

Características del Tratamiento Cognitivo Conductual en Adicción a Sustancias
Psicoactivas

Luisa Fernanda Bedoya Londoño

Lucero Orozco Tamayo

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Mayo de 2019

Nota

Monografía, Docente: María Deisy Jiménez Gutiérrez, Programa de Psicología

Pereira, Risaralda

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Correspondencia relacionada con este documento debe ser enviada a:

lorozcotama@uniminuto.edu.co - lbedoyalon1@uniminuto.edu.co

Dedicatoria

Dedicamos y agradecemos a Dios, esta energía suprema, por darnos la fuerza y el soporte cada día, en este hermoso y satisfactorio proceso, por ser la luz, que siempre nos ha guiado, por colmarnos de perseverancia y paciencia en los impases presentados.

A mi familia por ser el aliento, el apoyo y la motivación en este grato camino.

Mil gracias a mi padre, Luis Carlos Orozco, por permitirme descubrir mi misión en este mundo y por conducirme hacia el camino de la psicología. A mi madre, por esa lucha incansable y por su amor incondicional. A mi esposo, por acompañarme en este hermoso proceso de crecimiento, por su apoyo, constante confianza y por sus repitentes frases de ánimo. A mi Hijo, por su paciencia, por ser mi ángel, mi luz, por mostrarme cada día cuan afortunada y bendecida soy. A nuestra tutora de monografía María Deisy Jiménez Gutiérrez, por su apoyo pedagógico, moral, por guiarnos y alentarnos con entereza.

Por último agradecemos a todos aquellos que aunque no sean nombrados merecen reconocimiento, por haber fortalecido nuestro aprendizaje y haber aportado de alguna manera a la construcción de la presente monografía.

Resumen

La adicción a sustancias psicoactivas, ha generado diversas dificultades, desde el ámbito personal, psicológico hasta el social; al punto de implicar inclusive la salud pública; dado a sus altos indicadores en la afectación del desarrollo individual, físico y la disminución en la calidad de vida de quienes sostienen el problema de adicción y su entorno. Tomando como partida lo anteriormente mencionado y presumiendo la atención integral a las personas adictas a sustancias psicoactivas, se sostiene que el enfoque más relevante en el tratamiento de dicha adicción es el cognitivo conductual, el cual posee unas características fundamentales en el desarrollo del tratamiento, dentro de las cuales se identifica la necesidad de motivar para el cambio o la permanencia, entender la disposición en dicho cambio, la reestructuración cognitiva, la implementación de estrategias para enfrentar diversas situaciones y lo que no puede faltar en el tratamiento de la adicción, que está estrechamente relacionado con las posibles recaídas; es la prevención de éstas. Teniendo en cuenta estas características se pudiera garantizar una excelente intervención, aunque cabe denotar que se precisa una integración interdisciplinaria, de psicólogos, familiares y sociedad, tanto en el tratamiento como en el sostenimiento de la abstinencia.

Palabras claves (Adicciones, Características, Cognitivo Conductual, Sustancias psicoactivas, Tratamientos)

Abstract

The addiction to psychoactive substances has generated various difficulties, from the personal, psychological to social; to the point of affecting even public health; given its high indicators in the affectation of the individual, physical development and the decrease in the quality of life of those who support the problem of addiction and their environment. Taking as a starting point the aforementioned and presuming comprehensive care for people addicted to psychoactive substances, it is argued that the most relevant approach in the treatment of this addiction is cognitive behavioral, which has fundamental characteristics in the development of treatment, within of which the need to motivate for change or permanence is identified, to understand the disposition in said change, the cognitive restructuring, the implementation of strategies to face various situations and what cannot be missing in the treatment of addiction, which is closely related to possible relapses; is the prevention of these. Taking these characteristics into account, an excellent intervention could be guaranteed, although it should be noted that an interdisciplinary integration of psychologists, family members and society is required, both in the treatment and in the maintenance of abstinence.

Keywords (Addictions, Characteristics, Cognitive Behavior, Psychoactive Substances, Treatments).

Tabla de Contenido

1.	Justificación	8
2.	Introducción	10
3.0	Breve historia de las Sustancias Psicoactivas	13
3.1	Las Décadas en el Mundo de las Drogas	13
3.2	La historia de las drogas según Núñez (1998).	15
4.	Cambios y situaciones legales	17
5.	Enfoque Cognitivo Conductual.....	21
5.1	Antecedentes.....	22
5.2	Tratamiento Cognitivo Conductual.....	27
5.3	Diferenciación de Términos.....	27
5.3.1	Adicción.....	28
5.3.2	Tolerancia.	29
5.3.3	Conducta adictiva.....	30
5.3.4	Síndrome de abstinencia.	31
5.3.5	Síndrome de dependencia	31
6.	Características del Tratamiento Cognitivo Conductual	35
6.1	Análisis funcional	39
6.2	Entrevista Motivacional	40

TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL EN ADICCIONES	6
6.3 Estados de Cambio.....	42
6.4 Prevención de Recaídas	43
6.5 Reestructuración Cognitiva.....	45
6.6 Entrenamiento en Habilidades.	48
6.6.1 Reequilibrio de estilo de vida.	49
7. Conclusiones	51
8. Referencias Bibliográficas	54

Índice de tablas

Tabla 1 Aspectos de la Motivación.....	58
Tabla 2 <i>Prevención de Recaídas</i>	59
Tabla 3 Registro de Pensamientos	60

1. Justificación

El consumo de sustancias psicoactivas merece gran atención tomando como partida que una de las formas de consumo es intravenosa, y entre muchos otros factores, las precarias condiciones de precaución y responsabilidad convierten esta práctica en un posible foco epidemiológico que incide en el aumento de las cifras de casos de contagios de VIH y diferentes trastornos psicológicos y físicos; esto aunado al constante aumento de consumo, debido a sus múltiples cultivos, expendios y fácil acceso; pese a distintas normas que sentencia dicho expendio y a lo que menciona el observatorio de drogas (2015), en relación con la propagación de distintas drogas que tan siquiera las entidades encargadas se han atrevido a discriminar, debido a la novedad de éstas y a la mezcla de sustancias que lleva consigo un sin número de consecuencias y efectos colaterales.

Dado a lo anteriormente mencionado es preocupante el flagelo psicológico y social de las personas adictas, por ende se considera necesario como aporte para la psicología una revisión teórica la cual tiene como objetivo identificar las características del tratamiento en adicciones a sustancias psicoactivas, desde un enfoque cognitivo conductual; teniendo como base lo que distintos referentes han relacionado al respecto y teniendo en cuenta la manera en que posiblemente se puede abordar este flagelo que está invadiendo la sociedad.

En la presente monografía, se abordan las características del tratamiento para la superación de las adicciones y la posterior recuperación, con ello se procura aportar en la indagación de respuestas a las teorías y prácticas que atienden la problemática de este consumo como un problema de salud pública y social. Diversas fuentes bibliográficas atienden a reflexiones tanto académicas como psicológicas, aludiendo al enfoque cognitivo conductual y al posterior tratamiento. En este sentido se busca llegar a la comprensión de las problemáticas

públicas con respecto a la salud mental desde el consumo de sustancias psicoactivas, plasmada en una recopilación de revisión teórica, con respecto a las conclusiones propias de la monografía.

La elección del enfoque cognitivo conductual, en primera instancia surge por ser el más usado dentro de los tratamientos de las psicoterapias adictivas, ya que trabaja directamente la modificación de la conducta, y posee un gran reconocimiento científico, debido a sus estándares de medida y objetividad; además el tratamiento Cognitivo Conductual (TCC), enseña al paciente a desarrollar estrategias para la adecuación y regulación de las emociones, desarrolla técnicas cognitivas, que están relacionadas con la detección y cuestionarios de creencias sobre las drogas y el consumo y se enfoca en cogniciones problemáticas, lo cual se requiere por la generación y disociación de pensamientos relacionados con las sustancias psicoactivas (SPA).

Por consiguiente, se abordan las características de TCC en términos generales, ya que dentro de su revisión se pudo observar pocas diferencias entre el tratamiento de una sustancia a otra. Aunque cabe denotar que el consumo de ciertas sustancias entre las cuales se encuentra la heroína no solo dependen de un tratamiento psicológico sino también farmacéutico.

También, se explora los fundamentos y conceptos básicos acerca del enfoque cognitivo conductual y sus principales exponentes como Ellis, Beck y Bandura con el aprendizaje social; y sus nuevos exponentes en relación con las adicciones como Becoña, Castillo y Castilla; entre otros.

2. Introducción

Dentro del transcurso de la historia y desde tiempos remotos el ser humano ha estado en una constante búsqueda de la felicidad o huida de la realidad, según lo menciona Núñez, (1998), además refiere como dicha búsqueda ha estado encausada con distintas plantas, animales y vegetales que producían efectos alucinógenos. También este mismo referente menciona como el consumo de sustancias psicoactivas ha estado ligado a rituales religiosos y como el proceso de cambio del hombre en relación con dichas sustancias lo ha llevado en la actualidad a una adicción.

Según (Ministerio de Justicia - Observatorio de drogas, 2015), afirma que en el contexto colombiano particularmente hablando, ha pasado de ser un país productor a ser un país consumidor y que existen cantidad de sustancias psicoactivas (SPA), que afectan directamente la salud pública, entre ellas alude, al incremento del consumo de heroína en la ciudad de Pereira, la cual se encuentra en constante aumento y dentro de sus grandes efectos colaterales se observa el contagio del virus de inmunodeficiencia adquirida, (VIH), que afecta en gran medida diferentes aspectos como el campo individual, familiar y social.

Al hacer referencia a la teoría cognitiva conductual, se están relacionado dos enfoques diferentes que consisten, en la integración de los elementos teóricos cognitivos y los conductuales. El conductismo refiere el comportamiento de las personas, como conducta aprendida, por lo que el medio ambiente tiene gran influencia. Dentro de las bases teóricas se encuentra el condicionamiento clásico y el operante y algunos de sus exponentes son Pavlov, quien hace referencia a un aprendizaje pasivo, donde el organismo reacciona de acuerdo al ambiente y Skinner, quien refiere el aprendizaje como una manera de aprender mediante

estímulos y refuerzos. (Villa, 2007). La teoría cognitiva se centra Según este mismo referente, en los procesos psicológicos básicos y superiores, donde priman los sentimientos y las sensaciones y en que el individuo es un ser activo dentro del aprendizaje. Por consiguiente el enfoque cognitivo conductual pretende modificar el pensamiento y el comportamiento del individuo y la terapia permite fortalecer al individuo en las habilidades suficientes para la solución de sus problemas.

Se toma como tratamiento el enfoque cognitivo conductual porque se parte de la premisa que éste ayuda en la modificación de la conducta y se tienen en cuenta diferentes categorías, dentro de las cuales se encuentran las sustancias psicoactivas, el enfoque cognitivo conductual y las características de tratamiento.

Para el abordaje de la terapia cognitiva conductual se precisa delimitar ciertas bases como son los posibles factores de mantenimiento o desarrollo a la adicción, lo cual coincide según (Keegan,2012), en la exposición a SPA durante la infancia, la naturaleza de la conducta, la presión social para consumir y la conducta de recompensa, que se encuentra relacionada con las sensaciones y la posible disminución de los sentimientos desagradables; además también hace mención acorde al campo cognitivo conductual, a las propiedades químicas de cada individuo y a su incapacidad personal para regular las emociones.

Dentro de las terapias cognitivas conductuales que se encuentran arraigadas a la adicción se percibe ciertas inclinaciones hacia las estrategias relacionadas con el cambio, el manejo de la compulsión y la presión social, por lo que se percibe necesario escrutar acerca de los diferentes aspectos relacionados con el cambio, como las menciona (Diclemente & James O. Prochaska, 1994). Donde evidencia el cambio con unos estadios motivacionales, que clasifica en seis y los

nomina como: la pre-contemplación, la contemplación, la preparación, la acción y el mantenimiento; los cuales están relacionados con la manera como el sujeto percibe el problema o en este caso la adicción; dichos estadios los clasifica en seis, los cuales deben ser evaluados antes de cualquier intervención, ya que dependiendo el estadio en el que se encuentre se iniciaría la intervención o el tratamiento psicológico. También tienen en cuenta en los procesos de cambio, un posible estadio que ellos mencionan como recaída, la cual tiene gran importancia en el proceso de cambio, por lo que incide en gran medida el campo motivacional, la regulación de las emociones y la reestructuración cognitiva.

En la presente monografía se podrá percibir la historia de las sustancias psicoactivas, los tipos de sustancias, la legalidad de éstas dentro del contexto histórico, además del tema principal de abordaje que relaciona las características del tratamiento dentro de un enfoque cognitivo conductual. Aunado al aporte que se realiza desde el campo psicológico al problema anteriormente expuesto, mediante la revisión teórica descriptiva, basada en las características del tratamiento cognitivo-conductual en los consumidores de sustancias psicoactivas.

3.0 Breve historia de las Sustancias Psicoactivas

El hombre siempre ha estado en la búsqueda de la satisfacción y la felicidad propia, para ello ha experimentado por diferentes caminos, uno de ellos ha sido el mundo de las drogas, que sin dudar se remonta a tiempo atrás, es decir desde los inicios los indígenas han experimentado con diferentes plantas, animales, vegetales, encontrando allí agentes psicoactivos que permiten entrar en dimensiones artificiales. Las drogas fantásticas o mágicas se han utilizado como parte importante en rituales, ya sean de carácter religioso, cultural, esotérico, pero con el tiempo la civilización cambiaría el concepto de drogas fantásticas por el del uso social y la adicción Núñez (1998).

3.1 Las Décadas en el Mundo de las Drogas

La historia del consumo de drogas fue delimitada por décadas por Mazzotti (2010), quien relaciono que, para los años cincuenta, las personas que consumían droga, eran excluidas por la sociedad, y según él, este mundo de las drogas se restringía a personas marginales. En los Estado Unidos por ejemplo el uso de drogas se estimaba que era característico de personas pertenecientes a ghettos, músicos de jazz, entre otros.

Para los años sesenta, según este mismo referente, la perspectiva cambia, debido a que el tema de las drogas se debate como tema central y crea una batalla por el desacuerdo, ya que era visto como parte del mal haciendo una precisión entre bien y mal, para este tiempo las drogas eran un sinónimo de maldad que podían llevar a decaer a la sociedad.

En los años setenta, el debate y la batalla pasan a segundo plano, pues ya lo que primaba era el problema como tal del consumo individual, al verse involucrados jóvenes de distintas clases sociales, se detienen a observar lo que ocurre con el consumo y que los lleva a éste. Según

Núñez (1998), las personas que proporcionaban o traficaban con drogas eran conocidas como delincuentes, y los consumidores hacían parte de un problema primordialmente de enfermedad, debido a esta situación para esta década el tratamiento médico se volvió prioritario.

Para los años ochenta, se transforma la situación, el individuo que consume ya no es la prioridad, se aprueba la droga en pequeña cantidad, se despenaliza el consumo de marihuana en varios estados de Estados Unidos. El consumo ya no es castigable, se inhabilitan nuevas leyes tanto para el enfermo como para el delincuente. En la actualidad la droga posee primacía, pero con otra perspectiva diferente a la de hace veinte años. Se emplean juicios para la introducción de drogas como la marihuana, la cocaína, la heroína a los Estados Unidos desde el exterior, poniendo como base las drogas producidas en Estados Unidos como los diferentes tipos de fármacos para exportación, o consumo interno. En este punto se visualiza el porte económico del consumo asociado en mayor medida a problemas políticos elementales.

En la época del capitalismo, todo se transforma en mercancía, especialmente las drogas, al igual que se convierten en valor de cambio, dejando a un lado el valor como uso. Al considerarse la droga como una mercancía más, entra en las leyes del mercado, por lo tanto, la oferta y la demanda. La forma de producción capitalista de la droga entra a ser compleja como cualquier otra mercancía y mayor aun a razón de su ilegalidad. La complejidad que conlleva la situación hace que se cree una red financiera internacional y, a la vez una de financiación económica para la producción, intercambio y distribución, es de aquí donde se generan las industrias de la droga, por ejemplo, la de la marihuana que para ese tiempo ya se hablaba de la transnacional, también de la industria del opio, y así progresivamente. Las diferentes industrias de la droga entran a competir en el mercado como cualquier otra mercancía dentro de los países

desarrollados, al igual que los países subdesarrollados que son los que producen la materia prima para la creación de las drogas consumidas en los países desarrollados.

El expendio ilegal de drogas se abre a nuevos mercados, no solo en los países desarrollados sino también en el sentido contrario a éste, ya que lo esencial es la consolidación de nuevos mercados a nivel mundial. La oferta del consumo de drogas radica en la sustitución de una droga por otra, esto teniendo en cuenta las necesidades y condiciones, la droga predominante, el auge en un momento dado y el cambio o la innovación dependerían de la demanda de los consumidores Mazzotti (2010).

Entre los primeros psicoactivos utilizados acorde a lo mencionado por Carvalho (2007) encuentra el alcohol y los opiáceos en el año 5.000 a.C. Desde Hace 4.000 años se cultiva en China el cáñamo conocido como “cannabis sativa”. El absolutismo andino extraía tres cosechas de hoja de coca al año, estas se utilizaban como analgésico y energizante, y eran de uso habitual para la fatiga producida por la altura. En la cultura azteca se utilizaba el hongo y el peyote con fines religiosos. Según este mismo referente entre las sustancias más divulgadas se encuentra la cafeína, el tabaco, el alcohol, el cannabis, la cocaína y los opiáceos.

3.2 La historia de las drogas según Núñez (1998).

El opio. En 1873 encuentran un documento sobre la farmacología egipcia, llamado el papiro de Ebers. Los opiáceos han estado representados desde tiempos atrás en las tablillas de arcilla de los sumerios, antes de cristo lo incluyen en 700 remedios y 800 recetas.

Las virtudes del opio ya se conocían y se usaban entre los contemporáneos de Aminofis. Para el tratamiento de las leucorreas y los sofocos uterinos Hipócrates recomendó

Tabaco.es originario de América tropical. Con la llegada de Colón los nativos ya lo fumaban como costumbre. Los españoles cogen la costumbre de su consumo por imitación. En 1518 el emperador Carlos V ordena el cultivo de esta semilla, la cual fue enviada por Fray Romano Pane. El tabaco se extiende de España a Portugal, de allí Jean Nicot hace llegar esta planta a la reina de Francia, la cual Linneo llamo nicotina en su honor. La iglesia católica amenaza con la excomunión a los fumadores, también podían ser ejecutados en los tiempos de Amaurat IV en Turquía, en Rusia se prohíbe su consumo por Miguel Feodorovich, y el Papa Urbano VII lo prohíbe en los Estados Romanos. La nicotina es considerada la droga más adictiva. En 1997 se reúnen en Beijing de todos los países expertos en el tema, en el cual el director de la organización mundial de la salud Hiroshi Nakajima expresa que para dentro de veinte años las muertes a causa del tabaco superaran las muertes a causa del sida, la tuberculosis, ya que en un estimado que se hace sobre las personas que fuman, se llega a una cifra de cien millones en todo el mundo para lo cual la tercera parte son chinos.

Alcohol. Desde tiempos atrás se han utilizado los fermentados de bajo contenido alcohólico, en la biblia por ejemplo hablan de personajes que tenían sus propios viñedos, es por eso que las bebidas alcohólicas han sido consumidas desde tiempos antiguos. El pulque, la chicha son fermentados que los aztecas y los andinos han preparado desde tiempos precolombinos. En la edad media los árabes introducen a Europa la destilación, se llegó a considerar el alcohol como el líquido de la vida. El alcohol es considerado como uno de los más grandes problemas de salud pública a nivel mundial, los que más abusan del alcohol son los adolescentes, pueden tener secuelas psicosociales y graves problemas médicos.

Peyote. Muchas poblaciones indígenas de Mesoamérica consumían “semillas maravillas” y hongos mágicos para generar alteraciones de la conciencia; el siglo pasado el farmacólogo alemán Ludwin le dio una clasificación al peyote, en el mismo siglo el farmacólogo Rouhier publicó su trabajo sobre la mezcalina su alcaloide activo, en lo que respecta a sus efectos, el peyote se diferencia del opio ya que no produce ni ensueños ni visiones, la mezcalina lo que hace es embellecer los objetos comunes que tiene el consumidor a su alrededor. El peyote junto con otras sustancias como alcaloide, yohimbina entre otras han sido utilizadas con fines afrodisiacos. Los aztecas y chichimecas empleaban el peyote con fines religiosos, también para hacerse insensibles al hambre y la sed. En 1870 el peyote se convierte en religión en más de cincuenta tribus norteamericanas. Aldous Huxley escritor inglés después de explorar la mente humana llega a la determinación de que el hombre de vez en cuando debe explorar mundos maravillosos a través de químicos que le permitan una evasión del mundo real y puedan entrar en un mundo mágico de color y belleza, fue de los primeros viajeros literarios en probar la mezcalina.

Dietilamida de ácido lisérgico, (LSD), el químico alemán Hoffman descubrió accidentalmente los efectos síquicos del ácido lisérgico (lsd) con el cual podía inducir a una pequeña esquizofrenia; después descubrió otro derivado la que causaba disociación de la personalidad, estupor y despersonalización. Gracias a este descubrimiento se entendió que la esquizofrenia era más bien un trastorno orgánico que mental.

4. Cambios y situaciones legales

Según la política nacional para el consumo de las sustancias psicoactivas del año 2007, por encima de los datos se pueden observar una serie de conductas o patrones comunes, por ejemplo,

el poli consumo, la experimentación con toda clase de drogas, el uso de otros psicofármacos, el uso indebido de esteroides, el uso de bebidas energizantes, el uso de alcoholes, y la instalación de nuevos patrones de usos de sustancias como las inyectables.

La política cuenta con una fundamentación práctica, la cual busca determinar aquello que será objeto de ésta. Propone en primera instancia operar sobre las variables que incrementan la vulnerabilidad personal y social frente al consumo desde lo individual, lo micro social y lo macro social (prevención), así como las condiciones o aspectos que inciden en el incremento de los riesgos y los daños asociados al consumo (mitigación y superación). Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto (2007) p17.

En relación con dichas sustancias psicoactivas, para efectos legales relacionados con el narcotráfico o el cultivo como lo menciona (Ministerio de Justicia, 2017), donde justifican los lineamientos entregados en el informe de la fecha anteriormente citada, que para cubrir los propósitos relacionados con las estrategias de diseño en contra de las SPA, se deben tener en cuenta ciertos criterios como son en primera instancia los derechos humanos, donde prevalece la dignidad de cada ser humano, el derecho al respeto, la igualdad y la no discriminación; La salud pública, la cual vela por los derechos en torno a la salud de aquellas personas que se ven involucradas directa e indirectamente con el consumo de SPA; otros de los lineamientos que menciona el Ministerio de Justicia es la seguridad ciudadana, el desarrollo territorial, el desarrollo humano y la reducción de daños. Lo cual se encuentra aunado a lo estipulado en la ley 1566 del año 2012, que hace énfasis en las normas que garanticen la atención integral para personas consumidoras de sustancias psicoactivas. La mencionada estrategia también es aludida en el informe del (Ministerio de Justicia; Obsevatorio de Drogas, 2017), la cual menciona que

Colombia posee una estrategia de reducción, que está siendo ejecutada a partir del 2014 hasta el 2021 y consta de prevención, tratamiento, reducción de riesgos y daños y promoción de la salud; También la ratifica el referente Sistema único de información normativa (SUIN) del ODC, donde se evidencia todo lo relacionado con dicha ley, la cual en el primer artículo reconoce las SPA como un problema que afecta a diferentes ámbitos, en los que se encuentra, la familia, la comunidad, el individuo y la salud pública, donde el abuso y la adicción deben ser consideradas y tratadas como enfermedad. En el artículo 2 de la misma ley, hacen referencia al derecho a la salud y a la atención integral incluyendo la rehabilitación de personas que usan y abusan de las sustancias psicoactivas legales e ilegales, además incluye la rehabilitación a la adicción. El artículo 4 menciona un aspecto muy importante que como psicólogos se debe tener muy presente, el cual es el consentimiento informado antes del proceso de atención integral, el artículo 5 hace alusión a las entidades encargadas de prestar los servicios de atención y habla de la sanción pertinente acorde al incumplimiento de la ley, para finalizar con esta ley, también se tuvo en cuenta el artículo número 7 que alude el proyecto preventivo en el ámbito laboral; donde las empresas deben proveer la información necesarias de causas y efectos antes el consumo de SPA.

Según la página principal del Observatorio de Drogas de Colombia (O.D.C), la normatividad en relación con estupefacientes data desde el año 1961, donde se comienza a realizar diferentes convenciones relacionadas con el consumo, cultivo, demanda y estrategias de prevención a nivel mundial de las sustancias psico activas en general. En Relación con la política realizada en términos nacionales, el ODC, expone las leyes que han sido influenciadas en las adicciones de SPA, además de políticas establecidas para la prevención de consumo,

disminución de riesgos colaterales y erradicación de cultivos. Dentro de dichas leyes menciona la ley 30 de 1986, aunada al decreto 3788 del mismo año, donde el tema principal fue el estatuto Nacional de estupefacientes; se reconoce tanto la dependencia física como la psicológica, aunado a ésta, dentro del mismo capítulo de esta ley, en el artículo 2, menciona que para lograr la efectividad es necesario adoptar significados relacionados con las SPA, dentro de las cuales se encuentran contenidos como: droga, estupefaciente, medicamento, psicotrópico, abuso, dependencia psicológica, adicción o drogadicción, y toxicomanía; cabe denotar que dentro de la presente revisión bibliográfica se tendrán en cuenta algunos de estos términos que se mencionaran posteriormente mediante la descripción de las sustancias psicoactivas.

A partir de 1986 han venido dictando nuevos decretos que infieren ante el consumo de SPA, dentro de los cuales se encuentra: Ley 100 de 1993, que organiza el Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS). Ley 715 de 2001: reforma de la Ley 60 de 1993 y establece la distribución de competencias y recursos del sector salud. Ley 1122 de 2007: hace modificaciones al Sistema general de seguridad social en salud. Ley 1438 de 2011: reforma el Sistema general de seguridad social. Ley Estatutaria de 2014. Regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

Aunado a lo anteriormente mencionado con la normatividad, se profundizará en las que se consideran más relevantes, como la resolución 6 de 2005, extraída de (Sistema único de Información Nacional, O.D.C, 2005), que indica al Observatorio de Droga de Colombia, como principal fuente oficial de información ante el consumo de SPA; La ley 1151 de 2007, en el capítulo 2 que relaciona los programas de inversión, hacen alusión en el artículo 6, en el punto 2.1 sobre la promoción de una política de seguridad, que relacionan la lucha contra las drogas y

el crimen organizado, por medio del control y erradicación voluntarias de cultivos, también por medio de la consolidación de la política de prevención en instituciones educativas y difusiones de riesgos asociados al consumo.

Dentro de la política establecida de prevención y reducción de daños, el Ministerio de salud, por medio del Plan Nacional de promoción para la salud (2017), tomando como base la afectación sanitaria, el compromiso el cumplimiento de la ley, relacionado con los derechos humanos de los consumidores, han generado estrategias de reducción de daños, la cual se encuentra ligada a la entrega de elementos utilizados para el consumo, buscando reducir, el contagio de VIH, la hepatitis B y C, teniendo en cuenta que el consumo por vía parenteral, ha aumentado. Tanto como la prevalencia y el riesgo ante el consumo de distintas enfermedades

5. Enfoque Cognitivo Conductual

Los trastornos psico adictivos no tienen una sola fuente del problema, al ser un asunto con múltiples causas, las intervenciones psicoterapéuticas deben tener también un abordaje multidisciplinario. La terapia cognitivo conductual (TCC) ha adquirido en los últimos tiempos una importancia significativa, por ello en esta parte se abordan las teorías y terapias cognitivo-conductuales que fundamentan y contribuyen al tratamiento de las conductas adictivas.

En este sentido se tiene que las TCC son la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva; el cual consiste en incrementar el control personal, que se tiene sobre sí mismo, y que parte de la consideración del individuo como científico, en el sentido en que se contrastan empíricamente las ideas y creencias, así se tienen como características fundamentales: el centrarse en abordar los

problemas actuales, establecer metas realistas y consensuadas, buscar resultados a muy corto plazo, y la utilización de técnicas empíricamente contrastadas para incrementar la capacidad de manejar los propios problemas.

Según (universidad de Barcelona, 2008), el punto de vista etimológico de la palabra psicoterapia se deriva del griego, psique o alma, y logos, razón o inteligencia; esto es tratar o cultivar los problemas del alma. Mientras que cognitivo se deriva de la palabra gnome o facultad de conocer, derivado en la máxima griega de “conócete a ti mismo”. En este orden de ideas y conservando la etimología original se tiene que psicología cognitiva es el estudio de las facultades del entendimiento humano, mientras que la terapia cognitiva es el cuidado y la cura del espíritu mediante el uso de la razón; en otras palabras, son los usos o procedimientos mediante los cuales se cura, se cultiva o se mejora, para lo cual se diseñan métodos para atender las diferentes problemáticas.

5.1 Antecedentes.

Como principal y primer antecedente se encuentra en el Siglo I con Epicteto en el Enchiridion, quien planteaba que “no son las cosas las que nos perturban, sino las opiniones que tenemos de las cosas” en este sentido se parte de tal principio, no es lo que ha sucedido, sino la significación o atribución de significado que se le da a ello. De la misma manera con el estoicismo filosófico se tiene y se acepta el lado subjetivo de la realidad, en el que los pensamientos juegan un papel fundamental, pues es lo que se piensa de ellos.

Precisamente el mismo Jean Piaget es el principal exponente de la teoría cognitiva. Así también en el simposio Hixson, celebrado en 1948 se sientan las bases del paradigma cognitivo, centrando su atención en el procesamiento de la información; otro fenómeno que permite el

surgimiento de la terapia cognitiva son los escasos resultados terapéuticos de las terapias del psicoanálisis y el conductismo, fundamentalmente en cuanto a los trastornos depresivos.

Aunque Ellis, (1998) plantea otras influencias:

Aparte del estoicismo, la terapia racional emotiva (RET) actual tiene una deuda filosófica con respecto a otras corrientes que han influido en su desarrollo. Según él, le han impactado tanto los escritos de Immanuel Kant sobre el poder (y limitaciones) de la cognición e idealización, como el trabajo de Spinoza y Schopenhauer. Los filósofos de la ciencia, como Popper (1959, 1963), Reichenbach (1953), y Russell (1965), me ayudaron a ver que todos los humanos desarrollan hipótesis sobre la naturaleza del mundo. Y, lo que, es más, estos filósofos subrayan la importancia de comprobar la validez de tales hipótesis, en lugar de asumir que eran correctas necesariamente. La práctica de la RET es similar, en muchos aspectos, a los métodos lógico-empíricos de la ciencia (Ellis, 1962, 1979d). La RET también hace hincapié en la flexibilidad y antidogmatismo del método científico y sostiene que el absolutismo rígido es la esencia de las alteraciones humanas (Ellis & Dryden, 1987) p. 14.

Entonces, el cognitivismo ha surgido en contraposición a los desarrollos conductuales, los cuales surgen a partir de los condicionamientos de los aprendizajes, en la terapia cognitiva no solo importa el estímulo sino también la configuración que la persona haga de ellos.

El enfoque cognitivo conductual según Ellis (1981), sirve de los modelos de la teoría del aprendizaje, tal como el procesamiento de la información, buscando explicar la instauración de la conducta en el individuo, manera íntegra de los factores internos y externos que determinan la cognición. También menciona que el modelo está compuesto por una metodología rigurosa y un

estilo orientado a las técnicas conductuales. La (Universidad de Barcelona, 2008), considera que el modelo Conductual se centra en cómo la conducta humana aprende, abarcando los principios y las técnicas del aprendizaje; donde se subraya la conducta individual observable, como factores ambientales que precipitan o mantienen una conducta determinada haciendo que los factores constantes (biológicos, ...) a través del aprendizaje se adapte a otras conductas.

El condicionamiento clásico es fruto de los trabajos del ruso Ivan Pavlov (1849-1936); entre ellos los centrados en el estudio de los reflejos animales, utilizando los estímulos medioambientales para incitar los reflejos; a ello se debe que las conexiones entre los estímulos medioambientales y las reacciones de los animales son el resultado del aprendizaje, más conocido como *aprendizaje por Condicionamiento Clásico*, el cual está interesado en los estímulos que evocan las respuestas; tales respuestas pueden ser automáticas o aprendidas, asociadas con los estímulos neutros. Estos trabajos fueron continuados por Watson y Rayner, en ellos se demuestra que si se conocen los estímulos asociados se pueden tratar los miedos de manera terapéutica.

En cuanto a los principios del modelo cognitivo se tiene que son más importantes los pensamientos y las sensaciones, con un énfasis especial en las creencias personales, las actitudes, las expectativas, las atribuciones entre otras actividades cognitivas para entender y predecir la conducta, especialmente la conducta psicopatológica. Entre los investigadores más sobresalientes en este campo se encuentran Beck, Ellis, Bandura, quienes se ocuparon de legitimar los procesos cognitivos ocultos. De esta manera se parte del hecho de que los individuos son participantes activos de su entorno, aprendiendo de sus propias respuestas. Así se tiene que la manera de procesar la información juega un papel preponderante en la forma de entender los trastornos.

Según Beck el individuo desarrolla un esquema en el que se ve a sí mismo y a los demás en su entorno, afectando lo que percibe, renombrándolo y estableciendo prioridades.

Ahora bien, el enfoque cognitivo conductual busca la integración de los dos modelos, cognición y condicionamiento, afirmando que los procesos de condicionamiento pueden estar mediatizados por variables cognitivas. (Universidad de Barcelona, 2008). Donde la terapia adecuada es aquella que incluye consideraciones individuales de cada factor de cognición. De esta manera se entiende que los individuos pueden y deben construir una estructura cognitiva que facilite influencias positivas futuras.

Bajo este orden de ideas se puede decir entonces, apoyados en Beck, que la terapia cognitiva es un sistema de psicoterapia que reduce las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes, mediante la modificación de los pensamientos erróneos, o para el caso, patológicos y las creencias des adaptativas que subyacen a estas reacciones.

(Wikler 1965) fue tal vez el primero en establecer los fundamentos de una teoría del condicionamiento en las drogas, a través de la observación directa, analizando el síndrome de abstinencia observada en las sesiones de grupo, lo cual lo llevó a plantear un proceso de condicionamiento conocido como *síndrome de abstinencia condicionada*, con una respuesta condicionada de abstinencia a partir de los estímulos condicionados a las respuestas incondicionadas de los episodios de abstinencia del adicto.

La terapia cognitiva se realiza de diversas maneras, por ejemplo, el terapeuta ayuda al paciente a evaluar las secuencias de acontecimientos que lo llevaron al uso y abuso de determinada sustancia, de esta manera explora las creencias básicas del individuo acerca del valor de las drogas, de la misma manera y simultáneamente el terapeuta entrena al paciente para

que evalué el estrés y las angustias producidos por su pensamiento erróneo. (Beck, Wright, & Liese, 2016)

La terapia racional emotivo-conductual (TREC), se define como un sistema de terapia que ayuda a las personas a vivir mejor, a través del cual, puede minimizar sus problemas emocionales y sus conductas desadaptadas, lo que le permite auto realizarse para tener una vida más plena y feliz. (Ellis y Bernard, 1990) en (Cabezas, Lega, & Leonor, 2008)

Sin embargo, es importante anotar que tal terapia ha ido evolucionando con el tiempo hasta convertirse en la terapia racional emotiva (TRE) para terminar en el nombre conocido hasta el momento, como terapia racional emotivo-conductual (TREC) según Ellis, con la TREC se busca enseñar a los individuos a: hacer lo mismo sobre sus teorías acerca de sí mismos y de los demás; a discutir sus propias ideas, a descubrir lo que lleva a resultados “buenos” o positivos, y a descartar aquellos que conducen a consecuencias “malas” o negativas. (Ellis y Abrahms, 2001, p. 30).

En ese sentido y según la teoría misma las emociones como las conductas del individuo son producto de las creencias y la interpretación que de ellas se haga, es decir de la realidad, por ello es importante asistir al paciente en torno a la identificación de los pensamientos irracionales, o que causan patologías, para corregirlos o sustituirlos por otros más racionales o eficientes. (Cabezas, Lega, & Leonor, 2008), afirma que

El modelo terapéutico denominado ABC se puede considerar, dentro de la TREC, como un marco de referencia muy amplio en donde se pueden conceptualizar los problemas psicológicos de los pacientes. El modelo ABC de la conducta fue descrito por Ellis en el año 1962. En este modelo se expone que hay un “acontecimiento activante” (A) que es

interpretado por el individuo, quien desarrolla una serie de creencias (“beliefs”) (B) sobre él mismo. A partir de esas creencias se desarrollan las consecuencias (C) que resultarían de la interpretación que el individuo hace de A. (p. 102)

También se tiene que la TREC establece la diferencia entre *la ansiedad del ego*, la cual se da como una condenación o evaluación global del ser humano, definida como la tensión emocional de quienes piensan que su valor como personas se ve amenazado, que deben comportarse perfectamente, y que es catastrófico el fallar; la cual es diferenciada de *la ansiedad situacional* que es producto de la baja tolerancia o frustración y situaciones incómodas, asociada con la poca tolerancia a situaciones de incomodidad, frustración o peligro asociados a dicha situación, tal ansiedad situacional al presentarse de forma menos dramática algunas veces pasa desapercibida o es mal diagnosticada. (Cabezas, Lega, & Leonor, 2008) Establece que:

Ellis (1957; 1958; 1962) destaca que el centro de la ansiedad y la depresión es el pensamiento o filosofía grandiosa, los pensamientos rígidos y dogmáticos de la persona y no las inferencias o ideas secundarias, equivalentes a las distorsiones cognitivas, que Beck destaca como la causa principal. (p.104).

5.2 Tratamiento Cognitivo Conductual

5.3 Diferenciación de Términos

Para comenzar el desarrollo del tema principal, es necesario abordar diferentes terminologías desde diferentes perspectivas; dentro de las cuales se encuentran, la clarificación de sustancia psico activa, adicción, tolerancia, uso, abuso, dependencia y conducta adictiva. Dichos términos permitirán una mejor comprensión de la presente revisión bibliográfica.

Acorde a lo anteriormente mencionado se comenzará a abordar los términos haciendo referencia en primera instancia a las sustancias psico activas, las cuales la OMS (1994), las define como cualquier tipo de sustancia que al ser introducida en el organismo produce alteración del sistema nervioso central, siendo susceptible a generar dependencia y actúan en el cerebro por medio de mecanismos que habitualmente existen con la finalidad de regular “funciones de estado de ánimo, pensamientos y motivaciones”; además cabe destacar, que el abuso de éstas, según el mismo referente conducen a la dependencia.

5.3.1 Adicción. Según (T.Beck, D.wirght, F.Newman, & S.Liese, 1999), la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), describe la adicción por medio de un término oficial que es conocido como “dependencia de una sustancia” y además relaciona cuatro características inmersas en dicha dependencia, dentro de las cuales se encuentra el continuo y frecuente consumo de la sustancia, su uso pese a dificultades, la tolerancia y el síndrome de abstinencia. También (Machorro, 2007), relaciona la adicción con la dependencia, y con otros términos analógicos, como drogodependencias y toxicomanía; además la reseña como una enfermedad psiquiátrica, caracterizada por la recaída, también alude que en la adicción influyen distintos factores, dentro de los cuales describe el genético, el psicosocial y ambiental, que afectan tanto el inicio de la adicción como la permanencia. Adicionando a este término (Machorro, 2007), relaciona ciertas características como el hecho que es progresiva y “mortal”, otra particularidad mencionada por Machorro es como la adicción lleva a una preocupación por el consumo de la sustancia y contradictoriamente según este referente a un consumo reiterativo pese a su disociación de pensamientos. También relacionan al CIE-10 y como estos dentro de sus criterios

ya no tienen en cuenta a la adicción como tal, pero reitera lo mencionado por Beck, en cuanto a la utilización del término de dependencia y en cuanto a sinónimos de adicción se refiere.

Becoña (2010) menciona que al hablar de adicción se hace una referencia directa con la dependencia de sustancias psicoactivas, en especial lo que refiere a los criterios con los que se caracteriza, de los cuales menciona directamente la tolerancia y la abstinencia. Cabe destacar entonces que los términos de adicción y dependencia en relación con las sustancias psicoactivas, han sido vistos por los distintos referentes mencionados como uno solo, no se diferencian el uno del otro. Así pues que a partir de este instante se hablará más que de adicción de dependencia.

5.3.2 Tolerancia. Entendiendo por tolerancia, cuyo término se encuentra dentro del criterio número 10 del DSM –V, en el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias, y donde relaciona dicho término con el incremento de la dosis para conseguir efectos deseados, o como este mismo manual menciona, una notoria reducción en el efecto producido por la sustancia. Acorde con esto, Caballo (2008), conecta la tolerancia con términos condicionados, y considera que ésta, es la disminución del efecto de la sustancia, debido al ambiente; en contraste con (Germán D. Sicard Arenas, 20015), que consideran la tolerancia como una necesidad progresiva de administrarse la sustancia con fines de intoxicación o en búsqueda de efectos primarios. Siguiendo esta ruta la (OMS, 2000) define la tolerancia a las sustancias psicoactivas como un incremento de dopamina, como efecto consecutivo del consumo de SPA, lo que posiblemente conduce a la necesidad del aumento de la dosis con fines de búsqueda del efecto inicial. Continuando con este mismo hilo (Becoña E. I., 2008) alude la relación que el DSM, realiza con respecto a la tolerancia en los criterios 3,4 y 5, donde hace referencia la conducta aunada a la adicción de las drogas, además de mencionar la falta de control y la incapacidad para

gestionar la disminución de la recompensa. Lo que lleva a deducir con base a distintos referentes aunado a revisiones científicas por medio de casos empíricos, se relaciona la tolerancia con la necesidad de aumentar la dosis consumida.

5.3.3 Conducta adictiva. (Becoña & Tomás, 2010). realizan una explicación con base al DSM IV acorde a las características de la conducta adictiva, donde mencionan que las conductas adictivas se caracterizan en primera instancia, por pérdida de control, donde la persona no domina amplia y correctamente sus impulsos; como segundo ítem, realiza una explicación basada en lo que denominan como síndrome de abstinencia, el cual aducen que son una serie de síntomas presentados durante la abstinencia del uso de la sustancia, en el tercer ítem están relacionado con la tolerancia, la cual relacionan con la necesidad de aumentar la dosis de consumo para lograr el efecto deseado. Para ellos el cuarto aspecto que relaciona el DSM IV, hace alusión a la intoxicación, Jacob, 1989 (citado por Becoña, 2010), menciona como ésta produce en la persona un estado de despersonalización, como si estuviese fuera de sí misma; el quinto aspecto al que hacen alusión es el relacionado con la afectación de las esferas de la vida de la persona, dentro de las cuales aluden a el ámbito familiar, físico, social y laboral. En relación con la conducta adictiva, (Caballo, 2008), menciona ciertas características relacionadas con este aspecto, dentro de las cuales alude la capacidad de la sustancia para actuar como reforzador positivo, Caballo alude a una tolerancia específica que él denomina “tolerancia condicionada”, la cual según este referente es generada, no solo por la reducción de efectos en la sustancia sino también por posibles repercusiones ambientales, además menciona al respecto la dependencia física o psicológica la cual se da según Caballo dependiendo de la sustancia; a esta permanencia adictiva se le aúna según este mismo referente, la sensación inicial de placer y la

relación del estímulo- respuesta, las cuales conecta con la capacidad del ambiente de propiciar dicha respuesta condicionada; también dentro de las características de la conducta adictiva, menciona la activación habitual que producen algunos estados emocionales que podrían incidir para el consumo de sustancias.

5.3.4 Síndrome de abstinencia. El DSM- V (2014), menciona la abstinencia en el criterio número 11 relacionándola con el diagnóstico de trastorno por sustancias psicoactivas, haciendo una leve introducción del término, para lo cual el DSM V, afirma que la abstinencia “es un síndrome que ocurre cuando disminuye las concentraciones de la sustancia en la sangre o los tejidos en una persona que ha sido una gran consumidora de manera prolongada” (p.484). Lo cual alude a los síntomas relacionados en el momento en que una persona consumidora dependiente deja de consumir, dichos signos o síntomas están relacionados en el Manual diagnóstico de trastornos Mentales.

Para el CIE-10 (2000), el síndrome de abstinencia lo relaciona con una serie de síntomas que se dan dependiendo del nivel y la frecuencia de consumo. La cual también va acorde a la sustancia consumida. Este referente habla de una correlación entre el síndrome de abstinencia y de dependencia, dicha correlación consiste según el CIE-10 en que el síndrome de abstinencia es un indicador del síndrome de dependencia, además refiere que el síndrome de dependencia puede llegar a ser provocado por estímulos aprendidos.

5.3.5 Síndrome de dependencia. Según Becoña (2010) para entender la dependencia de sustancias psicoactivas es necesario comprender la relación entre uso y abuso, donde el uso se da de manera casual y no genera ningún daño aparente, el abuso está ligado con el uso pero con la diferencia, que está generando algún tipo de daño ya sea familiar, social o en algunos de los

ámbitos del sujeto; la dependencia de sustancias ya hace alusión al abuso de éstas, sin importar las consecuencias negativas que se dan de manera reveladora, Becoña, también menciona que la dependencia se origina con el uso excesivo de la sustancia.

La OMS (1992) en el CIE-10, catalogan la dependencia como un síndrome, en el cual el sujeto tiene una serie de características físicas, psicológicas y conductuales, que anteceden el uso de la sustancia a otras actividades; dentro de las características mencionadas por el CIE 10 se encuentra el deseo fuerte de consumir sustancias y las recaídas después de un cese de consumo. Cabe destacar que este manual, hace alusión también al síndrome de abstinencia el cual relaciona acorde a los niveles de gravedad y aclara que dichos síntomas serán diferenciados conforme a la sustancia consumida.

El DSM- V(2014), en relación con las sustancias psicoactivas, menciona en primera instancia que existen más de diez clasificaciones de drogas, donde se incluye los alucinógenos, el cannabis, el alcohol, los opiáceos, estimulantes, y relaciona además que hay variedad de sustancias desconocidas, lo importante de dicha estimación es que este referente, indica que todos estos tipos de droga cuando son consumidas en exceso causan en el cerebro un estímulo directo al sistema de recompensa, en el que se encuentra inmerso el refuerzo comportamental y la producción de recuerdos, además de la producción de sensación de placer.

Acorde a lo anteriormente mencionado según el informe de la OMS, (2005) la recompensa que produce la droga no explica por sí misma la dependencia, la cual según este mismo referente, ésta, es la necesidad de uso recurrente y compulsivo de las sustancias y su causa la relacionan con tres factores que inciden en lo neurobiológico, psicológico e individual. Lo neurobiológico relaciona la parte genética o hereditaria, lo que también según la OMS, puede

llevar a una comorbilidad muy amplia dentro de las cuales menciona la depresión. En relación con este aspecto (Machorro, 2007) hace referencia a una serie de trastornos asociados con el consumo, dentro de los cuales menciona los trastornos afectivos, trastornos por Ansiedad, Déficit de atención, de alimentación, déficit de conducta, trastornos del sueño, VIH, esquizofrenia... entre otros, mientras que para el DSM V, los trastornos inducidos por sustancias las relaciona con la intoxicación, la abstinencia, trastornos psicóticos y depresivos, trastorno bipolares, de ansiedad, trastornos del sueño, disfunciones sexuales, delirium y trastornos neurocognitivos.

Retomando el tema anterior relacionado con los factores incidentes en la dependencia, la OMS también menciona el campo individual, del cual destaca, las diferencias individuales y como éstas pueden llevar a una persona a ser más vulnerable para desarrollar dependencia; en los factores diferenciales que hace alusión la OMS, destaca la parte biológica, y la parte ambiental, el cual puede influir en posibles recaídas. Ya tomando el factor psicológico, en el que menciona (Machorro, 2007) factores psico conductuales relacionándolos con problemas de conducta en la infancia que no fueron superados y menciona que la rebeldía, la falta de habilidad para posponer la gratificación, y la gran necesidad de novedad son factores muy influyentes para la búsqueda de estímulos que los lleven a conseguir tales objetivos.

Para (Machorro, 2007), los factores de riesgo para el consumo de SPA, tienden a duplicarse, él los diferencia entre factor biogenético, inter personal, psico conductual y socio cultural, Dentro de lo socio cultural, Machorro y Souza mencionan la legalización de las drogas, la disponibilidad, la pobreza, y todo aquello que conlleva a privaciones de posible orden material. El factor interpersonal lo corresponde con la inter acción del consumidor con el medio, refiere al tipo de modelaje, tipo de crianza, creencia familiar, pobre control de impulsos de

quienes los rodean. En relación con los factores psico conductuales, los relaciona con problemas de conducta en la infancia que no fueron superados. En términos generales menciona eventos de abuso, conducta antisocial, baja sensibilidad al castigo, oposición constante y también menciona los trastornos que se encuentran asociados a las adicciones, dentro de los cuales sobresalen trastorno de conducta, trastorno por ansiedad, trastorno de alimentación, trastornos del sueño... entre otros.

La OMS(2010), ha generado un código específico donde menciona la forma de intervención con un código comunicacional, para algunos trastornos dentro de los cuales se encuentra el uso de drogas y trastornos por uso de drogas, dentro de dicha guía se tienen en cuenta tres criterios en los cuales se encuentra el evaluar, el decidir y el manejar, y van acorde a cada trastorno; el evaluar es la categoría que refiere la manera como diagnosticar con base a unos elementos específicos, el decidir, está relacionado con las diferentes circunstancias que se presentan por medio de casos hipotéticos teniendo en cuenta lo que se puede afrontar y el tercero es el manejar, el cual tiene información relacionada con decisiones específicas de tratamiento farmacológico e intervenciones psicosociales.

Dentro de las categorías relacionadas por la OMS (2010), para el diagnóstico de uso de drogas se refiere a: Afectación por la droga (falta de energía, agitación, inapropiada articulación, inquietud). Señales de consumo de drogas (señas de inyección, apariencia descuidada, infecciones en la piel. Problemas de dinero, dificultad en la vida social, laboral y doméstica.

6. Características del Tratamiento Cognitivo Conductual

Según el informe ofrecido por la OMS (2005) la terapia cognitiva conductual permite, junto con la prevención de recaídas y terapias motivacionales que el paciente consumidor desaprenda la conducta adictiva y modifique la generación de estímulo respuesta, llevando al paciente a nuevas asociaciones. En este orden de ideas (Keegan, 2012), considera que la terapia cognitiva conductual es una mezcla de enfoques como lo es el conductismo, el cognitivo y el aprendizaje social de Bandura, además destaca que su objetivo principal es la abstinencia general de la sustancia, aunque no se opone a la terapia como reducción de daños, lo cual implica la reducción de consumo. Así mismo (Díaz, Ruiz, & Villalobos, 2012) comentan que la terapia cognitiva conductual, se inició con los aportes de la psicología del aprendizaje, y cuyo objetivo lo define como el cambio conductual, cognitivo y emocional, acorde a las necesidades adaptativas; también relaciona esta terapia con la participación activa del paciente, por medio de distintas actividades empalmadas con su contexto ambiental.

Siguiendo esta misma línea (Becoña E. I., 2008), menciona la terapia cognitiva conductual como la más completa para el tratamiento de uso de sustancias y la describe como el desarrollo de estrategias que permiten el aumento del nivel de control de sí mismos. Becoña, (2010) también menciona algunas características que son tenidas en cuenta en dicho tratamiento, dentro de las cuales se encuentra: La orientación a las dificultades actuales, la construcción de metas realizables, la búsqueda prioritaria de soluciones para los problemas más perentorios, las cuales relaciona con la adquisición de destrezas en el empoderamiento, que le permitan afrontar al adicto las distintas circunstancias. Continuando con las características del modelo cognitivo (Castillo, 2008) estipula unos componentes primarios, en los cuales destaca; la

entrevista motivacional, programas de prevención de recaídas y Habilidades de afrontamiento; además menciona las atribuciones causales, el desarrollo de la autoeficacia y expectativas de resultado. Aunado a lo anteriormente referido, también habla acerca de los estadios de cambio que según él, se adaptan acorde a las características del proceso.

Dentro de las terapias que mayor auge han tenido en los referentes mencionados se percibe con mayor prevalencia distintas técnicas expuestas por (T.Beck, D.wirght, F.Newman, & S.Liese, 1999), dentro de las cuales menciona

a) la identificación y modificación de *creencias* que exacerbaban el *craving* o deseo irrefrenable de consumir; b) la mejoría de los estados de afecto negativo (p. ej., ira, ansiedad y desesperanza) que normalmente disparan el consumo de la droga; c) enseñar a los pacientes a aplicar una batería de habilidades y técnicas cognitivas y conductuales y no meramente la fuerza de voluntad, para poder llegar a estar libres de la droga y mantenerse sin consumirla; y d) ayudando a los pacientes a ir más allá de la abstinencia, que les permita poder hacer cambios positivos e importantes en la forma en que se perciben a sí mismos, su vida y su futuro, conduciéndolos a un *estilo de vida* nuevo (p. 39).

Por tanto Beck recomienda un entrenamiento que permita en primera instancia el reconocimiento de los pensamientos automáticos, relacionados con las sustancias y con las emociones, por lo que sugiere un registro de dichos pensamientos, cuando tengan la necesidad de consumo y cuando experimenten una emoción intensa, en este registro también, según el referente anteriormente mencionado debe incluirse la respuesta fisiológica. Aunado a este registro de identificación de pensamientos automáticos, se puede reflejar una lucha ambivalente

de pensamientos, como lo menciona Beck, al cual hace referencia como una “creencia adictiva” y una “creencia de control”. Para el desarrollo de creencias de control (T.Beck, D.wirght, F.Newman, & S.Liese, 1999), menciona dos tipos de registro uno relacionado con los pensamientos con el fin de escribirlos y modificarlos, para este referente el registro debe tener cinco columnas donde se mencione la situación, la emoción, el pensamiento automático, respuesta racional y los resultados; dichas respuestas y resultados deben estar enfocados en el creencias de control; el otro registro que Beck relaciona con el control de la conducta es la matriz de ventajas y desventajas, el cual busca que el paciente reconozca las desventajas del consumo y las ventajas de la abstinencia, dicha matriz debe tener cuatro categorías relacionadas con el tema principal, tomando como ejemplo el mismo que aborda Beck (1999), se toma situación problemática el consumo y la contraparte, que sería la abstinencia y se evalúa la ventaja y la desventaja, de la situación y la contraparte. De esta manera menciona según (Caballo, 2008), se pretende promover bajo una primicia empírica del mismo paciente la modificación de la conducta, con base a la evidencia generada por él mismo.

Caballo, (2008), divide la terapia por fases, dentro de las cuales se encuentra la deshabitación física de la conducta, por medio de la superación del síndrome de abstinencia. Para este síndrome (ChiauZZi),1961, citado por (Caballo, 2008), enumera una serie de consideraciones antes de comenzar con el proceso de dicha deshabitación; dentro de las cuales menciona, la necesidad de tener en cuenta el tipo de sustancia, el contexto o el ambiente que determina el fácil acceso, la percepción de la sustancia, la duración del síndrome y el estilo de afrontamiento, ya que según este referente hay diferencias individuales entre quienes hablan y no hablan del malestar. Dentro de las fases de tratamiento que menciona Caballo (2008), en la

primera fase va incluida la deshabitación mencionada anteriormente, además de la evaluación relacionada con las etapas del cambio, también refiere el entrenamiento familiar, en el que incluye un cambio en el ambiente y el aislamiento de posibles eventos o factores que influyan en el consumo. En la segunda fase, Caballo recomienda continuar en la etapa de abstinencia y considera que ésta se da del segundo al cuarto mes, este referente alude que se debe replantear de nuevo el estadio de cambio, que verifique en qué etapa se encuentra, además que refuerce dicha etapa. Asimismo considera que el paciente al tener cierto grado de control se puede exponer a estímulos que inciten el recuerdo de la sustancia, relacionando el procedimiento de exposición, que conlleva el delimitar de mayor a menor los signos del deseo de consumo, para que dicha exposición se da de manera gradual, hay que tener en cuenta que este referente realiza especial énfasis en que no se puede pasar a otro nivel de exposición hasta que el primero este evacuado, es decir hasta que sea superado, con ningún grado de ansiedad; en esta fase también recomienda la modificación del estilo de vida por medio de distintas actividades, además del manejo de diferentes aspectos como son el control de la ira, y otras cuestiones que lo lleven a ser vulnerable a una recaída. Del mismo modo menciona la reestructuración cognitiva acerca de la percepción de la sustancia, del ambiente y de sí mismo, cambiando pensamientos y creencias equívocas. Como tercera fase (2008), infiere que esta última fase se da desde el quinto al noveno mes, en el cual se realiza un fortalecimiento de la terapia realizada en las dos primeras fases, en particular la segunda que esta encausada a la reestructuración cognitiva, modificación del estilo de vida, recomienda abordar la prevención de recaídas, evaluando situaciones de riesgo e implantando intervención relacionado con la posible recaída. Para finalizar el seguimiento se realiza durante cuatro meses. Así la terapia en términos generales tendría una duración de un

año. Cabe destacar que el tratamiento Cognitivo conductual de Caballo (2010), en primera instancia, es tomado con base a un tratamiento enfocado en la Heroína y la cocaína, pero se precisa estimar que como menciona este mismo referente, cuando alude que pese a las diferencias que existen dentro de los efectos de las sustancias, éstas comparten una misma fenomenología basada en la conducta adictiva.

Becoña (2010), continúa con lo propuesto por castillo donde asocia a dicho consumo, diferentes técnicas cognitivo conductuales, relacionadas por (Quirki, 2001), citado por Becoña (2010), en el que hace referencia al entrenamiento en habilidades de afrontamiento, prevención de recaídas, entrenamiento en manejo de estrés, en habilidades sociales de comunicación, entrenamiento en asertividad y manejo de la ira. Dichas habilidades de afrontamiento, las corresponde con la prevención de recaídas, teniendo en cuenta el análisis funcional y la capacitación en habilidades.

6.1 Análisis funcional

(Castillo, 2008), considera que dicho análisis establece de manera directa todo lo relacionado con el consumo; como la intensidad, la frecuencia las condiciones en las que se presentan, los pensamientos que se dan, las sensaciones, los impulsos y las personas o situaciones que comparten dicha dinámica. Para el referente anteriormente mencionado, el cambio de dicha conducta adictiva requiere en primera instancia de una participación activa tanto de quien depende de la sustancia como de su familia o redes de apoyo; también menciona que dentro de estos nuevos patrones de conducta se encuentran cambios en el estilo de vida, los cuales llevan inmersos aprendizajes, que le permite afrontar distintas situaciones problemáticas y que le ayuden en la búsqueda de una salida individual a la experiencia con las sustancias.

Castillo (2008), además considera que es necesaria la evaluación de las etapas del cambio, las cuales servirían como base para que el tratamiento sea eficaz y duradero, y alude que dicho tratamiento iría conducido a modificar las conductas compulsivas de consumo por comportamientos más adaptativos, que le permitan al sujeto adicto un mejor desenvolvimiento en todas las esferas de su vida. Siguiendo este mismo hilo (T.Beck, D.wirght, F.Newman, & S.Liese, 1999), considera que la terapia debe ir acompañada de terapia motivacional, además de ser necesario conocer los estadios del cambio.

6.2 Entrevista Motivacional

Según, (Becoña E. I., 2016) la motivación es indispensable para generar un interés de cambio en la persona adicta, ya que según él, todo proceso de cambio requiere un coste, por ello se necesita que la persona tenga claro los posibles beneficios; además alude que este tipo de entrevista es necesaria para evaluar los estados de cambio en los que se encuentra la persona implicada. Bajo la evidencia que relaciona Becoña y que menciona la entrevista motivacional aunada al enfoque cognitivo conductual, cita a Sampl y Kadden (2004), los cuales unificaron estas dos técnicas en el consumo de la cannabis, con una objetividad del 70 %.

Éste mismo referente señala estrategias que se desarrollan dentro de esta técnica, las cuales consisten según Miller y Rollnick, 1999, citado por Becoña (2016), (ver) **Tabla 1**

Aspectos de la Motivación

. En primera instancia dando información y aconsejando, relacionando la necesidad del cambio, la técnica se debe desarrollar de manera breve, sin dar campo para una posible resistencia; ofrecer alternativas para que la persona pueda asistir, de manera que se sienta autónoma, esta técnica busca disminuir factores de consumo que posiblemente hagan que la

conducta sea deseable, por medio de concientización de consecuencias nocivas; también alude a generar buena empatía, que evidencie la escucha y la capacidad de comprender, las cuales permiten disminuir la resistencia al cambio; también propone dar retroalimentación que verifique los avances y posibles consecuencias; propone objetivos realizables, que sean aceptados por el paciente y por último dar ayuda activa, incluso cuando el paciente no asista a la terapia; por medio de la indagación de la no asistencia y motivándolo a que vuelva. Continuando con el hilo motivacional. Castillo,(2008), considera que esta técnica es una interiorización del paciente por descubrir los pro y los contra de la adicción y el tratamiento; y el terapeuta tiene como misión que el paciente descubra su auto disposición para el tratamiento. En este orden de ideas, Castillo, considera necesario una buena empatía, generar divergencia relacionadas con el consumo y una situación más saludable; también contempla que dentro de esta técnica no es prudente que se genere discusión alguna, manejar la resistencia; por lo que en este espacio se busca modificar las percepciones de una manera insinuada; además de fomentar la auto eficacia.

Continuando el hilo motivacional (CREAS,Iztacala, 2017), menciona en esta técnica tres grandes factores, en los cuales destaca la necesidad del reconocimiento del problema, es decir llevar al paciente por medio de entrevista abierta que reconozca la situación problemática. También menciona la preocupación, la cual relaciona con la necesidad de indagar en los niveles de dicha inquietud, aludiendo la utilización de la escala visual analógica de entrevista motivacional, según este referente con el fin que aumente la preocupación por la situación problemática, y así comenzar el proceso de cambio o cambiar de etapa.

6.3 Estados de Cambio

En relación con dichas etapas (Diclemente & James O. Prochaska, 1994), mencionan que el cambio se realiza en estadios, que se originan con la pre contemplación, describiéndola como una etapa donde no se evidencia intención de cambio, por lo que según sus autores no perciben la situación como un problema; luego dentro de dicho proceso de cambio se presenta la contemplación, que refieren a la conciencia de la situación, es decir, ya hay una claridad de un problema pero, según los autores mencionados, el adicto no se siente preparado y presentan una dicotomía entre los pensamientos relacionados con la adicción y la situación problemática; después dentro de estos estadios, mencionan la “preparación”, cuya etapa está marcada por una intención de cambio, pero aún no se sienten listos para la abstinencia definitiva; posteriormente dichos referentes mencionan la acción, considerando que el sujeto se encuentra dentro de tal etapa, cuando ha realizado modificaciones en la conducta adictiva, y para finalizar señalan dentro de este proceso el “mantenimiento”, el cual aluden como una permanencia en la acción. Diclemente y Prochaska (1994) insisten en la importancia de cada etapa de cambio y en el valorar cada etapa dentro del proceso terapéutico. Dichas etapas según Becoña (2010), permiten comprender el nivel relacionado con la predisposición para el cambio, lo que conlleva según este referente a reconocer el nivel motivacional que necesita el sujeto ya sea para iniciar el proceso de cambio o para afianzarlo.

Siguiendo este mismo conducto (Caballo, 2008), también relaciona los estadios de cambio que según él, permiten observar el proceso en el que se encuentra el paciente en el inicio, transcurso, fin de terapia e incluso hasta la abstinencia; también menciona dentro de estos estadios lo que considera la posible recaída que pueda encontrarse inmersa en dos etapas de

cambio, como son la de acción y la de mantenimiento; por lo que el terapeuta debe estar pendiente de posibles retrocesos dentro del tratamiento. Cabe mencionar que este mismo referente, también alude, que esta terapia debe tener una duración de nueve meses y los tres posteriores recomiendan realizar seguimiento.

Continuando con el esquema terapéutico cognitivo conductual, (Becoña & Tomás, 2010), mencionan distintas técnicas utilizadas dentro de este modelo para el tratamiento a la adicción. Dentro de dichas técnicas destacan la prevención de recaídas de Marlatt y Gordon (1985) y Marlatt y Donovan (2005), las cuales hacen referencia a como su nombre lo indica a la previsión de una posible reincidencia.

6.4 Prevención de Recaídas

(Marlatt, Donovan; 2005 y Marlatt Gordón; 1985) citados por Becoña (2010) aluden que dichas recaídas se podrían presentar acorde a factores de riesgo aunados a una inhabilidad en el afrontamiento. Según este mismo referente este tipo de terapia está basado en que el sujeto tenga la capacidad de identificar condiciones de riesgo, que podrían estar inmersas en pensamientos emociones y situaciones que puedan llevarlos a reincidir en la conducta adictiva, dentro de esta terapia se evidencia según dicho referente, distintos factores que coinciden con los anteriormente mencionados, dentro de los cuales se encuentra: Identificación de la situación de riesgo, el auto registro y el análisis funcional, entrenamiento en habilidades frente a situaciones de reincidencia, afrontamientos de recaídas y solución de problema. Cabe destacar que lo que Becoña (2010) considera una terapia individual, Caballo (2008) la corresponde en uno de los ítems desarrollados de la fase tres de la terapia cognitivo conductual de la drogodependencia; Donde aborda directamente, la prevención de recaídas; la cual considera, Marlatt 1999, citado

por (Caballo 2008), que éste es un programa de auto control, el cual pretende ayudar al sujeto en la anticipación y el afrontamiento de posibles recaídas presentadas en la modificación de la conducta adictiva; además menciona que esta estrategia es guiada a la interiorización del problema y los efectos que éste conlleva. También Caballo (2008) hace énfasis en que las recaídas van disminuyendo de manera gradual y que el sujeto no está exento de una reincidencia pese a varios años de recuperación; dicha recaída según este mismo referente se podría predecir; además alude que dentro de esta técnica, se revisa en primera instancia las pautas de pensamientos y actitudes las cuales relaciona con tendencias, conductas y emociones negativas; posibles idealizaciones del efecto de las sustancias y además relaciona las conductas que abarcan un gran riesgo; dentro de las cuales considera la atribución de culpa a los demás por distintas situaciones. Factor que coincide con (Becoña & Tomás, 2010) , dentro de los cuales también menciona los distintos factores sociales que podrían ser un estímulo para tal recaída.

Continuando con el hilo de la prevención de recaída (Carramiñana, 2016) menciona esta técnica como parte del modelo cognitivo conductual aunado por medio de combinaciones terapéuticas entre el entrenamiento en habilidades de modificación de conducta, la terapia cognitiva y el nuevo balance en el estilo de vida. Además considera acorde a lo estipulado por Marlatt (2005), que el sujeto entre más deficiencias tenga de afrontar situaciones de riesgo más probabilidades tiene de recaer en la conducta adictiva, por lo que estima que las expectativas tienen un alta influencia en la recaída. En torno a esta situación; Marlatt 1993, citado por (Carramiñana, 2016), aluden que una situación de fracaso llevan al paciente a una situación cognitiva emocional, que se caracteriza por una disociación entre “conflicto y culpa”, auto atribuyéndose la caída y generando emociones de enojo, ira, inseguridad y miedo, entre otras.

En relación con la recaída (T.Beck, D.wirght, F.Newman, & S.Liese, 1999), considera que dichas recaídas dependen en gran medida de las creencias básicas relacionadas con el consumo e incluso afirman que, posiblemente el adicto reconozca estrategias para el manejo de la conducta adictiva, pero, si aún no ha modificado sus actitudes frente a la sustancia, pueden llegar a una recaída impulsada como consecuencia del debilitamiento producido por algún agente interno o externo, como es el estrés, ejemplo mencionado por el mismo Beck. Éste también menciona como, por medio de la terapia se busca la modificación del pensamiento y el auto control, con lo que propone estrategias que permitan el debilitamiento de creencias inadaptadas de la sustancia y la adicción.

6.5 Reestructuración Cognitiva

La terapia racional emotiva (RET), es una pionera de la técnica de reestructuración cognitiva; es iniciada por Albert Ellis en 1955, la cual, (ELLIS & GRIEGER, 1999), refiere como en su comienzo estaba dirigida a la desensibilización, la utilización de refuerzos y el entrenamiento en habilidades; también sostiene que las personas debido a su sistema de creencias real o imaginario, les produce perturbaciones cognitivas y por ende comportamentales; además menciona como la RET, ve las conductas inapropiadas, los sentimientos destructivos y las creencias irracionales como algo transitorios y alude una inter relación entre pensamiento, emoción y conducta. Dentro de las teorías de la RET, Ellis menciona el ABC, el cual este mismo referente consiste en el desglosamiento entre situaciones activadores, sistemas de creencias y consecuencias. Siendo “A” el acontecimiento activador, o el evento en particular. “C” lo denomina como las consecuencias emocionales y comportamentales producidas por A o el evento activador; y “B” lo relaciona con el sistema de creencias; es decir los pensamientos,

ante el evento; que pensó durante la situación o que se imaginó o considera que podría ocurrir. Acorde a lo anteriormente mencionado Ellis acentúa que la observación entre estos tres ítems aunado a la asignación de tareas lleva a esta técnica a una mayor efectividad. En contraposición con Ellis, Beck no es tan confrontativo, lanza preguntas y espera que el usuario reflexione y sea justo el paciente, quien descubra sus pensamientos, y busque la manera más apropiado de modificarlos. Acorde a esta teoría (CREAS Iztacala, 2017), al mencionar a Beck en la terapia cognitiva conductual también alude la parte “D” aunada al ABC de Ellis, la cual refiere como el debate, que vendría siendo la reestructuración como tal, donde se discute las razones por las que se tienen dichos pensamientos.

Continuando con el hilo de reestructuración cognitiva, Caballo (2008), la refiere como la base para modificar pensamientos des adaptativos y falsas creencias; también alude la necesidad de identificar las rutas de búsqueda y acceso de la droga y originar rutas alternativas. Según este referente se busca generar nuevos mapas mentales, que lleven a la abstinencia y a un cambio en el estilo de vida. Aunado a esta apreciación, Castillo, (2008), considera que esta técnica es un modelo de aprendizaje encausado, con el cambio de un “hábito”, donde según Castillo, se incorporan estrategias de imaginación que desarrollen la capacidad de afrontamiento y les permita controlar el deseo de consumo, de detección de situaciones de riesgo y que finalice con un equilibrio de vida.

Siguiendo el conducto de la reestructuración cognitiva, Marlatt 1993, citado por (Carramiñana, 2016), realiza un planteamiento de reestructuración cognitiva, teniendo como base algunos objetivos dentro de los cuales se encuentran: en primera instancia una proporción de pensamientos alternativos, influencias en el cambio de hábito, ayudando a percibir como un

proceso de cambio; por tanto en este primer objetivo según el referente mencionado, se identifica los pensamientos erróneos, comprender el impacto de estos pensamientos con las reacciones emocionales; mirar los pensamientos como suposiciones y modificar esos pensamientos por otros más adaptativos. El segundo objetivo para Marlatt, es la facilitación de reconocimiento de situaciones o eventos de alto riesgo; donde menciona que el paciente lleve un auto registro, en este sentido, (Carramiñana, 2016), propone. (Ver) **Tabla 2**

Fecha y hora, situación a la que se enfrenta la persona o vivencia, emoción que siente (y valorada del 0 al 10, siendo 0 el valor más bajo y 10 el valor más alto y más intenso), qué piensa en ese momento, qué hace, ante esa situación o cómo reacciona y, por último, qué consecuencia tiene su acción.

Como tercer objetivo describe el control de deseos, relacionándolo con las ansias de consumo; por lo que considera importante entrenar al paciente en la identificación de los pensamientos o situaciones que activen dicho deseo. El cuarto y último objetivo Marlatt lo identifica como la reestructuración del efecto de abstinencia, la cual alude como la consecuencia, donde se precisa según este referente, esta reestructuración, la cual puede disminuir los efectos de culpa; además considera en este objetivo la reestructuración de pensamientos dicotómicos

Identificación de situación de riesgo. Según Beck (1999), esta es una de las técnicas de la prevención de recaídas, y considera que si se entrena eficazmente en la identificación de estas situaciones es menos factible una recaída; para lo cual alude, la necesidad de cada sesión generar diálogos concienzudos entre terapeuta y paciente, que puedan evidenciar dichas situaciones, además de controlar las tareas identificadas por medio de un registro diario, relacionado con la intensidad de consumo, también infiere que en cada sesión se solicite al

paciente prever posibles situaciones que generen estrategias para afrontarlas. (Ver) **Tabla 3**

Registro de Pensamientos.

6.6 Entrenamiento en Habilidades.

Para (Carramiñana, 2016) este entrenamiento, como ya se mencionó con anterioridad sirve como base para comprender los conceptos y aplicar de una manera adaptativa conductas que puedan ser evaluadas de alto riesgo. Marlat 1993, citado por (Carramiñana, 2016)) alude una serie de habilidades sociales apropiadas para tener en cuenta en el entrenamiento con los pacientes adictivos; dentro de dichas habilidades mencionan: la asertividad, control de estrés, control de ira, relajación, comunicación, resolución de conflictos, entre otras habilidades. En cambio para Caballo (2008), el entrenamiento en habilidades es abordado, principalmente para el enfrentamiento, lo que éste considera es conveniente para evaluar distintas situaciones, las cuales incluyen no solo el malestar emocional, sino también el físico, así como el auto control, las tentaciones, el impulso, las situaciones problemáticas con su entorno y la presión social. Caballo, además divide esta técnica en tres partes, en donde la primera la denomina anticipatoria; con el fin de prevenir situaciones de alto riesgo; por ejemplo evitar asistir a lugares donde se consume o se expide la sustancia; lo que este referente menciona como un “control de estímulo”; en segunda instancia alude las técnicas de afrontamiento inmediato; la cual como su nombre lo indica es para ser desarrollada en el instante requerido, es decir que se puedan utilizar en el instante en el que el sujeto este inmerso en la situación de riesgo; para esta etapa de esta técnica, Caballo considera el realizar otra actividad, tener en cuenta habilidades de relajación o de autocontrol. Para finalizar menciona la tercera etapa de esta técnica, la cual relaciona con el después de la recaída y lo nombra “afrontamiento restaurador”, que sirve para renovar el

tratamiento y no permitir una recaída completa. Según Caballo (2008), este entrenamiento debe ser encausado antes que nada con Habilidades de evitación, relacionado como se mencionó anteriormente con el control de estímulos, después llevar la técnica a la solución de problemas y para finalizar a la exposición de manera gradual. Según Castillo (2008); esta técnica toma en cuenta tanto la respuesta conductual como la cognitiva.

6.6.1 Reequilibrio de estilo de vida. La modificación del estilo como la menciona Caballo (2008) se da a medida que transcurre el tratamiento de abstinencia, también menciona que este cambio va dando a medida que se van potencializando los recursos de cada individuo y el aprendizaje de nuevos estilos de afrontamiento; lo que conduce un tratamiento tanto conductual como cognitivo; el referente mencionado también alude como esta técnica se puede desarrollar con un itinerario de actividades aprobado por el paciente y a medida que va transcurriendo el tratamiento éste según Caballo, va elaborando sus propias labores. Dentro del equilibrio de estilo de vida, Caballo (2008) menciona el cambio de imagen y la preocupación por la salud. Además menciona la educación en las reacciones de ira, dentro de las cuales se encuentra la descripción de distintas situaciones hipotéticas relacionadas con la realidad que lo lleven a visualizar la situación y a puntuar niveles de ira; también dichas habilidades van encausadas en enseñarle al paciente que las cosas no son personales. En este margen Castillo (2008) menciona en dicho equilibrio ciertas estrategias que encausa en cambio de actividades, implementación del ejercicio y la relajación.

En relación con la reestructuración cognitiva, la cual Beck (1999), alude como la modificación de pensamiento, y (Caballo, 2008), considera que se realiza con la finalidad de modificar las ideas irracionales, que presenta el adicto en relación con las sustancias, el ambiente

y con sí mismo, según este referente, dicha técnica la desarrollo Beck entre 1979 y 1983. Al respecto (Carramiñana, 2016), es útil para la identificación y anticipación de situaciones de riesgo en lapsos de tiempo corto, por lo que dicho registro según el referente anteriormente mencionado debe darse diariamente por una o dos semanas consecutivas.

Tomando en cuenta otra característica mencionada por los distintos referentes se hará alusión al entrenamiento en habilidades, las cuales según (Carramiñana, 2016) sirven para que el paciente aprenda de una manera practica afrontar situaciones conflictivas, lo cual se desprende del análisis funcional, de la debilidad del sujeto y de la etapa de cambio en la que se presente. Para lo que (Becoña E. I., 2008), estima necesario varias instrumentos, como son la entrevista, el registro, la observación, la auto observación del paciente, y distintos cuestionarios, dentro de los cuales menciona la escala de evaluación del cambio, la cual describe en concordancia con los estadios de cambio de Diclmente y Prochaska; dentro de estos cuestionarios también menciona el cuestionario de preparación para el cambio que infiere tres fases del modelo transteorico que incluye la pre contemplación, la contemplación y la acción. Becoña (2010) también menciona diferentes tipos de instrumento acorde al tipo de sustancia adictiva. En relación con los instrumentos utilizados, Beck menciona distintas escalas de medición, en la cuales hace alusión a la escala de depresión, ansiedad, indefensión, actitudes disfuncionales, creencias del abuso de sustancias, prevención de recaídas y de dependencia social y autonomía, que sirven como base para la iniciación del entrenamiento en las habilidades sociales, y personales del sujeto.

7. Conclusiones

Teniendo en cuenta este cúmulo referencial de exponentes del tratamiento cognitivo conductual, se corrobora una vez más que este enfoque es el más preciso para tratar la conducta adictiva a sustancias psicoactivas, ya que no sólo comprende como esta adicción es un aprendizaje adquirido, sino que trabaja directamente la modificación de dicha conducta, por medio de distintas técnicas o lo que se denomina en la presente monografía como características; dentro de las cuales se encuentra el análisis funcional, la entrevista motivacional, los estados de cambio, la reestructuración cognitiva, habilidades de afrontamiento y la prevención de recaídas por medio de la identificación de situación de riesgo. Por tanto se considera este tratamiento mucho más relevante, porque se caracteriza en primera instancia por la integración interdisciplinaria, de psicólogos, familiares y sociedad, tanto en el tratamiento como en el sostenimiento de la abstinencia, se desarrollan habilidades y técnicas cognitivas y conductuales que le permiten al adicto el reconocimiento de los pensamientos, relacionados con las SPA y con las emociones, busca modificar la conducta adictiva con relación a la propia experiencia de quien consume, profundiza en la modificación del estilo de vida, lo cual los lleva a cambios que permiten al paciente percibirse de una manera más productiva. El tratamiento cognitivo conductual toma en cuenta a la persona adicta como individuo, por lo que considera relevante el tipo de sustancia, la duración del síndrome y el estilo de afrontamiento, entrena en dicho estilo buscando que el paciente adquiriera habilidades para solucionar sus conflictos de una manera práctica. Aparte de todas estas ventajas del tratamiento cognitivo conductual también realiza un acercamiento a la

realidad con base la técnica de exposición, la cual hace de manera gradual. Tomando como partida la realidad del ambiente y posibles situaciones de riesgo.

Cuando se planteó este ejercicio bibliográfico se presentó una duda en general, la cual estaba basada en la comprensión de las constantes recaídas y la razón por la cual existen tantos procesos de rehabilitación suspendidos y anulados. Tomando como partida las directrices de todos los referentes que han formado parte de este tipo de intervenciones terapéuticas, se deduce que el problema no está en las técnicas como tal, sino en quien las ejecuta, el campo referencial al respecto es muy amplio y muy preciso, de fácil acceso y fácil aprendizaje, el punto radica realmente en que no se está teniendo en cuenta los ítems relacionados dentro del proceso terapéutico, como así lo menciona Becoña, (2016). Para una excelente intervención en las adicciones, que parte del tratamiento cognitivo conductual se debe tener presente la unificación de varias técnicas, además de la noción de la individualidad; pese a que esta terapia, tiene unos parámetros establecidos, es preciso delimitar no sólo el paciente como tal, sino también la sustancia por la que se considera adicto, además conocer la etapa de cambio en el que realmente se encuentra el paciente, es de vital importancia, ya que sin éste, sin la prevención de recaídas y el continuo acompañamiento de redes de apoyo familiar, laboral, social, y psicológico es probable que no se pueda llegar a buen término este proceso. Por tanto el terapeuta psicológico que pretenda abordar este flagelo requiere no solo del conocimiento de la técnica, sino también de la comprensión de la adicción en todos los ámbitos de la vida, como un proceso real que requiere empatía y compromiso.

Dentro de la política establecida de prevención y reducción de daños, el Ministerio de salud pública, por medio del Plan Nacional de promoción para la salud (2017), tomando como base la afectación sanitaria, el compromiso, el cumplimiento de la ley, relacionada con los derechos humanos de los consumidores, han generado estrategias de reducción de daños, la cual se encuentra ligada a la entrega de elementos utilizados para el consumo, buscando reducir, el contagio de VIH, la hepatitis B y C, teniendo en cuenta que el consumo por vía parenteral, ha aumentado. Tanto como la prevalencia y el riesgo ante el consumo de distintas enfermedades.

El enfoque cognitivo conductual trabaja la integración de los dos modelos, cognición y conducta, afirmando que los procesos de condicionamiento o conducta pueden estar mediatizados por variables cognitivas, donde la terapia adecuada es aquella que incluye consideraciones individuales de cada factor de cognición. De esta manera se entiende que los individuos pueden y deben construir una estructura cognitiva que facilite influencias positivas futuras (Universidad de Barcelona, 2018).

8. Referencias Bibliográficas

- Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*, 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014
- Aza, A. J. (2017). *Drogas y Políticas colombianas*. Obtenido de proquest ebook central:
<https://ebookcentral.proquest.com>
- Beck, A. T., Wright, F., & Liese, B. S. (2016). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. Buenos Aires: Paidós.
- Becoña, E. I. (2008). *google academico*. (Socidrogalcohol, Editor)
- Becoña, E. I. (2016). *Trastorno Adictivo*. Madrid.
- Becoña, E., & Tomás, M. c. (19 de agosto de 2010). *www.socidrogalcohol.org*. (Socidrogalcohol, Editor)
- Caballo, V. E. (2008). *Manual para el tratamiento cognitivo- conductual para los trastornos psicologicos*. Mexico España: Siglo XXI editores,S.A.
- Cabezas, H., Lega, & Leonor. (2008). Relación Empírica entre la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) de Ellis y la Terapia Cognitiva (TC) de Beck en una muestra Costarricense. *Educacion. Vol. 30 num. 2.2006 Universidad de Costa Rica*, 101-109.
- Carramiñana, P. C. (2016). La prevención de recaídas en drogodependencias desde el modelo de Marlatt. Aportaciones desde el trabajo social. *Dialnet*, 109;133.
- Castillo, J. L. (2008). *Biblioteca virtual Uniminuto. Science Direct*. Obtenido de <https://sciencedirect.ezproxy.uniminuto.edu/science/article/pii/S1575097308763748#!>
- CICAD, SSM, OEA,. (2019). *Informe sobre el consumo de drogas en las Américas*.

Colombia, M. d.-O. (2015). *ODC*. Obtenido de

http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03132015-la_heroina_en_colombia_produccion_impacto_salud.pdf

CREAS Iztacala. (29 de marzo de 2017). *CREAS Iztacala*. Obtenido de

<https://www.youtube.com/watch?v=Ad9rgwFemH0>

CREAS,Iztacala. (08 de febrero de 2017). *Creas Iztacalca*. Obtenido de

<https://www.youtube.com/watch?v=CSOqSIDQIDw>

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á., & Villalobos, A. (2012). *e-bock central.proquest.com*. Obtenido de).

Manual de técnicas de intervención cognitiva conductuales. Retrieved from

<https://ebookcentral.proquest.com>

Diclemente, C., & James O. Prochaska, J. N. (1994). Como cambia la gente, Aplicaciones en los compartamientos adictivos. *Revista Toxicomanía*, 3;14.

Ellis, A., & Dryden, W. (1987). *Práctica de la Terapia Racional Emotiva*. New York: Biblioteca de Psicología.

ELLIS, A., & GRIEGER, R. (1999).

G, M. O. (01 de febreo de 1992). Cultivos de Amapola, ahora fumigación con glifosato. *El tiempo*.

Germán D. Sicard Arenas, G. S. (Noviembre de 20015).

Jaime Horacio Toro Ocampo, M. L. (2016). *Complicaciones del uso de a Heroína parenteral*.

Keegan, E. (junio de 2012). Perspectiva cognitiva conductal, abuso de sustancias y.

Intersecciones, Revisata electrónica de la facultad de psicología de la universida UBA,

2(3), 5;8.

Machorro, M. S. (2007). *Adicciones clínica y terapéutica*. Alfil.

Ministerio de Justicia - Observatorio de drogas. (2015). *O.D.C.* Obtenido de

<http://www.odc.gov.co/PUBLICACIONES/ArtMID/4214/ArticleID/5761/La-heroina-en-Colombia-Produccion-uso-e-impacto-en-la-salud-publica>

Ministerio de Justicia. (2017). *Lineamiento Políticas Nacional de drogas 2017*. Bogotá.

Ministerio de justicia, Observatorio de drogas, Ministerio de Salud, UNODC. (2013). *ODC*.

Ministerio de Justicia; Observatorio de Drogas. (Octubre de 2017). *O.D.C.* Obtenido de

http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/colombia_drug_report_2017.pdf

Municipio de Medellín - Secretaría de Salud. (2015). *ABORDAJE INTEGRAL PARA LA INTERVENCIÓN DE CONDUCTAS ADICTIVAS Manual Práctico para la detección, diagnóstico, remisión y tratamiento en el marco de la Atención Primaria en Salud*. Medellín.

Observatorio de drogas, CIENA, DIRAN, CTI, UNDOC. (2016). *O.D.C. Observatorio de Drogas*. Obtenido de

http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/sat/sat0072016_heroina_caracterizacion_quimica.pdf

OMS. (2000).

OMS. (2000). *Organización mundial de la salud, Iris*. Obtenido de

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

OMS. (2010). *Google academico* . Obtenido de

https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=guia+de+intervencion+mhGAP+&oq=guia+de+intervencion+

Sistema único de Información Nacional, O.D.C. (05 de Mayo de 2005). *Resolución 06 de 2005*.

Obtenido de SUIN. O.D.C: <http://www.suin->

[juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30031836](http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30031836)

T.Beck, A., D.wirght, F., F.Newman, C., & S.Liese, B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. (Paidos, Editor)

Universidad de Barcelona. (2008). Master en Paidopsiquiatria. *Modulo I Enfoque Cognitivo conductual*. Barcelona, España: UniBarcelona.

Villa, S. B. (2007). *google academico*. Obtenido de

https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Clasificaci%C3%B3n+en+paidopsiquiatr%C3%ADa.+Conceptos+y+enfoques%3A+enfoque+cognitivo-conductual.+&btnG=

Tabla 1

Aspectos de la Motivación

Principios generales de la entrevista motivacional

1. Expresar empatía.
2. Desarrollar la discrepancia.
4. Evitar la discusión.
3. Remover la resistencia.
5. Apoyar la auto eficiencia.

Cómo promover la motivación para el cambio

1. Hacer preguntas abiertas.
2. Escuchar reflexivamente.
3. Reafirmación.
4. Resumir periódicamente.
5. Provocar afirmaciones auto motivadoras.

Elementos básicos para producir la motivación para el cambio

1. Proporcionar retroalimentación.
2. Hacer énfasis en su responsabilidad y en su libertad de elección.
3. Consejo directo y claro de qué necesita cambiar y cómo hacerlo.
4. Proporcionarle varias alternativas para que pueda elegir entre ellas.
5. Ser simpático.
6. Aumentar su auto eficiencia.

Tabla 2
Prevención de Recaídas

Fecha y Hora	Situación Vivencia	Emoción sentida (0 a 10)	Qué pienso	Acción/Qué hago	Consecuencias de mi acción
8/11/15 21:15h	Vuelvo del trabajo y me encuentro con un antiguo colega.	Nervios (8). Agobio (7).	“Ay madre mía, ¿y ahora qué hago si me dice de irnos a tomar algo? Sé que si voy puedo acabar consumiendo”.	Le saludo, nos preguntamos qué tal está y le comento que me alegro de verlo pero que ando un poco apurado y tengo que irme.	Me he enfrentado a la situación de encontrar me y hablar con él pero he optado por evitar un posible riesgo al decirle que tenía prisa y debía irme. De repente me encuentro más aliviado.

Nota 1 Carramiñana 2016, La Prevención de Recaídas en Drogodependencias desde el Modelo de Marlatt.

Tabla 3
 Registro de Pensamientos

Día y hora	SITUACIÓN	PENSAMIENTO AUTOMÁTICOS	EMOCIONES	RESPUESTA RACIONAL	RESULTADO
	Describe: 1. Acontecimiento actual que lleva a emociones desagradables o, 2. Flujo de pensamientos, soñar despierto o recuerdos, que llevan a emociones desagradables o, 3. Sensaciones físicas angustiosas.	1. Escribe los pensamiento(s) automáticos que van precedidos de emoción(es). 2. Evalúa la automaticidad de la creencia, 0-100 %.	1. Especificar tristeza, ansiedad/ enfado, etc. 2. Valorar el grado de emoción 0-100 %.	1. Escribir una respuesta racional a los pensamiento(s) automáticos. 2. Valorar la racionalidad de la creencia 0-100 %.	1. Revalorarla creencia en los pensamientos) automáticos 0-100 %. 2. Especificar y valorar las emociones consecuentes 0-100 %.

Nota 1 Terapia Cognitiva de las Drogodependencias, Beck 1999