a que el adicto descargue sus emociones acumuladas; en cuanto al modelo Minnesota, denominado de los doce pasos, no cuenta con un especialista en el área de adicciones ya que cualquier persona rehabilitada puede apoyarte durante todo el proceso; en el caso de los fármacos se especializan en el área neuronal lo que permite trabajar conjuntamente con otros tratamientos; la terapia cognitivo conductual no sólo se enfoca a modificar conductas, también enfatiza los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas teniendo una orientación en el presente de las personas.

Dado que la terapia cognitivo conductual busca lograr un funcionamiento independiente, la propuesta se fundamentó en esta terapia, en la que se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades centrándose en los síntomas y su resolución.

El objetivo principal de la propuesta descrita en esta investigación fue cesar el consumo, buscar una mejor salud para los adictos a la cocaína mediante un tratamiento terapéutico accesible que cuente con una atención integral y sistemática facilitándole un mejor ambiente tanto social como familiar, debido a

que el ambiente de los adictos por lo general es desfavorable ya que, generalmente, muy cerca de donde viven su oferta es alta y frecuentemente se asocia a situaciones de violencia e incluso de delincuencia.

Esta propuesta se basa en la descripción de catorce sesiones enfocadas en el tratamiento de la adicción a la cocaína con el objetivo de profundizar en temas específicos, facilitando el material y desarrollo del tratamiento para los psicólogos, obteniendo un conocimiento detallado del procedimiento terapéutico.

Esta alternativa de intervención no pretende ser como un libro de cocina, por lo que será papel del terapeuta conjuntar el contenido, tiempo y la naturaleza de la propuesta de las intervenciones con las características peculiares de cada paciente, a fin de obtener los mejores resultados; de esta manera, la propuesta va dirigida a aquellos profesionales que inician en el tratamiento de adictos a la cocaína, proponiendo dentro del proceso una reincorporación a la sociedad con los pacientes haciendo que el adicto se responsabilice de su comportamiento en su entorno.

Algunos pacientes requerirán de mayor tiempo para lograr desarrollar las habilidades de afrontamiento básicas, con ellos el ritmo deberá reducirse y ajustarse al tiempo de cada individuo. Beck (1991) nos menciona que la elección de un centro para tratamiento se basa en las características clínicas del paciente, sus preferencias, las necesidades terapéuticas y las alternativas disponibles. Para consumidores de cocaína un tratamiento ideal será el que no infiera con su vida cotidiana, ya que no deben ser aislados de su entorno real.

Dentro de la propuesta descrita el cambio puede ser exitoso siempre y cuando las tres partes involucradas (terapeuta, paciente, familiar) estén comprometidas en un cambio y enfocadas en la abstinencia del paciente. Parte esencial del tratamiento es el papel que juega la familia en el seguimiento del consumo del adicto, verificando si éste cumple con los objetivos del tratamiento, así mismo se busca lograr una dinámica familiar positiva y establecer estilos de vida saludables

Una de las desventajas de la propuesta es que se limita a tratar consumidores de cocaína con menos de cinco años en el consumo, debido a que es un tratamiento ambulatorio y no tiene las herramientas específicas para tratar a pacientes con psicosis cocaínica, esquizofrenia o bipolaridad.

Retomando a Solé (2001) otra limitante para este tratamiento es que tiene carácter autodisciplinario y los pacientes pueden dejar el tratamiento inconcluso ya que no se encuentran en un ambiente que los obligue a tomar el tratamiento, puesto que puede ser sólo un requisito legal (no terminar en la cárcel).

Otra ventaja es que la propuesta está acompañada de un especialista en fármacos, teniendo como finalidad mutua la abstinencia del consumo de cocaína.

Durante la investigación de otras alternativas de tratamiento se encontró que manejan tópicos similares, como los que utiliza Washton (1995): manejo de pensamientos, deseos sobre cocaína, habilidades asertivas de rechazo, solución de problemas y restablecimiento de metas. La ventaja de la presente propuesta es que retoma esos temas y da un valor agregado al consumidor de cocaína, al generar habilidades posteriores al tratamiento como: fortalecer su autoestima, administrar su tiempo libre, salud e higiene, VIH y sexualidad, con la finalidad de reintegrar al paciente a la sociedad.

Se espera que la propuesta tenga un alcance en instituciones privadas y gubernamentales dedicadas al tratamiento de adicciones, ya que ésta es flexible y estructurada adaptándose a todas las clases sociales. De igual manera está dirigida para las escuelas que cuentan con centros de apoyo a la sociedad para instruir a los psicólogos que comienzan sus terapias bajo la supervisión de un experto.

Como se ha mencionado anteriormente el tratamiento de la adicción a la cocaína es uno de los más graves problemas sociales; la información, las ideas y sugerencias presentadas en esta alternativa no sólo amplían el conocimiento básico sobre un tratamiento sino que invitan a aplicarla y validarla para evaluar así su alcance.

De allí, que resultará sumamente importante su aplicación en diferentes poblaciones con este tipo de adicción e incluso podría sugerirse que esta propuesta pueda ser adaptada a otro tipo de adicciones.

BIBLIOGRAFIA

- Alamo, Cecilio (2005). *Guía farmacológica de analgésicos*. España: Aran.
- Alcántara, Hugo, et al (2003). *Como proteger a tus hijos de las drogas: Guía práctica para padres de familia*. México, DF: Centros de Integración Juvenil.
- Alegret, Joana (2005). *Adolescentes Relacionados con los padres, drogas, sexualidad y culto al cuerpo*. Barcelona, España: Editorial Grao.
- Alonso-Fernández, Francisco (2003). *Las nuevas adicciones*. Madrid. España: TEA Ediciones.
- Bados, Arturo, et. al (2005). *Recomendaciones terapéuticas en terapia cognitivo-conductual*. Barcelona, España: Ars Médica.
- Baños, Joseph, Farré, Magi (2002). *Principios de farmacología clínica*. Barcelona. España: Masson.
- Beck, Aarón (1999). *Terapia cognitiva de los Trastornos de Personalidad*. Barcelona, Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Beneit, Juan Vicente, García, Carmen, et al (1997). *Intervención en drogodependencias. Un enfoque multidisciplinar*. Madrid, España: Síntesis.
- Bouso, José Carlos, et al (2009). *Cocaína*. Madrid, España: Amargord.
- Burns, John (2001). *Los doce pasos: tratamiento de dependencia al alcohol y otras drogas*. Santiago, Chile: Paulinas.
- Caballero, Luis (2005). *Adicción a cocaína: Neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo, centro de publicaciones.

- Caballero, Luis y Alarcón, A. (2000). *Cocaína y cocaínomanía en atención primaria, en drogas en atención primaria y II*. Madrid, España: Fundación ciencias de la salud.
- Caballo, Vicente (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos Vol. 2 Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Carroll, Kathleen. (1998) *A cognitive behavioral approach; treating cocaine addiction*. National Institute on Drug Abuse. Disponible en: <http://archives.drugabuse.gov/TXManuals/CBT/CBT1.html>
- Díaz, Aurelio (2001). *Drogas y drogadicción: un enfoque social y preventivo*. Barcelona, España: Editorial Universidad de Castilla.
- Díaz, Aurelio (1998). *Hoja, pasta, polvo y roca: el consumo de los derivados de la coca*. Barcelona, España: Universidad Autónoma.
- Encuesta Nacional de Adicciones 2008. [fecha de consulta: 11 de marzo de 2011] Disponible en www.conadic.salud.gob.mx
- Encuesta Nacional de Adicciones 2011. [fecha de consulta: 1 de septiembre de 2014] Disponible en www.conadic.salud.gob.mx
- García del Castillo, José, López, Carmen, et. al (2005). *Manual de Estudios sobre cocaína y drogas de síntesis*. Buenos Aires, Argentina: Edaf
- Godoy, Antonio (1991). *El proceso de la evaluación conductual en* Caballo, Vicente (ed). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo XXI.
- Gómez, José. Y Kunate, Jesús (2004). *Testimonios Relevantes de la Reunión Nacional 2003*. DF, México: Centro de Integración Juvenil.
- Hawkins, David (2009). *¡Acabe con las adicciones cotidianas!* Michigan, EUA: Editorial Portavoz

- Henman, Anthony (1981). *Mama Coca*. Bogotá, Colombia: Ancora editores.
- Hernández, Nicolás Alejandro, Sánchez, Juan de la Cruz (2007). Manual de psicoterapia cognitivo *conductual para trastornos de la salud*. Ciudad Autónoma, Buenos Aires: Libros en red.
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) 2010. [fecha de consulta: 11 de marzo de 2011] Disponible en: www.insp.mx/encuesta-nacional-de-adicciones-2008.html
- Lega, Leonor I., Caballo, Vicente, Ellis, Albert (1997). Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual. Madrid, España: Siglo XXI.
- Linn, Steven, Garske, John (1988). *Psicoterapias contemporáneas: Modelos y métodos*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Lizasoain, I.; Moro, M.A.; Lorenzo, P. (2001) *Monografía Cocaína: Aspectos Farmacológicos*. España: Adicciones, volumen 13 suplemento 2 pp. 37
- López, Ana, Becoña, Elisardo (2009). *El consumo de cocaína desde la perspectiva psicológica*. Papeles del Psicólogo, 30 (Mayo-Agosto) : [fecha de consulta: 11 de marzo de 2011] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=77811726003>
- Lorenzo, Pedro, et al (2009). *Drogodependencias: Farmacología, patología, psicología, legislación*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Nakken, Craig (1999). *La personalidad adictiva*. DF, México: Editorial Diana.
- National Institute on Drug Abuse. *Cocaína: Abuso y Adicción*. National Institutes of Health. NIH Publicación Número 01-4324(S). Julio 2005. Pp 4

- Ono, Mika (2011). *Scripps Research and Cornell Scientists Create Novel Vaccine that Produces Strong Immunity Against Cocaine High*. California, EUA. [fecha de consulta: 12 de marzo de 2011] Disponible en: <http://www.scripps.edu/news/press/20110104>
- Pascual, Francisco, Torres Merixtell, Calafat, Amador (2001). *Monografía Cocaína: Aproximación histórica a la cocaína. de la coca a la cocaína*. España: Adicciones, volumen 13 suplemento 2 pp. 14.
- Polaino, Aquilino, De las Heras, Javier (2006). *Como prevenir el consumo de drogas*. Madrid, España: Ediciones Palabra.
- Roncero, J., Ramos, J, et al (2001). *Monografía Cocaína: Complicaciones psicóticas del consumo de cocaína*. España: Adicciones, volumen 13 suplemento 2 pp. 181-185
- Rossi, Pablo (2008). *Las Drogas y los Adolescentes. Lo que los padres deben saber sobre las adicciones*. Madrid, España: Editorial Tébar.
- Secades, Roberto, García, Olaya, et al (2007). *Fundamentos Psicológicos del tratamiento de las drogodependencias*. Papeles del psicólogo, 28: [fecha de consulta: 11 de marzo de 2011] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/778/77828105/77828105.html>
- Solé, J. (2001). *Monografía Cocaína: Tratamiento del consumo de cocaína. Integrando psicoterapia y farmacoterapia*. España: Adicciones, volumen 13 suplemento 2 pp. 211.
- Tokatlian, Juan Gabriel (2010). *Drogas y prohibición: Una vieja guerra un nuevo debate*. Buenos Aires, Argentina: Libros de Zorzal.
- Valdez, Alfonso, et. al (2005). *Psicología clínica: El proceso de evaluación en la terapia cognitivo conductual*. DF, México: UNAM iztacala.
- Washton, Arnold (1995). *La adicción a la cocaína: tratamiento, recuperación y prevención*. Barcelona, España: Paidós.