



Universidad Andina Simón Bolívar

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN
PSICOLOGÍA CLÍNICA:

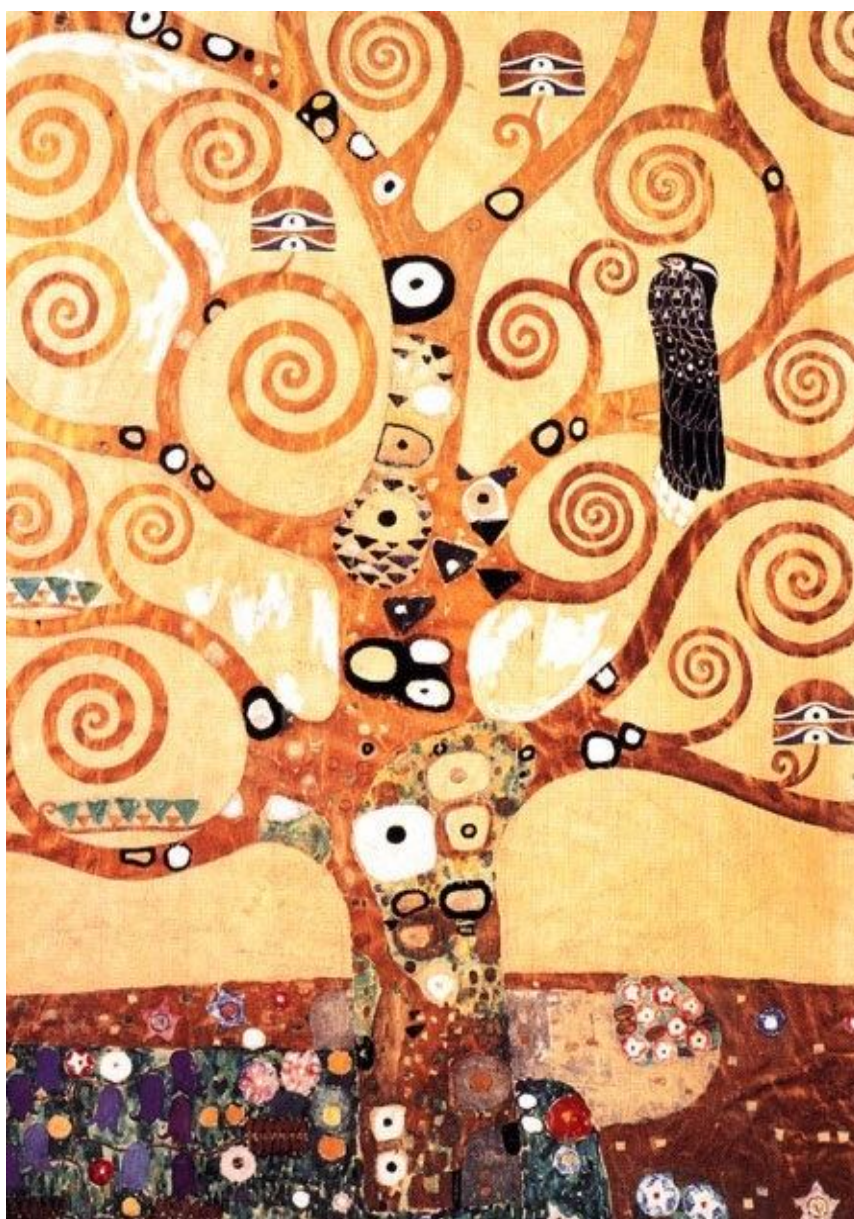
Mención Psicoterapia Integrativa

**“Tratamiento Psicoterapéutico para el consumo de Cocaína desde el
Modelo Integrativo Supraparadigmático”**

Alumno : Lic. Clider Gutierrez Aparicio
Director de Tesis : Ms. Jorge Christian Feuchtmann Sáez

2011

Sucre - Bolivia



La cocaína es un hueso
Antonin Artaud

Dedicado:

A mis amados padres

Graciela y Clider

RESUMEN

El Programa de estrategias e intervención psicoterapéutica con base en el Modelo Integrativo Supraparadigmático detalla y describe los factores etiológicos de la dependencia a la cocaína desde cada paradigma: biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente, sistémico y del propio sistema SELF, identificando los principios de influencia/estrategias de cambio relevantes, conceptos movilizadores, variables inespecíficas y estrategias de intervención con el propósito de proporcionar una herramienta psicoterapéutica completa para el tratamiento de la población cocainómana. Esta aproximación planificada y estratégica se logró a través de la comprensión de los fundamentos de la Psicoterapia Integrativa, características centrales del Modelo Integrativo Supraparadigmático y su funcionamiento en la adicción a la cocaína, la neurobiología y etiopatogenia de la adicción a la cocaína, la epidemiología del consumo de cocaína, la farmacología general de la cocaína, formas de presentación y consumo, farmacocinética, clínica y diagnóstico de los trastornos por consumo de cocaína, trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína (intoxicación, abuso, dependencia, abstinencia), trastornos psiquiátricos inducidos por cocaína, comorbilidad psiquiátrica, adicciones mixtas, complicaciones médicas, instrumentos para el diagnóstico y la evaluación de la adicción a la cocaína, modalidades de tratamiento (ambulatorio, hospitalario), evaluación y asistencia psiquiátrica, psicológica, psicoterapia individual y de grupo, terapia familiar, grupos de autoayuda, taller de terapia ocupacional, etc.

INDICE GENERAL	Pág
INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
JUSTIFICACIÓN	5
OBJETIVOS	5
OBJETIVO GENERAL	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
METODOLOGÍA	6
CAPITULO I	
1. MARCO TEÓRICO	9
1.1 MODELO INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO	9
1.2 POSTULADOS BÁSICOS DE LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA	12
1.3 EL MODELO INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO Y LOS TRASTORNOS ADICTIVOS	15
1.4 PSICOTERAPIA INTEGRATIVA EN LAS ADICCIONES: DIAGNOSTICO INTEGRAL.	16
2. LA ADICIÓN A LA COCAÍNA	17
2.1 GENERALIDADES	17
2.2 CONSUMO DE COCAÍNA Y ADICCIÓN A COCAÍNA	19
2.3 ESTRUCTURAS NEURALES DE LA RECOMPENSA-MOTIVACIÓN	23
2.4 EPIDEMIOLOGIA DEL CONSUMO DE COCAÍNA Y LA ADICCIÓN A COCAÍNA	24
2.5 FARMACOLOGÍA GENERAL DE LA COCAÍNA	29
2.6 FARMACOCINÉTICA	30
2.7 ACCIÓN FISIOLÓGICA DE LA COCAÍNA	31
2.8 EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA COCAÍNA	32

2.9 FORMAS DE PRESENTACIÓN Y CONSUMO	34
3. CLÍNICA Y DIAGNOSTICO DE LOS TRASTORNES POR CONSUMO DE COCAÍNA	36
3.1 INTOXICACIÓN POR COCAÍNA	36
3.2 ABUSO Y USO PERJUDICIAL DE COCAÍNA	38
3.3 DEPENDENCIA DE COCAÍNA	39
3.4 ABSTINENCIA DE COCAÍNA	43
3.5 TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS INDUCIDOS POR COCAÍNA	44
3.5.1 PSICOSIS COCAÍNICA	44
3.5.2 OTRAS COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICA FRECUENTE EN LA ADICCIÓN A LA COCAÍNA	47
3.6 ADICCIONES MIXTAS	54
3.7 COMPLICACIONES MEDICAS POR CONSUMO DE COCAÍNA	55
3.8 INSTRUMENTOS PARA EL DIAGNOSTICO Y LA EVALUACIÓN DE LA ADICCIÓN A LA COCAÍNA	56
3.9 ENFOQUES PARA EL TRATAMIENTO DE ADICCIONES/ADICCIÓN A LA COCAÍNA	61
3.9.1 EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	61
3.9.2 TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL	61
3.9.3 PROGRAMA DE REFORZAMIENTO COMUNITARIO MÁS TERAPIA DE INCENTIVO	62
3.9.4 TÉCNICAS DE MANEJO DE CONTINGENCIAS	62
3.9.5 ENFOQUE MOTIVACIONAL	63
3.9.6 TERAPIAS CENTRADAS EN LA FAMILIA	
3.9.7 TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL	65
4. DEPENDENCIA A LA COCAÍNA Y MODELO INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO	67
4.1 PARADIGMA BIOLÓGICO	67
4.1.1 ETIOLOGÍA	67

4.1.1.1 VARIABLES TEMPERAMENTALES	67
4.1.1.2 DÉFICITS COGNITIVOS	69
4.1.1.3 CONTROL DE IMPULSOS	70
4.1.1.4 CRAVING Y COCAÍNA	71
4.1.2 PRINCIPIOS DE INFLUENCIA DE LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA PARA EL TRATAMIENTO EN ADICTOS A LA COCAÍNA DESDE EL PARADIGMA BIOLÓGICO	72
4.1.3. CONCEPTOS MOVILIZADORES RELEVANTES COMO ESTRATEGIAS DE CAMBIO EN PSICOTERAPIA PARA CONSUMIDORES DE COCAÍNA DESDE EL PARADIGMA BIOLÓGICO	72
4.1.4 ESTRATEGIAS DE CAMBIO Y TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS PARA EL CONSUMO DE COCAÍNA DESDE EL PARADIGMA BIOLÓGICO	73
4.1.4.1 PSICOFARMACOTERAPIA	74
4.1.4.2 EJERCICIO FÍSICO	78
4.1.4.3 MANEJO NUTRICIONAL	78
4.1.4.4 HIGIENE DEL SUEÑO	78
4.1.4.5 TÉCNICAS DE CONTROL DE LA ACTIVACIÓN	78
4.2 PARADIGMA COGNITIVO	80
4.2.1 ETIOLOGÍA	80
4.2.1.1 ESQUEMAS COGNITIVOS DISFUNCIONALES	80
4.2.1.2 AUTOESQUEMA	81
4.2.1.3 ESQUEMA NUCLEAR	82
4.2.1.4 LAS CREENCIAS IRRACIONALES	83
4.2.1.5 DISTORSIONES COGNITIVAS	85
4.2.1.6 LOCUS DE CONTROL Y ADICCIÓN	90
4.2.1.7 ESTILO ATRIBUCIONAL DEPRESOGENICO Y ATRIBUCIONES CAUSALES	91
4.2.1.8 PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	95
4.2.1.9 BAJAS EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA	97
4.2.1.10 BAJAS EXPECTATIVAS DE AUTOCONTROLABILIDAD	99

4.2.2 PRINCIPIOS DE INFLUENCIA DE LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA PARA EL TRATAMIENTO EN ADICTOS A LA COCAÍNA DESDE EL PARADIGMA COGNITIVO	100
4.2.3 CONCEPTOS MOVILIZADORES RELEVANTES COMO ESTRATEGIAS DE CAMBIO EN PSICOTERAPIA PARA CONSUMIDORES DE COCAÍNA DESDE EL PARADIGMA COGNITIVO	101
4.2.4 ESTRATEGIAS DE CAMBIO Y TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS PARA EL CONSUMO DE COCAÍNA DESDE EL PARADIGMA COGNITIVO	104
4.2.4.1 LA RELACIÓN TERAPÉUTICA	105
4.2.4.2 LA CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVA DEL CASO	105
4.2.4.3 LA PSICOEDUCACIÓN	105
4.2.4.4 EL MÉTODO SOCRÁTICO	106
4.2.4.5 ASIGNACIÓN DE ACTIVIDADES ENTRE SESIONES	106
4.2.4.6 ANÁLISIS DE VENTAJAS Y DESVENTAJAS	107
4.2.4.7 IDENTIFICAR Y MODIFICAR LAS CREENCIAS ASOCIADAS A LA COCAÍNA	107
4.2.4.8 ENTRENAMIENTO EN DETECCIÓN DE CREENCIAS IRRACIONALES	108
4.2.4.9 ENTRENAMIENTO EN AUTOINSTRUCCIONES Y AUTODIÁLOGOS	108
4.2.4.10 TÉCNICA DE FECHAS DESCENDENTES	110
4.2.4.11 REGISTRO DIARIO DE PENSAMIENTOS	110
4.2.4.12 REATRIBUCIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN ALTERNATIVA	111
4.2.4.13 TÉCNICAS PARA MODIFICAR IMÁGENES	113
4.2.4.14 TÉCNICAS PARA EL MANEJO DE DESEOS Y CRAVING	114
4.3. PARADIGMA AMBIENTAL/CONDUCTUAL	118
4.3.1 ETIOLOGÍA	118
4.3.1.1 CONDICIONAMIENTO CLÁSICO Y OPERANTE	118
4.3.1.2 APRENDIZAJE SOCIAL O VICARIO	119
4.3.1.3 POBRE REPERTORIO CONDUCTUAL	120
4.3.1.4 DÉFICITS EN ASERTIVIDAD	120
4.3.1.5 MAL MANEJO DE LA AGRESIVIDAD	121

4.3.1.6 DÉFICIT DE CONDUCTA INTERPERSONAL	122
4.3.1.7 PREVENCIÓN DE RECAÍDA	123
4.3.2 PRINCIPIOS DE INFLUENCIA DE LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA PARA EL TRATAMIENTO EN ADICTOS A LA COCAÍNA DESDE EL PARADIGMA AMBIENTAL/CONDUCTUAL	126
4.3.3 CONCEPTOS MOVILIZADORES RELEVANTES COMO ESTRATEGIAS DE CAMBIO EN PSICOTERAPIA PARA CONSUMIDORES DE COCAÍNA DESDE EL PARADIGMA AMBIENTAL/CONDUCTUAL	127
4.3.4 ESTRATEGIAS DE CAMBIO Y TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS PARA EL CONSUMO DE COCAÍNA DESDE EL PARADIGMA AMBIENTAL/CONDUCTUAL	129
4.3.4.1 TÉCNICAS DE AUTOCONTROL	130
4.3.4.2 TÉCNICAS DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	131
4.3.4.3 ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES	132
4.3.4.4 ENTRENAMIENTO ASERTIVO	133
4.3.4.5 ENSAYOS CONDUCTUALES	134
4.3.4.6 USO DE REFUERZO	134
4.3.4.7 PREVENCIÓN DE RECAÍDAS (INTERVENCIÓN)	135
4.4 PARADIGMA AFECTIVO	137
4.4.1. ETIOLOGÍA	137
4.4.1.1 ALTO UMBRAL HEDÓNICO	138
4.4.1.2 BÚSQUEDA DE PLACER/DISMINUCIÓN DEL DISPLACER	139
4.4.1.3 LABILIDAD EMOCIONAL	140
4.4.1.4 ALTA ALEXITIMIA	141
4.4.1.6 SENTIMIENTOS DE IRA Y HOSTILIDAD	144
4.4.1.7 BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN	144
4.4.1.9 ALTOS NIVELES DE ANSIEDAD	147
4.4.1.10 DEFICITS EN LA REGULACIÓN AFECTIVA	148
4.4.1.11 BAJA DE MOTIVACIÓN AL CAMBIO Y PARA RECIBIR AYUDA	150

4.4.2 PRINCIPIOS DE INFLUENCIA DE LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA PARA EL TRATAMIENTO EN ADICTOS A LA COCAÍNA DESDE EL PARADIGMA AFECTIVO	155
4.4.3 CONCEPTOS MOVILIZADORES RELEVANTES COMO ESTRATEGIAS DE CAMBIO EN PSICOTERAPIA PARA CONSUMIDORES DE COCAÍNA DESDE EL PARADIGMA AFECTIVO	156
4.4.4 ESTRATEGIAS DE CAMBIO Y TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS PARA EL CONSUMO DE COCAÍNA DESDE EL PARADIGMA AFECTIVO	157
4.4.4.1 TÉCNICAS	157
4.4.4.2 OTRAS TÉCNICAS	160
4.5. PARADIGMA INCONSCIENTE	161
4.5.1 ETIOLOGÍA	161
4.5.2 ASPECTOS PSICODINÁMICOS CARACTERÍSTICOS DE LA DEPENDENCIA A LA COCAÍNA	164
4.5.3 MECANISMOS DE DEFENSA PRIMITIVOS: NEGACIÓN, DEFENSA PERCEPTUAL, REPRESIÓN, RACIONALIZACIÓN, ETC.	164
4.5.4 PRINCIPIOS DE INFLUENCIA DE LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA PARA EL TRATAMIENTO EN ADICTOS A LA COCAÍNA DESDE EL PARADIGMA INCONSCIENTE	166
4.5.5 CONCEPTOS MOVILIZADORES RELEVANTES COMO ESTRATEGIAS DE CAMBIO EN PSICOTERAPIA PARA CONSUMIDORES DE COCAÍNA DESDE EL PARADIGMA INCONSCIENTE	166
4.5.6 ESTRATEGIAS DE CAMBIO Y TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS PARA EL CONSUMO DE COCAÍNA DESDE EL PARADIGMA INCONSCIENTE	167
4.5.6.1 TÉCNICAS	168
4.6 SISTEMA SELF	169
4.6.1 ETIOLOGÍA	169
4.6.1.1 LA FUNCIÓN DE TOMA DE CONSCIENCIA	170
4.6.1.2 LA FUNCIÓN DE IDENTIDAD	170
4.6.1.3 LA FUNCIÓN DE SIGNIFICACIÓN	171
4.6.1.4 LA FUNCIÓN DE AUTO-ORGANIZACIÓN	172
4.6.1.5 LA FUNCIÓN DE SENTIDO DE VIDA	172

4.6.1.6 LA FUNCIÓN DE CONDUCCIÓN DE VIDA	173
4.6.2 PRINCIPIOS DE INFLUENCIA DE LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA PARA EL TRATAMIENTO EN ADICTOS A LA COCAÍNA DESDE EL SISTEMA SELF	173
4.6.3 CONCEPTOS MOVILIZADORES RELEVANTES COMO ESTRATEGIAS DE CAMBIO EN PSICOTERAPIA PARA CONSUMIDORES DE COCAÍNA DESDE EL SISTEMA SELF	174
4.6.4 ESTRATEGIAS DE CAMBIO Y TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS PARA EL CONSUMO DE COCAÍNA DESDE EL SISTEMA SELF	175
4.6.4.1 LA AUTOBIOGRAFÍA	175
4.6.4.2 EL SENTIDO DE LA VIDA COMO FACTOR DE AUTORREALIZACIÓN	176
4.6.4.3 VALORES Y FORTALEZAS DEL CARÁCTER	177
4.6.4.4 LA ESPIRITUALIDAD	178
4.6.4.5 LA BÚSQUEDA DE LA FELICIDAD	181
4.6.4.6 TÉCNICAS	183
4.6.4.6.1 LÍNEA DE VIDA	183
4.6.4.6.2 EGOGRAMA	183
4.7 PARADIGMA SISTÉMICO	183
4.7.1 ETIOLOGÍA	183
4.7.2 CONCEPTOS MOVILIZADORES RELEVANTES COMO ESTRATEGIAS DE CAMBIO EN PSICOTERAPIA PARA CONSUMIDORES DE COCAÍNA DESDE EL PARADIGMA SISTÉMICO	184
4.7.3 PRINCIPIOS DE INFLUENCIA	185
4.7.4 ESTRATEGIAS DE CAMBIO Y TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS PARA EL CONSUMO DE COCAÍNA DESDE EL PARADIGMA SISTÉMICO	186
4.7.5 TÉCNICAS	187
4.8 VARIABLES INESPECÍFICAS CENTRALES PARA EL TRATAMIENTO EN LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA	189
4.8.1 VARIABLES DEL TERAPEUTA	189
4.8.2 RELACIÓN PACIENTE/TERAPEUTA	190
4.8.3 VARIABLES DEL PACIENTE	190

4.8.4 VARIABLES INESPECÍFICAS CENTRALES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN A LA COCAÍNA	191
---	-----

CAPITULO II

2. PROGRAMA	197
2.1 INTRODUCCIÓN	197
2.2 CARACTERÍSTICAS GENERALES	197
2.3 FUNDAMENTOS DEL PROGRAMA	199
2.4 INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS	200
2.5 EVALUACIÓN INICIAL	203
2.6 EVALUACIÓN INTEGRAL	204
2.7 TRATAMIENTO EN INTERNACIÓN INICIAL	208
2.8 FRECUENCIA Y DURACIÓN DEL CONTROL PSIQUIÁTRICO	210
2.9 PROCESO DE TRATAMIENTO	211
2.9.1 PSICOTERAPIA	212
2.9.2 TERAPIA DE FAMILIA	212
2.9.3 TERAPIA OCUPACIONAL	214
2.9.4 TERAPIA DE GRUPO	215
2.9.4.1 CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO	216
2.9.4.2 METODOLOGÍA	217
2.9.4.3 ENTREVISTA INICIAL	218
2.9.4.4 COMPROMISO GRUPO VIVENCIAL	219
2.9.4.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA GRUPO DE TERAPIA	220
2.9.4.6 TEMÁTICAS DE AGENDA POR SESIÓN	220
2.9.5 PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	222
2.9.5.1 CARACTERÍSTICAS FORMALES	222
2.9.5.2 ACTIVIDADES DE LA TERAPIA DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	223

2.9.5.3 REGLAMENTO DEL GRUPO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	224
2.9.5.4 TEMÁTICAS A TRATAR EN LOS GRUPOS DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	224
2.9.6 GRUPOS DE AUTOAYUDA	226
2.9.7 SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO	227

CONCLUSIONES

DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	228
DEL OBJETIVO GENERAL	228
DE LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS	228
DE LA IMPORTANCIA DE LA TESIS	229

Bibliografía	231
---------------------	------------

Anexos

Anexo I : Ficha de Evaluacion Clinica Integral (FECI)

Anexo II : Ficha de Evaluacion Clinica Integral en Adicciones (FECIAD)

INDICE DE CUADROS	Pág
1.1 Modelo Integrativo Supraparadigmático	11
2.5 Farmacología general de la cocaína	30
2.6 Farmacocinética	31
2.8 Efectos Psicológicos de la Cocaína	34
3.1 Intoxicación por cocaína	38
3.2 Abuso y uso perjudicial de cocaína	39
3.3 Dependencia de cocaína	42
3.4 Abstinencia de cocaína	44
3.5.2 Otras Comorbilidades psiquiátrica frecuente en la Adicción a la Cocaína	47
3.7 Complicaciones médicas por consumo de cocaína	55
3.8 Instrumentos para el diagnóstico y la evaluación de la adicción a la cocaína	57, 58, 59, 60
- Psicoterapia Integrativa : Etiología del trastorno adictivo por consumo de Cocaína	193
- Psicoterapia Integrativa : Estrategias de cambio para el trastorno adictivo por consumo de Cocaína	194
- Psicoterapia Integrativa : Técnicas para el trastorno adictivo por consumo de Cocaína	195

INTRODUCCIÓN

El consumo de cocaína se ha ido generalizando en los últimos años en todo el mundo, representando uno de los problemas actuales más importantes y volviéndose cada vez más compleja la intervención y la prevención de esta problemática.

La cocaína es un potente estimulante del sistema nervioso central que produce euforia, alerta, sensación de bienestar. También disminuye la ansiedad y las inhibiciones sociales incrementando la energía, la autoestima y la sexualidad.

Actualmente la cocaína es una de las drogas ilegales más ampliamente utilizadas.

Seguramente para muchas personas los efectos tan “Positivos” a corto plazo de la cocaína, tanto psicológicos como fisiológicos, superan los peligros asociados con la adquisición y el consumo de la misma (Beck, Wright, Newman, Liese, 1999). “El objetivo de esta euforia directa, de raíz farmacológica, es tan dominante que el usuario es capaz de ignorar algunos signos de desastre personal que se van acumulando” (Gawin, Ellinwood, 1988).

Sorprendentemente, el abuso de la cocaína ocurre y persiste a pesar de los graves problemas médicos que se asocian con su consumo: Daños en el sistema nervioso central, atrofia cardiaca, accidentes cerebro vasculares, colapsos respiratorios, grave hipertensión, exacerbación de las enfermedades crónicas, y complicaciones psiquiátricas (Estroff, 1987).

Actualmente se sabe cómo afecta la cocaína al cerebro, y en qué parte la afecta, incluyendo cómo produce sus efectos placenteros y porqué es tan adictiva. También se puede observar cómo se dan los cambios dinámicos que ocurren en el cerebro al momento de usar la droga, observando lo que pasa cuando el usuario experimenta la oleada de euforia (“Rush”), la exaltación (“High”) y finalmente el deseo vehemente (“Craving”). También se pueden identificar las partes del cerebro que responden cuando el adicto a la cocaína ve u oye los estímulos ambientales que disparan su deseo por la droga. Ya que estos estudios identifican regiones específicas del cerebro, son indispensables

para establecer las metas en el desarrollo de psicoterapias para tratar con mayor eficiencia la adicción a la cocaína (Nida, 2005).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El consumo de cocaína surge muchas veces de una realidad compleja, la pobreza, la falta de oportunidades laborales, la educación inadecuada, y otras causas psicosociales que juegan un rol importante en esta epidemia. En este contexto, mientras que algunas personas llegarán a ser consumidores de cocaína en contextos sociales o recreativos concretos, otras llegarán a abusar del consumo y muchas de éstas desarrollarán adicción.

Muchos observadores han sugerido que la utilización de cocaína ya ha alcanzado niveles epidémicos (Weinstein, Gottheil, Sterling, 1992).

Existen numerosas explicaciones de por qué la gente utiliza y llega a ser adicta a determinadas sustancias. La razón básica para empezar con la cocaína es conseguir inmediato placer, experimentar sensaciones placenteras de euforia, además de que existe la creencia errónea de que la cocaína incrementa la eficacia, mejora la fluidez verbal y aumenta la creatividad (Stimmel, 1991). Un problema importante es que la droga consigue controlar a los individuos adictos, sus objetivos, sus valores y sus lazos de unión pasan a estar subordinados a la utilización de la cocaína. No pueden controlar su vida con eficacia. Pasan a estar sujetos a un círculo vicioso de deseos irrefrenables por consumir, cambios precipitados del estado de ánimo y mayor angustia, que sólo puede ser aliviada inmediatamente por la utilización de cocaína (Beck, Wright, Newman, Liese, 1999).

La “Explosión de la cocaína” que se está produciendo hasta nuestros días se atribuye a factores de provisión de la sustancia (bajo costo, disponibilidad, y alta rentabilidad), factores externos (presión de los pares, representaciones hechas por los medios de comunicación sobre el uso de la droga), factores internos (hedonismo, sociopatía, depresión y estrés vital), y factores intrínsecamente relacionados con la droga (el imperativo farmacológico) (Cohen, 1991).

En muchos casos, la ausencia de tratamiento de cocaína, tiene que ver con que la abstinencia de cocaína no provoca síntomas físicos muy evidentes, sino psicológicos ante todo. Esta ausencia de síntomas físicos evidentes ha hecho pensar en el pasado que la cocaína no era adictiva y, que por tanto, su abuso no requería tratamiento, cuando la verdad es que cada droga tiene sus propios y específicos efectos adictivos, que en el caso de la cocaína son muy poderosos. De hecho, la búsqueda y el deseo compulsivo de droga, que es la marca distintiva de la adicción, también acompaña al abuso de cocaína y lo hace de forma más rápida y potente que muchas otras drogas ilegales. Todavía hay concepciones erróneas sobre lo que es la adicción, creencias que impiden que esta patología sea tratada como una entidad mórbida, es decir, una enfermedad. Todavía para mucha gente la adicción es una cuestión de decisión personal, es decir, el adicto lo sería porque quiere consumir droga, o porque no tiene carácter suficiente para decir no, de modo que el no dejar de consumir drogas es porque no tiene fuerza de voluntad. Detrás de estas concepciones está la creencia de que abandonar la adicción a sustancias químicas está enteramente en las manos (en la voluntad) de la persona adicta. Pero la realidad es que la adicción, más allá de la decisión y la voluntad, es una enfermedad médica que escapa al control del adicto. Porque con el consumo elevado o prolongado de cocaína, el cerebro experimenta cambios bioquímicos que modifican los comportamientos, pensamientos y sentimientos del consumidor, y que producen, entre otros efectos, un deseo compulsivo e incontrolable de consumir droga. Esto implica que el adicto difícilmente puede controlar ese deseo debido a los daños cerebrales producidos por la cocaína, así como usualmente pierde la capacidad para autoevaluar los daños que el consumo le está provocando y para dirigir su conducta hacia el abandono de la droga y hacia un estilo de vida más saludable (Tavad, 2010).

En los países más desarrollados el consumo ha disminuido, contrariamente a lo que sucede en países pobres donde hay un incremento. El Celin-Bolivia en su publicación "Enclave (coca-cocaína), afirma que Bolivia está en la franja de países en vías de desarrollo que están transformándose, de países productores, en países consumidores de drogas. Bolivia "Ya no sólo es

productor, sino que es también consumidor, de tránsito y todo lo que ello conlleva". La cantidad de consumidores aumenta, por el microtráfico y la comercialización de cocaína y marihuana en las ciudades más pobladas.

Tomando en cuenta el total de la población, cerca de 10 millones de habitantes, Bolivia se ha convertido en uno de los países con mayor número de consumidores. Son alrededor de 500.000, lo que equivale al 5 por ciento de la población. El permanente incremento del consumo se debe a múltiples razones entre las que cabe mencionar las inadecuadas políticas, la carencia de apoyo y los insuficientes recursos, que hacen difícil la tarea de enfrentar este flagelo de la sociedad Boliviana, además de la falta de visión para fomentar la investigación, como base de cualquier emprendimiento que pueda tener alguna posibilidad de éxito (Eguía, 2010).

Sólo una acción responsable, integral o prolongada en el tiempo que coordine eficazmente el accionar de todas las instituciones públicas y privadas relacionadas con este flagelo, permitirá revertir el incremento del consumo de drogas, haciendo posible la construcción de una sociedad sana (Tapia, 2008).

En Sucre no existen planes, programas, proyectos y actividades de prevención y peor aun de tratamiento especializado para consumidores de cocaína.

Estrategias planificadas con conocimiento de causa efectivas ayudarán a enfrentar esta problemática y generar cambios efectivos.

Por lo tanto el estudio plantea el siguiente problema:

En nuestro medio simplemente no existen programas de prevención y tratamiento de consumo de cocaína y por lo tanto no se ha considerado la importancia de abordar el tema desde un enfoque Integrativo Supraparadigmático: Biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente, sistémico y del propio sistema SELF.

JUSTIFICACIÓN

Actualmente se plantea una demanda muy específica de terapia para consumo de cocaína y otros psico-estimulantes.

Se observa un aumento de consumo considerado como problemático, la población en general atraviesa por dificultades cada vez mayores, debido a la presión de los problemas del complejo mundo moderno y de las contradictorias exigencias del entorno social, agravándose la confusión y malestar, cuyo resultado se ve expresado en el aumento de los índices de consumo masivo de drogas.

En el presente trabajo se pretende elaborar un Programa de intervención psicoterapéutico con base en el Modelo integrativo, que sea práctico, didáctico y aplicable, aportando una base teórica sistematizada que nos permita ayudar a restablecer las relaciones alteradas de los consumidores de cocaína a nivel: Psicológico, social, familiar, laboral y legal y contrarrestar los efectos adversos en la salud general de los pacientes sobre la base de la apertura, flexibilidad, imaginación, profundidad y creatividad.

OBJETIVOS

Objetivo general

Diseño de un Programa de estrategias e intervención psicoterapéutico a la luz del enfoque integrativo supraparadigmático para personas con drogodependencia a la cocaína.

Objetivos Específicos

- Analizar los factores etiológicos de la dependencia a la cocaína desde cada paradigma: Biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente, sistémico y del propio sistema SELF.
- Identificar los principios de influencia/estrategias de cambio relevantes desde cada paradigma: Biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo,

inconsciente, sistémico y del propio sistema SELF) que ayuden en la intervención con drogodependientes a la cocaína.

- Identificar los conceptos movilizados relevantes que ayuden en la intervención.
- Describir y analizar las variables inespecíficas centrales para el tratamiento de la adicción a la cocaína.
- Elaborar y proponer estrategias y técnicas de intervención específicas para cada paradigma del modelo integrativo supraparadigmático.

Metodología

Se trata de una investigación de tipo descriptiva.

Esta investigación está destinada a favorecer un tratamiento para adictos a cocaína en la ciudad de Sucre.

Se definió el tema de investigación y se formuló el planteamiento del problema mediante el método inductivo; asimismo, se recurrió al razonamiento deductivo para el planteamiento de los objetivos de la investigación.

La elaboración del Marco contextual implicó la observación científica, estructurada y abierta para familiarizarse con el medio donde a futuro será aplicada la propuesta, para este cometido se recurrió a la entrevista con personas que por su formación, estudios, profesión, están al tanto del tema y tienen cierto dominio práctico y teórico sobre el mismo.

Para la elaboración del Marco teórico se realizó una amplia y profunda revisión bibliográfica de fuentes secundarias, con el uso de los procedimientos analítico y sistémico.

En la elaboración del programa se recurrió al método deductivo, para lograr que el mismo sea aplicable a diversos grupos sociales que favorezcan el desarrollo del mismo, que como consecuencia permitirá el logro de los objetivos buscados.

Finalmente para su adecuada presentación se recurrió al método sistémico.

CAPITULO I

1. MARCO TEÓRICO

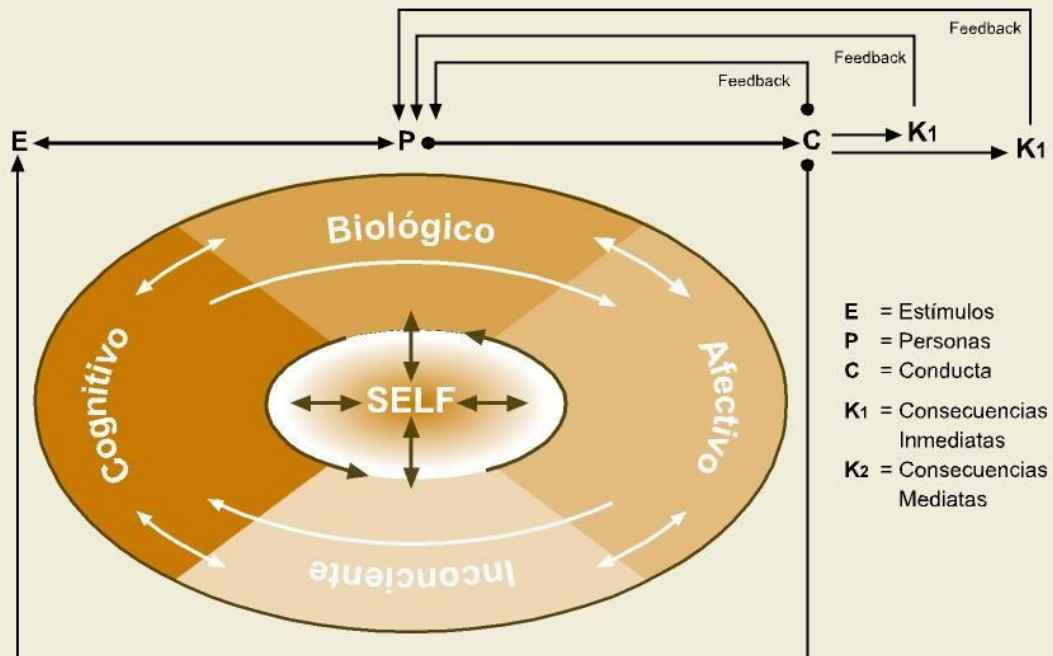
1.1 Modelo Integrativo Supraparadigmático

La Psicoterapia integrativa viene desarrollándose a partir de sus avances a nivel teórico y práctico sobre el cual trabaja e investiga el ICPI (Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa) dirigido por el Dr. Roberto Opazo. La tarea primordial de un modelo integrativo no es buscar consenso sino caminos conducentes sobre bases sólidas a nivel epistemológico, metodológico, paradigmático y clínico, buscando puntos de confluencia, en el máximo de aspectos que sea posible. El modelo Integrativo a nivel Epistemológico asume que la realidad existe más allá del sujeto que la percibe o piensa. Dicha realidad nunca es alcanzable en sí misma, sólo a través de los significados o modelos que nos formamos de ella. Por lo tanto, no existe posibilidad para el conocimiento plenamente objetivo. Aún así, nuestras percepciones, combinación de realidad “Descubierta” y de significado “Construido”, podrán acercarse en mayor o menor medida a la realidad que pretenden representar, el modelo plantea opciones para conocimientos de mayor o menor objetividad relativa, plantea un “Constructivismo moderado”, en el marco del realismo crítico, reemplaza toda certeza por probabilidad, ganar el mayor terreno posible en la línea de la objetividad relativa. Para ello el Modelo Integrativo establece una metodología aceptando el principio de causalidad, promueve la búsqueda de conocimientos precisos, verificables, acumulables y replicables. En el marco del modelo integrativo, la calidad del conocimiento se demuestra por su poder predictivo y por su aporte al cambio en psicoterapia, un conocimiento tendrá mayor valor si aporta a la comprensión de los mecanismos de cambio, entonces diríamos que la predicción y el cambio constituyen los pilares que aporten el fundamento del accionar terapéutico, sobre la base de la apertura, flexibilidad, imaginación, profundidad y creatividad, y un trasfondo de conocimiento cuyo valor objetivo, será siempre relativo. Puesto que cada uno de los paradigmas precedentes se encuentra avalado por suficiente investigación, méritos para ser integrados, pasan a quedar avalados también a “Contrario sensu”, retirar de la integración cualquiera de estos paradigmas pasa

a perjudicar el conocimiento y por ende a los pacientes. Para configurar un "Supraparadigma Integrativo" se requiere "Construir un todo con partes diferentes". No basta con colocar un paradigma al lado de otro, se requiere configurar una totalidad integrada. El modelo integrativo intenta articular lo que son fuerzas de cambio probadas empíricamente provenientes de los paradigmas biológicos, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico, estableciendo la integración de estos seis paradigmas constitutivos de la dinámica psicológica articulándola entorno al sistema Self, el cual constituye un principio organizador e integrador de los sub-sistemas y de la experiencia.

Modelo Integrativo Supraparadigmático

Roberto Opazo Castro 2010



1.2 Postulados básicos de la Psicoterapia Integrativa

Según Opazo (2001), la Psicoterapia Integrativa, fundamenta, enmarca y orienta el desarrollo clínico. Este hecho sitúa al enfoque más allá del eclecticismo. La psicoterapia Integrativa es un Proceso Interpersonal: El rol de la calidad de la relación paciente/terapeuta, el rol de la alianza terapéutica, es plenamente enfatizado en la Psicoterapia Integrativa. Cuando la relación es de buena calidad, será potenciadora de las estrategias clínicas desplegadas. El diagnóstico Integral es considerado crucial en términos de predicción, de evolución clínica y en términos de selección de estrategias clínicas: El modelo plantea la necesidad "Obligatoria" de evaluar en el paciente cada paradigma de un modo sistemático. En términos descriptivos, se trata de establecer las fortalezas y debilidades que el paciente presenta en cada paradigma y en su sistema SELF. En términos etiológicos, se trata de establecer el rol de cada paradigma en la génesis del motivo de consulta, de los síntomas o de los desórdenes caracterológicos. En términos terapéuticos, se trata de recoger fuerzas de cambio desde los diferentes paradigmas y de aplicarlas específicamente en función de los requerimientos diagnósticos. Se asume que un diagnóstico integral favorece la especificidad, enriquece la predicción y potencia el cambio, con el ahorro correspondiente de tiempo y esfuerzos. Los objetivos terapéuticos son esclarecidos y acordados con el paciente: La psicoterapia Integrativa no funciona con objetivos "Misteriosos" para el paciente o que estén fuera de su aprobación personal. Ello favorece la motivación, facilita que el paciente colabore activamente en el proceso terapéutico y disminuye las posibles resistencias. Los objetivos terapéuticos pueden ser planteados en conjunto con el paciente, sobre la base fundamental del motivo de consulta. El terapeuta también podrá proponer objetivos adicionales, se trataría entonces de un desarrollo integral apuntando preferentemente hacia la superación del motivo de consulta. Este desarrollo integral tendrá a su vez un valor terapéutico y preventivo, desarrollando los recursos de lo que va disponiendo el sistema, y evitando un desgaste inútil de energía en los puntos disfuncionales. El cambio clínico será diferenciado en función de la parte específica del sistema que sea influenciado: El diagnóstico integrativo permitirá

evaluar el funcionamiento de los sistemas biológico, ambiental, cognitivo, afectivo, el awareness del paciente y la integración del sistema psicológico como totalidad. El postulado es que en cada sub-sistema se pueda detectar problemas cuya superación enriquecerá el sistema como totalidad, a la vez cada sub-sistema puede aportar recursos. Por otra parte, un diagnóstico integral permitirá determinar en qué partes del sistema del paciente será deseable intervenir preferentemente. Puesto que cada sub-sistema no aporta igual cuota de disfunciones, un diagnóstico preciso permite objetivos terapéuticos también más precisos y un orientar los recursos terapéuticos más “Cerca del blanco”. El diagnóstico específico de cada paradigma o sub-sistema carecería de sentido si todas las partes contribuyeran en igual forma a la totalidad. Lo que plantea la Psicoterapia Integrativa es que cada parte tiene sus propias características diferenciales, aporta más fortalezas o menos, influye más etimológicamente o menos. De este modo, el abordar la “Parte” adecuada en el momento adecuado y con la estrategia adecuada, implicará claras ventajas comparativas en relación a aplicar estrategias globales. Cualquier cambio específico de una parte del sistema tiende a irradiarse hacia el sistema total: Un daño en una parte del sistema tiende a empobrecer todo el sistema y un beneficio en una parte tiende a beneficiar al todo. Cualquier cambio en el sistema total tiende a afectar a cada parte del sistema psicológico: Dado el hecho que el sistema psicológico tiende al equilibrio homeostático, está comunicando internamente y es internamente interactivo, el cambio de las partes cambia el todo y el cambio del todo cambia las partes.

Las variables inespecíficas van adquiriendo especificidad en el marco de la Psicoterapia Integrativa. Aquí se plantea un triple desafío: Identificar las variables “Inespecíficas”, establecer la significación de su aporte al cambio y darles una óptima aplicación clínica.

Los principios de influencia aportan especificidad a la Psicoterapia Integrativa: Estos constituyen fuerzas de cambio específicas que pueden ser incorporadas intencionalmente al proceso terapéutico. Diversos principios favorecedores del mismo efecto, pueden ser administrados en el proceso, de ese modo irán

“Tallando” efectos consistentes con los objetivos terapéuticos. Los principios de influencia aportan un nivel tal de especificidad, que permiten esperar un logro sustancialmente mayor que el derivado sólo de factores comunes y /o inespecíficos.

El eje de la Psicoterapia Integrativa es la traducción de la experiencia realizada por el paciente a través de su sistema SELF: El desafío central para un Psicoterapeuta Integrativo, es ir contribuyendo a generar, en el paciente, los mejores estímulos efectivos posibles. La experiencia terapéutica será tan sólo un hecho periférico inocuo, si no es transformada en estímulo efectivo por el sistema SELF del paciente. La tarea crucial del terapeuta será el ir favoreciendo la génesis de estímulos efectivos deseables, potentes, y consistentes con los objetivos terapéuticos. Ello involucra el ir detectando cómo la experiencia terapéutica es significada por el paciente. La “Mejor” estrategia puede ser desperfilada en la traducción que haga el paciente, y la “Peor” puede ser potenciada como estímulo efectivo a través de su sistema SELF. El desarrollo de cada sub-sistema tiene efectos preventivos: Una cosa es superar las debilidades de un sub-sistema y otra es potenciar sus fortalezas. El desarrollo de cada sub-sistema adquirirá una repercusión preventiva al hacer más difícil la génesis de futuros desajustes. Si una persona percibe con precisión, se desenvuelve en un medio adecuado, es capaz de disfrutar, adquiere un repertorio conductual completo. Etc. Generará una mayor resiliencia y opondrá una mayor resistencia comparativa para caer en desajuste.

La Psicoterapia Integrativa es un Proceso creativo sobre bases científicas: La Psicoterapia Integrativa es un proceso que se desarrolla en función de un marco teórico, premisas básicas, datos de la investigación, uso de estrategias “Validas”, etc. No obstante tiene la necesidad de ir implementando y configurando un proceso específico para cada paciente, el cual depende de las evaluaciones, decisiones, habilidad clínica y creatividad del terapeuta. Así, el proceso está “Humanizado” por definición y no resulta deseable el pretender mecanizarlo o automatizarlo (Opazo, 2001).

1.3 El Modelo Integrativo Supraparadigmático y los Trastornos Adictivos

Las personas que consumen drogas parecieran hacerlo buscando ya sea el efecto que éstas causan en la conducta, ánimo y/o percepción del mundo. No obstante, en la actualidad esta enfermedad médica es conceptualizada como una patología multicausada y compleja, que requiere del abordaje clínico en varios ámbitos de la persona enferma. En otras palabras, existen varios factores que ayudarían a explicar por qué una persona se inicia en el consumo de alguna droga, por qué persistiría en el consumo pese a los efectos a largo plazo nocivos y cómo una persona puede pasar de ser un consumidor a un abusador y dependiente. Así, la drogodependencia constituye un síndrome clínico de una etiología y abordaje terapéutico complejo, no sólo a nivel médico o psicológico. Por esta razón, a continuación se abordará esta problemática a la luz del Modelo Integrativo Supraparadigmático (Opazo, 2001), cuyas características permiten realizar un aporte más completo, ordenador y orientador a la comprensión de esta problemática y más específicamente al tratamiento de la misma. En otras palabras, el Modelo Integrativo fomenta el poder obtener una visión lo más completa posible de cualquier problemática particular, lo que permitirá, a su vez, una mayor potenciación de las intervenciones clínicas del terapeuta, quien contará con diferentes "Puertas de entrada" para el abordaje del caso en cuestión.

Como primera aproximación a cualquier problemática, el primer paso a seguir es realizar una completa evaluación y diagnóstico integral de la patología, identificando las diferentes fuerzas o principios de influencia y su aporte tanto para la génesis y/o mantención de la problemática (dadas por los paradigmas biológico, ambiental/conductual, afectivo, cognitivo e inconsciente) para así después entrar a intervenir estratégicamente en cada punto detectado. El aporte que el modelo rescata del paradigma sistémico es entender la interdependencia de los principios de influencia de cada paradigma como un todo ordenado, interrelacionado e integrado por el sistema ordenador o Self, a través de mecanismos de retroalimentación e influencia circular (Feuchtmann, 2004).

1.4 Psicoterapia Integrativa en las Adicciones: Diagnostico Integral.

Si se considera las características multidimensionales y multicausales de esta enfermedad, bajo el marco del Modelo Integrativo Supraparadigmático se hace necesario como primer paso un completo diagnóstico integral, es decir, una evaluación de los principios de influencia de cada paradigma asociado a la etiología y mantención de las adicciones. Asimismo, este diagnóstico debe involucrar al individuo y a su entorno (acogiéndose la importancia del paradigma sistémico: Familia, amigos, redes sociales en general, grupos de referencia, etc.). Sólo una completa evaluación diagnóstica permitirá orientar efectivamente intervenciones y estructurar el tratamiento más adecuado. Por otra parte, no sólo se hace importante una completa evaluación de las fuerzas de cambio específicas asociadas a esta enfermedad (principios de influencia de cada paradigma), sino también considerar la importancia de las variables inespecíficas en juego para movilizar el cambio, tanto por parte del terapeuta (motivación, vocación de ayuda, entrenamiento en el ámbito de las adicciones, tolerancia a la frustración, set de habilidades terapéuticas adecuadas, etc.), como por parte del paciente (motivación y expectativas de cambio, esperanza, conciencia de enfermedad, abstinencia o limpieza de drogas, etc.) y de la misma relación que se puede llegar a establecer entre paciente y terapeuta (confianza, “Enganche terapéutico”, etc.) (Feuchtmann, 2004).

2. La adición a la Cocaína

2.1 Generalidades

En 1855 un químico alemán de apellido Gaedcke aísla de las hojas de coca un alcaloide al que llama erythroxyline por el nombre genérico de la planta. Un poco más tarde, en 1859, empleando alcohol, ácido sulfúrico, bicarbonato sódico y éter, otro químico alemán de nombre Albert Niemann purifica el alcaloide de Gaedcke y aísla directamente de las hojas de coca el alcaloide al que se conoce desde entonces con el nombre de cocaína (Malpica, 2010).

Las hojas de coca tienen una forma oval, son de un color verde oscuro, llegan a medir hasta 6 cm de largo y contienen aproximadamente 1% de cocaína. Dependiendo del tratamiento químico que reciba, (lo que se conoce como pasta base), la cocaína puede extraerse en forma de hidrocloreto, clorhidrato o hidrocloreto. En cualquiera de sus variedades, la cocaína se presenta en forma de polvo blanco, cristalino e inodoro, con un sabor bastante amargo (Malpica, 2010).

Los encargados de procesar la cocaína son llamados cocineros. Cuatro arrobas de hojas (50 kilos) pueden rendir para quinientos gramos de cocaína previo proceso de separación de otros alcaloides y cristalizarla en una sal. Para hacer la pasta base basta con los siguientes precursores: Queroseno, ácido sulfúrico y un álcali que puede ser cal, carbonato sódico o potasa, ésta última es una variedad en bruto de carbonato potásico que se obtiene de las cenizas vegetales. Durante la primera fase, la salada, se mezclan las hojas con la potasa y se las deja reposar en un barril o en un hoyo para que comiencen a disolverse los alcaloides. En la segunda, la mojadura, el queroseno se vierte sobre las hojas hasta empaparlas y se agrega un poco de ácido sulfúrico diluido para que ayude a descomponer las hojas. Esto permanece así durante 36 horas, al cabo de las cuales, los alcaloides flotan libremente en el queroseno que los absorbe. En la tercera fase, la prensa, se separa de las hojas todo el queroseno posible y mediante un sifón se trasvasa el queroseno a un barril y se desechan las hojas que han quedado negras y muertas. La

penúltima fase, la guarapería, es la más delicada. Se agrega agua y ácido sulfúrico al queroseno y se deja reposar durante un día. El ácido penetra y separa los alcaloides que se disuelven en el agua. Al final, el queroseno está arriba y el guarapo abajo. Éste guarapo es una solución de cocaína y demás alcaloides a la que se le agrega más potasa o amoníaco para conseguir que éstos se precipiten. El guarapo adquiere entonces un color blanco lechoso y está listo para pasar a la última fase: La secadería, que consiste en filtrar el precipitado; para ello se utiliza una sábana y se deja secando al sol o con focos hasta que adquiere la consistencia del barro húmedo. A partir de entonces está lista para venderse como pasta base para hacer cocaína o para dejarse secar por completo y venderse como bazucó. Químicamente, la cocaína es estable y puede transportarse en cualquier clima sin que pierda su potencia. Un buen cocinero puede convertir un kilo de pasta en casi el mismo peso de cocaína. Para hacerlo, se necesitan los siguientes precursores: Permanganato de potasio para suprimir los alcaloides que no son esenciales mediante la oxidación; disolventes orgánicos como acetona, éter, benzol o toluol; y algún ácido como el clorhídrico que reacciona con el alcaloide de la cocaína formando una sal cristalina (Nicholl, 1998).

La cocaína es quizá la droga más sujeta a sufrir adulteraciones. Hay dos tipos de "Cortes" o adulterantes para la cocaína. Los cortes inactivos sirven para dar peso: Lactosa, talco, bórax, Manitol® (que es un laxante italiano) o cualquier otra cosa que se parezca a la cocaína y no tenga efectos colaterales perceptibles de manera inmediata. Para compensar la potencia perdida en las adulteraciones, se le añaden también cortes activos, que pueden ser de dos clases: Excitantes (anfetaminas en polvo) para que tenga una subida fuerte y congelantes (novocaína o benzocaína) para imitar el efecto característico de adormilar la boca de la auténtica cocaína. El que distribuye la mercancía por kilos, la corta normalmente con bórax, lactosa o Manitol®, para dejarle una pureza de entre 85 y 80%; el que la compra en kilos y la vende por onzas la corta con amfetamina y algún anestésico derivado de la coca para dejarla entre 70 y 60%; el que la compra en onzas y la vende en gramos, la corta con lo que se le ocurre, incluyendo gis o talco, y/o nuevamente procaína y novocaína que

siendo sustancias 70% más tóxicas que el bórax, el Manitol® y la lactosa, añaden además dificultades de solubilidad, haciendo más peligrosa su administración intravenosa y la dejan con sólo un 30 a 40% de cocaína. Si es que pasa por un revendedor más puede acabar hasta en un 20%. El caso es que el consumidor que compra por gramos, rara vez recibe más allá del 50% de cocaína pura, la cantidad acostumbrada en las muestras callejeras actuales oscila entre el 20 y el 40%. Se cree que un modo elemental de detectar la adulteración es probando la droga; se supone ingenuamente que al contacto con los labios y la lengua, la cocaína los adormece. Esto nunca es una garantía porque como ya se señaló, el efecto puede estar provocado por lidocaína o procaína. La presencia de grumos también es un mito, en realidad estos grumos se deben a la humedad y se forman con todas las sustancias con las que pueda estar cortada, al igual que se cristaliza el azúcar húmedo. Una prueba más efectiva es la que se hace con un vaso de cristal claro y agua fría. Los cristales de cocaína pura se disuelven al echarlos en el agua antes de llegar al fondo del vaso. En el camino se desprenden la mayoría de las impurezas y quedan visibles en el fondo. La prueba más efectiva para detectar adulterantes se realiza a nivel térmico: La cocaína se funde entre los 192 y los 197 grados centígrados, así es que cualquier ingrediente que llegue a fundirse antes o después, no puede ser cocaína. Empíricamente se puede realizar con ayuda de un pedazo de papel aluminio o de los metalizados que vienen en las cajas de cigarrillos. Se coloca la muestra de cocaína encima del papel y por debajo se calienta con un encendedor. Si es pura, hace burbujas y deja una película marrón claro; si no lo es se ennegrece y deja grumos. La inmensa mayoría de los consumidores no sabe reconocerla por la sencilla razón de que nunca la ha visto ni la ha probado pura (Malpica, 2010).

2.2 Consumo de cocaína y adicción a cocaína

Bolla y Cols, (1998) y Caballero (2005) dicen que estudios realizados en laboratorios de farmacología humana han mostrado que dosis únicas y pequeñas de cocaína producen un estado intenso de bienestar y de placer en alerta y una sensación de incremento de energía, autoestima, auto-percepción

de capacidad, emociones y sensaciones sexuales; habitualmente esta experiencia no se acompaña de alucinaciones ni de trastornos perceptivos relevantes, tiene una aparición rápida y una persistencia corta que varía en función de la cantidad consumida y de la ruta de administración.

Cuando la cocaína se consume conjuntamente con alcohol, a los efectos conjuntos de ambas drogas se suma el del cocaetileno, que es un metabolito más activo aún que la cocaína (Hart y cols 2000). El consumo conjunto de cocaína con heroína es también frecuente, pero menos que con alcohol (Caballero, 2005).

La cocaína tiene una vida media de eliminación plasmática de unos 90 minutos pero, con mucha frecuencia, se produce un fenómeno de tolerancia aguda o taquifilaxia, es decir, los efectos estimulantes desaparecen antes (a los 40 minutos de ser inhalada, a los 5-10 minutos en la inyección intravenosa) de que la sustancia sea eliminada del organismo (Jufer y cols., 2000; Moolchan y cols., 2000).

En sí mismo, este hecho farmacodinámico predispone a repetir el consumo una vez realizado (apremio o "Priming") y a acortar el intervalo entre las tomas (Bradberry, 2000).

Tras un consumo inicial de cocaína muchas personas se detienen porque los efectos estimulantes les producen ansiedad, porque no disponen de más cantidad de droga, o por temor a perder el control o a las posibles consecuencias personales, familiares, legales o médicas. Sin embargo, otras se convierten en consumidoras regulares y aprenden pronto que dosis mayores o repetidas de cocaína incrementan y prolongan la euforia. Algunos consumidores regulares progresan hasta el consumo compulsivo y les resulta difícil dejar de consumir una vez que han comenzado, a pesar de las consecuencias adversas recurrentes y más o menos graves. Para un porcentaje menor de consumidores crónicos, la cocaína llega a ser la motivación prioritaria que subordina cualquier otra actividad o intención, y se

desarrolla un patrón de consumo excesivo y un ciclo crónico de problemas psicosociales asociados (Caballero, 2005).

Las variables que, en cada caso, determinan la progresión del uso al abuso y de este a la dependencia no se conocen en detalle (Bolla y cols., 1998), pero se sabe que en torno al 10-15% de los consumidores regulares de cocaína desarrolla una dependencia (Warner y cols., 1995; Van Etten, Anthony, 1999).

Los pacientes dependientes llevan a cabo episodios de consumo incoercible que suelen oscilar entre 8-12 horas y varios días, durante los cuales experimentan una euforia-disforia extrema (Margolin y cols., 1997, Uslaner y cols. 1999).

Durante el consumo, el cocainómano se entrega al mismo casi en exclusiva (desatiende sus responsabilidades laborales o familiares básicas y la satisfacción de sus necesidades biológicas elementales, como el sueño o la alimentación), hasta que la falta de cocaína, el agotamiento extremo, o algo ajeno detiene el consumo (Caballero, 2005).

El paso de la vía intranasal a otra más rápida (fumada o intravenosa) se asocia invariablemente a incremento de consumo y descontrol y a riesgo de dependencia (Ward y cols., 1997, Foltin, Fishman, 1998).

Los pacientes dependientes de cocaína suelen presentar de 1 a 4 episodios de consumo por semana, separados entre sí por cortos periodos de abstinencia (Caballero, 2005).

Esta intermitencia, diferente al patrón de consumo diario de los heroinómanos o de la mayoría de los alcohólicos, es crucial para entender la adicción a cocaína (Pottieger y cols., 1995; Evans y cols., 1999), incluida la ambivalencia ante el tratamiento y la tendencia al abandono en las primeras etapas del mismo tras periodos cortos de abstinencia (Caballero, 2005).

Se ha descrito un periodo de abstinencia de cocaína trifásico en algunos consumidores crónicos (Gawin y Kleber, 1986). Las fases de este síndrome serían las que siguen:

- a) Abstinencia aguda o “Crash” (de horas o días) con fatiga, disforia, insomnio, hipersomnias diurna, incremento de apetito y agitación o retardo psicomotor.
- b) Abstinencia prolongada (2-10 semanas) con síntomas depresivos menores.
- c) Extinción progresiva del deseo de consumir ante estímulos que evocan la euforia cocaínica o de modo espontáneo (meses a años después). Sin embargo, otros estudios (Satel y cols., 1991) y la experiencia clínica muestran que el síndrome de abstinencia completo, tal y como se ha descrito, no es frecuente.

En la práctica, el cocainómano que acude a la consulta puede estar taquipsíquico, hipervigilante y mostrarse inquieto y suspicaz. Si estos síntomas persisten 24-48 horas después del último consumo hay que descartar la existencia concurrente de un trastorno bipolar (Carroll y cols., 1994). También puede ser llevado a un hospital en un delirium con confusión, desorientación y agitación, en ese caso, debe considerarse una urgencia médica. La hipertermia y la agitación también pueden simular un síndrome neuroléptico maligno (Kosten, Kleber, 1988; Ross 1998). Si el paciente acude tras el cese del consumo (Margolin y cols., 1996; Milby y cols. 2000) puede mostrar síntomas de abstinencia como cansancio extremo, depresión, agitación y ansiedad más hipersomnias que ceden pronto, pero suelen dejar una disforia residual (Westermeyer y cols., 1997) subsidiaria a veces de tratamiento (Caballero, 2005).

Los síntomas de abstinencia producto de la suspensión del consumo (disminución de energía, falta de interés y anhedonia fluctuantes) pueden durar hasta 10 semanas y no suelen ser tan importantes como para requerir el diagnóstico de depresión mayor pero inducen a volver a consumir. Además, algunos pacientes pueden mostrar síntomas depresivos e ideas suicidas importantes. La fase de extinción es indefinida y en ella la apetencia aparece tras exponerse a estímulos o hábitos que evocan la euforia cocaínica (presencia de cocaína, personas, lugares, utensilios o estados de ánimo asociados al consumo) (Childress y cols 1993).

Las recaídas pueden producirse incluso años después de la abstinencia completa. Para muchos cocainómanos la abstinencia tarda en adquirirse, su consecución completa requiere más de un tratamiento y, no pocas veces, los puntos de inflexión favorable en la evolución y los factores que la determinan se identifican sólo epicríticamente (Caballero, 2005).

2.3 Estructuras neurales de la recompensa-motivación

La cocainomanía se concibe actualmente como una alteración compleja y/o una enfermedad de los denominados núcleos de la recompensa del córtex frontotemporal (Self y Nestler, 1998; Dackis, O'Brien, 2001; Porrino y cols., 2004; Dom y cols., 2005) caracterizada biológicamente por:

- a) Fenómenos anómalos de neuroadaptación a la cocaína, como los que producen los mecanismos de tolerancia y de sensibilización implicados en la apetencia, en la psicosis cocaínica y en las recaídas. El uso crónico de cocaína se asocia a fenómenos de sensibilización, tolerancia, apetencia, búsqueda compulsiva y síndrome de abstinencia. Los cambios adaptativos en los sistemas de neurotransmisión Dopamina (DA), GABA, glutamato, Noradrenalina (NA) y otros están implicados en estos procesos, aunque el papel concreto de cada uno de ellos no está completamente definido todavía.
- b) Disminución de la reactividad neuronal a la dopamina por alteración de los segundos mensajeros, de los factores de transcripción nuclear y, a la larga, por cambios en la expresión génica de los receptores y sistemas dopaminérgicos y glutamatérgicos, existiendo por lo tanto una hiposensibilidad al placer (aumento de los umbrales para el placer) lo que ayuda a la perpetuación del consumo.
- c) Alteración de los sistemas de memoria del hipocámpo, de la amígdala y del estriado que determinan anomalías en el aprendizaje y en las conductas condicionadas, así como en la inducción de la apetencia de cocaína, en el consumo compulsivo y en las recaídas.

- d) Reducción y alteración de la actividad del córtex orbitofrontal y gyrus cingulado anterior.
- e) Disminución de la densidad neuronal de las regiones frontales en IRMF.
- f) Reducción de la transmisión dopaminérgica y serotoninérgica observadas mediante distintas técnicas de neuroimagen (TEP, TE fotón único, EEC cuantitativa) con repercusiones fisiopatológicas y neuroconductuales consistentes con los hallazgos de la experimentación animal.
- g) Alteraciones de la respuesta hedónica derivada de estos cambios que podrían explicar las altas tasas de depresión, irritabilidad, ansiedad y suicidio en cocainómanos. Poder distinguir (mediante técnicas de neuroimagen u otras) entre las alteraciones neurales que subyacen en la dependencia a cocaína y el consumo compulsivo sería una distinción crítica, pero no puede hacerse de un modo práctico todavía (en todo caso, requiere procedimientos que no están disponibles habitualmente en la clínica) (Caballero, 2005).

2.4 Epidemiología del consumo de cocaína y la adicción a cocaína

En EE.UU tuvo lugar un gran incremento de consumo de clorhidrato de cocaína y de "Crack" a principios de los años 1980 que tuvo su acmé en 1985 (Platt, 1997; SAMHSA, 2004). A partir de ese año, el número de consumidores comenzó a descender hasta 1994 (aunque no el de cocainómanos, ni los indicadores de problemas médicos asociados). A partir de 1995 y hasta el 2000 se incrementó de nuevo el consumo en la población general. La National Household Survey on Drug Abuse mostró que en el año 2000 el 0,5% de la población norteamericana mayor de 12 años había consumido cocaína. Aunque la tendencia general era levemente descendente, la población más joven mantenía el consumo de años previos, lo cual representaba un problema de salud pública muy considerable. La tasa de consumo en varones seguía siendo mayor que en mujeres, pero la diferencia se había acortado en las 2 últimas décadas (Van Etten, Anthony, 1999; SAMHSA, 2004). El consumo de cocaína se daba en todos los estratos sociales y grupos de edad con un claro

predominio en los más jóvenes. Con frecuencia, el consumo de cocaína se asociaba al de otras drogas; por ejemplo, en el Epidemiological Catchment Area Study llevado a cabo en población general, el 84% de los dependientes de cocaína lo eran también del alcohol (USDHHS, 1993). La cocaína fue también la droga que con más frecuencia causó urgencias médicas durante este periodo (29% de las urgencias por drogas) (SAMHSA, 2004).

En Europa, la prevalencia del consumo en la población general y en subgrupos específicos varió bastante según los países, pero en todos ellos se encontró un incremento notable en los últimos años. En el año 2000, el Reino Unido tenía la tasa más alta de prevalencia-vida de Europa (5,2%) (Si bien, bastante por debajo del 18% alcanzado en la epidemia americana de “Crack” en 1985), y Suecia tenía la tasa más baja (1%, probablemente por las características del mercado de cocaína y el consumo elevado de anfetaminas en ese país). La estabilización de las tasas de consumo de cocaína en Europa en torno al año 2000 ha coincidido con la discusión generalizada en los medios de muchos países de los riesgos que conlleva (igual que pasó en USA a partir de 1985). Por sorprendente que parezca, hasta hace poco no se habían publicado estudios epidemiológicos relevantes con ámbito europeo. En un estudio multimodal y multicéntrico reciente (Haasen y cols., 2004; Prinzleve y cols., 2004) se ha comprobado que el consumo actual de cocaína en 10 grandes ciudades europeas de 9 países tiene características bastante diferentes del americano, tal y como sostenían muchos observadores. El estudio se llevó a cabo sobre 1855 consumidores pertenecientes a tres grupos diferentes: Pacientes en tratamiento por adicción a cocaína (sobre todo en programas de metadona), grupos marginales sin tratamiento y consumidores socialmente integrados sin tratamiento. Los tres subgrupos de población estudiados (jóvenes, especialmente en ámbitos de diversión; grupos socialmente marginados como prostitutas y “Sin hogar”; y dependientes de opiáceos en mantenimiento con metadona) consumían más que la población general. El grupo de los socialmente integrados (sin tratamiento) consumía cocaína snifada en el 95% de los casos. Los grupos marginales consumían con más frecuencia e intensidad cocaína, heroína y otras sustancias, y utilizaban más

las vías inyectada y fumada, aunque había diferencias notables según las ciudades. El 96% había consumido además otras sustancias en el último mes y aunque el uso relativo de clorhidrato en polvo o de “Crack” variaba según las ciudades, el policonsumo era la norma. Las vías usadas más frecuentemente variaban mucho también. Todo lo anterior muestra importantes diferencias en las poblaciones de cocainómanos en Europa y sugiere que son subsidiarias de diferentes abordajes. En conjunto, la situación epidemiológica europea actual parece de menor gravedad que la americana de los años 1980, pero plantea también importantes problemas asistenciales que son mayores en el caso del “Crack” (Gossop y cols., 2003).

Según CELIN (2010) los consumidores de clorhidrato de cocaína en Bolivia, subieron de manera notable entre 1992 y 1996 (de 2.148 a 12.870). Después, proporcionalmente hablando, la subida fue menor; aunque en términos absolutos el crecimiento implique prácticamente igual número de consumidores nuevos entre 1996 y 1998.

En todo caso, la subida porcentual fue menor entre 1996 y 1998 que entre 1992 y 1996; aunque este indicador no dejó de subir hasta 1998.

De allí, al año 2000, se produjo una leve bajada en porcentaje, que también se tradujo en términos absolutos (de 20.200 a 19.193 consumidores actuales), pero entre el 2005 y el 2010, se produjo un repunte considerable en los tres indicadores epidemiológicos (prevalencias de vida, año y mes).

La tendencia del consumo de clorhidrato de cocaína en el país urbano es a subir, en los tres parámetros epidemiológicos.

Los indicadores de consumo actual de clorhidrato de cocaína (varones) crecieron mucho más que los indicadores de consumo actual de las mujeres, lo que significa que mucha de la carga del indicador general, la absorbieron los varones; pero desde el notable crecimiento producido entre 1992 y 1996, el indicador de consumo creció muy poco entre 1996 y 1998, para disminuir levemente entre 1998 y el año 2000 (de 16.918 consumidores actuales, a 16.546 el año 2000), tanto en términos porcentuales como en absolutos, pero

entre este año y el 2005, los indicadores volvieron a crecer, también tanto en términos porcentuales como absolutos. Por otra parte, el crecimiento de consumidores especialmente varones (aunque también mujeres) entre el 2005 y 2010 es, otra vez, muy acentuado.

A pesar de las fluctuaciones sufridas en cuanto a la magnitud, porcentajes, y número de consumidores (mujeres) de clorhidrato de cocaína, se advierte que la tendencia al crecimiento de consumidores, es más rápido entre las mujeres que entre los hombres en Bolivia.

Bolivia es un país atípico, porque suele suceder que cuando aumentan los consumidores, baja la edad de inicio.

Celin-Bolivia concluyó que en este caso, como en otros aspectos influye la aguda crisis económica que afecta al país. De modo que los consumidores de Droga deben tener cierto respaldo económico, que no tienen los jóvenes de menor edad.

Los indicadores de consumo actual en el rango etáreo comprendido entre los 12 y 17 años, subieron en el transcurso de cuatro años; se mantuvieron hasta 1998 y volvieron a subir entre 1998 y el año 2010. De 18 a 24 es el grupo etáreo en el que los consumidores actuales presentan más incrementos. Los indicadores del último año, presentan leves bajas entre los 51 a 65 años de edad.

Las tendencias demuestran que el grupo etáreo que tiene más consumidores, pero creciendo relativamente lento en relación a los demás grupos de edad, es el comprendido entre los 18 a 24 años, le sigue el de 25 a 34 años, y el de menor tendencia de crecimiento, es el del grupo de 1 a 17 años.

La Base de cocaína nos muestra que el incremento de consumidores de esta sustancia fue constante desde 1992, con las oscilaciones propias del fenómeno.

Como en el caso del clorhidrato de cocaína, el consumo actual de base de cocaína (prevalencia del último mes), de los consumidores varones, subió de

manera acelerada entre 1992 a 1996. A partir de entonces bajó ostensiblemente hasta 1998 y luego volvió a subir, más lentamente, hasta el año 2000. Este último indicador es superior al de 1992, pero inferior al de 1996.

La prevalencia de mes del consumo de base de cocaína en población masculina, muestra que entre los años 2000 a 2005, hay un incremento constante. El mayor crecimiento se da entre 1992 y 1996; pero el más importante es el producido el 2000 y el 2010.

En el caso del género femenino, los indicadores del consumo actual de esta sustancia, no presentan grandes oscilaciones. El porcentaje de consumidoras del último mes es el mismo para 1992 y 1996. Hay un leve incremento en 1998, para bajar muy levemente, el año 2000. El indicador del consumo actual (prevalencia del mes) para el año 2010, es el mismo que del 2005.

En general el crecimiento del consumo actual es menor y más lento entre las mujeres que entre los varones.

La tendencia de consumo de base, en ambos géneros, indica un claro panorama a incrementar el porcentaje y número de consumidores y consumidoras de esta sustancia (de manera más uniforme entre las mujeres que entre los varones).

El consumo de base de cocaína ha sufrido oscilaciones no muy pronunciadas, pero en los valores extremos (de 1992 y 2010) se aprecia una disminución de casi un año en la edad media del inicio del consumo de base de cocaína.

La tendencia de consumo de base de cocaína tiene una bajada de inicio del consumo de la sustancia.

La evolución de la prevalencia del consumo de Base de Cocaína por edad es la siguiente: Pese a que la prevalencia del mes en el grupo de 12 a 17 años es baja, hasta el 2010 hay casi un 100% de incremento. El grupo de 18 a 24 años, que es el segundo con mayor porcentaje de consumidores, hay un incremento considerable entre 1992 y el 2010.

Hay un salto de 435% entre el 2000 al 2005 en el grupo comprendido entre los 35 a 50 años de edad que además continua en ascenso con un 15% de incremento el 2005 y el 2010.

Otro salto importante es el de 900% comprendido entre los 51 a 65 años y de 39% entre el 2005 y el 2010.

La tendencia de consumo de la edad comprendida entre 35 a 50 años, es la que más tiende a crecer y la que menos lo hace es la edad comprendida entre los 12 a 17 años que muestra tendencia leve hacia el decremento.

2.5 Farmacología general de la cocaína

La distribución de la cocaína es muy amplia y alcanza todo el organismo. El metabolismo principal de la cocaína tiene lugar mediante una hidrólisis enzimática hepática rápida que produce los metabolitos inactivos benzoilecgonina (45%), metilesterecgonina (45%) y ecgonina; también se producen cantidades menores de norcocaína (que es activa pero tiene una acción clínica poco relevante). En el caso de las formas fumadas el metabolismo produce también metil-ester-anhidroecgonina, activa en animales y de acción poco conocida en humanos. Todos los metabolitos de la cocaína tienden a acumularse en el tejido graso desde el cual se liberan lentamente. La benzoilecgonina aparece en orina hasta al menos 3-4 días después de un consumo moderado y, por ello, es el metabolito más utilizado para determinar el consumo reciente en ámbitos asistenciales. La benzoilecgonina puede detectarse también en la saliva, el cabello o el sudor, mediante las técnicas habituales de radio o enzimo inmunoanálisis. Las técnicas cromatográficas (TLC, HPLC, de fase gas-líquido) son capaces de detectar metabolitos de cocaína hasta 10-20 días después de consumos moderados y se utilizan para confirmar resultados dudosos con los procedimientos habituales de criba, por motivos medicolegales u otros (Caballero, 2005).

El consumo conjunto de alcohol y cocaína da lugar por transesterificación hepática a etilencocaína o cocaetileno, un estimulante también potente y con

una vida media 2 ó 3 veces más larga que la de la cocaína (McCance y cols., 1995; Hart y cols., 2000).

	Cocaína	Anfetaminas
Liberación de DA	++	++
	(bloqueo transportador)	
Bloqueo recaptación de NA	+++	+++
Bloqueo recaptación 5-HT	++	++
Analgesia	Sí	No
Acción IMAO	No	Sí

Farmacología general de la cocaína a partir de (Caballero, Alarcón, 200) Tomado de (Caballero, Alarcón, 2005).

2.6 Farmacocinética

Según Gawin (1991), Platt (1997), Lizasoain y cols (2001) la cocaína es una base débil (que atraviesa rápidamente las membranas corporales, incluidas las placentarias y las hematoencefálicas).

La absorción, los picos plasmáticos, la biodisponibilidad y las concentraciones alcanzadas tras el consumo dependen de la forma de presentación farmacológica y de la vía utilizada (Caballero, 2005).

La inhalación nasal del clorhidrato de cocaína, por ejemplo, produce efectos en pocos minutos (con un pico a los 20-30 minutos) que desaparecen completamente a los 60 minutos (aunque pueden permanecer más si el efecto vasoconstrictor de la mucosa lentifica la absorción). Por vía intranasal la biodisponibilidad de la cocaína nunca supera el 40%. Las formas fumadas son más rápidas de acción (llegan a actuar en segundos), menos duraderas (por ello predisponen más al consumo compulsivo) y tienen una biodisponibilidad más irregular. La vía intravenosa es también muy rápida y proporciona una biodisponibilidad completa de la cocaína inyectada (100%) (Caballero, 2005).

Presentación	Vía	Tiempo de acción	Pico de efecto máximo	Duración del efecto	Biodisponibilidad (%)
Hoja de coca (mascada)	oral	5-10'	45-90'	—	—
Clorhidrato	oral	10-30'	—	60'	20-30
	inhalada	2-3'	15-30'	45-60'	20-30
	intranasal				
	intravenosa	30-45"	10-20'		100
Pasta de coca	fumada (intrapulmonar)	8-10"	5-10'		6-32
Base	aspirada intrapulmonar				90-100

Farmacocinética a partir de (Gold, Jacobs, 2004) Tomado de (Caballero, 2005).

2.7 Acción fisiológica de la cocaína

Según Platt (1997), Lizasoain y cols., (2001) la cocaína tiene las siguientes acciones farmacológicas generales:

- 1) Amina simpaticomimética indirecta de tipo I.
- 2) Anestesia local por bloqueo de la transmisión nerviosa.
- 3) Estimulo del sistema nervioso central.
- 4) Anorexia e inhibición del sueño por acciones sobre el hipotálamo, sistema reticular ascendente y cerebelo.

Como consecuencia de estas acciones farmacológicas la cocaína tiene efectos clínicos que pueden resumirse como sigue:

- a) Vasoconstricción periférica, taquicardia, incremento de la contractilidad cardíaca, hipertensión, midriasis, temblor y sudoración, todo ello por acción sobre los receptores alfa y beta-adrenérgicos.
- b) Incremento de la temperatura por incremento de la actividad física, vasoconstricción y alteración directa del centro hipotalámico de control térmico.

- c) Estímulo potente del SNC por acción dopaminérgica. Este efecto varía según la dosis, la vía, el ambiente y las expectativas del consumidor. Con dosis bajas se produce incremento del tono vital y de la energía, disminución del apetito, insomnio, aumento del rendimiento intelectual y físico, hiperactividad motora, verbal e ideatoria, disminución de la fatigabilidad e incremento de los placeres en alerta. Tras un consumo moderado los consumidores no adictos experimentan habitualmente un periodo de cansancio y, en ocasiones, disforia y deseo de tomar cocaína que dura horas. Con dosis más altas y/o en personas predispuestas pueden aparecer alteraciones de la capacidad crítica y discriminativa, ilusiones y/o alucinaciones auditivas, táctiles y visuales, esterotipias, bruxismo y convulsiones.
- d) Activación de las hormonas tiroideas (lo cual da cierta similitud a la intoxicación cocaínica con el hipertiroidismo).

El placer “Apetitivo” que proporciona la cocaína (a diferencia del placer “Saciativo” que proporciona la heroína) genera una actividad insaciable que incita a consumir más cocaína y a buscar nuevas sensaciones (suele decirse que reproduce muy intensa y distorsionadamente el placer asociado a “Actividades de búsqueda” como en los contactos sociales, el encuentro sexual, el baile, la caza, etc.) (Caballero, 2005).

Los experimentos en los que se basan las observaciones de los efectos de cocaína nunca suelen superar 6 horas de consumo y utilizan cantidades moderadas de cocaína, muy inferiores a las tomadas por los adictos. Por esa razón buena parte de los efectos que la cocaína tiene en los cocainómanos distan de los que se exponen en este epígrafe (Caballero, 2005).

2.8 Efectos Psicológicos de la Cocaína

La acción estimulante de la cocaína deriva principalmente de su capacidad para inhibir la recaptación de los neurotransmisores norepinefrina, serotonina y, sobre todo, dopamina en las sinapsis del SNC. La hipótesis dopaminérgica de la recompensa cocaínica está basada en la afinidad de la cocaína por el

transportador de dopamina (Dackis y Gold, 1985), pero la acción sobre este neurotransmisor no explica todos los efectos clínicos de la cocaína. La activación serotoninérgica, norepinefrinérgica, gabérgica, glutamatérgica, histaminérgica, acetilcolinérgica y feniletilaminérgica están también implicadas, aunque los detalles de las mismas son menos conocidos. Junto a los efectos psicológicos sobre el ánimo, la cognición, los instintos y la conciencia, la liberación de neurotransmisores producida por la cocaína proporciona también disminución del umbral convulsivo, temblor, cambios en la activación eléctrica, emesis, hiperpirexia, taquicardia, hipertensión, diaforesis, retraso en la eliminación urinaria y fecal, contracciones musculares y enrojecimiento facial (Gawin, Ellinwood, 1988; Gawin 1991; Platt, 1997). Además, el consumo repetido de cocaína produce tolerancia y puede producir dependencia. Mucha investigación animal y humana ha mostrado que el uso de altas dosis de cocaína durante periodos prolongados de tiempo altera el ánimo y la respuesta hedónica normal (Caballero, 2005).

El cocaetileno que resulta del consumo conjunto de alcohol y cocaína tiene una acción dopaminérgica semejante a la cocaína, pero menor afinidad por los transportadores de serotonina y norepinefrina (Jatlow y cols, 1991; Bradberry y cols, 1993; McCance-Katz y cols, 1993; Henning, Wilson, 1993) y mayor riesgo tóxico (Randall, 1992; Fowler y cols., 1992).

- | |
|---|
| 1 Euforia y, en ocasiones, disforia. |
| 2 Aumento de la sensación de energía en alerta. |
| 3 Sensación de agudeza mental. |
| 4 Mayor conciencia de las sensaciones sexuales, auditivas, táctiles y visuales. |
| 5 Incremento de la actividad motora y conductas estereotipadas. |
| 6 Anorexia. |
| 7 Incremento de ansiedad y suspicacia. |
| 8 Disminución de la necesidad de sueño. |
| 9 Posibilidad de retrasar la sensación de fatiga. |
| 10 Aumento del «insight» y de la autoestima (grandiosidad). |
| 11 Síntomas físicos por descarga generalizada del SN simpático. |

Efectos Psicológicos de la Cocaína a partir de (Caballero, Alarcón, 2000).

2.9 Formas de presentación y consumo

La cocaína es un alcaloide con acción anestésica en el sistema nervioso periférico y estimulante sobre el sistema nervioso central. La forma ácida o clorhidrato de cocaína se obtiene por tratamiento de la pasta de coca con ácido clorhídrico. El clorhidrato de cocaína es un polvo blanco cristalino con sabor amargo que puede inhalarse por vía intranasal, fumarse mezclado con tabaco, disolverse en agua para inyección intravenosa, ingerirse por vía oral, o aplicarse directamente en mucosas donde ejerce un efecto anestésico característico. El denominado “Crack”, es una forma básica sólida que se vende ya preparada para el consumo (Caballero, 2005).

El consumo de cocaína varía según la cantidad, ritmo, vía y posible combinación con otras sustancias del modo que sigue (Caballero y Alarcón, 2000):

1) Según la Cantidad y el Ritmo:

a) Consumo controlado, habitualmente experimental o recreativo de cantidades moderadas (menos de 1/4 de gramo de cocaína) y con conservación del control voluntario sobre el consumo.

- b) Consumo intensificado o compulsivo que caracteriza el abuso y la dependencia de cocaína (pueden llegar a tomarse varios gramos, muchas horas o días seguidos y no se conserva íntegra la voluntad de dejar de consumir a pesar de las consecuencias negativas).

2) Según la Vía:

- a) Oral, de hojas frescas de la planta de coca masticadas. Propio de los países productores.
- b) Nasal o naso-alveolar, por inhalación mediante un tubo hueco de "Líneas" o "Rayas" de clorhidrato de cocaína pulverizada.
- c) Aspiración fumada de pasta de coca, o aspiración de base libre fabricada a partir de clorhidrato o de "Crack". El efecto por esta vía es más rápido, intenso y breve.
- d) Intravenosa, de clorhidrato de cocaína disuelto en agua mediante calentamiento en una cucharilla o similar. Este consumo añade los riesgos y complicaciones de la vía parenteral. La mezcla de heroína con cocaína se llama "Speed ball".

Otras menos frecuentes: Oral, rectal, genital.

- a) Según la Mezcla o consumo conjunto con otras sustancias:
- b) Cocaína pura.
- c) Cocaína mezclada con alcohol, cannabis, heroína u otros estimulantes o sedantes, incluidos los de prescripción médica.

En orden decreciente de frecuencia las vías de consumo más utilizadas en la actualidad son la intranasal (sobre todo), la pulmonar, etc.

3. Clínica y diagnóstico de los trastornos por consumo de cocaína

El diagnóstico de los trastornos por consumo de cocaína requiere disponer de una historia clínica completa del consumo de cocaína y de otras drogas que incluya las circunstancias de consumo, los efectos, las vías, la frecuencia y la cantidad, así como las consecuencias biológicas y psicosociales. Si existe una enfermedad psiquiátrica previa a la adicción a cocaína, el tratamiento de la misma suele ser imprescindible desde el principio. Si el consumo de cocaína responde a alguna forma de “Automedicación” de un trastorno psiquiátrico pre-existente (trastorno bipolar o trastorno por déficit de atención e hiperactividad), el tratamiento psicofarmacológico del mismo puede mejorar drásticamente el pronóstico global. Estableciendo esta secuencia temporal, por otro lado, puede evitarse el error de tratar con psicofármacos síntomas limitados secundarios al consumo de cocaína, que podrían exponer a nuevos riesgos a pacientes con tendencias adictivas. Hace falta también realizar un examen físico completo y exámenes complementarios para descartar infección por HIV y otras enfermedades de transmisión sexual, déficits vitamínicos y desnutrición. En inyectores hay que descartar endocarditis, abscesos, celulitis y hepatitis B y/o C. El EKG, una prueba de imagen cerebral para descartar alteraciones groseras (TAC o RMN) y alguna prueba neuropsicológica (sobre todo de función frontal) son necesarias en la mayoría de las primeras evaluaciones (Caballero, 2005).

3.1 Intoxicación por cocaína

Incluye excitación, intranquilidad, incoherencia del lenguaje, taquicardia, midriasis, hipertensión, náuseas (a veces vómitos), temblor, sudoración, hipertermia y, ocasionalmente, arritmias, dolor torácico, movimientos estereotipados y distonías. Los efectos más graves suelen producirse por consumo prolongado de cantidades importantes de cocaína y sólo en casos complicados se produce colapso, convulsiones, coma, parada respiratoria y muerte. El efecto psicológico más claro de la cocaína es la euforia que, de forma variable, puede asociarse a ansiedad, irritabilidad, disforia, grandiosidad, deterioro del juicio, incremento de la actividad psicomotriz (que puede llegar a

la agitación) e hipervigilancia (que puede llegar a la psicosis cocaínica con alucinaciones y delirios) (Caballero, 2005).

Según Platt (1997) otras características y riesgos de la intoxicación por cocaína varían en función de la preparación consumida:

- a) La pasta de coca, da lugar a intoxicaciones saturninas y daños pulmonares.
- b) La base libre se asocia con frecuencia a reacciones tóxicas y de tipo anafiláctico, pulmón de "Crack", infarto agudo de miocardio, neumotórax y neumomediastino.
- c) El clorhidrato de cocaína es menos tóxico pero afecta a las mucosas nasales si se inhala y puede producir paradas cardíacas, crisis convulsivas y necrosis por vía intravenosa.
- d) El consumo conjunto de alcohol y cocaína produce cocaltileno que es más tóxico que la cocaína.

Como la tolerancia se presenta antes y en mayor medida a los efectos euforizantes que a los cardiovasculares, el peligro de intoxicación por cocaína aumenta si el consumidor toma dosis cada vez más altas, buscando experimentar los efectos cerebrales del inicio (Platt, 1997).

En pacientes con bajos niveles de colinesterasa plasmática, déficit congénito de colinesterasa o alteraciones de la sensibilidad del receptor NDMA del glutamato, la intoxicación por cantidades moderadas de cocaína puede ser grave, e incluso fatal (Lizasoain y cols., 2001).

Cuando se requiere tratar la agitación por cocaína con benzodiazepinas o neurolépticos los de elección son el loracepan y los neurolépticos de baja potencia que disminuyen menos el nivel convulsivo, disminuido ya por la cocaína (Caballero, 2005).

a) Consumo reciente de cocaína.

b) Cambios psicológicos o de comportamiento desadaptativos clínicamente significativos (euforia o afectividad embotada; aumento de la sociabilidad; hipervigilancia; sensibilidad interpersonal; ansiedad; tensión o cólera; comportamientos estereotipados; deterioro de la capacidad de juicio, o deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante, o poco tiempo después, del consumo de cocaína.

c) Dos o más de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cocaína:

1. Taquicardia o bradicardia.
 2. Dilatación pupilar.
 3. Aumento o disminución de la tensión arterial.
 4. Sudación o escalofríos.
 5. Náuseas o vómitos.
 6. Pérdida de peso demostrable.
 7. Agitación o retraso psicomotores.
 8. Debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas.
 9. Confusión, crisis comiciales, discinesias, distonías o coma.
-

d) Los síntomas no se deben a enfermedad médica si se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Criterios DSM-IV R para el diagnóstico de intoxicación por cocaína.

3.2 Abuso y uso perjudicial de cocaína

La categoría abuso de cocaína DSM-IV R se caracteriza por un patrón desadaptativo del consumo de cantidades habitualmente menores que en la dependencia y sin su regularidad pero con claras consecuencias adversas (abandono de las obligaciones laborales y/o familiares, consumo en situaciones que implican riesgo o problemas legales, interpersonales o sociales). Los episodios de consumo suelen tener horas o días de duración y se repiten a lo largo de un periodo de al menos 12 meses, intercalados entre periodos de abstinencia o de un consumo menos problemático. El paso del abuso a la dependencia de cocaína es a veces tan imperceptible y sutil como en otras adicciones y no existe hasta la fecha ningún marcador biológico fiable de uso clínico para identificar este tránsito. La apetencia de consumo o "Craving" es un fenómeno observable tanto en el abuso como en la dependencia de cocaína, merced al cual irrumpen en la conciencia pensamientos y deseos que

determinan el estado de ánimo y la conducta del consumidor y los orientan hacia la cocaína. Como se ha expuesto, la naturaleza de esta apetencia no es simple ni clara (Jiménez y cols., 2002) y aunque suelen distinguirse aspectos conductuales, fisiológicos y declarativos en ella, su medida no está resuelta de un modo satisfactorio en la clínica (Pérez de los Cobos y cols., 1999).

-
- a) Patrón desadaptativo de consumo de cocaína que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos por uno o más de los items siguientes durante un periodo de 12 meses:**
- 1) Consumo recurrente de cocaína que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de cocaína; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la cocaína; descuido de los niños o de las obligaciones de casa).
 - 2) Consumo recurrente de cocaína en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la cocaína).
 - 3) Problemas legales repetidos relacionados con la cocaína (arrestos por comportamiento escandaloso debido a cocaína)
 - 4) Consumo continuado de cocaína a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la cocaína (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación o violencia física)
-
- b) Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de cocaína**
-

Criterios generales DSM-IV R para abuso de sustancias (cocaína).

3.3 Dependencia de cocaína

El consumo abusivo y dependiente de cocaína suele asociarse a los patrones de consumo que siguen:

- 1) Vía de administración: El consumo de base libre (fumada) y de clorhidrato intravenoso son los más adictivos. Cuanto más rápido y de menor duración sea el efecto de la sustancia, mayor refuerzo positivo y mayor posibilidad de que se produzca abuso o dependencia.

- 2) Tiempo de consumo y dosis: A mayor tiempo y mayor cantidad de cocaína consumida, más posibilidades de que el consumo se haga compulsivo y el consumidor dependiente. Consumos superiores a 1/2 gramo y periodos de consumo que sobrepasan 6-8 horas son, con frecuencia, compulsivos y/o adictivos.
- 3) Tendencia a la compulsión y a la aparición de movimientos estereotipados: Los individuos que presentan estas conductas cuando toman cocaína desarrollan adicciones más graves y más rápidamente que el resto.
- 4) Presencia de "Crash": La aparición de un cuadro de abstinencia con intensa disforia después de consumir puede predisponer al consumo para aliviarlo (este aspecto es más dudoso en la clínica).
- 5) Presencia de síntomas generales de abuso o dependencia.

La Clínica de la dependencia de cocaína establecida (Dackis y O'Brien, 2001) se caracteriza por los hechos que siguen:

- a) Pérdida del control sobre el consumo y aparición automática de conductas de riesgo y autodestrucción.
- b) Complicaciones graves inevitables debidas al consumo (médicas, económicas, familiares, laborales y legales), derivadas de la pérdida de control sobre el mismo y que no conducen automáticamente a disminuirlo.
- c) Negación de la enfermedad y/o sobrestima de la capacidad propia para reducir o abstenerse del consumo.
- d) Pérdida de las sensaciones placenteras originales al consumir cocaína, que no disminuyen el consumo de la misma.
- e) Aparición de apetencia intensa de cocaína que prelude conductas incoercibles de búsqueda. La avidez de consumir suele tener una presentación breve (segundos o minutos de duración) y es característicamente intermitente y repetitiva.

- f) Fenómenos de tolerancia inversa (cantidades pequeñas de cocaína producen efectos muy importantes).
- g) Aparición sistemática de fenómenos de apremio o “Priming” (compulsividad que obliga a consumir más tras experimentar los efectos iniciales).
- h) Pensamiento rumiativo sobre la cocaína de carácter intermitente.
- i) Ciclos de consumo y abstinencia según el patrón apetencia-euforia-disforia-anhedonia-apatía-ideación autoagresiva, que sólo disminuyen después de muchas semanas de abstinencia.
- j) Alteración de las funciones ejecutivas y de la motivación.
- k) Trastornos cognitivos y psicosis.
- l) Trastornos característicos de la alimentación y del sueño.

El perfil clínico más característico del dependiente de cocaína es el de un paciente que presenta tolerancia, autoadministración compulsiva y, en ocasiones, síntomas de abstinencia cuando interrumpe el consumo. La dependencia de cocaína suele producirse años después de iniciar el consumo pero en algunos casos se establece poco tiempo después de iniciado (en meses). Como la cocaína tiene una vida media muy corta y produce taquifilaxia, mantener sus efectos requiere una administración muy repetida. En la dependencia avanzada la motivación del individuo puede quedar completamente secuestrada por el deseo de consumir, el descuido de intereses y responsabilidades personales es muy llamativo y puede incurrir en actividades como el robo o la prostitución para obtener cocaína. Es importante subrayar que, incluso en los pacientes más graves, los periodos de consumo suelen separarse por periodos de abstinencia de días de duración en los que la dependencia puede resultar relativamente “Asintomática”. Con frecuencia el dependiente de cocaína sufre complicaciones médicas o neuropsiquiátricas como ansiedad, depresión, psicosis cocaínica, agresividad, pérdida de peso y síntomas de abstinencia (Caballero, 2005).

Un patrón desadaptativo de consumo de cocaína que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los ítems siguientes en algún momento del periodo continuado de 12 meses:

1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- a) Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con el consumo continuado.
-

2) Abstinencia, definida por cualquiera de los ítems siguientes:

- a) El síndrome de abstinencia característico de la cocaína.
 - b) Se toma cocaína o una sustancia parecida para evitar la abstinencia.
-

3) La sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.

4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de cocaína.

5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias) en el consumo de la sustancia (por ejemplo consumir una y otra vez) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

7) Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados y exacerbados por el consumo de cocaína (consumo de cocaína a pesar de sentirse deprimido después etc.).

Crterios generales DSM-IV R para dependencia de sustancias (cocaína).

3.4 Abstinencia de cocaína

El síndrome de abstinencia de cocaína se observa sólo en un porcentaje de pacientes, a las pocas horas o días de dejar de consumir o disminuir la cantidad de consumo y suele durar varios días. Los síntomas fundamentales son la disforia y la presencia de 2 o más síntomas que muestran una alteración psicofisiológica como fatiga, alteración de la cantidad de sueño (por insomnio o hipersomnias), sueños vivos displacenteros, incremento del apetito, retardo o agitación psicomotriz, anhedonia y apetencia de cocaína. El cuadro de abstinencia de cocaína es una situación de riesgo suicida que hay que prevenir con medidas oportunas.

La concepción del síndrome de abstinencia de cocaína realizada en los años 80 (vigente en el actual DSM-IV R) se apoyó en los conceptos clásicos de tolerancia y dependencia física a drogas. Pero el cuadro de abstinencia de cocaína tiene peculiaridades que no se contemplan en la descripción general.

El cocainómano, no busca necesariamente cocaína durante el síndrome de abstinencia y el consumo puede no aliviar los síntomas de abstinencia, sino complicarlos. La concepción inicial del síndrome de abstinencia de cocaína por Gawin y Kleber (1986) hizo énfasis en las peculiaridades de la apetencia ("Craving") y en la anhedonia como características del mismo y describía las siguientes fases:

- a) Abatimiento o "Crash": Caracterizada por energía intensa, hiperfagia, somnolencia e incremento de sueño total y del sueño REM durante 2 ó 3 días después del consumo.
- b) Abstinencia: Caracterizada por síntomas depresivos mayores, anhedonia y anergia de semanas o meses de duración.
- c) Extinción: En la que aparece la apetencia incluso tras meses de abstinencia ante estímulos que evocan la euforia cocaínica o tras consumos pequeños iniciales (apremio o "Priming"). Sin embargo, es habitual observar pacientes sin la segunda fase (o fase de abstinencia propiamente dicha) (Satel y cols.,

1991) y el estudio de la neurobiología de la apetencia y del papel que juega en las recaídas ha llevado a considerar este síntoma más habitual y característico en la abstinencia de cocaína.

La identificación de un componente fisiológico observable en la dependencia se asocia a una mayor gravedad y ha llevado a proponer los siguientes subtipos de cocaínomanía (Schuckit y cols., 1999): con historia de abstinencia (tipo 1), sin abstinencia pero con tolerancia (tipo 2) y sin abstinencia sin tolerancia (tipo 3) Un subgrupo de pacientes puede presentar un “Síndrome apático” en fases iniciales de la abstinencia y sería subsidiario de intervenciones farmacológicas específicas (Kalechstein y cols., 2002) (Caballero, 2005).

a) Interrupción (o disminución) del consumo prolongado de abundantes cantidades de cocaína.

b) Estado de ánimo disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos que aparecen pocas horas o días después del Criterio A:

1. Fatiga.
2. Sueños vívidos y desagradables.
3. Insomnio o hipersomnias.
4. Aumento del apetito.
5. Retraso o agitación psicomotora.

c) Los síntomas del Criterio B causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral, social o de otras áreas importantes de actividad del sujeto.

d) Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Criterios para el diagnóstico de abstinencia de cocaína DSM-IV R.

3.5 Trastornos psiquiátricos inducidos por cocaína

3.5.1 Psicosis cocaínica

La psicosis cocaínica es una de las consecuencias psiquiátricas más dramáticas del consumo de cocaína. La primera descripción detallada de su cuadro clínico la hizo Meyer (1925), esta psicosis se presenta con mayor frecuencia en consumidores de base y en inyectores y puede cursar con una agresividad y una agitación muy marcadas. Su asociación con el “Craving” de

cocaína llevó a proponer fenómenos comunes de sensibilización y a establecer el posible valor de la psicosis cocaínica como marcador de la gravedad de la cocainomanía y del riesgo de recaídas (Bartlett y cols., 1997).

Un trabajo reciente, sin embargo, no ha confirmado la asociación entre psicosis paranoide, gravedad de la adicción e intensidad del "Craving" durante las 24 horas previas (Reid y cols., 2004).

La frecuencia de la psicosis cocaínica en distintas series clínicas varía entre el 29% y el 68% (Manschreck y cols., 1988; Brady y cols., 1991; Satel, Edell., 1991; Caballero, 1998).

En una revisión reciente Curran y cols. (2004) sugieren la existencia de factores de vulnerabilidad individual en la psicosis cocaínica ya que, si bien es posible que la sensibilización por consumo crónico juegue un papel, no parece que este fenómeno explique completamente la sintomatología psicótica observada.

Aproximadamente el 65-70% de los consumidores crónicos de cocaína presentan síntomas paranoides transitorios que suelen resolverse tras 24-48 horas de abstinencia. En algunos casos los síntomas paranoides aparecen muy precozmente y no guardan relación directa con la dosis. Sin embargo, otros consumidores crónicos de cantidades importantes de cocaína no experimentan nunca síntomas psicóticos, como si estuviesen protegidos frente a ellos (Boutros y cols., 2002). Estos dos hechos sugieren la existencia de un componente de predisposición genética en la base de esta psicosis inducida.

La psicosis cocaínica es un cuadro bien delimitable de otros trastornos mentales orgánicos producidos por cocaína, de la esquizofrenia, de otras psicosis y de la manía (Majewska, 1996; Caballero, 1998). La aparición del cuadro clínico suele estar precedida de un periodo en el que el paciente se muestra disfórico y suspicaz y presenta diversas conductas compulsivas. Después aparecen ideas delirantes que son típicamente de persecución, perjuicio (por la policía o traficantes) y celos, que parecen una "Caricatura psicopatológica" de conductas de autoprotección (Caballero, 2005). Es decir,

las ideas delirantes de persecución o perjuicio pueden entenderse como “Experiencias patológicas de amenaza a la propia supervivencia” y las ideas delirantes de celos pueden entenderse como “Experiencias patológicas de amenaza a la supervivencia del linaje propio”. Esta psicopatología refleja muy claramente la alteración funcional de estructuras que a lo largo de la evolución han resultado críticas para la supervivencia de los individuos y de las especies.

Aproximadamente la mitad de los individuos afectados por psicosis cocaínica suelen realizar comprobaciones congruentes con sus ideas paranoides (mirar tras las puertas, comprobar ventanas, vigilar a sus parejas, etc.) y algunos presentan conductas agresivas para defenderse de supuestos perseguidores o acosan a sus cónyuges con ideas o conductas celotípicas. Son también habituales conductas estereotipadas y trastornos perceptivos en forma de ilusiones y alucinaciones auditivas, visuales o táctiles por este orden de frecuencia (Majewska, 1996; Caballero, 1998). Las clásicas alucinaciones hápticas o táctiles de parásitos en la piel o debajo de ella con ánimo hipertímico son muy características de la psicosis cocaínica, pero no son muy frecuentes y su ausencia en un caso dado no excluye el diagnóstico de psicosis por estimulantes.

En un artículo reciente Rosse y Deutsch (2004) relacionan la psicosis cocaínica con la liberación del neuropéptido Y que se secreta cuando el sexo o la alimentación tienen lugar en situaciones estresantes o extremas, lo cual es congruente con la hipótesis evolucionista que se ha expuesto en el párrafo anterior sobre la naturaleza de la psicosis cocaínica.

El tratamiento de la psicosis cocaínica con neurolépticos puede ser peligroso y (dada la transitoriedad de los síntomas) no suele ser necesario si se consigue que el paciente se mantenga abstinente; no obstante, si se observan muchas alteraciones de conducta o la psicosis no cede en el periodo de abstinencia, pueden utilizarse estos fármacos en un contexto especializado (Caballero, 2005).

3.5.2 Otras Comorbilidades psiquiátrica frecuente en la Adicción a la Cocaína

- Trastornos afectivos (sobre todo bipolares y estacionales)
- Psicosis cocaínica
- Alcoholismo y otras adicciones
- Trastornos de ansiedad (crisis de angustia, fobia social, etc.)
- Trastorno por déficit de atención residual (TDAR)
- Trastornos del control de los impulsos (bulimia, tricotilomanía, ludopatía, etc.)
- Trastornos de la personalidad (hipomaniaca, limite, narcisista)
- Estados disociativos
- Alteraciones cognitivas
- Disfunciones sexuales

La relación que existe entre el consumo de cocaína y los trastornos psiquiátricos a los que se asocia es variable. Las posibilidades que existen son las que siguen:

a) El consumo de cocaína puede producir o desencadenar un trastorno psiquiátrico (como es el caso de la psicosis cocaínica, la depresión postconsumo, las crisis de angustia o ciertos trastornos del control de los impulsos).

b) El consumo de cocaína puede modificar el curso natural de un trastorno psiquiátrico (como es el caso de los trastornos bipolares o ciertos trastornos de la personalidad).

c) Un trastorno psiquiátrico puede predisponer a la cocainomanía (como es el caso del trastorno por déficit de atención, ciertos trastornos afectivos o el alcoholismo) o complicarse con ella (como en el caso de ciertos trastornos del control de impulsos, etc.).

d) Algunos trastornos (como la fobia social) pueden ser tanto causa como consecuencia del consumo de cocaína.

e) Como consecuencia de todo lo anterior, es posible que exista una vulnerabilidad genética común entre la cocainomanía y alguno de los trastornos psiquiátricos con los que se la encuentra asociada en la clínica.

f) El trastorno psiquiátrico y la cocainomanía pueden ser también relativamente independientes uno de otra y resultar asociados por azar en función de la frecuencia respectiva en población general.

- 1) Trastornos Afectivos: Las tasas de prevalencia-vida de los trastornos afectivos y por ansiedad en pacientes con trastornos por uso de cocaína están en torno al 50% en hombres y 70% en mujeres en una serie de Brady y Randall (1999). Son frecuentes los trastornos depresivos (Brown y cols., 1998; Compton y cols., 2000) y los pacientes que los presentan sufren más estrés global y tienen peor respuesta terapéutica (Schmitz y cols., 2000).

La asociación clínica entre depresión y cocainomanía:

- a) Los síntomas de la abstinencia de cocaína son semejantes a los depresivos (Uslaner y cols., 1999). El estado de ánimo depresivo que se produce inmediatamente después del consumo da lugar a una “Resaca” que cursa con abatimiento o “Crash” y que suele ser autolimitada.

Un periodo depresivo mayor de semanas o meses de duración posterior a la fase de “Crash” se considera expresión de un síndrome de abstinencia de cocaína genuino que puede observarse en algunos pacientes (Caballero, 2005).

- b) La duración del consumo de cocaína es un predictor de la aparición de depresión en el curso de la cocainomanía (McMahon y cols., 1999).

En la mayor parte de las ocasiones la depresión sigue al consumo de cocaína (Rounsaville y cols., 1991), pero no se sabe con certeza el porcentaje de casos en los que la depresión es consecuencia directa del consumo y el que puede atribuirse al estrés social, laboral y familiar que regularmente acompañan a la adicción a cocaína (Caballero, 2005).

- c) La severidad de la depresión en los cocainómanos que solicitan tratamiento correlaciona con mayor abandono del tratamiento, mayor “Craving” y respuesta más intensa a los efectos de la cocaína (Brown y cols 1998; Uslaner y cols., 1999, Sofouglu y cols., 2001).

Como en el caso del alcohol y los opiáceos, el consumo crónico de cocaína puede provocar también depresión, de modo que podría existir una común

facilitación para los trastornos depresivos inducida por la acción de las drogas en los circuitos cerebrales de la recompensa-motivación.

d) Muchos cocainómanos abusan también de alcohol y de otras sustancias que facilitan la aparición de cuadros depresivos.

Aunque la depresión comórbida puede comprometer el diagnóstico y tratamiento de la cocainomanía no parece predecir el resultado final (Brown y cols., 1998).

La asociación de la cocainomanía con el trastorno bipolar y la ciclotimia es más frecuente que en otras adicciones y llega hasta el 20%. Un grupo muy significativo de los pacientes cocainómanos presentan trastornos bipolares previos a su cocainomanía o una personalidad con rasgos hipertímicos (Rounsaville y cols., 1991).

En la clínica, el consumo de cocaína se asocia más a trastornos afectivos bipolares, cíclicos y/o estacionales que a trastornos depresivos puros. Algunos pacientes cocainómanos presentan desde la infancia un temperamento impetuoso, desinhibido e hiperactivo que busca el riesgo y las emociones nuevas y que, aunque pueden no presentar nunca manía franca, muestran un estado de ánimo permanentemente exaltado próximo a la hipomanía. Más que en los periodos depresivos, suele ser en los de exaltación del ánimo cuando los pacientes bipolares (Miller, 1989) tienden a consumir cocaína; no obstante, también se observan casos de recaída en algunos pacientes con síntomas depresivos, a modo de automedicación. Unos y otros pacientes necesitan, en muchas ocasiones, fármacos estabilizadores del ánimo y, ocasionalmente, tratamiento antidepressivo. Todo ello apoya la necesidad de un tratamiento intensivo en estos pacientes duales. Los antidepressivos pueden ser efectivos para reducir síntomas depresivos pero resultan poco eficaces para reducir el consumo de cocaína (Carroll y cols., 1997; Schmitz y cols., 2001).

2) Trastornos de ansiedad: En el transcurso de la intoxicación por cocaína aparecen muchos síntomas de ansiedad y crisis de angustia (Rosebaum, 1986; Anthony y cols., 1989) que pueden llevar a los cocainómanos a

urgencias. Como los síntomas de las crisis de angustia pueden superponerse a los de la isquemia cardiaca, resulta imprescindible llevar a cabo un diagnóstico diferencial entre ambas entidades. Otros cuadros de angustia como la fobia social, la agorafobia, el trastorno por estrés postraumático y el trastorno obsesivo-compulsivo se presentan más también en cocainómanos que en población general (Myrick, Brady, 1997; Najavits y cols., 1998; Rounsaville y cols., 1991; Regier 1990; Satel y McDougale, 1991; Cottler y cols., 1992) y guardan con la cocainomanía una relación etiopatogénica heterogénea. La fobia social, por ejemplo, puede predisponer al consumo de cocaína y a la cocainomanía si el paciente recurre a la cocaína para aliviar sus síntomas en contextos sociales; pero en la clínica no es raro el debut de una fobia social con características particulares (por ejemplo, la de dispararse ante situaciones o personas inusuales en la fobia social ordinaria) dentro de la evolución de una cocainomanía. La agorafobia, el trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos de angustia específicos o no tienen una relación variable con la adicción a cocaína (Caballero, 2005).

- 3) Trastorno de personalidad antisocial y otros trastornos de la personalidad: Entre los pacientes diagnosticados de cocainomanía se encuentran tasas altas de trastorno de personalidad antisocial (Schmitz y cols., 2000; Compton y cols., 2000).

La identificación de este trastorno es importante porque puede condicionar peores resultados terapéuticos y no tiene un tratamiento farmacológico específico. Ciertas actitudes y conductas propias de consumidores crónicos de cocaína pueden semejar conductas antisociales, límites, dependientes, inmaduras o narcisistas, pero desaparecen cuando el paciente se mantiene abstemio. Como en la cocainomanía se observan conductas psicopáticas, sintomáticas, debidas al consumo y a las condiciones de vida del cocainómano, más que a auténticos rasgos de personalidad primarios, el diagnóstico de trastorno antisocial de personalidad no debe realizarse hasta que el paciente esté varias semanas abstemio o el clínico disponga de información biográfica

fiable. Los rasgos y trastornos dependientes, asociales, narcisistas y límites de la personalidad (Kleiman y cols., 1990) suelen ser factores de riesgo de cocaínomanía y suelen requerir un abordaje psiquiátrico diferente en cada caso (Caballero, 2005).

4) Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): El antecedente de TDAH infantil llega hasta el 30% en algunas series de cocainómanos (Biederman y cols., 1999; Davids y Gastpar, 2003). La relación entre TDAH y la cocaínomanía es discutida (Cocores y cols., 1987).

En los pacientes con TDAH residual, la cocaína podría producir el efecto paradójico de mejorar transitoriamente la alteración de la concentración, la impulsividad, la distraibilidad y la inquietud propias de estos pacientes. El TDAH puede resultar difícil de diferenciar de los trastornos de personalidad hipertímica y límite y el diagnóstico diferencial debe realizarse cuidadosa y selectivamente mediante una historia infantil pormenorizada. Se ha comprobado que los niños con TDAH tienen un riesgo mayor de adicción a cocaína y de otros trastornos por abuso de sustancias (Levin y cols., 1998; Clure y cols., 1999; Schubiner y cols., 2000) y que el tratamiento con metilfenidato reduce el riesgo de abuso de sustancias de manera considerable (Biederman y cols 1999). Aunque la eficacia del metilfenidato está avalada por informes y ensayos clínicos (Levin y cols. 1998) hay que observar una especial prudencia si se prescribe en cocainómanos, por el riesgo de abuso; en todo caso, la prescripción debe estar clínicamente muy justificada y controlada en su aplicación (Caballero, 2005).

5) Esquizofrenia: Distintas series muestran que el consumo de cocaína en esquizofrénicos americanos está en torno al 15-60% (Buckley 1998; Dixon 1999), un consumo muy superior al de la población general que condiciona negativamente la evolución de la esquizofrenia.

La mayor vulnerabilidad a las adicciones, la automedicación de la hostilidad, el desánimo o los síntomas negativos de la esquizofrenia (sobre todo si no cursa con mucho deterioro) pueden explicar este consumo (Serper y cols 1999;

Ochoa, 2000). Sin embargo, en series clínicas de cocainómanos hay pocos esquizofrénicos (Rounsaville y cols., 1991), probablemente porque es una adicción que implica un gasto fuera de las posibilidades de muchos de estos pacientes. Desde el punto de vista clínico, el consumo de cocaína puede desencadenar el comienzo de una esquizofrenia en un paciente vulnerable, acelerar su curso (Volkow, 1997) o complicarla con ansiedad, depresión, agitación, insomnio, o agresividad (Buckley, 1998; Serper y cols., 1999).

El consumo de cocaína en pacientes psicóticos puede también ensombrecer el pronóstico por incumplimiento terapéutico, reagudización de síntomas psicóticos, complicaciones médicas (HIV), desajuste social, e incremento del gasto asistencial (Dixon, 1999). Aunque la clozapina parece disminuir el consumo de alcohol, nicotina y cocaína en estos pacientes (Zimmet y cols., 2000) acarrea un riesgo cardiovascular añadido al de la cocaína, que limita su uso en pacientes consumidores (Zimmet y cols., 2000; Farren y cols., 2000).

Los pacientes esquizofrénicos que toman la medicación antipsicótica se mantienen más abstinentes de cocaína e ingresan menos días (Krystal y cols., 1999; Dixon, 1999; Zimmet y cols., 2000). Algunos programas de intervención dual han mostrado resultados prometedores en el tratamiento de pacientes graves (Martino y cols., 1995; Krystal y cols., 1999; Bennett y cols., 2001), pero no están suficientemente generalizados (Caballero, 2005).

6) Otros trastornos de control de los impulsos: Juego patológico, bulimia, sexo compulsivo, tricotilomanía y otros se asocian también a la cocainomanía (Wiederman y Prior, 1996; Hall y cols., 2000). Lo más frecuente es que durante el periodo de consumo el paciente no tenga capacidad para controlar sus impulsos, pero estos síntomas suelen aliviarse después de unas semanas de abstinencia: La comorbilidad entre los trastornos del control de los impulsos, los relacionados con el uso de sustancias y los de la personalidad han sido objeto de una revisión reciente que pone el énfasis en la indicación terapéutica (Cervera y cols., 2001). En ocasiones, el consumo de cocaína agrava seriamente un trastorno de control de impulsos previo y se requiere un tratamiento combinado en el que la abstinencia de

cocaína es, casi siempre, condición “Sine qua non” para el tratamiento del trastorno de control de impulsos acompañante (Caballero, 2005).

- 7) Trastornos disociativos: La clínica muestra que la intoxicación cocaínica produce, con cierta frecuencia, estados disociativos. A expensas de las alteraciones disociativas del recuerdo, el paciente puede minimizar las consecuencias negativas del consumo, lo cual es a su vez fuente de nuevas recaídas. No hay estudios específicos al respecto excepto el de Wenzel y cols. (1996).
- 8) Trastornos orgánicos cerebrales: Alteraciones de la memoria, concentración y de las funciones frontales se encuentran con frecuencia en la clínica entre consumidores crónicos. Generalmente, dichas alteraciones se relacionan con la cantidad, la frecuencia y la duración del consumo. Según tengan una base funcional (neuronal) o lesional (neuronal o vascular) pueden ser reversibles o no. Un consumidor crónico de cocaína con déficits cognitivos puede, en parte, seguir consumiendo en un intento de autotratamiento secundario de síntomas que la propia cocaína produce (anhedonia, hipofrontalidad). En distintas series clínicas de cocainómanos (Majewska, 1996; Cadet y Bolla, 1996; Bolla y cols., 1998; Dackis y O'Brien, 2001) se han descrito las siguientes complicaciones neuropsiquiátricas con base orgánica cerebral:
 - a) Deterioro cognitivo global.
 - b) Alteraciones de la motivación, introspección y atención.
 - c) Desinhibición de la conducta.
 - d) Inestabilidad emocional.
 - e) Descontrol de los impulsos.
 - f) Depresión, apatía, anhedonia.
 - g) Agresividad patológica.

- h) Psicosis.
- i) Alteraciones de la motilidad.
- j) Estados disociativos y de ansiedad.

Cuando la clínica sugiere la existencia de síntomas cognitivos son necesarias pruebas de neuroimagen, de memoria (tests específicos) y de funciones frontales (Test de Winsconsin, Trail-making test, etc.) para objetivarlas.

Diversos estudios neuropsicológicos han encontrado una disfunción general de las funciones ejecutivas (juicio, previsión, toma de decisiones) que parecen consecuencia de una alteración específica del córtex orbito-frontal y del gyrus cinguli anterior (Bolla y cols, 1998). Algunos pacientes cocainómanos que parecen insensibles a las consecuencias de sus acciones y se dejan llevar sólo por los efectos inmediatos de la sustancia podrían presentar alteraciones en las áreas ventromediales del córtex prefrontal (Caballero, 2005).

3.6 Adicciones mixtas

La droga cuyo consumo se asocia con más frecuencia al de cocaína es el alcohol (Flanner y cols., 2004), seguida del cannabis y de la heroína (muchos adictos a opiáceos consumen también cocaína).

El alcoholismo también se asocia con frecuencia a la dependencia de cocaína y no siempre es fácil determinar si el consumo de alcohol es primario o secundario (Rounsaville y cols., 1991; Kleinman y cols., 1990).

En series clínicas de cocainómanos se encuentran porcentajes de alcoholismo que duplican los hallados en series de adictos a opiáceos. Los pacientes que hacen uso concurrente de alcohol y cocaína tienen tasas más altas de trastornos físicos múltiples y de infecciones que los alcohólicos o cocainómanos puros (Salloum y cols., 2004).

En la clínica es muy frecuente que los cocainómanos refieran episodios de consumo de cocaína que están precedidos o se acompañan muy pronto de alcohol con el que pretenden “Modular” los efectos, el estado de ánimo y los

síntomas ansiosos que produce la cocaína. La coincidencia de alcohol y cocaína en el hígado de los consumidores da lugar a cocaetileno, sustancia que aumenta el riesgo coronario e inmunotóxico de la cocaína y se asocia a más efectos secundarios y a mayor mortalidad. El consumo de alcohol deriva frecuentemente en recaídas de pacientes cocainómanos en fase de recuperación y por ello la abstinencia de ambas sustancias es un objetivo inseparable en el tratamiento de la cocainomanía (Caballero, 2005).

El consumo de cocaína y la cocainomanía en pacientes en mantenimiento con metadona por adicción a opiáceos es un fenómeno habitual que varía mucho en función del lugar y momento epidemiológico (Dunteman y cols., 1992; Swersen y cols. 1993).

3.7 Complicaciones médicas por consumo de cocaína

Las complicaciones médicas por consumo de cocaína pueden presentarse en consumidores no adictos de la sustancia pero son mucho más frecuentes cuando los consumidores abusan o dependen de ella (Cregler y Mark, 1986; Ballcell, 2001; Bigment, 2003).

Intoxicación (efectos simpaticomiméticos).

ORL (sisnuitis, perforación de tabique).

Cardiovasculares (infarto agudo de miocardio, arritmias).

Neurológicas (convulsiones, focalidad, cefaleas, mareos).

Respiratorias (neumotórax, bronquitis, pulmón de «crack»).

Obstétricas (abrupcio placentaria, teratogenia).

Sexuales (disfunciones sexuales, amenorrea, ginecomastia...).

Infecciones IV (HIV, hepatitis, endocarditis, abscesos), intoxicaciones por adulterantes.

Endocrinas.

Otras: renales y gastrointestinales.

Complicaciones Médicas más frecuentes en consumidores de Cocaína. Modificada por (Caballero, Alarcón, 200) Tomado de (Caballero, 2005).

3.8 Instrumentos para el diagnóstico y la evaluación de la adicción a la cocaína

Como los fenómenos biológicos que subyacen en la transición del consumidor de cocaína al adicto no se conocen suficientemente, el diagnóstico clínico de cocainomanía debe realizarse por la comprobación de los síntomas afectivos, cognitivos, conductuales y fisiológicos característicos del consumo compulsivo de cocaína. Como se ha expuesto, tampoco los sustratos biológicos de la sensibilización, de la apetencia o “Craving”, y del consumo compulsivo están completamente aclarados y no existen todavía marcadores biológicos o de neuroimagen de la adicción a cocaína para uso clínico (Elkashef, Vocci, 2003).

El diagnóstico de los trastornos por uso de cocaína se hace por la clínica y, en su caso, con la ayuda de instrumentos de diagnóstico estandarizados. Además de los instrumentos generales de evaluación de las adicciones se dispone hoy de una variedad de instrumentos para el diagnóstico y la medida de distintos aspectos de la cocainomanía, cuyo uso clínico y estatus psicométrico es diverso (Caballero, 2005).

NOMBRE DEL INSTRUMENTO, AUTORES TIPO DE INSTRUMENTO, USO, CARACTERÍSTICAS

<i>Lifetime Severity Index for Cocaine Use Disorder (LSI-C)</i> (Hser y cols., 1999)	<ul style="list-style-type: none"> - Medida de la gravedad del consumo de cocaína a lo largo de la vida - 4 Dimensiones (29 ítems) - Autoaplicado - Poco estudio psicométrico (capacidad predictiva probable) - Versión española en Tejero y Trujols (2003)
<i>Cocaine Selective Severity Assesment (CSSA)</i> (Kampman y cols., 1998)	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de la abstinencia inicial y su evolución - 18 ítems sintomáticos - Heteropalicada - Buenas propiedades psicométricas y predictivas - Versión española en Tejero y Trujols (2003)
<i>Cocaine Effects Questionnaire for patient populations (CEQ-P)</i> Rohsenow y cols., 2004	<ul style="list-style-type: none"> - Medida de las expectativas ante el efecto - 7 escalas: 5 (síntomas +) y 2 (-D0) (33 ítems) - Buena propiedades psicométricas - Uso clínico e investigador
<i>Inventory of Drug-Taking Situations (IDTS)</i> (Annis y Martin, 1985)	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación situaciones de alto riesgo de consumo de drogas - 8 categorías intra e interpersonales (50 ítems) - Autoaplicado - Buenas propiedades psicométricas en otras adicciones - Versión española (Trujols y Tejero, 1996), no estudiada en cocaína
<i>Cocaine High-Risk Situations Questionnaire (CHRSQ)</i> (Michalec y cols., 1992)	<ul style="list-style-type: none"> - D1 Identificación situaciones de alto riesgo de consumo de cocaína - Unifactorial (27 ítems) - Heteroaplicado - Buenas propiedades psicométricas

NOMBRE DEL INSTRUMENTO, AUTORES TIPO DE INSTRUMENTO, USO, CARACTERÍSTICAS

Minnesota Cocaine Craving Scale (MCCS) (Halikas y cols., 1991) y *Simple Test of Cocaine Craving and Related Response (STCCRR)* (Voris y cols., 1991)

- Escalas analógicas que miden el grado de «craving» actual (MCCS) o el nivel medio de la semana previa (STCCRR), así como el estado de ánimo, energía, frecuencia y duración del «craving» y efecto de la medicación
 - Unifactorial
 - Autoinforme
 - Reduccionista pero fácil de usar
-

Cocaine Craving Questionnaire (Tiffany y cols., 1991)

- Medición multimodal del «craving» puntual o referida a la última semana
 - 5 áreas evaluadas (deseo, intención, anticipación efectos, anticipación abstinencia, pérdida de control (45 ítems)
 - Autoinforme
 - Buenas propiedades psicométricas
 - Versión española en Tejero y Trujols (2003)
-

Craving Questionnaire (Weiss y cols 1995, 1997)

- Medida de la intensidad del «craving» presente y en 24 horas
 - 5 preguntas
 - Autoinforme
 - Algún estudio psicométrico (+)
 - Versión española en Tejero y Trujols, 2003
-

Cocaine Negative Consequences Checklist (CNCC) (Michalec y cols., 1996)

- Identificación de consecuencias negativas por consumo de cocaína
 - 75 ítems
 - Unifactorial
 - Autoinformado
 - Buenas propiedades psicométricas
-

Cocaine Relapse Interview (McKay y cols., 1996)

- Identificación de factores que determinan una recaída
 - Entrevista estructurada con 5 dimensiones: experiencia día, semana, atribuciones, experiencia tras consumo inicial, terminación
 - Valida y fiable
 - Falta estudio psicométrico
-

NOMBRE DEL INSTRUMENTO, AUTORES TIPO DE INSTRUMENTO, USO, CARACTERÍSTICAS

Cocaine Specific Skills Test (CSST)
(Monti y cols., 1997)

- Medida del craving y la autoeficacia para evitar el consumo en 8 situaciones de alto riesgo
- Heteroaplicada
- Buenas propiedades psicométricas

Escala de componentes obsesivo-compulsivos de la dependencia de cocaína de Yale-Brown (Y-BOCS)
(Goodman y cols., 1989)

- Medida de componentes obsesivo-compulsivos de la adicción en una semana
- 14 ítems
- Autoaplicada
- En desarrollo experimental
- Versión española en Tejero y Trujols (2003)

Evaluación categorial de los estados de cambio (Rossi y cols., 2001)

- Asignar pacientes a los estadios del modelo de recuperación de Prochaska y DiClemente (1982)
- 4 preguntas
- Heteroaplicadas
- Versión española en Tejero y Trujols (2003)

Escala de la evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)
(McConaughy y cols., 1983)

- Evaluación de cambios respecto de cualquier conducta problema
- 4 estadios de Prochaska y Diclemente (1982) (32 ítems)
- Autoinforme
- Buenas propiedades psicométricas en cocainomanía
- Versión española en Tejero y Trujols (2003)

Processes of Change Questionnaire (PCQ) para adictos a cocaína
(Martin y cols., 1992)

- Inventario de procesos de cambio de Prochaska y Diclemente (1982)
- 30 ítems
- Autoinforme
- Buenas propiedades psicométricas
- Versión española en Tejero y Trujols (2003)

NOMBRE DEL INSTRUMENTO, AUTORES TIPO DE INSTRUMENTO, USO, CARACTERÍSTICAS

Circumstances, motivation, readiness and suitability for therapeutic community treatment (CMRS) (De Leon y Jainchill, 1986)

- Identificación de la motivación y riesgo de abandono
- 4 dimensiones
- Buenas propiedades psicométricas y predictivas
- Versión española (González-Sáiz y cols 1998)

Hojas de balance decisional y matriz de decisiones (Janis y Mann, 1977)

- Instrumento evaluativo sobre decisiones relacionadas con mantener o no el consumo de cocaína
- 4 elementos
- Valor motivador y terapéutico
- Buenas propiedades psicométricas

Cocaine Reasons for Quitting (CRFQ) (McBride y cols 1994)

- 4 subescalas 20 ítems
- Evalúa motivación interna y externa para la abstinencia
- Buenas propiedades psicométricas y predictivas

Decisional Balance (DB) para adictos a cocaína (Prochaska, 1994)

- Evaluación de conflicto/balance de decisión relacionado con el abandono de la cocaína 6 ítems
- Autoinforme
- Capacidad predictiva progresión del cambio
- Versión española en Tejero y Trujols (2003)

Cuestionario de Autoregulación para la cocaína (CAC) (Brown y Tejero, 2003)

- Evaluación de habilidades para la autorregulación
- 63 ítems
- Versión española en Tejero y Trujols (2003)

3.9 Enfoques para el Tratamiento de adicciones/Adicción a la cocaína

Según Becoña, Cortés (2008) entre los enfoques que cuentan con evidencia científica sólida destacan:

3.9.1 El entrenamiento en habilidades de afrontamiento y prevención de recaídas

Se trata de una estrategia eficaz, sobre todo cuando forma parte de programas multimodales más amplios pues suponen una mejor evolución y resultados de tratamiento.

- 1) Tratar a dependientes a la cocaína dentro de programas multimodales más amplios supone uno de los elementos más eficaces en la evolución y el resultado del tratamiento. En general, los tratamientos de prevención de recaídas para la adicción a sustancias incluyen dos componentes esenciales:
 - a) El uso del análisis funcional de la conducta: El paciente debe entender su consumo de drogas dentro de una lógica de comprender los estímulos antecedentes y consecuentes de su consumo de drogas
 - b) El entrenamiento en habilidades: El paciente aprende a reconocer situaciones o estados en los que es más vulnerable ante el consumo de drogas, aprende a evitar las situaciones de riesgo siempre que sea posible (control de estímulos) y a afrontar dichas situaciones cuando no pueden ser evitadas.

3.9.2 Terapia Cognitivo-Conductual

En general, y con diversos grados de evidencia, puede afirmarse que las terapias de corte cognitivo-conductual (Becoña y Cortés, 2008):

- a) Son efectivas tanto en formato individual como en grupo.
- b) Sus efectos se extienden más allá del tratamiento, aunque decaen con el tiempo.

- c) A pesar de que las intervenciones breves pueden mostrarse efectivas, la efectividad se incrementa a largo plazo cuanto más tiempo de exposición a la terapia.
- d) Son eficaces también con poblaciones de características especiales, como los adolescentes.
- e) Su combinación con otras modalidades terapéuticas (psicológicas o farmacológicas) es más eficaz que la aplicación de cada uno de los componentes de forma aislada.
- f) Son útiles en pacientes con psicopatología co-existente, tanto en relación a la conducta adictiva como sobre la condición psicopatológica añadida.

3.9.3 Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo

El programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo es un programa ambulatorio con una duración de 12 meses que tiene como objetivo fundamental la abstinencia a la cocaína. Los componentes de la terapia son:

- a) Terapia de incentivo.
- b) Habilidades de afrontamiento de consumo de drogas.
- c) Cambios en el estilo de vida.
- d) Asesoramiento en las relaciones de pareja.
- e) Consumo de otras drogas.
- f) Tratamiento de otros trastornos (Secades-Villa, y cols, 2006).

3.9.4 Técnicas de manejo de contingencias

El sub-componente de la terapia de incentivo es un procedimiento de manejo de contingencias mediante el cual se pretende reforzar sistemáticamente la abstinencia a la cocaína. A cambio de resultados negativos en los análisis de orina se ganan bonos que son canjeados por determinados incentivos (bienes o servicios) que ayudan a los pacientes a alcanzar los objetivos terapéuticos y

a mejorar el estilo de vida (actividades de tiempo libre, transporte, cursos de formación etc.). Los incentivos que se utilizan pueden ser:

- a) Bonos canjeables por actividades de ocio y tiempo libre (entradas para cines, teatros, museos, eventos deportivos, gimnasios, deportes de aventura, etc.).
- b) Tarjetas regalo o bonos descuento para grandes superficies y pequeños comercios, menús gratuitos en restaurantes, servicios de peluquería y belleza, suscripciones gratuitas a periódicos regionales, cursos de formación (idiomas, informática, etc.).
- c) Transporte público gratuito.

Los análisis de orina se realizan tres veces por semana durante los primeros tres meses del programa, dos por semana en los siguientes tres meses y de forma aleatoria en los últimos seis meses. Todas las muestras negativas recogidas en los tres primeros meses son reforzadas con incentivos. Durante los meses tres a seis, se introduce un sistema aleatorio con el que sólo se refuerzan la mitad de las muestras negativas. También se realiza el incremento en el valor de cada analítica negativa consecutiva de acuerdo a lo establecido en el manual original del programa (Secades-Villa, y cols, 2006).

3.9.5 Enfoque motivacional

Basado en los principios de la entrevista motivacional (Miller, Rollnick, 1991) y utilizando estrategias cognitivo-conductuales dirigidas a los diferentes estadios de cambio (Prochaska, DiClemente, Norcross, 1997), intenta estimular la motivación del paciente y favorecer su orientación hacia hábitos saludables, enfatizando su propio punto de vista y su libertad de elección. Su principio fundamental es que todo proceso de cambio supone costes y que es preciso que la persona esté motivada (contemple posibles beneficios futuros) para afrontar esos costes iniciales. La evidencia disponible parece indicar que las intervenciones motivacionales son eficaces para promover cambios, pero que esos cambios no son duraderos en el tiempo. La motivación obtenida decae

progresivamente (Hettema, Steele, Miller, 2005). En esa medida, las intervenciones motivacionales parecen ser insuficientes por sí solas para obtener buenos resultados en los procesos de cambio en conductas adictivas. Son, sin embargo, de gran utilidad para favorecer la participación de los sujetos en el tratamiento, incrementar su adherencia y la retención. En este sentido, los estudios revisados (Becoña, Cortés, 2008) parecen recomendar la inclusión de intervenciones motivacionales como complemento a procesos de tratamiento más estructurados, en la medida en que favorecen elementos procesuales más que resultados de la rehabilitación.

3.9.6 Terapias centradas en la familia

Aunque en su origen el término terapia familiar era prácticamente sinónimo de terapia sistémica, actualmente no es un enfoque teórico lo que unifica estas intervenciones (que incluyen, cada vez más asiduamente, intervenciones cognitivo-conductuales) sino la consideración del núcleo familiar como el escenario en el que se representan las adicciones en todas las etapas de la vida, y que no sólo es la familia de origen, sino también las modalidades familiares que se conforman en la fase adulta, las que soportan, mantienen o padecen los problemas asociados a la adicción. Los tratamientos basados en la familia (Liddley, Dakof, 1995) son especialmente eficaces en el abordaje de adolescentes con consumo de drogas, en la medida en que aumentan el compromiso de pacientes y familias y la adherencia al tratamiento, reducen el uso de drogas postratamiento, mejoran el funcionamiento familiar y favorecen la normalización e incorporación social. Pero a pesar de la existencia de ciertas evidencias en el tratamiento con adolescentes (Diamond, Liddle, 1996; Szapocznik, Williams, 2000; Szapocznik, López, Prado, Schwartz, Pantin, 2006), se requiere de investigación específica que permita determinar la adecuación de este tipo de terapias en el tratamiento específico de la adicción a la cocaína. De especial interés son los estudios que exploran la efectividad de las terapias psicológicas en sujetos con doble diagnóstico, que a pesar de haberse desarrollado en tiempos más recientes cuentan ya con evidencias de efectividad (Becoña, Cortés, 2008).

3.9.7 Terapia dialéctico-conductual

La terapia dialéctico-conductual (TDC) es un tratamiento psicosocial desarrollado por Linehan (1993) específicamente para el tratamiento de personas con trastorno borderline aunque se usa también para pacientes con otros diagnósticos, como las adicciones.

El tratamiento en si mismo se basa en gran medida en la teoría conductista con algunos elementos de la terapia cognitiva. A diferencia de la terapia cognitiva incorpora la práctica de la plenitud de conciencia como componente central.

Hay dos partes esenciales en el tratamiento:

- 1) Una terapia individual en el que el terapeuta y el paciente discuten que se tratará durante la semana, registrándolo en las fichas de un diario y siguiendo un tratamiento basado en la jerarquización de las mismas. El tratamiento de conductas autolesivas y suicidas es prioritario, seguido de aquellas que interfieren con la terapia. Después se tratan asuntos sobre la calidad de vida y finalmente se trabaja hacia la mejora de la propia vida en general. Durante la terapia individual, el terapeuta y el paciente trabajan para mejorar el uso de competencias. Habitualmente se discute sobre cada grupo de competencias y sobre los obstáculos para actuar competentemente.
- 2) Terapia en grupo, que normalmente se reúne una vez por semana durante 2 horas, en la que los pacientes aprenden a usar las habilidades específicas que se dividen en los siguientes módulos:
 - a) Un núcleo central basado en la práctica de la "Plenitud de conciencia".
 - b) Capacidades de regulación emocional.
 - c) Competencias en la eficacia interpersonal.
 - d) Capacidad de tolerancia a la angustia.

- 3) Se propone agregar a las estrategias clásicas de la Terapia conductual dialéctica una serie de estrategias de "Attachment" o vinculares para reforzar la alianza entre terapeuta y paciente.
- 4) Se fomenta el desarrollo y entrenamiento en habilidades de enfrentamiento de los pacientes a situaciones directa e indirectamente asociadas al consumo de la droga.
- 5) Se propone la aplicación explícita de la filosofía dialéctica de la Terapia para conceptualizar el problema del consumo y la recaída ("Abstinencia Dialéctica").
- 6) Se propone el énfasis en usar reforzadores naturales y arbitrarios para el mantenimiento de la abstinencia, con una intervención más activa a nivel ambiental.

4. Dependencia a la cocaína y Modelo Integrativo Supraparadigmático

A continuación, se propondrá una comprensión de la adicción a la cocaína desde el modelo integrativo supraparadigmático. Para este fin, se analizarán **los principales factores etiológicos y principios de influencia asociados a cada paradigma del modelo que ayuden a entender causalmente este trastorno adictivo, junto con rescatar los conceptos movilizados más relevantes. Asimismo, se propondrán las estrategias de intervención y técnicas específicas que pueden desprenderse del análisis teórico y que están avaladas por la investigación y la práctica clínica. Finalmente, se tomarán también en cuenta las variables inespecíficas desde cada paradigma del modelo integrativo supraparadigmático para el tratamiento de la adicción a la cocaína.**

4.1 Paradigma Biológico

4.1.1 Etiología

El paradigma biológico postula que disposiciones o cambios a nivel endocrino, de neurotransmisión, de dotación genética, de neuroanatomía, etc., pueden producir desajustes en el ser humano, ya sea a nivel cognitivo, afectivo y/o comportamental (Opazo, 2001).

El consumo de drogas evidentemente modifica en forma importante el funcionamiento y la estructura cerebral. Esto ayudaría a explicar, en parte, la generación de una adicción y su mantención a largo plazo, pues determinaría la responsividad de las estructuras cerebrales a determinadas drogas (Feuchtmann, 2004).

4.1.1.1 Variables Temperamentales

Ciertos rasgos de personalidad fuertemente influidos desde lo biológico como la inestabilidad emocional (o neuroticismo alto), la disposición biológica a presentar conductas gregarias, la búsqueda de sensaciones y el estar orientado hacia el medio externo (extroversión alta), y la impulsividad

(psicoticismo alto) se muestran muy asociados al consumo de drogas (Guajardo, 2003).

- 1) Neuroticismo alto: El neuroticismo o vulnerabilidad a la neurosis, implica una baja tolerancia al estrés tanto de carácter físico (el dolor) como psicológico (frustración). En el modelo de Eysenck (1967) el grado de neuroticismo está relacionado con el grado de activación o "Arousal" subcortical, con la región límbica-formación reticular sobretodo del cerebro. El neuroticismo hace mención a la dimensión de estabilidad/inestabilidad emocional de la persona. Esta dimensión es tectónica, por lo que únicamente encontramos una patología en uno de los extremos de la misma, el polo alto, mientras que en el polo opuesto se encuentra el control de las emociones, es decir, la normalidad. Los nueve factores de la dimensión son la ansiedad, la depresión, el sentimiento de culpa, la baja autoestima, la tensión, la irracionalidad, la timidez, la tristeza y la emotividad. Las bases biológicas de esta dimensión están relacionadas con la activación del Sistema Nervioso Autónomo. Según Eysenck ésta es la dimensión emotiva (Ruiz, Cano, 2010).
- 2) Extroversión alta: La extroversión/introversión se relaciona con la tendencia de las personas hacia distintos tipos de actividades e intereses. Las personas extrovertidas se caracterizan por la sociabilidad, la necesidad de excitación y cambio, actuar en el momento, son por lo general impulsivas. Suelen además ser optimistas y amantes del buen humor. También suelen ser agresivos, en el sentido de tener poca tolerancia a las frustraciones y el poco control de sus sentimientos. Las personas introvertidas prefieren las actividades a solas que con la gente, como las actividades intelectuales o los libros. Tienden a planear las cosas y desconfían de los impulsos. Se toman seriamente sus actividades, les gusta llevar una vida ordenada y sus sentimientos suelen estar bajo su control. Raramente son agresivos y no suelen perder el control fácilmente. Suelen ser personas fiables, algo pesimistas y que conceden gran valor a las normas éticas. La extroversión estaría relacionada con una menor activación cortical del cerebro, lo que

explicaría para Eysenck la variabilidad de actividades y la búsqueda de excitación de estos sujetos. Al contrario, los introvertidos tienen una mayor activación cortical que explicaría la mayor perseverancia de su conducta y el alejamiento de las actividades de mayor excitación (Ruiz, Cano, 2010).

- 3) Psicoticismo alto: El psicoticismo engloba la tendencia a la conducta anormal del sujeto (impulsividad) o conducta psicopática (antisocial) (Feuchtmann, 2004).

Su base biológica se relaciona con una heredabilidad poligenética. Los nueve factores de esta dimensión son la agresividad, la frialdad, el egocentrismo, la impersonalidad, la impulsividad antisocial, la ausencia de empatía, la creatividad y la rigidez. Se basa principalmente en el metabolismo de la serotonina. Esta dimensión, originalmente se diseñó para detectar tendencias psicóticas en la población normal, sin embargo los resultados muestran que la inmensa mayoría de la gente puntúa extremadamente bajo en esta escala (normalidad) y que los que puntúan alto no son psicóticos, sino más bien psicópatas. También correlaciona positivamente con los delincuentes. Según Eysenck (1982) esta es la dimensión impulsiva (Ruiz, Cano, 2010).

4.1.1.2 Déficit Cognitivos

Los dependientes de cocaína presentan déficit cognitivos, sobretodo de atención, resolución de problemas, abstracción, rendimiento aritmético y memoria a corto plazo, que pueden relacionarse con una hipofrontalidad (Majewska, 1996). En polidrogodependientes se ha encontrado también un aumento de la actividad beta mediante estudios electroencefalográficos, en áreas corticales frontales, junto con una amplitud reducida o un retraso de los potenciales evocados. Se trata de patrones característicos del envejecimiento, que ponen en evidencia un deterioro neurológico o bien aceleración del proceso de envejecimiento (Herning, King, 1996). Los pacientes dependientes de cocaína presentan anhedonia, ansiedad, paranoia, depresión y ciclotimia, que pueden influir sobre los estados de craving, las recaídas y un mayor riesgo de suicidio. Dichos síntomas tienen una base neuroquímica y persisten durante

meses o años después de la retirada de cocaína (Guardia, Segura, Gonzalvo, Iglesias, Roncero, 2008).

4.1.1.3 Control de Impulsos

Diversas investigaciones muestran la relación entre la impulsividad y los trastornos adictivos. Sin embargo queda por dilucidar si esta relación se debe a los efectos específicos del abuso de sustancias o a la frecuente comorbilidad con trastornos de la personalidad del cluster B como el límite (TLP) y el antisocial (TAP) que tienen en este rasgo un núcleo común con el abuso de sustancias (Cervera, Rubio, Haro, Bolinches, de Vicente, Valderrama, 2001).

En los Trastornos del Control de los Impulsos existen dos componentes de la conducta impulsiva: La motivación o activación interior previa a la comisión del acto y la gratificación en el momento de llevarlo a cabo. Precisamente estos dos aspectos aparecen también en los trastornos por consumo de sustancias, que se caracterizan por la “Necesidad irresistible” de consumo (craving) y la experimentación de sus efectos (Forcada, Pardo, Bondia, 2006).

Existen hallazgos que indican una predisposición familiar al abuso mediada por la alteración de los sistemas de neurotransmisión. En tal caso, la impulsividad actuaría como factor predisponente de la conducta adictiva más que ser una consecuencia del consumo. Sin embargo, a medida que se avanza en el proceso adictivo el cerebro parece sufrir una neuroadaptación y adoptar progresivamente un patrón de funcionamiento subcortical junto a un hipofuncionamiento de las estructuras corticofrontales de control, que es la consecuencia de la acción sostenida de las drogas sobre el lóbulo frontal y más concretamente sobre la región orbitofrontal y cuya repercusión clínica estriba en cambios en la personalidad probablemente consistentes en la exacerbación de rasgos premórbidos. Desde el campo de la neuropsicología se ha llamado recientemente la atención a cerca de la importancia del deterioro de las funciones ejecutivas sobre el comportamiento de los drogodependientes (Verdejo, López, Orozco, Pérez, 2002; Guardia, Segura, Gonzalvo, Iglesias, Roncero, 2001; Jentsch, Roth, Taylor, 2000; Anderson, Woolverton, 2003;

Bolla, Funderburk, Cadet, 2000). Entre los problemas comportamentales que caracterizan el síndrome disejecutivo en las alteraciones orbitofrontales destacan el déficit de autocontrol y la impulsividad. Ernst y London (1997) refieren que en los estudios con PET (tomografía por emisión de positrones) o SPECT (tomografía por emisión de fotón simple) en consumidores de cocaína de larga evolución revisados, se encuentra una baja actividad metabólica en el cortex frontal. En concordancia con estos hallazgos se ha reportado una tendencia al refuerzo inmediato y una infravaloración de las consecuencias adversas diferidas en el Gambling Task (elección de las opciones que ofrecen ganancias mayores a corto plazo y pérdidas a largo plazo) en cocainómanos y en pacientes con lesiones en el área ventromedial frontal (Bechara, Dolan, Deburg, Hindes, Anderson, Nathan, 2002).

Moeller, Barratt y Dougherty (2002) han definido la impulsividad como la predisposición hacia reacciones rápidas y no planificadas, a estímulos internos o externos sin consideración de las consecuencias negativas hacia sí mismo o los demás.

Distintos estudios informan que algunas de las alteraciones cognitivas y conductuales asociadas al consumo habitual de cocaína no parecen ser estáticas sino que experimentan una recuperación progresiva entre la quinta semana y el sexto mes de abstinencia de la sustancia (Jasiukaitis, Fein, 1999).

Se plantea la hipótesis de que la impulsividad de los cocainómanos es parcialmente debida a los efectos del consumo sostenido de la sustancia y reversible en cierto grado; por tanto existirían diferencias en la medida de la impulsividad entre aquellos sujetos que persistieran en el consumo y los que no (Volkow, Fowler, Wolf, Hitzemann, Dewey, Bendriem, et al. 1991).

4.1.1.4 Craving y cocaína

Los estímulos condicionados al consumo de cocaína pueden disparar estados de "Craving" o deseo de consumir en los pacientes dependientes, que se acompañan de una activación límbica que se manifiesta por un aumento del FSC (flujo sanguíneo cerebral) en la amígdala y la circunvolución cingulada

anterior y de una disminución del flujo sanguíneo cerebral en los ganglios basales, mediante tomografía por emisión de positrones; por tanto, la activación límbica sería un componente del craving de cocaína, inducido por estímulos condicionados (Childress, 1995). Los agentes anti-craving que ejerzan una acción de bloqueo de los receptores dopaminérgicos del sistema límbico, como los antagonistas dopaminérgicos, podrían reducir la respuesta de craving inducida por estímulos condicionados Pero el aplanamiento afectivo y motivacional que inducen algunos de ellos contribuye a un bajo cumplimiento, por parte del paciente (Guardia, Segura, Gonzalvo, Iglesias, Roncero, 2008).

4.1.2 Principios de influencia de la Psicoterapia Integrativa para el tratamiento en adictos a la cocaína desde el paradigma Biológico

- 1) La ingesta de ciertos fármacos específicos influye aumentando la probabilidad de ciertos afectos, cogniciones o conductas específicas.
- 2) El ejercicio sistemático influye aumentando la probabilidad de relajación.
- 3) La ejecución voluntaria de ciertos patrones posturales, faciales y respiratorios aumentan la probabilidad de activar una emoción específica.
- 4) Un sueño reparador influye aumentando la probabilidad que baje el umbral hedónico.

4.1.3. Conceptos movilizadores relevantes como estrategias de cambio en psicoterapia para consumidores de cocaína desde el paradigma biológico

- 1) Significación biológica: Según Opazo (2001) los diversos estímulos adquieren un significado a partir de la biología misma. Vía significación biológica, el adicto a la cocaína puede magnificar sistemáticamente ciertos estímulos y/o minimizar sistemáticamente otros. Un neuroticismo alto, involucra una facilitación biológica para magnificar el valor estresante de los estímulos. Un depresivismo alto, involucra una facilitación biológica para magnificar el valor depresogénico de los estímulos. Otro tanto ocurre con el “Timidismo” y con el “Agresivismo”. En el fondo el adicto a la cocaína tendría una verdadera “Selectividad emocional biológica” según la cual

estaría programado, desde la biología misma, para amplificar la resonancia en sí mismo de ciertas emociones.

4.1.4 Estrategias de cambio y técnicas psicoterapéuticas para el consumo de cocaína desde el paradigma biológico

Según Feuchtmann (2004) se debe hacer:

- 1) Un diagnóstico adecuado de cualquier patología médica asociada y/o producida por el consumo de cocaína para su adecuado tratamiento médico-farmacológico.
- 2) Evaluación de daño orgánico por instrumentos específicos (Tomografía Computarizada por Emisión de Fotones Individuales-SPECT, La tomografía axial computarizada-TAC, pruebas psicológicas, etc.).
- 3) Farmacoterapia cuando corresponda, ya sea para el manejo de los síntomas asociados a la comorbilidad presente, para el manejo del síndrome de abstinencia (desintoxicación) y/o para el manejo de ciertos rasgos de personalidad o temperamentales que hagan peligrar la abstinencia del paciente.
- 4) El uso de fármacos para ayudar al control de la abstinencia, como una forma de terapia aversiva o descondicionamiento.
- 5) Considerar el uso de la internación u hospitalización de una persona drogodependiente para favorecer su desintoxicación y abstinencia inmediata, junto con reducir el peligro vital. Esto implica también extremar las medidas de autocuidado de la persona cuando se trata ambulatoriamente.
- 6) Realizar un trabajo en la modificación de los umbrales de sensibilidad del paciente y en su integración sensorial.

4.1.4.1 Psicofarmacoterapia

Aunque se han probado multitud de fármacos para tratar la sobredosis, la toxicidad, el “Craving”, el bloqueo de la euforia, o para producir la disminución de los síntomas de abstinencia o efectos aversivos no hay, hasta hoy, medicamentos específicos indiscutibles para ninguna de estas indicaciones (Kleber, 2003; Van der Brinck y Van Ree, 2003; Haro y cols., 2003; Shearer, Wodak, Van Beek y cols, 2003).

Casi todos los ensayos clínicos actuales en cocainomanía utilizan alguna forma de psicoterapia con un diseño 2 por 2 que suele incluir el fármaco activo, el placebo y dos formas de psicoterapia. A ningún fármaco de los empleados hasta la fecha puede atribuirse el protagonismo principal de la acción terapéutica contra la cocainomanía. Tratar de evitar el consumo de cocaína en un cocainómano con una simple prescripción farmacológica y el posterior control de la misma, sería exponer al fracaso a la mayor parte de los pacientes. Antes de prescribir psicofármacos en cocainomanía hay que identificar los trastornos psiquiátricos coexistentes y los objetivos, beneficios, perjuicios e interacciones posibles que puedan derivarse de la prescripción. Ha de vigilarse especialmente el cumplimiento terapéutico, los efectos adversos y la efectividad de los psicofármacos, así como la participación en el programa terapéutico integral (Caballero, 2010).

A continuación se exponen los fármacos de las familias más importantes y se discute su posible utilidad clínica en cocainomanía (Kleber, 2003; Van der Brinck, Van Ree, 2003; Haro y cols., 2003; Shearer y cols., 2003).

1) Agonistas y antagonistas dopaminérgicos: Se han ensayado sobre todo para tratar de atenuar los síntomas de abstinencia precoz bajo la hipótesis de que la cocaína depleta la dopamina central e hipersensibiliza el receptor dopaminérgico y que la hipofunción o disfunción dopaminérgica subyace en el “Craving”, y en otros síntomas de abstinencia que conducen al consumo repetido. Se han probado los agonistas amantadina, bromocriptina, bupropion, metilfenidato, mazindol, y los antagonistas haloperidol,

fluopentixol, risperidona y ecopipam sin resultados notables en ninguno de los casos. Algunos estudios apoyan la utilidad de la amantadina a corto plazo (no más de 3-4 semanas) en los síntomas de abstinencia severa (Giannini y cols., 1989, Kosten y cols., 1992; Kampman y cols., 2000), el posible uso eficaz de agonistas de acción directa en la práctica requeriría controlar estrechamente el tratamiento y su resultado ha de balancearse con los obvios riesgos de abuso de anfetaminas en estos pacientes. La limitada eficacia general de los agentes dopaminérgicos para revertir los síntomas de la cocaínomanía señala la participación importante de otros neurotransmisores y/o procesos intracelulares en la fisiopatología de este trastorno (Caballero, 2005).

- 2) Fármacos que actúan sobre el transportador de dopamina: El transportador de dopamina es, probablemente, el mediador más importante de los efectos de los que se deriva la adicción a cocaína (Howell y Wilcox, 2001). Existe una correlación significativa entre el efecto euforizante subjetivo y la ocupación del transportador de dopamina medida a través de neuroimagen (Volkow y cols., 1997). Los fármacos bloqueantes con mayor afinidad por el receptor y con una tasa de disociación más lenta parecen tener el perfil terapéutico más prometedor, pero hasta la fecha no hay ninguno disponible en la clínica (Caballero, 2005)
- 3) Agonistas serotoninérgicos y serotoninérgicos-noradrenérgicos: Hay al menos 2 fundamentos para el uso de los serotoninérgicos en la adicción a cocaína: La cocaína es un potente inhibidor de la recaptación de serotonina y los monos “knockout”, sin genes de serotonina se hacen adictos más rápidamente (Ritz y cols., 1994); además, la cocaína desplaza a la serotonina de lugares del hipocampo, cortex y ganglios basales (Biegon y cols., 1992). Sin embargo los ECCs con distintos serotoninérgicos no han resultado útiles en la clínica (Grawowski y cols., 1995; Schmitz y cols., 2001). La experiencia controlada con el serotoninérgico-noradrenérgico venlafaxina es muy limitada (Foltin y cols., 2003).

- 4) Tricíclicos: La desipramina fue una de las primeras drogas utilizadas en el tratamiento de la abstinencia de cocaína bajo la hipótesis de que podría hiposensibilizar el autoceptor dopaminérgico inhibitorio cuya hipersensibilización por la cocaína produce una acción anti-anhedónica que induciría al consumo (McCance-Katz y Kosten, 1998). La indicación de tricíclicos puede considerarse en todo caso si el consumo no es muy cuantioso y hay síntomas depresivos evidentes (Carrol y cols., 1995). En conjunto, los antidepresivos no se consideran eficaces ni útiles en el tratamiento de la cocainomanía en una revisión de la Cochrane de 18 ECC y 1.117 pacientes (Lima y cols., 2003). Al igual que en el apartado anterior, ello no es óbice para realizar una indicación controlada con estos fármacos en casos en los que una racionalidad clínica adecuada sustente la prescripción (Caballero, 2005).

- 5) Disulfiram: El disulfiram puede reducir el consumo de cocaína por al menos, un doble mecanismo. Control de la ingesta alcohólica que acompaña al consumo de cocaína (y que, con frecuencia, lo dispara) e incremento de los niveles de dopamina por inhibición de la dopa-beta-hidroxilasa (que, por un lado, disminuiría el "Craving" y, por otro, asociaría efectos displacenteros y aversivos a la cocaína) (Hameedi y cols., 1995; McCance-Katz y cols., 1998). Quizá hay otros mecanismos que no se han dilucidado todavía porque la investigación clínica no es completa (Carroll y cols 1993; Higgins y cols 1993; Hameedi y cols., 1995; Carroll y cols 1998; Carroll y cols., 2000; Vocci y Elkashef, 2005). Al evitar el consumo de alcohol es obvio que se eliminan también los problemas derivados de la síntesis de cocaetileno (McCance-Katz y cols., 1993). En otro ensayo clínico reciente (Carroll y cols., 2004) el disulfiram y la terapia cognitivo-conductual se mostraron claramente más eficaces que el placebo y la psicoterapia interpersonal. En muchos ensayos se ha observado que la utilidad del disulfiram es mayor en el caso de los varones que en el de las mujeres y este hecho se ha puesto en relación con el posible efecto estimulador de los estrógenos sobre la enzima dopamina-beta-hidroxilasa (DBH) (Vocci y Elkashef, 2005). Desde el punto de vista práctico, aquellos pacientes en los que el consumo de

alcohol precede al de la cocaína parecen los candidatos más claros a tratamiento con disulfiram. Este tratamiento requiere consentimiento informado y vigilancia del posible desencadenamiento de síntomas psicóticos por el fármaco (Caballero, 2005).

- 6) Naltrexona: Aprobada para el tratamiento de las adicciones a opiáceos y alcohol, la naltrexona se ha ensayado también en el tratamiento de la cocaínomanía ya que las vías opiérgicas podrían tener un papel importante en la euforia cocaínica y su bloqueo podría disminuirla (Singer y cols., 1999). La efectividad de la naltrexona en esta indicación parece depender de múltiples factores entre los que se incluyen la dosis de naltrexona, la duración del tratamiento, la comorbilidad y el tipo de intervención psicoterapéutica y no puede manualizarse con la investigación disponible (Vocci y Elkashef, 2005).
- 7) Anticonvulsivos: Una buena revisión reciente del uso de anticonvulsivos en el tratamiento de la abstinencia de sustancias (Zullino y cols., 2004) apoya la utilización de carbamacepina como agente útil en la reducción del consumo de cocaína y, posiblemente, la de valproato, lamotrigina y gabapentina. Aunque los estudios abiertos sugerían reducciones del consumo con carbamacepina, los estudios controlados con placebo no han sido concluyentes (Caballero, 2005).
- 8) Antipsicóticos típicos y atípicos: Coincidiendo también con su reciente lanzamiento ha tenido lugar una notable experiencia clínica con nuevos neurolépticos cuya acción va más allá del sistema dopaminérgico. Las poblaciones seleccionadas más frecuentemente en estos ensayos han sido pacientes esquizofrénicos o bipolares en tratamiento con neurolépticos y consumidores de cocaína. Se han referido efectos en algunos casos con quetiapina (Brown y cols 2002; Brown y cols 2003), olanzapina (Tsuang y cols., 2002) o risperidona (Smelson y cols., 2004) pero la utilidad concreta de estos fármacos en la cocaínomanía no está científicamente aclarada más allá del uso evidente en casos con síntomas psicóticos (Caballero, 2005).

4.1.4.2 Ejercicio físico

La mayor parte de abuso de sustancias es incompatible con la salud física y hacer ejercicio regularmente. La actividad aeróbica es probable que aumente la consciencia del adicto de las desventajas de consumir cocaína y las ventajas de dejarlo. El terapeuta debe animar al paciente a implicarse en el ejercicio físico, como parte del programa de tratamiento, esta actividad ayudará al paciente adicto a redefinirse a sí mismo como saludable, en forma física. Esta imagen podría causar disonancias cognitivas para el paciente y motivarlo a modificar su patrón de abuso (Beck, Wright, Newman, Liese, 1999).

4.1.4.3 Manejo nutricional

Se debe trabajar sobre la adquisición de hábitos y estilos de vida saludables, en los que se incluye la educación nutricional.

4.1.4.4 Higiene del sueño

Se llama higiene del sueño a una serie de hábitos de conducta que facilitan el comienzo y el mantenimiento del sueño. El sueño es una función educable. Se puede llegar a crear una serie de reflejos condicionados para facilitar su inducción (Yzuel, 2011).

4.1.4.5 Técnicas de control de la activación

1) Relajación y respiración: El empleo de la relajación es una de las estrategias psicológicas de intervención más utilizada en la práctica clínica actual. El entrenamiento en relajación se emplea prácticamente en todas aquellas situaciones cuyo tratamiento requiere o aconseja la reducción de la actividad simpática del sistema neurovegetativo, de la tensión muscular o del estado de alerta general del organismo. En las investigaciones realizadas aparece con mucha frecuencia su combinación con otras técnicas (López, 1996).

Existen varias clases de terapias de relajación y éstas utilizan una variedad de técnicas. Sin embargo, la mayoría de ellas comparten ciertas características relacionadas.

Jacobson (1938) elaboró un método original y eficaz, demostró la profunda imbricación entre cuerpo y mente, probando una relación directa músculo-pensamiento-emociones. Su planteamiento está basado en que hay un ser equilibrado y sano dentro de nosotros, la tensión lo oculta, la relajación como técnica descubridora nos lo muestra. Con el método de Jacobson recobramos el control de los músculos voluntarios, control que nunca debimos ceder al inconsciente. Jacobson pone el acento en la sensación, no debemos sólo tensar o relajar, sino prestar toda la atención a las sensaciones que se producen, reconocer la unión íntima entre tensión muscular y estado mental tenso. Nos enseña a relajar la musculatura voluntaria como medio para alcanzar un estado profundo de calma interior. Las zonas en que acumulamos tensión son múltiples, aprender a relajar los distintos grupos musculares que componen nuestro mapa muscular de tensión supone un recorrido por todo el cuerpo. Jacobson proponía un sistema muy efectivo aunque muy difícil de utilizar en la práctica (cada grupo muscular se trataba en sesiones que iba de 1 a 9 horas diarias con un total de 56 sesiones de tratamiento sistemático) por ello muchos de sus seguidores propusieron variaciones más prácticas. El método de Jacobson utiliza prácticamente todos los grupos musculares planteando un orden preestablecido para su relajación.

Wolpe (1958) adaptó la técnica como elemento de contracondicionamiento y la redujo a seis sesiones de veinte minutos con dos sesiones prácticas diarias, en casa, de quince minutos. Está basada en los principios del aprendizaje y se emplea para la modificación efectiva y eficiente del control de la tensión corporal, la cual está asociada al stress y a la ansiedad. Los procedimientos de Wolpe fueron similares a los de Jacobson en cuanto a tensar y relajar los grupos de músculos para conseguir la relajación profunda. Sin embargo, el terapeuta en este caso dirige todos los aspectos del procedimiento a través de instrucciones verbales presentadas durante las sesiones de entrenamiento.

Lazarus (1971) Goldfried y Davison (1976) hicieron de esta técnica un procedimiento fácil de aplicar y de aprender en una sola sesión de entrenamiento.

Berstein y Borkovec (1973) realizaron una integración y sistematización del método para evitar toda la gama de variaciones que habían ido surgiendo. El status actual del entrenamiento en relajación radica en la tendencia, según Bernstein y Borkovec, hacia:

- a) La especificación de condiciones de entrenamiento más eficientes.
- b) Medidas más refinadas de los efectos fisiológicos de la relajación.
- c) La determinación de los problemas más apropiados para ser tratados con el entrenamiento en relajación.

Miller (1977) propone un modelo en 3 fases: Respiración, relajación progresiva y visualización.

Existen otros modelos como el modelo propuesto por Cautela y Groden (1978)

4.2 Paradigma Cognitivo

4.2.1 Etiología

El paradigma Cognitivo plantea que eventos, procesos y estructuras cognitivas pueden tener repercusiones o una influencia causal en otros pensamientos, afectos o conductas (Opazo, 2001).

4.2.1.1 Esquemas cognitivos disfuncionales

Se han utilizado muchos términos diferentes para describir los filtros que las personas utilizan para interpretar su realidad: Actitudes, creencias, visión del mundo, mapa de la realidad, constructos y esquemas. Los esquemas determinan la manera en que el individuo responde a su mundo y éstos a su vez son modificados por estas experiencias. En términos más específicos un esquema se refiere a una estructura cognitiva en la cual se representa la información referente a una particular categoría de personas objetos u eventos

“Los esquemas son estructuras internas relativamente estables que han almacenado de manera genérica o prototípica características de estímulos, ideas o experiencias que son usadas para organizar información de acuerdo a como los fenómenos son percibidos y conceptualizados” (Clark, Beck, Alford, 1999).

Si las experiencias personales se organizan más alrededor de vivencias negativas que positivas y si las teorías o creencias se estructuran sobre la base de hechos falsos, el esquema resultante será disfuncional y, en consecuencia, los pensamientos y comportamientos resultantes tendrán un carácter mal adaptativo en la medida en que no estarán adecuados a la realidad (De La Cruz, 2008).

Los esquemas en los consumidores de cocaína son el núcleo de los trastornos cognitivos y contiene las creencias y supuestos personales.

Un esquema que contenga la creencia “No puedo ser feliz a menos que sea querido” se activará si la persona percibe que ha sido rechazada por un amante, y por lo tanto, se sentirá triste. La experiencia de dicha emoción de tristeza, a su vez, será procesada cognitivamente por creencias de dicha emoción de tristeza “No puedo soportar la tristeza” “Necesito alivio utilizando Cocaína” el paciente entonces experimentará craving (Beck, Wright, Newman, Liese, 1999).

4.2.1.2 Autoesquema

Los autoesquemas representan constelaciones estructurales de conocimiento y atributos sobre uno mismo derivados de la experiencia previa, incluyendo la conducta de uno mismo en diferentes situaciones. También pueden considerarse como un esquema con el que los individuos perciben y evalúan la información actual sobre ellos mismos y los demás (Pérez-Poza, Fernández, 2001).

Son estilos interpretativos estables acerca de la información sobre nosotros mismos, y se componen por la autoestima (que tanto nos queremos), la

autoimagen (como nos vemos y si nos gustamos) y la autoeficacia (que tanto confiamos en nosotros mismos para lograr metas) (González, 2002).

En los pacientes cocainómanos muestran una marcada falta de iniciativa, evitación, baja expectativa de autoeficacia, aumento de fracasos, restringen su campo de acción, inhiben el desarrollo de sus propias potencialidades, autoestima negativa, imagen de sí (autoconcepto) negativa, Desarrollo de autoesquemas cognitivos disfuncionales, desesperanza, etc.

4.2.1.3 Esquema nuclear

La naturaleza del esquema nuclear es usualmente más global, sobregeneralizada y absoluta que otras creencias. Por lo general, su contenido se refiere a términos de evaluación absolutas y generalizadas respecto de uno mismo y los otros (Beck, 1996). La creencia nuclear consiste en el componente más sensible del concepto del sí mismo o el “Yo” (sentirse vulnerable, desvalido, no amable, incompetente, inútil) y la primitiva visión de otros (antipáticos, hostiles, desagradables). La creencia nuclear opera fuera de la conciencia del individuo y frecuentemente no es claramente verbalizada. Se sugiere que el contenido último del esquema nuclear patológico o disfuncional incluye dos factores básicos: La supervivencia (desvalido, incapaz) y el attachment (no sentirse querido o amable) (Riso, 2006).

Según Beck, Wright, Newman, Liese, (1999) Los esquemas y creencias nucleares son las creencias más centrales e importantes que reflejan cómo los pacientes se ven a sí mismos. Estas creencias normalmente suelen caer en dos características:

- a) No soy digno de ser amado.
- b) Estoy indefenso.

Las creencias nucleares no se manifestarán necesariamente con estas mismas palabras, sino que pueden haber derivados o correlatos “Estoy indefenso” puede ser expresado con términos tales como “Soy incapaz” “No tengo fuerzas” “Estoy atrapado” “Soy poco afectivo” “Soy débil” “Soy vulnerable”, esas

creencias harían que el paciente recurra a la cocaína con más frecuencia “No soy digno de ser querido” “Soy indeseable” “Soy descuidado” “Soy malo”.

Las reglas, creencias o supuestos condicionales ayudan a los pacientes a afrontar (para mejor o peor) sus propias creencias nucleares. Un supuesto condicional positivo puede ser el siguiente “Si hago algo perfectamente, los otros me querrán y me aceptarán”. La contrapartida negativa de esta suposición podría ser “No soy querido, sino soy aceptado por todo el mundo”. Las estrategias compensadoras, frecuentemente son compulsivas, inflexibles, inapropiadas, agotan la energía, y no están equilibradas por estrategias adaptativas, no suelen prevenir al paciente de tener dudas escondidas, miedos secretos, y autoconceptos negativos, los cocainómanos al usar la droga, se sienten más “Seguros” consigo mismos. Las situaciones vulnerables se definen como aquellas situaciones problemáticas en las que las creencias nucleares y las creencias asociadas a las drogas llegan a estar activas. El adicto a la cocaína que se ha mantenido abstemio durante varios meses y se enfrenta a la situación de ir a un barrio donde previamente ha comprado cocaína. Tiene una imagen mental de la última vez que ha utilizado cocaína, que va seguida de fuertes impulsos y craving, esto activa una creencia relacionada con “Los impulsos me obligaron a utilizar cocaína”. Los pensamientos automáticos tienen su origen en la activación de las creencias nucleares, condicionales y otras creencias “No puedo soportar el impulso y el craving” “Solo un poco no me hará daño” “Puedes hacerlo, te lo mereces”. Las emociones suelen estar asociadas con pensamientos o creencias automáticas concretas. Las conductas son el producto final de las situaciones vulnerables.

4.2.1.4 Las creencias irracionales

Suelen ser exageraciones evaluativas externas y a menudo se refleja en términos evaluativos como “Terrible” “Tremendo” “Espantoso” “Horrible”. Una creencia irracional es inconsistente con la realidad empírica, no proviene de acontecimientos reales. Una creencia irracional es absolutista y dogmática, se expresa por medio de exigencias (no de deseos), de “Deberías” absolutos (no de preferencias) y de necesidades. Las creencias irracionales están a menudo

sobre aprendidas, se ensayan desde la infancia y se basan frecuentemente en exigencias grandiosas o narcisistas, de uno mismo, los demás o el universo. Una creencia irracional produce emociones perturbadas. Una creencia irracional no nos ayuda a conseguir nuestros objetivos (Lega, Caballo, Ellis, 1997; Walen, et al., 1992).

Según Beck, Wright, Newman, Liese (1999) Existen tres tipos de creencias pertinentes:

- a) Anticipatorias: Pueden comprender expectativas de recompensa “Esta noche haremos una gran fiesta” “No puedo esperar a colocarme”.
- b) Orientadas hacia el alivio: Supone que la utilización de la droga acabará con el estado de malestar determinado “No puedo soportar el aislamiento, necesito un pico”.
- c) Facilitadoras o permisivas: Son aquellas que consideran que tomar drogas es aceptable, a pesar de las posibles consecuencias “Sólo las personas débiles tienen problemas con la cocaína” “Esto no me ocurrirá a mí”.

Muchos pacientes tienen pensamientos destinados a justificar su consumo “Tengo que tomar cocaína o no seré capaz de concentrarme en mi trabajo” “No puedo coger el ritmo sin ninguna esnifada ocasional de cocaína” “Nunca he fallado en nada, así que las drogas no me harán daño” “Soy básicamente un hombre bastante decente”. Una persona adicta puede tener creencias contradictorias, una persona con dependencia de las drogas podría tener la siguiente creencia “Me encanta la sensación de colocarme”, y simultáneamente la creencia control “Esto me mata” siendo contradictorias acerca de su hábito.

Según Beck, Wright, Newman, Liese (1999) existen distintos niveles en las creencias que subyacen a la conducta adictiva:

- a) La creencia básica y más general de que esta “Atrapado”
- b) La creencia de que la única forma de escapar de un ambiente y de sentimientos desagradables es tomando drogas.

- c) La creencia de que se necesita drogas para aliviar cualquier sentimiento desagradable.

Los pacientes también tienen creencias que se desarrollan con el tiempo, un paciente puede empezar con la creencia de que está bien tomar cocaína “Que no es adictiva” “Que tomar cocaína le hará más sociable”, sin embargo con el paso del tiempo, desarrollará un nuevo conjunto de creencias en relación con la cocaína “No puedo ser sociable sin ella” “Debo tomar cocaína para poder funcionar” en este caso, el paciente ha pasado de ser un consumidor en los momentos de ocio a depender de la cocaína.

4.2.1.5 Distorsiones cognitivas

Según Beck, Rush, Shaw, Emery (1979) existirían las siguientes distorsiones cognitivas:

- 1) Pensamiento todo-o-nada: Interpretar los eventos y personas en términos absolutos, evidenciado en el uso de términos como "Siempre", "Nunca", "Todos", cuando su uso no está justificado por los acontecimientos propiamente.
- 2) Sobregeneralización: Tomar casos aislados y generalizar su validez para todo.
- 3) Filtro mental (también llamado Abstracción selectiva): Enfocarse exclusivamente en ciertos aspectos, usualmente negativos y perturbadores, de un evento o persona con exclusión de otras características.
- 4) Descalificar lo positivo: Continuamente echar abajo experiencias positivas, por razones arbitrarias.
- 5) Saltar a conclusiones: Asumir algo negativo cuando no hay apoyo empírico para ello.
- 6) Lectura de pensamiento: Presuponer las intenciones de otros.

- 7) Adivinación: Predecir o "Profetizar" el resultado de eventos antes de que sucedan.
- 8) Magnificación y Minimización: Subestimar y sobreestimar la manera de ser de eventos o personas. Un subtipo identificado es la "Catastrofización".
- 9) Catastrofización: Imaginarse acerca del peor resultado posible, sin importar lo improbable de su ocurrencia, o pensar que la situación es insoportable o imposible, cuando en realidad es incómoda (o muy incómoda) o inconveniente (esta se relaciona con la PTF o "Poca tolerancia a la frustración")
- 10) Razonamiento emocional: Formular argumentos basados en cómo se "Siente" en lugar de la realidad objetiva.
- 11) Deberísmo: Concentrarse en lo que uno piensa que "Debería" ser, teniendo reglas rígidas que se piensa que deberían aplicarse sin importar el contexto situacional.
- 12) Etiquetado: Relacionada con la sobregeneralización, consiste en asignar un nombre a algo en vez de describir la conducta observada objetivamente. La etiqueta asignada por lo común es en términos absolutos, inalterables o bien con fuertes connotaciones prejuiciosas.
- 13) Personalización: También conocida como falsa atribución, consiste en asumir que uno mismo u otros han causado cosas directamente, cuando muy posiblemente no haya sido el caso en realidad. Cuando se aplica a uno mismo puede producir ansiedad y culpa, y aplicado a otros produce enojo exacerbado y ansiedad de persecución.

Las Distorsiones Cognitivas de consumo de drogas aparecen antes de consumir cocaína, también ocurren las "Distorsiones Cognitivas de reforzamiento" que aparecen después de la intoxicación. Es importante identificar y modificar las distorsiones porque suelen perturbar las emociones del paciente, hay que prestar atención a las verbalizaciones y evaluaciones de los pacientes sobre las actuales y cambiantes situaciones de vida. Una

Una distorsión cognitiva de consumo puede generar una secuencia de acciones que desencadenan en el consumo de la cocaína, sobre todo cuando el sujeto vive situaciones de gran tensión, estrés, frustración, enojo o fuertes ambiciones de consumir.

Las distorsiones cognitivas, tienen rasgos similares que pueden aparecer en diferentes sujetos, pero los contenidos son propios y están determinados por su configuración psicológica individual y el actual ambiente de vida.

Las distorsiones cognitivas o patrones irracionales del pensamiento que generalmente ocurren en desiguales etapas del consumo y del tratamiento son diferentes.

En el adicto a la cocaína sobrevienen tempranamente distorsiones cognoscitivas de los efectos de sus diferentes comportamientos, que son una representación personal consciente o involuntaria, que tiene como principal objetivo desacreditar los daños que se causan a ellos mismos, a sus familiares u otras personas, o desacreditar las consecuencias de su conducta en diferentes situaciones.

La primera área en el cerebro es el centro de emoción, que busca la satisfacción inmediata y demuestra que los sujetos tienden a actuar más irracionalmente cuando las decisiones se realizan sobre temas a corto plazo, así esta posibilidad de ganancia inmediata activara intensamente las partes del cerebro asociadas a las emociones.

La otra zona cerebral, es el centro de la razón, que privilegia los objetivos a largo plazo, afirmando que cuando los sujetos optan por decisiones que se relacionan con temas a largo plazo se manifiestan de forma racional, activando zonas del cerebro asociadas con el razonamiento abstracto.

Se estima el papel de la psicoterapia como un proceso por medio del cual es necesario que el hombre se convierta en su propio organismo, sin autodecepción ni distorsiones de ninguna clase.

Desde esta ideología y a través de la relación terapéutica, se podrá estimular en el adicto fenómenos de la práctica que no son aprehendidos a nivel verbal,

sino como vivencias, como experiencia personal. En este proceso terapéutico la persona lograra eliminar o disminuir las distorsiones de la apercepción de su experiencia, pudiendo realizar una percepción plena, que incluye sus reacciones funcionales y sensoriales de todo lo que realmente forma parte de su vida y no sólo de lo que antes elegía y prefería vivir.

Como objetivo del proceso psicoterapéutico, el abusador de drogas debe entrenarse para detectar sus pensamientos distorsionados, trabajar con ellos discutiendo su naturaleza irracional e ir renovándolos por otros más realistas y positivos que se expresen en su comportamiento verbal, emocional y práctico.

Trabajando así tienden a desaparecer las distorsiones cognitivas, las resistencias y las defensas que conservaba, entonces el adicto se puede abrir a las nuevas experiencias y emprende el desarrollo que lo llevara a su meta más deseable, que es llegar a ser él mismo sin utilizar drogas (Leiva, 2010).

Pensamiento Dicotómico	<i>"Los que consumen cocaína son gente entretenida, audaz e independiente. Los otros, son títeres del sistema"</i>
Sobregeneralización	<i>Un paciente cocainómano dice: "Ayer fui a un bar con un amigo y no me dieron ganas de colocarme. Me di cuenta de que puedo controlarme siempre"</i>
Filtro Selectivo	<i>"No lo puedo pasar bien en las fiestas... ya no soy el mismo"</i>
Magnificación	<i>"Llevo un mes sin consumir. Ya me recuperaré de mi adicción a la cocaína. De hecho, ya no tengo ganas de consumir" "Luego de esta recaída, yo ya aprendí a cuidarme. Estoy seguro de que no voy a recaer"</i>
Minimización y negación	<i>"Mi adicción a la cocaína no es un problema grave, porque hay otros usuarios del programa que sí son graves"</i>
Pensamiento catastrófico	<i>"Me ha ido mal en la vida. Y me seguirá yendo mal, porque mi destino es la mala suerte" "Para los adictos a la cocaína, no hay rehabilitación"</i>
Lectura mental	<i>"Yo sé que mi jefe me dijo que ese día me quedara trabajando hasta más tarde porque le caigo mal"</i>
Personalización	<i>"Estoy segura de que cuando mi esposo llega tarde del trabajo, lo hace para provocarme celos"</i>
Etiquetamiento	<i>"Soy un convencido de que la gente, cuando puede, se aprovecha de uno"</i>
Deberismos	<i>"Si mi pareja me quiere, tendrá que aceptarme tal como soy. Y lo hará bajo toda circunstancia"</i>
Pensamiento emocional	<i>"Soy un tonto"</i>

Externalización	<i>"Yo dejaré de consumir cocaína el día en que mi pareja me trate bien" "Yo consumo cocaína porque tengo un trabajo muy tensionante"</i>
Omnipotencia	<i>"Yo puedo dejar de colocarme cuando quiera" "Si bien soy adicto a la cocaína, ya tomé mi firme decisión de no consumir. Y no lo voy a hacer"</i>

Distorsiones cognitivas en consumidores de Cocaína tomado de (Feuchtmann, 2010).

4.2.1.6 Locus de Control y Adicción

Morales, Blanco, Fernández, Huici (1985) se refieren al Locus de Control interno y Locus de control externo de la siguiente manera:

- a) Locus de Control interno: La causa del éxito o fracaso es ubicado o percibido por la persona como algo interno a ella, las personas confían en sus habilidades, esfuerzo y persistencia para llegar a un resultado deseado, lo cual induce a pensar que los resultados pueden ser controlables, por lo que es posible hacer algo, por ejemplo: Aprender, practicar, para alcanzar el éxito.
- b) Locus de Control externo: Cuando la persona percibe que los resultados dependen de causas o factores externos, como pueden ser la suerte y el destino, se asume que el resultado no depende de la persona, sino de algo extraño a ella, por ejemplo: La suerte, el destino; las expectativas tenderán a ser poco estables, se espera un resultado como algo anhelado, más bien con esperanza de que ocurra, pero sin seguridad de obtenerlo.

Glenn (1987) ha resumido algunas de las características de las situaciones de dependencia al consumo de sustancias:

- a) Pobre desarrollo de sus propias capacidades.
- b) No tener sentido de la importancia, significado, utilidad, relevancia, y status en sus vidas.
- c) Locus de control externo, más que el pensar que ellos mismos pueden dirigir su propio destino.
- d) Escasas destrezas intrapersonales, carencia de una disciplina propia.
- e) Pocas capacidades para las relaciones intersociales, particulares maneras de comunicación.
- f) Una pobre capacidad de opinión y juicio.
- g) Un muy escaso sentido de responsabilidad (Rodríguez, 1998).

4.2.1.7 Estilo atribucional depresogénico y atribuciones causales

Heider (1958) distinguió entre atribuciones internas (la causa del suceso reside en la persona) y atribuciones externas (la causa del suceso reside en algo externo a la persona).

Weiner (1985) añadió la dimensión de estabilidad, que se refiere al grado de consistencia temporal de la causa, es decir, hasta qué punto una determinada causa se considera permanente, y por tanto persistirá en el futuro, o se considera limitada en el tiempo.

Abramson, Seligman y Teasdale (1978) recogieron ambas dimensiones atribucionales, a las que añadieron la dimensión de globalidad. Los factores globales afectan a una gran variedad de resultados; en cambio, los factores específicos, no. Se sugirió que estas explicaciones causales (que recibieron la denominación de estilo atribucional) desempeñaban un papel relevante en los síntomas de desesperanza/indefensión, y en el posible desarrollo de una depresión. Si las atribuciones causales de los sucesos negativos son internas “Es por mi culpa”, estables “Ocurrirá siempre” y globales “Ocurre en todas las situaciones”, entonces hay una elevada probabilidad de desarrollar indefensión/desesperanza bajo situaciones de estrés. La atribución estable facilitaría la cronicidad, la global, la generalización, y la interna, afectaría directamente la autoestima. Este estilo atribucional desadaptativo actuaría como un importante factor de riesgo para el desarrollo y el mantenimiento de la sintomatología depresiva.

Abramson, Seligman y Teasdale (1978) consideran que las tres dimensiones a partir de las cuales se realizan atribuciones causales son la internalidad, la estabilidad y la globalidad, obviando la tercera dimensión definida por Weiner (1994), es decir, la dimensión de controlabilidad. La controlabilidad se refiere a si la causa de un determinado suceso es controlable por el propio sujeto o no. El hecho de que la causa sea o no controlable por el sujeto tiene importantes repercusiones en el afrontamiento de las situaciones de estrés.

En la última reformulación de la teoría de la indefensión aprendida, en la teoría de la desesperanza, Abramson, Metalsky y Alloy (1989) sostienen que un estilo atribucional depresógeno actúa como factor de vulnerabilidad para desarrollar una constelación particular de síntomas depresivos. El estilo atribucional depresógeno se caracteriza por una tendencia a la atribución estable y global de los sucesos negativos. Los síntomas de la depresión resultante constituyen, entre otros, el retardo psicomotor, la apatía, el retardo en la iniciación voluntaria de la respuesta o la falta de energía.

El mejor ejemplo de dicha asociación se halla en el modelo de Prevención de Recaídas de Marlatt (1985).

El efecto de violación de la abstinencia es definido por Marlatt (1985) como una situación de disonancia cognitiva que se produce tras un consumo puntual en una situación de abstinencia. El efecto de violación de la abstinencia sería un importante factor de riesgo para una recaída, es decir, la pérdida de control sobre el consumo de dicha sustancia. De este modo, el efecto de violación de la abstinencia haría referencia a una situación de indefensión aprendida, en los términos anteriormente expuestos. En segundo lugar, los pacientes con dependencia de sustancias con elevada indefensión aprendida presentarían sintomatología propia de los síndromes de estrés crónico: Síntomas depresivos, desesperanza, alteraciones del sueño y del apetito, etc. Por último, el malestar emocional provocado por la propia situación de indefensión actuaría de nuevo como un importante factor de riesgo, ya que el consumo de sustancias reduciría sin duda dicho malestar (Marlatt, Gordon, 1985).

Algunos estudios sugieren que los sentimientos de pérdida de control personal y la baja autoestima contribuyen a la aparición del abuso de sustancias en la adolescencia; así como al mantenimiento del consumo. La relación entre situaciones estresantes incontrolables y consumo de alcohol y otros tóxicos está mediatizada por la sensación de pérdida de control. En otras palabras, no existiría una relación directa entre estrés y consumo de sustancias, sino que dicha relación estaría mediatizada por una elevada indefensión aprendida (Newcomb, Harlow, 1986).

Los estudios realizados sobre la relación entre indefensión aprendida y variables de tratamiento se han focalizado especialmente en el abandono prematuro del tratamiento. El abandono prematuro del tratamiento de la dependencia a sustancias tiene especial interés porque limita de un modo importante la efectividad de éste, incrementa la probabilidad de recaída y tiene implicaciones en la salud, económicas y legales. El abandono prematuro del tratamiento está asociado al desempleo, el bajo nivel educativo, los problemas legales, el tiempo de consumo de sustancias, el abuso de cocaína y el número de tratamientos previos. Como variables psicológicas se han añadido la depresión y las estrategias de afrontamiento evitativas, así como el bajo apoyo social (King, 2004).

Se ha sugerido que existiría una relación entre el déficit pre-frontal hallado en los pacientes con dependencia de sustancias y la indefensión aprendida. Según esta hipótesis, a mayor déficit neuropsicológico, mayor probabilidad de hallarse en una situación de indefensión aprendida debido a las dificultades de autocontrol, la inflexibilidad y los déficits en habilidades lógico-analíticas relacionadas con la disfunción ejecutiva. Se ha hallado una relación entre el rendimiento en tareas neuropsicológicas sustentadas a nivel frontal y el estilo atribucional. El rendimiento en tareas ejecutivas estaba directamente relacionado con una atribución interna de los éxitos, e inversamente relacionado con una atribución estable de los fracasos (Verdejo, López-Torrecillas, Aguilar, Pérez, 2005).

Weiner (1985) propuso una clasificación de las mismas a partir de tres claves: El grado de implicación personal, la estabilidad y el control. Es decir, las causas pueden ser:

- 1) Atendiendo a la implicación personal: Internas o externas, la persona se atribuye el suceso a sí misma (la inteligencia, el carácter, etc. son ejemplos de causas internas) o, por el contrario, cuando lo atribuye al ambiente, a un factor externo (influencia de los demás, dificultad de la tarea, etc.).

- 2) En función de su estabilidad pueden ser: Estables o inestables, si la causa que ha producido el suceso es permanente, crónica (por ejemplo: Aptitudes, alteración biológica o genética, etc.), causa estable. Si por el contrario, la causa es temporal, variable, causas inestables (esfuerzo, cansancio, etc.).
- 3) Atendiendo al grado de control pueden ser: Controlables o incontrolables, una causa es controlable cuando está bajo el control de la persona, cuando ésta tiene algún tipo de poder o dominio sobre la causa (habilidades, esfuerzo, etc.). Sin embargo, la causa es incontrolable cuando la persona no puede cambiarla o modificarla porque está más allá de su control (la suerte, una alteración biológica).

Las atribuciones causales, en tanto que creencias firmes, influyen en el estado emocional (animan o desalientan), en las expectativas respecto al futuro y a uno mismo ("Volverá a suceder o todo cambiará" "Soy capaz de conseguirlo o soy un inútil"), y en la conducta (activa, de evitación o resignación). Es de esperar que también influyan en los resultados y en la adaptación personal y social del paciente. Bajo esta premisa, que las atribuciones condicionan las emociones, las expectativas y la conducta de los pacientes, se han llevado a cabo diversos estudios en adicciones. Algunos de estos estudios buscaban identificar qué factores se asocian a las recaídas y/o al mantenimiento de la abstinencia (Llorente, Fernández, Gutiérrez, 2000; Llorente, Fernández, Gutiérrez, Vielva, 1998; Abrams, Niaura, Carey, Monti, Binkoff, 1986; Wilson, 1987) y se plantearon si las creencias que tiene el adicto sobre su problema, su evolución, sus recaídas, etc. no estarían condicionando los resultados que obtiene en el tratamiento. Este condicionamiento se debería a la influencia que, según el enfoque cognitivo-conductual, ejercen las creencias en la forma en que las personas afrontan los problemas, en el esfuerzo que despliegan y en la perseverancia que mantienen. Entre estas creencias destacan, además de las expectativas de autoeficacia, las atribuciones causales. Tomando como marco el modelo atribucional de Weiner (1985) la relación entre estos dos tipos de cogniciones es muy estrecha: Dependiendo de la causa a la que se atribuya un hecho (la recaída o la abstinencia de un adicto a la cocaína), la expectativa

futura o de autoeficacia será mayor o menor. Por ejemplo, si un adicto a la cocaína atribuye su recaída a que él padece una enfermedad o una alteración incurable (causa que se puede clasificar de interna, estable e incontrolable), la expectativa de ser capaz de resistir el impulso a tomar cocaína será muy pequeña. Por el contrario, si cree que recayó por descuido, porque no se ha comprometido seriamente con el tratamiento o porque no ha adquirido todavía las suficientes habilidades para hacer frente a las tentaciones (la causa, en este caso, es interna, inestable y controlable), la expectativa de que resista los deseos de consumo de cocaína en un futuro será mayor. En función de si las atribuciones desaniman o alientan, se puede hablar de atribuciones desadaptativas (primer caso) o de atribuciones adaptativas (segundo caso). La relación que se espera conseguir en el tratamiento clínico entre la autoeficacia y las atribuciones es como sigue: Los cocainómanos que tengan poca autoconfianza en su capacidad para resistir los deseos de consumo atribuirán sus recaídas a causas internas, estables e incontrolables, y sus períodos de abstinencia a causas externas, inestables e incontrolables. Por el contrario, los cocainómanos que confíen en ser capaces de superar los deseos de consumo atribuirán sus recaídas a causas internas, inestables y controlables, mientras que sus períodos de abstinencia los atribuirán a causas internas, estables y controlables (Llorente Del Pozo, Iraurgi-Castillo, 2008).

4.2.1.8 Pensamientos automáticos

Según Clark, Beck, Alford (1999) La terapia cognitiva se basa en la idea de que las cogniciones son mediadores entre los “Estímulos” y las “Respuestas”, en términos todavía más sencillos, un suceso activador A desencadena una creencia B que lleva a una consecuencia C, este es el ABC de la terapia cognitiva. La creencia (actitud, constructo, esquema) emite un breve mensaje al yo (auto mensaje) que se desplaza rápidamente a través del pensamiento pre-consciente, haciéndose consciente raramente. Este pensamiento automático es un pensamiento reflejo estimulado por el suceso activador. Esto se convierte en una pista para descubrir el esquema cognitivo subyacente que lo ha creado. Los pensamientos automáticos pueden ser recogidos sistemáticamente

mediante la utilización de diarios, en los que el individuo registra el suceso activador, la respuesta y los pensamientos automáticos que intervienen (técnica de la triple columna). Existen dos tipos de productos cognitivos que son especialmente relevantes para los estados psicopatológicos: Los pensamientos voluntarios, y los pensamientos automáticos, los pensamientos automáticos son involuntarios y repetitivos por naturaleza y difieren de los pensamientos voluntarios, en el grado de control asociado con su ocurrencia. Los pensamientos automáticos son intrusiones reflejas de las cuales el paciente no siempre es consciente. Los Pensamientos automáticos son:

- a) Pasajeros.
- b) Altamente específicos y discretos.
- c) Espontáneos, inmediatos e involuntarios.
- d) Plausibles.
- e) Consistentes con el estado afectivo de ese momento o con su personalidad.
- f) Una representación sesgada de la realidad, incluyendo el sí mismo.

Los pensamientos automáticos constituyen un flujo de pensamientos que coexisten con otros más conscientes, son comunes a todos, ya que la mayoría de nuestras acciones ocurren bajo un procesamiento de tipo no controlado (Clark, Beck, Alford, 1999).

En la terapia cognitiva se enseña a los pacientes a observar y registrar estos pensamientos automáticos y se les ayuda a ver la diferencia, entre estos pensamientos y los sucesos reales, y a comprender las relaciones existentes entre estos pensamientos, afectos, conductas, y los acontecimientos externos (Beck, Rush, Shawn, Emery, 1979; Merluzzi, Boltwood, 1989).

Beck, Wright, Newman, Liese (1999) dicen que los pensamientos automáticos tienen su origen en la activación de creencias nucleares, condicionales y otras creencias relacionadas con las drogas. Algunos pensamientos automáticos típicos de las personas que abusan de las drogas son “No puedo soportar el

impulso y el craving” “Sólo un poco no me hará daño” “Puedes hacerlo, te lo mereces”. Estos pensamientos potencian los impulsos de los pacientes y su craving, proporcionándoles ímpetu para establecer planes, y procurarse la droga. Las emociones suelen estar asociadas a creencias y pensamientos automáticos concretos, no son conscientes del proceso cognitivo que precede a una emoción particular como la ira, la ansiedad o la tristeza, sin embargo mediante la terapia se puede enseñar a los pacientes a ser más conscientes de los procesos de pensamiento que están asociados a su vida emocional. Las conductas de los pacientes son el producto final de las situaciones vulnerables, así como la activación de las creencias, pensamientos automáticos, y emociones, las conductas disfuncionales más frecuentes incluyen la búsqueda activa de droga, la utilización de las mismas, comprometerse en actividades irresponsables (sexo sin protección), enfrentamientos interpersonales abusivos, evitar las actividades de autoayuda y otros. La integración de los anteriores datos es el paso más importante y difícil de todo el proceso de la conceptualización de la vida del paciente. En el consumo de cocaína, la conducta adictiva y craving se puede aplicar a cualquiera que sea el factor instigador ya sea la forma de conseguir el alivio mediante el consumo. La secuencia generalmente avanza desde una creencia nuclear, como una visión negativa de uno mismo (indefensión, indeseabilidad) o una perspectiva negativa del ambiente (nocivo, opresivo) o una visión negativa del futuro (desesperanza), hasta los sentimientos de disgusto, como la disforia y la ansiedad, la persona con tendencia a la adicción experimentará craving y dependencia de la droga “Necesito cocaína para sentirme mejor”.

4.2.1.9 Bajas expectativas de autoeficacia

La reflexión sobre estos estudios y el propio concepto de autoeficacia lleva a estos dos equipos de trabajo a proponer que, a diferencia de lo sostenido hasta el momento, la autoeficacia es multifacética. Esto es, no existe un sólo tipo de autoeficacia sino varios, dependiendo de en qué conducta o momento del desarrollo de una adicción nos fijemos. La autoeficacia se presenta, a juicio de estos autores, como un concepto rico, elástico, susceptible de poder aplicarse

a diferentes conductas (abstinencia, consumo moderado), y momentos del origen y desarrollo de las drogodependencias (antes de la adicción, durante el tratamiento, después de una recaída). DiClemente, Fairhurst y Piotrowski (1995) el primer grupo, diferencian cinco tipos de autoeficacia:

- 1) Autoeficacia de afrontamiento: Se refiere a la capacidad para el afrontamiento eficaz de situaciones, como, por ejemplo, resistir la presión de los amigos para tomar cocaína o hablar con alguien cuando se está enfadado o decepcionado en vez de recurrir a las drogas.
- 2) Autoeficacia centrada en el tratamiento: Evalúa la capacidad para llevar a cabo las conductas o estrategias relevantes para el tratamiento, como son la auto-observación o el control de estímulos.
- 3) Autoeficacia de recuperación: Referida a la capacidad para recuperarse de un desliz o recaída.
- 4) Autoeficacia de control: Se centra en la capacidad para controlar o moderar el consumo de sustancias en una variedad de situaciones de riesgo.
- 5) Autoeficacia para la abstinencia: Evalúa la capacidad o confianza para abstenerse de tomar drogas en las situaciones que incitan a ello.

Marlatt, Baer y Quigley (1985), aunque reconocen útil la tipología de DiClemente, Fairhurst y Piotrowski, señalan que es limitada y que existe un considerable solapamiento entre sus tipos o clases de autoeficacia. Basándose en la tipología de DiClemente y colaboradores, proponen las cinco categorías siguientes:

- 1) Autoeficacia de resistencia: Definida como los juicios sobre la propia capacidad para evitar el primer consumo de drogas.
- 2) Autoeficacia para la reducción de daño: Referida a la capacidad para reducir los riesgos una vez iniciado el consumo.
- 3) Autoeficacia para la acción: Se define como la creencia sobre las propias capacidades para conseguir tras el tratamiento el objetivo deseado, sea la

abstinencia o el consumo moderado. Esta autoeficacia se refiere al logro del cambio, no a su mantenimiento. De cara al mantenimiento del logro, los autores proponen otra autoeficacia, que la diferencian a su vez en dos:

- 4) Autoeficacia de afrontamiento: Se refiere a la capacidad para hacer frente a situaciones de riesgo sin recurrir al consumo de drogas.
- 5) Autoeficacia de recuperación: Hace referencia a la capacidad de sobreponerse una vez producido el desliz o la recaída.

Marlatt y cols. (1985), harían referencia a la fase de acción, al inicio del cambio. Reflejaría la confianza del paciente en ser capaz de abstenerse o moderar el consumo, dependiendo del objetivo que se propusiera. Los otros dos tipos de autoeficacia, la de afrontamiento y la de recuperación, se referirían al mantenimiento en el tiempo de este objetivo. La autoeficacia de afrontamiento reflejaría la confianza del paciente en ser capaz de afrontar con éxito las distintas situaciones que le incitan a volver a su antiguo patrón de consumo. Dicho en otras palabras, y considerando como objetivo la abstinencia, indicaría la capacidad de ese paciente para mantener la abstinencia independientemente de las situaciones en que se encuentre. Por el contrario, la autoeficacia de recuperación entraría en juego cuando la persona ha sufrido un desliz o una recaída; reflejaría su capacidad para sobreponerse y evitar volver a su antiguo patrón de consumo.

4.2.1.10 Bajas expectativas de autocontrolabilidad

La percepción de control se desarrolla a partir de experiencias específicas e historia de reforzamientos pasada. En este sentido, la percepción de controlabilidad se origina cuando una persona ha tenido experiencias reforzadoras en sus intentos de controlar el medio y sus resultados en el pasado, lo que lo conduce a la creencia de que puede ejercer algún poder sobre la situación. Como puede verse, la dimensión de controlabilidad está relacionada por tanto, con el grado de control o de maestría que uno percibe que puede ejercer sobre uno o varios factores causales. La percepción de incontrolabilidad, en tanto, se origina en historias de reforzamiento con

características inversas, en las cuales el sujeto ha fracasado en sus intentos por obtener resultados deseados o en evitar situaciones aversivas, lo que lo conduce a la creencia de que el esfuerzo propio no hace diferencia alguna en los resultados que pueda obtener. En este sentido la conducta resultante del individuo puede indicar incontrolabilidad percibida. Ante conductas pasivas y de retraimiento, que no sirven a fines instrumentales (logro de una meta deseada, resolución de problemas, etc.), se infieren un abandono de los intentos por ejercer un control efectivo sobre el medio (Calderon, Ortega, 2010).

En los consumidores de cocaína en particular existe una notoria pérdida de control, agresividad, compulsión a tomar la droga, consumo continuado, negación de la existencia del consumo o de los problemas derivados. Por tanto cree que es imposible no volver a consumir la droga, incluso con esfuerzos máximos de autocontrol y de fuerza de voluntad.

4.2.2 Principios de influencia de la Psicoterapia Integrativa para el tratamiento en adictos a la cocaína desde el Paradigma Cognitivo

- 1) La atención selectiva a lo positivo influye aumentando la probabilidad de que se presenten afectos positivos.
- 2) Una estructura cognitiva del tipo “Mi valor como persona depende de lo que otros piensen de mi” influye aumentando la probabilidad de que se presente ansiedad social y por lo tanto consumo de la droga.
- 3) Las autoexigencias rígidas de perfeccionamiento y los errores cognitivos influyen aumentando la probabilidad de que se presente el consumo de cocaína.
- 4) Expectativas realistas de autoeficacia en relación a cierta conducta específica influye aumentando la probabilidad de enfrentamiento sin ansiedad del objeto relacionado con esa conducta.
- 5) Los autodiálogos autoderrotantes influyen aumentando la probabilidad de que se presente consumos de la droga a la hora de enfrentar una situación temida.

- 6) Un sistema de constructos personales rígido aumenta la probabilidad de experimentar ansiedad ante el cambio.

4.2.3 Conceptos movilizadores relevantes como estrategias de cambio en psicoterapia para consumidores de cocaína desde el paradigma cognitivo

- 1) Espacios de Significación Cognitiva: Hay realidades que nos imponen significados y hay “Realidades” que nos invitan a significar. Son estas últimas las que nos dejan espacios de significación cognitiva (Opazo, 2001). En ciertos niveles la realidad externa nos impone significados. El caso de la media botella ilustra bien el “Poder cognitivo”. La persona tiene el poder cognitivo de enfatizar la parte llena o la parte vacía de la botella. Al usar ese poder, la persona se genera un estado emocional u otro. De este modo, el poder cognitivo de una persona para hacer libre uso de sus espacios de significación, constituye un arma que se puede utilizar al servicio de los “Buenos” o de los “Malos” (Opazo, 2001).

Los adictos a la cocaína hacen un sistemático “Mal” uso de su poder cognitivo, ejerciendo su libertad de significación de un modo auto-perjudicial. Vía mal uso del poder cognitivo, la persona puede acentuar el descalificarse, el que nada vale la pena o el que ya es tarde para enderezar su vida.

- 2) Cogniciones afectivo/dependientes: Son afectos que influyen en la génesis de las cogniciones. El afecto puede “Iluminar” cierto sector cognitivo que le resulte a fin, puede facilitar la génesis de cogniciones que le sean concordantes y puede facilitar la modificación de cogniciones que le sean antagónicas (Opazo, 2001).

La emocionalidad es fundamental para las creencias y conductas (Mahoney, 1991). Para Burns (1980) el razonamiento emocional, implica una generalización cognitiva a partir de un estado afectivo “Me siento tonto, soy tonto”.

El cambio en el estado emocional modifica a su vez las expectativas de auto-eficacia (Kavanagh, Bower, 1985).

A mayor intensidad de la respuesta emocional, mayor riesgo de que las cogniciones afectivo/dependientes le resulten poco aportativas al paciente. La persona puede ser muy inteligente cuando está emocionalmente tranquila; una vez activa, su capacidad de reflexión y análisis puede empobrecerse de un modo radical “Estupidez emocional”. Las cogniciones afectivo/dependientes pueden afectar la identidad total de la persona. Sintonizada en emociones positivas, la persona se percibe valiosa, agradable, inteligente. Al cambiar a emociones negativas, el no valgo nada, no sirvo para nada o soy un desastre, afloran con facilidad. En esos casos es posible hablar de “Auto-imagen ascensor”. Y el ascenso o descenso de la autoimagen será función del intenso cambio emocional de base. Cuando hay mucha inestabilidad emocional, la auto-imagen es construida sobre un pantano afectivo movedizo. Las personas con alto neuroticismo, con alta “Labilidad emocional”, están muy expuestas a cambios dramáticos a nivel cognitivo, a tomar pésimas decisiones en estado de activación emocional y a gran inseguridad personal, pues las cogniciones con respecto a sí mismas tienen un carácter meramente transitorio. Como consecuencia de las cogniciones afectivo/dependientes, el campo de variación del SELF del paciente puede ser excesivo. El exceso de cogniciones afectivo/dependientes, deriva de una excesiva labilidad emocional (Opazo, 2001).

De esta manera en el ámbito clínico, las cogniciones afectivo/dependientes nos ayudan a comprender el escaso aporte de la persuasión verbal al cambio terapéutico. La mera argumentación lógica pasa a “Rebotar” contra los afectos de trasfondo que están respaldando las distorsiones cognitivas. Será tarea del terapeuta enseñar al paciente adicto a liberarse de sus afectos de trasfondo que “Aprisionan” a sus cogniciones, ayudándole a estabilizar sus afectos, su identidad, autoestima/autoimagen/autoeficacia, su biología, y medio ambiente en general.

3) Motivación cognitiva: En el Supraparadigma Integrativo se entiende la motivación como un fenómeno preponderantemente afectivo, el cual no está exento de un componente de información cognitiva, y éste resultará de

particular utilidad en el campo de la psicoterapia “Las ganas no se esperan, se generan”. El paciente debe saber que haciendo algo (que no quiere hacer) va construyendo motivación afectiva, se motiva cognitivamente a hacerlo (Bagladi, 2010).

El adicto a la cocaína debe generar la capacidad de reconocer, entender sus emociones, motivaciones, que expliquen su conducta adictiva, de esta manera le ayudará a tener una mejor interpretación de su realidad; lo cual contribuirá a la construcción de nuevos valores que generen expectativas y motivaciones más eficaces que le permitan tomar conciencia acerca de la necesidad del cambio, ponerse en acción, e ir reconociendo nuevas experiencias satisfactorias, a través de actividades que ayuden a la expresión de sí mismo, a revalorizarse como individuo, construir razones para su transformación y alcanzar el objetivo deseado, pasar de “Consumidor” a no “Consumidor”. La motivación cognitiva entendida como “La energía que empuja a la acción” ayudará al paciente a dirigir conscientemente sus esfuerzos a lograr resultados y recompensas adoptando comportamientos basados en un compromiso de vencer obstáculos a través de la obtención de estrategias y habilidades concretas para alcanzar logros.

- 4) Egocentrismo Semántico: Algunas personas se comunican mal, no se comprenden, empatizan poco y les cuesta generar acuerdos, pasan a ser individuos que comparten un espacio físico pero no un espacio psíquico (Bagladi, 2010). El egocentrismo semántico involucra que “Mi significado es él significado”: La persona asume que el otro está significando de la misma forma.
- a) La persona considera que el otro “Debería” significar de la misma forma, está en falta si no lo hace.
 - b) La persona presiona a que el otro signifique de la misma forma.
 - c) La persona simplemente no tolera que el otro signifique distinto; se ejerce aquí un dominio total en el significar, el cual fácilmente se transforma en un dominio en el hacer (Opazo, 2001).

El adicto a la cocaína debe adquirir, procesar y utilizar la información a través de procesos cognitivos, afectivos, perceptivos, motivacionales, reflexivos y valóricos que le permitan ser capaz de situarse en un punto de vista distinto del suyo, que vaya adquiriendo progresivamente un nivel de aceptación de lo que piensa, siente y desea el otro, esto le permitirá una mejor socialización y comunicación con componentes más significativos de actividad reflexiva y voluntaria.

4.2.4 Estrategias de cambio y técnicas psicoterapéuticas para el consumo de cocaína desde el paradigma cognitivo

La terapia cognitiva parte de la premisa de que los trastornos adictivos se producen y mantienen debido principalmente a una serie de cogniciones subyacentes distorsionadas y a distintos errores en el procesamiento de la información.

El tratamiento se orienta a modificar los pensamientos y creencias erróneas de la persona y a enseñarle técnicas de autocontrol.

En la terapia cognitiva, el terapeuta ayuda al paciente a examinar la secuencia de acontecimientos que le llevan al consumo de cocaína, y explora las atribuciones y creencias básicas acerca del valor que tienen para él.

Según Llorente Del Pozo, Iraurgi-Castillo (2008) el objetivo es facilitar el proceso mediante el cual las creencias de control del paciente acaban siendo más influyentes que sus creencias sobre la adicción. Para ello se propone un proceso en seis fases:

- a) Evaluar las creencias.
- b) Orientar al paciente hacia la comprensión del modelo de terapia cognitiva.
- c) Examinar y probar las creencias adictivas.
- d) Desarrollar creencias de control sobre la abstinencia.
- e) Practicar la activación de creencias de control de la conducta sin drogas.

f) Asignar actividades entre sesiones para fomentar estas creencias.

4.2.4.1 La relación terapéutica

La eficacia de las técnicas cognitivas y conductuales depende, en gran medida, de la relación entre el terapeuta y el paciente (Beck, 1979). Es necesario que el terapeuta se muestre cálido, empático, sincero.

4.2.4.2 La conceptualización cognitiva del caso

Para un tratamiento efectivo se requiere una conceptualización cognitiva amplia y precisa. La conceptualización ayuda a recoger, sintetizar, e integrar los datos relativos al paciente, de forma que se generen hipótesis refutables acerca de la etiología y tratamiento de las creencias desadaptativas, incluyen información demográfica, presentación del problema, diagnósticos DSM-IV R, perfil evolutivo, perfil cognitivo del paciente. Sin una conceptualización del caso adecuada, la elección de técnicas específicas puede ser arbitraria e incluso inapropiada para un paciente (Beck, Wright, Newman, Liese, 2007).

4.2.4.3 La psicoeducación

La psicoeducación nos permite brindar información al paciente relacionada con su psicopatología. En la psicoterapia se les anima a hacer uso de estas habilidades adquiridas, en momentos de malestar emocional. Adquirir habilidades suele ser fácil, la aplicación de estas habilidades suele ser lo más difícil de conseguir (Friedberg, McClure, 2005).

Se trabaja sobre los aspectos cognitivos-conductuales, sobre las consecuencias que se derivan a mediano y largo plazo del consumo de cocaína más alcohol. Se va confrontando al paciente con sus experiencias en forma gradual, teniendo en cuenta, que en esta primera instancia la persona no tiene conciencia de la dimensión del problema de su adicción y su repercusión a nivel bio-psico-socio-cultural. Se profundiza en la génesis y mantenimiento de sus pensamientos y conductas compulsivas que los lleva a consumir, en que situaciones sienten más el deseo (flash) dentro de los disparadores del impulso a consumir: Pensar en boliches, salidas grupales con amistades que

consumen, encontrarse con ellos, tener dinero, recuerdos de hechos conflictivos que les llevan a consumir, entre otros. Conocer los trastornos del humor, de conductas antisociales antes o derivados del consumo de cocaína y alcohol como: Mentiras, conflictos con la ley, manipulación, entre otras. Se brinda información sobre los síntomas de abstinencia como ansiedad, angustia, impulsividad, irritabilidad, agresividad, ideas persecutorias con el objetivo de sensibilizar al paciente para que pueda reconocer sus propios síntomas con la finalidad de profundizar en la toma de conciencia sobre su adicción y sus consecuencias como prevención a las posibles recaídas en el futuro (Rodríguez, 2007).

4.2.4.4 El método socrático

A través del descubrimiento guiado, los pacientes son guiados a través de un proceso de descubrimiento de sus patrones de pensamiento y acción distorsionados. El objetivo del método socrático es, para el paciente, aprender a pensar de forma independiente (es decir, autónomamente) y de forma racional (Beck, Wright, Newman, Liese, 2007).

Hacer preguntas con mucha habilidad, el terapeuta debe ser capaz de examinar algunas áreas del paciente que éste ha dejado fuera del escrutinio como, por ejemplo, la frecuencia y cantidad verdadera de cocaína que utiliza, las pérdidas reales debidas a la adicción y la calidad y efectos en las relaciones interpersonales. Además, preguntar conduce a los pacientes a generar opciones y soluciones que ellos no han considerado. Finalmente, este acercamiento sitúa a los pacientes en “El modo de cuestionamiento” (opuesto al modo “Impulsivo automático”) de forma que empezarán a evaluar más objetivamente varias de sus actitudes y creencias (Beck, Wright, Newman, Liese, 2007).

4.2.4.5 Asignación de actividades entre sesiones

La asignación de actividades entre sesiones formales comprende la práctica de técnicas cognitivas y conductuales entre las sesiones, donde el cambio es lo más importante. Estas actividades se realizan conjuntamente. Se debe tener

cuidado con que el paciente comprenda la especificidad de la asignación y sus razones, practicándolas antes, en la sesión. El terapeuta y el paciente pueden unir sus esfuerzos para anticipar las posibles barreras con las que se encontrará, se podrán hacer planes alternativos para el caso de que dichas actividades entre sesiones no se puedan realizar, por ejemplo, el paciente adicto a la cocaína es instruido para enumerar los pensamientos automáticos que fue inhibiendo al afrontar los aspectos inherentes a la tarea asignada. La realización de la tarea será reforzada más adelante si el terapeuta chequea regularmente el status de las tareas asignadas previamente a dicha sesión (Beck, Wright, Newman, Liese, 2007).

4.2.4.6 Análisis de ventajas y desventajas

La persona que utiliza drogas suele mantener creencias que minimizan las desventajas y maximizan las ventajas de tomar dichas sustancias. En el análisis V-D, se controla al paciente a través de un proceso de enumeración y reevaluación de las ventajas y desventajas de consumir cocaína. Se suele dibujar una matriz de cuatro celdas y se les insta a que llenen cada celda con las consecuencias escritas de tomar versus no tomar cocaína. Cuando el análisis de V-D tiene éxito, el paciente consigue tener una visión más precisa, objetiva y equilibrada del consumo de la sustancia que la que tenía previamente (Beck, Wright, Newman, Liese, 2007).

4.2.4.7 Identificar y modificar las creencias asociadas a la cocaína

El paciente que abusa de la cocaína tiene más probabilidades de tener creencias asociadas a la misma droga: “Trabajo duro, merezco diversión” “La cocaína me hace creativo” “De todas formas, mi vida es un asco, así que la cocaína no la puede empeorar más” “Si dejo de consumir cocaína me deprimiré”. Los abusadores de cocaína no están atentos a las creencias que tienen asociadas a dicha sustancia, y contemplan casi siempre ese abuso como función de factores extrínsecos. Suelen atribuir el hecho de consumir cocaína al “Estrés”, antes que a sus actitudes. Por tanto, es esencial ayudar a los pacientes a controlar e identificar sus creencias acerca de la cocaína y su

uso. En terapia cognitiva se muestran estas creencias a la persona que utiliza cocaína, y luego se aplican a sus patrones de abuso. El terapeuta explica e ilustra el “Modelo cognitivo de abuso de sustancias al paciente” y conjuntamente rellenan en cada casilla del diagrama de flujo, acerca de creencias básicas, pensamientos automáticos, sentimientos y conductas que son pertinentes a la vida del paciente (Beck, Wright, Newman, Liese, 2007).

4.2.4.8 Entrenamiento en detección de creencias irracionales

Según Labrador, Cruzado, Muñoz, (2004) consiste en ayudar al paciente a buscar las creencias irracionales, sobre todo los “Debo” “Tengo que” “Debería” “Es mi obligación” que le conducen a conductas y emociones perturbadoras, para ello el terapeuta enseñará al paciente a:

- 1) Diferenciar los comportamientos y sentimientos inapropiados.
- 2) A darse cuenta de los acontecimientos justo antes de experimentar los sentimientos y conductas desadaptadas.
- 3) A detectar los pensamientos y creencias irracionales que acompañan a los “Acontecimientos activadores” y que les conducen a las consecuencias, sentimientos y conductas inadecuadas. Además, el terapeuta le pedirá al paciente que realice, como tarea para la casa, el registro de los “Acontecimientos activadores” “Creencias irracionales” y consecuencias que acontezcan entre sesiones. Esta actividad permite al paciente comprobar el papel que juegan las cogniciones y ejercitar su habilidad para detectarlas. Este entrenamiento es un requisito previo imprescindible para la tarea cognitiva de refutación de ideas irracionales.

4.2.4.9 Entrenamiento en autoinstrucciones y autodiálogos

Procedimiento utilizado, fundamentalmente, con aquellos pacientes que no tienen las habilidades intelectuales necesarias para realizar una refutación cognitiva. Consiste en que el paciente adicto se diga una serie de frases racionales como método para contrarrestar sus creencias irracionales. Estas frases se irán generando a lo largo de las sesiones entre paciente y terapeuta y

se escribirán cada una de ellas en una tarjeta o ficha. Se pedirá al paciente que las lea varias veces al día para favorecer su memorización e interiorización y sobre todo, que se las repita cada vez que en la vida cotidiana se enfrente a “Acontecimientos activadores” que vayan acompañados de malestar emocional o conductas desadaptadas. Durante el curso de la terapia, el terapeuta pondrá de manifiesto las ideas del paciente cocainómano acerca de la naturaleza de sus problemas, a través de preguntas que le ayuden a identificar y reconocer sus cogniciones y creencias, reflexionar sobre ellas y corregirlas (Labrador, Cruzado, Muñoz, 2004).

Los autodiálogos en los consumidores de cocaína se podrán dar auto refuerzos o auto castigos, afectando sus estados emocionales, generando depresión y muchas veces mejorando sus estados de ánimo. Los autodiálogos servirán al adicto a rescatar recuerdos, contrastar fantasías con la realidad, hacer análisis, activar la función creativa, sirven para la reflexión, la autocrítica y el cuestionamiento. Los adictos a la cocaína, tienen autodiálogos contaminados con sus propios fantasmas, los cuales inevitablemente están relacionados con significaciones, mandatos y creencias irracionales, contaminadas con invalidaciones cognitivo-afectivas.

Esta técnica también se puede utilizar como una forma de generar control de recaídas, especialmente cuando los pacientes, detectan que están generando conductas que tienden a ponerles en peligro. El terapeuta ayudará al paciente adicto a identificar emociones perturbadoras a través de su voz interna, que sepa tomar consciencia sobre estas emociones, que aprenda a establecer un dialogo con lo que está sintiendo ¿Cuándo y cómo comencé con este estado? ¿Encuentras razonable seguir sosteniéndolo? ¿Para qué me sirve seguir consumiendo cocaína? ¿Qué busco?. El desactivar los estados emocionales inadecuados es re-significar las formas de estar y sentir el estar en el mundo. Re-significar es dar una nueva experiencia a lo que se ha sentido por mucho tiempo sin cambiar, permitiendo el cambio de patrones de pensamientos usados mediante el consumo (Guajardo, Kushner, 2004).

4.2.4.10 Técnica de fechas descendentes

Es muy común que los pacientes con abuso de drogas tengan pensamientos catastróficos (todo o nada, o bien exageración) no sólo acerca de su abuso de sustancias sino acerca de ellos mismos, y sobre su futuro (la triada cognitiva de Beck, 1976), en el caso de los cocainómanos los pensamientos suelen ser: “Mi vida se está desmoronando” “Me desmoronaré sino puedo tener una dosis” “No puedo hacer nada bien” “Nadie daría nada por mí” “Estoy totalmente fuera de control” “No necesito a nadie para salir de esto”, etc. La técnica de flechas descendentes es muy útil para tratar creencias de este tipo. Muchos pacientes son incapaces de articular estas creencias subyacentes, hasta que se les insta para que consideren el significado personal que sus pensamientos más manifiestos tienen para ellos. Cuando los pacientes exhiben emociones negativas intensas que parecen ser mucho más importantes que lo que sus pensamientos automáticos pudieran originar, los terapeutas suelen pedir a los pacientes que intenten profundizar un poco más formulándose variaciones sucesivas de la pregunta ¿Qué significa eso para ti?, frecuentemente, el final de la cuestión coincide con el descubrimiento de una creencia nuclear o subyacente. La técnica de flechas descendentes es efectiva por que ayuda al paciente a “Descatastrofizar” (es decir, a reevaluar y modificar los pensamientos catastróficos) (Beck, Wright, Newman, Liese, 2007).

4.2.4.11 Registro diario de pensamientos

Es una estrategia fundamental en la terapia cognitiva, que ha sido útil en el tratamiento de la depresión, ansiedad y otros estados de ánimo (Beck, 1979; Burns, 1980) Consiste en un formato de cinco columnas que completa el paciente. Aquellos que suelen abusar de sustancias tienden a hacerlo como resultado de sus creencias (frecuentemente desadaptativas). El RDP es un método útil para enseñar a los pacientes a generar respuestas racionales objetivas, comprende la implicación de una serie de preguntas abiertas: ¿Qué evidencias concretas y objetivas apoyan o refutan mis pensamientos automáticos y creencias? ¿Hay otras maneras de que pueda contemplar la situación? ¿Qué es la peor cosa que me puede pasar? ¿Cuál es la mejor cosa?

¿Qué es lo más probable que pase realmente? ¿Qué acción constructiva puedo realizar para manejar la situación? ¿Cuáles son los pros y los contras de que cambie mi manera de ver la situación? ¿Qué consejo útil darías a tu mejor amigo si estuviera en tu misma situación?. Cualquiera de estas situaciones pueden ayudar a estimular a los pacientes a pensar en respuestas racionales (Beck, Wright, Newman, Liese, 2007).

4.2.4.12 Reatribución y conceptualización alternativa

Según Labrador, Cruzado, Muñoz, (2004) esta técnica está dirigida a incrementar la objetividad del paciente.

Ayudar al paciente a modificar sus interpretaciones negativas estereotipadas.

Se pretende que el paciente vaya corrigiendo, mediante el análisis objetivo de la situación, su tendencia a la auto-crítica negativa:

- 1) Revisar los hechos que dan lugar a la auto-crítica.
- 2) Mostrar los distintos criterios que existen para atribuir responsabilidad y cómo podrían ser aplicados a la conducta de otra persona.

La técnica de conceptualización alternativa se refiere a la búsqueda activa de interpretaciones o soluciones alternativas a los problemas del paciente.

Se pretende contrarrestar la tendencia de los pacientes a considerar los problemas como irresolubles, ya que creen que han explorado todas las opciones posibles. La puesta en práctica del procedimiento consiste, en primer lugar, en definir de forma clara el problema que presenta el paciente para, posteriormente, buscar tantas soluciones como sea posible, independientemente de que sean factibles o eficaces. A continuación se examinan las ventajas y desventajas de cada una de las soluciones propuestas y se elige una de ellas, planificando cómo llevarla a cabo. Una vez puesta en práctica, paciente y terapeuta analizan el grado de eficacia obtenida y la necesidad o no de establecer modificaciones. Con el objetivo de ayudar al paciente a elaborar respuestas racionales, incrementar la objetividad y

distinguir entre interpretaciones realistas de los acontecimientos e interpretaciones distorsionadas, el terapeuta pedirá al paciente que, como tarea para casa, realice un registro diario de pensamientos inadecuados. Para ello, el paciente registrará en una columna las cogniciones inadecuadas, y en otra paralela, las posibles interpretaciones cognitivas alternativas a las registradas en la columna anterior. En función de las necesidades del paciente, el terapeuta puede incluir columnas adicionales donde se especifiquen los sentimientos y las conductas desarrolladas, así como la descripción de la situación que precedió a los pensamientos inadecuados. Este registro permitirá que el paciente se entrene en las técnicas de re-atribución y conceptualización alternativa.

El principio de atribución es un proceso que nos permite transferir las causas de ciertos eventos a factores imaginarios. El consumo de cocaína genera una experiencia difícil de procesar, los consumidores suelen ir más allá en la búsqueda de datos para explicar y comprender la nueva situación, a fin de adaptar su comportamiento a ella. Buscar dar sentido a los acontecimientos, conductas e interacciones. Un individuo que tiende a atribuir un éxito a causas internas, y su fracaso a causas externas, estaría ubicado en lo que se ha denominado “Sesgo de Autocomplacencia”, a través de ello puede adaptarse al medio, y enfrentar los fracasos de una manera justificada, protegiendo su autoestima y la aceptación de los demás, ya que, si encontrara la verdadera causa interior, le resultaría doloroso reconocerlo (Guajardo, Kushner, 2004).

Será de suma importancia que el terapeuta ayude al adicto a descubrir qué elementos cognitivos e ideas irracionales, atribuye a la droga, favoreciendo el autoconocimiento y el reconocer cuán funcional pudo resultar la cocaína, para sobrellevar sus propias debilidades. El paciente consumidor de cocaína, tiene una desestructuración o un insuficiente desarrollo del Self, lo deseable es entregar al paciente adicto una visión sobre las funciones comprometidas.

4.2.4.13 Técnicas para modificar imágenes

Algunas personas tienen imágenes visuales asociadas a sensaciones de malestar. La terapia cognitiva utiliza diversos procedimientos encaminados a detectar y modificar esas imágenes o fantasías (Beck, Emery, 1979).

- a) Parada de imágenes: Consiste en pedir al paciente que interrumpa el curso de la imaginación, cuando comience una imagen, fantasía o recuerdo relacionado con la cocaína y su deseo de consumir, el paciente deberá dar un fuerte golpe y decir “Alto”, una vez que se interrumpa la imagen, se le pide que intente imaginar alguna fantasía agradable para evitar la aparición de las imágenes desagradables.
- b) Repetición continuada: Se utiliza cuando el paciente presenta grandes dificultades para interrumpir el curso de la imaginación. Consiste en pedirle que rememore y repita incesantemente las imágenes y fantasías que le producen malestar hasta que se reduzca la sintomatología emocional.
- c) Proyección temporal: Se pretende que el paciente consiga cierta objetividad situando las imágenes de alto contenido emocional en un momento temporal distinto. Para ello, se le pide que, cuando comience a aparecer la imagen que le produce malestar, intente pensar qué ocurre una semana, un mes o un año después.
- d) Imaginar metáforas: Proporcionar nuevas alternativas a una situación problema, se le pide al paciente que represente mentalmente determinadas imágenes metafóricas que le ayuden a imaginar puntos de vista alternativos a la situación.
- e) Imaginación inducida: Se pide al paciente que trate de transformar una imagen negativa en otra más neutra o positiva.
- f) Repetición de metas: Se pretende incrementar la autoeficacia percibida por el paciente en sus ejecuciones. Para ello, se le pide que repita en su imaginación las conductas y acciones deseadas y las automanifestaciones positivas que le puedan facilitar su realización.

- g) Imaginación de estrategias de afrontamiento "Coping": Comenzando por las situaciones menos amenazantes, se le pide al paciente que se imagine a si mismo haciendo frente a las situaciones problemáticas y/o visualizando cómo las resolverían otras personas. El objetivo es entrenar al paciente para que utilice su imaginación como técnica de coping (Labrador, Cruzado, Muñoz, 2004).

4.2.4.14 Técnicas para el manejo de Deseos y Craving

Según Sánchez, (2002) el craving es un deseo (o necesidad psicológica) intenso e irrefrenable que conduce al individuo a abandonar la abstinencia.

Beck y cols. (1999) identifican cuatro tipos de craving:

- 1) Respuesta a los síntomas de la abstinencia: Cuando sucede la disminución del grado de satisfacción que encuentran en el uso de la droga, pero el incremento de sensación de malestar interno cuando deja de tomar la droga.
- 2) Respuesta a la falta de placer: Cuando sucede el aburrimiento o no tengan habilidades para encontrar formas pro-sociales de divertirse, por lo cual desea mejorar su estado de ánimo "Automedicándose".
- 3) Respuesta "Condicionada" a las señales asociadas con drogas: Cuando los pacientes asocian estímulos neutros (una esquina determinada de una calle, un número telefónico, un nombre, etc.) condicionados por una intensa recompensa obtenida de la utilización de drogas que inducen un craving automático.
- 4) Respuesta a los deseos hedónicos: Cuando el paciente combina una experiencia natural placentera con el uso de drogas (por ejemplo, cuando combina el sexo y drogas) que hace que se asocien, desarrollando un inicio de craving al realizar la actividad natural sin el uso de drogas por que el placer experimentado de estas experiencias no es comparable cuando se combina con la droga.

Según González (2010) ya identificado el craving y las emociones y pensamientos asociados (por medio de autorregistros, análisis funcional y la entrevista), se procede, según la elección del terapeuta y la naturaleza del craving, a la aplicación de estrategias cognitivo-conductuales para el craving:

- 1) **Detención de Pensamiento:** El método de detención de pensamiento (También llamada bloqueo o parada de pensamiento) consiste en la interrupción y modificación, por medio de la sustitución, de los pensamientos asociados al craving. Es decir, "Se entrena al paciente para que excluya, incluso antes de su formulación, cualquier pensamiento indeseable o improductivo." (Wolpe, 1993) Esto conduce a la reducción de la cadena de pensamientos que se acompañan de emociones negativas, por lo tanto "Las emociones negativas quedan cortadas antes de que puedan surgir" (Wolpe, 1993; Sánchez, 2002). ¿Cómo se aplica el método de detención de pensamiento? Se procede a discutir con el paciente los pensamientos relacionados con el craving que son necesarios eliminar. Posterior a esto, el terapeuta le pide al paciente que cierre los ojos e inicie verbalizando con una secuencia de pensamientos negativos asociados al craving como por ejemplo: "Me siento horrible, me voy a morir si no uso cocaína, etc." Mientras el paciente procede, el terapeuta interrumpe diciendo "¡Alto!" Después de esto el terapeuta "Hace ver al paciente cómo se detuvieron aquellos pensamientos" (Wolpe, 1993), pidiéndole que repitan el ejercicio varias veces. Estos ejercicios se repiten con el propósito de que el paciente aprenda a detener estos pensamientos negativos gritando "¡Alto!" por sí mismo cuando estos se presenten, mismos que el terapeuta deberá alentar y reforzar. Al terminar la detención del pensamiento, existe la adición de sustitución posterior del pensamiento negativo por uno incompatible o distractor. Por ejemplo, en vez de "Me voy a morir si no uso cocaína", se sustituye por "Estoy bien" o cualquier otro pensamiento positivo y útil para el sujeto.
- 2) **Técnicas de Distracción:** Tienen como objetivo "Distraer" al sujeto ante pensamientos y sentimientos relacionados con el craving. Es decir, que

“Cambien su enfoque atencional de interno a externo, para que disminuyan sus deseos” (Sánchez, 2002). La distracción puede consistir en que el terapeuta indique, con un previo acuerdo en función de las actividades de distracción de relevancia y agrado para el paciente.

- 3) **Control y Programación de Actividades:** Es una técnica que tiene como objetivo modificar los hábitos del paciente en función de sus actividades, mismas que por lo general giran respecto al uso de la droga. Así mismo, “Cuando los pacientes se están recuperando deben enfrentarse con mucho tiempo libre en sus manos.” (Beck y cols., 1999). Por lo cual, es importante que las actividades previas a la abstinencia "Relevantes al uso de droga" sean sustituidas por nuevas actividades positivas para el paciente. Se procede inicialmente elaborando un registro línea base de las conductas relacionadas con el consumo del paciente. Se buscará establecer las actividades que fueron o que son de disfrute para el paciente de modo que pueda programar sus actividades el mismo, lo cual establecerá “Fuentes de refuerzo no relacionadas con las drogas” (Beck, 1999).
- 4) **Técnicas de Imaginación:** Son técnicas en las cuales el paciente modifica sus pensamientos utilizando la imaginación. Estas técnicas pueden combinarse efectivamente con otras técnicas para incrementar las probabilidades de éxito en otros aspectos del tratamiento. Beck y cols. (1999), destacan cinco técnicas utilizadas:
 - a) Reenfoco con imaginación.
 - b) Sustitución por imagen negativa.
 - c) Sustitución por imagen positiva
 - d) Repaso mediante imagen.
 - e) Adquirir dominio mediante imaginación.
- 5) **Desensibilización sistemática:** Es una técnica que emplea la exposición real o imaginaria a los estímulos que producen el craving, por medio de

acercamientos sistemáticos a estos, los cuales son reforzados puntualmente, de modo de que la respuesta pierda poder ante dicha situación dado que “La repetida presentación del estímulo hace que éste pierda progresivamente su capacidad de evocar ansiedad.” (Wolpe, 1993). Generalmente, se inicia un repaso mediante la imaginación del acercamiento al estímulo condicionado, y después de haberlo dominado, se prosigue la exposición al estímulo real.

- 6) Autoinstrucciones y Autoafirmaciones: “El entrenamiento en autoinstrucción se ha utilizado como una técnica de modificación conductual, pues con ella se entrena a los individuos para que hagan sugerencias y comentarios específicos que guíen su propia conducta de modo parecido a ser instruidos por alguien más.” (Kazdin, 1996) Por ejemplo, "Me siento bien, el craving va a pasar" "No necesito cocaína para ser feliz", "¡Vas Bien!" "Recuerda que con lo que te ahorras en cocaína, ahora puedes comprarte la ropa que te gusta".
- 7) Discusión de ideas irracionales: Es una estrategia cognoscitiva que debate las distorsiones cognoscitivas del paciente, mismas que se pueden resumir en:
 - a) Extrapolar: “Todo o nada” “No debo sentir nada de craving por que si no significa que soy un perdedor” “Adivinar el pensamiento de otros” “Como caí en las drogas, todos piensan que soy un tonto” “Ese señor que está ahí me está viendo porque sabe que yo usaba cocaína”, predicciones negativas “Nunca voy a cambiar” “Siempre voy a estar sintiéndome mal si no uso cocaína” “Me voy a encontrar en la calle a todos mis amigos que usan cocaína y voy a recaer”.
 - b) Exacerbar lo negativo: “Todo me sale mal, no hay nada bueno en mi vida” “¡Me siento horrible, si no uso cocaína, me voy a morir!”, negligencia y descalificación ante lo positivo “Si me felicitó, fue por puro compromiso, el debe estar pensando que voy a volver a usar cocaína”.

- c) Minimización de lo positivo y amplificación de lo negativo: “Que haya dejado la cocaína es bueno, pero lo que hice es imperdonable e inolvidable”.
- d) Sentimiento de estafa y perfeccionismo: “Debí haber controlado mi último craving, y como no lo hice, he decepcionado a todos, soy un fraude”.

Para combatir las ideas irracionales se debe confrontar y discutir las mismas (González, 2010).

4.3. Paradigma Ambiental/Conductual

4.3.1 Etiología

El paradigma Ambiental/Conductual aduce a que las motivaciones, emociones y sentimientos pueden ejercer una influencia causal en la génesis y/o mantención de pensamientos, afectos y conductas (Opazo, 2001).

4.3.1.1 Condicionamiento Clásico y Operante

Según Feuchtmann (2004) Las leyes del aprendizaje más básicas se encuentran a la base de la drogodependencia, considerada como una conducta aprendida. En términos simples, la persona a lo largo de sus experiencias de consumo, asocia a través de procesos de condicionamiento, determinados estímulos con determinados efectos de la droga, y con determinadas condiciones ambientales, externas e internas. Es así como la conducta de búsqueda de drogas y autoadministración está íntimamente relacionada con (Barley, 1991; Barlow et al., 2001; Feuchtmann et al., 1999; Graña et al., 1996^a; Margolis, 1995; Millar et al., 1999; Santander, 1999) la búsqueda de refuerzo en la droga (condicionamiento operante o aprendizaje hecho por la asociación de las consecuencias o efectos de la conducta). Esto se relaciona con la búsqueda de efectos placenteros del consumo de drogas (placer, euforia, energía, etc.) o refuerzo positivo y con la búsqueda de evitar efectos negativos por el no consumo de drogas (evitación, por ejemplo, de los síntomas de la abstinencia) o refuerzo negativo. El consumo de droga está íntimamente asociado al refuerzo positivo, pero con el desarrollo progresivo de la enfermedad (desarrollo de tolerancia), el patrón de consumo comienza a

asociarse más con el refuerzo negativo de la conducta. Esto además explicaría, al menos en parte, como el paciente adicto comienza a comandar su conducta por las consecuencias inmediatas de ésta en desmedro de las consecuencias mediatas (visión a corto plazo y mantenedora del ciclo adictivo); así, el adicto progresivamente comienza a desinteresarse por aspectos importantes anteriores en su vida con el nivel característico de deterioro. Es así como la persona adicta no sólo consume ante la presencia de drogas (estimulación directa), sino también es incentivada y gatillada por estímulos ambientales como determinadas situaciones, lugares, personas o estados internos que han sido asociados anteriormente con el consumo (Feuchtman, 2004).

4.3.1.2 Aprendizaje Social o Vicario

Se han encontrado un sinnúmero de factores sociales y ambientales que promueven el uso de drogas; esto, debido a que las personas obtienen información y pueden aprender conductas observando la conducta de los demás y las consecuencias mediatas e inmediatas de éstas. Entre los factores más destacados en la génesis del abuso y dependencia de sustancias se pueden mencionar las normas culturales y sub-culturales reforzadoras del consumo, aprendidas a través de la observación. En este punto se considera fundamental la influencia y modelos de la familia y de los grupos de pares o grupos de pertenencia del individuo (contexto social). Al respecto, a nivel familiar se consideran familias de alto riesgo o "Favorecedoras" del consumo de drogas aquellas con alto nivel de estrés, familias con problemas de relaciones interpersonales y/o de comunicación entre sus miembros, familias con altos niveles de carencias emocionales, familias con sistemas disciplinarios inconsistentes o demasiados rígidos o permeables, familias con padres inconsistentes y familias que validen, implícita o explícitamente, el uso de drogas; asimismo, familias con antecedentes de dependencias son consideradas de más alto riesgo (Clayton, 1995; Graña, 1996; Guajardo et al., 2003; Margolis, 1995; Stanton et al., 1991).

En relación al grupo de pares, la búsqueda de pertenencia y la presión social harían proclive a una persona a asimilar las características de su grupo de

referencia para validarse, ser aceptado y “Ser parte de...”. Finalmente, un factor relevante asociado, más bien a la mantención del consumo de drogas, es la co-dependencia del grupo de referencia y/o familia del paciente adicto (Barlow et al., 2001; Santander, 1999).

La co-dependencia hace referencia a la “Adaptación” del sistema interpersonal del adicto a su consumo, donde, por ejemplo, las personas a su alrededor de alguna manera contribuyen a la perpetuación del consumo con conductas erráticas o que agravan más que erradican el síntoma. En otras palabras, el remedio termina siendo peor que la enfermedad. Un ejemplo gráfico de co-dependencia se da en aquellas parejas que prefieren que su compañero/ra consuman en el hogar y no fuera de él para evitar los peligros a que se puede someter la persona en ambientes ajenos (Feuchtmann, 2004).

4.3.1.3 Pobre repertorio conductual

Se ha estudiado el cómo la persona despliega sus recursos conductuales en su ambiente y el cómo los potencia y activa es un factor presente en la génesis y mantención de las drogodependencias. Se ha visto que los pacientes adictos presentarían un pobre repertorio conductual (pobre manejo del ambiente, en especial social), déficits en habilidades sociales y en asertividad; variables que podrían ser asociadas tanto a la génesis del consumo de drogas (como forma de compensar estos déficits) como a las consecuencias de éste (por el empobrecimiento conductual asociado al consumo crónico). Asimismo, también se ha visto en poblaciones de adictos como uno de los factores predisponentes al consumo sería la pobre percepción de las consecuencias de la conducta a largo plazo (sólo habría una percepción cortoplacista del consumo y de los efectos buscados, no así de los costos a largo plazo o una minimización o negación de estos) (Guajardo, 2003).

4.3.1.4 Déficit en asertividad

Según López, Martín, De la Fuente, Godoy (2000) el autocontrol y la asertividad ayudan a predecir la cronicidad del consumo de cocaína, como también la cantidad de cocaína consumida.

La asertividad es "La cualidad que define aquella clase de interacciones sociales que constituyen un acto de respeto por las cualidades y características personales, y aquellas personas con quienes se desarrolla la interacción.

La Heteroasertividad es "El grado de respeto en los demás de los derechos asertivos" (García, Magaz, 1994).

La No Asertividad se basa en dos tipos de conducta: La Conducta Agresiva o agresión hostil (manejo negativo de la agresividad) es decir, satisfacer las propias necesidades y derechos sin importar los de los demás (Rodríguez, 1998).

La No Asertividad se maneja por medio de una autoestima pobre y baja, con auto-devaluación, tristeza y depresión, con sentimientos de culpa y remordimientos que llevan a explicaciones y disculpas, provocando enfermedades y autodestrucción.

Según Wills et al. (1989) el consumo de drogas, está directamente relacionado con la asertividad, y con la dimensión de estrategias para rechazar el consumo bajo presión social.

Van Hasselt et al. (1993) menciona que sujetos consumidores de drogas unos se muestran más agresivos y otros menos asertivos. Plantean el concepto de asertividad como un continuo, en el que en un extremo estaría la agresividad y en el otro la pasividad y en el punto medio la habilidad adecuada.

4.3.1.5 Mal manejo de la agresividad

"... La cocaína es una droga que despierta la agresividad, un estimulante que da una sensación de poder, de que estás en la cima del mundo. Pero es un poder ilusorio que desaparece cuando se desvanecen los efectos de la cocaína, sin que el individuo haya aprendido nada. Provoca un estado muy falso, sin aprendizaje, que lleva al individuo al escape temporal de sí mismo..." (Shulguin, 1999.)

La agresividad es una síntesis de los aspectos cognitivos (hostilidad), emocionales-afectivos (ira) y comportamentales (agresión física o verbal) concurrentes a la situación (Buss, Perry, 1992).

El problema real del uso de cocaína no es la muerte o el trastorno físico, sino la adicción y la disfunción psicosocial. A medida que el consumidor va entrando en su adicción suelen aparecer algunos cambios: Se vuelve más irritable, depresivo, con mal humor, distraído, poco motivado, retraído, poco confiable, reivindicativo, hostil, manipulador, conflictivo, poco sociable, imprevisible, letárgico, paranoide, asexual, estresado, irritable, agresivo, con aumento de conductas violentas, tendencias suicidas, incapaz de adaptarse a la vida cotidiana (Washton, 1995).

4.3.1.6 Déficit de conducta interpersonal

El uso explícito del término “Habilidades” significa que la conducta interpersonal consiste en un conjunto de capacidades de actuación aprendidas (Bellack, Morrison, 1982; Curran, Wessberg, 1981; Kelly, 1982).

Las deficiencias en ciertas habilidades interpersonales pueden dificultar a las personas con problemas de consumo un afrontamiento inapropiado e ineficaz para resistir la presión social, por lo que será importante implementar programas que emplean un conjunto de técnicas dirigidas a incrementar habilidades de afrontamiento. Los aspectos centrales de este procedimiento incluyen: Habilidades interpersonales, afrontamiento de estados cognitivo-emocionales, afrontamiento de eventos vitales estresantes y afrontamiento de situaciones de uso de sustancias (Monti, Rohsenow, Colby, Abrams, 1995).

Linehan (1984) Alega que un programa completo de entrenamiento en habilidades sociales debe procurar un conjunto de habilidades cognitivas, emocionales, verbales y no verbales y que deberían tratar diferentes clases de respuestas habilidosas como entidades únicas y reconocer que el impacto social de una conducta es específico a la clase de respuesta habilidosa que define esa conducta.

Generalmente los adictos a la cocaína presentan gran variabilidad interpersonal, conducta imprevisible, excéntrica, disfuncional, otros; intentarán parecer correctos, manteniendo su casa, su trabajo, y relaciones más importantes aunque frecuentemente surge un imprevisto y la crisis resultante muestra la disfunción de manera conspicua (Washton, 1995).

4.3.1.7 Prevención de Recaída

Según Feuchtmann (2010) la Terapia de Prevención de Recaídas está basada en un modelo cognitivo-conductual acerca del proceso de recaída, desarrollado por Marlatt y Gordon, durante los últimos 30 años. Este modelo incluye ciertas cuestiones claves sobre las recaídas como proceso y como evento:

- a) ¿Existen eventos situacionales específicos que operen como gatillantes para una recaída?
- b) ¿Son iguales los determinantes de la primera caída que aquellos que hacen que ocurra la recaída completa y, si no lo son, cómo se pueden distinguir?
- c) ¿Cómo reacciona un individuo ante los eventos que preceden y que siguen a una caída? ¿Cómo los conceptualiza? ¿Cómo afectan estas reacciones afectivas a las conductas siguientes y las probabilidades de recaer definitivamente?
- d) ¿Es posible para un individuo planear acabadamente un plan de recaídas en el que exista una situación en que resulta virtualmente imposible resistir la tentación?
- e) ¿En qué puntos del proceso de recaídas es posible intervenir y cambiar el curso de los eventos como para prevenir un regreso a los patrones de hábitos adictivos?
- f) ¿Es posible preparar a los individuos, durante el tratamiento, para anticipar las probabilidades de recaídas y enseñarles conductas de afrontamiento que reduzcan la probabilidad de caídas y de subsecuentes recaídas?

Las recaídas se producen ante situaciones emocionales perturbadoras (Beck. et al.1999) señala la presencia de factores internos, como depresión, soledad, aburrimiento, ira, frustración, así como estímulos externos, como personas, lugares, cosas. Así mismo, el estado físico de una persona, su situación emocional, los conflictos interpersonales, la presión social, la exposición a señales asociadas con la droga, la pérdida de trabajo, las discusiones intrafamiliares, y las crisis serían elementos que predisponen a una recaída.

Goti (2000) dice que la recaída es un momento de encuentro con la realidad.

La recaída es por tanto un hecho esperable, depende no solo del individuo sino de todo un sistema, ya que lo que haga uno puede afectar lo que hagan los otros. Las crisis económicas, el desempleo, la fragmentación social, la desintegración familiar, la exclusión social, son indicadores de riesgo para el consumo de sustancias favoreciendo la búsqueda de evadirse y rebelarse de un mundo en el que escasean las oportunidades de desarrollo (Forselledo, 1999). De manera que recaídas y reinserción social, parecen conformar una dupla en la cual el contexto actual puede ser una de las dificultades para el logro de ese objetivo.

Según Korovsky, Rial, Olave (2010) La recaída no puede ser leída como un fracaso solamente individual, familiar o de la institución tratante. Una recaída se inscribe en el proceso de un sistema. Por lo tanto, la Prevención de Recaídas consiste en brindar las herramientas para que aquellos pacientes que han dejado de consumir durante cierto tiempo, sepan reconocer cuáles son las creencias, mitos, síntomas y signos individuales, familiares y contextuales que pueden llevarlo a reiniciar su consumo. De esta manera se puede actuar antes de que se produzca una recaída para evitarla o, en su defecto, de la misma para aprender de ella y evitar futuras recaídas.

Bernardo (1999) menciona que los hechos más frecuentes que les ocurren a las personas que han recaído son los siguientes:

1) A nivel individual:

- a) Cierta disfunción interna: Dificultad en pensar claramente, en manejar sentimientos y pensamientos, en soportar el stress, dificultades para dormir, dificultades en la coordinación motriz (pequeños accidentes), sentimientos de culpa, cierto desorden en el aspecto personal o pertenencias.
- b) Retorno de la negación: El paciente no logra conversar honestamente sobre lo que le pasa, niega que está preocupado. Tiene pocas ganas de hablar de problemas o preocupaciones.
- c) Comportamiento defensivo: El paciente evita ver el dolor que vive. Cree que ya “Está todo bien”, omnipotencia, se preocupa más con los otros que consigo mismo, confrontaciones, tendencia a estar solo, se torna indiferente ante actividades de autoayuda.
- d) Empieza la crisis: Se agrava lo anterior. El paciente empieza a perder la visión realista de las cosas, los planes que tenía empiezan a fracasar. Se deprime. Rompe con rutinas saludables y actividades productivas.
- e) Inmovilización: El paciente cree que no tiene el control de su vida, cree que nada puede ser resuelto.
- f) Confusión y reacción exagerada: Irritabilidad, impulsividad.
- g) Depresión: Hábitos irregulares en alimentación, no tiene ganas de hacer nada, duerme mal, va perdiendo la estructura diaria (desorden, horarios, actividades).
- h) Pérdida del control del comportamiento: No puede regular su rutina diaria, participa irregularmente en el tratamiento, “No me importa nada”, rechazo total de ayuda, insatisfacción con la vida, sentimientos de insatisfacción e impotencia.
- i) Reconocimiento de la pérdida del control sobre sus actos: Se da lástima de sí mismo, piensa que puede beber socialmente, “mentiras más conscientes”, pierde la auto-confianza.

- j) Reducción de opciones: El paciente se siente preso en el dolor y en la incapacidad de lidiar con la vida, resentimientos sin motivo, deja los tratamientos, pierde control del comportamiento.
- k) Vuelta al colapso físico y emocional: Comienza a usar drogas “Controladamente”, vergüenza y culpa, pérdida de control, problemas con la vida y la salud.

2) A nivel familiar:

- a) Comunicación sobre-protectora: Atribuir sentimientos sin preguntar, dificultad para plantear pautas claras y precisas, dejar de hacer cosas que antes hacían porque ven pequeños avances.
- b) En los primeros meses, la familia no avisa a los terapeutas sobre factores de riesgo, no escuchan sugerencias de otros padres o terapeutas, no asumen como importantes situaciones de crisis del “Ex-adicto”, creen que no pasa nada si toma alcohol u otras drogas.
- c) No escuchar necesidades reales, creen que todo es manipulación, poner al paciente en situación de culpable.
- d) Rigidez frente a errores.
- e) Si el paciente es adolescente, pretenden que sea un adulto después del tratamiento, pierden espacios de comunicación, retoman demostraciones de afecto impropias para la edad, no expresar los propios sentimientos, creen que ya no hay más problemas.

4.3.2 Principios de influencia de la Psicoterapia Integrativa para el tratamiento en adictos a la cocaína desde el Paradigma Ambiental/Conductual

- 1) El repertorio conductual completo y variado influye aumentando la probabilidad de una mejor activación del ambiente.

- 2) El despliegue conductual activo influye aumentando la probabilidad de reducción de afecto depresivo debido al consumo de cocaína.
- 3) Un cambio a nivel conductual influye aumentando la probabilidad de cambios específicos a nivel cognitivo afectivo.
- 4) Un ambiente completo y variado influye aumentando la probabilidad de satisfacción de necesidades de la persona con el consiguiente bienestar psicológico.
- 5) El ensayo conductual en el setting terapéutico influye aumentando la probabilidad de emisión de la conducta ensayada en otro contexto.
- 6) El reforzamiento positivo de una conducta específica influye aumentando la probabilidad de futura emisión de esa conducta.
- 7) Fases didácticas durante el proceso influyen disminuyendo la probabilidad de resistencias por parte del paciente a trabajar activamente en el proceso.

4.3.3 Conceptos movilizadores relevantes como estrategias de cambio en psicoterapia para consumidores de cocaína desde el paradigma Ambiental/Conductual

- 1) Ambiente Pato-Distónico: Un ambiente pato-sintónico hace referencia a aquellos ambientes que son consistentes y concordantes con la forma de ver el mundo, aquellos ambientes que “Armonizan” con el comportamiento y las significaciones del individuo desajustado permitiéndole continuar sin necesidad de cambio (Bagladi, 2010).

El ambiente del consumidor de cocaína suele ser un ambiente pato-sintónico, ambiente hostil real o figurado, con percepción distorsionada del mundo, afectando directamente a las expectativas y la forma de plantear el futuro, así como la manera de relacionarse con las personas y la familia, distorsión de los valores, pérdida de interés, cambios de humor, irritabilidad, apatía, estilo de vida destructivo, etc.

El ambiente pato-distónico crea una “Disarmonía” a nivel de los conflictos, ofreciendo resistencia a los rasgos y/o conductas desajustadas, modulando, readministrando e incluso modificando rasgos/comportamientos desadaptativos o patológicos.

Crear un ambiente pato-distónico con el paciente adicto generará una activa búsqueda de crecimiento que le permitirá aprender reflexivamente en su forma de sentir, actuar, pensar, etc.

2) La Conducta Pulsante: En el ámbito de las relaciones sociales la conducta de una persona influye activando diferencialmente a su interlocutor; de este modo, una persona puede activar mejor o peor su ambiente social, de la forma como un músico puede pulsar mejor o peor un teclado, y por ende generar desde melodías hermosas hasta chirridos desagradables, “Una persona que despliega adecuadamente su conducta pulsante, será buena concertista de ambientes sociales” (Bagladi, 2010).

El que la persona disponga de un repertorio conductual completo, aporta un buen “Menú” en el cual elegir la conducta pulsante más adecuada, el problema pasa a ser entonces cuales son las conductas más importantes que deben estar disponibles en ese “Menú”. Aunque el término conducta pulsante se relaciona con eficacia interpersonal, el concepto mismo suele resultar motivante para los pacientes, en la línea de querer transformarse en mejores concertistas de su ambiente. Esto permite que el terapeuta enfatice la necesidad de ir completando el repertorio de habilidades sociales, la necesidad de enriquecer los procesos de discriminación, la necesidad de un entrenamiento asertivo, etc. (Opazo, 2001).

El reto será hacer que el paciente tome consciencia de que puede pulsar conductas con las personas de su entorno para fortalecer sus relaciones: Tendencia a la integración, intercambio en la expresión afectiva, equidad y legalidad, escuchar con empatía, expresar desacuerdos y negociar soluciones, honestidad, creatividad, tendencia a lo que es “Bueno”, cultivar el cariño y la admiración, cooperación, tolerancia, reconocer y valorar las situaciones que le

dan sentido a su vida, escala de valores, expresar satisfacciones gratificantes, apoyo y comprensión emocional, coherencia entre lo que se piensa, dice y hace, etc.

4.3.4 Estrategias de cambio y técnicas psicoterapéuticas para el consumo de cocaína desde el paradigma Ambiental/Conductual

Según Feuchtmann (2004) en términos de intervenciones clínicas y terapéuticas considerando la relevancia del paradigma ambiental/conductual, tanto en la génesis como en la mantención de la problemática de la adicción a la cocaína, es posible mencionar:

- 1) Considerar diferentes estrategias de intervención y cambio ambiental para favorecer la abstinencia o disminución del consumo de drogas; esto implicará intervenir no sólo a nivel individual, sino también a nivel de intervenciones familiares y con otras redes de apoyo que favorezcan la abstinencia y prevengan o manejen la co-dependencia del sistema interpersonal del paciente (Beck et al., 1999; Graña et al., 1996b; Guajardo et al., 2003; Stanton et al., 1991).
- 2) Trabajar con estrategias de prevención de recaídas, especialmente aquellas orientadas al manejo, prevención y control de estímulos gatillantes y manejo de situaciones de riesgo de consumo y deseos de consumir (craving) (Beck et al., 1991; Graña et al., 1996b; Marlatt, 1985).
- 3) Considerar intervenciones grupales por sobre intervenciones individuales, favoreciendo la posibilidad de generar un ambiente de aprendizaje y modelaje para el paciente adicto. Las instancias grupales fomentarán más potentemente la motivación al cambio y la posibilidad de regulación de una serie de procesos interpersonales, como por ejemplo, la capacidad de dar y recibir feedback, la capacidad de aprender de otros, de empatizar con otros, etc. Asimismo, permitirá el despliegue y aprendizaje de una serie de habilidades que fomentarán un mayor repertorio conductual en el paciente adicto, mayores habilidades sociales y mayor asertividad (Santander, 1999).

- 4) Las intervenciones en el paciente adicto a la cocaína deberán fomentar y reforzar conductas asociadas a la extinción de aprendizajes y condicionamientos ligados al consumo. Técnicas como la discriminación y control de estímulos, el refuerzo contingente de ciertas conductas, el generar un ambiente pato-distónico para el consumo (no reforzador ni co-dependiente), etc. aplicados en situaciones de role playing, a través de ensayos conductuales y asignación de tareas los cuales serán de alta utilidad para manejar las variables y principios de influencias del paradigma ambiental- conductual.
- 5) Trabajar en la toma de conciencia de las consecuencias de la conducta, tanto a corto, mediano y largo plazo.
- 6) Modificación del estilo de vida del paciente adicto: Uso de su tiempo, actividades recreativas y de esparcimiento, etc.

4.3.4.1 Técnicas de Autocontrol

- 1) Autoobservación: Se le enseña al paciente a aprender a detectar su conducta problemática antes de intentar modificarla. Hacer ver al paciente lo importante de obtener un registro preciso acerca de sus conductas problema y enseñarle a operativizarlas, sustituyendo las definiciones vagas y generales por expresiones claras y concretas susceptibles de observación y cuantificación. La autoobservación está sujeta a un proceso de aprendizaje, y que ha de progresar cualitativamente y cuantitativamente a lo largo de la aplicación del programa de autocontrol. El proceso de autoobservación puede ser en sí mismo reforzante. La autoobservación tendría un doble objetivo:
 - a) Motivar al paciente a implicarle activamente en el programa y percibir los efectos positivos.
 - b) Posibilitar que el paciente aprenda a detectar qué condiciones propician su conducta problema (Labrador, cruzado, 2004).
- 2) Programación de tareas intercesiones:

- a) Fomentar la participación del individuo, haciendo que se integre de manera activa en el programa de cambio.
- b) Ofrecer al paciente la posibilidad de ensayar todo lo aprendido con el terapeuta, y darse cuenta de las dificultades que encuentra en su puesta en marcha, para su posterior discusión en la consulta.

Estas tareas son también una manera de obtener información acerca de las posibles áreas conflictivas en la vida del paciente.

La asignación de tareas, en los programas de autocontrol, alcanza un papel central, por hacer que el individuo asuma su responsabilidad en el cambio.

Los ejercicios asignados deben estar adaptados a las posibilidades del individuo (al principio deben ser sencillos, permitiendo un logro rápido de objetivos).

El compromiso en el programa de autocontrol será cada vez más firme, aumentando la percepción de control sobre el problema y permitiendo que el sujeto afronte con éxito los sucesivos retos que surgirán en la terapia (Labrador, cruzado, 2004).

4.3.4.2 Técnicas de resolución de problemas

Según Guajardo y Kushner (2004) El Terapeuta debe enseñar al paciente adicto a saber resolver conflictos:

- a) ¿Cuál es el problema?
- b) ¿Qué estoy sintiendo?
- c) ¿Cómo lo resuelvo?
- d) ¿Qué hago?
- e) Elijo la solución.
- f) Implementación y evaluación.

Esta técnica tiene varias ventajas para el paciente, le permite:

- 1) Captar las dimensiones del problema y enfocarse en las dimensiones positivas del mismo.
- 2) Reconocer las características del conflicto y determinar su significación desde su construcción de experiencia.
- 3) Definir el grado posible de utilización del conflicto.
- 4) Definir las implicancias del mismo.
- 5) Desarrollar capacidad de autocontrol y convicción de la capacidad de superarlo.

El paciente adicto debe ser entrenado en el desarrollo de planes alternativos de afrontamiento con el objetivo de superar la intolerancia a las frustraciones, esto significa tener un plan A (primera alternativa de solución) B (es una estrategia de afrontamiento diferente al plan A y que se pone en práctica al fracasar el A) y C (a su vez es la estrategia protectora de fracaso del A y del B, que tiene sólo como recurso proteger al paciente de una situación de riesgo).

4.3.4.3 Entrenamiento en habilidades sociales

Su aplicación se orienta a la adquisición de aquellas habilidades que permitan a los pacientes mantener interacciones sociales satisfactorias en su ámbito real de actuación.

El entrenamiento en habilidades sociales está integrado por diversos conjuntos de técnicas, cada uno de los cuales se orienta a la consecución de determinados objetivos particulares.

La planificación de estos objetivos y la aplicación de dichas técnicas se realizan de una forma coordinada, siguiendo una determinada secuencia de intervención.

Las técnicas, los objetivos y la secuencia de aplicación son las siguientes:

- 1) Instrucciones y modelado: Su objetivo es informar y hacer demostraciones de las conductas adecuadas.

- 2) Ensayo conductual: Su objetivo es que el paciente reproduzca y practique esas conductas.
- 3) Retroalimentación y refuerzo: Su objetivo es moldear y perfeccionar las conductas exhibidas por el paciente.
- 4) Conjunto de estrategias y técnicas (aplicadas en el contexto de entrenamiento y fuera del mismo): Su objetivo es facilitar el mantenimiento y la generalización de las conductas aprendidas (Labrador, cruzado, Muñoz, 2004).

4.3.4.4 Entrenamiento Asertivo

Opazo (2004) dice que la asertividad es una oportunidad que todas las personas pueden desarrollar, aunque no lleguen a ser plenamente asertivas. De lo que se trata entonces es que la persona adquiera un locus interno de control, se trata de que la persona se convenza que gran parte de sus éxitos y fracasos dependen de sus propias decisiones y conductas. Que se convenza que tomar buenas decisiones y esforzarse en implementarlas, vale la pena. Una cosa es asumir que se puede cambiar y otra cosa es decidir que quiero cambiar. Un paso esencial es que la persona desee ser asertiva. Que lo desee con fuerza y en forma estable. La mejor plataforma de despegue para el desarrollo asertivo se sintetiza entonces de este modo: "Puedo ser más asertivo, quiero ser más asertivo, y... ¡Voy a ser más asertivo!". Se trata de avanzar todo lo que la persona pueda en evaluación de su propia asertividad, en motivación, precisión y realismo perceptivos, en procesos de discriminación, despliegue conductual. No se debe olvidar que el sistema psicológico es una totalidad en la cual sus partes interactúan y se comunican. Así, cada avance positivo en un área repercute positivamente en las otras. Cuando la persona comprende en plenitud el significado e importancia de ir construyendo el círculo virtuoso pro-asertivo, puede generar múltiples iniciativas para aportarle nuevos ingredientes y para otorgarle cada vez mayor energía a cada ingrediente.

4.3.4.5 Ensayos conductuales

Conocido también como role-playing (“Representación de papeles”), su nombre más adecuado es el de “Ensayo conductual” (behavioral rehearsal), ya que a través de esta técnica se pretende que el paciente adicto tenga la oportunidad de practicar y ensayar las conductas apropiadas, cuantas veces sea necesario, hasta lograr un nivel de ejecución adecuado. Esta técnica puede adoptar dos modalidades:

- 1) Ensayo conductual real: El paciente ejercita las conductas objetivo interaccionando con otros interlocutores en una situación concreta.
- 2) Ensayo encubierto: El paciente debe imaginarse ejecutando dichas conductas.

Con objeto de incrementar la eficacia de esta técnica, se recomienda:

- a) Otorgar al paciente adicto un papel activo.
- b) Centrar el ensayo sobre un objetivo concreto, controlable y fácil de abarcar.
- c) Planificar de forma progresiva, de menor a mayor dificultad.
- d) Progreso de situaciones planificadas.
- e) Pasar de representaciones estructuradas a semiestructuradas.
- f) Llevar a cabo ensayos reales.
- g) Reiterar los ensayos.
- h) Emplear contextos, situaciones e interlocutores variados y heterogéneos (Labrador, cruzado, Muñoz, 2004).

4.3.4.6 Uso de Refuerzo

El objetivo de esta técnica es contribuir al moldeamiento de las conductas, así como el mantenimiento de las mismas. Está destinada a proporcionar motivación a los pacientes adictos para que mejoren su actuación en los

diversos ensayos, aumenten la tasa de las respuestas adecuadas y mantengan los logros que de forma progresiva vayan alcanzando.

Existen refuerzos de tipo social y de tipo verbal: Alabanzas, reconocimiento público, aprobación de conductas.

Estos refuerzos pueden ser aplicados tanto por el terapeuta como por los restantes miembros del grupo, ya que estos actúan como un poderoso medio de control de conductas, tanto dentro del grupo como fuera del mismo; proporcionan un contexto facilitador de "Apoyo social" y, especialmente para consumidores de sustancias (Labrador, cruzado, Muñoz, 2004).

4.3.4.7 Prevención de Recaídas (intervención)

La prevención de recaídas en adicciones debe ser trabajada durante todo el proceso terapéutico (Guajardo y Kushner, 2004)

Según Feuchtmann (2010) la Prevención de Recaídas en pacientes adictos incluye:

- 1) Técnicas que facilitan la abstinencia y ayudan a los pacientes adictos a manejar sus recaídas.
- 2) Se orienta al desarrollo del autocontrol, automonitoreo, pensamiento anticipatorio y el desarrollo de estrategias de enfrentamiento.
- 3) Postula un microanálisis del proceso de recaída (precipitantes inmediatos de la recaída y cadena de eventos que puedan precederla y consolidarla):
 - a) Ayuda a guiar al paciente adicto hacia los trucos que su mente le juega cuando tienen dudas sobre cambiar de actitud.
 - b) Provee al paciente *mapas* en los que muestra donde se localizan tentaciones y puntos de riesgo.
 - c) Ayuda a los pacientes a realizar cambios importantes en el día a día que sustituyan la gratificación que obtenían de las drogas por actividades gratificantes no-destructivas.

- d) Ayuda a los pacientes a anticipar y estar preparados para posibles tropiezos o recaídas.
- 4) Se entrena al individuo a que aprenda a identificar y corregir sus conductas desadaptativas.
- 5) Se trabaja en sesión y fuera de la sesión.
- 6) Se incluyen técnicas específicas como:
 - a) Análisis funcionales del consumo: Identificación y disección de pasadas y futuras Situaciones de Alto Riesgo.
 - b) Explorar las consecuencias positivas y negativas del consumo.
 - c) Desarrollo del automonitoreo para reconocer precozmente señales de alerta y deseos de consumir.
 - d) Entrenamiento en habilidades de enfrentamiento y evitación de situaciones de alto riesgo, pensamientos y deseos de consumo.
 - e) Examen de los procesos cognitivos del paciente asociado con el consumo.
 - f) Planificación de posibles situaciones de emergencia.
 - g) Reconocimiento de decisiones aparentemente irrelevantes.
 - h) Desarrollo de habilidades de rechazo de consumo.

Su implementación suele ser más eficaz en modalidad de grupo, por las características mismas del proceso grupal.

A nivel cognitivo plantea la importancia de las expectativas de autoeficacia, expectativas de resultados, atribuciones de causalidad y el proceso de toma de decisiones (“Toda tentación implica siempre una decisión”).

Como metodología se utilizan entre otras:

- a) Role playing o ensayos conductuales.
- b) Psicoeducación.

- c) Diálogo Socrático.
- d) Asignación de tareas y ejercicios fuera de sesión.
- e) Estrategias de manejo ambiental.
- f) Análisis Funcional de Conductas.
- g) Desarrollo de Automonitorización.
- h) Uso de Registros.
- i) Análisis de Casos.

4.4 Paradigma Afectivo

4.4.1. Etiología

El paradigma Afectivo aduce a que las motivaciones, emociones y sentimientos pueden ejercer una influencia causal en la génesis y/o mantención de pensamientos, afectos y conductas (Opazo, 2001).

El uso de drogas muchas veces se ha considerado como una forma de "Automedicación" o una estrategia de alivio para un sinnúmero de afectos, especialmente los afectos en la línea depresiva, ansiosa y agresiva. La búsqueda de drogas está íntimamente ligada a la búsqueda de placer o del efecto esperado positivo por el consumo de determinada sustancia, por lo que los procesos hedónicos están claramente ligados como factores etiológicos al consumo de drogas. Se ha pesquisado como los pacientes adictos presentarían una baja tolerancia a la frustración, a los afectos displacenteros en general y una baja tolerancia para la postergación de sus impulsos y gratificaciones. Explicaría la visión corto placista del adicto y la búsqueda inmediata de placer en desmedro de las consecuencias posteriores (Feuchtmann et al., 1999; Guajardo et al., 2003; Johnson, 1999; Santander, 1999; White et al., 1998). Asimismo, presentarían umbrales muy altos para afectos positivos (probablemente causado por su consumo crónico) lo que sería un factor mantenedor del consumo (por la necesidad de encontrar una

estimulación intensa que traspase los umbrales afectivos y aumente la capacidad de disfrutar). En relación a lo mismo, también se ha observado en pacientes adictos una falla o déficits en su procesamiento emocional, ya sea en la detección, reconocimiento, etiquetamiento y/o expresión de afectos. Una variable relevante en las adicciones ligada al paradigma afectivo tiene que ver con la motivación al cambio del paciente, como proceso central afectivo y movilizador. En los pacientes adictos, en general la motivación al cambio es baja o no existe constituyéndose uno de los puntos centrales en cualquier tratamiento de las adicciones. (Feuchtmann et al., 1999).

Suele detectarse en poblaciones adictas bajos niveles de autoestima (Guajardo et al., 2003; Millar et al., 1999), factor relevante tanto a nivel co-causal como mantenedor de esta enfermedad.

4.4.1.1 Alto umbral hedónico

La variedad de ciertas respuestas afectivas exige a su vez cierto equilibrio, de ahí que un adecuado balance emoción/sentimiento sea deseable en una persona afectivamente bien desarrollada. Un umbral hedónico bajo o medio y un descanso oportuno facilita la génesis de una adecuada capacidad de disfrute. A su vez, cuando la persona es capaz de disfrutar activamente de las experiencias, tiende a generar un positivo estado de ánimo básico o predominante. Todo ello va asociado con el desarrollado afectivo. Muy ligado a lo anterior está el tema de la estabilidad emocional. Es natural que nuestro ánimo cambie en función de nuestras experiencias que vamos teniendo. El problema es cuando el cambio de ánimo no es "Proporcional" a las circunstancias, o bien cuando deriva de influencias biológicas subyacentes (Fernandez-Alvarez, Opazo, 2004)

Opazo (2001) acuña el concepto de "Costo emocional de la vida" Un alto costo emocional de la vida puede derivar de un ambiente frustrante/estresante, de una biología que facilita la manifestación de tensión, ansiedad, agresión, o depresión, y/o de una magnificación cognitiva del valor emocional de los estímulos. Cuando el costo emocional es alto, un día de vida consume mucha

energía, la persona se desgasta en exceso y muchas veces de forma “Innecesaria” “El preocupado crónico” por ejemplo, vive asustándose a sí mismo por cualquier cosa. Por lo contrario un bajo costo emocional de la vida se aviene bien con la calidad de vida y el desarrollo afectivo.

En el caso de un cocainómano se presentaría de la siguiente manera: “No tengo cocaína para consumir, me siento vacío (frustración)”, en el ámbito de las necesidades, lo deseable afectivamente será un predominio de la gratificación sobre la frustración en nuestro ejemplo sería “Me siento a gusto sin consumir cocaína” (gratificación) el consumo crónico de cocaína disminuye la capacidad de disfrute por las descargas masivas de dopamina (agotamiento del sistema de recompensa) y efectos psicológicos, como sensaciones subjetivas muy intensas, lo que implica que la persona se acostumbra a sensaciones intensas en el diario vivir.

4.4.1.2 Búsqueda de placer/disminución del displacer

Según Bleichmar (1999) la droga comienza a ser usada para hacer frente a cualquier tipo de sufrimiento que el consumidor pudiera tener (incluso frente a los sufrimientos producidos por el propio consumo). Esta búsqueda activa de un estado placentero, y no la mera desaparición del displacer, es la que determina que algunos sujetos recaigan en el consumo de drogas en los momentos de euforia.

En función de las modificaciones biológicas que induce de forma inmediata y de los efectos de esos cambios sobre el funcionamiento psíquico, la droga hace desaparecer las representaciones displacenteras, tanto conscientes como inconscientes, tendrán un contenido temático concreto y específico, diferente de un consumidor a otro en función de su sistema motivacional. Existirían dos procesos psíquicos diferentes, aunque relacionados: Por una parte, un fenómeno de “Difusión” de la experiencia con la droga desde el sistema motivacional que inició el consumo al resto de los sistemas motivacionales del consumidor y, por otra, un fenómeno de “Utilización defensiva” de la experiencia con la droga por parte del sujeto consumidor. En este sentido, el

consumo de drogas podría incluirse dentro de las denominadas “Experiencias de satisfacción compensatoria”. Se trata de un conjunto de comportamientos que cuando son realizados provocan de forma casi inmediata un estado de placer. El consumo de drogas, en tanto que “Experiencia de satisfacción compensatoria”, podría considerarse, en los primeros momentos del mismo, como una defensa específica: Es decir, frente a una situación de sufrimiento determinada. El consumo de drogas acaba siendo activado por cualquier tipo de sufrimiento, en este sentido llega un momento en que la “Relación entre la experiencia de satisfacción y la experiencia dolorosa no es de conexión asociativa entre dos temas definidos, sino entre dos estructuras, de modo tal que el displacer de una pone en acción la búsqueda de placer de la otra” de este modo, el consumo de la droga termina constituyéndose en un “Verdadero punto de fijación al que se retorna” cada vez que el sujeto sufre o cada vez que desee obtener placer.

4.4.1.3 Labilidad emocional

La labilidad emocional designa cambios rápidos, repetitivos, espontáneos del estado afectivo y el término de incontinencia afectiva (o emocional), está reservado a los casos en los que existe una hiperexpresividad emocional, que se manifiesta con fuerza y que no es reprimible (Gil, 2007).

Tras la inhalación de la cocaína los consumidores suelen experimentar una sensación de euforia, excitabilidad, hiperactividad, sociabilidad, labilidad emocional, comportamientos estereotipados o repetitivos, tendencia a la violencia, hiperalerta y el deterioro de la capacidad de juicio. En casos de intoxicación crónica aparecen una sensación de tristeza, retraimiento y cansancio. Además de estos cambios de tipo psicológico y del comportamiento, los consumidores experimentan después del consumo diversos efectos de tipo físico como taquicardias, dilatación de las pupilas, aumento de la presión arterial, sudor, fiebre, vómitos, pérdida de apetito, insomnio, etc. (Comenares, 2008).

El propio usuario reconoce como efectos de la cocaína los cambios de estado de ánimo: Depresión, ideas suicidas, irritabilidad, anhedonía, labilidad emocional o alteraciones de la atención y concentración, especialmente durante la abstinencia de cocaína.

4.4.1.4 Alta alexitimia

Según Signeos (1972) la alexitimia se la define como la incapacidad para expresar verbalmente las emociones debido a que estas personas no son capaces de identificar, entender y describir lo que sienten. Esta incapacidad no se da sólo respecto a los propios sentimientos, sino que también se da la dificultad para identificar las emociones en los demás (en sus voces, expresiones faciales, posturas). Existe una imposibilidad de describir lo que se siente y describir a otras personas (ámbito subjetivo y de los afectos). Existe también la dificultad para diferenciar los sentimientos de las sensaciones corporales que acompañan a la activación emocional. Las emociones suelen ir acompañadas de síntomas fisiológicos, como sudoración, aceleración de ritmo cardíaco, etc. Los alexitímicos atribuyen estas manifestaciones fisiológicas a síntomas vagos o los confunden con la emoción misma, cuando sienten emociones intensas, describen simplemente un malestar físico de un modo impreciso. Los alexitímicos suelen tener pensamientos concretos, con problemas para el manejo simbólico de las emociones. Su forma de hablar es monótona, parca y sin matices afectivos, apenas gesticulan, no introducen cambios en el tono de voz, son rígidos, inexpresivos. En su lenguaje no hay referencias abstractas y simbólicas. Se limitan a describir detalles concretos, sin un tono afectivo utilizan la acción como estrategia de afrontamiento en situaciones de conflicto. Tienen conductas directas, tienen una orientación de tipo práctico y un escaso contacto con su realidad psíquica. La persona alexitímica presenta:

- a) Problemas para hablar de sus emociones.
- b) Anhedonia (incapacidad para experimentar placer).
- c) Ausencia de apetito sexual.

- d) Conformismo.
- e) Desplazamientos rígidos y lentos.
- f) Dificultad para establecer vínculos afectivos.
- g) Falta de energía.
- h) Impulsividad.
- i) Incapacidad para reconocer los estados emocionales ajenos.
- j) Tendencia a establecer relaciones interpersonales estereotipadas, ya sea de dependencia o de aislamiento.
- k) Visión poco clara de la realidad.
- l) Son percibidos por los demás como excesivamente lógicos.
- m) Se sienten perplejos por las reacciones emocionales de los demás.
- n) Rara vez tienen fantasías.
- o) Su reacción al arte, literatura o música es de muy baja intensidad.
- p) Toman decisiones de acuerdo a datos, sin tener en cuenta los sentimientos.
- q) Padecen ocasionalmente alteraciones fisiológicas a las que no encuentran explicación, como palpitaciones, dolor de estómago, etc.

La alexitimia es más frecuente en personas que tienden a desarrollar enfermedades psicosomáticas. También se ha visto en personas con dolor psicógeno, en trastornos por uso de drogas y en personas con enfermedades crónicas. Una persona alexitímica responde fisiológicamente a los estímulos emocionales como cualquier otra persona: Los músculos se tensan, el corazón se acelera, etc.

- 1) Alexitimia primaria: Sería una disposición personal, que ha acompañado a una persona toda su vida, como un rasgo de personalidad. Según Sifneos

(1972), la alexitimia sería causa de una anormalidad genética, un desarrollo biológico inadecuado o una lesión cerebral

2) Alexitimia secundaria: Ocurre como reacción a un trauma psicológico intenso. La persona suprime las emociones dolorosas como un mecanismo de defensa contra el trauma. Las emociones son muy importantes a la hora de tomar decisiones con efectividad. Esto es debido a dos factores principales:

- a) Las emociones juegan un papel fundamental para determinar nuestras metas en base a lo que nos agrada o desagrada. Si no somos capaces de reconocer nuestras emociones e interpretarlas, no estaremos utilizando una información muy valiosa. Los alexitímicos basan sus decisiones en razones prácticas, no sentimentales ni hedonistas, de modo que llevan vidas menos gratificantes y placenteras.
- b) El sistema emocional utiliza un modo diferente de procesar la información que el sistema intelectual. Los alexitímicos utilizan sólo el sistema intelectual, no son intuitivos y se ven fácilmente abrumados por tareas prácticas o razonamientos interminables. Los alexitímicos suelen ser muy indecisos cuando han de tomar decisiones respecto a preferencias personales. Al no ser capaces de decidir en función de la emoción que algo le inspira, pueden tender a buscar la opinión de los demás y decidir en base a eso.

Pocos se animan hoy a cuestionar la relación entre lo psíquico y lo somático. Cuerpo y mente se han integrado para hablar de la salud del hombre. Es de avanzada entender que todo trastorno o enfermedad es un fenómeno físico.

La alexitimia es un factor de predisposición comprobado para una frecuencia elevada y de mayor gravedad en ciertas enfermedades, úlcera duodenal, anorexia nerviosa, obesidad, artritis reumatoidea, asma bronquial, alcoholismo, abuso de drogas (Sivak, Wiater, 1997).

4.4.1.6 Sentimientos de ira y hostilidad

Las personas con abuso de sustancias tienen tendencia a mostrar impulsos hostiles cuando se encuentran bajo la influencia de las drogas o el alcohol.

Aunque tienen una tendencia particular a tomar droga o beber alcohol para amortiguar sus sentimientos desagradables como la ira, paradójicamente también incrementan la probabilidad de expresar su ira a través de la desinhibición. Suelen tener creencias subyacentes como “Si no puedo conseguir lo que quiero ahora mismo, nunca lo conseguiré” “Los demás se equivocan al rechazarme o meterse en mi camino” “Las personas se equivocan y deben ser castigadas por impedirme el paso” cuando estas creencias se activan provocan la ira. Las personas con poca tolerancia a la frustración se perciben a sí mismas como débiles o indefensos. La ira que tienen les ayuda a restaurar una sensación de control y poder mediante el castigo a otras personas. Independientemente de que expresen o no sus impulsos para castigar, la ira los deja más o menos bloqueados, lo cual les conduce a consumir drogas (Beck, Wright, Newman, Liese, 1999).

Algunos autores han puesto de relieve la relación entre impulsividad y agresividad, considerando la impulsividad como un predictor de comportamiento antisocial y delincuencia. Sería este tipo de agresividad, caracterizado por explosiones incontroladas y desproporcionadas, en el que el abuso/dependencia de cocaína tendría un papel más relevante, dada la euforia e desinhibición que genera en los que la consumen (Hnorring, Ekselius, 1998).

4.4.1.7 Baja tolerancia a la frustración

La frustración es un fenómeno natural en la vida de cualquier ser humano, surge cuando nos enfrentamos a un impedimento o bloqueo. Es el sentimiento consciente de una discrepancia entre lo que queremos y lo que realmente está disponible (Knaus, 1983).

La baja tolerancia a la frustración se manifiesta cuando evitamos nuestros problemas en lugar de enfrentarlos. Pensamos que no podemos tolerar el

malestar que sentimos y decidimos escapar de él. Se manifiesta cuando las personas quieren que las cosas se den tan rápidamente como sea posible.

De acuerdo a Ellis (1979) todos los seres humanos presentan virtualmente una tendencia a presentar sentimientos perturbadores y conductas disfuncionales por ser hedonistas a corto plazo. Buscamos la gratificación inmediata y perdemos de vista el hedonismo a largo plazo. Queremos o esperamos el control total sobre nosotros mismos y sobre el ambiente, y al no poder lograrlo, nos sentimos frustrados. Cuando las personas con poca tolerancia a la frustración se dan cuenta de que su actividad está bloqueada o de que sus expectativas son desbaratadas, probablemente:

- a) Exagerarán mucho el grado de pérdida que resulta de dicha frustración.
- b) Exagerarán las consecuencias a largo plazo de su pérdida.
- c) Culpabilizarán a quienes creen que son responsables de la frustración.
- d) Experimentarán demasiada ira.
- e) Tendrán deseos de pegar a las personas.
- f) Pasarán por alto otras formas de conseguir su objetivo, como la solución de problemas.

La baja tolerancia a la frustración causa enojo, depresión e incapacidad ante cualquier molestia o problema provocando evitación e ineficientes formas de tomar decisiones. De esta manera una persona con baja tolerancia a la frustración tiene mayor vulnerabilidad para el consumo de sustancias.

Entre los pensamientos reportados por más frecuencia en los adictos con baja tolerancia a la frustración, están: “No puedo funcionar si no ingiero droga” “No soy lo suficientemente fuerte como para resistirme” “No puedo soportar privarme del deseo” “Tengo la necesidad de...” “Porque no darme el placer de...” “Qué gano con hacerme sufrir” “Es muy difícil y tengo derecho a...”

Por tener baja tolerancia a la frustración, los adictos tienden a presentar bajos niveles de ejecución, o errores en su comportamiento y capacidades. Estos procesos incluyen ideas sobre el poco valor de uno mismo, como consecuencia de las ejecuciones o comportamientos fallidos, por lo que huyen de los problemas cuando tienen que enfrentarlos (Ellis y Bernard, 1985).

Evaluación de la Poca tolerancia a la frustración: Según Beck, Wright, Newman, Liese (1999):

- a) Los deseos son considerados como necesidades imperativas que requieren una pronta satisfacción.
- b) Los retrasos, la interferencia o los bloqueos tienen significados idiosincráticos como “Puede que no acabe este trabajo” “No puedo conseguir lo que quiero”
- c) La frustración está sobregeneralizada con nociones como “Nunca consigo lo que quiero” “Las personas siempre me estorban y se meten con lo que hago”
- d) Personalizan dichas frustraciones como si las mismas estuvieran dirigidas deliberadamente contra ellos, y consideran el supuesto agente de frustración como si fuera el culpable. Los pacientes manifiestan los errores de pensamiento habituales asociados a la angustia emocional: Pensamiento todo-nada, abstracción selectiva, sobregeneralización, catastrofismo y personalización.
- e) Debido a su pensamiento dicotómico (“Ahora o nunca”), construyen reglas arbitrarias (deberes y obligaciones) para hacer que se cumplan sus deseos, expresan sus derechos, privilegios y peticiones “Las personas no tienen derecho a negarme lo que quiero”
- f) Las expectativas y las demandas absolutistas conducen a catastrofizar: se espera que las consecuencias de un retraso, un obstáculo o una dificultad sean un desastre.

- g) Las reglas y las demandas suelen representar también intentos de controlar a los otros y de prevenir los problemas. Cuando se pierde el control (se infringe una regla, no se cumple una petición, experimentan ansiedad o daño que proviene del catastrofismo o de la exagerada sensación de pérdida.
- h) La expresión de ira se legitima “Tengo todo derecho a estar enfadado”
- i) Como trasfondo ante la escasa tolerancia frente a la frustración subyace la creencia nuclear de que “Estoy indefenso” “Soy indeseable”
- j) Cuando ya sea por la acumulación de ansiedad o ira, o porque se moviliza para castigar al culpable, se acaba generando mucha tensión, estos intentarán aliviarla con las drogas “No puedo soportar la ansiedad, tristeza o rabia y tengo que aliviarla enseguida” “Las personas quieren que deje de tomar droga o beber porque me consideran débil y quieren controlarme”
- k) Las personas pueden estar demasiado frustradas por sus propios errores, ineptitud y deficiencias y manifestar mucha autocrítica. Este mecanismo funciona de manera prominente en los pacientes adictos con baja autoestima (Tarter, Ott, Mezzich, 1991).

4.4.1.9 Altos niveles de ansiedad

Según Guillamón, Baeza (2004) la relación entre la ansiedad y el consumo de sustancias es bimodal: Por un lado, el uso continuado de una sustancia puede conducir a experimentar síntomas e incluso problemas de ansiedad. Por otro, algunos trastornos de ansiedad pueden cursar con un mayor consumo de la droga o las drogas que se consumen. El uso continuado de cocaína puede conducir a la aparición de algunos síntomas asociados a la ansiedad como malestar, irritabilidad o taquicardia. Las personas que experimentan el síndrome de abstinencia de una sustancia también pueden manifestar ansiedad. De hecho, se ha descrito un trastorno de ansiedad que considera que la misma puede estar inducida por sustancias (o, dicho de otro modo, ser consecuencia de su uso frecuente y excesivo). En el trastorno de ansiedad

inducido por sustancias los síntomas de ansiedad están asociados al consumo, abuso o dependencia de una droga (cafeína, nicotina, alcohol, cannabis, cocaína, heroína, éxtasis, etc.). Los consumidores habituales de drogas presentan niveles de ansiedad más altos que los no consumidores, incluso después de haber abandonado el consumo (incluso periodos superiores a los seis meses). Algunas personas que padecen trastornos de ansiedad pueden recurrir a algunas sustancias como estrategia para afrontar su problema y reducir la ansiedad. Por ejemplo, una persona con dificultades en las situaciones sociales puede beber alcohol o tomar cocaína porque sus efectos la desinhiben y puede desenvolverse mejor en dicha situación.

4.4.1.10 Deficits en la regulación afectiva

Según Fonagy, Gergely, Jurist, Target. (2002) la regulación afectiva abarca la capacidad de controlar y regular nuestras respuestas afectivas. Añaden que cuanto más familiarizado está uno con la experiencia subjetiva, más efectiva puede ser la regulación, y cuanto mejor regule uno los afectos, más cerca estará de la autorregulación.

En general se suele considerar al afecto como la categoría superior que engloba tanto a la emoción como al estado de ánimo. Por su parte, estado de ánimo y emoción se diferenciarían en varios aspectos. En primer lugar, se suelen apuntar diferencias en cuanto a la duración e intensidad de los mismos. Los estados de ánimo suelen durar horas e incluso días, y pueden ser de intensidad leve a moderada, mientras que las emociones suelen ser más fugaces, actuando de forma más discreta e intensa y con más componentes vegetativos implicados (Power y Dalgleish, 1997). El curso suele mostrar patrones específicos para cada proceso; la emoción típicamente tiene un inicio y un declive o final, con un pico (o meseta) entre ellos. El estado de ánimo, sin embargo, se desarrolla gradualmente, siendo difícil definir cuándo comienza y cuándo acaba (Larsen, 2000). En relación a esto, la emoción suele tener una causa definible y un objeto de referencia. El estado de ánimo en cambio puede aparecer sin un referente claro, es decir, sin estar asociado a ningún objeto o acontecimiento claramente tangible (Larsen, 2000).

Las emociones proporcionan información acerca del entorno, si un objeto es recompensante o amenazante, de las demandas que percibimos, de los retos que nos plantean ciertas situaciones o incluso de las respuestas que exigimos de los demás (Watts, 1992). Los estados de ánimo, por el contrario, nos informan sobre nuestro estado interno, sobre los recursos de los que disponemos, sobre si algo va bien o mal en nuestro sistema (Morris, Reilly, 1987).

El estilo de apego es uno de los factores que, entre otros, influyen en el desarrollo de la regulación afectiva (Fox, Calkins, 2003). Esta visión es coherente con la abundante investigación proveniente de la psicología evolutiva que muestra que la interacción entre el estilo de los cuidadores y el temperamento del infante va forjando por una parte el estilo de apego del mismo, y por otra, su capacidad para regular el afecto negativo (Fox y Calkins, 2003).

Las personas extravertidas experimentan más a menudo emociones positivas y son más reactivos a estímulos positivos que las personas introvertidas, y las personas que puntúan alto en la variable neuroticismo experimentan con mayor frecuencia emociones negativas y son más reactivos a estímulos negativos (Rusting y Larsen, 1998).

Hay circuitos neurológicos que son más sensibles en unas personas que en otras, dando lugar a tendencias diferenciales hacia las emociones positivas y las negativas (Pickering y Gray, 1999).

En cuanto a los trastornos psicológicos, en primer lugar debemos citar el trastorno de personalidad límite cuyo elemento central es precisamente la desregulación emocional (Linehan, 1993). Conductas muy patológicas propias de este trastorno como son las autolesivas o los intentos de suicidio se consideran cada vez más como intentos extremos de regular estados emocionales muy negativos (Gratz, 2003).

Los trastornos por consumo de sustancias a menudo son mantenidos e incluso iniciados por un intento de controlar y escapar de estados emocionales negativos (McNally, 2003).

El modelo de la regulación afectiva centra su atención en el estrés, afecto negativo y la regulación de los estados de ánimo. Los consumidores de sustancias psicoactivas, lo harían para regular los estados afectivos, para evitar estados de ánimo desagradables y para lograr otros placenteros cuando se encuentran en situaciones estresantes. Los estresores vitales, sean o no estresores vitales normativos y las cargas crónicas relacionadas con la escuela, trabajo y la familia, están consistentemente relacionadas fuertemente con niveles elevados de consumo de sustancias (Gray-Cerbone, 2000).

La autorregulación puede conseguirse a través de los afectos (aunque no de forma necesaria). La diferencia básica de este modelo con los tradicionales radica en que se considera que la cognición actúa sobre los afectos, pues la regulación afectiva tiene lugar mientras el sujeto permanece en el estado afectivo; estado que puede o no ser modificado por la regulación (Bermejo, 2010).

Apenas se conoce con exactitud los procesos emocionales, cognitivos y motivacionales que pueden estar en la base de la regulación anímica, y tampoco se conoce con precisión qué tipo de estrategias son más útiles y efectivas para cada situación o para cada tipo de paciente. Y aunque cada vez se tiene un mayor número de variables que parecen estar relacionadas con una adecuada regulación, apenas se está empezando a construir el mapa que pueda dar una estructura a estas relaciones y aclarar la importancia relativa de unas frente a otras (Hervás, Vázquez 2010).

4.4.1.11 Baja de motivación al cambio y para recibir ayuda

La falta de motivación en los consumidores de cocaína, y en los adictos en general, con sus grandes limitaciones en la expresión afectiva, constituye importantes obstáculos para que una terapia tenga éxito en la modificación de los síntomas. Hoy se sabe de la importancia que tiene la motivación para el

cambio. En las conductas adictivas es frecuente que muchos de los pacientes no acudan a tratamiento. De los que acuden una parte lo abandona después de la primera o primeras sesiones y, de los que acuden, no siempre siguen las instrucciones que se les dan. De ahí que en los últimos años la entrevista motivacional se haya convertido en un elemento terapéutico de suma importancia. La entrevista motivacional, que se lleva a cabo en los primeros contactos entre el terapeuta y el paciente, es el modo más idóneo para incrementar la motivación para el cambio. No hay que olvidar que no todas las personas con una adicción acuden la primera vez voluntariamente a tratamiento; más bien esto es la excepción. En ocasiones acuden por causas externas, bien sean de tipo familiar o legal. En otros casos para buscar una ayuda puntual. Retener al sujeto en tratamiento, o más bien retenerlo al principio para que luego inicie un tratamiento, es una cuestión fundamental. Muchas personas que acuden por primera vez piensan que no tienen un problema, que el problema es superficial o que aún no alcanzó el suficiente nivel de gravedad como para que haya que tratarlo. El Modelo Transteórico formulado por Prochaska y DiClemente en los años ochenta (Prochaska y DiClemente, 1982, 1983, 1985), permite identificar diferentes niveles de predisposición que puede mostrar una persona, estadios de cambio cuando se plantea modificar la conducta adictiva (DiClemente, Prochaska, Fairhurst, Velicer, Velásquez, Rossi, 1991; McConaughy, Prochaska, Velicer, 1983; McConaughy, DiClemente, Prochaska, Velicer, 1989; Miller et al., 2003; Prochaska y DiClemente, 1982; 1992; Prochaska, Norcross, 2007). La oscilación en el nivel motivacional advierte sobre la posibilidad de que en cualquier momento puede darse un descenso del nivel de compromiso hacia el cambio iniciado en la conducta adictiva. Estas variaciones observadas en el nivel motivacional advierten de la necesidad de realizar evaluaciones en repetidas ocasiones a lo largo de la intervención, de manera que se garantice el mantenimiento de un compromiso adecuado hacia el cambio y se facilite una progresión adecuada en la consecución de los objetivos (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1997; Prochaska et al., 1992; Wachtel, 1977; 1987). El Modelo Transteórico, además de delimitar el momento en el que un sujeto está

preparado para cambiar “Estadios“, también posibilita comprender cómo va incrementándose ese nivel de predisposición del paciente, mostrando qué tipo de actividades encubiertas o manifiestas suele realizar para modificar y consolidar su hábito adictivo “Procesos de cambio”. En términos generales, los procesos de cambio de carácter cognitivo se asocian con los primeros estadios de precontemplación, contemplación y preparación “Aumento de la concienciación, alivio por dramatización, reevaluación ambiental, “autorreevaluación” “autoliberación”, siendo más pronunciada la inclusión de los procesos de cambio de carácter conductual en los estadios de acción y mantenimiento “Manejo de contingencias, relación de ayuda, contracondicionamiento y control de estímulos”. De este modo se ofrece una guía orientativa de cómo trabajar con los pacientes y control de estímulos en función del momento temporal o estadio en el que se encuentran (Becoña, Cortés, 2008).

Posteriormente Miller y Rollnick (1991) desarrollaron la Entrevista Motivacional, la cual se basa en el respeto al paciente, a sus creencias y escala de valores, intentando estimular su motivación y favorecer su posicionamiento hacia hábitos sanos, enfatizando su propio punto de vista y su libertad de escoger. Su principio fundamental es que todo proceso de cambio supone costes y que es preciso que la persona esté motivada para afrontar esos costes iniciales para alcanzar metas finales.

Se basa en cinco principios:

- 1) Expresar empatía: Significa aceptar y respetar al paciente pero no, necesariamente, aprobarlo. Implica un cierto grado de solidaridad emocional intentando comprender sus pensamientos y emociones preguntándonos ¿Cómo me sentiría yo en sus circunstancias? ¿Coincide la emoción que yo tendría con la que él me expresa? ¿Cómo le transmito la idea de que le comprendo?. La respuesta empática es una habilidad bien definida que se adquiere con entrenamiento y permite comprender y aceptar lo que el otro expresa. Permite expresar, sinceramente, la solidaridad con gestos (tocar ligeramente al paciente) y con palabras (“Entiendo que te sientas mal por lo

que ha ocurrido"). La empatía es la espina dorsal de la Entrevista Motivacional porque, ante el dolor que prevé el paciente por el cambio, el sentir que tiene un apoyo emocional resulta muy útil.

- 2) Desarrollar la discrepancia: Lograr que el paciente reconozca dónde se encuentra y dónde querría estar respecto al hábito o conducta a modificar. Interesa aumentar su nivel de conflicto, especialmente entre la conducta actual y los valores importantes de su vida. Trabajar la emoción que genera la incomodidad de la duda y/o conflicto es el mayor motor para el cambio. Para aumentar la eficacia de la entrevista es importante conseguir que el paciente verbalice sus discrepancias.
- 3) Evitar argumentar y discutir con el paciente sobre la conveniencia o utilidad de un cambio porque esto le puede crear resistencia. Los argumentos directos y los intentos de convencerle tienden a producir oposición ante las indicaciones, sugerencias u órdenes para el cambio. Esta oposición se llama "Reactancia psicológica" (cuanto más se empeña el terapeuta más se cierra el paciente), y surge con frecuencia cuando la persona tiene la percepción de que su capacidad de elección está limitada y, en general, cuando la sensación de libertad se coarta. Antes de informar es conveniente preguntar al paciente si tiene o quiere información al respecto con frases como ¿Quieres que te explique algo sobre...? También es importante no precipitarse con un cúmulo de información siendo más útil informar poco a poco e ir preguntando ¿Qué te parece esto que te he dicho?, centrándonos en los conflictos del paciente.
- 4) Trabajar las resistencias del paciente evitando las actitudes de imponer un cambio por "Su bien", plantear implícita o explícitamente que la relación asistencial conlleva la obligatoriedad de un cambio, reñir al paciente ante el no cambio, etc.
- 5) Apoyar y fomentar el sentido de autoeficacia: Creer en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional importante, ya que tiene una gran influencia en la capacidad de iniciar una nueva conducta y en mantenerla.

Los resultados previos satisfactorios refuerzan la creencia del paciente en su capacidad para conseguirlo y nuestra ayuda aquí puede estar en analizar con él esos resultados potenciando su positividad ("Es difícil dejar la cocaína del todo y tú lo conseguiste"). No podemos olvidar que el paciente es responsable de escoger y realizar el cambio y nosotros le prestamos ayuda si lo desea (Lizarraga, Ayarra, 2011).

También existirían Trampas a evitar en el trabajo motivacional:

- 1) **Pregunta-Respuesta:** Significa formular preguntas que el paciente responde con frases cortas y simples. Implican una interacción entre un experto activo y un paciente pasivo y no facilita la reflexión y elaboración por parte del paciente. Se evita con preguntas abiertas y escucha reflexiva. Como norma general conviene evitar el formular tres preguntas abiertas seguidas.
- 2) **Confrontación-Negación:** Es lo más frecuente y la trampa que más interesa evitar. Cuanto más enfrentemos al paciente con su situación, él se volverá más resistente y reacio al cambio con respuestas del tipo "No creo que sea tan serio el problema porque olvide cosas cuando consumo cocaína".
- 3) **Trampa del experto:** Ofrecer, con la mejor intención, respuestas y soluciones al paciente llevando, a éste, a asumir un rol pasivo totalmente contrario al enfoque de la Entrevista motivacional.
- 4) **Etiquetar:** Clasificar a un paciente por un hábito con etiquetas que, a menudo, acarrear un cierto tipo de estigma en la gente ("Eres adicto"). Los problemas se pueden analizar sin necesidad de poner las etiquetas que provocan resistencias innecesarias.
- 5) **Focalización prematura:** Es importante evitar implicarse en una lucha sobre qué tema es más apropiado para iniciar la entrevista y el empezar con las preocupaciones del paciente facilita la tarea. Si intentamos centrar rápidamente el tema, por ejemplo en una adicción del paciente, éste se distanciará y se pondrá a la defensiva.

- 6) Culpabilización: Desaprovechar tiempo y energía en analizar de quién es la culpa del problema pone al paciente a la defensiva. La culpa es irrelevante y conviene afrontarla con reflexión y reformulación de las preocupaciones del paciente (Lizarraga, Ayarra, 2011).

La entrevista motivacional se opone a enfoques más directivos, proponiendo frente a ellos la identificación de problemas, la estimulación de la motivación, la colaboración con el paciente en la búsqueda de soluciones, la aceptación de la ambivalencia y la asunción de los puntos de vista del paciente, el respeto por las opiniones y decisiones del paciente, y un curso lento y progresivo al hilo del ritmo de cambio del propio paciente (Becoña, Cortés, 2008).

La Entrevista Motivacional plantea que el terapeuta sepa discriminar el estadio de cambio en que se encuentra cada paciente y seleccione las estrategias más adecuadas en función del estadio de cambio inicial. La clave de su utilidad y eficacia, según el modelo, es que el propio paciente se proponga el abandono de la conducta-problema y mantenga la motivación para hacerlo, avanzando con ayuda del terapeuta por los diferentes estadios de cambio (Becoña, Cortés, 2008).

Sera de principal importancia que el Terapeuta trabaje en este paradigma mecanismos esenciales como: La motivación al cambio, expectativas realistas de cambio, adherencia a un tratamiento y la posibilidad de recibir ayuda del paciente adicto a la cocaína.

4.4.2 Principios de influencia de la Psicoterapia Integrativa para el tratamiento en adictos a la cocaína desde el Paradigma afectivo

- 1) La motivación al cambio por parte del paciente adicto influye la probabilidad de que alcance los objetivos que se ha planteado en su psicoterapia.
- 2) La presencia de ansiedad por el consumo de cocaína influye aumentando la probabilidad de cogniciones y afectos "Negativos".
- 3) La calidez del terapeuta influye aumentando la probabilidad de apertura del sistema psicológico del paciente.

- 4) El aumento de emociones negativas influye aumentando la probabilidad de que se presente ansiedad por consumir cocaína.
- 5) La presencia de un estado afectivo positivo aumenta la probabilidad de que se fortalezcan expectativas de autoeficacia.

4.4.3 Conceptos movilizadores relevantes como estrategias de cambio en psicoterapia para consumidores de cocaína desde el Paradigma Afectivo

- 1) Inercia afectiva: Opazo (2001) se refiere a la inercia afectiva en los siguientes términos: Cuando una persona está contenta está poco proclive a la pena y cuando está enojada, está poco proclive al temor. La inercia afectiva implica que un estado afectivo tenderá a ofrecer resistencia a la génesis de un afecto de valencia opuesta. El éxito generará más fácilmente afectos positivos si la persona está afectivamente más “Neutra” que si está triste. Cuando el clínico sostiene que “El éxito es el mejor antidepresivo”, habría que agregar que se trata del éxito introyectado y transformado en afectos positivos; son estos los que pueden romper la inercia afectiva, representada por una tristeza que resiste la génesis de afectos positivos. En el ámbito de la Psicoterapia Integrativa es posible aplicar los derivados psicológicos del principio de inercia. Una forma se relaciona con el enriquecimiento del disfrutar. Asumiendo que el paciente aprende a disfrutar más, fortalecerá su ánimo positivo, lo que a su vez aumentará su resistencia a generar sentimientos de ansiedad, tristeza, rabia o baja autoestima. Se puede disfrutar desde un proceso activo en lo cognitivo, en lo afectivo y en lo conductual. Desde lo cognitivo el paciente adicto puede ir a la experiencia con expectativas positivas, aunque no excesivas; puede valorar la experiencia sin descalificarla por exigencias desmedidas; puede ir “Paladeando cognitivamente” la experiencia, a través de un recordar, conversar al respecto, elaborar. Afectivamente, el paciente adicto puede activar su motivación hacia la experiencia, disponiéndose afectivamente en términos favorables. Desde una perspectiva conductual, el paciente adicto puede acercarse a estímulos “Disfrutogénicos”, puede ir creando estímulos o situaciones disfrutables.

4.4.4 Estrategias de cambio y técnicas psicoterapéuticas para el consumo de cocaína desde el paradigma afectivo

Según Feuchtmann (2004) en este paradigma se debe trabajar:

- 1) El procesamiento emocional, tanto para incrementar la capacidad de disfrutar “Naturalmente”; bajar los umbrales para afectos positivos; reforzar la capacidad de tolerar afectos displacenteros y “Hacerse cargo” de ellos. El paciente adicto a la cocaína debe poder aprender a reconocer afectos y expresarlos asertivamente, etc. El Terapeuta debe trabajar en el paciente adicto el incrementar estrategias que fomenten, el contacto afectivo desde la confrontación directa, el uso de imaginación afectiva guiada, el uso de role playing hasta la expresión y elaboración de aspectos dolorosos de su historia de vida.
- 2) Reforzar la capacidad de empatía y el reconocimiento de necesidades y afectos no sólo en si mismo sino en otros, lo que se traducirá en mejores relaciones humanas y, por ende, en una mayor fuente de afectos y contención emocional.
- 3) El trabajo en la motivación al cambio del paciente adicto (para la suspensión del consumo) es de central importancia, pues es la puerta de entrada a cualquier tipo de intervención y posibilidad de tratamiento. La motivación se puede ir trabajando gradualmente, y no sólo necesariamente con el paciente mismo, sino también con su sistema de redes, el cual de alguna manera coadyuva al cambio y a que la abstinencia y rehabilitación tengan un sentido para el enfermo (Millar et al., 1999).

4.4.4.1 Técnicas

Según La Entrevista motivacional de Miller y Rollnick (1985) se debe:

- 1) Reconocer resistencias:
 - a) Las resistencias en los pacientes adictos a la cocaína muestran la dificultad de conseguir un cambio en profundidad. Son normales al inicio y aparecen

solas, pero un abordaje erróneo las exagera y alimenta hasta el punto de disuadir al paciente de intentar nada.

2) Estrategias para afrontar Resistencias:

- a) Frases por reflexión: Devolver la resistencia de forma simple, amplificada o exagerada. Esto dará lugar a que el paciente retroceda y defienda la otra parte de la ambivalencia.
- b) Focalizar: Cambiar de tema, desviar la atención del paciente adicto de lo que parece un muro en el camino del cambio. Se trata de "Rodear" un obstáculo en vez de intentar derribarlo.
- c) Empatizar y ceder en algunos aspectos: Comprender la resistencia, pero ofrecer un acuerdo dando un giro a la misma.
- d) Enfatizar la libertad y el control del paciente: La resistencia surge como reacción a la pérdida de libertad percibida. El mejor antídoto es dejar claro que el paciente es el que va a decidir lo que ocurra.
- e) Reestructurar o reformular: Cuando el paciente adicto da argumentos que le sirven para negar un problema, podemos, re-significarlos de modo que sea favorables al cambio.
- f) Paradoja terapéutica: Las intervenciones paradójicas son arriesgadas y requieren habilidad. El terapeuta se debe poner a favor del "No cambio" recomendando que el paciente adicto continúe con la conducta problema, argumentando por qué no debe cambiar. Debe hacerse en un tono calmado, creíble. Puede utilizarse cuando se hayan aplicado sin éxito otras estrategias.

3) Fase de determinación:

- a) El paciente adicto ya está preparado para cambiar, pero aún su decisión no es sólida.
- b) Han disminuido las resistencias y aparecen más frases de auto-motivación.

- c) Además de continuar con la Entrevista Motivacional, puede ser útil el Diario de Salud y la Hoja de Balance.
- d) Diario de salud: Registro sistemático de la frecuencia y de otros aspectos relevantes relacionados con la conducta problema. La Auto-monitorización, aumenta la percepción sobre patrones de conducta y sus consecuencias. Proporciona información sobre aspectos de cómo conseguir el cambio. Permite ver las pautas y estilo de vida del paciente adicto lo que permite proponer cambios específicos en sus hábitos.
- e) Hoja de balance: Es una hoja de dos columnas con razones en contra y a favor del cambio. Clarifica dificultades y beneficios de una conducta y del cambio. Permite ampliar la conciencia sobre su hábito, aumentar el nivel de conflicto y empezar a pensar seriamente en cambiar.

4) Fase de acción:

Ayudar al paciente a verbalizar el compromiso del cambio y desarrollar un plan de acción conjunto:

- a) Resúmenes.
- b) Preguntas activadoras: Para que el paciente piense y hable sobre el cambio ¿Qué ha de hacer? ¿Cómo piensa cambiar?
- c) Elaboración del plan: Una vez que el paciente adicto ha respondido a las preguntas activadoras, se empezará a elaborar y negociar un plan que debería incluir metas del cambio, ayudando al adicto a encontrarlas pero sin imponerlas.

Se puede aconsejar, pero siempre es el paciente el que decide.

- d) Establecidas las metas, planear cómo conseguir las. Escoger un camino apropiado. A pesar de nuestros esfuerzos, el paciente adicto puede no escoger el camino que pensamos que es mejor para él.

e) Concretar el plan: La base de la discusión es elaborar un plan que encaje con las metas, necesidades, intenciones y creencias del paciente adicto.

5) Fase de mantenimiento:

Manifiesta la nueva conducta de forma estable.

a) Tarea: prevención de recaídas.

b) Identificación conjunta de las situaciones de riesgo.

c) Elaboración de estrategias para afrontarlas.

d) Romper los sentimientos de culpa, hacer señalamientos emocionales, reconversiones positivas y aumentar la autoestima.

6) Fase de Recaídas:

La evolución natural del proceso de cambio de conductas involucra, muchas veces, recaídas y, por lo tanto, volver nuevamente a otro punto de la espiral del cambio.

a) Transmitir la idea de recaída como necesaria para el aprendizaje.

b) Incrementar la autoestima y la autoeficacia.

c) Proporcionar feedback.

d) Señalamiento emocional.

e) Reestructuración positiva.

f) Frases para aumentar la autoestima.

4.4.4.2 Otras técnicas

1) Usar Preguntas evocadoras: Preguntas que favorezcan que el paciente exprese frases de reconocimiento y preocupación por el problema y de intención de cambiar.

- 2) Balance decisonal: Ayudarlo a razonar los aspectos positivos y negativos de la antigua y de la nueva conducta.
- 3) Pedir ejemplos: Provocar la elaboración pidiendo ejemplos específicos.
- 4) Utilizar los extremos: Imaginar la peor de las consecuencias posibles.
- 5) Mirar hacia atrás: ¿Cómo era el paciente adicto antes del inicio del hábito?
- 6) Mirar hacia delante: ¿Cómo se encontrará después de abandonarlo?
- 7) Explorar los valores que son realmente importantes para su vida.

4.5. Paradigma Inconsciente

4.5.1 Etiología

El paradigma inconsciente apunta a que procesos psicológicos que ocurren fuera de la conciencia, pueden influir en los pensamientos, afectos y conductas (Opazo, 2001).

En el trabajo clínico con pacientes adictos, una de las primeras características distintivas de este tipo de población es el uso de mecanismos defensivos (en términos psicodinámicos) como la negación y minimización (Feuchtmann et al., 1999; Johnson, 1999; Santander, 1999). Estos mecanismos estarían al servicio de la mantención del consumo y generarían y reforzarían en el enfermo sentimientos de omnipotencia que compensarían de alguna manera déficits a nivel de la autoimagen y autoestima. Asimismo, también se ha planteado que esta “Búsqueda” de sentimientos de omnipotencia a través de la droga sería para compensar de alguna manera fallas en los vínculos afectivos primarios; un estilo parental deficitario reforzaría la fantasía inconsciente de buscar a lo largo de la vida los sentimientos omnipotentes tempranos necesarios para el desarrollo de una confianza básica (Clayton, 1992; Feuchtmann et al., 1999; Johnson, 1999).

Debe destacarse la importancia de los primeros años de vida en la propia construcción de significados internos, los cuales determinarán, años después y

en la vida adulta, ciertos estilos de enfrentamiento e interpretación de la realidad. Al respecto, una falla o alteración en los primeros años de vida, determinarán cómo una persona se enfrentará, interactuará e internalizará sus contactos con el medio externo; las primeras experiencias de vida marcarían así una cosmovisión del mundo, de los otros, de los vínculos, todo lo cual buscará auto confirmarse a lo largo de la vida. Luego, en el campo de las adicciones, el consumo de determinadas drogas sería una re-edición de una determinada cosmovisión de la vida y de un determinado patrón de enfrentamiento ante ella. Así, aparece la funcionalidad de una sustancia; ésta “Ayudaría” a evitar, a no sentir, a securizar, a confortar y calmar angustias, a otorgar una confianza perdida, etc. Es por esto, que dinámicamente hablando, la adicción ha sido vista, desde el punto de vista psicoanalítico, como una regresión afectiva, especialmente asociada a una fijación en la etapa oral del desarrollo psicosexual. Otros autores psicoanalíticos también han postulado el consumo de drogas como una conducta auto-erótica, de carácter narcisista (elección de satisfacción a través de un objeto investido narcisísticamente) (Johnson, 1999).

Gracias a la influencia de variables más inconscientes (mecanismos defensivos), suele observarse en personas drogodependientes altos montos de alexitimia (Guajardo et al., 2003).

La naturaleza objetal de la conducta adictiva es central para muchas teorías de la adicción. La formulación original de Winnicott (1951) del objeto transicional describía a éste como una adicción. Kernberg (1975) describe diversas dinámicas objetales en la adicción: Puede reemplazar un imago parental en la depresión o a una madre toda bondad en una personalidad borderline, o puede alimentar un sentimiento grandioso del Self en el narcisismo. Wurmser (1995) describe el terror a la separación y considera la intensa vergüenza y rabia manifestada en la conducta adictiva en parte como un intento de mantener una conexión con los objetos. Las importantes contribuciones de Wurmser (1974, 1978, 1981) incluyen a la dinámica la dificultad de internalizar las interacciones con los padres como formando parte del funcionamiento efectivo del superyó,

lo que trae como resultado la alternancia entre el sometimiento a prohibiciones internas poco razonables, por un lado, y las conductas adictivas rebeldes y completamente desordenadas, por otro. Meyers (1944, 1995) muestra que en la terapia psicoanalítica de pacientes adictos a conductas sexuales compulsivas, pueden disminuir a medida que los pacientes comienzan a confiar en sí mismos o en los otros como objetos cuidadores.

En una contribución reciente (Johnson 1993) expuso un modelo objetal que empleaba una definición única de la adicción: “Una adicción es una actividad ostensiblemente placentera que causa daño repetido debido a que la persona involuntariamente e inintencionadamente adquiere una falta de habilidad para regular la actividad y tiene una urgencia persistente de realizarla. Un sistema psicológico al que podemos referirnos como “Negación”, se crea alrededor de la conducta de riesgo. La negación permite al individuo adicto continuar esta actividad a pesar de sus efectos perjudiciales”.

La función del sistema de negación de una adicción es la de proteger la relación con la adicción. En los ejemplos de casos se ve claramente que si no hay negación no hay adicción. La negación es parte de la fisiopatología de la enfermedad (Johnson, Clark 1989).

Los individuos adictos no son capaces de satisfacer sus necesidades de dependencia de forma adecuada en una relación humana y no son capaces de tolerar el estar solos; su necesidad de permanencia del objeto se provee mediante cualquiera de las actividades compulsivas elegida.

El uso de una adicción, entonces, es semejante a los desórdenes de personalidad borderline o narcisistas de Kernberg (1975). En el narcisismo, la falta de capacidad para tolerar la soledad se resuelve por la dependencia en un conjunto interno organizado de fantasías idealizadas que permite al individuo ser indiferente a las idas y venidas de las relaciones reales (Volcán, 1973). En un individuo con personalidad borderline, la inestabilidad afectiva activa una necesidad constante y desesperada de ser consolado y tranquilizado por una persona idealizada. En la adicción, la relación no es con fantasías internas

idealizadas ni con personas idealizadas sino, más bien, con una conducta adictiva idealizada.

De acuerdo con el modelo evolutivo, algunas adicciones representan una regresión debido al estrés, más que una verdadera adaptación a la ausencia de permanencia de objeto. Los individuos que tienen una adicción regresiva encuentran que la pueden dejar con relativa facilidad. En estos casos, la adicción es una conducta neurótica que carece de la fuerza destructiva de las conductas adictivas a las cuales el individuo se aferra como medio de evitar la experiencia interna de abandono (Johnson, 1993).

4.5.2 Aspectos psicodinámicos característicos de la dependencia a la cocaína

Según (Mark, Faude, 1997) serían:

- a) Déficit en el autocuidado.
- b) Tendencias autodestructivas.
- c) Trastorno del desarrollo precoz.
- d) Internalización parental inadecuada.
- e) Deterioro de la función reguladora de los afectos, del control de los impulsos y mantenimiento de la autoestima.

4.5.3 Mecanismos de defensa primitivos: Negación, defensa perceptual, represión, racionalización, etc.

El Yo emplea varias estrategias para resolver el conflicto intra-psíquico. Los mecanismos de defensa se adoptan si la expresión directa del impulso del Ello es inaceptable para el Superyó, o es peligrosa en el mundo real. Todos los mecanismos de defensa empiezan con la represión de impulsos inaceptables, los fuerzan a ser inconscientes, sin embargo la represión consume energía. Para conservar energía el Yo utiliza una variedad de mecanismos de defensa que disfrazan un impulso inaceptable. Al distorsionar la fuente, la finalidad y el

objeto del impulso, evitan la represalia del Superyó, permitiendo al impulso, en efecto, evadir al censor. De esta manera no es necesaria una represión total del impulso. Esto reduce los requerimientos de energía para la represión, en forma análoga a la manera en que se permite que el vapor salga de la olla de presión para reducir la fuerza requerida para mantener la tapa, todavía más, evita la experiencia de la ansiedad, que es un aspecto que subyace a todos los mecanismos de defensa (Paulhus, Fridhandler, Hayes, 1997; Turvey, Salovey, 1993-1994).

Los mecanismos de defensa varían desde los muy primitivos, primero desarrollados en la infancia, hasta los más maduros, desarrollados mas tarde (Kernberg, 1994; Vaillant, 1971, 1992, 1993).

Todo el mundo necesita los mecanismos de defensa para enfrentar la vida, la gente que está mejor adaptada, utiliza defensas más maduras, mientras que el empleo extenso de defensas primitivas es enfermizo. A medida que los adictos empiezan a acumular problemas (en el trabajo, hogar, socialmente), inevitablemente comienzan a negar dos cosas: "Que la droga o actividad en cuestión constituya un problema que no pueden controlar" "Que los efectos negativos en sus vidas tengan alguna conexión con el uso de la droga o actividad". Como la negación es un proceso mental ficticio, negar la propia adicción o sus consecuencias significaría, literalmente, estar fuera de contacto con la realidad. La negación asume muchas formas: Negar terminantemente "No, yo no tengo ningún problema", minimizar "No es tan grave" evitar el tema por completo (ignorarlo, negarse a abordarlo o desviar la atención a otro tema), culpar a otros: "Quién no haría esto en mi situación", racionalizar: "Lo mío no es tan grave", "Yo no estoy tan enganchado" (Washton, 1991).

La negación es un mecanismo de defensa primitivo con el cual el individuo no se da cuenta de algunos aspectos de la realidad o del sí mismo dolorosos o provocadores de ansiedad.

En la formación reactiva, un impulso que no se acepta es reprimido, y su opuesto es desarrollado de manera exagerada.

La racionalización, el dar razones plausibles, pero falsas a una acción, para disfrazar los motivos verdaderos.

4.5.4 Principios de influencia de la Psicoterapia Integrativa para el tratamiento en adictos a la cocaína desde el Paradigma inconsciente

- 1) El ampliar el awareness del paciente acerca de la relación entre su conducta y las consecuencias que la siguen, influye aumentando la probabilidad de que acceda a eventos reforzantes.
- 2) El ampliar el awareness del paciente acerca de la relación entre su conducta y las consecuencias que la siguen, influye aumentando la probabilidad de que acceda a un pensamiento más objetivo de la realidad.
- 3) El ampliar el awareness del paciente acerca del rol de sus cogniciones, afectos y conducta en su dinámica psicológica, influye aumentando la probabilidad de que se incremente su motivación hacia el proceso de psicoterapia.
- 4) El awareness de las propias cualidades influyen aumentando la probabilidad de que se presenten afectos positivos.

4.5.5 Conceptos movilizadores relevantes como estrategias de cambio en psicoterapia para consumidores de cocaína desde el Paradigma Inconsciente

- 1) Awareness Integral: El Awareness integral es un darse cuenta claro en lo cognitivo, con arraigo (motivante y estable) en lo afectivo y movilizante hacia objetivos precisables y alcanzables por el paciente. Se potencia la confluencia de cogniciones, afectos, y conductas, en la ampliación del campo de conciencia del paciente, que se traduce en un estímulo efectivo para la participación activa del paciente en su proceso terapéutico. En el marco de la Psicología Integrativa, resulta excepcional que un awareness actúe como técnica suficiente. Entre las posibles funciones del awareness integral, están el ensanchamiento de insight, la génesis de ego-distonía, la génesis de motivación al cambio y el aporte a la delimitación de los

objetivos terapéuticos. En relación a como ir promoviendo awareness integral en el proceso de Psicoterapia Integrativa con adictos a la cocaína, el primer gran movimiento ensanchador del awareness se relaciona con el responder el FECIAD “Ficha de Evaluación Clínica Integral de Adicciones”. Al responder al FECIAD hacia los comienzos de la terapia, lo habitual es que el paciente ensanche awareness, como consecuencia de lo cual suele enriquecer su motivación hacia la terapia y hacia el cambio terapéutico; adicionalmente, el responder el FECIAD puede motivar al paciente a proponerse otros objetivos terapéuticos. Un awareness puede resultar muy motivador; pero también puede resultar muy depresogénico, dependiendo del cuando, del cómo y del a quién. Un aspecto particularmente relevante en el awareness integral, se refiere al componente afectivo del awareness. De lo que se trata es de lograr que el afecto no constituya tan sólo un evento transitorio que se desvanece a poco andar. El objetivo en este plano es lograr un efecto estable, que involucre a su vez una estable motivación al cambio. Esto dependerá en gran medida del clínico para ganar espacios afectivos en relación al awareness; pero dependerá también del estilo afectivo del paciente y de su facilitación biológica para la génesis de afectos estables (Opazo, 2001).

4.5.6 Estrategias de cambio y técnicas psicoterapéuticas para el consumo de cocaína desde el Paradigma Inconsciente

Según Feuchtmann (2004) en términos de intervenciones clínicas y terapéuticas considerando los principios de influencia y factores mantenedores del consumo del paradigma inconsciente, se recomendaría:

- 1) Generar ego-distonía en el paciente con respecto a su funcionamiento para reforzar y fomentar conciencia de enfermedad.
- 2) El uso de la confrontación como estrategia para romper con las barreras y mecanismos defensivos como la negación y minimización. Al respecto, la confrontación en espacios grupales, con la posibilidad de contar con la

retroalimentación de pares también adictos potenciaría aún más la efectividad de esta estrategia.

- 3) El trabajo y elaboración de la autobiografía del paciente, junto con el uso de estrategias generales de autoexploración fomentarán la toma de conciencia del paciente con su enfermedad, asimismo con respecto a su mundo interno y mundo afectivo. Esto también favorecerá la identificación y el trabajo de corrección y elaboración en los procesos de significación disfuncionales generados tempranamente.

4.5.6.1 Técnicas

- 1) Uso de Registros: Se ayuda al paciente adicto a hacer consciente aquello que esta inconsciente, superar sus resistencias, resolver conflictos básicos y sus derivados a través de la elaboración y el consiguiente logro de un mayor bienestar, con lo que se pretende la eliminación o alivio de los síntomas de modo franco y sostenido.
- 2) “Seguir la Huella Interna”: Se le ayuda al paciente adicto a recorrer en retrospectiva, acontecimientos, sensaciones, cogniciones y afectos de modo que logre una comprensión más integral su experiencia actual con la droga (Fernandez-Alvarez, Opazo, 2005).
- 3) Ensanchamiento de la Capacidad de Awareness: Permite que el paciente adicto se dé cuenta de sus cualidades y defectos, emociones y sentimientos, relaciones conducta/consecuencia, sentimientos vivenciados por los otros significativos, influencias etiológicas, expectativas y aspiraciones. El ensanchamiento del awareness puede derivar del hecho de responder al FECI, del feedback que el terapeuta aporta, de las tareas de autoregistro, de ensayos conductuales con cambio de roles, de procesamientos en conjunto paciente/terapeuta, de diálogos socráticos, de confrontaciones al paciente, de técnicas de imaginaria, de interpretaciones en sesión etc. (Opazo, 2001).

- 4) Relación Conducta/Consecuencia: Ayudar a los pacientes adictos a identificar la conducta/consecuencia, mediatas, inmediatas, a largo plazo (encadenando unas a otras) (Bagladi, 2010).
- 5) Esquemas subyacentes: Una terapia eficaz para adictos apunta a descubrir pensamientos, concientizarlos, poner a prueba la validez de los mismos, suprimirlos y reemplazarlos por pensamientos alternativos más adaptativos, los cuales se reflejarán en conductas más adaptativas.

4.6 Sistema Self

4.6.1 Etiología

El sistema Self, en el Modelo Integrativo Supraparadigmático, es el sistema integrador y regulador de los diferentes subsistemas (biológico, afectivo, cognitivo, inconsciente, etc.) que influyen en la génesis y mantención de la manera de pensar, sentir y actuar individual. Además de su rol integrador, el sistema Self otorga la capacidad de significación de la experiencia, la capacidad de controlar la conducta y es el eje que determina la identidad personal. El sistema self se encuentra en el epicentro del mundo psicológico y ejerce el rol de conductor de la dinámica psicológica, el modelo integrativo delimita las funciones centrales que realiza el sistema Self de una persona. Cada una de estas funciones comprende a la persona como una totalidad y cada una de ellas puede estar más o menos desarrollada. (Opazo, 2001).

El sistema Self del adicto está altamente desestructurado. La función de Identidad se caracteriza por una pésima autoimagen y una importante falta de autoconocimiento. La función de Auto-organización de la experiencia se altera permanentemente ante situaciones o estímulos que generan algún conflicto o problema, la persona adicta no logra identificar con facilidad lo prioritario de lo accesorio o fundamental para enfocar adecuadamente una situación. La función de Significación, es quizá una de las más dañadas y es permanente fuente de explicación del consumo. Se ha detectado que la droga resulta funcional a las características de significación del individuo, la función de

Autocontrol de los impulsos, al no estar desarrollada, determina que el adicto sea incapaz de controlar sus deseos de consumo o el craving que produce la droga; finalmente la función de Sentido de sí mismo, se encuentra ampliamente deteriorada lo que manifiesta el regreso a etapas primitivas del desarrollo con anulación de la espiritualidad del individuo. Es evidente la multi-causalidad del fenómeno. Es probable que alguno de estos factores tenga mayor importancia, dependiendo las características del paciente (Guajardo, Kushner, 2004).

4.6.1.1 La función de Toma de Consciencia

Según el Supraparadigma integrativo, la dificultad del consumidor de cocaína estaría en su toma de consciencia, especialmente en los focos del “Darse cuenta” en el qué piensa, qué siente, qué desea, cómo es su funcionamiento, su historia de vida, su calidad en el concienciar, su capacidad de observación, de introspección, y cuan claro es en su conducta/consecuencia, etc.

4.6.1.2 La función de Identidad

El paciente adicto no lograría estructurar y/o mantener una Identidad estable y con límites adecuados (identidad difusa y no integrada). Su campo de variación del Self será luego laxo y muy amplio, con la consiguiente impredecibilidad en términos de pensamientos, afectos y conductas (Feuchtmann, 2004).

- 1) Autoimagen/Autoestima/Autoeficacia: A la hora de desglosar la identidad personal, los énfasis pueden ser cognitivos y afectivos. Cuando el énfasis es cognitivo hablamos de la Autoimagen, cuando el énfasis es afectivo hablamos de la Autoestima. Aunque ambas contribuyen a formar la identidad, no siempre coinciden en signo y valencia (Fernandez-Alvarez, Opazo, 2004).

La identidad personal se construye en el tiempo a través de la respuesta de los demás, a través de los éxitos y fracasos, a través del como procesamos nuestras experiencias. Una identidad donde se den la mano Autoimagen positiva, Autoestima alta y un buen nivel de Autoeficacia, tres dimensiones centrales de nuestra identidad, las que requieren estar basadas en

experiencias vitales lo más realistas y objetivas posibles. Si bien autoimagen/autoestima/autoeficacia son todas características dinámicas y perfectibles, lo importante es ir buscando su consolidación de forma progresiva a lo largo de nuestra vida. La aceptación y valoración personal se relaciona con la evaluación de capacidades y logros personales (Bagladi, 2009).

Según el Supraparadigma Integrativo, el adicto no tendría una identidad clara, fundamentada y estable. Tendría serias dificultades en el conocimiento de sí mismo, en dar una imagen positiva de su persona al entorno social, sin importarles mucho como lo ven los demás, se acepta como es en términos de desadaptación, dándole muy poca importancia al cómo quiere llegar a ser y por lo tanto al ideal del SELF.

4.6.1.3 La función de Significación

Es un proceso que involucra mucho más que lo cognitivo; involucra también una significación biológica, afectiva, e inconsciente. Involucra una significación integral. Una significación integral exige de la participación del sistema Self, el cual sintetiza en una totalidad. Cuando el sistema Self de la persona está bien desarrollado, la persona atiende en diversas direcciones, puede observar desde diferentes ópticas, y es capaz de encontrar con firmeza todo tipo de percepciones. De este modo un sistema Self desarrollado facilita un buen análisis de la realidad. La persona como un todo, a través de la participación del sistema self, dispone de muchos significados posibles, y a través del significado que otorgue, puede transformar en trascendentes o insignificantes los mismos estímulos. Con las consecuentes repercusiones adaptativas y existenciales (Bagladi, 2009).

El poder del significado puede usarse para “Bien” o para “Mal” en el caso de los adictos la repercusión afectiva y conductual de los significados se constata a cada instante. Cuando usan los significados sistemáticamente para asustarse, enojarse, apenarse, o bien en su percepción de la droga, empeorando su análisis de la realidad, etc., de esa manera se estarían alterando sus procesos de Significación a nivel afectivo, cognitivo, biológico, inconsciente, etc,

transformando sus estímulos en insignificantes con consecuentes repercusiones desadaptativas, por ejemplo: Tendrían dificultades en traducir bien sus experiencias, prestan atención excesiva a la droga, girando alrededor de ella, dándole mayor importancia y preferencia, tendrían dificultades en observar desde distintos ángulos las consecuencias del consumo en sus propias vidas, evitando mirar en algunas direcciones, etc.

4.6.1.4 La función de Auto-organización

Existen personas que tienen un exceso de morfogénesis, lo cual implica un exceso de apertura al cambio, otras personas se mantienen impertérritas frente a la experiencia, nada les conmueve y desorganiza y las experiencias tienden a “Rebotarles”, por lo cual no asimilan con facilidad, del mismo modo enfrentan un exceso de morfostasia, lo que conlleva una resistencia al cambio. A lo largo de nuestras vidas debemos estar constantemente asimilando nuevas vivencias y experiencias, así como adaptarnos a realidades y condiciones siempre cambiantes. La vida implicaría organización y desorganización constantes. En una persona psicológicamente bien desarrollada, la desorganización del SELF es proporcional a la experiencia. Y la función de Auto-organización tiende a ser rápida y completa. Para enfrentar estas constantes demandas de re-organización, la persona bien desarrollada requerirá de un buen nivel de coherencia interna (Bagladi, 2009).

En el caso de los consumidores de cocaína la Auto-organización tiende a ser lenta e incompleta, la experiencia con la droga tiende a desorganizarlos, en grado mayor, por lo cual tardan en re-organizarse y en muchos casos, no logrando satisfacer sus necesidades básicas. El adicto tendría problemas para asumir un cambio significativo en su vida, teniendo un mundo con poca coherencia interna.

4.6.1.5 La función de Sentido de vida

Una vida con sentido, tiene más sentido. Cuando una persona configura un sentido de fondo se supera, lucha, persevera, se derrumba menos ante la adversidad, incluso es capaz de crecer ante ella (“Resiliencia”). La búsqueda

de sentido conlleva al proceso de construcción de una escala personal de valores. El Sentido de vida posibilita el balance entre eficacia y eficiencia, en el ámbito de las decisiones. Posibilita que las decisiones y conductas perfilen una trayectoria existencial armónica y consistente (Fernandez-Alvarez, Opazo, 2004).

La Búsqueda de sentido en los adictos a la cocaína estaría centrada en el consumo de la sustancia y la búsqueda de satisfacciones en ella, influyendo ésta en la forma de tomar decisiones, valorar la vida, los deseos, conductas, el fin último en la vida, sus decisiones estarían relacionadas con la droga, sin poder lograr actualizar sus potencialidades (más que aquellos relacionados con la droga), de igual manera su trascendencia estaría relacionada con el consumo. Con el tiempo la búsqueda de justicia social, conocimiento, familia, prestigio social, económico, amor en pareja y desarrollo personal se afectarían.

4.6.1.6 La función de conducción de vida

Está relacionada con la incapacidad del paciente de conducir satisfactoriamente su vida.

Los adictos a la cocina tendrían dificultades al mirar su historia, sus comportamiento, sus aciertos y sus errores, sus sentimientos de conformidad con ellos mismos, y sobre todo sus decisiones vitales, dificultades en perseverar más allá de su entorno con la droga, de activarse a un fin constructivo, positivo, de satisfacer sus necesidades básicas, postergar sus impulsos, tener nortes, tomar buenas decisiones, y comprometerse con un buen desarrollo personal.

4.6.2 Principios de influencia de la Psicoterapia Integrativa para el tratamiento en adictos a la cocaína desde el Sistema SELF

- 1) El cambio en la función de Identidad influye aumentando la probabilidad de que un alto neuroticismo e identidad basada en la opinión de otros cambie.

- 2) El cambio en la función de auto-organización influye aumentando la probabilidad de que su desorganización pre-consumo, durante y post consumo de la droga también cambien.
- 3) El mejoramiento de la función de significación influye aumentando la probabilidad de que sus expectativas de auto-eficacia, malos pensamientos, esquemas rígidos, cambie.
- 4) El cambio en la función de control conductual influye aumentando la probabilidad de que las conductas compensatorias y de evitación del consumidor de cocaína vayan cambiando.
- 5) El mejoramiento de la función de búsqueda de sentido influye aumentando la probabilidad de que el sentido basado en el deber más que en el querer cambie.

4.6.3 Conceptos movilizadores relevantes como estrategias de cambio en psicoterapia para consumidores de cocaína desde el Sistema SELF

- 1) Trasfondo eficaz: Los consumidores de cocaína no se ven motivados a la superación, no confían en su capacidad de cambio, hacen una evaluación distorsionada de sus capacidades y logros. De esta manera no construyen un Trasfondo eficaz. Muchas veces las dificultades para encontrar ganas de cambiar se deben a que el paciente no confía en su capacidad de cambio, y esta falta de confianza a menudo está relacionada con una evaluación deficitaria de sus capacidades y logros previos. Esto involucra la necesidad de construir una historia, un estado cognitivo, un estado afectivo y una identidad estables, contra los cuales ir recortando como figura cada experiencia puntual.

De lo que se trata es de que la persona no llegue en “Blanco” a cada experiencia, que sea capaz de acumular afectos positivos derivados de sus éxitos, que sea capaz de gestar una historia emocional segurizadora para los enfrentamientos futuros (Opazo, 2001).

4.6.4 Estrategias de cambio y técnicas psicoterapéuticas para el consumo de cocaína desde el sistema SELF

A continuación nombramos y explicamos algunas de las técnicas para desarrollar un mejor sistema Self en el adicto:

4.6.4.1 La autobiografía

Esta herramienta fue elaborada por Guajardo y Kushner (2004), es una herramienta terapéutica que ayuda a reconocer la forma en que se registran las experiencias infantiles y la manera en que estas influyeron en el posterior desarrollo, convirtiéndose en mandatos, significaciones personales, falsas creencias, etc. Se requiere que el paciente haya superado las primeras etapas del tratamiento y en especial esté desintoxicado (irracionalidad en su análisis cognitivo) y con deseos de trabajar en su autoconocimiento, se hace particularmente necesario el que haya trabajado con el sub-sistema afectivo a objeto que las emociones fluyan adecuadamente.

Instrucciones:

- 1) Historia de sus primeros 10 años de vida (hechos difíciles y dolorosos).
- 2) Se le pide que no consulte con nadie sobre estos eventos.
- 3) Los eventos felices se trabajan al final del proceso, cuando la persona ha evolucionado y se siente realizada.
- 4) El terapeuta debe estar atento a ir rescatando del relato las significaciones, constructos, formas de experimentar las emociones, mandatos y creencias que vayan apareciendo. El terapeuta debe tener la capacidad de transportarse al momento exacto (escaso nivel de desarrollo, pobre lenguaje, escasa experiencia vivencial, sin procesos de análisis elaborados y sin procesos de desarrollo de razonamiento complejo).
- 5) Antes de que el terapeuta señale los distintos aspectos encontrados, los compañeros realizan una ronda de preguntas a objeto de ir ayudando a procesar los elementos antes mencionados. Esta ronda de preguntas sólo

se refiere a los años expuestos “Se pregunta y se indaga, quienes fueron las personas y eventos significativos positivos en su vida”.

Todos los mandatos, constructos y creencias detectadas, deben quedar en la ficha del paciente, se le entrega una copia para que haga una revisión permanente durante el proceso.

Las respuestas que el paciente entrega complementan aquello señalado por el terapeuta.

Al término de la exposición del paciente todos los presentes (terapeutas y compañeros), lo abrazan en reconocimiento y apoyo afectivo, a lo significativo y trascendente de lo vivido.

Observaciones: La presentación se hace con mucha ceremonia y se pide a todo el grupo, el máximo de receptividad y concentración para el trabajo.

4.6.4.2 El sentido de la vida como factor de autorrealización

Esta técnica según Guajardo y Kushner (2004) facilita el autoconocimiento y permite que el terapeuta incentive al paciente adicto a buscar su sentido de vida “Si no tienes una razón, sé tú la razón”. El ser humano necesita encontrarle un sentido a la vida, saber cuál es el papel que juega dentro del Universo, por qué y para qué existe. La necesidad de dar un sentido a nuestra existencia es saberse significativamente integrado dentro de una realidad más amplia. La falta de sentido produce en las personas una angustia existencial, podríamos llamar a la búsqueda de sentido una finalidad.

Valores del Ser

Según Las personas que están en camino de autorrealización comparten estos valores:

- a) Totalidad: tendencia a la integración.
- b) Perfección: Necesidad de hacer bien las cosas.
- c) Completar lo que se inicia.

- d) Justicia: Equidad y legalidad.
- e) Vivacidad: Muestras de la propia vida.
- f) Riqueza: Complejidad del interior.
- g) Simplicidad: desechar el rebuscamiento.
- h) Belleza: Gusto por lo estético.
- i) Bondad: Tendencia a lo que es bueno.
- j) Originalidad: Tendencia a ser único.
- k) Facilidad: Soltura, lo natural.
- l) Recreación: Ocio, deleite, reconstrucción interior.
- m) Verdad: Honestidad, realidad.
- n) Integridad: Coherencia entre lo que se piensa, dice y hace.
- o) Autosuficiencia: Autonomía y libertad.

4.6.4.3 Valores y fortalezas del carácter

Para Guajardo y Kushner (2004) se debe trabajar las funciones de identidad y de autocontrol del SELF. El terapeuta podrá desarrollar el awareness y estimular habilidades de reflexión para el cambio. Permite transformar la información en conocimiento, trabajar con todos los subsistemas del modelo, abordando lo biológico a través de los talentos y el temperamento y reconstruyendo y moldeando las funciones del carácter, permitiendo una respuesta conductual adaptativa a lo sistémico y a lo ambiental.

Se debe trabajar con el paciente adicto la habilidad reflexiva, ayudarlo en su auto-observación, para que pueda actuar y al mismo tiempo pueda mirarse a sí mismo en la realización de sus actos y sus implicaciones. La habilidad reflexiva supone las habilidades para la recapacitación y la meditación, y su desarrollo hace posibles la conciencia de sí mismo, el equilibrio y la medida.

Por otra parte se debe desarrollar la capacidad de sentido crítico lo cual guarda estrecha relación con las habilidades para analizar y para juzgar. Esta habilidad ayuda al paciente a percibir y reconocer conflictos de valores; problematizar aspectos de su realidad que sus puntos de vista imperantes no entienden todavía como un problema digno de ser considerado.

Al desarrollar el paciente su capacidad crítica y reflexiva, le posibilitara distinguir entre lo útil y lo superfluo, utilizar datos con creatividad, analizar la información y crear conocimiento tomando conciencia en el aquí y el ahora:

- a) Existir como seres únicos e irrepetibles.
- b) Ser únicos nos obliga por condición a compartir.
- c) Las acciones de las personas son productos del carácter y que este se construye con las experiencias, que el carácter se manifiesta de dos formas “Adaptado” o “Inadaptado”.
- d) El desarrollo de la empatía tiene que ver con capacidades de amar, de respetar y ser compasivo (comprensión del dolor, de la aflicción). A través de este ejercicio se podrá desarrollar: La capacidad de empatía, desarrollar el “Carácter”, valores y fortalezas del carácter, ingenio y originalidad, perspectiva o visión de futuro, valor y valentía, perseverancia y laboriosidad, integridad y honestidad, bondad y generosidad, amar y ser amado, imparcialidad y equidad, autocontrol, humildad y modestia, gratitud, esperanza y optimismo.

El éxito personal de los valores y fortalezas producen sensaciones de propiedad y autenticidad, una nueva forma de desempeño, capacidad de autoevaluación, aparición de desafíos por el logro, alegría y pasión al ver capacidades de cambio.

4.6.4.4 La espiritualidad

Según Guajardo y Kushner (2004) se considera la Espiritualidad como una de las funciones del Self en el proceso de rehabilitación del paciente adicto. Es

importante que el paciente analice su “Ser en el mundo” que intente abordar su existencia en el proceso creador de la naturaleza.

El terapeuta buscará generar un profundo interés por el desarrollo y crecimiento espiritual.

Será de especial interés que el paciente aprenda de sus experiencias de dolor y genere una activa búsqueda de crecimiento de sus cualidades y capacidades espirituales.

Todo aquello que potencie la capacidad de reflexión respecto del mundo y de la naturaleza, fortalecerá el crecimiento del paciente.

Según Guajardo y Kushner (2004) la pérdida de la capacidad espiritual en el trastorno adictivo, es un proceso que conlleva con lentitud a la involución y pérdida de los instintos de supervivencia y de todas las capacidades superiores:

- a) Capacidad de abstracción.
- b) Capacidad de unificar el sentir, pensar y actuar (por tanto está separada de la mente, cuerpo, espíritu).
- c) Pérdida de la intuición.
- d) Pérdida de la capacidad de verificar y contrastar la vivencia.
- e) Reunir datos para la información.
- f) Armar una teoría que explique lo sucedido.
- g) Usar la teoría para predecir futuras acciones.
- h) Son varias las acciones que pueden conducir al crecimiento espiritual.
- i) La búsqueda de la autosuficiencia.
- j) La pérdida del temor al rechazo.
- k) La aceptación de lo desconocido.

- l) La búsqueda de un sentido.
- m) Poner fin a las lamentaciones y dejar de culpar a los demás de los propios fracasos.
- n) El desarrollo de un pensamiento positivo para impedir que las preocupaciones y pensamientos angustiosos inhiban la capacidad de acción.
- o) Aceptar la calma interior y exterior.
- p) La utilización del pasado sólo en la medida en que pueda servir para vivir con más plenitud y felicidad.
- q) Cuidar el cuerpo como único traje que llevamos durante nuestra existencia.
- r) Creer en el ser humano.
- s) Comprender sus miserias e intentar descubrir en el interior de cada uno las virtudes ocultas, su riqueza interior y sus valores.
- t) Desarrollar los valores humanos más elevados mediante la búsqueda constante de la verdad, la justicia, la generosidad, la bondad y la belleza.

Paralelamente, existe una serie de comportamientos virtuosos que apuntan al mismo objetivo:

- a) Una adecuada capacidad de relacionarse y de compartir.
- b) Servir a los demás.
- c) Serenidad interior que se refleja en las actuaciones y la personalidad individual.
- d) Capacidad de valorar lo cotidiano y aparentemente intrascendente.
- e) Capacidad de jugar y expresar sentimientos.
- f) Disminución de egocentrismo y de la necesidad de validación externa.

- g) Disminución de la necesidad obsesiva e irrazonable de control en las relaciones personales.
- h) Mayor dedicación al servicio desinteresado.
- i) Confianza desinteresada en el porvenir.
- j) Percibir al universo como un sitio amoroso y seguro.
- k) Desapego creciente a las fuentes materiales de seguridad o satisfacción.
- l) Capacidad de maravillarse con la simplicidad, etc.

4.6.4.5 La búsqueda de la felicidad

Guajardo y Kushner (2010) explican que se debe intentar que el paciente adicto comprenda adecuadamente el sentido de la felicidad. Por lo general en adicción se entiende la felicidad como “Un momento de felicidad”.

El paciente debe comprender que la felicidad es más bien un estado permanente de satisfacción donde no ocurren situaciones límites de placer.

Trabajar la felicidad es abordar sobre los subsistemas, afectivo y cognitivo; así como la función de espiritualidad del SELF. El terapeuta debe evaluar en conjunto con el paciente bajo qué valores o pseudo-valores sustenta su felicidad. Entender la felicidad es admitir que es un estado que se relaciona con las capacidades más simples de existir:

- a) El placer a través de las sensaciones no satisface jamás al hombre. Así la búsqueda de placer se hace interminable y se transforma en un continuo combatir el vacío, vacío producido por la ausencia de sensaciones.
- b) El placer ni es acumulable como el conocimiento y por más que busques placer este no ahuyentará jamás el vacío.
- c) El vacío existencial provocado por el consumo de sustancias se manifiesta por: Hastío, aburrimiento, inquietud, estados depresivos, enojo e ira en

aquellos que te aman, incapacidad de estar solo, vida sin sentido, sin proyecto futuro, sólo una gran necesidad de aplacar esta incomodidad.

d) El vacío existencial es la búsqueda incesante de “La tierra prometida”

La crisis producida por el consumo de sustancias aparece porque no se tiene la capacidad de respuestas, perdiendo el sentido de lucha para la supervivencia.

Cuando se puede ver la crisis vivida por la adicción como una dificultad o una oportunidad, es tiempo de describirla (dificultad u oportunidad)

a) La felicidad tiene un componente fundamental con los vínculos de afecto y protección, que otorgan el ser parte del mundo. Describe cuales son los vínculos sanos que se tiene.

b) Observar cómo el consumo hace perder la unicidad y transforma al sujeto, en sujeto sin individualidad, que siente lo que otros sienten, que busca lo que otros buscan, que actúa como otros lo hacen, que desciende como otros descienden, que su voluntad es para hacer lo que otros quieren o hacer lo que otros hacen. La valoración de la diferencia es la oportunidad de cada ser en descubrirse único e irrepetible.

c) El sentido del humor es una capacidad latente de la felicidad, permite reírse de lo simple, simplificar lo complejo permitiendo desarrollar la ternura ante lo imperfecto. Durante la adicción el humor desaparece, todo se tiñe de amargura e imperfección. Observar las cosas simples que se ha recuperado y cómo se vive la felicidad.

d) A la felicidad no se la busca como algo perdido o como un algo que se debe tener para el placer, a la felicidad se le da la oportunidad de habitar en el corazón de día, de noche, en los lugares oscuros y en los amaneceres.

4.6.4.6 Técnicas

4.6.4.6.1 Línea de Vida

Se trata de ahondar en la historia del paciente adicto, hitos, vivencias, ayudarlo a construir un mejor trasfondo eficaz y que logre entender que le ha pasado.

4.6.4.6.2 Egograma

Con el paciente adicto se trabaja en la línea del cómo quiere ser: Cómo es, cómo le gustaría ser, cómo se ve, cómo le gustaría que lo vean.

4.7 Paradigma Sistémico

4.7.1 Etiología

Según Guía Clínica de la Unidad de Adicciones del Departamento de Psiquiatría de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Dentro de los aspectos sociales, la familia cumple un rol prácticamente irremplazable en la socialización, control social, mantenimiento de sus miembros, así como en dar apoyo emocional. El funcionamiento de la familia tiene efectos directos e indirectos perdurables sobre el propio funcionamiento de los miembros que la conforman. La estructura, organización y los patrones relacionales del sistema familiar condicionan el comportamiento de sus miembros. Su funcionalidad permite entre otras cosas, que sus integrantes desarrollen autonomía y capacidades para enfrentar e integrarse a la vida; su disfuncionalidad tiene un efecto gravitante tanto en la aparición como mantenimiento de diversos síntomas como el consumo y la dependencia. La familia al ser entendida como un sistema integrado de redes emocionales y relacionales, cuyas partes están interrelacionadas en diversos grados y contingencias, implica que una parte de la misma sólo puede ser entendida dentro del contexto y momento de la historia en el cual se manifiesta, no puede ser entendida de manera aislada del resto del sistema. De esta manera, el individuo que presenta síntomas específicos, encarna la manifestación de ciertas relaciones prescritas por la dinámica y estructura de la misma, cumpliendo funciones precisas para aliviar la tensión dentro de ella. Los síntomas indican que existe un patrón sistémico

específico de transacciones de la familia que se ha perpetuado. El consumo de drogas entonces es la manifestación de una dinámica particular de la familia que muestra la disfuncionalidad de las relaciones entre sus miembros, cuyo grado de severidad puede ir desde ser un síntoma transitorio a perturbaciones más severas como el desarrollo de una dependencia y que involucran tanto al miembro que abusa como a todos los integrantes de esa familia. También es importante mencionar que la familia como estructura social cumple un papel de primera importancia a la hora de dar una solución efectiva al problema de la drogodependencia, constituyéndose a la vez en el mayor factor protector. Modificando el ambiente familiar se puede reducir el impacto de las variables que estimulan el uso de la droga. Desde este ámbito son diversas las variables que intervienen en un proceso de dependencia a drogas, siendo las más relevantes la relación padres-hijo, el manejo familiar global, el manejo de conflictos familiares, el modelaje o ejemplo de los padres en relación al consumo de drogas; así como la visión que los padres tengan acerca del consumo. Pueden ser varios los factores que incidan en la presencia de conflictos y disfunción familiar, por lo que es indispensable realizar una evaluación al inicio de cualquier intervención para establecer los conflictos no resueltos así como los recursos propios de cada familia.

4.7.2 Conceptos movilizadores relevantes como estrategias de cambio en psicoterapia para consumidores de cocaína desde el Paradigma Sistémico

- 1) Potenciación Interaccional: Dos personas pueden generar un producto o resultado interactivo mayor que el logrado por cada sujeto por si solo (Bagladi, 2010). En el caso de la familia y el drogodependiente a la cocaína, se debe generar un círculo virtuoso de calidez, flexibilidad, capacidad de aceptación incondicional, comprensión. Crear círculos interaccionales virtuosos; en las cuales la conducta de cada uno de los interactuantes se potencie positivamente (los unos a los otros), la resultante de la interacción entre ellos es superior a la suma de las conductas de esas mismas personas sin interactuar entre sí “Juntos somos más” “Juntos cada uno

crece” “Juntos somos más felices”. En la relación de la familia se puede dar potenciación interaccional ya sea a través de una sinergia positiva (protección, buen estado de ánimo, seguridad, cuidado, cercanía, proximidad, afectividad equilibrada, emociones positivas, bienestar en compañía, comunicación efectiva, atención igualitaria, etc.) o negativa (descuido, desatención, agresividad, insatisfacción de necesidades, etc.). La potenciación interaccional como concepto movilizador desde la psicoterapia integrativa nos ayudará a que la familia logre “Sumar” desarrollando fuertes vínculos entre sí, crecer y evolucionar, conformando fuertes nexos emocionales en busca de un equilibrio basado en el respeto y la confianza.

4.7.3 Principios de influencia

- 1) El cambio en la comunicación influye aumentando la probabilidad de que mejoren las relaciones familiares.
- 2) La motivación al cambio, la calidez y empatía del terapeuta, influyen aumentando la probabilidad de morfogénesis en el sistema familiar.
- 3) En el plano interaccional la emisión de una conducta “Positiva”, percibida por la otra persona, influye aumentando la probabilidad de que ésta responda a su vez con una conducta “Positiva”.
- 4) Un cambio “Positivo” estable en una parte del sistema psicológico influyen aumentando la probabilidad de que se presente un efecto positivo estable en el sistema total.
- 5) La capacidad del sistema familiar en solucionar problemas eficientemente influye aumentando la probabilidad de enriquecer la toma de decisiones adecuadas para una mejor convivencia.

4.7.4 Estrategias de cambio y técnicas psicoterapéuticas para el consumo de cocaína desde el Paradigma Sistémico

De la Vega (2005) sugiere incluir desde los primeros instantes a la familia del adicto en el tratamiento debido a que tiene muchos efectos beneficiosos, independientemente de que el adicto reconozca que la droga le está produciendo algún tipo de daño en su cuerpo o en su mente. Tanto el adicto como su familia y pareja reconocen en el momento en el que acuden a terapia presentar un gran número de problemas familiares, por ejemplo:

- a) Dificultades en la relación de la pareja.
- b) Dificultades sexuales.
- c) Mayor tendencia a relaciones extra-conyugales por parte del adicto.
- d) Dificultades derivadas de los trastornos paranoides del adicto (celos patológicos).
- e) Desacuerdos en la educación de los hijos y/o desafío de la autoridad paterna por parte de los hijos.
- f) Cambios indeseables en el carácter o en la afectividad del adicto: Aumento de la impulsividad, mayor frecuencia de comportamientos agresivos, tendencia a la depresión o a oscilaciones bruscas del estado de ánimo.
- g) Dificultades económicas y laborales, etc.

También es importante mencionar que los adictos a la cocaína acuden tarde a tratamiento, la mayor parte de las veces empujados por sus familiares más cercanos que son conscientes de un problema que el adicto se niega a reconocer. Una de las grandes ventajas de la Terapia Familiar en este tipo de problemas es que se puede trabajar terapéuticamente sobre una solicitud de la familia. La petición de tratamiento en el caso de la cocaína, acostumbra a ser después del caos económico, laboral, de salud, pareja, etc.; en el que tarde o temprano se encuentra el adicto. Siempre se debe considerar la importancia que tiene la familia en la terapia de la adicción.

Según De la Vega (2005) es crucial que el terapeuta establezca una alianza con la familia en la etapa de inicio, buscando conseguir que adopten una actitud firme ante el adicto. Debe promover que trabajen juntos como un equipo, incluso tomando partido contra el adicto para señalar límites y reglas dentro de la casa. Esta conducta parecería absurda con adictos adultos, pero no hay que perder de vista que en muchos sentidos están infantilizados.

4.7.5 Técnicas

Según Guía Clínica de la Unidad de Adicciones del Departamento de Psiquiatría de la Pontificia Universidad Católica de Chile, las intervenciones deben implementarse considerando la complejidad de las interacciones al interior de la familia y la elección de las técnicas específicas a utilizar responde al criterio clínico del terapeuta encargado. Entre las técnicas utilizadas en la intervención terapéutica se utilizan las siguientes:

- 1) Escuchar a cada uno sus puntos de vista y sentimientos y comunicar su comprensión, respeto y aceptación para cada miembro de la familia en su propio rol al interior de ella, respondiendo a las características únicas y distinguir el proceso que gobierna a la familia.
- 2) Contextualizar, re-significar y reformular el abuso de drogas de una manera que permita a la familia tener una perspectiva diferente, más positiva y de mayor control sobre sus problemas, creando un sentido de realidad distinto que integra aspectos negados u opacados por la negatividad imperante.
- 3) El Terapeuta se focaliza principalmente en las interacciones que ocurren entre los miembros de la familia y que son observables para él en sesión, permitiendo que la familia actúe espontáneamente. Si la familia se relaciona rígidamente con el terapeuta, éste re-dirige hacia la interacción entre los miembros. Esto permite observar las interacciones problemáticas que emergen y así intervenir mediante la aplicación de otras técnicas.
- 4) Reestructuración-recomposición-reorganización: Marcar límites, bloquear o redirigir las interacciones co-dependientes, conflictivas o de intercambios

negativos (de expresión de rabia o rechazo) y facilitar nuevas relaciones y alianzas al interior de la familia en sesión, así como de la familia o subsistemas con el ambiente externo.

- 5) Promover, modelar (incluso actuando de manera contraria a la costumbre familiar), y dirigir práctica de nuevas habilidades comunicacionales en sesión para mejorar las habilidades comunicacionales, enseñando la escucha reflexiva y técnicas de negociación.
- 6) Minimizar las barreras entre miembros que están distanciados, tienen rabia, son excesivamente poderosos o se muestran dudosos acerca de la terapia de familia.
- 7) Describir los factores del funcionamiento familiar que actúan como gatillantes y contribuyen a la mantención del abuso de sustancias al sistema familiar para anticipar problemas y evitarlos.
- 8) Enfatizar el proceso por sobre el contenido, centrando la atención en las soluciones y las modificaciones necesarias para lograrlas, rescatando los recursos familiares y planteando problemas solubles incentivando la proactividad en la búsqueda de soluciones.
- 9) El terapeuta puede intentar desequilibrar el sistema, una crisis para promover el cambio y confrontar la crisis para romper con la negación a la vez que ofrece recomendaciones concretas durante las crisis.
- 10) Reflejar los modos de relacionarse entre sí para que la familia tome conciencia cuando un miembro habla más que otro, habla por otro, habla acerca de otro ignorando su presencia, intenta controlar la expresión por medio de señas no verbales o ignoran los pensamientos, sentimientos o deseos de uno de sus miembros en favor del más poderoso.

4.8 Variables inespecíficas centrales para el tratamiento en la Psicoterapia Integrativa

4.8.1 Variables del Terapeuta

“La clave de cualquier psicoterapia parece estar en ciertas características personales del terapeuta” (Harcum, 1989)

Según Opazo (2001) al revisar el rol de las variables del terapeuta en Psicoterapia Integrativa, es preciso enfatizar el que cada terapeuta aporta estímulos diferentes, los cuales constituyen la “Materia prima” que procesará el paciente. De acuerdo con el Modelo Integrativo, la mayor o menor calidad de esa materia prima hará más o menos probable la génesis de estímulos efectivos consistentes con los objetivos terapéuticos. Por otra parte, de poca utilidad clínica serían las cualidades “Objetivas” del terapeuta o sus estrategias clínicas, si no son captadas de algún modo por el paciente, valoradas por éste y traducidas a estímulos efectivos. Desde la óptica de la Psicoterapia Integrativa un terapeuta más “Completo” y “Desarrollado” poseerá un repertorio adecuado a cada paciente en el momento requerido. Algunas variables del terapeuta serán necesarias para casi todos los pacientes (calidez, capacidad de empatía). Incluso las mismas variables del terapeuta pueden ser aportativas para ciertos pacientes y perjudiciales para otros. Sobre la base de la investigación y de la experiencia clínica, la Psicoterapia Integrativa enfatiza dos funciones generales del psicoterapeuta; se trata de dos funciones a la vez de diferentes y complementarias:

- a) Acoger al paciente y ejercer el rol de agente motivador, capacidad de empatía, inteligencia, vocación de ayuda, seguridad y fuerza personal, creatividad, variedad experiencial, conocimiento y manejo de principios de influencia, conceptos movilizadores, estrategias y técnicas, disponibilidad heurística, retroalimentación, calidez, autenticidad, tolerancia, salud mental del terapeuta, capacidad para movilizar, habilidades interpersonales, etc.

Para la función de agente motivador se acentúa la importancia de otras variables del terapeuta:

b) Seguridad, capacidad persuasiva, contagio motivacional, fluidez verbal, asertividad y creatividad, etc. Una auténtica vocación de ayuda constituye una variable esencial, una especie de condición sine qua non.

El ajuste psicológico o bienestar psicológico del terapeuta, constituye una variable esencial.

A mayor desajuste del terapeuta mayores distorsiones perceptivas, mayores probabilidades de errores clínicos y mayor descriterio.

Un terapeuta inseguro, lánguido y apagado que le tenga temor al paciente, que hable en voz baja y en un tono monocorde, que rehúya los temas “Escabrosos”, que rehúya fuertemente la mirada del paciente difícilmente va a ser un buen agente motivador. De ahí que cierta fuerza es la personalidad del terapeuta constituyen una especie de condición necesaria a la hora de promover cambios efectivos en los pacientes (Opazo, 2001).

4.8.2 Relación Paciente/Terapeuta

La psicoterapia es un proceso interaccional en la que cada estrategia clínica influye en y es influida por la relación Paciente/Terapeuta. Se sostiene que en términos de fuerzas de cambio y de mecanismos causales, que algunos antecedentes “Inespecíficos” tales como expectativas, motivación al cambio, etc. Probablemente producen efectos de cambio en Psicoterapia. De este modo la presencia o ausencia de estas variables inespecíficas, determinará que el cambio sea mayor o menor e influirá también en los aspectos cualitativos de dicho cambio. Muchos clínicos consideran que las variables del terapeuta y las variables de la relación, tienen como sentido final el lograr activar las fuerzas de cambio del propio paciente. Las cualidades del terapeuta ayudarían a movilizar los recursos existentes en el paciente mismo. Otro tanto ocurriría con las cualidades de la relación terapéutica (Opazo, 2001).

4.8.3 Variables del Paciente

Desde la perspectiva de la Psicoterapia Integrativa, las características del desajuste que presenta el paciente constituyen una variable relevante. Tanto el

tipo de desajuste, como su severidad y sus específicas etiologías, tendrán una incidencia sustancial en el pronóstico y en el tratamiento. En la psicoterapia Integrativa se debe ir especificando las estrategias clínicas capaces de fortalecer expectativas de cambio (ilustrar con otros casos clínicos, fases didácticas explicando los procesos de cambio, etc.), y de fortalecer la confianza en el terapeuta (calidez, seguridad de éste, capacidad de contacto interpersonal, etc.). Entre las variables del paciente se debe considerar de suma importancia la “Motivación al cambio” como una fuerza de cambio fundamental, también será relevante la decisión del paciente de “Participar activamente en el proceso de cambio”, la “Capacidad de insight”, facilita el darse cuenta de qué le pasa, de por qué le pasa lo que le pasa y de qué puede ir aportando al respecto. La capacidad de ir trabajando con propósito, lo cual debe ser complementado con conductas de cambio. El “Locus de control Interno” del paciente es otro factor relevante para el cambio terapéutico. De igual manera conocer la “Teoría del paciente” y el aprecio de este por su terapeuta serán de gran valor en la psicoterapia. El concepto de “Resiliencia” involucra la capacidad psicológica para no sucumbir ante experiencias ambientales estresantes y/o potencialmente patógenas (Opazo, 2001).

4.8.4 Variables inespecíficas centrales para el tratamiento de la adicción a la cocaína

Según Feuchtmann (2004) las variables centrales en adicciones serían:

De parte del terapeuta:

- a) Motivación al cambio.
- b) Vocación de ayuda.
- c) Entrenamiento en el ámbito de las adicciones.
- d) Tolerancia a la frustración.
- e) Set de habilidades terapéuticas adecuadas, etc.

De parte del paciente:

- a) motivación y expectativas de cambio.
- b) Esperanza.
- c) Conciencia de enfermedad.
- d) Abstinencia o limpieza de drogas, etc.

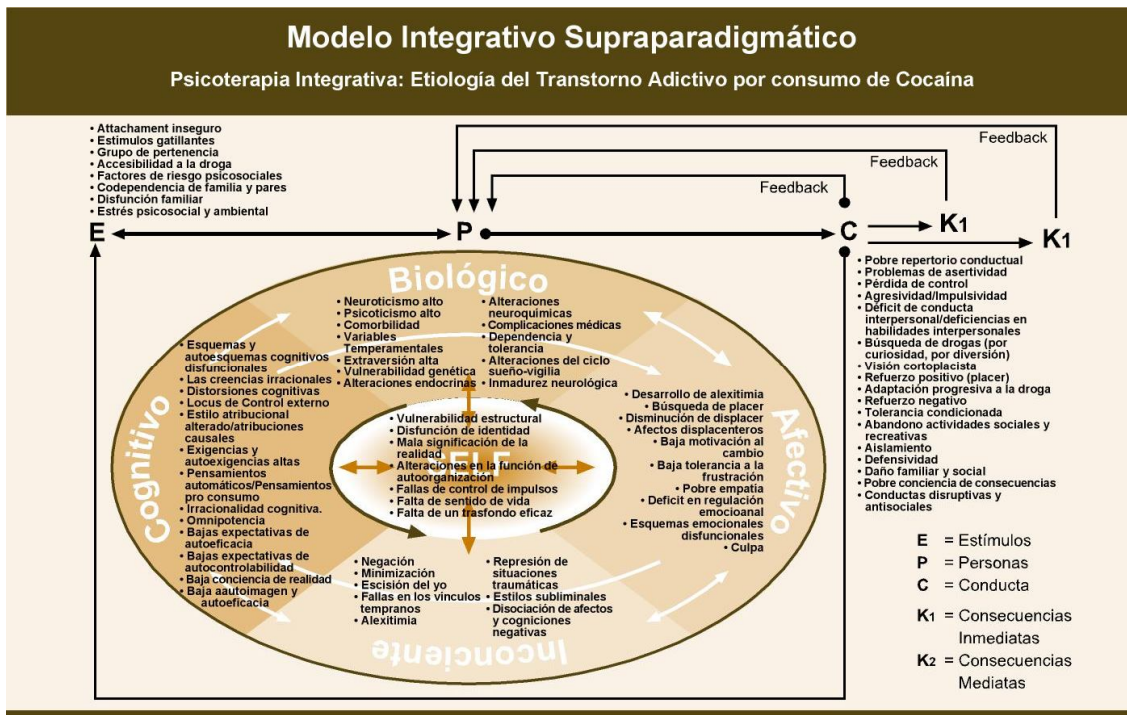
De la relación terapéutica:

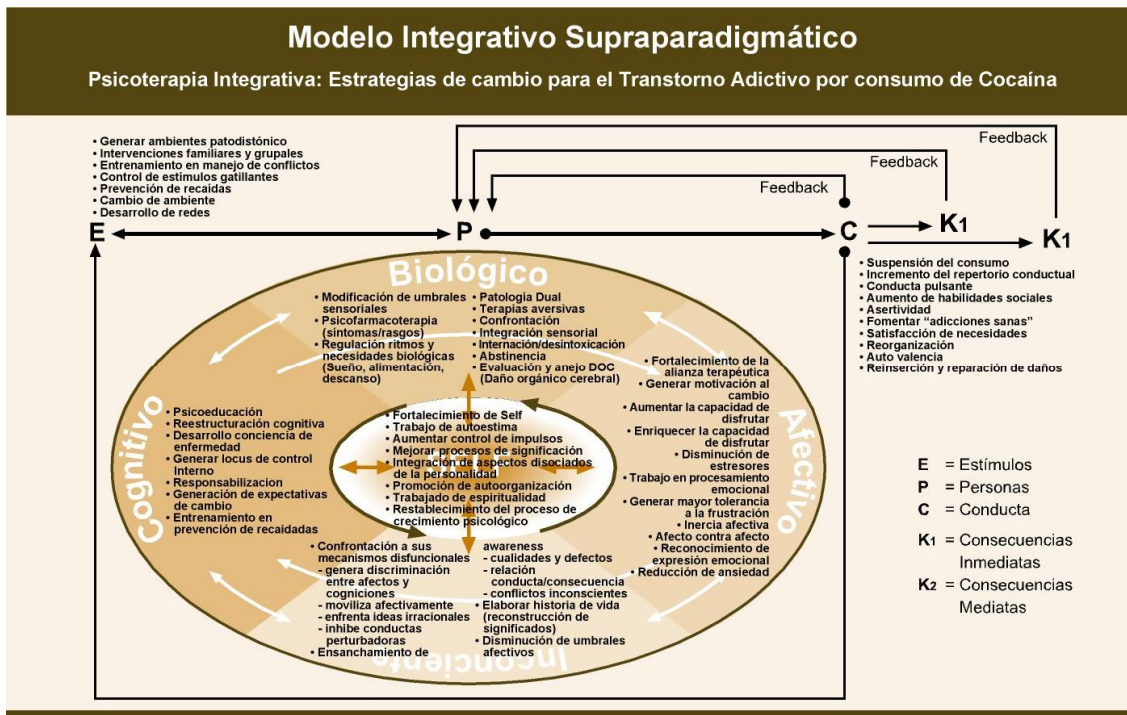
- a) Confianza.
- b) “Enganche terapéutico”, etc.

Uno de los aspectos más importantes del tratamiento es ir generando vínculos, ir generando una buena acogida y compromiso.

El terapeuta debe tener especial cuidado cuando establece el vínculo con el paciente adicto.

No debe olvidar que se encuentra frente a un paciente que por definición tiende a manipular y a engañar. Por esta razón se ha desarrollado el concepto de “Distancia operativa”, que implica establecer un vínculo con una fuerte connotación afectiva, pero restringiendo los componentes de empatía (Guajardo, Kushner, 2004).





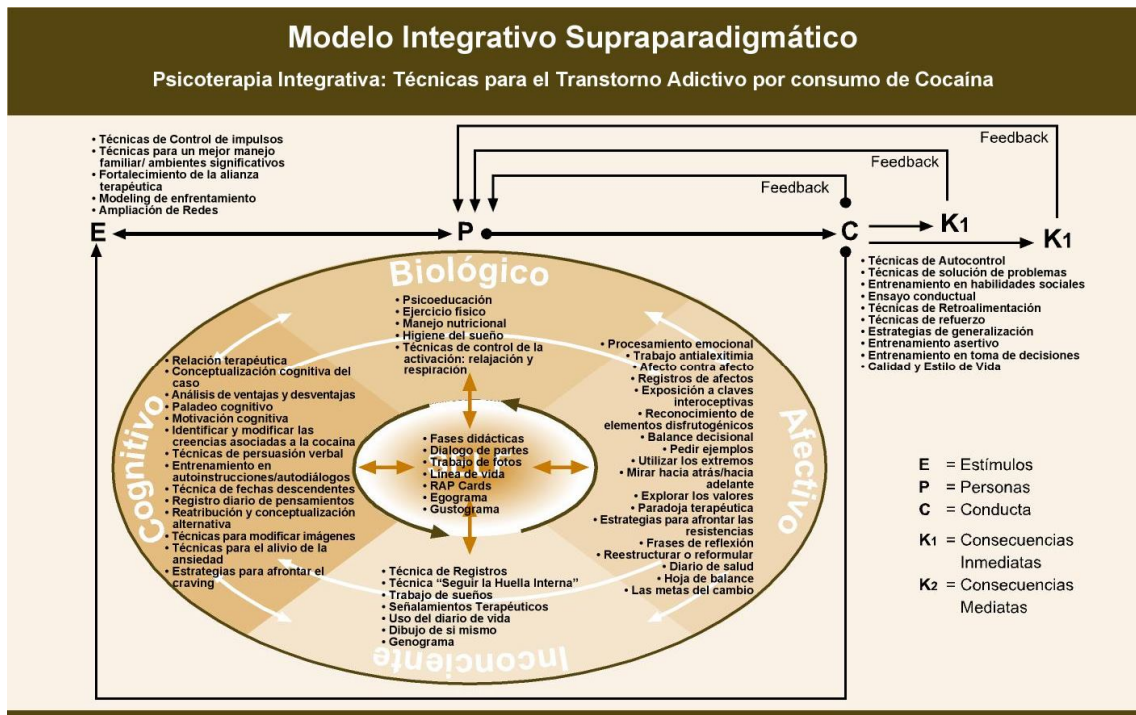
E = Estímulos

P = Personas

C = Conducta

K1 = Consecuencias Inmediatas

K2 = Consecuencias Mediatas



CAPÍTULO II

2. Programa

2.1 Introducción

En la ciudad de Sucre, no se tiene antecedentes de que se hayan desarrollado programas de intervención con pacientes cocainómanos, ya sea a nivel de organismos del Gobierno e Instituciones Públicas o Privadas.

Se sabe que la oferta y la demanda de la droga y en especial de la cocaína se ha acrecentado en las últimas décadas, al igual que el consumo masivo.

Lo último que la población debe hacer es tratar de negar un problema real, que tiende a penetrar más en la población en general.

El creciente problema de consumo de cocaína requiere realizar planes, proyectos, actividades de prevención y tratamiento que contribuyan de manera sustantiva a enfrentar esta problemática con abordajes especializados que sean efectivos y productivos.

El siguiente programa “Tratamiento Psicoterapéutico para el consumo de Cocaína desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático, está basado en la Guía Clínica de la Unidad de Adicciones del Departamento de Psiquiatría de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

2.2 Características generales

La modalidad de tratamiento será voluntaria, ambulatoria y multidisciplinaria, esto permitirá tener como ventaja el manejo del problema adictivo en el contexto donde éste se origina y se mantiene. Esto facilitará que el paciente conserve sus relaciones familiares y sociales, permitirá que la labor de inserción social sea hecha durante todo el proceso terapéutico y no solamente al final de éste y además, permitirá intervenir en las diferentes áreas problemáticas de la persona.

La modalidad de tratamiento será hospitalaria en caso de que la gravedad del caso así lo requiera, especialmente en los primeros meses del tratamiento (ver criterios de hospitalización más adelante).

El programa permitirá que el paciente y su familia superen los problemas asociados con el consumo de la cocaína. Para cumplir con esta finalidad las estrategias de tratamiento prestarán asistencia social, atención médica psiquiátrica, intervenciones de psicoterapia individual (entre las que se incluirán el entrenamiento en estrategias de control del consumo), intervenciones familiares y trabajo grupal desde el enfoque de la Psicoterapia Integrativa.

El programa tiene como principal misión, el ofrecer a la población de Sucre un instrumento valioso para la prevención, tratamiento y rehabilitación del paciente adicto. Al respecto, ofrecerá estrategias e intervenciones clínicas para promover y apoyar la recuperación del paciente, desde una perspectiva biopsicosocial, brindando beneficios a nivel biológico, cognitivo, ambiental/conductual, afectivo, social y familiar entre los que se puede mencionar:

- 1) Mejorar el estilo de vida y fomentar la reinserción social del paciente.
- 2) Trabajar en la mejoría de aspectos de la identidad del paciente:
 - a) Fomentar expectativas de logro y autoeficacia realistas.
 - b) Lograr un nivel mayor de satisfacción de necesidades emocionales, sociales y espirituales en el paciente adicto.
 - c) Dar esperanza en la recuperación y lograr un sentido de pertenencia.
 - d) Corregir posibles distorsiones en las autopercepciones fomentando el logro de una autoestima real.
 - e) Tomar conciencia del uso de mecanismos de defensa desadaptativos, y de los pensamientos, emociones y conductas propios de la dependencia a la cocaína.
 - f) Ayudar a mejorar en general su sistema de creencias, personalidad adictiva, e inadecuada capacidad para afrontar problemas.

- 3) Posibilitar un espacio de modeling y aprendizaje a través de la experiencia grupal con otros.
- 4) Otorgar la posibilidad de obtener una experiencia reparadora familiar.

2.3 Fundamentos Del Programa

A continuación se enumeran los requerimientos básicos que se consideran para una exitosa aplicación del programa de tratamiento.

- a) Para ser implementado, se debe conocer previamente los fundamentos teóricos de la Psicoterapia Integrativa y su aplicación a la adicción a la cocaína, como se propone y sintetiza en el marco teórico de la presente Tesis.
- b) El tratamiento será multidisciplinario para responder específicamente a las complejas necesidades de los pacientes.
- c) Debe ser personalizado para reconocer las diferencias individuales y de severidad de la enfermedad adictiva.
- d) Debe ser dinámico y de permanente evaluación, tanto en la evolución del paciente como los cambios frecuentes de su contexto ambiental.
- e) Se requiere de una formación teórica básica y una capacitación adecuada, tanto a nivel teórico como práctico para implementar el programa.
- f) Es muy importante lograr una combinación adecuada del ambiente, las intervenciones y los servicios de tratamientos, en relación a los problemas y necesidades particulares de cada individuo.
- g) El tratamiento debe estar fácilmente disponible en todo momento.
- h) El tratamiento debe abarcar las múltiples necesidades de la persona, no solamente el uso y abuso de la cocaína. Un paciente puede requerir una gran combinación de servicios desde intervenciones farmacológicas, otros servicios médicos, terapia familiar, rehabilitación vocacional y servicios sociales y legales.

- i) El paciente debe ser continuamente evaluado y asegurar que el plan se mantenga a la par con los cambios en las necesidades de la persona.
- j) Es esencial que la forma de tratamiento sea apropiada para la edad, el sexo, el grupo étnico y la cultura del paciente.
- k) Es esencial que el paciente adicto a la cocaína concluya el proceso terapéutico.
- l) La duración del tratamiento de un adicto dependerá de sus problemas y necesidades.
- m) En el caso de individuos con problemas de adicción y otros trastornos mentales, se debe tratar los dos problemas de una manera integrada.
- n) La desintoxicación médica se considerará solamente la primera etapa del tratamiento para la adicción a la cocaína ya que por sí misma hará poco para cambiar el uso de drogas a largo plazo.
- o) El posible consumo de drogas durante el tratamiento debe ser constantemente supervisado y corregido.
- p) Durante el período de tratamiento pueden haber recaídas, las cuales deberán ser inmediatamente manejadas por el equipo tratante.
- q) Se sugerirá como una intervención complementaria que el paciente participe en programas de auto-ayuda durante y después del tratamiento.
- r) Que el tratante cada cierto tiempo haga sesiones de balance para revisar el proceso hecho por el paciente y corrobore los logros y dificultades con familiares involucrados en la terapia.

2.4 Intervenciones Terapéuticas

Las intervenciones terapéuticas están distribuidas a lo largo del programa en “Módulos” de duración limitada que son los constituyentes de cada una de las etapas precedentes. Cada módulo está constituido por un conjunto de sesiones terapéuticas que persiguen el cumplimiento de uno o más objetivos específicos.

De acuerdo a la priorización de los problemas biopsicosociales del paciente, el equipo terapéutico distribuye dichos módulos en el tiempo constituyendo un programa específico para cada paciente. A continuación se detallan los objetivos y características de cada módulo:

- 1) Evaluación Integral: Evaluar globalmente la problemática del paciente. Es una etapa previa al diseño del programa específico para cada paciente.

Organización: Incluye evaluación psiquiátrica (2 sesiones), psicológica (2 sesiones), familiar (2 sesiones), terapia ocupacional (1 sesión), judicial (1 sesión).

- 2) Evaluación de Personalidad y Neuropsicología: Evaluar, luego de al menos 2 meses de abstinencia, los rasgos predominantes y la estructura de personalidad del paciente. Igualmente, se evalúa el funcionamiento cognitivo para descartar déficits específicos.

Organización: De acuerdo a protocolo explicitado más adelante.

- 3) Detección de Sustancias: Drogas en Orina y Alcohol en Aire Espirado. Constatar la abstinencia de sustancias.

Organización: En asociación con Laboratorio.

- 4) Módulo de Prevención de Recaídas Básico: Entregar conocimientos básicos en la técnica cognitivo-conductual para evitar situaciones de riesgo de consumo y desarrollar estrategias alternativas.

Organización: Cuatro sesiones grupales o individuales estructuradas dirigidas por un terapeuta.

- 5) Módulo de Prevención de Recaídas Avanzado: Desarrollar destrezas en prevención de recaídas.

Organización: Siete sesiones grupales o individuales estructuradas dirigidas por un terapeuta.

6) Módulo Educación de Pacientes: Facilitar el desarrollo de conciencia de enfermedad.

Organización: Seis sesiones grupales o individuales dirigidas por distintos profesionales con uso de material audiovisual.

7) Módulo Educación de Familias: Entregar conocimientos básicos respecto de adicciones y enfrentamiento de situaciones problema.

Organización: Cuatro sesiones con un máximo de 4 familias o 16 personas.

8) Psicoeducación de Comorbilidad Psiquiátrica: Entregar conocimientos respecto de Trastornos de Ánimo, Ansiedad y Alimentación. Refuerzo del autocuidado para prevenir descompensaciones.

Organización: Dos sesiones grupales (para cada trastorno) dirigidas por una enfermera psiquiátrica. Máximo 8 pacientes por grupo.

9) Módulo Vivencial o Sobriedad (Terapia de Grupo): Facilitar la expresión emocional y modificación conductual a través de la cohesión grupal. Dirigido a pacientes dependientes.

Organización: Una sesión semanal dirigida por un terapeuta con una mínima de doce meses

10) Taller de Terapia Ocupacional: Corregir hábitos y desarrollar destrezas sociales que posibiliten un cambio en el estilo de vida.

Organización: Sesiones de frecuencia y duración variable de acuerdo a las modificaciones conductuales perseguidas.

11) Terapia Familiar: Tratar disfunciones familiares relacionadas a la dependencia de Sustancias.

Organización: Sesiones semanales o quincenales con un terapeuta familiar.

12) Psicoterapia Individual: Resolver conflictos psicológicos asociados a la dependencia o a la comorbilidad psiquiátrica.

Organización: Sesiones individuales con un terapeuta Integrativo. Frecuencia 1 o 2 veces por semana por 6 a 8 meses.

13) Grupo de Autoayuda: Promover el modelamiento de conductas a través de la interacción y cohesión grupal.

Organización: Grupos de 10 a 15 personas dirigidos por pacientes rehabilitados. Debe existir coordinación y comunicación con los profesionales tratantes.

2.5 Evaluación Inicial

En esta primera etapa el Clínico se centra en aquello que el paciente (o el sistema del paciente) considera problemático y que les motiva a solicitar ayuda.

Con frecuencia los pacientes solicitan ayuda respecto de una consecuencia circunstancial de su consumo de sustancias por lo que no tienen una visión y comprensión acabada de la naturaleza de sus problemas. Por lo tanto el adecuado entendimiento de la motivación y expectativas del paciente es un objetivo central de esta evaluación inicial.

El acordar un plan inicial de solución al problema que haga sentido al paciente aumentará la probabilidad de un segundo encuentro.

En esta etapa se debe fomentar la motivación para el cambio de conducta, valorar el estado físico y mental actual del paciente, en especial la presencia de complicaciones agudas que requerirán intervenciones urgentes (manejo farmacológico de un síndrome de privación, riesgo suicida, criterios de hospitalización).

Muchos pacientes, una vez resuelta aquella circunstancia que lo motivó a consultar (conflicto conyugal, síntoma físico, etc.), no desean o no consideran necesaria la realización de cambios mayores. Otros durante la evaluación inicial van desarrollando progresivamente mayor motivación para efectuar cambios mayores. Otros, sin embargo se mantienen en una situación intermedia: No desean realizar grandes cambios pero si les interesa solucionar

algún aspecto específico. En estos casos lo indicado es acordar con el paciente un plan que incluya la posibilidad de aumentar su motivación “Terapia Motivacional”, habitualmente 3 sesiones, al cabo del cual el paciente define sus objetivos terapéuticos. El objetivo acordado puede ser el inicio de la abstinencia pero también puede ser la reducción o eliminación de una determinada conducta sin necesidad de focalizarse primariamente en el consumo de sustancias. Este último enfoque se denomina “Reducción de Daños” esta es una alternativa eficiente a los modelos centrados en la abstinencia de sustancias. Reducción de daños como objetivo no significa que se deba renunciar a la abstinencia futura si el paciente así lo decide, ni tampoco implica laxitud en la ejecución del plan terapéutico.

Si las condiciones están dadas y hay redes de apoyo con la cual contar se sugiere continuar con la evaluación integral.

2.6 Evaluación Integral

En la evaluación Integral:

- a) El equipo jerarquizará los problemas y planteará intervenciones específicas para cada uno de ellos.
- b) Ratificar el diagnóstico de dependencia realizado en la Entrevista Inicial y ver posibles comorbilidades.
- c) Se organizará un plan de tratamiento: Tipo de intervenciones, frecuencia y costo de cada intervención.
- d) Se hará una devolución al paciente y su familia según corresponda (explicación al paciente y/o su familia de los problemas detectados y las soluciones planteadas. Además se confeccionará un informe escrito de la Evaluación Integral.

Incluye realizar:

- 1) Evaluación Psiquiátrica: Establecer en forma oportuna una aproximación diagnóstica general inicial que permita determinar las acciones a corto y mediano plazo.

Para lograr este objetivo el profesional deberá realizar:

- a) Historia clínica detallada que incluya: Motivo de consulta, factores desencadenantes y precipitantes, historia adictiva, antecedentes de tratamientos previos y sus resultados, antecedentes psiquiátricos y médicos personales y familiares, antecedentes psicosociales, evaluación de síntomas de abstinencia actuales. Examen Mental.
- b) Pesquisar diagnósticos usando DSM-IV R en sus 5 Ejes.
- c) Evaluación de Laboratorio Toxicológico y General inicial.
- d) Manejo Farmacológico de Síndrome de Abstinencia si este ocurre.
- e) Solicitar exámenes de laboratorio generales (hemograma, perfil bioquímico, pruebas hepáticas, pruebas tiroideas), otros exámenes (VIH, serología para sífilis y para virus hepatitis B y C, electrocardiograma, anticuerpos Antitiroideos, Ecografía Abdominal, TAC Cerebral) se solicitan evaluando caso a caso su necesidad. Se postergara la evaluación Neuropsicológica y de Personalidad, para los 2 meses de lograda la abstinencia. Usar métodos de tamizaje toxicológicos: Screening de Drogas en Sangre y Orina, test de drogas en pelo, test ambulatorios de inmunoensayo (como por ejemplo Triage).

TIEMPO: (2 sesiones).

- 2) Evaluación Psicológica: Evaluación global del paciente que contempla:
 - a) Exploración de la funcionalidad del consumo.
 - b) Principales conflictos psicológicos.
 - c) Hipótesis de estructura de personalidad y rasgos relevantes.

- d) Mecanismos de defensa, habilidades sociales y funcionamiento cognitivo actual del paciente.
- e) También se contempla aplicar el Cuestionario Desiderativo u otra prueba proyectiva y el FECIAD (Ficha de Evaluación Clínica Integral de Adicciones).

TIEMPO: (2 sesiones).

- 3) Evaluación Familiar: Básicamente la evaluación familiar tiene los siguientes objetivos:
 - a) Identificar el problema familiar (incluyendo el abuso de sustancias por uno o más miembros de la familia) como otros problemas familiares.
 - b) Indagar las fortalezas y necesidades de cada subsistema y su relación con el problema identificado.
 - c) Identificar barreras que obstaculicen la participación familiar en el tratamiento.
 - d) Distinguir presencia de conflictos no resueltos.
 - e) Grado de permeabilidad de los límites intra y extra familiares.
 - f) Grado de estabilidad y compromiso familiar.
 - g) Historia de abuso de sustancias en la familia nuclear y extendida.
 - h) Historia de síntomas psiquiátricos en familiares directos, especialmente padres.
 - i) Transmisión trans-generacional de patrones relacionales disfuncionales, especialmente de abuso de sustancias.
 - j) Percepción de riesgo, grado de conciencia e información de cada miembro respecto de la severidad del consumo.

- k) Factores protectores y de riesgo familiares (modelaje respecto del uso de drogas, permisividad, actitudes parentales respecto del uso de drogas, uso de drogas en sistema fraterno).

Finalmente se elaborará un diagrama familiar que registre la estructura según las dimensiones antes mencionadas, complementada por una hipótesis relacional que integre el proceso involucrado en el abuso de sustancias.

TIEMPO: (2 sesiones)

4) Evaluación Laboral: El Psicólogo Ocupacional evaluará los siguientes Ítems:

- a) Impacto del consumo en funcionamiento global del paciente.
- b) Presencia de problemas legales, violencia intrafamiliar, deudas, tratamientos previos, etc.
- c) Historia de escolaridad completa.
- d) Historia laboral.
- e) Roles de vida, nivel de satisfacción en cada uno.
- f) Funcionamiento cotidiano.
- g) Uso del tiempo.
- h) Redes sociales.
- i) Planes y Proyectos a futuro.
- j) Expectativas de tratamiento.

TIEMPO: (1 o 2 sesiones)

- 5) Evaluación Judicial: Un profesional legal pesquisará los antecedentes legales del paciente:
 - a) Si el paciente tiene acusaciones por delitos leves.
 - b) Si el paciente tiene acusaciones por delitos graves.

- c) Si el paciente se encuentra en libertad condicional.
- d) Si el paciente en la actualidad está cumpliendo condena.

TIEMPO: (1 sesión).

2.7 Tratamiento en Internación Inicial

Luego de una cuidadosa Evaluación Integral será posible determinar la necesidad y urgencia de las intervenciones requeridas y la indicación de iniciar estas intervenciones en un contexto de hospitalización inicial o en régimen ambulatorio.

Los criterios de hospitalización son:

- a) Imposibilidad de lograr Abstinencia en forma Ambulatoria.
- b) Síndrome de Abstinencia con riesgo médico.
- c) Comorbilidad Psiquiátrica descompensada.
- d) Riesgo de auto o heteroagresión.
- e) Suicidabilidad.
- f) Historia de múltiples fracasos terapéuticos previos.
- g) Intoxicación severa.
- h) Complicación Médica.
- i) Ausencia de Red de Apoyo.
- j) Embarazo.

El ingreso se realizará a través de Médico Psiquiatra o Psicólogo.

Cuando el ingreso es a través de Médico Psiquiatra, se procede a una segunda evaluación (dentro de la Evaluación Integral) cuyo objetivo será profundizar aspectos de comorbilidad.

En cambio, cuando el ingreso es por Psicología, se procederá a la brevedad con las correspondientes evaluaciones psiquiátricas (Patología Adictiva y Comorbilidad).

El tratamiento en internación deberá prolongarse hasta lograr controlar las complicaciones que originaron la internación, considerando que el período agudo de desintoxicación puede prolongarse en un promedio de 2 a 3 semanas. De todas formas la duración de la hospitalización debe evaluarse caso a caso y en forma constante durante todo el tiempo que dure este tipo de intervención.

Cuando el paciente se encuentre en condiciones de continuar controles en forma ambulatoria, se continuará el proceso de Evaluación Integral que incluirá las evaluaciones realizadas por otros profesionales (Psicólogo, Terapeuta Familiar).

Posteriormente se dará la Devolución a miembros significativos de su red social (Familia, responsables legales, cuidadores, etc.); además se informará al Profesional derivador del resultado final de la evaluación y las indicaciones correspondientes. La Devolución a Pariente Responsable Legal, según corresponda, se hará previa autorización del paciente, teniendo especial cuidado de preservar la confidencialidad de datos biográficos sensibles que no tengan directa relación con el motivo de consulta. En el caso de menores de edad, se hará siempre una devolución a padres o tutores legales. En otros casos tales como pacientes psicóticos, con deterioro orgánico cerebral moderado, severo, con riesgo suicida, se discutirá en equipo el contenido y forma de la información a entregar, teniendo especial cuidado en proteger los derechos del paciente velando siempre por los principios básicos del quehacer profesional.

Durante el período de Evaluación Integral la frecuencia de control médico se evaluará en cada caso en forma particular, dependiendo del estado del paciente (síntomas de abstinencia, comorbilidad, uso de fármacos, etc.)

Durante este período, además del chequeo constante de aparición de síntomas de abstinencia, síntomas sugerentes de recaída, screening toxicológico o relato confirmatorio de recaída adictiva, estado mental y físico del paciente, se realizarán técnicas orientadas a fomentar el vínculo terapéutico y a la motivación al cambio terapéutico.

2.8 Frecuencia y Duración del Control Psiquiátrico

- a) Para el paciente con diagnóstico en Eje I sólo en la esfera adictiva los controles serán semanales durante los 2 a 3 primeros meses. Posteriormente se reducirá la frecuencia de controles cada 15 días hasta completar el primer año de tratamiento, para continuar en su 2º año con frecuencia mensual.
- b) En los casos de Patología Dual la frecuencia de visitas estará determinada por la necesidad de mantener la estabilidad de ambas patologías.
- c) Al término del tratamiento se evaluará en cada caso la frecuencia y duración del seguimiento posterior y en el caso de enfermedades crónicas, se mantendrá controles en forma permanente si el paciente así lo prefiere. En pacientes de alta, rehabilitados, se sugerirá un control trimestral con su médico tratante, hasta completar el año post tratamiento. Posteriormente, se sugiere un control anual hasta completar 3 años de abstinencia post tratamiento.

Otras evaluaciones:

- a) Evaluación Neuropsicológica (2 meses de ingreso): Es realizada en un módulo de 2 sesiones, en las cuales se aplica el test de CUSE (Wais abreviado) como una medida estimativa de nivel intelectual, y diversas pruebas neuropsicológicas (Test de figura de rey, Test de aprendizaje verbal TAVEC, test de Stroop, DSC de memoria visual) dirigidas a la evaluación de daño orgánico cerebral y principales funciones mentales superiores para identificar si existe alteración en el paciente. En este sentido, es importante considerar el período previo de abstinencia ante la

realización de esta evaluación como un criterio de confiabilidad de la información. Además, los resultados deberán contrastarse con las pruebas de imagenología hechas (SPECT, TAC, etc.).

- b) Evaluación Psicológica a los 2 meses de tratamiento: El objetivo principal es poder identificar de manera más profunda en las principales conflictivas psicológicas del paciente con miras a la posibilidad de un trabajo psicoterapéutico futuro, para potenciar su rehabilitación.

2.9 Proceso de Tratamiento

El tratamiento consistirá en tres etapas sucesivas (aunque con cierta sobreposición de objetivos en algunos casos):

- 1) Estabilización: Lograr la abstinencia y monitorearla en el transcurso del tratamiento. Iniciar y mantener la abstinencia de cocaína (a través del apoyo familiar y técnicas de prevención de recaídas), desarrollar conciencia de enfermedad y compensar comorbilidades médicas y psiquiátricas.

TIEMPO: (Duración aproximada de 2 a 3 meses).

- 2) Reinserción Social: Reinserción (familiar, laboral, recreacional y social) y desarrollo pleno de conciencia de enfermedad.

TIEMPO: (Duración aproximada de 10 meses).

- 3) Compensación de Vulnerabilidad: Resolución de conflictos psicológicos y todos aquellos factores que le pueden conferir vulnerabilidad futura al paciente (trastornos de personalidad, prevención de descompensación de trastornos mentales comórbidos, etc.)

TIEMPO: (Duración aproximada de 12 meses).

Algunos objetivos de esta última etapa en algunos pacientes pueden comenzar en la etapa anterior.

Durante todo el tratamiento es necesaria la monitorización al azar del consumo a través de la detección de cocaína u otras drogas. Esta monitorización es de

responsabilidad de algún familiar quien en coordinación con el terapeuta efectúa el seguimiento de abstinencia y/o recaídas.

2.9.1 Psicoterapia

La Psicoterapia Integrativa tratara de incidir en el funcionamiento mental del paciente adicto, para que éste recupere el control sobre el consumo de la droga.

Se evalúa desde un inicio su indicación, tendiendo a dejar esta instancia para un posterior momento del tratamiento donde el paciente se encuentre compensado desde lo adictivo e identifique focos de trabajo. Las orientaciones con las cuales se trabaja están fundamentadas desde la Psicoterapia Integrativa.

El terapeuta podrá hacer uso del marco teórico de la presente investigación: Factores etiológicos, principios de influencia, conceptos movilizadores, estrategias de intervención y técnicas específicas desde cada paradigma del modelo integrativo supraparadigmático para el tratamiento de la adicción a la cocaína.

2.9.2 Terapia de Familia

El objetivo de las intervenciones familiares en el problema de las drogodependencias son diversas, no obstante, el cambio debe involucrar tanto al paciente índice como a los familiares más involucrados. Este cambio debe ser tanto intrapersonal como interpersonal, siendo ambos importantes y necesarios para una recuperación exitosa.

Algunas de las intervenciones familiares están orientadas a enseñar a los padres a discriminar señales que anteceden una recaída, es decir, que logren ser capaces de distinguir qué conductas son características de la preparación de incubación de uno de estos episodios. También debe entrenarse a los padres en las conductas que deben adoptar frente a las señales de una recaída. Otro objetivo a alcanzar por medio de las intervenciones familiares es lograr una mejora en el clima y la dinámica familiar, lo que implica el desarrollo

o entrenamiento de habilidades de comunicación y solución de problemas, mejor manejo del estrés y aumento del apoyo entre sus miembros.

El tiempo de tratamiento estará determinado por los cambios logrados, más que por un número fijo de sesiones. En general, la terapia familiar tiene un alcance de mediano a largo, siendo excepcionalmente inferior a tres meses. Durante los dos a tres primeros meses se sugiere que las sesiones sean semanales y que progresivamente se vayan distanciando cada quince días y finalmente con una frecuencia mensual hasta su término.

La evaluación familiar puede ser realizada durante el período de hospitalización para la desintoxicación del paciente. Habitualmente las evaluaciones son realizadas en el mismo lugar de tratamiento.

Si es posible, la familia debería permanecer involucrada a lo largo de todo el tratamiento especialmente cuando se trata de adolescentes. En el caso de adultos se promueve la participación tanto de su familia de origen como de su pareja actual, la presencia de hijos en edad escolar o adolescentes cuyos padres están en tratamiento queda sujeta a evaluación.

Las metas específicas de la terapia familiar serán negociadas con la familia al comienzo del tratamiento. Durante el proceso de terapia otras metas específicas relativas a un subsistema pueden ser identificadas:

- 1) Desarrollar un ambiente familiar libre del uso de sustancias, especialmente durante períodos de estrés.
- 2) Dirigir el problema familiar (incluyendo el abuso de sustancias por uno o más miembros de la familia) como otros problemas familiares.
- 3) Ayudar a las familias a aceptar y contener la angustia y dolor que la eliminación del abuso de sustancias puede causar, así como a elaborar experiencias de pérdidas y/o traumáticas.

- 4) Ayudar a cada miembro de la familia a conseguir una responsabilidad y funcionamiento autónomo apropiado para sí mismo según su etapa evolutiva y bajar la responsabilidad inapropiada por otros.
- 5) Facilitar la separación evolutiva, limitando la dependencia afectiva, económica y social.
- 6) Aclarar los costos emocionales, relacionales y económicos del abuso de sustancias.
- 7) Cambiar prácticas parentales y familiares orientadas a mejorar la calidad de los vínculos y clima entre los miembros de la familia mejorando las expresiones emocionales, habilidades del manejo familiar general, y de conflictos y, fortalecer habilidades parentales en la ejecución de normas, límites, acogida y apoyo.
- 8) Reflexionar acerca de las causas que lo llevan a usar drogas, y estimular para buscar caminos menos destructivos.
- 9) Mejorar el funcionamiento familiar cotidiano tanto en relación a los patrones interaccionales intrafamiliares como en relación al contexto extra-familiar.

2.9.3 Terapia Ocupacional

Esta disciplina cumple con evaluar el desempeño ocupacional global e intervenir en forma específica en el área laboral/escolar, uso del tiempo libre, rutinas, hábitos cotidianos, redes sociales y desempeño de roles.

Se programa según la evaluación integral, y en general tendrá una frecuencia semanal de 2 a 3 meses; según el progreso del paciente, quincenal por 6 a 8 meses y finalmente mensual por 8 a 10 meses.

El terapeuta ocupacional podrá intervenir de dos formas:

- 1) Sesiones individuales: Esta intervención cumple con el propósito de monitorear la abstinencia, generar pautas de estructuración de rutinas y de organización del tiempo laboral y libre. El objetivo central es promover el

balance ocupacional armónico, satisfactorio y acorde a los roles de la persona. Además se realiza un exhaustivo chequeo de la vida cotidiana a fin de corregir conductas de riesgo y promover el auto-cuidado como estrategia de prevención de recaídas.

- a) Terreno: Visitas al puesto de trabajo o entrevistas personas claves en el ámbito laboral a fin de gestionar un reintegro progresivo, adecuación del puesto de trabajo, cambio de este o adecuación de otras variables laborales. En situaciones excepcionales se realizan visitas a domicilio con el propósito de optimizar variables del ambiente que operen como factores protectores e inhibidores del consumo.
- 2) Grupales: Educación de familia y redes de apoyo, cumple con el objetivo de ampliar recursos y promover la participación social del paciente en contextos saludables. Se realizan intervenciones psicoeducativas a compañeros de curso, amigos, parejas o cualquier otra persona que tenga valor significativo para el consultante.
 - a) Actividades Socio recreativas: Ensayo de Abstinencia en situaciones sociales, entrenamiento de habilidades sociales, generar alternativas de uso del tiempo libre en abstinencia.

2.9.4 Terapia de Grupo

La terapia de grupo es central en adictos a la cocaína, es una de las más potentes en efectividad, porque se puede aplicar la mayoría de estrategias terapéuticas desarrolladas ampliamente en el marco teórico de la presente tesis.

Los grupos deben estar orientados inicialmente a favorecer y mantener la abstinencia.

Se ayuda a los pacientes a reconocer sus problemas, tanto por sus experiencias como por las del resto de los participantes, lo cual genera un sentido de pertenencia, de compartir un problema común y la posibilidad de compartir soluciones. También se los apoya en la aceptación de sí mismos y en

el logro de una conciencia de enfermedad, además de ayudarles a expresarse emocionalmente y a evitar utilizar sus mecanismos desadaptativos ante los problemas cotidianos.

Las ventajas de la terapia de grupo son las siguientes:

- 1) Los grupos favorecen la expresión de emociones y problemáticas vitales, facilitando así el desarrollo y fortalecimiento de una conciencia cognitiva-afectiva de la enfermedad.
- 2) Establecer un sentido de pertenencia, identidad y cohesión grupal.
- 3) Aumentar las expectativas de logro y autoeficacia en el paciente, fomentando la esperanza en la recuperación.
- 4) Posibilitar un espacio de modeling y aprendizaje a través de la experiencia de otros.
- 5) Corregir posibles distorsiones en las autopercepciones del paciente, fomentando el logro de una autoestima real.
- 6) Otorgar la posibilidad de obtener una experiencia reparadora familiar a través de la vivencia grupal.
- 7) Aprender del proceso de dar y recibir feedback.
- 8) Tomar conciencia del uso de mecanismos de defensa desadaptativos, y de los pensamientos, emociones y conductas propios de la dependencia.
- 9) Otorgar la posibilidad de identificación y empatía con las problemáticas del otro.

2.9.4.1 Características del Grupo

- a) Grupo abierto de 10 a 12 personas como máximo.
- b) Composición heterogénea con pacientes polidependientes abstinentes.
- c) Encuadre fijo: Lugar estable, con sillas distribuidas circularmente.

- d) Tiempo estimado: Durante todo el tratamiento. El paciente podrá salir del grupo en una etapa avanzada de rehabilitación tardía, sólo si el equipo tratante lo autoriza en reunión clínica según el cumplimiento de los objetivos mencionados.

2.9.4.2 Metodología

- 1) Revisión de Criterios de inclusión: Todo paciente que ingrese al tratamiento participará en el grupo terapéutico, salvo aquellos que tengan algún criterio de exclusión, aspecto que será determinado finalmente en reunión clínica. El ingreso al grupo será en la segunda semana de inicio de tratamiento.
- 2) Sesión de Iniciación: Se realizará una sesión individual de inducción para cada paciente, a cargo del facilitador del grupo correspondiente.
- 3) Sesiones Grupales: Se realizará una sesión semanal de 1 hora 45 minutos de duración. Cada sesión estará a cargo del facilitador del grupo, quien deberá velar por el cumplimiento de los objetivos, facilitando la interacción entre los distintos miembros del grupo.

Para ello, utilizará diferentes técnicas:

- a) Contención.
- b) Reflejar: Mostrar a los miembros del grupo las emociones, los contenidos y los procesos grupales que van surgiendo, tratando siempre de relacionarlos con el tema de la dependencia.
- c) Confrontar: Enfrentar y desafiar conductas y mecanismos adictivos y de riesgo observados en los pacientes, tanto individuales como grupales.
- d) Educar: Aclarar conocimientos y conceptos relacionados con la dependencia, para evitar distorsiones al respecto.
- e) Modelar y fomentar la participación grupal: Estar atento a guiar al grupo para que éste se haga cargo de confrontar, reflejar, apoyar, aconsejar y dar feedback a sus compañeros.

En relación al funcionamiento mismo del grupo, tener en cuenta las siguientes estrategias:

- 1) Lectura inicial en cada sesión de grupo del compromiso del grupo vivencial por uno de los pacientes.
- 2) Presentación de cada miembro cada vez que haya un ingreso.
- 3) Sesión de revisión de pares para favorecer el feedback grupal: En relación a compromiso individual con la recuperación y el tratamiento; aspectos positivos y negativos observados en cada uno (conductas, actitudes, etc.). Se realiza aproximadamente cada 2 meses.
- 4) Registrar en la ficha individual de cada paciente los principales aspectos (formales e informales) que permitan tener una visión de la evolución de cada uno.

2.9.4.3 Entrevista inicial

Se debe facilitar la inclusión del paciente y favorecer su trabajo en el grupo (sesión individual con facilitador del grupo en 30 minutos).

- 1) Evaluación del paciente para el cumplimiento de criterios de inclusión al grupo.
- 2) Explorar expectativas del paciente y ajustarlas a los objetivos reales del grupo.
- 3) Explicar y discutir compromiso del grupo vivencial, recalando cumplimientos de aspectos formales de él. Se debe entregar una copia con los compromisos del grupo al paciente.
- 4) Anunciar y prescribir sentimientos, actitudes, dificultades y resistencias esperables a lo largo del tiempo dentro del proceso grupal, enfatizando el período de adaptación inicial al grupo (prescripción de sentimientos de aislamiento, de “No encajar”, etc.).
- 5) Explicar y discutir objetivos del grupo vivencial.

- 6) Motivar la participación activa y actitud positiva del paciente al grupo, a través del relato de sesiones, hechos o anécdotas grupales acaecidas.

Explicar reglas formales del funcionamiento del grupo:

- a) No salir durante las sesiones.
- b) No fumar.
- c) Asistencia obligatoria (en caso de ausencia, secretaría procederá a avisar a la familia. En caso de persistir las inasistencias, se discutirán las medidas y sanciones a seguir en reunión clínica: Suspensión temporal previa comunicación del facilitador).
- d) Puntualidad.
- e) Lugar de realización.
- f) Duración del Grupo.
- g) Posibilidad de ingreso de nuevos compañeros al grupo.
- h) Posibilidad de ser sacado del grupo temporal o definitivamente si su conducta no se ajusta al compromiso del grupo (respeto, agresión, no cumplimiento con tratamiento).

2.9.4.4 Compromiso grupo vivencial

El compromiso del grupo vivencial deberá ser leído y comentado en la sesión de entrevista inicial o inducción.

- 1) Acudir a las sesiones de grupo limpio, sin estar bajo la influencia de sustancias que alteren el estado de ánimo (alcohol, drogas, etc.).
- 2) Asistir puntualmente a todas las sesiones de grupo y participar activamente en él. La asistencia al grupo incluirá que planifique y avise al equipo tratante y al grupo sus vacaciones y posibles ausencias por trabajo, etc. si se diera el caso.

- 3) Comprometerse a mantener el secreto de lo que se habla en el grupo, para respetar la intimidad los compañeros. Esto implica que no se divulgaré ni comente fuera del grupo los contenidos de las sesiones con ningún miembro y/o personas ajenas, salvo que el equipo terapéutico lo estime útil para el tratamiento.
- 4) Plantear como discusión en el grupo cualquier asunto que influya en la recuperación del paciente o la de cualquier otro compañero (a). No tener secretos para exponer en el grupo el consumo de drogas u otra conducta destructiva o de otros.
- 5) Como forma de colaborar con la recuperación, ser honestos y expresar abiertamente las emociones y lo que esté pasando de forma respetuosa y no agresiva.
- 6) Se procederá a leer el Compromiso del Grupo Vivencial (breve) sesión a sesión.

2.9.4.5 Criterios de exclusión para grupo de terapia

- 1) El paciente no deberá presentar patología psiquiátrica severa descompensada y/o no tratada, por ejemplo: Trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad, trastorno depresivo descompensado, etc.
- 2) No se recomienda la inclusión de pacientes con daño cerebral ni otros cuadros orgánicos.
- 3) No se incluirán en el grupo pacientes claramente destructivos y dañinos del espacio terapéutico.

2.9.4.6 Temáticas de agenda por sesión

Se fortalecerá el trabajo de grupo a través de la expresión y análisis de temáticas distintas asociadas al consumo de drogas. Se fomentará el trabajo de la historia de vida y de la historia de consumo con sus consecuencias, rescatando y profundizando en las siguientes temáticas:

- a) Relaciones interpersonales.
- b) Vergüenza por las consecuencias de la dependencia.
- c) Responsabilidad y culpa.
- d) Rabia.
- e) Sentimientos de desesperanza-esperanza.
- f) Compromiso con el tratamiento, con el grupo, consigo mismo.
- g) Frustración.
- h) Ansiedad.
- i) Conciencia de enfermedad.
- j) Respeto por los demás.
- k) Soledad.
- l) Temores- miedos.
- m) Imagen de sí mismo y autoestima.
- n) Conductas autodestructivas y adictivas.
- o) Autocompasión.
- p) Pérdidas.
- q) Importancia de la honestidad.
- r) Control de impulsos.
- s) Postergación de las gratificaciones.
- t) Cambio en el estilo de vida.
- u) Enfrentamiento de dificultades cotidianas y eventos difíciles.
- v) Logros vitales.

2.9.5 Prevención de Recaídas

En el trabajo de Prevención de Recaídas con pacientes consumidores de cocaína se debe:

- 1) Fomentar y desarrollar herramientas cognitivas en los pacientes que apunten a la utilización de un pensamiento anticipatorio para el enfrentamiento de situaciones de alto riesgo.
- 2) Otorgar herramientas teóricas y prácticas a los pacientes para el manejo de situaciones de alto riesgo, deseos de consumo y otros desestabilizadores.
- 3) Lograr que los pacientes apliquen y transfieran a su vida cotidiana los conceptos adquiridos y atingentes para el proceso de rehabilitación y mantención de la abstinencia.

2.9.5.1 Características formales

- a) El entrenamiento en Prevención de Recaídas deberá ser llevado a cabo en modalidad grupal, con un máximo de 10 a 12 miembros (grupo abierto, heterogéneo), pese a poder ser aplicado en modalidad individual cuando sea necesario.
- b) Las sesiones de Prevención de Recaídas tendrán una frecuencia de 1 vez por semana, con una duración de 1 hora aproximadamente.
- c) La metodología a utilizar deberá ser flexible y de acuerdo a la dinámica y temática grupal e individual.
- d) Se estructurarán sesiones educativas y participativas (forma grupal y/o individual), donde se enseñarán los conceptos básicos de la prevención de recaídas y se buscará con el paciente encontrar aplicaciones y ejemplos de la experiencia real del consultante, para fomentar el anclaje cognitivo del contenido y su posterior generalización en el comportamiento. Así por ejemplo, podrán usarse técnicas de role playing, foros grupales, debates, imagerías, etc.

2.9.5.2 Actividades de la terapia de Prevención de Recaídas

Discusión de temáticas relevantes: En cada sesión de Prevención de Recaídas se expondrán conceptos específicos y herramientas básicas de manejo acerca de una temática en particular, basada en el modelo de Prevención de Recaídas de A. Marlatt. No obstante, considerando las contingencias y las necesidades de cada paciente, se fomentará en llevar a discusión conceptos relevantes que aparezcan a raíz de las conversaciones grupales y/o individuales. Así por ejemplo, se fomentará la discusión de temas atinentes al autocuidado, como la sexualidad, y otros.

Planificación de actividades a realizar: Cada paciente tendrá oportunidad de planificar actividades importantes para su reinserción social y/o académica. Esta planificación se discutirá para recibir retroalimentación y analizar funcionalmente los riesgos y estrategias de enfrentamiento adecuadas a la situación planteada.

Elaboración y manejo de señales de alerta, craving y recaídas: Cada tratante deberá estar al tanto del proceso terapéutico de cada uno de los pacientes, con el fin de colocar para la discusión alguna situación. Así por ejemplo, se planteará en esta instancia la presencia de señales de alerta y su posible manejo en algún caso en particular; se elaborará los procesos de recaída acaecidos, etc.

Preparación personal en fechas o hitos contingentes importantes: Como parte de las actividades de Prevención de Recaídas, se pondrán en tabla como temáticas a discutir toda fecha importante y asociada con consumo (celebraciones nacionales, fiestas de fin de año, etc.). Así se planificará el enfrentamiento de estas fechas para fomentar la mantención de la abstinencia.

Proceso de reformulación e internalización del tratamiento: A través del proceso didáctico, se explicitará y ayudará a los pacientes a darle un sentido a las indicaciones, normativas e intervenciones recibidas por el equipo tratante para el proceso de rehabilitación.

Para la modalidad grupal de Prevención de Recaídas se sugiere la explicación del reglamento de grupo previo al ingreso de los pacientes a la terapia.

2.9.5.3 Reglamento del grupo de Prevención de Recaídas

- 1) Los pacientes deben mantenerse libres del uso de cualquiera sustancia, incluida el alcohol.
- 2) Se espera que los pacientes asistan a todas las sesiones de Prevención de Recaídas y que lleguen a la hora.
- 3) Todos los pacientes deberán participar activamente y de manera adecuada en las sesiones y demostrar disposición para tomar los pasos iniciales que sientan las bases para la recuperación, junto con cumplir las indicaciones y tareas a realizar, dentro y fuera de la sesión.
- 4) Todos los miembros del grupo deben comportarse de manera respetuosa, no violenta y no amenazante hacia los demás.
- 5) Los pacientes deberán respetar la recuperación de los demás. Se considerará una falta hacia la recuperación de los demás, ofrecer drogas de cualquier tipo, detenerse en relatos detallados o glorificaciones de los efectos que producen las drogas, involucrarse sentimental y/o sexualmente con otro paciente e ir a lugares peligrosos o inapropiados con otro paciente.
- 6) Todos los pacientes deben respetar la confidencialidad de los demás. Lo que se dice en el grupo, se mantiene ahí.
- 7) Todo paciente deberá someterse a exámenes de orina cuando los tratantes así lo indiquen.

2.9.5.4 Temáticas a tratar en los Grupos de Prevención de Recaídas

- a) Introducción del sentido y objetivos de la terapia de Prevención de Recaídas.
- b) Clarificar y fortalecer la motivación del paciente para dejar el consumo o regularlo.

- c) Conceptos básicos de Prevención de Recaídas (caída, recaída, recaída como proceso).
- d) Introducción del Modelo de Prevención de Recaídas de A. Marlatt: Situaciones de Alto Riesgo y Efecto de Violación de la Abstinencia (EVA).
- e) Reconocimiento y manejo de Situaciones de Alto Riesgo.
- f) Conceptualización de la recaída como un proceso y aplicación a una experiencia concreta del paciente.
- g) Importancia de la planificación como estrategia de Prevención de Recaídas.
- h) Permitir que los pacientes reconozcan sus síntomas de deseo y desarrollen estrategias de enfrentamiento ante estos
- i) Fomentar la capacidad de reconocer y darse cuenta de las señales de ansiedad y aprender maneras adaptativas de enfrentarlas.
- j) Tomar conciencia de los procesos de pensamiento y tratar de incrementar estilos de pensamiento menos rígidos y más adaptativos al medio social.
- k) Reconocer patrones inadecuados de pensamiento tal como el efecto de violación de la abstinencia (EVA) e identificar maneras adecuadas de enfrentar una recaída.
- l) Identificar, conocer y practicar los pasos de una estrategia de afrontamiento adaptativo de resolución de problemas, reconociendo cada paciente su estilo de resolución.
- m) Identificar y fortalecer el proceso de toma de decisiones a partir de la creación de una matriz decisional, identificando los puntos representativos de la motivación para el cambio terapéutico en cada paciente.
- n) Favorecer la identificación y reconocimiento de formas asertivas de expresión emocional ante diversas situaciones, junto con aprender a identificar y modificar las creencias que subyacen a su enfrentamiento de situaciones de conflicto personal.

- o) Lograr que los pacientes comprendan que el establecimiento de un estilo de vida balanceado es una condición necesaria para el buen curso de su proceso de recuperación, permitir que los pacientes desarrollen una aproximación crítica a la forma en que organizan su vida diaria, pudiendo llegar a ordenar la conducta global, permaneciendo a lo largo del tratamiento.

2.9.6 Grupos de Autoayuda

Los grupos de autoayuda provienen de la enseñanza que AA ha dejado a lo largo de los años al igual que los NA o Cocainómanos Anónimos, estos históricamente han constituido un puntal muy importante para el tratamiento.

Los grupos de autoayuda mejoraran los resultados, con independencia de otros factores relacionados con el tratamiento.

Es relevante mencionar la importancia de la existencia de un grupo terapéutico de autoayuda en un programa de tratamiento, de esa manera se ayudará al paciente a:

- 1) Facilitar e intercambiar información.
- 2) Apoyo emocional a los miembros.
- 3) Facilitar procesos de autogestión.
- 4) Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida.
- 5) Ofrecer un espacio de encuentro para personas que comparten una determinada adversidad, donde puedan intercambiar sus experiencias de vida asociadas al consumo de la droga.
- 6) Ofrecer un grupo dispuesto a escuchar y a dar ayuda a otras personas.
- 7) Enfatizar la interacción personal y las responsabilidades por parte de sus miembros.

- 8) Promover los valores a través de los cuales sus miembros puedan reforzar su propia identidad.
- 9) Valorar las necesidades del grupo de autoayuda y proponer objetivos entre todos sus miembros.

2.9.7 Seguimiento terapéutico

A partir del año de duración de la terapia el Psicólogo clínico debe realizar el seguimiento a través de entrevistas, al mes del alta, tres meses, seis meses y al año.

Conclusiones

Del Planteamiento del Problema

Con el Programa “**Psicoterapia para el consumo de Cocaína desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático**” se responde al planteamiento del problema ya que hasta ahora en nuestro medio no existen programas de tratamiento para el consumo de cocaína. Este abordaje Integrativo pretende contribuir al desarrollo de alternativas eficaces de afrontamiento al problema en la ciudad de Sucre; de ésta manera, conseguir que el adicto y su entorno sociofamiliar tengan un tratamiento ajustado a sus necesidades, y así, reducir el consumo y otras conductas adictivas, ofrecer una alternativa viable de rehabilitación, fomentar la participación activa de las redes de apoyo en el proceso terapéutico-educativo del adicto y facilitar el proceso personal de motivación al cambio en el estilo de vida. Asimismo, a través de un tratamiento integral, el equipo tratante tendrá la oportunidad de ofrecer la mayor cantidad de recursos terapéuticos y educativos que ayuden en el proceso de cambio biológico, conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente, sistémico, y del propio sistema Self del paciente adicto.

Del Objetivo General

Se pudo elaborar el Programa de estrategias e intervención psicoterapéutico a la luz del enfoque integrativo supraparadigmático para personas con drogodependencia a la cocaína.

De los Objetivos específicos

- 1) Se pudo realizar un análisis completo de la etiología desde cada paradigma del Supraparadigma Integrativo.
- 2) Se identificó los principios de influencia/estrategias de cambio relevantes desde cada paradigma del Supraparadigma Integrativo.
- 3) Se identificó y elaboró los conceptos movilizadores relevantes que ayudan en la intervención con drogodependientes a la cocaína desde el modelo.

- 4) Se describió y analizó las variables inespecíficas centrales para el tratamiento de la adicción a la cocaína.
- 5) Se pudo elaborar estrategias de intervención específicas para cada paradigma del modelo integrativo supraparadigmático.

De la importancia de la tesis

Desde el inicio la propuesta pretende:

- a) Promover intervenciones a nivel individual, grupal, prevención de recaídas, intervención familiar, etc.
- b) Promover hábitos saludables en el paciente adicto a la cocaína en los niveles biológico, afectivo, cognitivo, inconsciente, familiar y del sistema Self.
- c) Brindar una base teórica sólida para una intervención efectiva a nivel de:
Bases neurobiológicas de la adicción a la cocaína, teorías explicativas de la drogodependencia a la cocaína, métodos de evaluación en drogodependencias, formulación clínica de la drogodependencia a la cocaína, síndrome de abstinencia, deshabitación psicológica, modificación del estilo de vida, etc.
- d) Mejorar la atención integral de las personas con problemas relacionados con la cocaína
- e) Mejorar el conocimiento sobre el consumo de cocaína y sus consecuencias.
- f) Incrementar el nivel de información sobre la cocaína, sus efectos, riesgos y consecuencias, especialmente las inmediatas y graves.
- g) Facilitar la integración en el ámbito sociofamiliar y formativo-laboral al tratamiento y rehabilitación de los pacientes adictos.
- h) Detectar, expresar y analizar las necesidades, limitaciones y potencialidades del paciente adicto a la cocaína.

- i) Analizar el pasado personal del paciente adicto, su entorno sociofamiliar y sus influencias en la adicción.
- j) Ayudar al paciente adicto a integrarse funcionalmente en el entorno socio-familiar.
- k) Definir un nuevo estilo de vida en el paciente adicto, en concordancia con sus metas y valores, fomentando su autonomía y reinserción, empleando metodologías interactivas y técnicas individuales y grupales, que permitan obtener mejores resultados en el cambio.

Para finalizar, me gustaría compartir la siguiente meditación:

“... Aquel que ha penetrado el sentido de la vida, no se preocupa de lo que no contribuye a la vida. Aquel que ha penetrado la naturaleza del destino, no intenta ya escrutar esta entidad inescrutable. Para cuidar el cuerpo hay que utilizar unos medios convenientes; sin excesos no obstante, porque todo exceso es inútil. Hay que esforzarse además de mantener el espíritu vital, sin el cual el cuerpo está perdido. El ser vivo no se ha podido oponer a su vivificación (en el momento de su nacimiento); tampoco podrá oponerse a que un día (cuando muera) la vida se retire de él. El vulgo se imagina que, para conservar la vida; es suficiente ocuparse del cuerpo. Se equivoca. Hace falta además, y sobre todo, prevenir el deterioro del espíritu vital, lo que es prácticamente imposible entre las preocupaciones del mundo. Es necesario pues, para conservar y hacer durar la vida, abandonar el mundo y sus problemas. Es en la tranquilidad de una existencia ordenada, en la apacible comunión con la naturaleza, donde se encuentra una recrudescencia de vitalidad, una renovación de la vida. He aquí el fruto de la inteligencia del sentido de la vida. Repitamos: Es el abandono de los problemas y de las ocupaciones (1) lo que conserva la vida; porque este abandono protege el cuerpo de la fatiga y el espíritu vital de desgaste. Aquel cuyo cuerpo y cuyo espíritu vital están intactos y dispuestos, está unido a la naturaleza. Y la naturaleza es padre y madre de todos los seres. Por condensación se forma el ser; por disolución se deshace, para reconvertirse en otro ser. Y si, en el momento de esta disolución, su cuerpo y su espíritu vital están intactos, él es capaz de transmigrar. Quintaesenciado, se vuelve cooperador del cielo...”

CHUANG TSE

Bibliografía

- Abrams, D. B., Niaura, R. S., Carey, K. B., Monti, P. M., Binkoff, J. A. (1986)** Understanding relapse and recovery in alcohol abuse. *Ann Behavior Med.*
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., Teasdale, J. (1978)** Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *J Abnorm Psychol*; 87:49-74.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., Alloy, L. B. (1989)** Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychol Rev*; 96:358-72.
- American Psychiatric Association. DSM-IV-TR (2002)** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Anderson, K. G., Woolverton, W. L. (2003)** Effects of dose and infusion delay on cocaine self-administration choice in rhesus monkeys. *Psychopharmacology (Berl)*; 167: 424-430.
- Anthony, J. C., Tien, A. Y., Petronis, K. R. (1989)** "Epidemiologic evidence on cocaine use and panic attacks". *Am J Epidemiol*; 129: 543-9.
- Bagladi, Verónica (2010)** Psicología Integrativa en Trastornos de Personalidad. Maestría en Psicología Clínica. Sucre-Bolivia.
- Bagladi, Verónica (2009)** Una aproximación al bienestar psicológico. Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Vol 1. Santiago. Chile.
- Bagladi, V., Opazo, R. (2010)** La etiopatogenia de los trastornos de personalidad desde la Psicoterapia Integrativa. Maestría en Psicología Clínica. Sucre-Bolivia.
- Ballcels, M. (2001)** Complicaciones orgánicas de la cocaína. En: Pascual F, Torres M, Calafat A. Monografía Cocaína. Adicciones; 13(supl. 2): 167-178
- Bartlett, E., Hallin, A., Chapman, B., Angrist, D. (1997)** Selective sensitization to the psychosis-inducing effects of cocaine: A possible marker for addiction relapse vulnerability? *Neuropsychopharmacology*; 16: 77-82.
- Bechara, A., Dolan, S., Deburg, N., Hindes, A., Anderson, S. W., Nathan, P. E. (2001)** Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers. *Neuropsychology*; 39: 376-389.
- Beck, A. T., Emery, G., con la colaboración de Greenberg, R. L. (1985)** Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective, N. Y, Basic Books.
- Beck, A. T., Wright, Fred D., Newman, Cory F., Liese, Bruce S. (1999)** Terapia cognitiva de las drogodependencias. Editorial Paidós Ibèrica, S.A. Barcelona.
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, Brian F., Emery, G. (1979).** "Cognitive Therapy of Depression". Edición española: "Terapia Cognitiva de la Depresión". Editorial Española Desclée de Brouwer, 1992.

- Becoña, E (2007)** Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas. Universidad de Santiago de Compostela. Facultad de Psicología. Santiago de Compostela, Galicia, España.
- Becoña, E., Cortés, M. (2008)** “Guía Clínica de intervención psicológica en adicciones”. Guías clínicas: Socidrogalcohol basada en la evidencia científica. Editado por la Sociedad Científica Española de estudios sobre el Alcohol, el alcoholismo y otras toxicomanías.
- Bennett, M. E, Bellack, A. S, Gearon, J. S. (2001)** “Treating substance abuse in schizophrenia”. An initial report. *J Subst Abuse Treat*; 20: 163-75.
- Bermejo, Paloma (2010)** La regulación afectiva, la mentalización y el desarrollo del self. *Revista Aperturas Psicoanalíticas* Nro 030. Artículo de reseña: Regulation, mentalization, and development of the self.
- Bernard, D. Beitman., Dongmei, Yue. (2003)** Psicoterapia: Programa de formación. Elsevier España, pág 120.
- Bernardo, María Heloísa (1999)** Como abordar las recaídas o reincidencias y consumo de Substancias Psicoactivas, VII Conferencia Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, Viña del Mar, Chile.
- Bernstein, D. S., Borkovec, T. D. (1973)** Progressive relaxation training. Champaign, Illinois: Research Press.
- Biederman, J., Wilen, T., Mick, E y cols. (1999)** “Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder”. *Pediatrics*; 104: e20.
- Biegon, A., Dillon, K., Volkow, N. D y cols. (1992)** Quantitative autoradiography of cocaine binding sites in human brain postmortem. *Synapse*; 10: 126-30.
- Bigment, M. F. (2003)** Physical complications of substance abuse: what the psychiatrist needs to know. *Curr Opin Psychiatry*; 16: 291-6.
- Bleichmar, Silvia. (1999)** “Los orígenes del sujeto psíquico”, Del mito a la historia, Amorrortu Ediciones.
- Bolla, K. I., Cadet, J. L., London, E. D. (1998)** “The neuropsychiatry of chronic cocaine abuse”. *J Neuropsychiatr Clin Neurosci*; 10: 280-289.
- Bolla K. I., Funderburk, F. R., Cadet, J. L. (2000)** Differential effects of cocaine and cocaine alcohol on neurocognitive performance. *Neurology*; 54: 2285-2292.
- Boutros, N. N., Gelernter, J., Gooding, D. C. (2002)** “Sensory gating and psychosis vulnerability in cocaine-dependent individuals”: Preliminary data. *Biol Psychiatry*; 51: 683-6.
- Bradberry, C. W. (2000)** “Acute and chronic dopamine dynamics in a nonhuman primate model of recreational cocaine use”. *J. Neurosci*; 20: 7109-15.

Bradberry, C. W., Nobiletti, J. B., Elsworth, J. D y cols. (1993) Cocaine and cocaethylene: "Microdialysis comparison of brain drug levels and effects on dopamine and serotonin". *J Neurochem*; 60: 1429-35.

Brady, K. T., Lydiard, R. B., Malcom, R., Ballenger, J. C. (1991) "Cocaine-induced psychosis". *J Clin Psychiatry*; 52: 509-12.

Brady, K. T., Randall, C. L. (1999) "Gender differences in substance use disorders". *Psychiatr Clin N Am*; 22: 241-52.

Brown, R. A., Monti, P. M., Myers, M. G y cols. (1998) "Depression among cocaine abusers in treatment": relation to cocaine and alcohol use and treatment outcome. *Am J Psychiatr*; 155: 220-5.

Brown, E. S., Nejtek, V. A., Perantie, D. C., Bobadilla, L. (2002) Quetiapine in bipolar disorder and cocaine dependence. *Bipolar Disord*; 4: 406-11.

Brown, E. S., Nejtek, V. A., Perantie, D. C y cols. (2003) Lamotrigine in patients with bipolar disorder and cocaine dependence. *J Clin Psychiatry*; 64: 197-201.

Buckley, P. F. (1998) Substance abuse in schizophrenia: a review. *J Clin Psychiatry*; 59: 26-30.

Buela-Casal, G., Vicente, E. Caballo., Sierra, J. Carlos. (1996) Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. Siglo XXI. España Editores, pág 240.

Burns, D (1980) Feeling good. New York: Morrow.

Burns, D. D. (1980) Feeling good: The new mood therapy, N. Y, William Morrow (Trad. Cast.: Sentirse bien: una nueva fórmula contra las depresiones, Barcelona, Paidós, 1998).

Buss, A., Perry, M. (1992) The aggression questionnaire. *Journal of personality and social psychology*, 63, nro 3, 452-459.

Caballero, L. (2000) "Cocainomanía en los programas de metadona actuales". Bilbao: Instituto Deusto de Drogodependencias, (material docente).

Caballero, L. (1998) "Psicosis cocaínica". Congreso Anual de Socidrogalcohol: Tarragona.

Caballero, L. (1999) "Cocainomanía: de la neurobiología a la práctica clínica. *JANO Psiquiatría*; 1: 23-27.

Caballero, L. (2005) "Drogas y drogodependencias desde la perspectiva de la evolución". En Sanjuán J: *La Profecía de Darwin*, pp. 181-200. Barcelona: Ars Médica.

Caballero, L., Alarcón, A. (2000) "Cocaína y cocainomanía en atención primaria". En FCS (ed). *Drogas y drogodependencia en atención primaria*, vol II. pp. 205-244. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud.

- Caballo, E. Vicente (2002)** Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. España Editores, pág 52-53-58-184-407.
- Caballo, E. Vicente (2002)** Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales Siglo XXI de España Editores, pág 184.
- Cadet, J. L., Bolla, K. I. (1996)** Chronic cocaine use as a neuropsychiatric syndrome: "A model for debate. Synapse"; 22: 28-34.
- Calderón, C., Ortega, A. (2011)** Teorías cognitivo procesuales: Psicología de la Personalidad. <http://es.scribd.com/doc/3033517/teorias-cognitivo-procesuales>
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J. (1993)** History and significance of childhood attention deficit disorder in treatment-seeking cocaine abusers. *Compr Psychiatr*; 34: 75-82.
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Gordon, L. T y cols. (1994)** "Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers". *Arch Gen Psychiatr*; 51: 177-87.
- Carroll, K. M., Nich, C., Rounsaville, B. J. (1997)** Variability in treatment-seeking cocaine abusers: "Implications for clinical pharmacotherapy trials". *NIDA Res Monogr*; 175: 137-57.
- Carroll, K. M, Nich, C., Ball, S. A y cols. (2000)** One-year follow-up of disulfiram and psychotherapy for cocaine-alcohol users: sustained effects of treatment. *Addiction*; 95: 1335-49.
- Carroll, K. M., Fenton, L. R., Ball, S. A y cols. (2004)** Efficacy of disulfiram and cognitive behaviour therapy in coca dependent outpatients: a randomized placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*; 61: 264-72.
- Cautela, J. R., Groden, J. (1978)**. *Relaxation: A comprehensive manual for adults, children, and children with special needs*. Champaign, Illinois: Research Press Company.
- Celin-Bolivia., Alcaraz del Castillo, Franklin E., Serpéntegui, Silvia. (2010)** "Bolivia. Consumo De Drogas en Bolivia 1992-2010: Estudio Urbano-población de 12 a 65 años". Impreso en Bolivia.
- Childress, A. R. (1995)** Brain imaging during drug craving states. In: Harris L (Ed). *Problems of drug dependence*. NIDA Research. Monograph 153. NIH Pub. No. 95-3883. Washington, DC: Supt. Of Docs., U.S. Govt. Print. Off.
- Childress, A. R., Hole, A.V., Ehrman, R. N y cols. (1993)** "Cue reactivity and cue reactivity interventions in drug dependence". *NIDA Res Monogr*; 137: 73-95.
- Cervera, G., Rubio, G., Haro, G y cols. (2001)** La comorbilidad entre los trastornos del control de los impulsos, los relacionados con el uso de las sustancias y los de la personalidad. *Trastornos Adictivos*; 3: 3-10.

- Clark, David. A., Beck, Aaron, T., Alford, Brad. A. (1999)** Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression. New York, John Wiley and Sons.
- Cloninger, S. C., Salinas, M. E (2003)** Teorías de la personalidad. Pearson Educación.
- Clure, C., Brady, K. T., Saladin, M. E y cols. (1999)** Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use: "Symptoms pattern and drug choice. Am J Drug Alcohol Abuse"; 25: 441-8.
- Cocores, J. A., Davies, R. K., Mueller, P. S., Gold, M. S. (1998)** "Diagnosis of personality disorders in cocaine-dependent individuals". Am J Addict; 7: 1-6.
- Cohen, S. (1991)** "Causes of the cocaine outbreak", en A. M. Washton y M. S. Gold (comps.), Cocaine: A clinicians Bandbook, Nueva York, Guilfors, 3-9.
- Comenares, Pilar (2008)** El consumo de cocaína. Departamento de Asistencia en la Edad Adulta y el Tratamiento de los Trastornos por Abuso de Sustancias. <http://www.cinteco.com/profesionales/2008/11/19/el-consumo-de-cocaina/>
- Compton, W. M., Cottle, L. B., Abdallah, A y cols. (2000)** "Substance dependence and other psychiatric disorders among drug dependent subjects": Race and gender correlates. Am J Addict; 9: 113-25.
- Cottler, L. B., Compton, W. M., Mayer, D. (1992)** "Posttraumatic stress disorder among substance users from the general population". Am J Psychiatry; 149: 664-70.
- Cregler, L., Mark, H. (1986)** Medical complications of cocaine abuse. N Eng J Med; 315: 1495-99.
- Curran, C., Byrappa, N., McBride, A. (2004)** Stimulant psychosis: Systematic review. Br J Psychiatry; 185: 196-204.
- Dackis, C. A., O'Brien, C.P. (2001)** "Cocaine dependence: A disease of the brain's reward centers". J Subst Abuse Treat; 21: 111-7.
- Dackis, C. A., Gold, M. S. (1985)** New concepts in cocaine addiction: "The dopamine depletion hypothesis". Neurosci Biobehav Rev; 9: 469-77.
- Davids, E., Gastpar, M. (2003)** Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. Psychiatr Prax; 30: 182-6.
- De La Cruz, Mario. (2008)** Psicología Educativa. Terapia Cognitivo-Conductual. http://psiquisysofia.blogspot.com/2008_08_03_archive.html
- De la Vega, Jorge (2005)** Terapia familiar de la adicción a la cocaína. Terapeuta familiar. Las Palmas de Gran Canaria.
- Diamond, G.S., Liddle, H.A. (1996).** Resolving a therapeutic impasse between parents and adolescents in Multi-dimensional Family Therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 481-488.

- DiClemente, C. C., Fairhurst, S. K., Piotrowski, N. A. (1995)** Self-efficacy and addictive behaviors. En: Maddux JE, editors. Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application. New York: Plenum Press.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velásquez, M. M. y Rossi, J. S. (1991)** The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of changes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304.
- Dixon, L. (1999)** Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: "Prevalence and impact on outcomes". *Schizophr Res*; 35: S93-S100.
- Dom, G., Sabbe, B., Hulstijn, W., Van den Brink W. (2005)** "Substance abuse disorders and the orbitofrontal cortex". *Br J Psychiatry*; 187: 209-220
- Dunteman, G. H., Condelli, W. S., (1992)** "Fairbank JA Predicting cocaine use among methadone patients: Analysis of findings from a national study". *Hosp Community Psychiatry*; 43: 608-11.
- Ed. Médica Panamericana (2006)** Tratado SET de trastornos adictivos, pág 439.
- Elkashef, A., Vocci, F. (2003)** Biological markers of cocaine addiction: Implications formed development. *Addict Behav*; 8: 123-39.
- Ellis, A., Bertrand, M. (1985)** Clinical application of rational-emotive therapy, Cap. 9. Plenum press.
- Ellis, A. (1979)** Discomfort anxiety: A new cognitive behavior construct. Part 1. *Rational Living*, 14 (2) 3-8.
- Ernst, M., London, E. D. (1997)** Brain imaging studies of drug abuse: Therapeutic implications. *Semin Neurosci*; 9: 120-130.
- Eysenck, H.G. (1967)** "The biological basis of personality". Traducida por: Fontanella, Barcelona, 1978.
- Fajardo, Verónica (2011)** Relajación activa, entre la expansión y la contracción: La relajación progresiva de Jacobson
http://www.craneosacral.org/psicologia_ciencia/relajacion_activa.htm
- Farren, C. K., Hameedi, F. A., Rosen, M. A y cols. (2000)** Significant interaction between clozapine and cocaine in cocaine addicts. "Drug Alcohol Depend"; 59:153-63.
- Fernandez-Alvarez, H., Opazo, R. (2004)** La integración en Psicoterapia-Manual práctico. Editorial: Ediciones Paidós. España
- Feuchtmann, Cristián (2004)** "Una comprensión Integrativa de la Drogodependencia en Jóvenes". Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica: Mención Psicoterapia Integrativa.. Universidad Adolfo Ibáñez. Instituto Chileno. Escuela de Psicología.

- Flanner, B. A., Morgenstern, J., McKay, J y cols. (2004)** Co-occurring alcohol and cocaine dependence: "Recent finding clinical and field studies". *Alcohol Clin Exp Res*; 28: 976-81.
- Friedberg, R. D., McClure, M. J. (2005)** *Práctica clínica de terapia cognitiva*. Editorial Paidós.
- Foltin, R. W., Ward, A. S., Collins, E. D y cols (2003)** The effects of venlafaxine on the subjective, reinforcing, and cardiovascular effects of cocaine in opioid-dependent and non dependent humans. *Exp Clin Psychopharmacol*; 11: 123-30.
- Forcada R., Noelia Pardo, N., Bondía, B. (2005)** Impulsividad en dependientes de cocaína que abandonan el consumo. *Psiquiatra. Unidad de Conductas Adictivas Xàtiva. Area 13 (Valencia). Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana*.
- Forselledo, G. y cols. (1999)** *Manual regional de educación preventiva participativa para jóvenes y padres*, Instituto Interamericano del Niño, Montevideo.
- Fowler, J. S., Volkow, N. D., MacGregor, R. R y cols. (1992)** "Comparative PET studies of the kinetics and distribution of cocaine and cocaethylene in baboon brain". *Synapse*; 12: 220-27.
- Fox, N. A., Calkins, S. D. (2003)** The development of self-control of emotion: Intrinsic and extrinsic influences. *Motivation and Emotion*, 27, 7-26.
- Gawin, F. G., Ellinwood, E. H. (1988)** "Cocaine and other stimulants: Actions, abuse, and treatment", *New England journal of medicine*, vol. 318, nro 18: 1.173-1.182.
- Gawin, F. H., Kleber H. D. (1986)** "Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers": Clinical observations. *Arch Gen Psychiatry*; 43: 107-13.
- Gawin, F. H. (1991)** "Cocaine addiction, psychology and neurophysiology. *Science*"; 251: 1580-86.
- Giannini, A. J., Folts, D. J., Feather, J. N y cols (1989)** Bromocriptine and amantadine in cocaine detoxification. *Psychiatr Res*; 29: 11-6.
- Gil, Roger. (2007)** *Neuropsicología*. Elsevier España,
- Goldfried, M. R., & Davison, G. C. (1976)**. *Clinical behavior therapy*. New York, N.Y.: Holt, Rinehart and Winston.
- González, C. Eduardo. (2002)** Características psicológicas de los conyugues de adictos al alcohol. Descripción del autoconcepto en mujeres cónyuges de consumidores de alcohol, según, la severidad del consumo. Universidad Católica de Colombia. Facultad de Psicología. Bogotá D.C.

González, I. D. (2011) Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving. Universidad Autónoma de Baja California. Facultad de Ciencias Humanas. http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:AweV1oMprHcJ:www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp%3Ftexto%3Dart3b001+Seg%C3%BA+S%C3%A1nchez,+%282002%29+el+craving+es+un+deseo+%28o+necesidad+psicol%C3%B3gica%29+intenso+e+irrefrenable+que+conduce+al+individuo+a+abandonar+la+abstinencia.&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=bo&source=www.google.com.bo

Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Kidd, T. (2003) “The National Treatment Outcome Research Study (NTORS)”: 4-5 year follow-up results. *Addiction*; 98: 291: 303.

Goti Elena (2000) La comunidad Terapéutica. Un desafío a la droga, 3ª ed., Nueva Visión, Buenos Aires.

Grabowski, J., Rhoades, H., Elk, R y cols. (1995) Fluoxetine is ineffective for treatment of cocaine dependence or concurrent opiate and cocaine dependence: Two placebo-controlled double-blind trials. *J Clin Psychopharmacol*; 15:163-174.

Graña, J. L., García, A. (1996) “Teorías Explicativas de las Drogodependencias”. En *Conductas Adictivas: Teoría, Evaluación y Tratamiento*. Graña, José Luis (Ed.). Capítulo 2. Ed. Debate, Madrid.

Graña, J. L., García, A. (1996) “Prevención de recaídas en Drogodependencias”. En *Conductas Adictivas: Teoría, Evaluación y Tratamiento*. Graña, José Luis (Ed.). Capítulo 6. Ed. Debate, Madrid.

Graña, José Luis (1996) “Intervención Conductual Familiar en Drogodependencias” En *Conductas Adictivas: Teoría, Evaluación y Tratamiento*. Graña, José Luis (Ed.). Capítulo 7. Ed. Debate, Madrid.

Gratz, K. (2003) Risk factors and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 192–205.

Gray, J. A. (1994) Framework for a taxonomy of psychiatric disorder. In S. H. M. van Goozen, N. E. van de Poll, y J. Sergeant (Eds.), *Emotions: Essays on emotion theory* (pp. 29-59). Hillsdale, N. J.: Erlbaum Lawrence Associates.

Guajardo, H., Bagladi, V., Kushner, D. (2003) “Integrative Psychotherapy in Addictive Disorders” En *Journal of Psychotherapy Integration* (en prensa).

Guajardo, H., Kushner, D. (2004) Manual terapéutico para la rehabilitación de adicciones. Editorial de la “Universidad de Chile”

Guardia, J., Segura, L., Gonzalvo, B., Iglesias, L., Roncero, C. (2008) Neuroimagen y alteraciones del funcionamiento cerebral, asociadas al consumo de cocaína. Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Guillamón, N., Baeza, C. (2004) Clínica de la ansiedad.

Haasen, C., Prinzleve, M., Zurhold, H y cols. (2004) "Cocaine use in Europa - a multi-centre study". *Eur Addict Res*; 10: 139-46.

Hall, G. W., Carriero, N. J., Takushi, R. Y. (2000) "Pathological gambling among cocaine-dependent outpatients. *Am J Psychiatry*"; 157: 1127-33.

Hameedi, F. A., Rosen, M. I., McCance-Kantz, E. F y cols. (1995) Behavioral, physiological, and pharmacological interaction of cocaine and disulfiram in humans. *Biol Psychiatr*; 37: 560-3.

Harcum, E. R (1994) A psychology of freedom and dignity: The last train to survival. Greenwood Publishing Group.

Haro, G., Cervera, G., Martínez-Raga, J y cols. (2003) Pharmacological treatment of substance dependence from a neuroscientific perspective (I): Opiates and cocaine. *Actas Esp Psiquiatr*; 31: 205-19.

Hart, C. L., Jatlow, P., Sevarino, K. A y cols. (2000) "Comparison of intravenous cocaethylene and cocaine in humans". *Psychopharmacology*; 149: 153-162.

Hart, C. L., Jatlow, P., Sevarino, K. A y cols. (2000) "Comparison of intravenous cocaethylene and cocaine in humans". *Psychopharmacology (Berl)*; 149: 153-62.

Heider F. (1958) The psychology of interpersonal relations. New York: Wiley.

Henning, R. J., Wilson, L. D., (1996) "Cocaethylene is as cardiotoxic as cocaine but is less toxic than cocaine plus ethanol". *Life Sci*; 59: 615-27.

Herning, R. I., King, D. E (1993) EEG and evoked potentials alterations in cocaine-dependent individuals. In: Majewska MD (Ed.) Neurotoxicity and neuropathology associated with cocaine abuse. NIDA Research Monograph 163. U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. Rockville. 203-223.

Hervás G., Vázquez, C. (2011) La regulación afectiva: Modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Campus de Somosaguas, 28223 Madrid, Esp

Hettema, J., Steele, J., Miller, W. R. (2005) Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111.

Howell, L. L., Wilcox, D. M. (2001) The dopamine transporter and cocaine medication development: Drug self-administration in nonhuman primates. *J Pharmacol Exp Ther*; 298: 1-6.

Jacobson, E. (1938). Progressive relaxation. Chicago: The University of Chicago Press.

Jasiukaitis, P., Fein, G. (1999) Intact visual word priming in cocaine dependent subjects with and without cognitive deficit. *Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*; 23: 1019-1036.

- Jatlow, P., Elsworth, J. D., Bradberry, C. W y cols. (1991)** Cocaethylene: "A neuropharmacologically active metabolite associated with concurrent cocaine-ethanol ingestion". *Life Sci*; 48: 1787-94.
- Jentsch, J. D., Roth, R. H., Taylor, J. R. (2000)** Objet retrieval/detour deficits in monkeys produced by prior subchronic phencyclidine administration: Evidence for cognitive impulsivity. *Biological Psychiatry*; 48: 415-424.
- Jiménez, M., Graña, J. L., Rubio, G., (2002)** Modelos teóricos de conceptualización del "Craving". *Trastornos adictivos*; 4: 209-15.
- Jonson, B. (1999)** "Three Perspectives on Addiction". Publicado originalmente en *Journal of the American Psychoanalytic Association*, Vol. 47, N°3, pp 791-815. Disponible en línea en: <http://www.aperturas.org/6johnson.html>.
- Johnson, B. (1993)** A developmental model of adidictions and its relationship to twelve step program of Alcoholics Anonymous. *Journal of Substance AbuseTreatment* 10:23-34.
- Johnson, B., Clark, W. (1989)** Alcoholism: A challenging physicianpatient encounter. *Journal of General Internal Medicine* 4:445-452.
- Jufer, R. A., Wstadik, A., Walsh, S. L y cols. 2000)** "Elimination of cocaine and metabolites in plasma, saliva and urine following repeated oral administration to human volunteers". *J Anal Toxicol*; 24: 467-477.
- Kalechtein, A. D., Newton, T.F., Laevengood, A.H. (2002)** "Apathy syndrome in cocaine dependence". *Psychiatry*; 109: 97-100.
- Kampman, K. M., Volpicelli, J. R., Alterman, AI, et al. (2000)** Amantadine in the treatment of cocaine-dependent patients with severe withdrawal symptoms. *Am J Psychiatr*; 157: 2052-4.
- Kavanagh, D., Bower, G. (1985)** Mood and Self-Efficay: Impact of joy and Sadness on Perceived Capabilities. *Cognitive Therapy and Research*. Vol 9.
- Kazdin, A. (1996)** *Modificación de la Conducta y sus Aplicaciones Prácticas*. 2ed. Manual Moderno. México, Distrito Federal.
- Kernberg, O. (1975)** *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Aronson.
- Kernberg, P. F (1994)** Mechanisms of defense: Development and researches perspectives. *Bull. Mennin clinic.*, 58:55-58
- King, A. C. (2004)** Client related predictors of early treatment dropout in a substance abuse clinic exclusively employing individual therapy. *J Subst Abuse Treat*. Canada SA.
- Kleinman, P. H., Miller, A. D., Millman, R. B y cols. (1990)** "Psychopathology among cocaine abusers entering treatment". *J Nerv Ment Dis*; 178: 442-7.

Kleber, H. D. (2003) Pharmacologic treatments for heroin and cocaine dependence. *Am J Addict; Suppl 2: S5-S18.*

Knorring, L., Ekselius, L (1998) Psychopharmacological treatment and impulsivity. En Millon, T., Simonsen, E., Birket-Smith, M., Davis, R. D. (eds) *Psychopathy, Antisocial, Criminal and Violent Behaviour*. NY. Guilford Press.

Korovsky, G., Rial, C., Olave, M.S. (2010) El desafío de la prevención de recaídas en drogodependencias.

Kosten, T. R., Morgan, C. M., Falcione, J y cols (1992) Pharmacotherapy for cocaine-abusing methadone-maintained patients using amantadine or desipramine. *Arch Gen Psychiatr; 49: 894-8.*

Kosten, T. R., Kleber, H. D. (1998) "Rapid death during cocaine abuse: a variant of the neuroleptic malignant syndrome?". *Am J Drug Alcohol Abuse; 14: 335-46.*

Krystal, J. H., D'Souza, D. C., Madonick, S y cols. (1999) "Toward a rational pharmacotherapy of comorbid substance abuse in schizophrenic patients". *Schizophr Res; 35: S35-S49.*

Labrador, J. F., Cruzado, J. A., Muñoz, M. (2004) Manual de Técnicas de modificación y terapia de conducta. Ediciones Pirámide (grupo anaya, S. A.) Madrid-España.

Larsen, R. L. (2000) Toward a science of mood regulation. *Psychological Inquire, 11, 129-141.*

Lazarus, A. A. (1971). Behavior therapy and beyond. New York, N.Y.: McGraw-Hill Book Company.

Leal, P. V. Heman. (1998) La baja tolerancia a la frustración y las adicciones. *LiberAddictus* núm. 17.

Leiva, Jorge (2010) "Las Distorsiones Cognitivas en los adictos a la Cocaína" *JLH Psychology*.

http://www.jlhpsychology.com/index.php?option=com_content&task=view&id=60&Itemid=2

Levin, F. R., Evans, S. M., Kleber, H. D. (1998) Prevalence of adult attention deficit/hyperactivity disorder among cocaine abusers seeking treatment. *"Drug Alcohol Depend"; 52: 15-25.*

Liddle, H. A., Dakof, G. A. (1995) Family-based treatment for adolescent drug use: state of the science. En: *Adolescent drug abuse: clinical assesment and therapeutic interventions*. NIDA Research Monograph, 156, 218-254.

Lima, M. S., Reisser, A. A., Soares, B. G., Farrell, M. (2003) Antidepressants for cocaine dependence (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev; 2:CD002950.*

Linehan, M. (1993) Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Press.

Lizarraga, S., Ayarra, M (2001) Entrevista motivacional. The motivational interview. ANALES Sis San Navarra; 24 (Supl. 2): 43-53. Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo Comunicación y Salud de Navarra. Centro de Salud de Huarte (Navarra).

Lizasoain, I., Moro, M. A., Lorenzo, P. (2001) Cocaína: "Aspectos farmacológicos". En Pascual F, Torres M, Calafat A. Monografía Cocaína. Adicciones; 13(supl. 2): 37-46

López R, (1996) La relajación como una de las estrategias psicológicas de intervención más utilizadas en la práctica clínica actual. Parte II. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociales CIPS. Consultado el 12 de marzo de 2009 en: www.psicologiaonline.com

López, F., Martín, I., de la Fuente, I. y Godoy, J.F. (2000) Estilo atribucional, autocontrol y asertividad como predictores de la severidad del consumo de drogas. *Psicothema*, 12, 331-334.

Llorente Del Pozo, J. M., Iraurgi-Castillo, E. I. (2008) Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabituación de cocaína. Hospital de Día de Toxicomanías Foronda-Osakidetza. Foronda. Álava. España. Módulo de Asistencia Psicosocial de Rekalde. Rekalde. Vizcaya. España.

Llorente, J. M., Fernández, C., Gutiérrez, M., Vielva, I. (1998) Psychological and behavioural factors associated with relapse among heroin abusers treated in therapeutic communities. *Addict Behav.*

McCance-Katz, E. F and Schottenfeld, R. (1995) "Attention-deficient/hyperactivity disorder and cocaine abuse". *Am J Addict*; 4: 88-99.

McCance-Katz, E. F., Price, L. H., McDougle, D. J y cols. (1993) Concurrent cocaine-ethanol ingestion in humans: "Pharmacology, physiology, behavior, and the role of cocaethylene". *Psychopharmacology (Berl)*; 111: 39-46.

McConaughy, E. A., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O. y Velicer, W. F. (1989) Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy*, 26, 494-503.

McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., Velicer, W. F. (1983) Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 20, 368-375.

McMahon, R. C., Malow, R., Loewinger, L. (1999) "Substance abuse history predicts depression and relapse status among cocaine abusers". *Am J Addict*; 8: 1-8.

McNally, A. M., Palfai T. P., Levine, R. V., Moore, B. M. (2003) Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults: The mediational role of coping motives. *Addictive Behaviors*, 28, 1115-1127.

Mahoney, M. (1991) Human Change Processes. Basic Books.

Majewska, M. D. (1996) "Cocaine addiction as a neurological disorder: Implications for Treatment". *NIDA Res Monogr*; 163: 1-26.

Malpica, Karina (2011) Las drogas tal cual
<http://www.mind-surf.net/drogas/cocaina.htm>

Manschreck, T. C., Laughery, J. A., Weisstein, C. C. (1988) "Characteristics of freebase cocaine psychosis". *Yale J Biol Med*; 61: 115-22.

Margolin, A., Avants, S. K., Rounsaville, B y cols. (1997) "Motivational factors in cocaine pharmacotherapy trials with methadone-maintained patients": Problems and paradoxes. *J Psychoactive Drugs*; 29: 205-12

Margolin, A., Avants, S. K., and Kosten., T. R. (1996) "Abstinence symptomatology associated with cessation of chronic cocaine abuse among methadone-maintained patients". *Am J Drug Alcohol Abuse*; 22: 377-88.

Marlatt, G. A., Baer, J. S., Quigley, L. A. (1995) Self-efficacy and addictive behavior. En: Bandura A, editors. *Self-efficacy and addictive behavior*. New York: Cambridge University Press.

Marlatt, G. A. (1985) Coping and substance abuse: Implications for research. En: Shiffman S, Wills TA, editors. *Coping and substance use*. Orlando: Academic Press.

Marlatt GA, Gordon JR. (1985) Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: The Guilford Press.

Martino, S., McCance-Kant, E., Workman, O. J. (1995) The development of a dual diagnosis partial hospital program. "*Dev Ambul Ment Health Care*"; 2: 145-65.

Meyers, W. A. (1994) Addictive sexual behavior. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 42: 1159-1182.

Milby, J. B., Schumacher, J. E., McNamara, C y cols. (2000) "Initiating abstinence in cocaine abusing dually diagnosed homeless persons". *Drug Alcohol Depend*; 60: 55-67.

Millar, W., Rollnick, S. (1999) "La Entrevista Motivacional: Preparar Para el cambio de Conductas Adictivas". Ed. Paidós Ibérica, Barcelona.

Miller, P. M., Mastria, M. A. (1977) Alternatives to alcohol abuse: A social learning model. Champaign, Illinois: Research Press Company.

Miller, F. T., Busch, F., Tanenbaum, J. H. (1989) "Drug abuse in schizophrenia and bipolar disorder". *Am J Drug Alcohol Abuse*; 15: 291-5.

Miller, R., Rollnick, S. (1991) Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour. New York: Guildford Press.

Miller R., Rollnick, S (1999) La entrevista motivacional. Barcelona: Paidós.

Miller, R., et al., (2003) Motivational interviewing in drug abuse services: A randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 754-763.

Meyer, E. (1925) "Veber morphisms, cocainismo and deu missbrauch ordenador narkotiko". *Med Klinik*, 20: 401.

- Moeller, F. G., Dougherty, D. M., Barratt E. S. (2002)** Oderinde V, Mathias C W, Harper R A, et al. Increased impulsivity in cocaine dependent subjects independent of antisocial personality disorder and aggression. *Drug and Alcohol Dependence*; 68:105-111.
- Morales, J. F., Blanco, A., Fernández Dols, J. M., Huici, C (1985)** *Psicología Social Aplicada*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Myrick, H., Brady., K. T. (1997)** "Cocaine and panic disorder". *Am J Psychiatry*; 143: 1320.
- Najavits, L. M., Gastfriend, D. R., Barber, J. O y cols. (1998)** "Cocaine dependence with and without PTSD among subjects in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study". *Am J Psychiatry*; 155: 214-9.
- Newcomb, M. D., Harlow, L. L. (1986)** Life events and substance use among adolescents: mediating effects of perceived loss of control and meaninglessness in life. *J Pers Soc Psychol*.
- Nicholl, Charles (1998)** *La ruta de la coca*, Biblioteca grandes viajeros, España.
- Ochoa, E. (2000)** Cocaína y comorbilidad psiquiátrica *Actas Esp Psiquiatra*; 28:40-52.
- Opazo, Roberto. (2001)** *Psicoterapia Integrativa: "Delimitación clínica"*. Ediciones ICPSI. Instituto Chileno De Psicoterapia Integrativa. Impreso en Santiago de Chile.
- Opazo, Roberto (2000)** "El Desarrollo Asertivo". Editorial: Ediciones ICPSI: Chile
- Paulhus, D. L., Fridhandler, B., Hayes, S. (1997)** Psychological defense: Contemporary theory and research. In R. Hogan, J. A. Johnson, & S. R. Briggs (Eds.), *Handbook of Personality Psychology* (pp. 543-579). San Diego: Academic Press.
- Pérez de los Cobos J., Santis, R., Tejero, A. (1999)** "La medición del craving de sustancias psicoactivas ilegales". *Trastornos Adictivos*; 1: 22-6.
- Pérez-Poza, A., Fernández, C. (2001)** Tratamiento psicosocial de las adicciones (modelo conductual). *Psiquiatría*. Hospital Miguel Servet. Zaragoza, España.
- Pickering, A. D., Gray, J. A. (1999)** The neuroscience of personality. In Pervin, L. A. y John, O. P. (Eds.) *Handbook of Personality: Theory and Research*. Second Edition. New York, NY: The Guilford Press.
- Platt, J. J., (1997)** "Cocaine Addiction". *Theory, Research and Treatment*. Cambridge(Mass): Harvard University Press,.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. (2004)** "Cocaine Use in Europe-A multicentre study": Patterns of use in different groups. *Eur Addict Res*; 10: 147-55.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1982)** Transtheoretical therapy: Towarda more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 19, 276-288.

- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1985)** Common processes of self-change in smoking, weight control and psychological distress. En S. Shiffman y T. A. Wills (Eds.), *Doping and substance abuse* (pp. 345-363). San Diego: Academic Press.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1992)** Stages of change in the modification of problem behaviors. En M. Hersen, R. M. Eisler, y P. M. Millar (Eds.). *Progress in behavior modification*, Vol.28 (pp. 184-214). Sycamore, IL: Sycamore.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. (2007)** *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical analysis*. Pacific Grove: Brooks/Cole.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Norcross, J. C. (1997)** In search of how people change: applications to addictive behaviors. En A. Marlatt y G. R. Van den Bos (eds.), *Addictive behaviors: Readings on etiology, prevention, and treatment* (pp. 671-696). Washington: American Psychological Association.
- Porrino, L. J., Daunais, J.B., Smith, H.R., Nader, M.A. (2004)** "The expanding effects of cocaine": Studies in a nonhuman primate model of cocaine self-administration. *Neurosci Biobehav Rev*; 27: 813-820.
- Pottieger, A. E., Tressell, P.A., Surratt, H.L y cols. (1995)** "Drug use patterns of adult crack users in street versus residential treatment samples". *J Psychoact Drugs*; 27: 27-38.
- Power, M., Dalgleish, T. (1997)** *Cognition And Emotion. From Order To Disorder*. Hove, Uk: Erlbaum.
- Randall, T. (1992)** "Cocaine, alcohol mix in body to form even longer lasting, more lethal drugs". *JAMA*; 267: 1043-4.
- Reid, M. S., Ciptet, D., O'Leary, S y cols. (2004)** "Sensitization to the psychosis-inducing effects of cocaine compared with measures of cocaine craving and cue reactivity". *Am J Addict*; 13: 305-15.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S y cols. (1990)** Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. "Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study". *JAMA*; 264: 2511-8.
- Riso, Walter (2009)** *Terapia cognitiva/ Cognitive Therapy: Fundamentos teoricos y conceptualización del caso CLÍNICO/Teorical Fundamentals and Conceptualization Of The Clinical Case*. Editorial Paidós.
- Rodríguez, Jaime (1998)** *Psicopatología del niño y del adolescente*. Universidad de Sevilla, pág. 913.
- Rodríguez, Mercedes (2008)** *Psicopatología y Agresividad en población dependiente a la cocaína en tratamiento*. Unidad Terapéutica de Reinserción y tratamientos penitenciarios del CES Proyecto Hombre de Madrid. España.
- Rodríguez, N. E (2007)** *Psicoterapeuta Cognitivo-Conductual*. Psicóloga clínica especializada en adicciones. República Oriental del Uruguay.

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:llMbrZqVrdQJ:www.fupsi.org/index.php%3Fopcion%3Dcom_content%26task%3Dview%26id%3D22%26Itemid%3D36+Se+trabaja+sobre+los+aspectos+cognitivos+conductuales,+sobre+las+consecuencias+que+se+derivan+a+mediano+y+largo+plazo+del+consumo+de+coca%C3%ADna+m%C3%A1s+alcohol.+Se+va+confrontando+al+paciente+con+sus+experiencias+en+for+ma+gradual,&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=bo&source=www.google.com.bo

Rosenbaum, J. F. (1986) "Cocaine and panic disorder". *Am J Psychiatry*; 143: 1320.

Ross, D. L. (1998) Factors associated with excited delirium deaths in police custody. *Mol Pathol*; 11: 1127-37.

Rounsaville, B., Aton, S. F., Carroll, K y cols. (1991) "Psychiatric diagnoses of treatment seeking cocaine abusers". *Arch Gen Psychiatry*; 48: 43-51

Ruiz, J. J., Cano, J. J. (2010) *Psicoterapia por la Personalidad*.

Rusting, C. L., Larsen, R. J. (1998) Personality and cognitive processing of affective information. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24, 200-213.

Salloum, I. M., Douaihy, A., Ndimbie, O. K., Kirisci, L. (2004) "Concurrent alcohol and cocaine dependence impact on physical health among psychiatric patients". *JAddict Dis*; 23: 71-81.

Samsha (Substance Abuse and Mental Health Services Administration). (2004) "Información epidemiológica disponible en la red",.

Sánchez, E. (2002). Estrategias para el manejo del craving (a drogas). *Anales de Psiquiatría*. Vol. 18 No 1.pp27-34.

Satel, S. L., Price, L. H., Palumbo, J. M y cols. (1991) "Clinical phenomenology and neurobiology of cocaine abstinence": a prospective inpatient study. *Am J Psychiatry*; 148: 1712-16.

Satell, S. L., Edell, E. S. (1991) "Cocaine-induced paranoia and psychosis proneness". *Am J Psychiatry*; 48: 1708-11.

Satell, S. L., McDougle. C. J. (1991) "Obsessions and compulsions associated with cocaine abuse. *Am J Psychiatry*"; 148: 947.

Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Álvarez, H., Río, Arcadio., Fernández-Hermida, José R., Carballo, José Luis. (2006) "El Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo para el tratamiento de la adicción a la cocaína". Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo. Proyecto Hombre. Asturias.

Self, D. W., Nestle, E. J. (1998) "Relapse to drug-seeking: Neural and molecular mechanisms". *Drug Alcohol Depend*; 51: 49-60.

Shearer, J., Wodak, A., Van Beek, I y cols. (2003) Pilot randomized double blind placebocontrolled study of dexamphetamine for cocaine dependence. *Addiction*; 98: 1137-41.

- Serper, M. R., Chou, J. C., Allen, M. H y cols. (1999)** "Symptomatic overlap of cocaine intoxication and acute schizophrenia at emergency presentation". *Schizophr Bull*; 25: 387-94.
- Schmitz, J. M., Stotts, A. L., Averill, P. M., et al. (2000)** Cocaine dependence with and without comorbid depression: "A comparison of patient characteristics. *Drug Alcohol Depend*"; 60: 189-98
- Schmitz, J. M, Averill, P., Stotts, A. L y cols. (2001)** Fluoxetine treatment of cocaine-dependent patients with major depressive disorder. *Drug Alcohol Depend*; 63: 207-14.
- Schubiner, H., Tzelepis, A., Milberger, S y cols. (2000)** "Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder among sustance abusers". *J Clin Psychiatr*; 61: 244-51.
- Schuckit, M. A., Daepen, J. B., Danko, G. P y cols. (1999)** "Clinical implications for four drugs of the DSM-IV distinction between substance dependence with and without a physiological component". *Am J Psychiatry*; 156: 41-9.
- Shulguin, Alexander (1999)** "La legalización de ciertas drogas debería de ir acompañada de educación". Año XVI, No. 2, México.
- Sifneos, P. E. (1972)** Short-term psychotherapy and emotional crisis. Cambridge: Harvard University Press.
- Sifneos, P. E. (1995)** Psychosomatique, alexithymic characteristics in psychosomatic patients . *Psychotherapy and Psychosomatics* 22, 255-62.
- Singer AJ, McCance-Katz E, Petrakis I y cols. (1999)** The effects of naltrexone and isradipine on the behavioral response to cocaine in human subjects. *NIDA Res, Monogr* 180.
- Sivak, R., Wiater, A (1997)** "Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos", Paidós.
- Smelson, D. A., Williams, J., Ziedonis, D y cols. (2004)** A double blind placebo-controlled pilot study of risperidone decreasing cue-elicited craving in recently withdraw cocaine dependent patients. *J Subst Abuse Treat.* 2004; 27: 45-9.
- Sofuoglu, M., Brown, S., Babb, D. A y cols. (2001)** Depressive symptoms modulate the subjective and physiological response to cocaine in humans. "*Drug Alcohol Depend*"; 63: 131-7.
- Stanton, D., Stanton, J. (1991)** "Terapia con Familias de Adolescentes Drogadictos" . En *Revista Sistemas Familiares*, Año 7, N°2. Bs. Aires.
- Stanton, M., bTodd, T. (1997)** "Terapia Familiar del Abuso y Adicción a las Drogas". Barcelona: Editorial Gedisa.
- Stimmel, B. (1991)** The facuss about drug use: Coping With drugs and alcohol im your family, at work, in your comunity, Nueva York, Consumer reports Books.

Swersen, G., Ilett, K. F., Dusci, L. J. (1993) Patterns of drug use by participants in the Western Australian methadone program, 1984-1991. *Med J Aust*; 159:373-6.

Szapocznik, J., Williams, R. A. (2000) Brief Strategic Family Therapy: twenty_ ve years of interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problems and drug abuse. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 117-134.

Szapocznik, J., Lopez, B., Prado, G., Schwartz, S. J.,Pantin, H. (2006) Outpatient drug abuse treatment for Hispanic adolescents. *Drug and AlcoholDependence*, 84 Suppl 1, S54-63.

Tarter, R.E., Ott, P. J., Mezzich, A.C. (1991) "Psychometric assessment", en R. J. Frances y S.I. Miller (comps.), *Clinical textbook of addictive disorders*, Nueva York, Guilford, págs. 237-267.

¡Error! Referencia de hipervínculo no válida.

Torres, A., Robert, A., Tejero, T., Boget, Y. J., Pérez de los Cobos. (2006) Indefensión aprendida y dependencia de sustancias. Instituto Clínico de Neurociencias. Servicio de Psicología Clínica. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. España. Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. España.

Tsuang, J., Marder, S. R., Han A., Hsieh, W. (2002) Olanzapine treatment for patients with schizophrenia and cocaine abuse. *J Clin Psychiatry*; 63: 1180-1.

Turvey, C., Salovey, P. (1993–1994) Measures of repression: Converging on the same construct? *Imagination, Cognition, and Personality*, 13, 279–289.

USDHHS (U.S. Department of Health and Human Services). (1993) "Drug abuse warning network", 1992. Washington: US Government Printing Office, 1993.

Uslaner, J., Kalechstein, A., Richter, T y cols. (1999) "Association of depressive symptoms during abstinence with the subjective high produced by cocaine". *Am J Psychiatry*; 156: 1444-46.

Vaillant, G. E. (1971) Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, 24, 107-118.

Vaillant, G. E. (1992) The Historical Origins and Future Potential of Sigmund Freud's Concep... *Int. R. Psycho-Anal.*, 19:35-50

Vaillant, G. E. (1993) *The Wisdom of the Ego*, Boston Harvard University's Press.

Van den Brink, W., Van Ree, J. M. (2003) Pharmacological treatments for heroin and cocaine addiction. *Eur Neuropsychopharmacol*; 13: 476-87.

Van Etten, M. L., Anthony, J. C. (1999) "Comparative epidemiology of initial drug opportunities and trsitions to first use: Marijuana, cocaine, hallucinogens and heroin". *Drug Alcohol Depend*; 54: 117-25.

Van Hasselt et al. (1993) Social Skills and depression in adolescent substance abusers. *Addictive behaviours*, 18, 9-18.

Verdejo, A., López-Torrecillas, F., Aguilar, F., Pérez, M (2005) Effects of executive impairments on maladaptive explanatory styles in substance abusers: Clinical implications. *Arch Clin Neuropsychol.* 2005.

Verdejo, A., López-Torrecillas, F., Orozco, C., Pérez, M. (2002) Impacto de los deterioros neuropsicológicos asociados al consumo de sustancias sobre la práctica clínica con drogodependientes. *Adicciones*; 14: 345-370.

Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S. (1997) "Imaging studies of cocaine in the human brain and studies of the cocaine addict". *Ann N Y Acad Sci*; 820: 41-54; discussion 54-5

Volkow, N. D., Fowler, J. S., Wolf, A. P., Hitzemann, R., Dewey, S., Bendriem, B. et al. (1991) Changes in brain glucose metabolism in cocaine dependence and withdrawal. *Am J Psychiatry*; 148: 621-626.

Vocci, F. J., Elkashef, A. (2005) Pharmacotherapy and other treatments for cocaine abuse and dependence. *Curr Opin in Psychiatry*; 18: 265-270.

Wachtel, P. L. (1977) Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an integration. Nueva York: Basic Books

Wachtel, P. L. (1987) Action and insight. Nueva York: Guilford Press.

Ward, A. S., Haney, M., Fischman, M. W y cols. (1997) "Binge cocaine self-administration by humans: smoked cocaine". *Behav Pharmacol*: 8: 736-44.

Warner, L. A., Kessler, R.C., Hughes, M y cols. (1995) "Prevalence and correlates of drug use and dependence in the United States". Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatr*; 52: 219-29.

Washton, M. A. (1995) La adicción a la cocaína: tratamiento, recuperación y prevención. Editorial Paidós.

Watts, F.N. (1992) Applications of current cognitive theories of the emotions to the conceptualization of emotional disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 153-167.

Weinstein, S. P., Gottheil, E. y Sterling, R. C. (1992) "Cocaine users in medical practice: A five-year follow-up", *American journal of Drugs and Alcohol Abuse*, Nro 18: 157-166.

Weiner B. (1985) An attributional theory of achievement, motivation and emotion. *Psychol Rev.* 1985; 4:548-73.

Wenzel, K., Bernstein, D. R., Handelman, L y cols. (1996) Levels of dissociation in detoxified substance abusers and their relationship to chronicity of alcohol and drug use. *J Nerv Ment Dis*; 184: 220-7.

Westermeyer, J., Kopka, S., and Nugent, S. (1997) "Course and severity of substance abuse among patients with comorbid major depression". *Am J Addict*; 6: 284-92.

Wiederman, M. W, Pryor, T. (1996) "Substance use among women with eating disorders". *Int J Eat Disord*; 20: 163-8.

Wilson GT (1987) Cognitive processes in addiction. *British J Addiction*.

Wills et al. (1989) Dimensions of assertiveness: Differential relationships to substance use in early adolescence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57, 473-478.

Winnicott, D. W (1951) Transitional objects and transitional phenomena. In *Collected Papers*. New York: Basic Books, 1958, pp.229-242.

Wolpe, J. (1958) *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, California: Stanford University Press.

Wolpe, J. (1993) *Práctica de la Terapia de la Conducta*. 3ed. Trillas. México, Distrito Federal.

Wurmser, L. (1974) Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 22:820-843.

Wurmser, L. (1978) *The Hidden Dimension: Psychodynamics of Compulsive Drug Use*. New York: Aronson.

Wurmser, L. (1981) *The Mask of Shame*. Baltimore: Johns Hopkins Press.

Yzuel, M, (2011) Higiene del sueño.: <http://www.yvanmet.net/Higiene%20sueno.html>

Zimmet, S. V, Strous, R. D, Burgess, E. S y cols. (2000) Effects of clozapine on substance use in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder: "A retrospective survey". *J Clin Psychopharmacol*; 20: 94-8.

Zullino, D. F., Khazaal, Y., Hattenschwiler, J y cols. (2004) Anticonvulsant drugs in the treatment of substance withdraw. *Drugs Today (Barc)*; 40: 603-19.

Anexos

Anexo I : Ficha de Evaluacion Clinica Integral (FECI)

Anexo II : Ficha de Evaluacion Clinica Integral en Adicciones (FECIAD)

FICHA DE EVALUACIÓN CLÍNICA INTEGRAL

(F. E. C. I.)

La presente Ficha de Evaluación deriva del **Modelo Integrativo** del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI) y procura recoger diversos antecedentes esenciales para su mejor atención clínica.

Iniciar un trabajo psicoterapéutico o de desarrollo psicológico implica una decisión importante, lo cual supone una motivación para la revisión personal. Más aún, la investigación psicológica actual, demuestra que el proceso de psicoterapia se ve sustancialmente enriquecido cuando existe una participación activa y comprometida por parte de la persona que consulta.

El presente cuestionario requiere precisamente de su participación activa. Dada la extensión de éste, Ud. podrá responderlo en dos o más etapas, si así lo desea. Lo fundamental es que se concentre en las preguntas y respuestas ya que este esfuerzo redundará en su propio beneficio.

Por favor, responda con interés y veracidad, con la seguridad que estos antecedentes tendrán un carácter absolutamente **confidencial**. Trate de responder todas las preguntas.

I. DATOS DE IDENTIFICACION

1. Nombre completo:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

2. Sexo: M F

3. Edad: _____

4. Fecha y lugar de nacimiento:

5. Estado Civil:

Soltero

Casado

Viudo

Separado

Conviviente

Otro _____

6. Dirección particular:

Calle: _____ N° _____

7. Teléfono particular: _____ 8. Teléfono Oficina: _____

9. Ocupación actual:

II. ANTECEDENTES INICIALES

1. Señale brevemente las **razones** que lo han llevado a consultar:

.....
.....

2. La decisión de consultar, en esta oportunidad, la adoptó:

1. Por iniciativa propia

2. Por sugerencias familiares

3. Por sugerencias de amigos

4. Por presión familiar

5. Por sugerencia de otro profesional:

A. Psicólogo

B. Psiquiatra

C. Neurólogo

D. Médico de otra especialidad

6. Otros:

Comentarios:
.....

3. ¿Cómo evalúa Ud. la **severidad** de sus problemas psicológicos actuales?

1. Muy poco severos

2. Pocos severos

3. Severos

4. Muy severos

5. Incapacitantes

4. Haga un breve resumen sobre el **comienzo** de sus problemas psicológicos actuales:

.....
.....

5. ¿Ha **consultado** anteriormente a algún psicólogo, psiquiatra o neurólogo?

Explique cuándo y por qué:

.....
.....

6. Escriba una descripción de sí mismo:

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

7. De la lista siguiente marque con un círculo los **síntomas** que Ud. presenta con frecuencia en la actualidad:

1. Problemas atención y concentración

2. Angustia

3. Problemas de memoria

4. Insomnio

5. Exceso de sueño

6. Pesadillas

7. Sonambulismo

- 8. Aburrimiento
- 9. Irritabilidad
- 10. Mareos
- 11. Cefaleas (dolores de cabeza – migraña)
- 12. Vómitos
- 13. Desmayos
- 14. Diarreas
- 15. Constipación (dificultad para defecar)
- 16. Taquicardia
- 17. Arritmia
- 18. Transpiración de las manos
- 19. Onicofagia (comerse las uñas)
- 20. Temblor de las manos
- 21. Bruxismo (apretar las mandíbulas al dormir)
- 22. Comer en exceso
- 23. Inapetencia
- 24. Sequedad bucal
- 25. Ideas obsesivas
- 26. Ideas de suicidio
- 27. Sentimiento de culpa
- 28. Tartamudez
- 29. Alteraciones menstruales
- 30. Impotencia sexual
- 31. Frigidez
- 32. Eyaculación precoz
- 33. Dolor vaginal durante las relaciones sexuales

- 34. Poco deseo sexual
- 35. Tics
- 36. Fatigarse con facilidad
- 37. Llanto
- 38. Desánimo
- 39. Pena
- 40. Ingestión excesiva de alcohol
- 41. Uso habitual de drogas
- 42. Hipocondría (tendencia excesiva a atribuirse enfermedades)
- 43. Miedos fóbicos a:

- a. Las alturas
- b. Los espacios cerrados
- c. Viajar en avión
- d. Ver sangre
- e. Los espacios abiertos
- f. Otros.

44. Otros

Comentarios:

8. ¿Ha tenido experiencias psicológicas **traumáticas** tales como castigos muy severos, momentos de pánico, peligros de muerte, etc.? Por favor explique:

.....

9. Relate lo que en su opinión ha sido el momento o la experiencia más difícil que haya vivido hasta ahora:

.....

10. Marque si le han hecho algunos de los siguientes diagnósticos:

- 1. Neurosis depresiva
- 2. Neurosis de angustia
- 3. Neurosis obsesiva – compulsiva
- 4. Trastornos sicosomáticos
- 5. Problemas sexuales
- 6. Anorexia
- 7. Alcoholismo
- 8. Drogadicción
- 9. Ataques de pánico
- 10. Fobias
- 11. Sicopatía
- 12. Mitomanía
- 13. Bulimia
- 14. Esquizofrenia
- 15. Intentos de suicidio
- 16. Psicosis maníaco – depresiva
- 17. Otros

Si ha marcado alguno (s), por favor explique:

.....

.....

.....

11. A continuación se enumeran diversas características denominadas rasgos de personalidad. Cada *rasgo* se presenta en un rango entre dos polos extremos. Haga un círculo en el número de cada rango en el que Ud. se ubica. Ejemplo: en el rasgo 1 Egoísta Bondadoso, el rango 2 indica que tiene acentuado el rasgo de ese polo y el 0 indica que se ubica entre ambos polos.

Por favor, responda todas las preguntas y haga un solo círculo en cada rasgo.

- | | | |
|----------------|-------------------|--------------|
| 1. Egoísta | 2 – 1 -- 0 –1 – 2 | Bondadoso |
| 2. Introverso | 2 – 1 -- 0 –1 – 2 | Extroverso |
| 3. Dominante | 2 – 1 -- 0 –1 – 2 | Sumiso |
| 4. Competitivo | 2 – 1 -- 0 –1 – 2 | Incompetente |
| 5. Tolerante | 2 – 1 -- 0 –1 – 2 | Intolerante |

6. Optimista	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Pesimista
7. Pacífico	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Agresivo
8. Celoso	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Confiado
9. Confiado	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Desconfiado
10. Cariñoso	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Huraño
11. Pasivo	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Activo
12. Alegre	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Triste
13. Perfeccionista	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Descuidado
14. Gastador	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Ahorrativo
15. Ambicioso	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Generoso
16. Tenso	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Relajado
17. Tímido	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Osado
18. Impulsivo	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Controlado
19. Independiente	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Dependiente
20. Paciente	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Impaciente
21. Flexible	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Inflexible
22. Bello	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Feo
23. Honesto	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Deshonesto
24. Seguro	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Inseguro
25. Simpático	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Desagradable
26. Responsable	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Irresponsable
27. Estable	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Inestable
28. Inteligente	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Tonto
29. Trabajador	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Flojo
30. Exitoso	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Fracasado

Comentarios:

12. Indique su **grado de confianza** en la eficiencia de la psicoterapia o de los tratamientos psicológicos:

- 1. Mucha
- 2. Bastante
- 3. Relativa
- 4. Poca
- 5. Mínima

III. SISTEMA BIO - CLINICO

1.- ¿Algún miembro de su familia consanguínea (padres, hermanos, abuelos, primos, etc) ha tenido algún tipo de alteración psicológica o enfermedad mental? Por favor especifique el parentesco y el tipo de alteración o enfermedad mental:

2. Embarazo: ¿Sabe Ud. si su madre tuvo problemas cuando lo esperaba? Especifique:

3. Cuando Ud. nació el parto fue:

- 1. Normal
- 2. Prematura
- 3. Tardío
- 4. Por cesárea
- 5. Con principio de asfixia
- 6. Con fórceps
- 7. Otros

4. Indique si cuando niño tuvo alguno de los problemas siguientes:

- 1. Para aprender a andar
- 2. Para aprender a hablar
- 3. Para aprender a leer y escribir
- 4. Para aprender a controlar esfínter
- 5. Hiperactividad (Hiperkinesis)
- 6. Dislexia
- 7. Terrores nocturnos
- 8. Sonambulismo
- 9. Fobia al colegio
- 10. Otros _____

Si ha marcado alguno (s), por favor, comente:

.....

.....

5. Indique si tiene o ha tenido algunas de las enfermedades o desajustes siguientes:

- 1. Meningitis

- 2. Traumatismo encéfalo–craneano
- 3. Epilepsia
- 4. Diabetes
- 5. Hipertiroidismo
- 6. Hipotiroidismo
- 7. Bocio
- 8. Cardiopatías
- 9. Hipertensión arterial

- 10. Tumores

- 11. Asma bronquial
- 12. Alergias
- 13. Ulceras
- 14. Colon irritable
- 15. Artritis reumatoídea
- 16. Soriasis
- 17. Otros _____

Si ha marcado alguno (s), por favor comente:

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

6. A algunas personas les ocurre que a veces están en un lugar en el que saben que no han estado antes, sin embargo, les parece **que sí han estado**. ¿Le ha ocurrido esto a Ud.?

1. SI

2. NO

7. A algunas personas les ocurre que a veces están en un lugar en el que saben que han estado antes, sin embargo, les parece **que no han estado nunca**. ¿Le ha ocurrido esto a Ud.?

1. SI

2. NO

8. ¿Ha tenido pérdida del conocimiento?

1. SI

2. NO

En caso afirmativo, por favor comente

.....
.....

9. ¿Se le ha hecho algún tipo de exámenes neurológicos? (electroencefalograma, scanner cerebral, etc)

1. SI

2. NO

En caso afirmativo, por favor indique qué exámenes, cuándo, por qué y los resultados

.....
.....

10. En general, su **sueño** es:

1. Reparador

2. Poco reparador

3. Muy poco reparador

11. En general, ¿Ud. **descansa** lo suficiente?

1. SI

2. NO

Por favor explique:

.....
.....

12. En general, sus menstruaciones son (marque lo que corresponda):

1. Regulares en términos de fecha

2. No muy dolorosas

3. Sin cambio de ánimo en los días previos

4. Irregulares en fecha

5. Se prolongan demasiado

6. Dolorosas

7. Con importantes cambios de ánimo en los días previos, sintiéndose:

— A. Sensible

— B. Irritable

— C. Triste

— D. Tensa

— E. Pasiva

— F. Angustiada

— G. Otro

8. Otros _____

13. En la actualidad, ¿Toma Ud. medicamentos?

1. SI

2. NO

En caso afirmativo, indique cuáles, dosis y con qué objetivo:

.....

14. Su estatura es: _____ metros

15. Su peso actual es: _____ kilogramos

16. ¿Tiene Ud. tendencia a subir de peso?

1. SI

2. NO

En caso afirmativo comente como se maneja al respecto:

17. En términos de **actividad física** su vida actual es:

1. Bastante activa

2. relativamente activa

3. Poco activa

18. En la actualidad, ¿Practica algún deporte?

1. SI

2. NO

En caso afirmativo indique cuáles y con qué frecuencia

19. En su opinión, su salud física actual es:

1. Excelente

2. Buena

3. Regular

4. Mala

5. Muy mala

20. En caso que Ud. tenga problemas de salud, por favor explique:

21. El cuestionario siguiente se refiere al modo en que Ud. piensa, siente y actúa. Por favor responda a cada pregunta poniendo una X en el casillero correspondiente. No hay respuestas buenas o malas. Trabaje rápidamente sin pensar mucho sobre el significado exacto de cada pregunta y respondiendo a todas ellas:

E.P.Q. (Hans Eysenck)

<i>PREGUNTA</i>	SI	NO	<i>PREGUNTA</i>	SI	NO
1. ¿Ocupa su tiempo libre a muchas actividades diferentes?			14 ¿Le agradaría saltar en paracaídas?		
2. ¿Se detiene a pensar las cosas antes de hacerlas?			15 ¿Generalmente se puede divertir en una fiesta animada?		
3. ¿Su estado de ánimo sube o baja con frecuencia?			16 ¿Es una persona irritable?		
4. ¿Ha aceptado alguna vez elogios por algo hecho por otro?			17 ¿Alguna vez ha culpado a alguien sabiendo que la culpa es suya ?		
5. ¿Es una persona conversadora?			18 ¿Le gusta conocer gente nueva?		
6. ¿Le preocupa tener deudas?			19. ¿Encuentra conveniente ahorrar y estar asegurado?		
7. ¿Algunas veces se siente desdichado sin motivo alguno?			20. ¿Sus sentimientos son heridos con facilidad?		
8. ¿Alguna vez se ha servido en la mesa, más de la cuenta o ha comido más de lo apropiado?			21. ¿Son todas sus costumbres y hábitos buenos y deseables?		
9. ¿Se asegura que la puerta de su casa quede bien cerrada?			22. ¿Tiende a mantenerse en un segundo plano en las reuniones sociales?		
10. ¿Normalmente es Ud. una persona animada?			23. ¿Tomaría drogas que tuvieran efectos dañinos y peligrosos?		

11. ¿Le afecta ver sufrir a un niño o a un animal?			24. ¿Se siente frecuentemente cansado de todo?		
12. ¿Se preocupa de cosas que no debió haber dicho o hecho?			25. ¿Alguna vez ha tomado alguna cosa que pertenece a otro?		
13. ¿Mantiene siempre sus promesas a pesar de las molestias que le puedan provocar ?			26. ¿Le gusta mucho salir de casa?		

PREGUNTA	SI	NO	PREGUNTA	SI	NO
27. ¿Le divierte hacerle daño a la gente que estima?			49. ¿Presume a veces de sus cualidades?		
28. ¿Frecuentemente se preocupa por sentimientos de culpa?			50. ¿Puede animar con facilidad una fiesta aburrida?		
29. ¿A veces conversa de cosas que desconoce en absoluto?			51. ¿Le molesta la gente que conduce con demasiada cautela?		
30. ¿Le gusta más leer que ir a reuniones sociales?			52. ¿Se preocupa por su salud ?		
31. ¿Tiene enemigos que quieran dañarlo?			53. ¿Algunas veces ha desacreditado a alguien?		
32. ¿Se considera una persona nerviosa?			54. ¿Le gusta contar cosas divertidas de sus amigos?		
33. ¿Se disculpa cuando se ha portado como mal educado?			55. ¿Le da lo mismo la mayoría de las cosas?		
34. ¿Tiene muchos amigos?			56. ¿A veces está decaído?		
35. ¿Le gusta hacer bromas que pueden dañar a las personas?			57. ¿De pequeño les faltó alguna vez el respeto a sus padres?		
36. ¿Está siempre preocupado por algo?			58. ¿Le gusta juntarse con gente?		
37. ¿De pequeño hacía las cosas tal cómo le decían, sin protestar e inmediatamente?			59. ¿Le preocupa si hay fallas en Ud. o en su trabajo?		
38. ¿Se considera una persona despreocupada?			60. ¿Sufre de insomnio?		
39. ¿La limpieza y la buena educación son muy importantes para Ud.?			61. ¿Siempre se lava las manos antes de comer?		
40. ¿Se inquieta por cosas terribles que puedan ocurrir?			62. ¿Siempre tiene una respuesta oportuna cuando le hablan?		
41. ¿Alguna vez ha perdido o roto algo ajeno?			63. ¿Le gusta llegar a las citas con tiempo de sobra?		
42. ¿Toma Ud. la iniciativa para hacerse de nuevos amigos?			64. ¿Se ha sentido frecuentemente apático y cansado sin motivo?		
43. ¿Comprende con facilidad el estado de las personas al contar sus problemas?			65. ¿Alguna vez ha hecho trampa jugando?		
44. ¿Se considera muy excitable o tenso?			66. ¿Le gusta hacer cosas que demandan acción inmediata?		
45. ¿Tira al suelo los papeles cuando no hay basureros a la mano?			67. ¿Es (fue) su madre una buena mujer?		
46. ¿Se mantiene tranquilo cuando está con otra gente?			68. ¿Piensa con frecuencia que la vida es aburrida?		
47. ¿Piensa que el matrimonio está pasado de moda y hay que suprimirlo?			69. ¿Alguna vez se ha aprovechado de alguien?		
48. ¿Siente lástima consigo mismo de vez en cuando?			70. ¿Se compromete con frecuencia en más actividades de las que puede hacer?		

<i>PREGUNTA</i>	SI	NO	<i>PREGUNTA</i>	SI	NO
71. ¿Hay mucha gente que trata de evitarlo?			87. ¿Hace siempre lo que predica?		
72. ¿Se preocupa demasiado por su aspecto físico?			88. ¿A veces le gusta molestar a los animales?		
73. ¿Siempre es educado aún con gente desagradable?			89. ¿Se ofende con facilidad si encuentran defectos en Ud. o en su trabajo?		
74. ¿Cree que la gente desperdicia su tiempo al asegurar su futuro con ahorros y previsiones?			90. ¿La vida sin peligros sería muy aburrida para Ud?		
75. ¿Ha deseado alguna vez estar muerto?			91. ¿Alguna vez ha llegado tarde a una cita o al trabajo?		
76. ¿Evadiría pagar impuestos si estuviera seguro de no ser descubierto?			92. ¿Le gusta tener mucha actividad o animación a su alrededor?		
77. ¿Es capaz de mantener el ambiente en una fiesta?			93. ¿Le gustaría que otros le tuvieran miedo?		
78. ¿Se preocupa de no ser brusco con la gente?			94. ¿A veces le sobra energía y otras se siente desgastado?		
79. ¿Se preocupa por largo tiempo de sus experiencias desagradables?			95. ¿A veces deja para mañana lo que podría haber hecho hoy?		
80. ¿Alguna vez ha insistido en salirse con la suya?			96. ¿La gente piensa que Ud. es una persona muy animada?		
81. ¿Al tomar el tren suele llegar frecuentemente al último minuto?			97. ¿Le dice a la gente muchas mentiras?		
82. ¿Sufre de los nervios?			98. ¿Le afectan con facilidad las cosas?		
83. ¿Alguna vez ha dicho algo con la intención de herir a otros?			99. ¿Cuándo se equivoca siempre está dispuesto a reconocerlo?		
84. ¿Detesta estar en un grupo de gente que se hace bromas ofensivas entre ellos?			100. ¿Siente compasión por un animal cazado en una trampa?		
85. ¿Sus amistades terminan con facilidad sin que sea su culpa?			101. ¿Le ha sido difícil llenar este cuestionario?		
86. ¿Se siente solo con frecuencia?			Por favor verifique si ha respondido todas las preguntas.		

IV. HISTORIA FAMILIAR

1. Su **padre** ¿Vive?

1. SI

NO

2. Si **falleció** indique cuál fue la causa y qué edad tenía Ud.

.....

3. Indique la **profesión u ocupación** de su padre:

.....

4. Evalúe la calidad de la **relación actual** con su padre:

1. Cercana

2 – 1 -- 0 –1 – 2

Lejana

2. Afectuosa	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Fría
3. Buena comunicación	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Mala comunicación
4. Estable	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Inestable
5. Poco conflictiva	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Conflictiva

Comentarios:

5. Su **madre** ¿Vive?

1. SI

NO

6. Si **falleció** indique cuál fue la causa y qué edad tenía Ud.

.....

7. Indique la **profesión u ocupación** de su madre:

.....

8. Evalúe la calidad de la **relación actual** con su madre:

1. Cercana	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Lejana
2. Afectuosa	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Fría
3. Buena comunicación	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Mala comunicación
4. Estable	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Inestable
5. Poco conflictiva	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Conflictiva

Comentarios:

9. ¿Con quiénes se crió Ud?

1. Con sus padres
2. Con otros (especifique):

10. Sus padres ¿Se separaron?

1. SI

NO

En caso afirmativo, indique las causas y la edad que Ud. tenía:

.....

11. En el proceso de formación de un niño, los padres, profesores, etc, utilizan diversos sistemas de premios y castigos. En su formación:

- 1. Predominaron los premios sobre los castigos
- 2. Hubo equivalencia de premios y castigos
- 3. Predominaron los castigos

Favor de explicar en qué consistían los premios y castigos recibidos por Ud.

.....

.....

.....

12. Haciendo una **evaluación global** de su infancia, Ud. considera que fue un niño:

- 1. Muy regalón
- 2. Regalón
- 3. Relativamente regalón
- 4. Poco regalón
- 5. No fue regalón

13. Haciendo una evaluación global del estilo y características de cada uno de sus padres, marque de 1 a 5 cómo fueron en cada una de las siguientes características: (1 = poco y 5 = mucho)

PADRE		MADRE
1 - 2 - 3 - 4 - 5	CARIÑOSO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	COMPENSIVO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	CASTIGADOR	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	INTELIGENTE	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	IRRITABLE	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	FLEXIBLE	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	SOCIABLE	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	HONESTO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	EGOISTA	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	SOBREPROTECTOR	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	PESIMISTA	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	IMPULSIVO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	ESTABLE	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	AUTORITARIO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	TIMIDO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	MANEJADOR Y TEATRAL	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	JUSTO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	AGRESIVO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	EMPRENDEDOR	1 - 2 - 3 - 4 - 5

1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5

ALEGRE
PERFECCIONISTA
ANGUSTIADO
COMPETITIVO
SIMPATICO

1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5

Por favor, comente:

.....

.....

14. Algunos padres aplican una política educativa común y bien controlada (padres consistentes entre sí). Otros difieren en dichas políticas y se contradicen en la práctica. Ejemplo: en qué premian y en qué castigan (padres inconsistentes entre sí). Haciendo una evaluación general acerca de cómo fueron sus padres al respecto, Ud. considera que fueron:

- 1. Muy consistentes entre sí
- 2. Consistentes
- 3. Relativamente consistentes
- 4. Inconsistentes
- 5. Muy inconsistentes entre sí

Explique: _____

15. Los valores que le han transmitido sus padres han sido: (Marque lo que corresponda)

- 1. Poco claros
- 2. Contradictorios
- 3. Rígidos
- 4. Fanáticos
- 5. Bastante claros
- 6. Flexibles
- 7. Conservadores
- 8. Liberales
- 9. Otros

16. En relación a los valores personales, políticos, religiosos, etc, que le inculcaron sus padres, sus **valores actuales** son:

- 1. Muy similares
- 2. Bastante similares
- 3. Relativamente similares
- 4. Más bien diferentes
- 5. Muy diferentes

Comentarios:

17. Evaluando lo que ha sido la relación de sus padres **como pareja**, Ud. considera que:

- 1. Ha sido buena, sin mayores conflictos
- 2. Ha sido aceptable, con algunos conflictos
- 3. Ha sido mala, con muchos conflictos

Comentarios:

18. Relación con sus **hermanos**:

Nombre del hermano (a)	Edad	Ocupación actual	Relación con Ud.cuando niño Buena-regular-mala	Relación con Ud.actual Buena-regular-mala

19. En su vida con sus padres o con su familia de origen, ¿Hubo algún **hecho** o **característica** que Ud. considere especialmente importante?

.....

20. Haciendo una evaluación global de lo que ha sido su **vida familiar** con sus padres y hermanos, Ud. considera que fue:

- 1. Excelente
- 2. Buena
- 3. Regular
- 4. Mala
-

5. Muy mala

Comentarios:

V. HISTORIA ESCOLAR

1. Señale cuál es el **nivel de estudios** más alto que ha aprobado:

- 1. Enseñanza básica
- 2. Licencia secundaria
- 3. Nivel técnico
- 4. Nivel profesional no universitario
- 5. Nivel profesional universitario
- 6. Magíster
- 7. Doctorado

Especifique establecimiento y título alcanzado:

.....

2. Indique el (los) colegio (s) dónde se educó:

.....

3. A través de su vida de estudiante Ud. ha sido un **alumno**:

- 1. Excelente
- 2. Bueno
- 3. Regular
- 4. Malo
- 5. Muy malo

4. En general, frente a los estudios Ud. se ha **esforzado**:

- 1. Mucho
- 2. Regular

3. Poco

5. Señale para qué ramos o materias ha sido especialmente **apto** y para cuáles especialmente **deficiente**:

A. Apto:

B. Deficiente:

6. ¿Tuvo problemas de **conducta** en el colegio?

1. SI

NO

Comentarios:

.....

7. ¿Tuvo problemas de **adaptación** en el colegio?

1. SI

NO

Comentarios:

.....

8. Evaluando en términos generales lo que ha sido su historia como **estudiante**, Ud. se encuentra:

1. Muy satisfecho

2. Satisfecho

3. Relativamente satisfecho

4. Insatisfecho

5. Muy insatisfecho

VI. HISTORIA LABORAL

1. Enumere brevemente los principales trabajos que ha desempeñado a la fecha:

Cargo:

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

Empresa:

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

2.- Evalúe el grado de satisfacción con su trabajo actual, en relación a las siguientes características siendo 1 = muy poca satisfacción y 5 = mucha satisfacción:

- | | |
|---|-------------------|
| 1. Remuneración | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 2. Tipo de trabajo que realiza | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 3. Cantidad de trabajo | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 4. Relación con sus compañeros de trabajo | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 5. Calidad de su rendimiento laboral | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 6. Relación con sus superiores | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 7. estabilidad laboral | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 8. Perspectivas de progreso | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |

Comentarios:

3. Haciendo un balance global, ¿Cómo evalúa Ud. su **historia laboral**?

- 1. Muy satisfactoria
- 2. Satisfactoria
- 3. Relativamente satisfactoria
- 4. Insatisfactoria
- 5. Muy insatisfactoria

VII. VIDA SOCIAL

1 A través de su **vida** Ud. ha sido una persona:

- 1. Muy sociable
- 2. Sociable
- 3. Relativamente sociable
- 4. Poco sociable
- 5. Muy poco sociable

2. Al **conocer** a alguien interesante o importante para Ud., su actitud suele ser: (Marque lo que corresponda)

- 1. Cautelosa
- 2. Inhibida
- 3. Tensa
-

- 4. Activa
- 5. Tranquila
- 6. Hostil
- 7. Desenvuelta
- 8. Otra

3. En su historia escolar, universitaria, social, etc, ha asumido conductas de **liderazgo** como conductor coordinando o conduciendo grupos:

- 1. Frecuentemente
- 2. Ocasionalmente
- 3. Casi nunca

Comentarios:

4. En la actualidad Ud. **sale** con amigos o **recibe** amigos en su casa:

- 1. Con frecuencia
- 2. A veces
- 3. Casi nunca

5. Con respecto a la cantidad y calidad de amigos íntimos que tiene en la actualidad, Ud. se siente:

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho
- 3. Relativamente satisfecho
- 4. Insatisfecho
- 5. Muy insatisfecho

Comentarios:

6. Haciendo un **balance** de lo que es su vida social, incluyendo cantidad y calidad de amigos, frecuencia de actividades sociales, etc., a Ud. le resulta:

- 1. Plenamente satisfactoria

- 2. Satisfactoria
- 3. Relativamente satisfactoria
- 4. Insatisfactoria
- 5. Muy insatisfactoria

VIII. HISTORIA SEXUAL

1. En términos generales la **información y formación** sexual que recibió de sus padres y profesores la considera:

- 1. ___Adecuada
- 2. ___Relativamente adecuada
- 3. ___Inadecuada

Comentarios:

2. ¿Ha tenido ansiedades o sentimientos de culpa a raíz de conducta **masturbatoria**?

- 1. SI
- NO

Comentarios:

3. ¿Ha tenido ansiedades o sentimientos de culpa en relación a **aproximaciones o relaciones sexuales**?

- 1. SI
- NO

Comentarios:

.....

.....

4. ¿Ha tenido algún tipo de experiencia **homosexual**?

- 1. SI
- 2. NO

Comentarios:

.....

.....

5. En su vida ¿Ha tenido algún tipo de **problemas sexuales**?

- 1. SI
- 2. NO

Comentarios:

.....

.....

6. Indique aproximadamente con qué **frecuencia** tiene Ud. relaciones sexuales en este período de su vida:

- a. ___ todos los días
- b. ___ 4 a 5 veces a la semana
- c. ___ 2 a 3 veces a la semana
- d. ___ 1 vez a la semana
- e. ___ 1 vez cada 15 días
- f. ___ 1 vez al mes
- g. ___ Menos de 1 vez al mes
- h. ___ No tiene relaciones sexuales

7. Con respecto a sus **relaciones sexuales actuales**, evalúe su grado de satisfacción en los siguientes aspectos (siendo 1 = muy poco y 5 = mucho):

- | | |
|--------------------------|-----------------|
| 1. Frecuencia | 1 - 2 -3 -4 - 5 |
| 2. Caricias preliminares | 1 - 2 -3 -4 - 5 |
| 3. Desinhibición | 1 - 2 -3 -4 - 5 |
| 4. Placer | 1 - 2 -3 -4 - 5 |

Comentarios:

8. La satisfacción de sus **necesidades sexuales** es para Ud. algo:

- 1. Muy importante
- 2. Importante
- 3. Relativamente importante
- 4. Poco importante
- 5. Muy poco importante

IX. HISTORIA DE SUS RELACIONES DE PAREJA

1. En su historia de **pololeos**, Ud. ha tenido:

- 1. Muchos pololeos
- 2. Ni muchos ni pocos
- 3. Pocos
- 4. Ninguno

2. Cuando se ha **enamorado** ha sido:

- 1. Predominantemente correspondido
- 2. Relativamente correspondido
- 3. Predominantemente rechazado

3. La mayoría de sus **anteriores relaciones** de pareja han terminado:

- 1. Porque lo han dejado
- 2. De mutuo acuerdo
- 3. Porque Ud. lo ha decidido

4. Si estuvo casado antes, indique por cuánto **tiempo** y las principales razones de la separación

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

5. Haciendo un balance global, indique cómo evalúa Ud. su historia de relaciones de pareja:

- 1. Muy satisfactoria
- 2. Satisfactoria
- 3. Relativamente satisfactoria
- 4. Insatisfactoria
- 5. Muy insatisfactoria

Comentarios:
.....

X. EVALUACIÓN DE SU HISTORIA DE VIDA

1. Considerando en términos globales lo que ha sido hasta ahora la **historia de su vida**, Ud. se encuentra:

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho
- 3. Relativamente satisfecho
- 4. Insatisfecho
- 5. Muy insatisfecho

Comentarios:
.....
.....

XI. SISTEMA COGNITIVO

A continuación se formulan algunas preguntas relacionadas con sus características cognitivas o estilos de pensamiento. Trate de ser lo más realista posible en sus auto-evaluaciones.

1. Al observar la realidad externa, al observar su pasado o al observarse a sí mismo, Ud. tiende a prestar atención:

- 1. Casi exclusivamente a lo negativo
- 2. Preferentemente a lo negativo
- 3. Tanto a lo negativo como a lo positivo
- 4. Preferentemente a lo positivo
- 5. casi exclusivamente a lo positivo

2. Hay personas que tienden a pensar en términos de **categorías polares** del tipo todo-nada, blanco-negro, bueno-malo, siempre-nunca. A estas personas les cuesta distinguir matices o tonalidades de la realidad. Esto lo ocurre a Ud.

- 1. Muy frecuentemente
- 2. Frecuentemente
- 3. Con relativa frecuencia
- 4. Con poca frecuencia
- 5. No le ocurre

3. Al percibir la **realidad** Ud. tiende a:

- 1. Magnificar mucho lo negativo (a ver las cosas peor de lo que son)
- 2. Magnificar lo negativo
- 3. En general no magnifica
- 4. Magnificar lo positivo
- 5. Magnificar mucho lo positivo

4. Algunas personas tienden a *quedarse pegadas* en ciertas **ideas o pensamientos** que se repiten reiteradamente, lo que le ocurre a Ud.:

- 1. Muy frecuentemente
- 2. Frecuentemente
- 3. A veces
- 4. Prácticamente nunca

5. En general al evaluar a las **demás personas** Ud. es:

- 1. Muy exigente
- 2. Exigente
- 3. Relativamente exigente
- 4. Poco exigente
- 5. Muy poco exigente

6. En general, Ud. **consigo mismo**, es una persona:

- 1. ___ Muy exigente
- 2. ___ Exigente
- 3. ___ Relativamente poco exigente
- 4. ___ Poco exigente
- 5. ___ Muy poco exigente

7 A continuación se plantea un conjunto de **afirmaciones o creencias**. Indique con un círculo el grado en que cada una de ellas es aplicable a Ud., (1 = poco y 5 = mucho)

- | | |
|--|-------------------|
| 1. Constantemente me exijo perfección en lo que hago | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 2. Me siento demasiado mal cuando alguien me rechaza | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 3. No considero aceptable que una persona destaque sus cualidades | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 4. Tiendo a desvalorizarme cuando me desaprueban | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 5. Me cuesta soportar las cosas que no sean como yo quiero | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 6. Tengo derecho a exigir que la vida me dé todo lo que quiero | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 7. No soporto hacer algo en forma mediocre | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 8. Considero esencial ser apreciado por todos mis conocidos | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 9. Me desagrada la gente que reconoce públicamente sus méritos | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 10. Habitualmente considero muy importante la aprobación de los demás | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 11. Generalmente me siento muy mal cuando las cosas no se dan como yo quiero | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 12. Me molesta que la gente sea injusta conmigo | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

8. En términos generales señale cuán **capaz** se considera para desempeñarse eficientemente en las siguientes áreas:

- | | |
|------------------------------|-------------------|
| 1. Area social | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 2. Area sexual | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 3. Area relaciones de pareja | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 4. Area intelectual | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 5. Area laboral | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

9. Creo que mis éxitos y satisfacciones futuras **dependerán** básicamente de: (Marque el número que corresponda en el continuo)

Mis decisiones y conductas 2 – 1 – 0 – 1 – 2 Factores circunstanciales o fortuitos

10. A continuación se plantea un conjunto de afirmaciones. Indique con un círculo el grado en que está Ud. de acuerdo con ellas, siendo 1 = poco y 5 = mucho.

ESCALA GUTTMAN

- | | |
|--|-------------------|
| 1. En general estoy satisfecho conmigo mismo | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 2. A veces pienso que sirvo para nada | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 3. Considero que tengo varias cualidades positivas | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 5. Creo tener varias razones para estar orgulloso de mi | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 6. A veces me siento realmente inútil | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 7. Creo que soy una persona digna de estima, al menos en la misma medida que los otros | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 8. En conjunto, tiendo a pensar que soy un fracaso | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 9. Desearía sentir más aprecio por mi mismo | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 10. Mi actitud frente a mi mismo es positiva | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

11. En general frente a las **críticas** Ud. tiende a ser:

1. Muy receptivo
2. Relativamente receptivo
3. Muy poco receptivo

12. Habitualmente cuando recibe una **crítica**:

1. Se afecta mucho en términos emocionales
2. Se afecta relativamente
3. Casi no se afecta emocionalmente

13. En general el **tomar decisiones** le resulta a Ud. un proceso:

- 1. Fácil
- 2. Relativamente fácil
- 3. Más bien complicado
- 4. Le es muy difícil

14. La *toma de decisiones* se ve afectada por diferentes factores. Indique el grado en que cada uno de los factores siguientes afecta sus decisiones, siendo 1 = poco y 5 = mucho.

- | | |
|---|-------------------|
| 1. Se apresura en exceso (impulsivo) | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 2. Se pierde en detalles | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 3. Es excesivamente perfeccionista | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 4. No mide las consecuencias de su decisión | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 5. No se informa lo suficiente | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 6. Otra _____ | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |

15. Elija entre las siguientes afirmaciones aquella que refleje mejor sus **creencias actuales**:

- A. ___ Tengo mucha confianza en que mi vida futura será satisfactoria
- B. ___ Tengo alguna confianza en que mi vida futura será satisfactoria
- C. ___ Tengo bastantes dudas en que mi vida futura será satisfactoria
- D. ___ No creo que mi vida futura será satisfactoria

16. Ordenadas según su importancia, las 3 principales **metas de su vida** hacia delante son:

- 1^a
-
- 2^a
-
- 3^a
-

XII. SISTEMA AFECTIVO

1. En las líneas siguientes se explican algunas **necesidades** que tienen todas las personas y que se manifiestan en todas las culturas.

Señale de 1 a 5 cuán **satisfecho** se siente en esta etapa de su vida en cada una de estas necesidades siguientes (1 = muy insatisfecho y 5 = muy satisfecho).

- | | |
|---|-------------------|
| 1. Necesidades básicas (alimentación, vestuario, vivienda, etc) | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 2. Necesidades sexuales | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 3. Necesidad de ser querido, apreciado (afecto) | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 4. Necesidad de logro (éxito en alcanzar sus metas personales) | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |

5. Necesidad prestigio (reconocimiento y valoración social)	1 – 2 – 3 – 4 – 5
6. Necesidad de compañía y contacto social (pertenencia)	1 – 2 – 3 – 4 – 5
7. Necesidad de esparcimiento (recreación)	1 – 2 – 3 – 4 – 5
8. Necesidad de saber (conocimiento, cultura)	1 – 2 – 3 – 4 – 5
9. Necesidad de amor (en relación de pareja)	1 – 2 – 3 – 4 – 5
10. Necesidad de trascendencia (artísticas, políticas, religiosas)	1 – 2 – 3 – 4 – 5

2. La tendencia al **crecimiento personal** se manifiesta en un constante espíritu de superación, el cual se traduce en iniciativas, esfuerzos estables, desarrollo de las propias capacidades, compromiso efectivo y activo con metas personales, etc.

Sobre la base de esta conceptualización, Ud. evalúa su propia tendencia al crecimiento personal como:

- 1. Mucha
- 2. Relativa
- 3. Poca
- 4. Ninguna

3. Las **emociones** son experiencias afectivas intensas, pasajeras, que se relacionan con una situación específica (rabia, alegría, pena, etc). Algunas personas tienden a ser más sensibles y emocionales que otras.

Al respecto, Ud. tiende a ser:

- 1. Intensamente emotivo
- 2. Emotivo
- 3. Relativamente emotivo
- 4. Poco emotivo
- 5. No es emotivo en absoluto

4. La **facilidad o propensión** para experimentar diversos tipos de emoción varía de una persona a otra. Así, algunas personas experimentan con más facilidad rabia que pena, o alegría que entusiasmo.

Indique con cuánta facilidad experimenta Ud. cada una de las emociones siguientes (1 = poca facilidad y 5 mucha facilidad):

1. Alegría	1 – 2 – 3 – 4 – 5
2. Pena	1 – 2 – 3 – 4 – 5
3. Rabia	1 – 2 – 3 – 4 – 5
4. Entusiasmo	1 – 2 – 3 – 4 – 5
5. Angustia	1 – 2 – 3 – 4 – 5
6. Envidia	1 – 2 – 3 – 4 – 5

- | | |
|--------------|-------------------|
| 7. Ternura | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 8. Miedo | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 9. Vergüenza | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

5. Los **sentimientos** – a diferencia de las emociones – son experiencias afectivas prolongadas o estables que, al menos por un tiempo, forman parte de nuestro mundo afectivo (amor, felicidad, tristeza, culpabilidad, admiración, etc). En general, Ud. experimenta sentimientos estables:

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Frecuentemente |
| <input type="checkbox"/> | 2. Con relativa frecuencia |
| <input type="checkbox"/> | 3. Raras veces |
| <input type="checkbox"/> | 4. Nunca |

6. La **facilidad o propensión** para experimentar diversos tipos de sentimientos estables varía de una persona a otra. Así, algunas personas experimentan con más facilidad tristeza que resentimiento, o sentimientos de admiración que sentimientos de odio. Indique con cuánta facilidad experimenta Ud. cada una de los sentimientos siguientes (1 = poca facilidad y 5 mucha facilidad):

- | | |
|---------------|-------------------|
| 1. Alegría | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 2. Pena | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 3. Rabia | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 4. Entusiasmo | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 5. Angustia | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 6. Envidia | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 7. Ternura | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 8. Miedo | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 9. Vergüenza | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

7. Evalúe en una escala de 1 a 5 el grado en que cada afirmación es aplicable a Ud., siendo 1 = poco y 5 = mucho.

SUB-ESCALA TORONTO - ALEXITIMIA

- | | |
|---|-------------------|
| 1. Cuándo lloro siempre sé por qué | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 2. El fantasear es una pérdida de tiempo | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 3. A menudo me confundo respecto a la emoción que estoy sintiendo | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 4. Me es difícil hallar las palabras correctas para mis sentimientos | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 5. Tengo sensaciones físicas que incluso los médicos no entienden | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 6. Soy capaz de describir con facilidad mis sentimientos | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 7. Cuando estoy perturbado, no sé si estoy triste, atemorizado o enojado | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 8. Gasto mucho tiempo fantaseando cuando no tengo nada que hacer | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 9. Prefiero dejar que las cosas ocurran en vez de pretender comprender por qué ocurrieron así | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

- | | |
|--|-------------------|
| 10. Rara vez tengo fantasías | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 11. Tengo sentimientos que no puedo identificar por completo | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 12. Considero esencial estar en contacto con mis emociones | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 13. No sé lo que está ocurriendo dentro de mí | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 14. A menudo no sé por qué estoy enojado | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

8. La **empatía** es entendida como la capacidad para ponerse en lugar de la otra persona para comprender sus sentimientos y para captar lo que ocurre en su mundo interno ante las circunstancias que esa persona enfrenta. Se trata de ser capaz de *mirar el mundo con los ojos del otro*:

De acuerdo a esto, su capacidad de empatía tiende a ser:

- 1. Mucha
- 2. Relativa
- 3. Poca
- 4. Nula

9. Hay personas que a veces se sienten muy tristes o muy nerviosas **sin que perciban una causa** para estar así. Esto le ocurre a Ud.:

- 1. Muy frecuentemente
- 2. Frecuentemente
- 3. Con relativa frecuencia
- 4. Pocas veces
- 5. Nunca

10. En general, sus **estados de ánimo** son:

- 1. Muy estables
- 2. Relativamente estables
- 3. Varían mucho en función de las experiencias que va teniendo

11. La **auto-imagen** o forma en que una persona se percibe a sí misma puede variar substancialmente según los cambios de ánimo que va experimentando la persona. Por ejemplo: en un estado de ánimo alegre puede percibirse como más capaz, atractiva, etc., que en un estado de ánimo triste.

Con los cambios en su estado de ánimo su auto-imagen tiende a cambiar:

- 1. Mucho
- 2. Relativamente
- 3. Poco
- 4. Muy poco

12. Algunas personas son muy propensas a experimentar **emociones displacenteras** o perturbación emocional. Con facilidad y en muchas situaciones sienten angustia, pena, rabia o temor. Otras personas son muy poco propensas a experimentar este tipo de emociones. Al respecto, Ud. es:

- 1. Muy propenso a experimentar emociones displacenteras
- 2. Bastante propenso
- 3. Relativamente propenso
- 4. Poco propenso
- 5. Muy rara vez experimenta emociones displacenteras

13. Relate la que ha sido, a su juicio, su **experiencia personal más agradable** o placentera:

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

14. Algunas conductas pueden generar algún tipo de **discomfort emocional**. El grado de perturbación emocional se refiere a la cantidad de emoción perturbadora que la persona experimenta en la situación

(grado de ansiedad, rabia, culpa o miedo). Para cada de las situaciones siguientes evalúe su grado de perturbación emocional al enfrentar estas emociones escribiendo un número de 1 a 5 en el espacio correspondiente (1 = poca perturbación y 5 = mucha perturbación).

SUB – ESCALA GAMBRILL Y RICHIE

- 1. _____ Pedir un favor a alguien
- 2. _____ Resistir la insistencia de un vendedor
- 3. _____ Disculparse cuando ha cometido un error
- 4. _____ Admitir debilidad o temor y pedir ayuda
- 5. _____ Pedir un aumento de sueldo
- 6. _____ Admitir ignorancia en algún área
- 7. _____ Rechazar una petición para prestar dinero
- 8. _____ Hacer callar a un amigo parlanchín
- 9. _____ Iniciar una conversación con un extraño
- 10. _____ Admitir que no entiende un punto en discusión
- 11. _____ Decirle a alguien que Ud. lo considera agradable

12. ____ Requerir la atención adecuada en una tienda o restorán
13. ____ Expresar una opinión que difiera de la su interlocutor
14. ____ Decirle a una persona que Ud. siente que le ha hecho algo injusto
15. ____ Devolver cosas defectuosas en una tienda o restorán
16. ____ Recibir elogios
17. ____ Pedir que le devuelvan cosas que Ud. ha prestado
18. ____ Decirle a alguien en su trabajo que ha dicho algo que a Ud. le molesta

15. En comparación con las **demás personas**, Ud.:

1. Disfruta mucho con las situaciones agradables
2. Disfruta bastante
3. Disfruta relativamente
4. Le cuesta disfrutar
5. No disfruta prácticamente

16. Su estado de ánimo **predominante o básico** es:

1. Muy positivo
2. Positivo
3. Relativamente negativo
4. Negativo
5. Muy negativo (tristeza, aburrimiento, etc)

17. Cuando algo o alguien impide que satisfagamos una necesidad o un deseo se habla de **frustración**.

En general, frente a las frustraciones Ud. reacciona de una de las siguientes maneras (1 = poco y 5 = mucho).

- | | |
|---------------------------------------|-------------------|
| 1. Las tolera y asimila bien | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 2. Reacciona con tensión | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 3. Reacciona con rabia | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 4. Reacciona con pena | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 5. reacciona con desgano y desaliento | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

18. Evalúa cuán **feliz** se siente Ud. en este período de su vida:

1. Muy feliz

- 2. Bastante feliz
- 3. Relativamente feliz
- 4. Poco feliz
- 5. Muy poco feliz

XIII. SISTEMA CONDUCTUAL

1. Frente a los problemas que la vida plantea en distintas áreas, las personas reaccionan con diferentes actitudes. Hay personas que tienden a **enfrentar** pronto los problemas con el objetivo de resolverlos o superarlos. Otras personas **evitan** enfrentarlos, permitiendo así que los problemas se vayan acumulando sin ser resueltos.

En general Ud. tiende a ser una persona:

Eminentemente enfrentadora 2 1 0 1 2 Eminentemente evitadora

Comentarios:

.....

2. A continuación se enumeran diversas **conductas sociales** relacionadas con su comportamiento con otras personas. Marque de 1 a 5 el grado en que cada afirmación es aplicable a Ud. (1 = muy poco y 5 = mucho).

- | | |
|---|-------------------|
| 1. Con facilidad habla de sí mismo | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 2. Le es fácil contar chistes y anécdotas | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 3. Tiene gracia y es entretenido | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 4. Habitualmente se muestra optimista | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 5. Escucha con interés y atención a los demás | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 6. Es tolerante frente a valores y conductas diferentes a los suyos | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 7. Se expresa en forma clara y fluida | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 8. Es cálido y afectuoso | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 9. Se da bien cuenta de lo que sienten sus interlocutores | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 10. Es capaz de hacer sentir a la otra persona | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 11. Se maneja bien en diferentes temas | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 12. Le es fácil iniciar conversaciones | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 13. En general le resulta fácil hablar cuando está en grupo | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 14. Su rostro y sus gestos son muy expresivos de las emociones que está sufriendo | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |

3. De las siguientes **conductas**, marque aquellas que Ud. es capaz de realizar mejor que el promedio de las personas:

- A. Cantar
- B. Recitar

- C. Hablar en público
- D. Contar un chiste
- E. Imitar
- F. Otra _____

4. Frente a cada una de las afirmaciones siguientes haga una “X” en la casilla que lo identifique mejor:

ESCALA RATHUS

- A. Totalmente verdadero
- B. Verdadero
- C. Más verdadero que falso
- D. Más falso que verdadero
- E. Falso
- F. Totalmente falso

PREGUNTAS	A	B	C	D	E	F
1. Mucha gente parece más agresiva y segura que yo						
2. He dudado en solicitar o aceptar citas por timidez						
3. Cuando la comida que me han servido en un restorán no es de mi gusto, me quejo al camarero						
4. Me esfuerzo en evitar ofender los sentimientos de otras personas aún cuando me hayan molestado						
5. Cuando un vendedor se molesta mucho al mostrarme un producto que luego rechazo, me siento mal						
6. Cuando me dicen que haga algo, insisto en saber por qué						
7. Hay veces que provooco abiertamente una discusión						
8. Como la mayoría de la gente, lucho por mantener mis puntos de vista						
9. En realidad, la gente se aprovecha de mi con frecuencia						
10. Disfruto entablando conversación con conocidos y extraños						
11. Con frecuencia no sé que decir a personas atractivas del sexo opuesto						
12. Rehuyo telefonar a empresas e instituciones						
13. En caso de solicitar un trabajo o la admisión en un instituto, preferiría hacerlo por carta que personalmente						
14. Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado						
15. Si un pariente me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes de expresar mi disgusto						
16. He evitado hacer preguntar para no pasar por tonto						
17. Durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme a temblar						
18. Si un eminente conferencista hiciera una afirmación que considero incorrecta, yo expondría públicamente mi punto de vista						
19. Evito discutir de precios con vendedores o dependientes						
20. Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren						
21. Soy abierto y franco en cuanto a mis sentimientos						
22. Si alguien ha hablado mal de mi o me ha atribuido hechos falsos, lo busco cuanto antes para aclararlo						
23. Con frecuencia paso un mal rato al decir "no"						
24. Suelo reprimir mis emociones antes que hacer una escena						
25. En un restorán o similar, protesto ante un mal servicio						
26. Cuando me alaban, con frecuencia no sé qué responder						
27. Si 2 personas en el teatro o en una conferencia están hablando en voz alta, les digo que se callen o se vayan a hablar a otra parte						
28. Se alguien se me cuela en una fila, le llamo abiertamente la atención						
29. Expreso mis opiniones con facilidad						
30. Hay ocasiones en que soy incapaz de decir algo						

5. Relate a continuación, lo que a su juicio, ha sido su actitud más **agresiva o violenta**:

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

6. Haga una evaluación del grado de frecuencia con que realiza Ud. cada una de las siguientes actividades (1 = poco y 5 = mucho):

- | | |
|---------------------------------------|-------------------|
| 1. Viajar fuera de la ciudad | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 2. Escuchar música | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 3. Trabajar | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 4. Ver televisión | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 5. Estudiar | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 6. Practicar deportes | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 7. Conversar | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 8. Ir al cine | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 9. Asistir a un evento deportivo | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 10. Vida social | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 11. Caminar o trotar | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 12. Leer (diarios, revistas, novelas) | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 13. Convivir con su familia | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 14. Salir a bailar o a restaurantes | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 15. Jugar cartas o juegos de salón | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 16. Ir al teatro, conciertos o ballet | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 17. Otra | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |

XIV.

SISTEMA AMBIENTAL

1. El medio ambiente de una persona le ofrece diversas posibilidades para que satisfaga sus diferentes necesidades (básicas, afectivas, sociales, etc). En relación a la posibilidad de satisfacer sus necesidades, su **medio ambiente social** le ofrece:

- 1. Excelentes posibilidades
- 2. Buenas posibilidades
- 3. Regulares
- 4. Menos que regulares
- 5. Deficientes posibilidades

Comentarios:

.....

.....

2. Cuando una persona es activa, eficiente y simpática suele lograr una muy buena respuesta en su medio ambiente. Por el contrario, **el mismo medio ambiente**, puede responder mal si la persona es pasiva, ineficiente y antipática. En su medio ambiente actual, su conducta tiende a ser, en general:

- | | | |
|--------------|-------------------|-------------|
| 1. Activa | 2 – 1 – 0 – 1 – 2 | Pasiva |
| 2. Eficiente | 2 – 1 – 0 – 1 – 2 | Ineficiente |
| 3. Simpática | 2 – 1 – 0 – 1 – 2 | Antipática |

3. Los aportes y esfuerzos de una persona pueden ser reconocidos y valorados en mayor o menor medida según las características de su medio ambiente. En algunos ambientes los aportes y esfuerzos son prácticamente ignorados y no producen resultados positivos. Señale qué ocurre – en general - en su medio ambiente actual:

- 1. Sus aportes y esfuerzos son bien reconocidos y evaluados
- 2. Son relativamente reconocidos y evaluados
- 3. Son poco reconocidos y evaluados

Comentarios:

.....

4. El medio ambiente de una persona puede, en diferentes momentos del tiempo, presentar una serie de situaciones potencialmente **perturbadoras o estresantes**. Señale cuál de las situaciones siguientes ha estado presente en su vida durante el **último año**:

- 1. Cesantía
- 2. Enfermedad
- 3. Accidente
- 4. Despido laboral
- 5. Enfermedad de un hijo
- 6. Separación matrimonial
- 7. Muerte de un familiar cercano
- 8. Fuertes problemas económicos
- 9. Fracasos académicos
- 10. Cambio de residencia

11. Otra.....

Comentarios:
.....
.....

XV. RELACION DE PAREJA

1. En la actualidad tiene Ud. una **relación estable** de pareja:

1. SI NO

En caso afirmativo, señale desde cuánto tiempo:

2. Su relación **actual** de pareja es:

- 1. Pololeo
- 2. Noviazgo
- 3. Matrimonio
- 4. Convivencia
- 5. Otra

3. Respecto a su **pareja actual**, indique:

A. Edad: _____ B. Nivel educacional: _____

C. Ocupación actual: _____

D. Su pareja actual, ¿Tuvo un matrimonio anterior?

1. SI 2. NO

4. Marque cómo es Ud. y su pareja actual en cada una de las siguientes características (siendo 1 = muy poco y 5 = mucho):

Usted		Su Pareja
1- 2 -3 -4 -5	EGOISTA	1- 2 -3 -4 -5
1- 2 -3 -4 -5	DOMINANTE	1- 2 -3 -4 -5

1- 2 -3 -4 -5	AGRESIVO	1- 2 -3 -4 -5
1- 2 -3 -4 -5	CELOSO	1- 2 -3 -4 -5
1- 2 -3 -4 -5	POSESIVO	1- 2 -3 -4 -5
1- 2 -3 -4 -5	INFIEL	1- 2 -3 -4 -5
1- 2 -3 -4 -5	INTROVERTIDO	1- 2 -3 -4 -5
1- 2 -3 -4 -5	AFFECTIVAMENTE FRIO	1- 2 -3 -4 -5

5. En su relación de pareja, cada persona espera, necesita y exige cosas en alguna medida diferentes, incluso a lo espera, necesita y exige su propia pareja. Así, cada persona posee un distinto **umbral de satisfacción** en la relación, el que es una especie de línea a partir de la cual persona pasa a estar satisfecha con su relación de pareja. Al respecto, en su actual relación:

- 1. Ud. está muy satisfecho con su pareja
- 2. Ambos están igualmente satisfechos
- 3. Su pareja está más satisfecha que Ud.

Comentarios:

6. Algunas parejas funcionan bien sin requerir de un gran esfuerzo de ninguno de los dos miembros de la pareja. Estas parejas tienen un **bajo costo energético** de la relación. Por el contrario, las parejas que tienen al **alto costo energético** de la relación requieren - para funcionar bien - de grandes esfuerzos de uno o de ambos miembros de la relación.

En su opinión, su relación de pareja actual tiene:

- 1. Un alto costo energético
- 2. Un moderado costo energético
- 3. Un bajo costo energético

7. En algunas parejas, ambos miembros tienen características psicológicas bastante similares (**parejas simétricas**); se aproximan así al lema “Aves del mismo plumaje, vuelan juntas”. En otras parejas, ambas personas son bastante diferentes y lo que no tiene una tiende a tenerlo la otra (**parejas complementarias**); se aproximan al lema “Polos opuestos, se atraen”. Su actual situación de pareja tiende a ser:

Muy simétrica 1- 2 - 3 - 4 - 5 Muy complementaria

8. Señale las 3 cualidades que más le agradan de su pareja actual:

- 1ª
- 2ª
- 3ª

9. Señale los 3 defectos que más le molestan o irritan de su pareja actual:

- 1er
- 2º
- 3er

10. Señale las 3 cualidades tuyas que Ud. estima son las que más le agradan a su pareja actual:

- 1ª
- 2ª
- 3ª

11. Señale los 3 defectos tuyos que Ud. considera son los que más le molestan o irritan a su pareja actual:

- 1er
- 2º
- 3er

12. En su actual situación de pareja, evalúe de 1 a 5 su grado de satisfacción en cada uno de los siguientes niveles (1 = deficiente y 5 = Muy bueno):

- | | |
|--|-------------------|
| 1. Comunicación | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 2. Amor mutuo | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 3. Vida sexual | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 4. Relación con las respectivas familias de origen | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 5. Intereses comunes | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 6. Capacidad para manejar dificultades y conflictos entre Uds. | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 7. Procedimientos de tomas de decisiones | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 8. Manejo de dinero | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 9. Capacidad para entretenerse juntos | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 10. Vida social conjunta | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 11. Valores comunes (morales, religiosos, políticos) | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 12. Fidelidad | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

XVI. SISTEMA FAMILIAR

Entre las siguientes preguntas, responda sólo aquellas que correspondan a su situación personal (1 = mala y 5 = muy buena)

1. **Identifique** a las personas con las que vive actualmente y **evalúe** la calidad de su relación actual con cada una de ellas.

NOMBRE	Edad	ACTIVIDAD	Parentesco o Relación	Calidad Relación Actual
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5

2. En caso de ser casado y **no tener hijos**, indique las razones:

.....

3. Si algunos hijos **no viven actualmente con Ud.** indique nombres, edades y las razones por las que viven aparte:

.....

4. En la relación con los hijos algunas de las **características de los padres** son particularmente importantes. Evalúe cómo son, tanto Ud. como su pareja – en su relación con sus hijos en las características siguientes (siendo 1 = poco y 5 = mucho):

Usted		Su Pareja
1- 2 -3 -4 -5	CARIÑOSO	1- 2 -3 -4 -5
1- 2 -3 -4 -5	COMPENSIVO	1- 2 -3 -4 -5
1- 2 -3 -4 -5	CERCANO	1- 2 -3 -4 -5
1- 2 -3 -4 -5	COMUNICATIVO	1- 2 -3 -4 -5
1- 2 -3 -4 -5	BUEN MODELO	1- 2 -3 -4 -5
1- 2 -3 -4 -5	ALEGRE	1- 2 -3 -4 -5
1- 2 -3 -4 -5	PACIENTE	1- 2 -3 -4 -5
1- 2 -3 -4 -5	DEMOCRATICO	1- 2 -3 -4 -5

Comentarios:
.....
.....

5. Las parejas muestran distinto **grado de sincronización** – tanto en teoría como en la práctica cotidiana – para formar y educar a sus hijos. Al respecto, Ud. y su pareja tienden a estar:

- 1. Muy bien sincronizados
- 2. Bien sincronizados
- 3. Relativamente sincronizados
- 4. Mal sincronizados
- 5. Muy mal sincronizados

Comentarios:
.....

6. Su sistema familiar actual o el grupo de personas con las cuales vive, **influye o gravita** en su vida actual:

- 1. Mucho
- 2. Bastante
- 3. Relativamente
- 4. Poco
- 5. Muy poco

7. Si Ud. **superara** sus actuales dificultades psicológicas, su sistema familiar o el grupo de personas con las cuales vive:

- 1. ___ Apoyaría positivamente esos cambios
- 2. ___ Reaccionaría con indiferencia a esos cambios
- 3. ___ Más bien rechazaría esos cambios
- 4. ___ Otra (por favor indique)

8. Relate un **momento de alegría** o una **celebración** que haya tenido lugar durante el último año en su grupo familiar o personas con las cuales vive:

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

9. Desde **su perspectiva**, su sistema familiar actual o grupo de personas con las que vive, a Ud. le resulta:

- 1. Plenamente satisfactorio
- 2. Satisfactorio
- 3. Relativamente satisfactorio
- 4. Insatisfactorio
- 5. Muy insatisfactorio

Comentarios:

.....

XVI.- SENTIDO DE VIDA:

1.- Las personas tiene distintas **motivaciones vitales y/o existenciales**. A continuación se presenta una serie de motivaciones de los seres humanos. Marque de 1 a 5 (siendo 1= poco y 5= mucho) cuánto gravita o importa en su vida cada una de ellas:

- | | |
|--|------------------|
| 1. Búsqueda de justicia social | 1- 2 - 3 - 4 - 5 |
| 2. Búsqueda de conocimiento | 1- 2 - 3 - 4 - 5 |
| 3. Afán de "servir a Dios" | 1- 2 - 3 - 4 - 5 |
| 4. Compromiso con sus creencias religiosas | 1- 2 - 3 - 4 - 5 |
| 5. Compromiso con la familia | 1- 2 - 3 - 4 - 5 |
| 6. Compromiso con sus creencias políticas | 1- 2 - 3 - 4 - 5 |
| 7. Compromiso con su país | 1- 2 - 3 - 4 - 5 |
| 8. Búsqueda de éxito laboral | 1- 2 - 3 - 4 - 5 |
| 9. Búsqueda de reconocimiento o prestigio social | 1- 2 - 3 - 4 - 5 |
| 10. Búsqueda de éxito económico | 1- 2 - 3 - 4 - 5 |
| 11. Búsqueda de fama | 1- 2 - 3 - 4 - 5 |
| 12. Desarrollo de intereses estéticos o artísticos | 1- 2 - 3 - 4 - 5 |
| 13. Desarrollo del amor en pareja | 1- 2 - 3 - 4 - 5 |
| 14. Desarrollo personal | 1- 2 - 3 - 4 - 5 |

2.- Obligado a optar, indique (de la lista anterior) cuáles serían las **tres principales motivaciones vitales y/o existenciales** de su vida:

- A. _____
- B. _____
- C. _____

XVII. INFORMACION COMPLEMENTARIA

1. Por favor agregue cualquier **información** que considere importante y que no haya comunicado en sus respuestas anteriores:

.....
.....

2. Señale brevemente qué aspectos suyos y / o de sus circunstanciales actuales espera cambiar a través de la atención clínica que se está iniciando en esta oportunidad.

.....
.....

3.- Ha tenido Ud. alguna experiencia atípica o sorprendente para Ud. que sea esta de carácter parapsicológico (telepatía, clarividencia, sueños premonitorios u otra) o de carácter mas bien religioso (experiencia mística, experiencia con presencia de espíritus u otra)?:

1. ___ SI

2. ___ NO

4. En la eventualidad de iniciar ahora una **psicoterapia o tratamiento psicológico**, Ud. se siente:

- 1. ___ Muy motivado
- 2. ___ Motivado
- 3. ___ Relativamente motivado
- 4. ___ Poco motivado
- 5. ___ Muy poco motivado

5.- Si Ud. desea agregar un comentario final, por favor, hágalo:

6.- Por favor, indique la fecha en la que respondió este cuestionario:

Ficha de Evaluación Clínica Integral de Adicciones FECIAD

Adaptado de FECI Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa

Ficha de Evaluación Clínica Integral de Adicciones FECIAD

Adaptado de FECI Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa

I. DATOS DE IDENTIFICACION

1. Nombre completo:

N° DE FICHA:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

2. Sexo: ___ M ___ F

3. Edad: _____

4. Fecha y lugar de nacimiento:

5. Estado Civil: ___ Soltero

___ Casado

___ Viudo

___ Separado

___ Conviviente

Otro _____

6. Dirección particular:

Calle: _____ N° _____

7. Teléfono particular: _____ 8. Teléfono Oficina: _____

9. Ocupación actual:

10. Tiempo de tratamiento: _____ ¿ Lo terminó ? _____

11. Indique el tipo de tratamiento que Ud. está realizando:

Ambulatorio: _____ Residencial: _____ Otro: _____

II. ANTECEDENTES INICIALES

1. ¿Cómo evalúa Ud. la severidad de sus problemas actuales?

Muy poco severos _____ Poco severos _____ Severos _____

Muy severos _____ Incapacitantes _____

2. ¿A qué edad empezó a consumir drogas? _____

3. ¿Qué droga fue la primera que consumió? _____

4. Indique todas las drogas que ha consumido _____

5. ¿Cuál es la droga que más ha consumido? _____

6. Por favor subraye lo que Ud. buscaba conseguir con el consumo de droga:

- a) Ser aceptado por los amigos
- b) Mayor felicidad
- c) Sentirse más relajado
- d) Sentirse más exitoso
- e) Ser más eficiente
- f) Aliviar un dolor
- g) Desinhibirse
- h) Potenciar su sexualidad
- i) Ser más fuerte
- j) Superar su timidez
- k) Serenarse

7. Mencione si al consumir drogas, estuvo involucrado (a) en algunas de las siguientes situaciones:

- Peleas en la calle
- Robos a extraños
- Robos a extraños con violencia
- Robos a un familiar
- Agresiones con armas
- Accidentes de tránsito
- Riñas con amigos
- Otra situación _____

8. Consumía drogas:

- Solo
- Con amigos
- Con pareja
- En fiestas
- En el trabajo

- En el colegio o universidad
- Con desconocidos

9. Mencione cuáles eran los efectos que Ud. buscaba al consumir drogas:

10. Mencione si es primera vez que Ud. se trata, o cuántas veces ha sido tratado y cuántas veces a recaído:

11. Durante el tiempo de consumo de drogas vivió algunas de las alternativas siguientes:

- Alteraciones físicas
- Conducta violenta
- Se sentía perseguido
- Cambios de humor
- Auto agresiones
- Atracones de comida
- Irritabilidad
- Embriaguez
- Inapetencia
- Apatía
- Accidentes
- Insomnio
- Inasistencia escolar o laboral
- Angustia
- Exceso de sueño

12. ¿Qué cree Ud. que lo habría ayudado a no caer en la adicción?

13. ¿Ha consultado anteriormente a algún psicólogo, siquiatra o neurólogo? Por favor explique cuándo y por qué:

14. Marque los síntomas que Ud. presenta con mayor frecuencia en la actualidad:

- 1.- Problemas atención y concentración
- 2.- Angustia

- 3.- Problemas de memoria
- 4.- Insomnio
- 5.- Exceso de sueño
- 6.- Pesadillas
- 7.- Sonambulismo
- 8.- Aburrimiento
- 9.- Irritabilidad
- 10.- Mareos
- 11.- Cefaleas (dolores de cabeza – migraña)
- 12.- Vómitos
- 13.- Desmayos
- 14.- Diarreas
- 15.- Constipación (dificultad para defecar)
- 16.- Taquicardia
- 17.- Arritmia
- 18.- Transpiración de las manos
- 19.- Onicofagia (comerse las uñas)
- 20.- Temblor de las manos
- 21.- Bruxismo (apretar las mandíbulas al dormir)
- 22.- Comer en exceso
- 23.- Inapetencia
- 24.- Sequedad bucal
- 25.- Ideas obsesivas
- 26.- Ideas de suicidio
- 27.- Sentimiento de culpa
- 28.- Tartamudez
- 29.- Alteraciones menstruales
- 30.- Impotencia sexual
- 31.- Frigidez
- 32.- Eyaculación precoz
- 33.- Dolor vaginal durante las relaciones sexuales
- 34.- Poco deseo sexual
- 35.- Tics
- 36.- Fatigarse con facilidad
- 37.- Llanto
- 38.- Desánimo
- 39.- Pena
- 40.- Ingestión excesiva de alcohol
- 41.- Uso habitual de drogas
- 42.- Hipocondría (tendencia excesiva a atribuirse enfermedades)
- 43.- Miedos fóbicos a:
 - a) Las alturas
 - b) Los espacios cerrados
 - c) Viajar en avión
 - d) Ver sangre
 - e) Los espacios abiertos
 - f) Otros
44. Otros

15. A continuación se enumeran diversas características denominadas rasgos de personalidad. Cada *rasgo* se presenta en un rango entre dos polos extremos. Haga un círculo en el número de cada rango en el que Ud. se ubica. Ejemplo: en el rasgo 1 Egoísta – Bondadoso, el rango 2 indica que tiene acentuado el rasgo de ese polo y el 0 indica que se ubica entre ambos polos. Por favor, responda todas las preguntas y haga un solo círculo en cada rasgo.

1.- Egoísta	2 – 1 -- 0 –1 – 2	Bondadoso
2.- Introverso	2 – 1 -- 0 –1 – 2	Extroverso
3.- Dominante	2 – 1 -- 0 –1 – 2	Sumiso
4.- Competitivo	2 – 1 -- 0 –1 – 2	Incompetente
5.- Tolerante	2 – 1 -- 0 –1 – 2	Intolerante
6.- Optimista	2 – 1 -- 0 –1 – 2	Pesimista
7.- Pacífico	2 – 1 -- 0 –1 – 2	Agresivo
8.- Celoso	2 – 1 -- 0 –1 – 2	Confiado
9.- Confiado	2 – 1 -- 0 –1 – 2	Desconfiado
10.- Cariñoso	2 – 1 -- 0 –1 – 2	Huraño
11.- Pasivo	2 – 1 -- 0 –1 – 2	Activo
12.- Alegre	2 – 1 -- 0 –1 – 2	Triste
13.- Perfeccionista	2 – 1 -- 0 –1 – 2	Descuidado
14.- Gastador	2 – 1 -- 0 –1 – 2	Ahorrativo
15.- Ambicioso	2 – 1 -- 0 –1 – 2	Generoso
16.- Tenso	2 – 1 -- 0 –1 – 2	Relajado
17.- Tímido	2 – 1 -- 0 –1 – 2	Osado
18.- Impulsivo	2 – 1 -- 0 –1 – 2	Controlado
19.- Independiente	2 – 1 -- 0 –1 – 2	Dependiente
20.- Paciente	2 – 1 -- 0 –1 – 2	Impaciente
21.- Flexible	2 – 1 -- 0 –1 – 2	Inflexible
22.- Bello	2 – 1 -- 0 –1 – 2	Feo
23.- Honesto	2 – 1 -- 0 –1 – 2	Deshonesto
24.- Seguro	2 – 1 -- 0 –1 – 2	Inseguro
25.- Simpático	2 – 1 -- 0 –1 – 2	Desagradable
26.- Responsable	2 – 1 -- 0 –1 – 2	Irresponsable
27.- Estable	2 – 1 -- 0 –1 – 2	Inestable
28.- Inteligente	2 – 1 -- 0 –1 – 2	Tonto
29.- Trabajador	2 – 1 -- 0 –1 – 2	Flojo
30.- Exitoso	2 – 1 -- 0 –1 – 2	Fracasado

Comentarios: _____

16. En el recuadro siguiente, relate lo que en su opinión ha sido el momento o la experiencia más difícil que haya vivido hasta ahora:

III. SISTEMA BIO - CLINICO

1. ¿Algún miembro de su familia consanguínea (padres, hermanos, abuelos, primos, etc) ha tenido algún tipos de alteración psicológica o enfermedad mental?

Por favor especifique el parentesco y el tipo de alteración o enfermedad mental:

2. ¿Algún miembro de su familia consanguínea (padres, hermanos, abuelos, primos, etc) ha abusado o abusa en el consumo de alcohol, drogas, o medicamentos (estimulantes, tranquilizantes, antidepresivos u otros)?

3. Embarazo: ¿Sabe Ud. si su madre tuvo problemas durante su embarazo? Especifique:

4. Cuando Ud. nació el parto fue:

B. Normal

C. Prematuro

D. Tardío

E. Por cesárea

F. Con principio de asfixia

G. Con fórceps

H. Otros _____

5. Indique si cuando niño tuvo alguno de los problemas siguientes:

a) Para aprender a andar

b) Para aprender a hablar

c) Para aprender a leer y escribir

d) Para aprender a controlar esfínter

e) Hiperactividad (Hiperkinesis)

f) Dislexia

g) Terrores nocturnos

h) Sonambulismo

i) Fobia al colegio

j) Otros _____

6. Indique si tiene o ha tenido algunas de las enfermedades o desajustes siguientes:

1. Meningitis
2. Traumatismo encéfalo–craneano
3. Epilepsia
4. Diabetes
5. Hipertiroidismo
6. Hipotiroidismo
7. Bocio
8. Cardiopatías
9. Hipertensión arterial
10. Tumores
11. Asma bronquial
12. Alergias
13. Ulceras
14. Colon irritable
15. Artritis reumatoídea
16. Soriasis
17. Otros _____

7. Edad de su primera menstruación: _____

8. En general, sus menstruaciones son (marque lo que corresponda):

- a) regulares en términos de fecha
- b) no muy dolorosas
- c) sin cambio de ánimo en los días previos
- d) irregulares en fecha
- e) se prolongan demasiado
- f) dolorosas
- g) con importantes cambios de ánimo en los días previos, sintiéndose:

- sensible
- irritable
- triste
- tensa
- pasiva
- angustiada
- otro _____

9. En la actualidad, ¿Toma Ud. medicamentos? _____ SI _____ NO

En caso afirmativo indique cuáles, dosis y con qué objetivo:

10. Su estatura es: _____ metros

11. Su peso actual es: _____ kilogramos

12. ¿Tiene Ud. tendencia a subir de peso? _____ SI _____ NO

En caso afirmativo comente como se maneja al respecto:

13. El cuestionario siguiente se refiere al modo en que Ud. piensa, siente y actúa. Por favor responda a cada pregunta poniendo una X en el casillero correspondiente. No hay respuestas buenas o malas. Trabaje rápidamente sin pensar mucho sobre el significado exacto de cada pregunta y respondiendo a todas ellas:

E.P.Q. (Hans Eysenck)

<i>PREGUNTA</i>	SI	NO	<i>PREGUNTA</i>	SI	NO
1. ¿ Ocupa su tiempo libre a muchas actividades diferentes ?			14 ¿ Le agradaría saltar en paracaídas ?		
2. ¿ Se detiene a pensar las cosas antes de hacerlas ?			15 ¿ Generalmente se puede divertir en una fiesta animada?		
3. ¿ Su estado de ánimo sube o baja con frecuencia ?			16 ¿ Es una persona irritable ?		
4. ¿ Ha aceptado alguna vez elogios por algo hecho por otro ?			17 ¿ Alguna vez ha culpado a alguien sabiendo que la culpa es suya ?		
5. ¿ Es una persona conversadora ?			18 ¿ Le gusta conocer gente nueva?		
6. ¿ Le preocupa tener deudas ?			19. ¿ Encuentra conveniente ahorrar y estar asegurado ?		
7. ¿ Algunas veces se siente desdichado sin motivo alguno ?			20. ¿ Sus sentimientos son heridos con facilidad ?		
8. ¿ Alguna vez se ha servido en la mesa, más de la cuenta o ha comido más de lo apropiado ?			21. ¿ Son todas sus costumbres y hábitos buenos y deseables ?		
9. ¿ Se asegura que la puerta de su casa quede bien cerrada ?			22. ¿ Tiende a mantenerse en un segundo plano en las reuniones sociales ?		
10. ¿ Normalmente es Ud. una persona animada ?			23. ¿ Tomaría drogas que tuvieran efectos dañinos y peligrosos ?		
11. ¿ Le afecta ver sufrir a un niño o a un animal ?			24. ¿ Se siente frecuentemente cansado de todo ?		
12. ¿ Se preocupa de cosas que no debió haber dicho o hecho ?			25. ¿ Alguna vez ha tomado alguna cosa que pertenece a otro ?		
13. ¿ Mantiene siempre sus promesas a pesar de las molestias que le puedan provocar ?			26. ¿ Le gusta mucho salir de casa ?		

PREGUNTA	SI	NO	PREGUNTA	SI	NO
27. ¿ Le divierte hacerle daño a la gente que estima?			49. ¿ Presume a veces de sus cualidades?		
28. ¿ Frecuentemente se preocupa por sentimientos de culpa ?			50. ¿ Puede animar con facilidad una fiesta aburrida ?		
29. ¿ A veces conversa de cosas que desconoce en absoluto ?			51. ¿ Le molesta la gente que conduce con demasiada cautela ?		
30. ¿ Le gusta más leer que ir a reuniones sociales?			52. ¿ Se preocupa por su salud ?		
31. ¿ Tiene enemigos que quieran dañarlo ?			53. ¿ Algunas veces ha desacreditado a alguien ?		
32. ¿ Se considera una persona nerviosa ?			54. ¿ Le gusta contar cosas divertidas de sus amigos ?		
33. ¿ Se disculpa cuando se ha portado como mal educado?			55. ¿ Le da lo mismo la mayoría de las cosas ?		
34. ¿ Tiene muchos amigos ?			56. ¿ A veces está decaído ?		
35. ¿ Le gusta hacer bromas que pueden dañar a las personas?			57. ¿ De pequeño les faltó alguna vez el respeto a sus padres ?		
36. ¿ Está siempre preocupado por algo ?			58. ¿ Le gusta juntarse con gente?		
37. ¿ De pequeño hacía las cosas tal cómo le decían, sin protestar e inmediatamente ?			59. ¿ Le preocupa si hay fallas en Ud. o en su trabajo?		
38. ¿ Se considera una persona despreocupada ?			60. ¿ Sufre de insomnio ?		
39. ¿ La limpieza y la buena educación son muy importantes para Ud.?			61. ¿ Siempre se lava las manos antes de comer?		
40. ¿ Se inquieta por cosas terribles que puedan ocurrir ?			62. ¿ Siempre tiene una respuesta oportuna cuando le hablan?		
41. ¿ Alguna vez ha perdido o roto algo ajeno ?			63. ¿ Le gusta llegar a las citas con tiempo de sobra ?		
42. ¿ Toma Ud. la iniciativa para hacerse de nuevos amigos ?			64. ¿ Se ha sentido frecuentemente apático y cansado sin motivo ?		
43. ¿ Comprende con facilidad el estado de las personas al contar sus problemas ?			65. ¿ Alguna vez ha hecho trampa jugando?		
2. ¿ Se considera muy excitable o tenso ?			66. ¿ Le gusta hacer cosas que demandan acción inmediata ?		
45. ¿ Tira al suelo los papeles cuando no hay basureros a la mano ?			67. ¿ Es (fue) su madre una buena mujer?		
46. ¿ Se mantiene tranquilo cuando está con otra gente ?			68. ¿ Piensa con frecuencia que la vida es aburrida ?		
47. ¿ Piensa que el matrimonio está pasado de moda y hay que suprimirlo?			69. ¿ Alguna vez se ha aprovechado de alguien ?		
48. ¿ Siente lástima consigo mismo de vez en cuando ?			70. ¿ Se compromete con frecuencia en más actividades de las que puede hacer?		

PREGUNTA	SI	NO	PREGUNTA	SI	NO
71. ¿ Hay mucha gente que trata de evitarlo ?			87. ¿ Hace siempre lo que predica ?		
72. ¿ Se preocupa demasiado por su aspecto físico ?			88. ¿ A veces le gusta molestar a los animales ?		
73. ¿ Siempre es educado aún con gente desagradable ?			89. ¿ Se ofende con facilidad si encuentran defectos en Ud. o en su trabajo?		
74. ¿ Cree que la gente desperdicia su tiempo al asegurar su futuro con ahorros y previsiones ?			90. ¿ La vida sin peligros sería muy aburrida para Ud.?		
75. ¿ Ha deseado alguna vez estar muerto ?			91. ¿ Alguna vez ha llegado tarde a una cita o al trabajo ?		
76. ¿ Evadiría pagar impuestos si estuviera seguro de no ser descubierto ?			92. ¿ Le gusta tener mucha actividad o animación a su alrededor ?		
77. ¿ Es capaz de mantener el ambiente en una fiesta ?			93. ¿ Le gustaría que otros le tuvieran miedo?		
78. ¿ Se preocupa de no ser brusco con la gente ?			94. ¿ A veces le sobra energía y otras se siente desganado ?		
79. ¿ Se preocupa por largo tiempo de sus experiencias desagradables ?			95. ¿ A veces deja para mañana lo que podría haber hecho hoy ?		
80. ¿ Alguna vez ha insistido en salirse con la suya ?			96. ¿ La gente piensa que Ud. es una persona muy animada ?		
81. ¿ Al tomar el tren suele llegar frecuentemente al último minuto ?			97. ¿ Le dice a la gente muchas mentiras ?		
82. ¿ Sufre de los nervios ?			98. ¿ Le afectan con facilidad las cosas ?		
83. ¿ Alguna vez ha dicho algo con la intención de herir a otros ?			99. ¿ Cuándo se equivoca siempre está dispuesto a reconocerlo ?		
84. ¿ Detesta estar en un grupo de gente que se hace bromas ofensivas entre ellos ?			100. ¿ Siente compasión por un animal cazado en una trampa ?		
85. ¿ Sus amistades terminan con facilidad sin que sea su culpa ?			101. ¿ Le ha sido difícil llenar este cuestionario ?		
86. ¿ Se siente solo con frecuencia ?			Por favor verifique si ha respondido todas las preguntas.		

IV. HISTORIA SEXUAL

1. Indique cual de las siguientes conductas caracterizaron su período de consumo de drogas, previo al tratamiento:

- a) Relaciones sexuales diariamente
- b) Relaciones sexuales semanalmente
- c) Relaciones sexuales una o dos veces al mes
- d) Ocasionalmente

e) Abstención total

2. Señale cuál (es) de estas conductas lo identifican en su período de consumo:

- a) Relaciones homosexuales en alguna ocasión
- b) Violación
- c) Actividades de prostitución para obtener dinero o drogas
- d) Relaciones: Con uso de preservativo _____ Sin uso de preservativo _____
- e) Conducta homosexual (lesbianismo) antes de su adicción

3. Indique cuál (es) de estos síntomas ha presentado desde que consume drogas:

- a) Eyaculación precoz
- b) Retardo de eyaculación
- c) Impotencia
- d) Frigidez
- e) Masturbación compulsiva
- f) Dolor vaginal
- g) Relaciones sexuales excesivas
- h) Búsqueda de pornografía
- i) Exhibicionismo
- j) Sado-masochismo
- k) Relaciones sexuales frecuentes con prostitutas
- l) Pensamientos y fantasías sexuales obsesivas

V. HISTORIA FAMILIAR

1. Evalúe la calidad de la relación con su padre:

1. Cercana	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Lejana
2. Afectuosa	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Fría
3. Buena comunicación	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Mala comunicación
4. Estable	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Inestable
5. Poco conflictiva	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Conflictiva

Comentarios:

2. Evalúe la calidad de la relación con su madre:

1. Cercana	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Lejana
2. Afectuosa	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Fría
3. Buena comunicación	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Mala comunicación
4. Estable	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Inestable
5. Poco conflictiva	2 - 1 -- 0 -1 - 2	Conflictiva

Comentarios:

3. ¿Con quiénes se crió Ud?

Con sus padres: _____

Con otros (especifique): _____

4. Algunos padres aplican una política educativa común y bien controlada (padres consistentes entre sí). Otros difieren en dichas políticas y se contradicen en la práctica. Ejemplo: en qué premian y en qué castigan (padres inconsistentes entre sí). Haciendo una evaluación general acerca de cómo fueron sus padres al respecto, Ud. considera que fueron:

_____ 1. Muy consistentes entre sí

_____ 2. Consistentes

_____ 3. Relativamente consistentes

_____ 4. Inconsistentes

_____ 5. Muy inconsistentes entre sí

Explique: _____

5. Señale con un círculo con qué persona más cercana a Ud. se producían las siguientes conductas durante su proceso adictivo:

- a) Obtención de dinero
- b) Manipulación
- c) Alianzas ocultas
- d) Sobreprotección
- e) Engaños
- f) Lo protegía a Ud. ante la familia
- g) Lo protegía ante el colegio o trabajo
- h) Le resolvía problemas económicos
- i) Mentía para justificarlo
- j) Le suplicaba que dejara el consumo
- k) Lo defendía ante los demás

6. Señale con un círculo qué persona cercana, tenía hacia Ud. las siguientes actitudes durante su proceso adictivo:

1. Padre 2. Madre 3. Hermanos 4. Tíos 5. Abuelos 6. Pareja

b) lo criticaba

- c) lo agredía
- d) lo trataba con rabia
- e) discutían
- f) se gritaban
- g) lo reprochaba constantemente

7. Subraye por lo que se siente atraído:

- A. Lo prohibido
- B. Lo audaz
- C. Lo misterioso
- D. Lo desconocido
- E. La pasividad
- F. La rutina
- G. Lo erótico
- H. Lo transgresor

VI. HISTORIA ESCOLAR

Señale cuál es el nivel de estudios más alto que ha aprobado:

- 8. Enseñanza básica
- 9. Licencia secundaria
- 10. Nivel técnico
- 11. Nivel profesional no universitario
- 12. Nivel profesional universitario
- 13. Magíster
- 14. Doctorado

Especifique establecimiento y título alcanzado:

.....
.....

Indique el (los) colegio (s) dónde se educó:

.....
.....

3. ¿Tuvo problemas de conducta en el colegio? Si _____ No _____

Detalle:
.....

VII. HISTORIA LABORAL

1. Enumere brevemente los principales trabajos que ha desempeñado a la fecha:

Cargo:

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

Empresa:

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

VIII. SISTEMA COGNITIVO

A continuación se formulan algunas preguntas relacionadas con sus características cognitivas o estilos de pensamiento. Trate de ser lo más realista posible en sus auto-evaluaciones.

1. Al observar la realidad externa, al observar su pasado o al observarse a sí mismo, Ud. tiende a prestar atención:

- 1.- Casi exclusivamente a lo negativo
- 2.- Preferentemente a lo negativo
- 3.- Tanto a lo negativo como a lo positivo
- 4.- Preferentemente a lo positivo
- 5.- Casi exclusivamente a lo positivo

2.- Al percibir la realidad Ud. tiende a:

- a. Magnificar mucho lo negativo (ver las cosas peor de lo que son)
- b. Magnificar lo negativo
- c. En general, no magnifica
- d. Magnificar lo positivo
- e. Magnificar mucho lo positivo

3. Algunas personas tienden a *quedarse pegadas* en ciertas ideas o pensamientos que se repiten reiteradamente, lo que le ocurre a Ud.:

- a) muy frecuentemente
- b) frecuentemente
- c) a veces
- d) prácticamente nunca

4. En general, Ud. consigo mismo, es una persona:

- a- muy exigente
- b- exigente
- c- relativamente exigente

- d- poco exigente
- e- muy poco exigente

5.- A continuación se plantea un conjunto de afirmaciones o creencias. Indique con un círculo el grado en que cada una de ellas es aplicable a Ud., siendo 1 = poco y 5 = mucho.

- | | |
|--|-------------------|
| 1. Constantemente me exijo perfección en lo que hago | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 2. Me siento demasiado mal cuando alguien me rechaza | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 3. No considero aceptable que una persona destaque sus cualidades | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 4. Tiendo a desvalorizarme cuando me desaprueban | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 5. Me cuesta soportar las cosas que no sean como yo quiero | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 6. Tengo derecho a exigir que la vida me dé todo lo que quiero | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 7. No soporto hacer algo en forma mediocre | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 8. Considero esencial ser apreciado por todos mis conocidos | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 9. Me desagrada la gente que reconoce públicamente sus méritos | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 10. Habitualmente considero muy importante la aprobación de los demás | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 11. Generalmente me siento muy mal cuando las cosas no se dan como yo quiero | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 12. Me molesta que la gente sea injusta conmigo | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

6.- En términos generales señale cuán capaz se considera para desempeñarse eficientemente en las siguientes áreas:

- | | |
|------------------------------|-------------------|
| 1. Area social | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 2. Area sexual | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 3. Area relaciones de pareja | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 4. Area intelectual | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 5. Area laboral | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

7.- A continuación se plantea un conjunto de afirmaciones. Indique con un círculo el grado en que está Ud. de acuerdo con ellas, siendo 1 = poco y 5 = mucho.

ESCALA DE AUTO-ESTIMA

- | | |
|--|-------------------|
| 1. En general estoy satisfecho conmigo mismo | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 2. A veces pienso que sirvo para nada | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 3. Considero que tengo varias cualidades positivas | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 5. Creo tener varias razones para estar orgulloso de mí | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 6. A veces me siento realmente inútil | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 7. Creo que soy una persona digna de estima, al menos en la misma medida que los otros | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 8. En conjunto, tiendo a pensar que soy un fracaso | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 9. Desearía sentir más aprecio por mi mismo | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 10. Mi actitud frente a mi mismo es positiva | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

8. En general, el proceso de tomar decisiones le resulta a Ud.:

- a- Fácil
- b- Relativamente fácil
- c- Más bien complicado
- d- Difícil

9. La *toma de decisiones* se ve afectada por diferentes factores. Indique el grado en que cada uno de los factores siguientes afecta sus decisiones, siendo 1 = poco y 5 = mucho.

- | | |
|---|-------------------|
| 1. Se apresura en exceso (impulsivo) | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 2. Se pierde en detalles | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 3. Es excesivamente perfeccionista | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 4. No mide las consecuencias de su decisión | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 5. No se informa lo suficiente | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 6. Otra _____ | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

10. Elija entre las siguientes afirmaciones aquella que refleje mejor sus creencias actuales:

- a. Tengo mucha confianza en que mi vida futura será satisfactoria
- b. Tengo alguna confianza en que mi vida futura será satisfactoria
- c. Tengo bastantes dudas en que mi vida futura será satisfactoria
- d. No creo que mi vida futura será satisfactoria

IX. SISTEMA AFECTIVO

1. En las líneas siguientes se explican algunas necesidades que tienen todas las personas y que se manifiestan en todas las culturas. Señale de 1 a 5 cuán satisfecho se siente en esta etapa de su vida en cada una de estas necesidades siguientes (1 = muy insatisfecho y 5 = muy satisfecho).

- | | |
|--|-------------------|
| 1. Necesidades básicas (alimentación, vestuario, vivienda, etc) | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 2. Necesidades sexuales | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 3. Necesidad de ser querido, apreciado (afecto) | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 4. Necesidad de logro (éxito en alcanzar sus metas personales) | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 5. Necesidad prestigio (reconocimiento y valoración social) | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 6. Necesidad de compañía y contacto social (pertenencia) | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 7. Necesidad de esparcimiento (recreación) | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 8. Necesidad de saber (conocimiento, cultura) | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 9. Necesidad de amor (en relación de pareja) | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 10. Necesidad de trascendencia (artísticas, políticas, religiosas) | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

2. La facilidad o propensión para experimentar diversos tipos de emoción varía de una persona a otra. Así, algunas personas experimentan con más facilidad rabia que pena, o alegría que entusiasmo.

Indique con cuánta facilidad experimenta Ud. cada una de las emociones siguientes: (1 = poca facilidad y 5 mucha facilidad)

- | | |
|---------------|-------------------|
| 1. Alegría | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 2. Pena | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 3. Rabia | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 4. Entusiasmo | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 5. Angustia | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 6. Envidia | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 7. Ternura | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 8. Miedo | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 9. Vergüenza | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |

3. La facilidad o propensión para experimentar diversos tipos de sentimientos estables varía de una persona a otra. Así, algunas personas experimentan con más facilidad tristeza que resentimiento, o sentimientos de admiración que sentimientos de odio. Indique con cuánta facilidad experimenta Ud. cada una de los sentimientos siguientes: (1 = poca facilidad y 5 mucha facilidad)

- | | |
|---------------|-------------------|
| 1. Alegría | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 2. Pena | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 3. Rabia | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 4. Entusiasmo | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 5. Angustia | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 6. Envidia | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 7. Ternura | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 8. Miedo | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 9. Vergüenza | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |

4. Evalúe en una escala de 1 a 5 el grado en que cada afirmación es aplicable a Ud., siendo 1 = poco y 5 = mucho.

SUB-ESCALA TORONTO - ALEXITIMIA

- | | |
|---|-------------------|
| 1. Cuándo lloro siempre sé por qué | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 2. El fantasear es una pérdida de tiempo | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 3. A menudo me confundo respecto a la emoción que estoy sintiendo | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 4. Me es difícil hallar las palabras correctas para mis sentimientos | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 5. Tengo sensaciones físicas que incluso los médicos no entienden | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 6. Soy capaz de describir con facilidad mis sentimientos | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 7. Cuando estoy perturbado, no sé si estoy triste, atemorizado o enojado | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 8. Gasto mucho tiempo fantaseando cuando no tengo nada que hacer | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 9. Prefiero dejar que las cosas ocurran en vez de pretender comprender por qué ocurrieron así | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 10. Rara vez tengo fantasías | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 11. Tengo sentimientos que no puedo identificar por completo | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 12. Considero esencial estar en contacto con mis emociones | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |

13. No sé lo que está ocurriendo dentro de mí 1 – 2 – 3 – 4 – 5
 14. A menudo no sé por qué estoy enojado 1 – 2 – 3 – 4 – 5

5. La *empatía* es entendida como la capacidad para ponerse en lugar de la otra persona para comprender sus sentimientos y para captar lo que ocurre en su mundo interno ante las circunstancias que esa persona enfrenta. Se trata de ser capaz de *mirar el mundo con los ojos del otro*. De acuerdo a lo anterior, su capacidad de empatía tiende a ser:

- _____ 1. Mucha
 _____ 2. Relativa
 _____ 3. Poca
 _____ 4. Nula

6. En comparación con las demás personas Ud.

- _____ 1. Disfruta mucho de las situaciones agradables
 _____ 2. Disfruta bastante
 _____ 3. Disfruta relativamente
 _____ 4. Disfruta poco
 _____ 5. No disfruta en absoluto

7. Marque con una “X” la opción (una sola) con la cual Ud. se identifique mejor:

TEST DE AUTO-REGISTRO DE ACTITUD DE ENFRENTAMIENTO EMOCIONAL

- | | nunca | a veces | siempre |
|---|-------|---------|---------|
| a) Sé cuando me estoy alterando | _____ | _____ | _____ |
| b) Sé expresar a los demás mis necesidades emocionales | _____ | _____ | _____ |
| c) Sé cuándo molesto al decir algo desagradable | _____ | _____ | _____ |
| d) Sé pedir ayuda cuando me siento mal | _____ | _____ | _____ |
| e) Sé entender las reacciones desagradables de otros | _____ | _____ | _____ |
| f) Sé expresar mis emociones cuando estoy mal | _____ | _____ | _____ |
| g) Sé por qué me pongo triste | _____ | _____ | _____ |
| h) Sé detectar cuando otro se siente mal emocionalmente | _____ | _____ | _____ |
| i) Sé expresar admiración cuando otros hacen algo bueno | _____ | _____ | _____ |
| j) Sé cuando mis conductas son generadas por mis emociones | _____ | _____ | _____ |
| k) Sé volver a ensayar algo en que he fallado anteriormente | _____ | _____ | _____ |
| l) Sé oír con atención a los demás | _____ | _____ | _____ |
| m) Pienso y evalúo mis reacciones emocionales | _____ | _____ | _____ |

8. Algunas conductas pueden generar algún tipo de discomfort emocional. El grado de perturbación emocional se refiere a la cantidad de emoción perturbadora que la persona experimenta en la situación (grado de ansiedad, rabia, culpa o miedo) Para cada de las situaciones siguientes evalúe su grado de perturbación emocional al enfrentar estas emociones escribiendo un número de 1 a 5 en el espacio correspondiente (1 = poca perturbación y 5 = mucha perturbación).

1. _____ Pedir un favor a alguien
2. _____ Resistir la insistencia de un vendedor
3. _____ Disculparse cuando ha cometido un error
4. _____ Admitir debilidad o temor y pedir ayuda
5. _____ Pedir un aumento de sueldo
6. _____ Admitir ignorancia en algún área
7. _____ Rechazar una petición para prestar dinero
8. _____ Hacer callar a un amigo parlanchín
9. _____ Iniciar una conversación con un extraño
10. _____ Admitir que no entiende un punto en discusión
11. _____ Decirle a alguien que Ud. lo considera agradable
12. _____ Requerir la atención adecuada en una tienda o restorán
13. _____ Expresar una opinión que difiera de la su interlocutor
14. _____ Decirle a una persona que Ud. siente que le ha hecho algo injusto
15. _____ Devolver cosas defectuosas en una tienda o restorán
16. _____ Recibir elogios
17. _____ Pedir que le devuelvan cosas que Ud. ha prestado
18. _____ Decirle a alguien en su trabajo que ha dicho algo que a Ud. le molesta

9. Indique si cuando sufre una frustración Ud. reacciona con alguna de estas actitudes (1 = poco y 5 = mucho).

- _____ Explota con otros
- _____ Se hace la víctima
- _____ Come o bebe en exceso
- _____ Grita
- _____ Insulta
- _____ Garabatea
- _____ Se manda mudar
- _____ Culpa a otros
- _____ Busca drogas
- _____ Actúa sin medir las consecuencias

10. Cuando algo o alguien impide que satisfagamos una necesidad o un deseo se habla de *frustración*. En general, frente a las frustraciones Ud. reacciona de una de las siguientes maneras (1 = poco y 5 = mucho).

- | | |
|---------------------------------------|-------------------|
| 1. Las tolera y asimila bien | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 2. Reacciona con tensión | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 3. Reacciona con rabia | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 4. Reacciona con pena | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 5. reacciona con desgano y desaliento | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
11. Evalúa cuán **feliz** se siente Ud. en este período de su vida:

- _____ 1. Muy feliz
- _____ 2. Bastante feliz
- _____ 3. Relativamente feliz

- _____ 4. Poco feliz
- _____ 5. Muy poco feliz

X. SISTEMA CONDUCTUAL

1. Frente a los problemas que la vida plantea en distintas áreas, las personas reaccionan con diferentes actitudes. Hay personas que tienden a enfrentar pronto los problemas con el objetivo de resolverlos o superarlos. Otras personas evitan enfrentarlos, permitiendo así que los problemas se vayan acumulando sin ser resueltos.

En general Ud. tiende a ser una persona:

- Eminentemente enfrentadora 2 1 0 1 2
- Eminentemente evitadora 2 1 0 1 2

Comentarios:

.....

.....

.....

2. A continuación se enumeran diversas conductas sociales relacionadas con su comportamiento con otras personas. Marque de 1 a 5 el grado en que cada afirmación es aplicable a Ud. (1 = muy poco y 5 = mucho).

- 1. Con facilidad habla de sí mismo 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 2. Le es fácil contar chistes y anécdotas 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 3. Tiene gracia y es entretenido 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 4. Habitualmente se muestra optimista 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 5. Escucha con interés y atención a los demás 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 6. Es tolerante frente a valores y conductas diferentes a los suyos 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 7. Se expresa en forma clara y fluida 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 8. Es cálido y afectuoso 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 9. Se da bien cuenta de lo que sienten sus interlocutores 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 10. Es capaz de hacer sentir a la otra persona 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 11. Se maneja bien en diferentes temas 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 12. Le es fácil iniciar conversaciones 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 13. En general le resulta fácil hablar cuando está en grupo 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 14. Su rostro y sus gestos son muy expresivos de las emociones que está sufriendo 1 - 2 - 3 - 4 - 5

3. Frente a cada una de las afirmaciones siguientes haga una "X" en la casilla que lo identifique mejor:

ESCALA RATHUS

- A - Totalmente verdadero
- B - Verdadero
- C - Más verdadero que falso
- D - Más falso que verdadero

E - Falso

F - Totalmente falso

PREGUNTAS	A	B	C	D	E	F
1. Mucha gente parece más agresiva y segura que yo						
2. He dudado en solicitar o aceptar citas por timidez						
3. Cuando la comida que me han servido en un restorán no es de mi gusto, me quejo al camarero						
4. Me esfuerzo en evitar ofender los sentimientos de otras personas aún cuando me hayan molestado						
5. Cuando un vendedor se molesta mucho al mostrarme un producto que luego rechazo, me siento mal						
6. Cuando me dicen que haga algo, insisto en saber por qué						
7. Hay veces que provoco abiertamente una discusión						
8. Como la mayoría de la gente, lucho por mantener mis puntos de vista						
9. En realidad, la gente se aprovecha de mí con frecuencia						
10. Disfruto entablando conversación con conocidos y extraños						
11. Con frecuencia no sé que decir a personas atractivas del sexo opuesto						
12. Rehuyo telefonar a empresas e instituciones						
13. En caso de solicitar un trabajo o la admisión en un instituto, preferiría hacerlo por carta que personalmente						
14. Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado						
15. Si un pariente me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes de expresar mi disgusto						
16. He evitado hacer preguntar para no pasar por tonto						
17. Durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme a temblar						
18. Si un eminente conferencista hiciera una afirmación que considero incorrecta, yo expondría públicamente mi punto de vista						
19. Evito discutir de precios con vendedores o dependientes						
20. Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren						
21. Soy abierto y franco en cuanto a mis sentimientos						
22. Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, lo busco cuanto antes para aclararlo						
23. Con frecuencia paso un mal rato al decir "no"						
24. Suelo reprimir mis emociones antes que hacer una escena						
25. En un restorán o similar, protesto ante un mal servicio						
26. Cuando me alaban, con frecuencia no sé qué responder						
27. Si 2 personas en el teatro o en una conferencia están hablando en voz alta, les digo que se callen o se vayan a hablar a otra parte						
28. Se alguien se me cuela en una fila, le llamo abiertamente la atención						
29. Expreso mis opiniones con facilidad						

30. Hay ocasiones en que soy incapaz de decir algo						
--	--	--	--	--	--	--

4. Relate a continuación, lo que a su juicio, ha sido su actitud más agresiva o violenta:

XI. RELACION DE PAREJA

1. En la actualidad, tiene Ud. una relación de pareja:

_____ 1. SI _____ 2. NO

En caso afirmativo, especificar desde cuánto tiempo:

.....

2. Su relación actual de pareja es:

- _____ 1. Pololeo
- _____ 2. Noviazgo
- _____ 3. Matrimonio
- _____ 4. Convivencia
- _____ 5. Otro _____

3. Respecto a su pareja actual:

A. Edad: _____ B. Nivel educacional: _____

C. Ocupación actual: _____

4. Su pareja actual, ¿Tuvo un matrimonio anterior ?

_____ 1. SI _____ 2. NO

5. En su actual situación de pareja, evalúe de 1 a 5 su grado de satisfacción en cada uno de los siguientes niveles (1 = deficiente y 5 = Muy bueno):

- | | |
|--|-------------------|
| 1. Comunicación | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 2. Amor mutuo | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 3. Vida sexual | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 4. Relación con las respectivas familias de origen | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 5. Intereses comunes | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 6. Capacidad para manejar dificultades y conflictos entre Uds. | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 7. Procedimientos de tomas de decisiones | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 8. Manejo de dinero | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 9. Capacidad para entretenerse juntos | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 10. Vida social conjunta | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 11. Valores comunes (morales, religiosos, políticos) | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 12. Fidelidad | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

XII. SISTEMA FAMILIAR

Entre las siguientes preguntas, responda sólo aquellas que correspondan a su situación personal (1 = mala y 5 = muy buena)

NOMBRE	Edad	ACTIVIDAD	Parentesco o Relación	Calidad Relación Actual
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5
				1 - 2 - 3 - 4 - 5

P. B. I.

PARENTAL BONDING INSTRUMENT

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consta de 25 afirmaciones, cada una de ellas se refiere a cómo Ud. recuerda a su **padre** en su infancia (hasta los 16 años)

Cada afirmación es seguida por una escala de puntaje:

- 1 Muy en desacuerdo
- 2 Moderadamente en desacuerdo
- 3 Moderadamente en acuerdo
- 4 Muy de acuerdo

	PADRE
1. Me habla con voz amistosa y cálida	1 - 2 - 3 - 4
2. Yo necesitaba más ayuda de la que me daba	1 - 2 - 3 - 4
3. Me permitía realizar aquellas cosas que me gustaba hacer	1 - 2 - 3 - 4
4. Me parecía emocionalmente frío y distante	1 - 2 - 3 - 4
5. Parecía que me entendía mis problemas y preocupaciones	1 - 2 - 3 - 4
6. Era afectuoso conmigo	1 - 2 - 3 - 4
7. Le gustaba que tomara mis propias decisiones	1 - 2 - 3 - 4
8. Se oponía a que creciera	1 - 2 - 3 - 4
9. Trataba de controlar todo lo que yo hacía	1 - 2 - 3 - 4
10. Invadía mi privacidad	1 - 2 - 3 - 4
11. Se entretenía conversando conmigo	1 - 2 - 3 - 4
12. Me sonreía con frecuencia	1 - 2 - 3 - 4

13. Me regaloneaba	1 – 2 – 3 – 4
14. Parecía ignorar lo que yo necesitaba	1 – 2 – 3 – 4
15. Me permitía decidir las cosas por mi mismo	1 – 2 – 3 – 4
16. Me hacía sentir indeseado	1 – 2 – 3 – 4
17. Tenía la capacidad de reconfortarme cuando me sentía molesto (a) o perturbado (a)	1 – 2 – 3 – 4
18. Conversaba poco conmigo	1 – 2 – 3 – 4
19. Trataba de hacerme dependiente de él	1 – 2 – 3 – 4
20. Sentía que no podía cuidar de mi mismo (a) a menos que él estuviera cercano	1 – 2 – 3 – 4
21. Me daba toda la libertad que yo quería	1 – 2 – 3 – 4
22. Me dejaba salir cuando yo quería	1 – 2 – 3 – 4
23. Era sobre-protector conmigo	1 – 2 – 3 – 4
24. Nunca me elogiaba	1 – 2 – 3 – 4
25. Me permitía vestirme a mi antojo	1 – 2 – 3 – 4

P. B. I.

PARENTAL BONDING INSTRUMENT

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consta de 25 afirmaciones, cada una de ellas se refiere a cómo Ud. recuerda a su **madre** en su infancia (hasta los 16 años)

Cada afirmación es seguida por una escala de puntaje:

- 1 Muy en desacuerdo
- 2 Moderadamente en desacuerdo
- 3 Moderadamente en acuerdo
- 4 Muy de acuerdo

	MADRE
1. Me habla con voz amistosa y cálida	1 – 2 – 3 – 4
2. Yo necesitaba más ayuda de la que me daba	1 – 2 – 3 – 4
3. Me permitía realizar aquellas cosas que me gustaba hacer	1 – 2 – 3 – 4
4. Me parecía emocionalmente frío y distante	1 – 2 – 3 – 4
5. Parecía que me entendía mis problemas y preocupaciones	1 – 2 – 3 – 4
6. Era afectuoso conmigo	1 – 2 – 3 – 4
7. Le gustaba que tomara mis propias decisiones	1 – 2 – 3 – 4
8. Se oponía a que creciera	1 – 2 – 3 – 4
9. Trataba de controlar todo lo que yo hacía	1 – 2 – 3 – 4
10. Invasión mi privacidad	1 – 2 – 3 – 4
11. Se entretenía conversando conmigo	1 – 2 – 3 – 4
12. Me sonreía con frecuencia	1 – 2 – 3 – 4
13. Me regaloneaba	1 – 2 – 3 – 4
14. Parecía ignorar lo que yo necesitaba	1 – 2 – 3 – 4
15. Me permitía decidir las cosas por mi mismo	1 – 2 – 3 – 4
16. Me hacía sentir indeseado	1 – 2 – 3 – 4

- | | |
|--|---------------|
| 17. Tenía la capacidad de reconfortarme cuando me sentía molesto (a)
o perturbado (a) | 1 – 2 – 3 – 4 |
| 18. Conversaba poco conmigo | 1 – 2 – 3 – 4 |
| 19. Trataba de hacerme dependiente de él | 1 – 2 – 3 – 4 |
| 20. Sentía que no podía cuidar de mi mismo (a) a menos que él estuviera
cercano | 1 – 2 – 3 – 4 |
| 21. Me daba toda la libertad que yo quería | 1 – 2 – 3 – 4 |
| 22. Me dejaba salir cuando yo quería | 1 – 2 – 3 – 4 |
| 23. Era sobre-protector conmigo | 1 – 2 – 3 – 4 |
| 24. Nunca me elogiaba | 1 – 2 – 3 – 4 |
| 25. Me permitía vestirme a mi antojo | 1 – 2 – 3 – 4 |

XIII. SISTEMA INCONSCIENTE Y SELF

Complete cada una de las frases inconclusas siguientes:

1. Yo fui un niño
2. Siempre me sentí
3. Las cosas más importantes para mí fueron
4. En el colegio me sentí
5. Mis padres me dieron
6. Lo que me habría gustado
7. Hoy me importa mucho
8. Espero que mi vida futura
9. Lo que me gustaría tener junto a mí
10. Hoy siento que lo más difícil es
11. Estoy consciente que mis cualidades son

