UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA.

TEMA:

"IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA EN TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL, PARA EL CONTROL DE CRAVING EN PACIENTES DEPENDIENTES A LA COCAÍNA HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES (CRA), ENTRE LOS 16 A 55 AÑOS."

AUTORA:

Tatiana Elizabeth Criollo Quezada

DIRECTORA:

Dra. Carol Palacios

LOJA-ECUADOR

2012

CERTIFICACIÓN:

Que el trabajo de investigación de tesis titulado, " IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA EN TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL, PARA EL CONTROL DE CRAVING EN PACIENTES DEPENDIENTES A LA COCAÍNA HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES (CRA), ENTRE LOS 16 A 55 AÑOS", realizado por la egresada, Tatiana Elizabeth Criollo Quezada, ha sido elaborado bajo mi dirección; el mismo que se encuentra dentro de los procedimientos legales que exige la Universidad Nacional de Loja por lo que autorizo su presentación ante el organismo competente, para que le dé el trámite correspondiente.

Loja, Enero del 2013

Dra. Carol Palacios Pesantez

Directora de Tesis

AUTORÍA

Los contenidos, conclusiones, resultados, así como, el modelo de intervención terapéutica propuesto en la presente tesis cuyo tema es: “IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA EN TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL, PARA EL CONTROL DE CRAVING EN PACIENTES DEPENDIENTES A LA COCAÍNA HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES (CRA) ENTRE LOS 16 A 55 AÑOS”, son de exclusiva responsabilidad de la autora.

Tatiana Elizabeth Criollo Quezada

Autora

AGRADECIMIENTO

Mi afectuoso agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, por la formación académica y científica brindada; a las autoridades de la Carrera de Psicología Clínica; a los docentes que con gran capacidad y sabiduría profesional supieron orientar y motivar durante el transcurso académico para la superación y culminación de los mismos.

Con gratitud reconozco al Hospital y Centro de Reposo CRA, institución que me dio apertura a la realización de la presente investigación, en la figura del Dr. Saúl Pacurucu al permitirme utilizar este escenario para la ejecución del proyecto.

De manera especial expreso mi reconocimiento a la Dra. Carol Palacios Pesantez, quién en calidad de Directora de Tesis me brindó su apoyo y colaboración en el desarrollo científico de la investigación, y, a su vez, a la querida Lic. Tania Serrano por su apoyo y paciencia.

De igual manera mi agradecimiento a las personas que contribuyeron en la realización de esta presente tesis.

LA AUTORA

DEDICATORIA

Esta investigación va en ofrecimiento a mi madre, quién con sacrificios y sabios consejos hiso que pueda superarme y así poder culminar mis estudios.

A mi padre, quien aporto con sabiduría y comprensión en el afán de cumplir mis ideales.

A mi hermana y hermanos, quienes estuvieron presentes incondicionalmente en la trayectoria de mi proceso académico.

A mis tíos, abuelos, cuñados y sobrinos, quiénes con palabras de aliento estuvieron junto a mí para ayudarme y que con sus ocurrencias hicieron que mi camino de éxito sea más corto.

De igual manera mi agradecimiento hacia mi novio por acompañarme en este difícil trayecto, y a las personas que contribuyeron en la realización de esta presente tesis, como lo son mis docentes, compañeros y amigas.

INDICE DE CONTENIDOS

PORTADA…….…….....…I

CERTIFICACIÓN..……..II

AUTORÍA.……...…….....…III

AGRADECIMIENTO..……...……...……...…….....IV

DEDICATORIA ……...…….....V

ÍNDICE.……...…….…….……..VI

I. TÍTULO…….……..7

II. RESUMEN…….……....8

SUMMARY

III. INTRODUCCIÓN……...……10

IV. REVISIÓN DE LITERATURA……13

V. MATERIALES Y MÉTODOS…….50

VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS…….....60

VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS……..76

VIII. CONCLUSIONES……...80

IX. RECOMENDACIONES……..82

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICO

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍCAS…….……105

XI. ANEXOS…….....108

I. TÍTULO

“IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA EN TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL, PARA EL CONTROL DE CRAVING EN PACIENTES DEPENDIENTES A LA COCAÍNA HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES (CRA), ENTRE LOS 16 A 55 AÑOS”

II. RESUMEN

El consumo de cocaína es un problema de tendencia creciente en nuestro país, la ausencia de fármacos eficaces y de programas terapéuticos pertinentes que controlen el craving, conllevan a que esta patología se agudice en lugar de debilitarse.

Siendo beneficioso así, mostrar el siguiente estudio investigativo de tipo Descriptivo-Cuasi-Experimental-Transversal, que tiene como objetivo; diseñar, aplicar y evaluar la eficacia de un Programa para el Control del Craving, en base a las técnicas con mejores resultados en la Psicología Aplicada: Las Cognitivas-Conductuales. Para ello se aplicó la Hoja de entrevista Inicial a una población de 45 personas, de los cuales 12 cumplieron con los criterios de inclusión luego de ello se aplicó la Entrevista Semi-Estructurada, el Inventario de Pensamientos Automáticos, la Escala de Ansiedad Hamilton y el Cuestionario de Craving de Cocaína General.

Los resultados señalan finalmente que el inicio de ingesta de cocaína fue entre edades de 16-20 años, llevando un consumo de frecuencia diaria en un periodo de 1-3 años, de los cuáles, el 75% optan por Polvo Base de Cocaína y el 100% combinan su uso con alcohol; cabe recalcar que el 75% de adictos presentan patología dual asociada con Trastornos del Estado de Ánimo. De igual manera se observó que entre la primera a la novena semana de tratamiento, el nivel de ansiedad grave disminuye de un 33% al 17%; acontecimiento que suscita también en el nivel de craving grave que desciende de 84% al 8%, demostrando así la factibilidad del programa aplicado.

PALABRAS CLAVES: Craving, Adictos a la Cocaína, Terapia Cognitivo-Conductual.

SUMARY

Cocaine is a problem of growing trend in our country, the absence of effective drugs and therapeutic programs relevant to control the craving, lead to this condition becomes acute, not weakened

As beneficial as well, show the following research study is a descriptive-Quasi-Experimental-Transversal, which aims, design, implement and evaluate the effectiveness of a program Craving Control, based on the techniques with better results in the Applied Psychology: The Cognitive-Behavioral. We applied the initial interview sheet a population of 45 people, of which 12 met the inclusion criteria after it was applied semi-structured interview, the Automatic Thoughts Inventory, Hamilton Anxiety Scale and the Cocaine Craving questionnaire General

The results indicate that the start of last cocaine use was between the ages of 16-20 years, often carrying a daily consumption over a period of 1-3 years, of which, 75% opt for powder cocaine base and 100% combined with alcohol use, it should be emphasized that 75% of addicts have dual pathology associated with Mood Disorders. Similarly, it is observed that among the first to ninth weeks of treatment, severe anxiety level decreases from 33% to 17%; event also raises the level of severe craving descending from 84% to 8%, demonstrating and the feasibility of the program implemented.

KEYWORDS: Craving, cocaine addicts, Cognitive Behavioral Therapy

III. INTRODUCCIÓN

"El problema de la dependencia a drogas y sus implicaciones como problema de salud ha alcanzado desde la década de los 70, una significación especial en la medida que traspasa los límites de la salud y penetra en otras áreas como son lo social, lo político, lo económico y otras más, relacionadas con el devenir del género humano"[1].

"Dentro de los datos estadísticos en referencia global, encontramos que el 10% de los pacientes de los Centros de Atención Primaria y el 25% de los pacientes de Hospitales Generales, presentan Trastornos Primarios por Alcohol y Drogas y entre un 15% y un 20% de los pacientes adultos cuenta ya con una historia previa de un Trastorno por Consumo de Sustancias, llegándose a situar de tal forma entre los problemas médicos que con más frecuencia se van a encontrar los profesionales de la Salud Mental"[2].

Esta realidad además no es diferente a la que experimenta nuestro país, si bien es cierto no contamos con estudios de incidencia o prevalencia en cuanto a pacientes diagnosticados con Trastornos Asociados A Sustancias Psicotrópicas, sin embargo organizaciones internas como el CONSEP, han logrado revelar mediante las investigaciones epidemiológicas, la tasa de consumidores esporádicos y de posibles dependientes, en las que nos señalan que las drogas de preferencia en este medio son el alcohol y el cigarrillo, con el 20,6%; marihuana, con el 18,7%; cocaína, con el 6,4%; y, éxtasis, en un 2,6%.

---

[1] Barlow, H., Durand, M. *PSICOPATOLOGÍA.* Editorial Thomson. Madrid 2002. Págs 58-59.

[2] Fleming, M., Lawton, K. *GUÍA CLÍNICA DE LOS TRASTORNOS ADICTOS.* Editorial Mosby. Madrid 2008. Págs 206-207.

En la actualidad ha existido una creciente demanda de los pacientes con dependencia de cocaína, siendo la segunda población por la que ingresan a Comunidades Terapéuticas después de los alcohólicos, por ello ha aumentado significativamente las diversas formas de Abordaje Terapéutico.

"Lo sorprendente en los cocainómanos es que existe mayor riesgo de recaídas aún luego de recibir tratamiento, y a su vez, implicarse en actos delictivos, abandonar sus responsabilidades e invertir mayor tiempo en conseguir y administrarse la droga; justificando esto debido a la corta vida media de la sustancia y a la presencia del craving, que no es otra cosa que la compulsión por mantenerse en el estado de euforia"[3].

Frente a que los Craving que experimentan los consumidores de cocaína son cada vez más intensos y debido a la nulidad de Tratamientos Específicos para el Manejo del Craving he creído conveniente desarrollar el presente estudio investigativo, con el objetivo de Diseñar, Aplicar y Evaluar un Programa en base de las Técnicas Cognitivas-Conductuales, para el control del Craving, así mismo con el presente estudio se pretendía *Identificar el perfil de Consumo de los pacientes dependientes a la Cocaína*, *Evaluar los niveles de ansiedad de los mismos,* considerando que las Adicciones son un problema de Salud Pública y que por lo tanto afecta a la población en general.

Para dar cumplimiento a estos objetivos se realizó el presente trabajo investigativo en el Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho CRA de la ciudad de Cuenca durante el periodo de marzo a diciembre del 2012; para ello se aplicó la Hoja de entrevista Inicial a una población de 45 personas, de los cuales 12 cumplieron con los criterios de inclusión, en los que se aplicó la Entrevista Semi-Estructurada, el Inventario de Pensamientos Automáticos, la Escala de Ansiedad Hamilton y el Cuestionario de Craving

[3] Asociación Americana de Psiquiatria. *MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM-IV-TR, E*ditoria: Masson . Barcelona 1998.

de Cocaína General, estos dos últimos instrumentos con su respectivo retest como medio para constatar los resultados de su intensidad.

El modelo de intervención que se propone se fundamenta en Programas de intervención individual, así como también grupales, enfocados a controlar y disminuir el craving. De esta manera, en este trabajo se presentan los resultados de una investigación que trata de cubrir esta necesidad y en particular, analizar la eficacia del Programa de Control de Craving para la adicción a la cocaína durante los tres meses de tratamiento, desde el abordaje Cognitivo-Conductual.

En cuanto a la Revisión Bibliográfica, se recopilo información distribuida en 3 capítulos; el Primer Capítulo denominado *Trastornos Relacionados con las Sustancias* en el que se estudia desde la Definición General; hasta los Trastornos Relacionados con la Cocaína, procurando una explicación sobre curso, formas de consumo, cuadros clínicos y los posibles efectos de su ingesta; en el Segundo Capítulo en el que se aborda *el craving* se estudia las bases Cognitivas y Conductuales que influyen con frecuencia para la persistencia y consumo de la sustancia como medio para contrarrestar su experimentación; y, finalmente dentro del Tercer Capítulo se estudió *La Terapia Cognitiva-Conductual,* haciendo referencia *a* las adicciones, fundamentos teóricos, factores que intervienen en su aplicación y las técnicas a aplicar en el Modelo de Intervención.

IV. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPÍTULO I

1. TRASTORNOS RELACIONADOS CON LAS SUSTANCIAS

1.1 Definición

"Dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), contempla los Trastornos Relacionados Con La Sustancias como una categoría diagnóstica caracterizada por la presencia de signos y síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo ha perdido el control sobre el uso de Sustancias Psicoactivas y las sigue consumiendo, a pesar de sus consecuencias adversas"[4].

1.1.1 Clasificación de los Trastornos Asociados a las Sustancias

1.1.1.1 Trastorno Por Consumo de Sustancias

1.1.1.1.1 Dependencia

A: Una patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses.

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems.
    a. Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
    b. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquier de los siguientes ítems.
    a. El síndrome de abstinencia característico para la sustancia

[4] Asociación Americana de Psiquiatria. *MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM-IV-TR, E*ditorial: Masson . Barcelona 1998. Págs 45-46.

b. Se toma la misma sustancia para aliviar los síntomas de abstinencia

3. La sustancia es tomado con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía, existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importancia 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 o exacerbados por el consumo de la sustancia.

1.1.1.1.2 Abuso

A		Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conllevan un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un periodo de 12 meses.
	1	Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.
	2	Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
	3	Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.
	4	Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia
B		Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

Cuadro # 1 Criterios para Trastorno de Abuso a sustancias, tomado del DSM-IV-TR.

1.1.1.2 Trastorno Inducido Por Sustancias

1.1.1.2.1 Abstinencia

A	Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
B	El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes del individuo.
C	Los síntomas no se deben a enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental
Cuadro # 2 Criterios para Trastorno de Abstinencia a sustancias, tomado del DSM-IV-TR.	

1.1.1.2.2 Intoxicación

A: Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente. **Nota:** Diferentes sustancias puede producir síndrome idéntico o similar.

B: Cambios psicológicos o de comportamiento desadaptativo clínicamente significativo debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p. ej; irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social), que se presenta durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.

C: Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

1.2 Trastornos Relacionados Con El Consumo De La Cocaína

“La cocaína, es una sustancia natural producida por la planta de la coca, se consume en diversas preparaciones que difieren en su potencia debido a los

variados niveles de pureza y rapidez de acción. No obstante; en todas las formas, la cocaína es el integrante activo”[5]. “Su descripción clínica viene marcada porque en dosis moderadas produce elevación del estado de ánimo, sensación de mayor energía y lucidez, disminución del apetito, insomnio, mayor rendimiento en la realización de tareas, disminución de la sensación de fatiga, hiperactividad motora, verbal e ideativa. Pasado el efecto agudo aparece un periodo de cansancio, fatiga y disforia, más pronunciada cuanto más rápido e intenso son los efectos producidos por la cocaína. Generalmente aparece el deseo de droga (craving)”[6].

1.2.1 Vías De Administración de la Cocaína

1.2.1.1 ***La oral:*** Es la vía utilizada para el consumo de las hojas de coca en forma masticada.

1.2.1.2 ***La pulmonar:*** Es la vía inhalada o fumada de la pasta base de cocaína y cocaína Base (Crack). Este último se difunde rápidamente de los pulmones al cerebro; sus efectos son inmediatos (5 segundos), muy intensos y muy fugaces; “su bajada” resulta tan insufrible que entraña un uso compulsivo, además es muy rápida en comparación con la cocaína intravenosa o esnifada (15 minutos).

1.2.1.3 ***La Nasal:*** Debido a la intensa vascularización de la mucosa de la nasofaringe, la absorción es rápida así como sus efectos (locuacidad y sensación de energía) que duran entre 20-40 minutos; se requiere que la sustancia sea aspirada (esnifada) y es la vía más utilizada para consumir clorhidrato de cocaína.

1.2.1.4 ***Tópica:*** Que consiste en la aplicación de la sustancia sobre la mucosa ocular y genital; para ello se utiliza el clorhidrato de cocaína, siendo

---

[5] Asociación Americana de Psiquiatria. *MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM-IV-TR, E*ditorial: Masson . Barcelona 1998. Págs 74-75.

[6] Fernández, P., Ladero, J., Leza, J., Hernández, I. *DROGODEPENDENCIA. FARMACOLOGÍA, PATOLOGÍA, PSICOLOGÍA Y LEGISLACIÓN.* Editorial: Médica Panamericana. Madrid 1998. Pág. 123.

su velocidad relativamente rápida entre 5-10 minutos, con una duración de los efectos entre 30-60 minutos.

1.2.1.5 ***Parenteral:*** Significa tener que utilizar una jeringuilla hipodérmica como utensilio imprescindible para la administración del clorhidrato de cocaína; requiriendo de menos cantidades para sentir gratificación de manera casi instantánea. La vía intravenosa, muscular y subcutánea son las tres formas de administración parenteral de la cocaína.

1.2.2 Formas de Abuso de la Cocaína

Fundamentalmente se distinguen:

1.2.2.1 ***Hojas de Coca:*** La absorción es muy variable dependiendo, del contenido de las hojas, de la preparación usada y de la presencia y ausencia de sustancias alcalinas.

1.2.2.2 ***Pasta de Coca O Base de Coca:*** También denominada sulfato de cocaína, pasta base o simplemente pasta. Es el producto bruto o no refinado que resulta del primer proceso de extracción de la cocaína a partir de las hojas de coca. Se obtiene de la maceración de las hojas con ácido sulfúrico u otros productos químicos. Sirve de base para la posterior elaboración del clorhidrato de cocaína.

1.2.2.3 ***Clorhidrato de Cocaína:*** Es la sal de la cocaína formada con ácido clorhídrico. Se presenta en forma de cristales escamosos blancos, más o menos adulterada. No se puede fumar pues se destruye por el calor.

1.2.2.4 ***Cocaína Base:*** Se obtiene mezclando el clorhidrato de cocaína con una solución básica (amoníaco, hidróxido de sodio o bicarbonato sódico), luego se filtra el precipitado o se disuelve con éter y se deja que éste se evapore. Se suele inhalar los vapore de base libre, extraída del clorhidrato con solventes volátiles a muy alta temperatura utilizando mechero de

propano. Y el crack que se obtiene añadiendo amoníaco a una solución acuosa de clorhidrato de cocaína en presencia de bicarbonato sódico.

1.2.3 Curso de Consumo de la Cocaína

La cocaína se puede utilizar de distintas maneras y desde el punto de vista médico y social es útil conocer el patrón de uso por el adicto. Por aplicación de las categorías propuestas por DSM-IV se describen seis patrones de uso de cocaína:

1.2.3.1 Uso Experimental (Episódica) Es un consumo fortuito o durante un periodo de tiempo muy limitado o en cantidad muy reducida. La cocaína se puede probar una vez o incluso varias veces, pero ya no se vuelve a consumir. Es un patrón inicial y común en todas las drogas no solo en la cocaína. Los motivos de este consumo son variados, entre ellos tenemos la curiosidad (conducta adolescente), el sentirse adulto (conducta iniciática), el sentirse parte de un grupo (conducta de integración).

1.2.3.2 Uso Ocasional (Episódica): Es un consumo intermitente de cantidades a veces importantes y cuya principal motivación es a la integración grupal, a través de mayores niveles de deshinbición personal. Este consumo se caracteriza porque la persona discrimina cual es el tipo de cocaína que prefiere y donde quiere usarla. Si estas circunstancias se dan con frecuencia aumenta el peligro de desarrollar una drogodependencia.

1.2.3.3 Uso Socio-Recreativo: Excluye el resto de los patrones de uso. Los seguidores de este patrón se asemejan a los bebedores sociales, consumen la cocaína de manera controlada y raramente derivan a un consumo más intenso.

1.2.3.4 Uso Circunstancial-Situacional: Implica consumir cocaína únicamente en determinadas condiciones o situaciones particulares, excluyendo su uso en otras circunstancias distintas; como por ejemplo, está

unido a los deseos de incrementar el rendimiento en áreas deportivas, laborales o sexuales.

1.2.3.5 Uso Habitual o Intensificado (Crónicas): Es un consumo de periodicidad diario y presenta un doble propósito: por un lado aliviar el malestar psico-orgánico que la persona padece tras la dependencia y, por otro, mantener un rendimiento normal. No obstante la persona dedica gran parte del tiempo a pensar en la droga, buscarla y autoadministrársela.

1.2.3.6 Uso compulsivo (Crónicas): La cocaína se convierte en el modelo organizador de la propia vida; las consecuencias negativas en la esfera personal psicofísica, social y profesional son muy visibles; la cantidad de cocaína consumida, la frecuencia y duración de uso y el coste económico que conlleva se incrementa de tal modo que el individuo no puede controlar su propia situación.

1.2.4 Clasificación Y Cuadros Clínicos

Según la clasificación del DSM IV-TR los cuadros clínicos de los trastornos relacionados con la cocaína se presentan de la siguiente forma:

1.2.4.1 Dependencia A La Cocaína

Siguiendo los criterios diagnósticos del DSM IV-TR la cocaína posee potentes efectos eufóricos y puede dar lugar a la dependencia tras su consumo durante breves periodos de tiempo. Un signo inicial de la dependencia a la cocaína lo constituye la creciente dificultad para resistirse a su consumo cuando el sujeto dispone de ella. Debido a su corta vida media, de alrededor de 30 a 50 minutos, se necesitan dosis frecuentes para mantener su efecto euforizante. Los sujetos con dependencia de cocaína suelen gastar mucho dinero en un espacio breve de tiempo y, como resultado de ello, pueden llegar a implicarse en robos, prostitución o negocios con la droga, o solicitar anticipos para comprar la droga. Los sujetos a menudo necesitan discontinuar el consumo para descansar o para

obtener fondos adicionales. Las responsabilidades laborales o familiares, pueden abandonarse para obtener o consumir cocaína. Son frecuentes las complicaciones físicas o mentales como ideación paranoide, comportamiento agresivo, ansiedad, depresión y pérdida de peso. La tolerancia aparece con el consumo repetido, independiente de la vía de administración. Es posible observar síntomas de abstinencia, especialmente hipersomnia, aumento del apetito y estado de ánimo disfórico; siendo probablemente estos lo que aumentan el ansia (craving) y la probabilidad de recaer en el consumo. La gran mayoría de individuos que sufren dependencia de cocaína han presentado signos de dependencia fisiológica (tolerancia y abstinencia) en algún momento[7]

1.2.4.2 Abuso De Cocaína

La intensidad frecuencia de la administración de cocaína son menores en el abuso que en los casos de dependencia. Los episodios de consumo con problemas, el descuido de las responsabilidades y los conflictos interpersonales aparecen a menudo en ocasiones especiales o en días de cobro, dando lugar a un patrón de consumo de dosis altas en periodos breves de tiempo (horas o días) seguidos por periodos más largos (semanas o meses) de consumo ocasional o de abstinencia sin problemas. Los problemas legales pueden ser resultado de la posesión o el consumo de la droga. Cuando los problemas asociados al consumo se acompañan de demostraciones de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo relacionado con la obtención y administración de cocaína, debe considerarse el diagnóstico de dependencia más que el de abuso. Sin embargo, dado que algunos síntomas de tolerancia, abstinencia o consumo compulsivo pueden aparecer en individuos con abuso pero no con dependencia, es importante

[7] Asociación Americana de Psiquiatria. *MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM-IV-TR, E*ditorial: Masson . Barcelona 1998. Pág. 86.

determinar si se cumplen todos los criterios para el diagnóstico de esta última[8]

1.2.4.3 Intoxicación De Cocaína

A		Consumo reciente de cocaína.
B		Cambios psicológicos o de comportamiento desadaptativos clínicamente significativos (p. ej. Euforia o afectividad embotada; aumento de la sociabilidad; hipervigilancia; sensibilidad interpersonal; ansiedad; comportamiento estereotipados; deterioro de la capacidad de juicio, o deterioro de la actividad laboral o social) que se presenta 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 de pecho o arritmias cardíacas.
	9	Confusión, Crisis Comiciales, Discinesias, Distonías o Coma
D		Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Cuadro # 3 Criterios para Trastorno de Intoxicación de cocaína, tomado del DSM-IV-TR.

[8] Asociación Americana de Psiquiatria. *MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM-IV-TR, E*ditorial: Masson . Barcelona 1998. Pág 96.

1.2.4.4 Abstinencia De Cocaína

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	Sueños Vívidos y Desagradables
	2	Insomnio o Hipersomnia
	3	Aumento del apetito
	4	Agitación o Retraso Psicomotores
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 la actividad del sujeto.
D		Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental
Cuadro # 4 Criterios para Trastorno de Abstinencia de cocaína, tomado del DSM-IV-TR.		

Además Gawin y Kléber (1986) dividen específicamente el cuadro de abstinencia de cocaína en tres fases, tomando como punto de partida un periodo de 3 meses después de un consumo excesivo de cocaína.

Fase # 1: ***(Abstinencia Aguda. Crash):***	Aparece al cabo de 6-12 horas y dura hasta 4 días. Es una etapa de hundimiento psíquico y físico con reducción progresiva del deseo de droga. La sintomatología más común es:
Inicial:	Agitación, depresión, anorexia, deseo de droga (craving)
Media:	Fatiga, depresión, anorexia, disforia, deseo de dormir. No deseo de droga.
Tardía:	Agotamiento, hipersomnia, hiperfagia, no deseo de droga.
Fase II (Abstinencia):	Etapa de Abstinencia Retardada en la que se vuelve a aparecer un gran deseo de droga. Su duración es de 1-10 semanas. La sintomatología más común es:
Inicial:	Sueño normal, eutimia, leve ansiedad, leve deseo de droga.

Media y Tardía:	Anhedonia, anergia, ansiedad, aparición de un gran deseo de droga (craving)
Fase III (Extinción Indefinida):	Etapa de extinción con crisis esporádicas de deseo de droga. La duración es indefinida. Existen situaciones condicionantes con peligro de recaída: Respuesta hedónica normal Estado de ánimo eutímico Deseo esporádico irresistible de droga.
Cuadro # 5 Criterios para Trastorno de Abstinencia de Cocaína, tomado de Gawin y Kléber (1986) en la Introducción a la psicopatología.	

1.2.5 Perfil del Consumo de Cocaína

La cocaína conserva la imagen de ser una sustancia de cierto nivel social, asociada al uso recreativo, sobre todo, cuando la vía de administración es esnifada, y perdiendo este carácter, cuando se consume asociada a depresores del sistema nervioso central por vía inhalada (fumar plata ó revuelto), que le hace adquirir condición de marginalidad, de trasgresión de la norma y de ilegalidad. Otro fenómeno importante en el consumo de esta droga es la incorporación de un grupo de población de más edad a la hora de su inicio, que en un principio la utilizan para contrarrestar los efectos depresores de sustancias como el alcohol, para poder alargar el tiempo de diversión, por los efectos claramente estimulantes que posee y no dejarse vencer por los efectos sedativos del alcohol que les haría no poder alardear de una falsa vitalidad que la edad ya no les permite y que refuerza positivamente la sensación juvenil y mantener una actividad festiva sino frenética, al menos aceptable. Esta asociación de alcohol-cocaína es un binomio muy frecuente en la actualidad que es necesario considerar de forma muy especial.

“Es interesante contemplar la evolución del período de consumo de cocaína por vía nasal, ya que presenta un período de silencio clínico, cifrado por los expertos de entre 3 y 5 años desde iniciado su consumo recreativo y la frecuencia de consumo, ya que en las primeras etapas se produce asociado a acontecimientos relacionados con lo festivo ó en fines de semana. Esto

permite una sensación de control del consumo y de normalidad social que no produce alarma en los recientemente iniciados, pero que progresivamente aumenta en la cantidad consumida y se intensifica la frecuencia del consumo, por lo que cuando perciben la situación real de dependencia llevan una evolución adictiva bastante dilatada, siendo la causa de consulta con frecuencia las manifestaciones de una patología psiquiátrica posiblemente premórbida y que tal vez no hubiese aflorado sin el consumo crónico de cocaína, o posiblemente hubiese tardado más tiempo en aparecer cognitivas, cuadros de confusión mental y pérdida de coordinación motora”[9].

[9] Calafat A. y cols. *“VIDA SOCIAL DE LA COCAÍNA”*. Monografía cocaína. Adicciones. Vol 13, suplemento 2. 2001 (pág. 61 – 103).

CAPÍTULO II

2. CRAVING

2.1 Definición del Craving

"Drummond (2001) recoge las primeras definiciones existentes del *craving*, en las que se consideraba este concepto como la clave para la adicción, y lo que conduce al consumo de la sustancia a pesar de las consecuencias negativas que se derivan del mismo. Otro de los primeros conceptos apuntados es el de *craving* como deseo muy potente o irrefrenable, de consumir una sustancia de abuso (Ramos, Tejero y Trujols, 1998; Sánchez-Hervás Molina, del Olmo, Tomás y Morales, 2001) y que implica una conducta de búsqueda de la sustancia (Halikas, Kuhn, Crosby, Carlson y Crea, 1991)"[10]

Sánchez–Hervás (2001, 2002), señala que a pesar de la diversidad de acepciones, existen una serie de elementos comunes entre los diferentes posicionamientos conceptuales:

a) El deseo o craving a drogas forma parte de la adicción.
b) El deseo se intensifica si el individuo se expone a señales asociadas al consumo de drogas.
c) Es fundamental enseñar a los pacientes a analizar y afrontar cognitivamente sus deseos y observar como desaparecen sin necesidad de consumo

[10] López, A. y Becoña, E. *EL CRAVING EN PERSONAS DEPENDIENTES A LA COCAÍNA.* Anales de Psicología 2006, Volumen 22, pág 205-211.

2.2 Modelos Conceptuales

"En la actualidad no se dispone de un modelo conceptual único que permita comprender el papel que los diferentes factores que constituyen el craving cumplen en el desarrollo de la adicción. Hasta el momento sólo se ha logrado identificar modelos parciales que, aunque relacionados entre sí, explican únicamente características muy específicas"[11].

Modelo Teórico Subyacente	Propuestas De Modelos	Referencias
Condicionamiento	Modelo de condicionamiento y de incentivo condicionado de Stewart. Teoría de abstinencia condicionada de Wikler y de la Respuesta compensatoria o Teoría de tolerancia condicionada.	Koob (2000) Lowman et al (2000) Siegel (1979)
Cognitiva	Modelos cognitivo-conductuales de aprendizaje social, de etiquetado cognitivo, de expectativas de resultado y de regulación dinámica de las recaídas Paradigma de la ciencia cognitiva Modelo de doble afecto Modelos cognitivo-conductuales de procesamiento cognitivo del craving	Tiffany (1999) Larimer et al (1999) Niaura (2000) Baker et al (1987) Tiffany et al (2000)
Neuroadaptativas	Modelo fenomenológico de Antón, de sensibilización de incentivo, de desajuste homeostático y de regulación tónico–fásico del sistema dopaminérgico	Antón (1999, 2000) Robinson et al (1993, 2000) Koob et al (1997)
Cuadro # 8: Una revisión de todos los modelos. Expuestos en el trabajo de Jiménez, Graña y Rubio (2002).		

2.2.1 Modelo Conductual

"El craving es únicamente uno de los componentes en los procesos mentales que influyen en las conductas consumatorias. Los estímulos apareados a la droga, pueden entrar en competencia dinámica entre las

[11] Castillo, I. y Corcuera, N. *CRAVING: CONCEPTO, MEDICIÓN Y TERAPÉUTICA.* Norte de Salud Mental. 2008, Volumen 32, Pág. 9-22.

inclinaciones a consumir y las inclinaciones a abstenerse. Las señales relacionadas con el tóxico, que se asocian repetidamente con el consumo de la sustancia, acaban convirtiéndose en estímulos condicionados. Es decir, facilitan la misma respuesta fisiológica y psicológica que el consumo de la sustancia. Si el consumo no ocurre inmediatamente, estas respuestas resultan en craving. La lucha entre los diferentes motivos para el consumo o el no consumo es actualmente un criterio de diagnóstico DSM-V-TR, especificándose como el uso de la sustancia más de lo que se propone y el deseo de la sustancia a pesar de los intentos de control para evitarlo. Así, el comportamiento adictivo está definido, al menos en parte, por la ambivalencia que aparece asociada con el proceso de toma de decisiones. Las estrategias terapéuticas actuales tienden a motivar la recuperación influyendo sobre el peso relativo que los drogodependientes asignan al hecho de consumir o estar abstinentes"[12].

2.2.2. Modelos Cognitivo:

Modelo de etiquetaje cognitivo: el craving es una emoción generada después de la exposición a señales o estímulos relacionados con la droga que se traduce en dos tipos de respuestas, una respuesta cognitiva y una respuesta de activación fisiológica o «arousal». Esta última es la que es identificada por el individuo como craving. El alcance del craving depende del alcance de la activación a la que se llega, surgiendo el craving de la interpretación cognitiva de las reacciones condicionadas.

Modelo de las expectativas de resultado: afirma que el craving se genera después de la exposición a señales medioambientales relacionadas con la droga, que provocan o activan expectativas positivas sobre los efectos de ésta. Se ha de distinguir entre el craving que correspondería al deseo de los efectos positivos; o, el de los impulso, donde a la par los deseos son quienes activan los impulsos en un intento de llegar al compromiso individual de uso

[12] Chesea, D., Abadías, M. E., Fernández, E., Izquierdo, E. y Sitjas, M. *EL CRAVING, UN COMPONENTE ESENCIAL EN LA ABSTINENCIA.* Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2004, Pág. 93-112.

de la droga que precipitaría el uso al final. Este proceso demuestra que el craving no precipitaría por sí solo el consumo, sino que una persona puede desear pero no llegar al acto.

Modelo del doble afecto: el craving está controlado por sistemas complejos de procesamiento de la emoción, que influyen en las respuestas fisiológicas, la emoción y la conducta de búsqueda de droga. El craving está producido por un sistema emocional negativo como serían el síndrome de abstinencia, los eventos negativos y los estados emocionales displacenteros y un sistema emocional positivo Los sistemas del craving están estructurados a nivel cognitivo, en redes de memoria que guardan la información sobre los estímulos que ponen en marcha el sistema de activación del craving. La red se activa, cuando los estímulos medioambientales se equiparan con la información del estímulo almacenado en esa red. La magnitud de la activación o craving, dependerá de la magnitud de la asociación de señales con la red de memoria.

Modelo del procesamiento cognitivo: el craving representa un proceso no automático, al revés que otras conductas de uso de drogas que se establecen como automáticas por la repetición y el aprendizaje, ya que requiere un esfuerzo mental y estaría limitado por la capacidad cognitiva del sujeto.

2.3 Clasificación

2.3.1 De Acuerdo A Respuesta De Estímulos Externos-Internos

“Al igual que hay diversidad de definiciones, también algunos autores (Beck et al, 1993, 1999; Sánchez–Hervás, 2001) proponen la existencia de

distintos tipos de craving; esta vez se abarca de acuerdo a la respuesta de estímulos externos-internos”[13].

2.3.1.1 Respuesta a los Síntomas de abstinencia

“Las personas con un consumo importante de drogas como la cocaína tanto en tasa como en frecuencia, suelen experimentar una disminución en el grado de satisfacción que encuentran en el uso de la droga, pero con un incremento de la sensación de malestar interno cuando dejan de consumir la droga. En dichos casos, el craving toma la forma de un “necesidad de sentirse bien de nuevo” (refuerzo negativo, alivio de síntomas de abstinencia) Esto es especialmente real en consumidores de cocaína, que llega a estar profundamente deprimido. Los terapeutas que tratan a pacientes que muestran este tipo de craving deberán ser empáticos con la aguda sensación de dolor y sufrimiento que manifiestan los pacientes como resultado de la abstinencia. Lo más importante es informar a dichos pacientes que este malestar es temporal”[14].

2.3.1.2 Respuesta a la Falta de Placer:

“Otro tipo de craving implica los intentos de los pacientes por mejorar sus estados de ánimo de la forma más rápida y más intensa posible. Se trata de una forma de «automedicación» para aquellos momentos en que el individuo se encuentra aburrido, decaído o no tiene habilidades para afrontar distintas actividades (búsqueda de refuerzo positivo). (Castaneda y otros, 1989; Khantzian, 1988) y con la finalidad de borrar de su recuerdo los pensamientos o sentimientos desagradables. En este caso, los terapeutas deben ser tan preocupantes para poder olvidar sus problemas. Por tanto, se aconseja a los terapeutas evaluar lo estados de ánimo de sus pacientes y el

[13; 14] Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. *TERAPIA COGNITIVA DE LAS DROGODEPENDENCIAS.* Editorial Paidos Primera Edición. Barcelona. (1999). Pág. 47.

grado de craving al final de una sesión que haya sido particularmente estresante”[15]

2.3.1.3 Respuesta “condicionada” a las señales asociadas con las drogas:

“Este tipo de craving no requiere por parte del paciente de ningún estado de ánimo disfórico en particular, o estresor o impulso hedónico. Los pacientes que han abusado de las drogas han aprendido también a asociar algunos estímulos que serían considerados neutros (una esquina determinada de una calle, una persona en particular, un número de teléfono, minada de una calle, una persona en particular, un número de teléfono, una determinada hora del día, etc.) con la intensa recompensa obtenida de la utilización de las drogas. Estos estímulos son capaces de inducir craving de forma automática. Por tanto, estos estímulos neutros llegan a estar como “cargados” con significado y pueden inducir craving automáticos, incluso en ausencia de estresores. Los terapeutas deberían ayudar a sus pacientes a estar conscientes de, y a afrontar, los craving que aparecen simplemente como resultado de estas asociaciones con los estímulos cotidianos”[16].

2.3.1.4 Respuesta a los deseos hedónicos:

“Los pacientes a veces experimentan el inicio de los craving de droga cuando desean aumentar una experiencia positiva. Por ejemplo, algunos pacientes han desarrollado el hábito de combinar sexo y drogas como forma de magnificar la experiencia sexual. Desafortunadamente, el nivel de satisfacción conseguido con dichas prácticas es difícil de igualar (a corto plazo) cuando se está libre de drogas. Por tanto, estos craving son especialmente difíciles de combatir con la terapia. El momento en que los terapeutas consiguen tener su mayor influencia es cuando el consumo de drogas de sus pacientes ha llegado a un límite en que sus problemas

---

[15; 16] Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. *TERAPIA COGNITIVA DE LAS DROGODEPENDENCIAS.* Editorial Paidos Primera Edición. Barcelona. (1999). Pág 45-46.

personales han acabado con sus momentos aislados de disfrute hedónico inducido por la droga. En estas circunstancias, los pacientes suelen tener ganas de trabajar para encontrar otras formas de conseguir satisfacción en su vida. Todavía habrá una batalla con estos craving siempre que el paciente experimente un estado de ánimo positivo y natural"[17]

2.3.2 De Acuerdo Al Tiempo De Manifestación Sindrómica

Tenemos autores como Early (1991) que conceptualizan y distinguen de forma similar cuatro tipos de deseo o querencia de cocaína que aparecerían en distintos momentos del proceso adictivo:

1. Uso reforzado, aparecería durante la fase de consumo y desaparecería al abandonarlo.
2. Interoceptivo, aparecería en el mes posterior al cese del consumo y se desencadenaría por síntomas corporales o pensamientos.
3. Encubierto, hasta dos meses después del cese del consumo y caracterizado por inquietud y un sentido falso de confianza de que ya no se desea la droga.
4. Condicionado a señales externas e internas, permanecería hasta dos años después del cese del consumo y estaría desencadenado por estímulos externos (señales visuales, olfativas, sonidos) e internos (pensamientos, sensaciones)

2.4 Craving Relacionado con el Consumo de Cocaína

"El craving ha sido definido como el deseo irresistible de consumir una determinada sustancia. En el ámbito de las adicciones se considera que el craving tiene una gran influencia en el mantenimiento de las conductas adictivas, siendo el responsable del uso compulsivo de la droga, de las

[17] Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. *TERAPIA COGNITIVA DE LAS DROGODEPENDENCIAS.* Editorial Paidos Primera Edición. Barcelona. (1999). Pág 65-66

dificultades asociadas al período de abstinencia y del alto nivel de recaídas que sigue a cualquier tipo de tratamiento de las adicciones”[18]

Si bien es cierto existen estudios de craving en mayor cantidad en trastorno alimentarios y con el consumo específico de alcohol; pero el craving de los cocainómanos se ha llegado a establecer como el de mayor intensidad y prolongación, que finalmente lleva a ejecutar acciones no deseadas por el usuarios a causa de su automatismo; descripción clínica que se evidencia por las constantes recaídas que desencadena a partir de haber experimentado algún recuerdo con la cocaína, es por ello que se asegura como una necesidad irresistible de consumo.

“El interés por el estudio del *craving* como fenómeno que influyente en los procesos de deshabituación del consumo de drogas y más aún cuando se trata de consumidores de cocaína, por encontrarse vinculados en situaciones desagradables, lo que ha generado numerosas investigaciones que han tenido como finalidad conocer fundamentalmente su etiología y modos de afrontarlo”[19].

2.5 Craving y Ansiedad

La ansiedad es uno de los principales síntomas que aparecen durante el período de abstinencia luego del consumo de drogas psicoestimulantes, representando un riesgo importante para el aumento del *craving* y la consiguiente recaída (Erb, 2009; Koob y Volkow, 2010; Santucci y Rosario, 2010). Esta relación se explica, en parte, por el rol central de la Amígdala en la génesis y expresión de la ansiedad (Kim y Gorman, 2005; Sandford y cols., 2000). Individuos con adicción a cocaína en abstinencia muestran un

[18] Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. *TERAPIA COGNITIVA DE LAS DROGODEPENDENCIAS.* Editorial Paidos Primera Edición. Barcelona. (1999). Pág 48.

[19] García-Fernández, G., Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Sánchez-Hervás, E., Fernández-Herminia, J.R. y Fernández-Artamentdi, S. *EL PROGRAMA DE REFORZAMIENTO COMUNITARIO MÁS TERAPIA DE INCENTIVO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN A LA COCAÍNA.* Editorial Paidós. Valencia 2006.

aumento en la actividad de la amígdala al ser expuestos a claves visuales relacionadas con la droga.

“Por otro lado, se ha evidenciado que el tratamiento con cocaína por ocho días consecutivos seguido de diez días de abstinencia genera un aumento de la ansiedad, y este efecto persiste en el tiempo, manteniendo altos niveles de ansiedad incluso luego de ocho semanas de abstinencia (Santucci y Madeira, 2008)”[20]

[20] Castaño, G. (2000). *COCAÍNAS FUMABLES EN LATINOAMÉRICA.* Editorial Cauce. Madrid. (2000). Pág. 78.

CAPÍTULO III

3. TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL

3.1 Definición de la Terapia Cognitiva Conductual

"La Terapia Cognitivo-Conductual es un término genérico que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento) como intervenciones cognitivas (intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo). Ambos tipos de intervenciones se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas y que el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseados desaprendiendo lo aprendido o proporcionando las experiencias de aprendizaje nuevas, más adaptativas. (Brewin, 1996)"[21].

3.2 Fundamentos Básicos

"Allbert Ellis y Temkim Aaron Beck fueron los creadores de esta terapia, que la desarrolla a la teoria cognitiva desde el idealismo y el racionalismo mientras que el conductismo lo hace en el materialismo y el empirismo. Se entiende por idealismo, que la idea es el principio del ser y del conocimiento; el racionalismo es el criterio de verdad intelectual y deductivo no sensorial, mientras que el materialismo niega la existencia de sustancias espirituales y considera la materia como único constitutivo básico de la realidad" [22].

---

[21] Lega, L., Caballo, V., Ellis, A. *TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVO-CONDUCTUAL.* Editorial Siglo Veintiuno de España. Madrid (2009). Pág. 18.

[22] Dorantes, M. D., Leyva, J., Leyva, E., col. (2007). *TERAPIA COGNITIVO- CONDUCTUAL.* Recuperado 2012. http://terapiacognitivo-conductual.blogspot.com/

Durante el proceso de desarrollo y fundamentos teóricos en la terapia cognitivo conductual se encuentran 4 pilares básicos, en los que se desprende: Aprendizaje clásico, operante, social y cognitivo. De esta manera se desarrolló la terapia cognitivo-conductual la cual se definió como un término que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones:

- **Conductuales** (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento.

- **Cognitivas** (intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo).

3.3 Terapia Cognitiva-Conductual en las Adicciones

"Cuando se aplica a la dependencia de sustancias, el abordaje cognitivo-conductual ayuda a los individuos a luchar a brazo partido con los problemas que les producen angustia emocional y a establecer una perspectiva más amplia de su confianza en las drogas para conseguir placer y/o alivio del malestar. Además algunas estrategias cognitivas específicas les ayudan a aliviar sus impulsos y, al mismo tiempo a establecer un sistema más fuerte de control interno. Es más la terapia cognitiva puede ayudar a los pacientes a combatir su depresión, ansiedad o ira, que frecuentemente alimentan y provocan las conductas adictivas" [23].

La terapia cognitiva se lleva a cabo de varias formas. El terapeuta ayuda al paciente a examinar la secuencia de acontecimientos que lleva al abuso de droga y, entonces, explora las creencias básicas del individuo acerca del valor que tienen las drogas. Al mismo tiempo, el terapeuta entrena al paciente para que evalúe y considere las formas en que su pensamiento

[23] Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. *TERAPIA COGNITIVA DE LAS DROGODEPENDENCIAS.* Editorial Paidos Primera Edición. Barcelona. (1999). Pág 98.

erróneo produce estrés y angustia. El terapeuta ayuda al paciente a modificar su pensamiento, de forma que pueda conseguir mayor comprensión de sus problemas reales y despreocuparse de los pseudoproblemas, que son derivados de sus pensamientos defectuosos. Además, a través del repaso y la práctica, los pacientes se entrenan para construir un sistema de controles que puedan aplicar cuando se enfrenten con impulsos de consumir apremiantes.

3.3.1 Aportes de las corrientes en el enfoque Cognitivo-Conductual de Adicciones

3.3.1.1 Aportes del Paradigma Conductual

A comienzos de los años 1900 la escuela rusa describe los fenómenos del condicionamiento clásico (Pavlov) y nos permite entender la existencia de estímulos condicionados en el desarrollo de adicción. A partir del condicionamiento clásico se explican hasta el día de hoy los miedos y temores a dejar el consumo. En tratamientos de internación se logra extinguir ciertos condicionamientos al consumo. Las técnicas de relajación son un importante aporte para disminuir la activación del sistema nervioso autónomo.

Por otro lado el condicionamiento operante es descrito hacia los años 1940 a 1950. Y plantea que las conductas operan en el medio ambiente el cual a través de sus consecuencias incrementa su frecuencia. Refuerzo Positivo: reforzadores, deprivación, concepto de umbral, programas de refuerzo. Refuerzo Negativo: Castigo, Sistemas de moldeamiento e Imitación.

3.3.1.2 Aportes del Paradigma Cognitivo

“Frente a un mismo estímulo las personas tienen diferentes respuestas que se derivan de las evaluaciones e interpretaciones que realizan. El postulado central sería que ciertos eventos o estructuras cognitivas pueden influir en la

conducta, emociones o biología. Ellis establece teoría A – B – C. Autojuicios negativos, ideas irracionales, bajas expectativas de autoeficacia pueden facilitar el desarrollo de trastornos adictivos. El manejo de estilos atribucionales, procesos atencionales, análisis de resolución de problemas facilitará la toma de decisiones y el auto control en tratamiento de adicciones"[24].

3.3.1.3 Aportes del Paradigma Afectivo

"Se ha permitido entender que muchos pacientes digan "sí lo entiendo pero no lo siento", por lo que se ha establecido la diferencia entre emoción (evento afectivo transitorio) y sentimientos (estructuras afectivas). Los afectos influyen en conducta, cogniciones y biología. Además se ha descrito la capacidad de empatía de la persona la cual está profundamente alterada en adicciones. Otro dato importante conocido es la existencia de alexitimia la cual está muy elevada en el adicto y en las personas con adicción hay un alto umbral para percibir los afectos. La intensidad de la percepción del consumo anula la capacidad de percibir otras emociones"[25]

3.3.1.4 Aportes del Paradigma Biológico

"Existe conocimiento de la genética en enfermedades como la adición y existe la convicción de la descripción de circuitos cerebrales relacionados con refuerzo positivo en adicciones. Por otro lado la farmacoterapia en relación al consumo de cocaína pretende dos objetivos: la reducción de los síntomas del síndrome de abstinencia y la mejoría de los síntomas de la depresión, lo que implica la existencia del fenómenos de neuroadaptación"[26].

[24; 25; 26] Rivadeneira, C.D. (2009). *¿POR QUÉ MUCHOS PACIENTES ELIGEN TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL?.* Recuperado 2012 de http://cetecic.com.ar/revista/por-que-muchos-pacientes-eligen-terapia-cognitivo-conductual/

3.4 Modelo de Terapia Cognitivo-Conductual en las Adicciones

Como la terapia cognitiva del abuso de sustancias es una tarea de colaboración entre el terapeuta y el paciente, es esencial que los pacientes adquieran una comprensión conceptual de los componentes más importantes de dicho modelo, como entender las asociaciones y las relaciones entre cognición, el afecto, la conducta, el craving y la utilización de las drogas.

3.4.1 Desarrollo del Modelo Cognitivo de las Adicciones

3.4.1.1 El Rol de las Creencias

Las creencias disfuncionales juegan un papel importante en la generación de los impulsos. Las creencias ayudan a formar las expectativas que moldean los impulsos. La investigación de Brown, Goldman, Inn y Anderson (1980) ha mostrado que las expectativas de los adictos se pueden agrupar en seis factores: la droga a) transformará las experiencias de manera positiva, b) aumentará el placer social y físico, c) mejorará las relaciones sexuales y la satisfacción, d) incrementará el poder y la agresividad, y e)disminuirá la tensión. A continuación se analiza exhaustivamente cada tipo de creencia que permite que exista el consumo de drogas.

3.4.1.2 El rol de las Emociones

Las emociones suelen estar asociadas con pensamientos o creencias automáticas concretos. Los pacientes que abusan de las drogas no son conscientes del procesamiento cognitivo que precede a una emoción particular, 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 pensamientos que están asociados a su vida.

3.4.1.3 El rol de las Conductas

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 drogas, la utilización de las mismas, comprometerse en actividades irresponsables, enfrentamientos interpersonales abusivos, evitar las actividades de autoayuda y otras.

3.5 Modelo Cognitivo de Recaídas

La mayoría de las personas que han dejado las drogas han tenido un desliz o han recaído, y esto es más probable que ocurra a partir de 90 días después de su abstinencia (Marlatt, 1991). Un desliz, se define como el uso inicial de una sustancia después de que la persona se haya comprometido a dejarla. Una recaída, por otro lado, es volver de nuevo completamente a las conductas desadaptativas asociadas en su origen con la utilización de dicha sustancia. En la terapia cognitiva del abuso de sustancias, un objetivo importante es hacer que los pacientes aprenda de aquellos obstáculos con los que se han encontrado en sus planes de abstinencia a largo plazo (Moorey, 1989).

Es por ello que siguiendo el Modelo de Marlatt y Gordon (1985). Los individuos se ven a sí mismo como si tuvieran una sensación o percepción de control o autoeficacia. Cuando se enfrentan con situaciones de alto riesgo, esta sensación se ve amenazada. Estas situaciones de alto riesgo para el abuso de drogas del paciente incluyen desde estados físicos o estados emocionales negativos o positivos, conflictos interpersonales, presión social o exposición a las señales asociadas con la droga. Cuando los individuos se enfrentan a estas situaciones de alto riesgo deben responder con conductas de afrontamiento. Aquellos que tienen respuestas de afrontamiento efectivas, desarrollan mayor autoeficacia y como consecuencia existe menos probabilidad de recaída. Aquellos que tiene

relativamente menor número de respuestas de afrontamiento o ninguna, experimentarán una disminución en su autoeficacia y un aumento de las expectativas sobre los efectos positivos que produciría la droga, seguido de un desliz, es decir, empieza de nuevo el consumo de la droga. Este consumo inicial desemboca en lo que Marlatt llama el Efecto de la Violación de la Abstinencia (EVA) y un aumento final de la probabilidad de recaída.

La persona adicta es vulnerable a los estímulos de alto riesgo, estos son disparadores internos y externos que estimulan el apetito de drogas de la persona adicta. Los estímulos internos incluyen factores emocionales y físicos como la depresión, la soledad, el aburrimiento, la ira, la frustración y el dolor físico. Los estímulos externos incluyen lugares, personas y cosas que estén relacionados de alguna forma con la utilización de las drogas.

La importancia de los estímulos es que se pueden activar por medio de las creencias básicas asociadas a las drogas, y a partir de estas creencias, los pensamientos automáticos pueden ser estimulados, y estos a su vez están asociados con los impulsos y los craving y al igual que otros sentimientos e impulsos.

3.6 Técnicas Cognitivas-Conductuales

“Respecto a los tratamientos de tipo cognitivo-conductual, el objetivo es que las personas aprendan conductas alternativas a las relacionadas con el consumo de cocaína, y estrategias de autocontrol. El tratamiento más destacado en esta línea es el de Carroll (1998), y consta de: análisis funcional del consumo, entrenamiento en solución de problemas, detección y afrontamiento del craving, habilidades de afrontamiento, detección de

cogniciones relacionadas con el consumo, identificación de las situaciones de riesgo y su afrontamiento”[27]

3.6.1 Técnicas de Reestructuración Cognitiva

3.6.1.1 Técnicas para ayudar a un sujeto a reconocerse como adicto

“Desde el Modelo Cognitivo Golfried y Robins (1983), proponen una técnica que consiste en pedirle que indique cuáles son las características de un adicto (en general). Una vez obtenida una amplia lista de características se le pide que indique una a una si él se ajusta a esa característica y luego se le cuestiona si es adicto”[28].

3.6.1.2 Técnicas para ayudar a un sujeto a reconocer los efectos negativos asociados al consumo de cocaína.

“El adicto rara vez es consciente de los efectos negativos que produce su adicción. Esto se debe a que las consecuencias negativas de la adicción no siempre son evidentes. No obstante, existen consecuencias conductuales negativas y problemas médicos asociados al consumo de cocaína, es por ello que Golfried y Robins (1983), señalan que se puede incrementar la motivación del sujeto para dejar las drogas preguntándole por las consecuencias que haya sufrido tras el consumo de cocaína, o que ha logrado observar en sus amigos consumidores, tanto iniciales como crónicos”[29].

---

[27] González, I. (2004). *ESTRATEGIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA EL MANEJO DEL CRAVING.* RET Revista de Toxicomanías, 1-2.

[28; 29] Graña, J *INTERVENCIÓN CONDUCTUAL INDIVIDUAL EN LAS DROGODEPENDENCIAS. Conductas Adictivas.* Editorial Debate. Madrid. 1994. Pág. 87.

3.6.1.3 Análisis de Ventajas/Desventaja

"La persona que utiliza drogas suele mantener creencias que minimizan las V-D de consumir dichas sustancias. De tal forma Golfried y Robins (1983), describen esta técnica que permitirá, controlar al paciente a través de un proceso de enumeración y reevaluación de las ventajas y desventajas de consumir drogas; además de que le ofrece la posibilidad de explorar sus creencias, que son motivo de la justificación de su consumo"[30].

3.6.1.4 Método Socrático

"Overholser (1987) explicó que "el método socrático de intervención anima al cliente a contemplar, evaluar y sintetizar diversas fuentes de información. Este proceso, cuando se realiza adecuadamente, reduce la angustia subjetiva y la sintomatología aguda; y proporciona finalmente insight y toma de decisiones racionales haciendo el paciente esté atento a la información importante." De esta manera el objetivo del método socrático es, para el paciente, aprender a pensar de forma independiente y de forma racional"[31].

3.6.1.5 Flecha Descendente

"Ellis (1979), explica está técnica como un método útil para identificar creencias a través de preguntas inductivas; puesto que el paciente con abuso de sustancias reconoce primero los pensamientos automáticos, en donde el paciente y terapeuta intentan comprender los mecanismos que subyacen a estos pensamientos"[32].

---

[30] Graña, J *INTERVENCIÓN CONDUCTUAL INDIVIDUAL EN LAS DROGODEPENDENCIAS. Conductas Adictivas.* Editorial Debate. Madrid. 1994

[31]; [32] Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. *TERAPIA COGNITIVA DE LAS DROGODEPENDENCIAS.* Editorial Paidos Primera Edición. Barcelona. (1999).

3.6.1.6 Psicoeducación

“Brian E Tomlinson (1941), desarrolla esta técnica como estrategia para orientar al paciente en el modelo Cognitivo de las Adicciones a fin de que logre unir los aspectos que se vinculan en su consumo; identificando los diversos niveles de pensamiento, asociados a los estímulos tanto externos como internos y teniendo como respuesta el craving o deseo por la droga” [33].

3.6.1.7 Análisis de Creencias asociadas a las Conductas

“Aunque los pacientes expondrán lo que en apariencia son razones comprensibles de su abuso de drogas, normalmente muestran algún resquicio de duda, por lo tanto se evalúa el grado en que ellos mismos se creen estas propias explicaciones en una escala de 0 a 100, donde 0 significa que no creen en absoluto y 100 significa que creen. De esta manera se analiza que sus creencias no son asociadas directamente a su conducta de consumo (Beck y otros, 1979)”[34].

3.6.1.8 Redistribución de Responsabilidad

“Las personas que consumen drogas tienden a atribuir dicha conducta a factores externos. Esta técnica requiere de la aplicación habilidosa del método socrático, para responsabilizar su consumo y a fin de que puedan tomar iniciativas para modificar sus conductas de abuso (Beck y otros, 1979) droga“[35].

[33; 54; 35] Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. *TERAPIA COGNITIVA DE LAS DROGODEPENDENCIAS.* Editorial Paidos Primera Edición. Barcelona. (1999). Pág. 89,90,91.

3.6.1.9 Registro diario de Pensamientos (RPD)

"El RPD estándar consiste en un formato de 5 columnas que completa el paciente con sus creencias, de forma que sea capaz de examinar estas y valorar su validez de forma más sistemática y objetiva; además de proporciona un lapso de tiempo entre el impulso inicial durante el cual el paciente puede escoger no consumir y experimentar una disminución natural de craving. A su vez, proporciona un método para afrontar los estados de ánimos negativos, de forma que no dispare el consumo de droga (Beck y otros, 1979)[36].

3.6.2 Técnicas de Modificación de Conducta

3.6.2.1 Entrenamiento en Habilidades Sociales y Asertividad. Disco rayado

"Habilidades alternativas a la agresión; pedir permiso, evitar pelearse con los demás e impedir el ataque físico; habilidades para conocer, manejar y expresar sentimientos propios y a su vez comprender los sentimientos de los demás. Y aprender a "decir no" (Gambrill y Richey, 1975)"[37].

3.6.2.2 Repaso Conductual (Role-Playing)

"Muchos pacientes con problemas de abuso de sustancias tienen también problemas concomitantes de comunicación interpersonal (asertividad, revelar cosas de uno mismo y escuchar activamente). Consecuentemente, con frecuencia se sienten frustrados y saturados en las situaciones

---

[56; 37] Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. *TERAPIA COGNITIVA DE LAS DROGODEPENDENCIAS.* Editorial Paidos Primera Edición. Barcelona. (1999). Pág. 112-113.

interpersonales, y esto genera un incremento de su vulnerabilidad para utilizar droga. (Beck, y otros, 1979)"[38].

3.6.2.3 Asignación de Tareas

"La asignación de actividades entre sesiones comprende la práctica de técnicas cognitivas y conductuales, las asignaciones de las mismas se deberían realizar conjuntamente, entre el terapeuta y el paciente. Además, el terapeuta debería chequear si el paciente comprende la especificidad de la asignación y sus razones, practicándolo antes, de la sesión (Beck y otros, 1979)"[39].

3.6.2.4 Resolución de Problemas

Los pacientes con abuso de sustancias llegan a estadios de ignorar o a responder anestesiándolos con drogas a los problemas por su avanzado deterioro. Es por ello que Nezu y Perri (1989) determinan los pasos de un proceso gradual que permite la resolución de problemas:

1. Definir el problema con términos específicos
2. Proponer una serie de soluciones posibles
3. Examinar los pros y contras de cada solución, en presente y futuro.
4. Escoger la mejor solución hipotetizada

Aplicar la conducta después de planificarla, prepararla y practicarla.

[58; 39] Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. *TERAPIA COGNITIVA DE LAS DROGODEPENDENCIAS.* Editorial Paidos Primera Edición. Barcelona. (1999). Pág. 112-113.

3.6.2.5 Control de Estímulos

"Kanfer(1980), señala que para poder minimizar el contacto con los estímulos que disparan el consumo droga, se anima a los pacientes a identificar dichos estímulos que los exponen ante situaciones de alto riesgo y que activan las creencias relacionados con las drogas y que a su vez disparan el consumo de droga. También se trabaja para que planifiquen formas de evitar estas señales y preparar métodos para manejar estos estímulos cuando se encuentran con ellos como una forma de programación de actividades"[40].

3.6.2.6 Entrenamiento en Relajación y Respiración.

"El entrenamiento en relajación puede ser una técnica útil porque proporciona al paciente un método para relajarse de manera segura; luego ofrece al paciente un periodo de tiempo después de la experiencia inicial del craving, durante el cual disminuirá el mismo. Al final, el entrenamiento en relajación será útil para establecer la creencia nueva de que controla y es responsable de sus respuestas de afrontamiento *Jacobson* [1983]"[41].

3.6.3 Técnicas para el Control del Craving

3.6.3.1 Detección de Pensamiento

"Consiste en la interrupción y modificación, por medio de la sustitución de los pensamientos asociados al *craving*. Es decir, "se entrena el 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

---

[40] Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. *TERAPIA COGNITIVA DE LAS DROGODEPENDENCIAS.* Editorial Paidos Primera Edición. Barcelona. (1999). Pág. 112-113.

[41;] Gonzáles, I. *ESTRATEGIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA EL MANEJO DEL CRAVING.* RET Revista de Toxicomanías, 1,2. (2004).

tanto “las emociones negativas quedan cortadas antes de que puedan surgir” Wolpe, *(*1969)”[42].

3.6.3.2 Programación de Actividades

“Es una técnica que tiene como objetivo modificar los hábitos del paciente en función de sus actividades, que por lo general giran entorno al uso de drogas. Se procede inicialmente elaborando un registro de las conductas relacionadas con el consumo del paciente. Se buscará establecer las actividades que son de disfrute para el paciente para programar sus actividades, lo cual establecerá “fuentes de refuerzo no relacionadas con las drogas” (*Beck y cols.,* 1999) “[43].

3.6.3.3 Técnicas de Distracción

Son técnicas sencillas que 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). Alternativas:

- Concentren su atención en la descripción de aquello que les rodea.
- Hablar para distraerse
- Evitar por sí mismo el ambiente propio de los estímulos que disparan el craving.
- Realizar tareas domésticas como distracciones positivas, a excepción de si el consumo lo realizaba en casa.
- Promover actividades como rezar o escribir poemas.

[42] Cormier, H. William y Cormier-Sherilyn. *ESTRATEGIAS DE ENTREVISTA PARA TERAPEUTAS.* Editorial: Descleé De Brouwer. Bilbao *(2000).* 345.

[43] Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. *TERAPIA COGNITIVA DE LAS DROGODEPENDENCIAS.* Editorial Paidos Primera Edición. Barcelona. (1999). Pág 65.

3.6.3.4 Autoinstrucción

Se refiere a la verbalización de palabras que sugieren al paciente qué es lo que debe hacer o sentir, realizadas por el mismo sujeto. “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.”Sarason (1973).

3.6.3.5 Técnicas de acuerdo al Tipo de Craving

Psicoeducacion para informar a los pacientes que el malestar de la abstinencia es temporal.

Evaluar el estado de ánimo y el nivel de craving para concordar como este círculo desencadenante el consumo.
Afrontamiento de craving en relación al estímulo.
Análisis de Ventajas y Desventajas de Consumo.

3.6.3.6 Tarjetas-Flash

Se analiza los pensamientos automáticos, permisivos y de control, cuando le aparezca el deseo de consumir; y de esta manera se propone frases que puedan servir como pensamientos de manejo a fin de disminuir el deseo ante una situación de riesgo de consumo. Estas frases se escriben en una tarjeta de cartulina de 6*12 cm[44].

3.6.3.7 Reenfoque con Imaginación

“Beck y cols. (1999). Señalan esta técnica que sirve como complemento de la técnica de detención de pensamiento. Cuando el paciente empieza a presentar pensamientos negativos referentes al *craving* y dice "¡Alto!", puede

[44] Gonzáles, I. *ESTRATEGIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA EL MANEJO DEL CRAVING.* RET Revista de Toxicomanías, 1,2. (2004).

imaginar una señal de alto o cualquier imagen que para él represente la acción de "¡Alto!", de modo que acentúa la detención”[45].

3.6.3.8 Sustitución por Imagen negativa

“Beck y cols. (1999). Esta técnica se refiere a la imaginación de una imagen negativa acerca de las consecuencias de consumir drogas cuando aparecen los pensamientos que conllevan al *craving*. De tal forma que las imágenes “positivas” del consumo sean sustituida por una imagen acerca de las consecuencias negativas; para evitar la conducta de uso”[46].

3.6.3.9 Reemplazo por Imágenes Positivas

“Beck y cols. (1999). Se refiere a la sustitución de imágenes negativas referentes al consumo de drogas relacionadas con las creencias irracionales como las predicciones negativas, y que se puede sustituir por una “tarjeta flash”, que describa una situación positiva. Todo esto con el objetivo de disminuir las emociones negativas y consecuentemente, el *craving”*[47].

3.6.3.10 Reemplazo mediante la Imagen

“Beck y cols. (1999). En ésta, las imágenes se utilizan como medio de “práctica” o repaso de ciertas habilidades adquiridas o de la desensibilización ante situaciones o ambientes que pueden ser disparadores de craving”[48].

[46; 47; 48] Gonzáles, I. *ESTRATEGIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA EL MANEJO DEL CRAVING.* RET Revista de Toxicomanías, 1,2. (2004).

[45] Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. *TERAPIA COGNITIVA DE LAS DROGODEPENDENCIAS.* Editorial Paidos Primera Edición. Barcelona. (1999). Pág. 87.

V. MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio fue de tipo cuasi experimental, de diseño de investigación no equivalente: Grupo único pretest y postest. con la finalidad de dar cumplimiento al objetivo de Evaluar la estrategia de intervención psicoterapéutica para el control de craving, diseñada y aplicada a una población de 12 adictos a la cocaína, en un periodo de 10 meses; mediante el procedimiento de comparar el valor de intensidad de craving y ansiedad, al inicio como al término de la intervención; datos arrojados en la aplicación de los reactivos psicológicos del Cuestionario del craving de Cocaína-General y la Escala de Ansiedad de Hamilton.

También fue estudio Descriptivo, caracterizándose por señalar como sé presenta el fenómeno del craving y las variables que le influyen; y también cómo la aplicación de la Terapia Cognitiva coadyuva al descenso de su intensidad; y a su vez, transversal, dado que se realizó en el periodo comprendido entre Marzo a Diciembre del 2012.

Los métodos utilizados fueron: el descriptivo, inductivo, deductivo, científico; se basó en información sobre el tema, mediante recopilación e investigación bibliográfica, para luego establecer el diseño que se elaboró y se aplicó de forma individual con enfoque cognitivo-Conductual a los participantes.

El universo estaba constituido por todos los pacientes hospitalizados en el área de Adicciones del Hospital y Centro de Reposo (CRA) en el periodo de Mayo a Agosto del 2012, contando con un total de 45 usuarios. La muestra se obtuvo de aquellos quienes, a través de la aplicación de la Hoja de la Entrevista Inicial, aprobaron su participación al indicar su consumo de cocaína, además de que cumplieran los criterios de inclusión para el estudio; adquiriendo de tal forma una muestra de 12 personas.

Los Materiales y Técnicas Psicológicas utilizadas fueron el Consentimiento Informado, La Hoja de Entrevista Inicial, la Entrevista Semi-Estructurada, el Cuestionario de Craving de Cocaína CCQ-General (Tyffany et al, 1993), La Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton 1969) y el Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan 1991. A continuación se detalla cada uno:

Material Nro. 1

HOJA DE ENTREVISTA INICIAL

Descripción

La hoja de entrevista inicial es un instrumento de aplicación rápida y sencilla, que sirve como instrumento para la recopilación de datos necesarios para este estudio, tales como: Datos Personales; nombre, edad, género, procedencia, ocupación y estado civil; Perfil de Consumo, en el que se analiza si las personas evaluadas puede formar parte del grupo de estudio, registrando datos como existencia de tratamientos previos, droga de elección, frecuencia de consumo, edad inicial de consumo y promedios de años de consumo abundante; además de patología dual y comorbilidad.

En la tercera área constan tres cuadros para tabular los resultados de los reactivos aplicados al inicio y al final de la intervención con fecha y promedio de la media. Ver Anexo 2.

Método Nro. 1

Este instrumento se diseñó conjuntamente con la directora de la tesis para facilitar el archivo y tabulación de resultado, así como un despistaje para identificar los pacientes que llegaron a forma parte de la muestra; es por ello que aplicarla de manera individual fue el primer paso en la investigación.

Material Nro. 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Descripción

El consentimiento informado sirve para dar a conocer a los participantes sobre la tesis que se está aplicando y lo necesario de su colaboración, además de que toda la información será manejada con la debida prudencia y ética profesional; en la cual consta su firma como medio para asegurar su participación en el grupo de estudio. Ver Anexo 3.

Método Nro. 2

Este instrumento se diseñó para obtener el permiso de los pacientes a fin de utilizar su información en la presentación de resultados de la tesis; es así que su uso fue necesario para asegurar la colaboración y emitir seguridad al paciente sobre el manejo ético de la información.

Material Nro. 3

ENTREVISTA SEMI-EXTRUCTURADA

Descripción

"Se trata de un instrumento indispensable en la investigación o evaluación psicológica utilizada para reunir datos durante una consulta. Permitiendo conocer datos relevantes e idiosincráticos del sujeto que serían difíciles de obtener por otros medios. Villarreal (1981) sugiere la necesidad de plantear preguntas que se centren en la descripción más que en la interpretación. Es decir, formular preguntas del tipo: qué, cómo, cuándo, dónde, quién, en lugar del por qué"[49].

[49] Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. *TERAPIA COGNITIVA DE LAS DROGODEPENDENCIAS.* Editorial Paidos Primera Edición. Barcelona. (1999). Pág. 12.

“Se utilizó una entrevista de diagnóstico, semi-estructurada, en las que existen variables comunes a la hoja de entrevista inicial pero de forma más detallada; además del análisis de la conducta actual y sus determinantes, su apariencia general, aspectos cognitivo y los aspectos de las relaciones interpersonales. Con la finalidad de investigar la adicción como la conducta problema, caracteriza por un estilo de vida centrado en la búsqueda y autoadministración de drogas y consecuencias negativas a nivel personal, social, familiar, fisiológico, etc”.[50] Ver Anexo 4.

Método Nro. 3:

Mediante la entrevista psicológica se recabo la información pertinente para la valoración del craving; y de igual manera fue imprescindible para recopilar los datos útiles para la investigación y desde ahí por medio del método analítico indagar y formular los objetivos de intervención.

Material Nro. 4

CUESTIONARIO CRAVING DE COCAÍNA CCQ-GENERAL (TYFFANY ET AL, 1993)

En el contexto de la medición del craving, el grupo de Tiffany desarrolló el *Cocaine Craving Questionnaire* [CCQ] (Tyffany et al, 1993), siendo una de las pruebas más utilizadas para medir la ansia de cocaína, fue desarrollado utilizando cinco dimensiones que representan una concepción multidimensional del fenómeno y evalúa la intensidad del craving de cocaína en un momento temporal concreto (CCQ-Now) o durante los últimos 7 días (CCQ-General).

[50] Graña, J. *INTERVENCIÓN CONDUCTUAL INDIVIDUAL EN LAS DROGODEPENDENCIAS. Conductas Adictivas.* Editorial Debate. Madrid (1994).

Descripción

Consiste en un autoinforme de 45 ítems donde el propio paciente evalúa mediante una escala Likert de 7 puntos el grado de acuerdo o desacuerdo con cada frase presentada.

Se tarda aproximadamente entre 20-35 minutos en responderse, aunque no hay límite de tiempo para contestar

Esta escala es un cuestionario que pretende evaluar varios de los aspectos más importantes del *craving*, desde un punto de vista multimodal (deseo de consumir cocaína, intención y planificación del consumo de cocaína, anticipación de los efectos positivos del consumo, anticipación de una mejora en la abstinencia o disforia, pérdida de control sobre el consumo, estímulos ambientales relacionados con el *craving* y probabilidad de consumo en una situación de disponibilidad de la sustancia)[51]

CCQ general tiene una estructura de cuatro factores, con buena consistencia interna de 0,92; estos cuatro factores representan las cinco dimensiones del modelo descritas anteriormente y cada factor tiene una consistencia interna que oscila entre 0,70 y 0,89 [52].

Corrección e interpretación

Existen 25 ítems directos y 20 ítems inversos, de cuya suma se obtiene una puntuación total. A mayor puntuación, mayor intensidad del craving de cocaína[53].En todos los ítems las puntuaciones oscilan entre 1 y 7 puntos.

---

[51] Sáiz, P. A., Bascarán, M.T, Bobes, J., Portilla, M.P.G., Bousoño, M. *BANCO DE INSTRUMENTOS BÁSICOS PARA LA PRÁCTICA DE LA PSIQUIATRÍA CLÍNICA.* Editorial: Grupo ARS XXI Comunicación (CESó ACT). Madrid. (2006). Pág. 134.

[52]; [53] Tejero, A., Trujols, A. (2003). *INSTRUMENTOS CLÍNICOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEPENDENCIA DE COCAÍNA.* Editorial Psiquiatría. Barcelona. (2003). Pág. 135.

- Ítems directos (1,3,4,6,7,9,10,11,13,16,17,21,22,24,26,29,31,34,37,39,40,42): 1, muy en desacuerdo; 7 muy de acuerdo.
- Ítems inversos (2,5,8,12,14,15,18,19,20,23,27,28,30,35,36,38,41,43,45): 1, muy de acuerdo; 7 muy desacuerdo.

El punto de corte es a partir del 60%; emitiendo los siguientes baremos:

126-189 (40%-60%)= Leve
190-252 (61%-80%)= Moderado
253-315 (81%-100%)= Grave

Los resultados totales se asocian con una menor confianza en la capacidad de dejar de consumir cocaína y una mayor frecuencia de uso en los últimos seis meses. Ver Anexo 5.

Método Nro. 4:

El Cuestionario de Craving de Cocaína fue aplicado a toda la población, mediante la cual se hizo posible la determinación de la intensidad del fenómeno, tanto al inicio como al final de la intervención de control de craving en el periodo de 3 meses a las personas en proceso de recuperación, adictas a la cocaína.

Material Nro. 5:

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON (HAMILTON, 1959)

Descripción

La HARS es una escala de estado cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad.

Consta de un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Además un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido.

Los ítems son manifestaciones inespecíficas de ansiedad, sin haber demostrado su utilidad para la evaluación de un trastorno de ansiedad en concreto.

El marco de referencia temporal son los últimos días (al menos los 3 últimos) en todos los ítems, excepto el último, en el que se valora la conducta del sujeto durante la entrevista.

Es una escala heteroaplicada. Ballenguer y Lewis han creado unas sencillas instrucciones para asignar las puntuaciones más adecuadas en cada paciente, con el objeto de aumentar la fiabilidad interevaluadores. A continuación se describen brevemente (son válidas para los 13 primeros ítems):

1. Identifique de entre todos los síntomas posibles para cada ítem el más problemático en los últimos días, y que sea debido ciertamente a ansiedad.

2. Determine para ese síntoma estos 3 aspectos: su gravedad, su frecuencia de presentación y la incapacidad o disfunción que produce:

    a) Gravedad: 1, leve, de poca importancia; 2, gravedad moderada y alteraciones; 3, alteraciones graves derivadas de los síntomas, muy molesto; 4, el peor síntoma que haya padecido nunca.

b) Tiempo/frecuencia: 1, ocurre con poca frecuencia durante cortos períodos de tiempo; 2, ocurre parte del día o menos de la mitad de los días (menos de una tercera parte del tiempo de vigilia); 3, ocurre gran parte del día, durante la mayoría de los días (más de una tercera parte del tiempo de vigilia); 4, ocurre casi todo el tiempo.

c) Incapacidad/disfunción: 1, conciencia de los síntomas, pero sin interferir en las actividades normales; 2, los síntomas interfieren en alguna actividad o empeoran debido a las alteraciones; 3, los síntomas causan incapacidad para llevar a cabo (o interfieren gravemente) las actividades sociales, familiares o laborales; 4, los síntomas causan incapacidad para realizar (o llevan a evitar) actividades en 2 o más de las áreas anteriores.

3. Haga la media entre las puntuaciones de gravedad y de tiempo/frecuencia y redondee la media en función de la puntuación de incapacidad.

Corrección e Interpretación

Proporciona una medida global de ansiedad, que se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems.

- Los puntos de corte recomendados son:
  0-5: no ansiedad.
  6-14: ansiedad leve.
  >a15: ansiedad moderada/grave[54].

[54] Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS). Psicopsi. *ESTUDIO DEL PSICOANÁLISIS Y PSICOLOGÍA. ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON. 1-15.* (2006)

Método Nro. 5:

Este instrumento al igual que el CCQ-G sirvieron para medir la intensidad de una de las variables que es objeto de estudio, la ansiedad; tanto a la primera semana como décima de su tratamiento y luego mediante los resultados y el método inductivo señalar las conclusiones de la investigación. Ver anexo 6

Material Nro. 6

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS (RUIZ Y LUJÁN, 1991)

Descripción

"Este inventario evalúa las siguientes distorsiones cognitivas: abstracción selectiva, pensamiento polarizado, sobregeneralización, interpretación de pensamiento, visión catastrófica, personalización, falacia de control, falacia de justicia, falacia de cambio, razonamiento emocional, etiquetas globales, culpabilidad, deberías, tener razón y falacia de recompensa divina"[55].

Corrección e Interpretación

Presenta una escala de calificación tipo likert de 0 a 3 con las siguientes valoraciones: *Nunca pienso eso* (0); *Algunas veces lo pienso* (1); *Bastantes veces lo pienso* (2) y *Con mucha frecuencia lo pienso* (3). Una puntuación de dos o más para cada pensamiento automático suele indicar que le está afectando actualmente a la persona, de manera importante, ese tema.

Una puntuación de seis o más en el total de cada distorsión puede ser indicativa de que tiene cierta tendencia a incomodarse por determinada forma de interpretar los hechos de la vida. Ver anexo 7.

[55] Polo Martínez, I. *DISTORSIONES COGNITIVAS EN LOS GRUPOS DE DROGODEPENDIENTES CON DIAGNÓSTICO DUAL.* Editorial Psicogente. Madrid (2006).Págs: 119-134

Método Nro. 6:

Este reactivo psicológico fue utilizado para reconocer las creencias disfuncionales de los pacientes asociados a su manera de situarse frente a la complejidad del consumo, y de ahí lograr abordar las técnicas cognitivas de reestructuración, así como también sirvió de apoyo al Modelo de Intervención ya que mediante este mide los pensamientos automáticos que se encuentran en relación con la adicción.

VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS

TABLA # 1

HOJA DE ENTREVISTA INICIAL

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Dependientes a la Cocaína	12	27%
No Dependientes a la Cocaína	33	73%
TOTAL	**45**	**100%**

Fuente: Pacientes del Área de Adicciones del Hospital Humberto Ugalde Camacho (CRA).
Elaborado por: Tatiana Elizabeth Criollo Quezada

GRÁFICO # 1

ANÁLISIS DE RESULTADOS

De acuerdo a los resultados obtenidos de la Hoja de Entrevista Inicial se puede concluir que del 100% de los internos evaluados el 27% son dependientes de cocaína y el 73% son en cambio dependientes al alcohol y otras drogas.

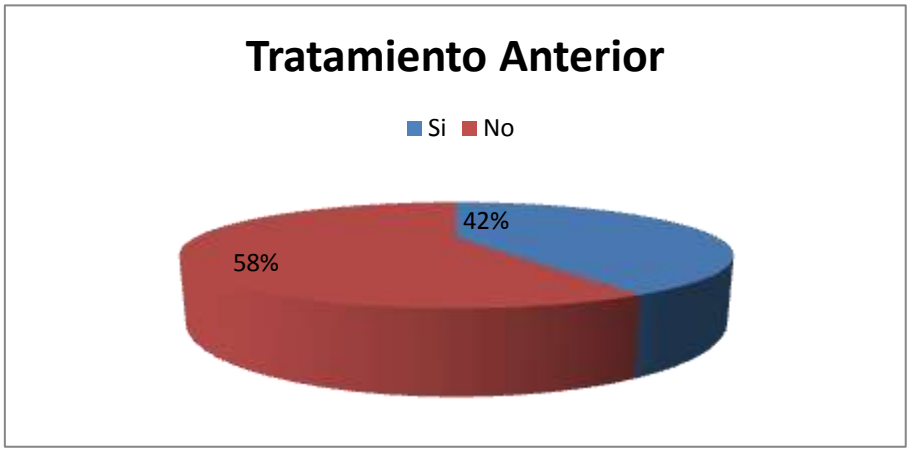
TABLA # 2

TRATAMIENTO ANTERIOR

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	42%
No	7	58%
TOTAL	**12**	**100%**

Fuente: Pacientes del Área de Adicciones del Hospital Humberto Ugalde Camacho (CRA).
Elaborado por: Tatiana Elizabeth Criollo Quezada

GRÁFICO # 2



ANÁLISIS DE RESULTADOS

El 58%, corresponde a pacientes que no cuenta con un tratamiento anterior; mientras que el 42% pertenecen personas que ya han mantenido algún tipo de tratamiento para su adicción.

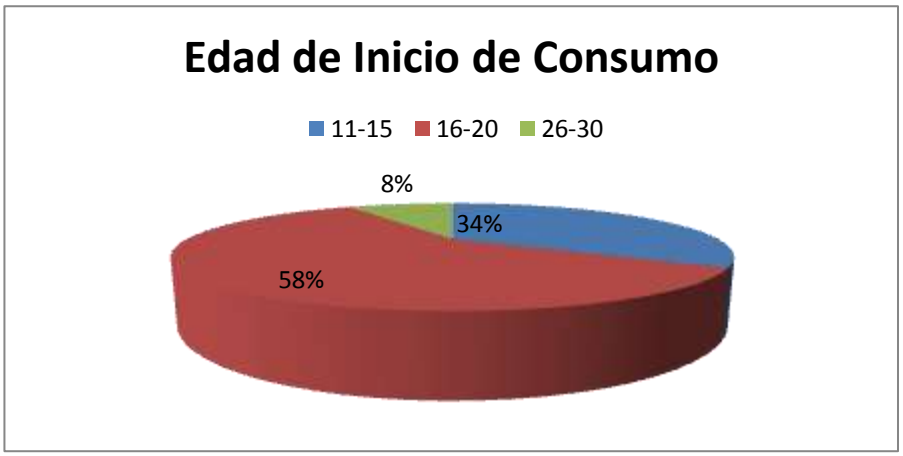
TABLA # 3

EDAD DE INICIO DE CONSUMO

Variable	Frecuencia	Porcentaje
11-15 años	4	34%
16-20 años	7	58%
21-25 años	0	0,0%
26-30 años	1	8%
Media	17,16 (16-20)	
TOTAL	**12**	**100%**

Fuente: Pacientes del Área de Adicciones del Hospital Humberto Ugalde Camacho (CRA).
Elaborado por: Tatiana Elizabeth Criollo Quezada

GRÁFICO # 3



ANÁLISIS DE RESULTADOS

Del 100% de las personas evaluadas, la edad inicial de consumo con mayor porcentaje se encuentran dentro del intervalo de 16 a 20 años, representada con un 58%; siendo la media de la variable 17 años. Luego con un 34% corresponde a las personas en edades comprendidas entre 11 - 15 años y con el 8% a personas con edades entre 26 a 30 años.

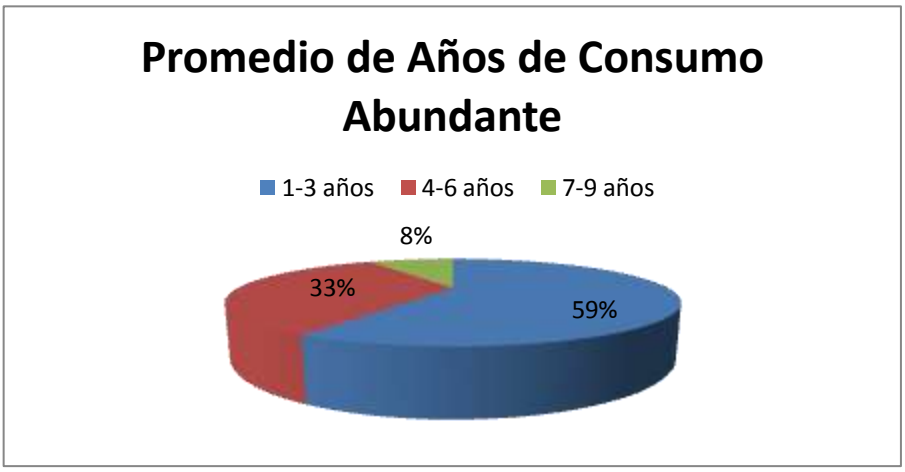
TABLA # 4

PROMEDIO DE AÑOS DE CONSUMO ABUNDANTE

Variable	Frecuencia	Porcentaje
1-3 años	7	59%
4-6 años	4	33%
7-9 años	1	8%
Media	4 años	
TOTAL	**12**	**100%**

Fuente: Pacientes del Área de Adicciones del Hospital Humberto Ugalde Camacho (CRA).
Elaborado por: Tatiana Elizabeth Criollo Quezada

GRÁFICO # 4



ANÁLISIS DE RESULTADOS

El 59% de los pacientes con diagnóstico de dependencia a la cocaína, refieren un consumo excesivo de 1 a 3 años; en cambio, el 33% de la población consideran que su ingesta ha aumentado en cantidad, en un lapso de 4 a 6 años y por último las personas que ya han exacerbado su consumo en más de 7 años representan el 8%. La media de la variable es de 4 años.

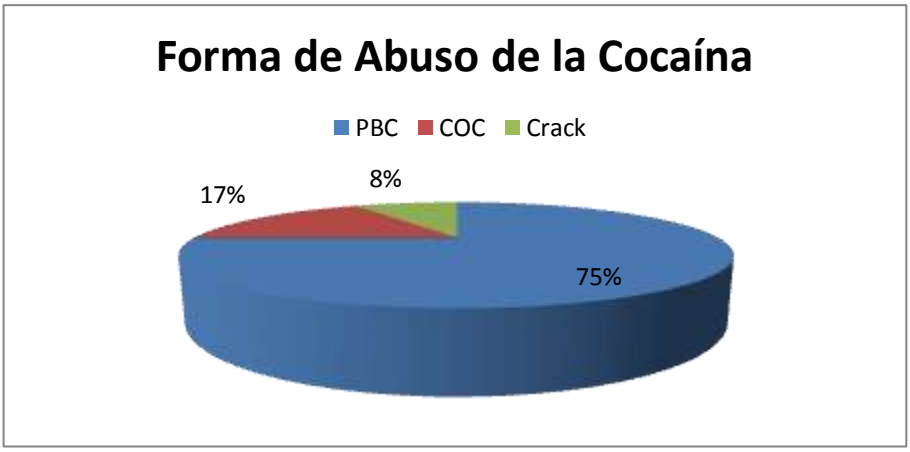
TABLA # 5

FORMA DE ABUSO DE LA COCAÍNA.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
PBC	9	75%
COC	2	17%
Crack	1	8%
TOTAL	**12**	**100%**

Fuente: Pacientes del Área de Adicciones del Hospital Humberto Ugalde Camacho (CRA).
Elaborado por: Tatiana Elizabeth Criollo Quezada

GRÁFICO # 5



ANÁLISIS DE RESULTADOS

Del 100% de las personas evaluadas, el 75% consumía Polvo base de Cocaína, el 17% Clorhidrato de Cocaína y el 8% consumía Crack.

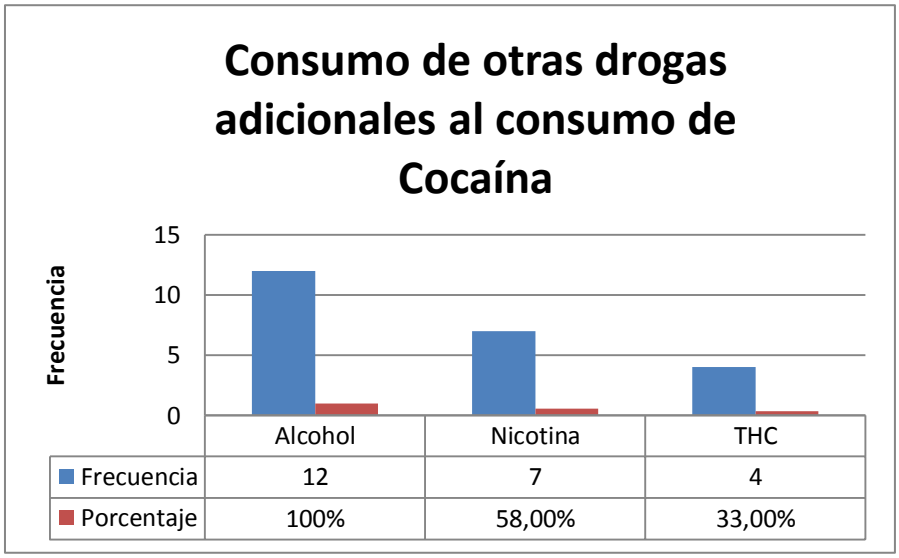
TABLA # 6

CONSUMO DE OTRAS DROGAS ADICIONALES AL CONSUMO DE COCAÍNA

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Alcohol	12	100%
Nicotina	7	58%
THC	4	33%
TOTAL	**12**	**100%**

Fuente: Pacientes del Área de Adicciones del Hospital Humberto Ugalde Camacho (CRA).
Elaborado por: Tatiana Elizabeth Criollo Quezada

GRÁFICO # 6



ANÁLISIS DE RESULTADOS

Del total de las personas evaluadas, aparte de consumir Cocaína en sus diferentes presentaciones, ingieren también alcohol en un 100%, Nicotina en un 58% y THC en un 33%.

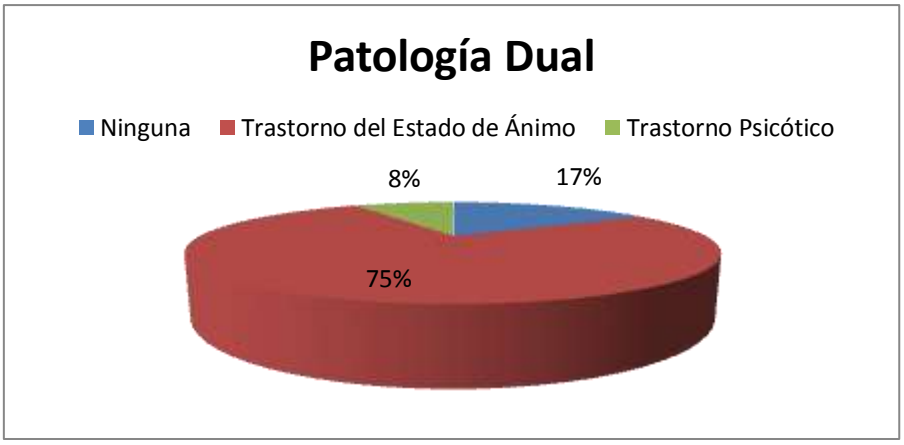
TABLA # 7

PATOLOGÍA DUAL

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Trastorno del Estado de Ánimo	9	75%
Trastorno Psicótico	1	8%
Ninguno	2	17%
TOTAL	**12**	**100%**

Fuente: Pacientes del Área de Adicciones del Hospital Humberto Ugalde Camacho (CRA).
Elaborado por: Tatiana Elizabeth Criollo Quezada

GRÁFICO # 7



ANÁLISIS DE RESULTADOS

El 83% de los pacientes evaluados presentan patología dual; de los cuáles el 75% corresponde a personas con trastorno del Estado de Ánimo y el 8% a pacientes con trastorno psicóticos.

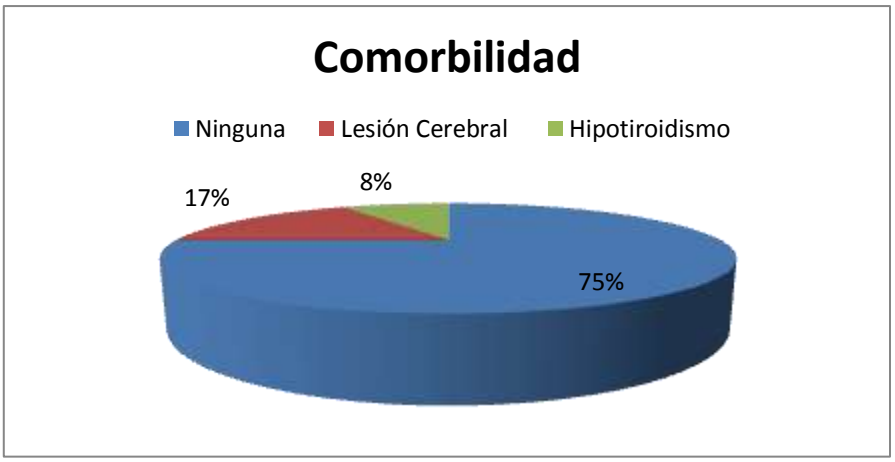
TABLA # 8

COMORBILIDAD

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	9	75%
Lesión Cerebral	2	17%
Hipotiroidismo	1	8%
TOTAL	**12**	**100%**

Fuente: Pacientes del Área de Adicciones del Hospital Humberto Ugalde Camacho (CRA).
Elaborado por: Tatiana Elizabeth Criollo Quezada

GRÁFICO # 8



ANÁLISIS DE RESULTADOS

El 25% de los pacientes evaluados presentan comorbilidad; de los cuáles el 17% corresponde a personas con Alguna Lesión Cerebral y el 8% con hipotiroidismo; en cambio las personas del porcentaje restante representando por el 75%, no presentan comorbilidad.

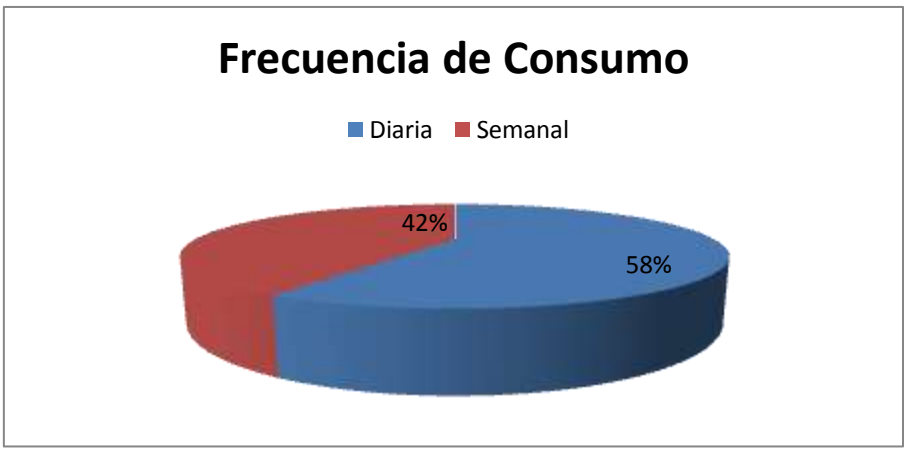
TABLA # 9

FRECUENCIA DE CONSUMO

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Diaria	7	58%
Semanal	5	42%
TOTAL	**12**	**100%**

Fuente: Pacientes del Área de Adicciones del Hospital Humberto Ugalde Camacho (CRA).
Elaborado por: Tatiana Elizabeth Criollo Quezada

GRÁFICO # 9



ANÁLISIS DE RESULTADOS

La frecuencia de consumo de cocaína de los pacientes evaluados, en un 58% es de forma diaria y el 42% de manera semanal.

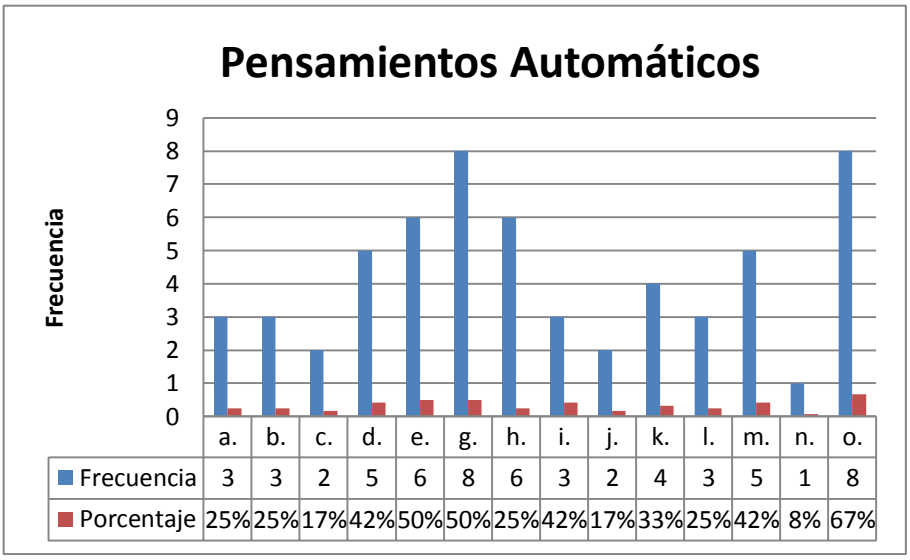
TABLA # 10

TEST INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

Variable	Frecuencia	Porcentaje
a. Filtraje	3	25%
b. Pensamiento Polarizado	3	25%
c. Sobregeneralización	2	16,66%
d.Interpretación de Pensamiento	5	41,66%
e. Visión Catastrófica	6	50%
f. Personalización	0	0%
g. Falacia de Control	6	50%
h. Falacia de Justicia	3	25%
i. Razonamiento Emocional	5	41,66%
j. Falacia de Cambio	2	16,66%
k. Etiquetas Globales	4	33,33%
l. Culpabilidad	3	25%
m. Debería	5	41,66%
n. Falacia de Razón	1	8,33%
o. Falacia de Recompensa Divina	8	66,66%

Fuente: Pacientes del Área de Adicciones del Hospital Humberto Ugalde Camacho (CRA).
Elaborado por: Tatiana Elizabeth Criollo Quezada

GRÁFICO # 10



	a.	b.	c.	d.	e.	g.	h.	i.	j.	k.	l.	m.	n.	o.
Frecuencia	3	3	2	5	6	8	6	3	2	4	3	5	1	8
Porcentaje	25%	25%	17%	42%	50%	50%	25%	42%	17%	33%	25%	42%	8%	67%

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Con respecto a las distorsiones cognitivas, se realiza como punto de corte a partir del 6 positivo. Es así que en el grupo de pacientes dependientes a la cocaína, poseen en rango elevado el pensamiento automático de falacia de recompensa divina (67%), lo que indica que llegan a interpretar situaciones en forma extrema, exigente e inflexible y esperan una recompensa sin mayor esfuerzo de cambio por parte de sí mismos. De igual forma, este grupo posee las falacias de control y visión catastrófica (50%), que tienden a distorsionar el sentido de poder y control, además de ubicar al individuo en una actitud de víctima frente al mundo, a fin de justificar su consumo. También se evidencia la presencia de los “deberías” (42%), en el cual generalmente tienden a realizar juicios repentinos sobre los demás, haciendo presunciones sobre cómo está reaccionando la gente a las cosas que le rodean y, en particular, cómo están reaccionando los demás ante ellos. Utilizan a su vez, las etiquetas globales (33%), es decir, generalizan una o dos cualidades de un juicio negativo global, percibiendo el mundo en forma estereotipada y unidimensional. Igualmente, poseen la idea de falacia de justicia, de culpabilidad, el pensamiento polarizado y de filtraje (25%), tendiendo a distorsionar el sentido de justicia, a considerar que los demás

son los responsables de sus sufrimientos, a percibir el mundo de forma extremista, sin términos medios y siendo muy selectivos, donde solo observan los elemento negativos de la situación, excluyendo el resto.

Emplean así mismo el pensamiento de generalización y falacia de cambio (17%), donde precisan que el cambio no es por su parte, sino se deberá al cambio de las personas que le rodean, llegando a emitir juicios de valor desproporcionados. Poseen por último la falacia de razón (8%), por el cual tienden a actuar de forma impulsiva, considerando que son correctos y acertados.

TABLA # 11

TEST ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Escala de Ansiedad	Test		Retest	
	F	**%**	**F**	**%**
Leve	2	17%	2	17%
Moderado	4	33%	0	0,0%
Grave	4	33%	2	17%
No existe	2	17%	8	66%
Media	21,38		11,91	
TOTAL	**12**	**100%**	**12**	**100%**

Fuente: Pacientes del Área de Adicciones del Hospital Humberto Ugalde Camacho (CRA).
Elaborado por: Tatiana Elizabeth Criollo Quezada

GRÁFICO # 11a

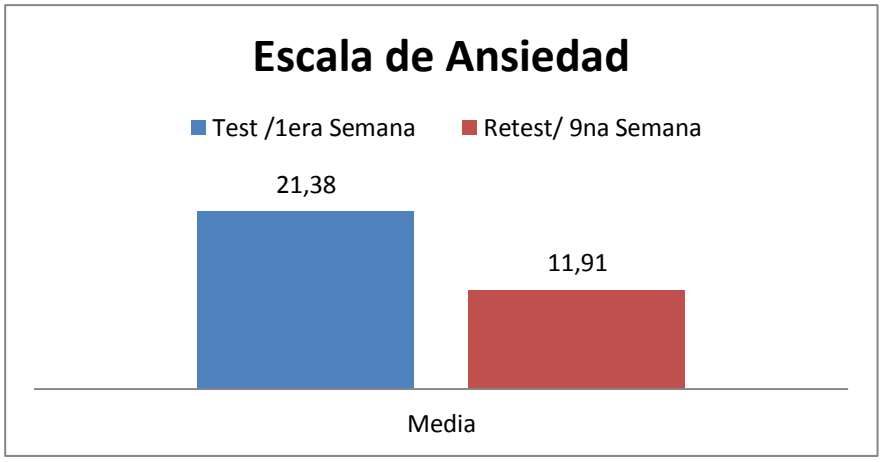
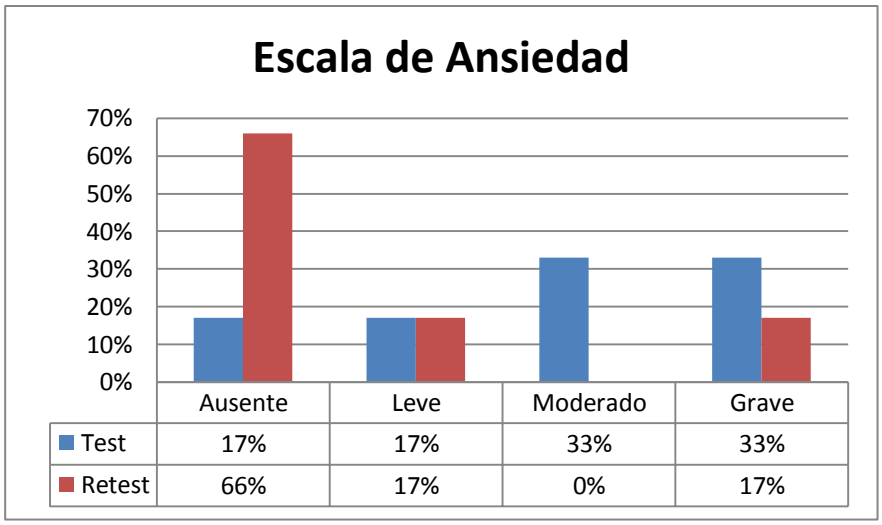


GRÁFICO # 11b



ANÁLISIS DE RESULTADOS

A la novena semana de tratamiento luego de aplicar el programa de intervención, desciende el nivel de ansiedad en la población evaluada, de una media obtenida del 21,38 al llegar al 11,91.

Evidenciando que el 17% de los pacientes que en un inicio no presentaban nivel de ansiedad aumenta al 66%; esto, según resultados del retest,

mientras que en el valor de ansiedad moderada que correspondía al 33%, desciende al 0%, acontecimiento que suscita en la escala de ansiedad grave que luego de ocupar el 33% de la población investigada se ubica en el 17%; considerando que se mantuvo a lo largo de los 3 meses el valor de ansiedad leve en un 17%.

TABLA # 12

CUESTIONARIO DE CRAVING DE COCAÍNA GENERAL

Escala de Craving	Test		Retest	
	F	**%**	**F**	**%**
Leve	1	8,33%	3	25%
Moderado	0	0,0%	0	0,0%
Grave	10	83,33%	1	8,33%
No existe	1	8,33%	8	66,66%
Media	204		106	
Desviación	4,69		3,55	
TOTAL	**12**	**100%**	**12**	**100%**

Fuente: Pacientes del Área de Adicciones del Hospital Humberto Ugalde Camacho (CRA).
Elaborado por: Tatiana Elizabeth Criollo Quezada

GRÁFICO # 12a

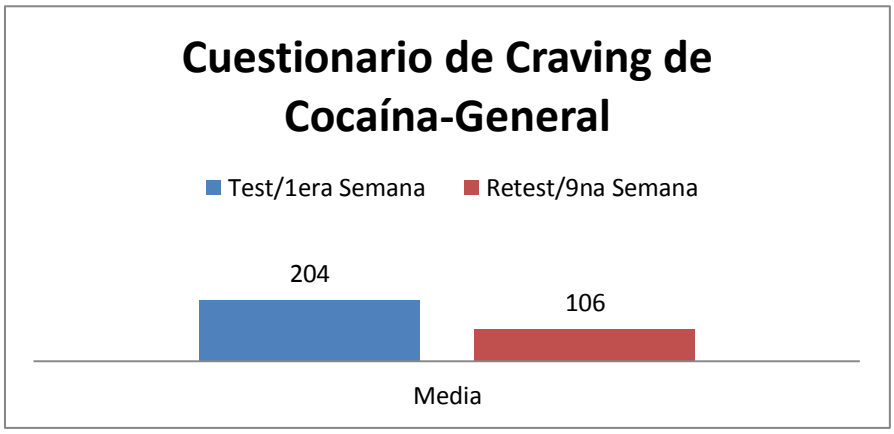
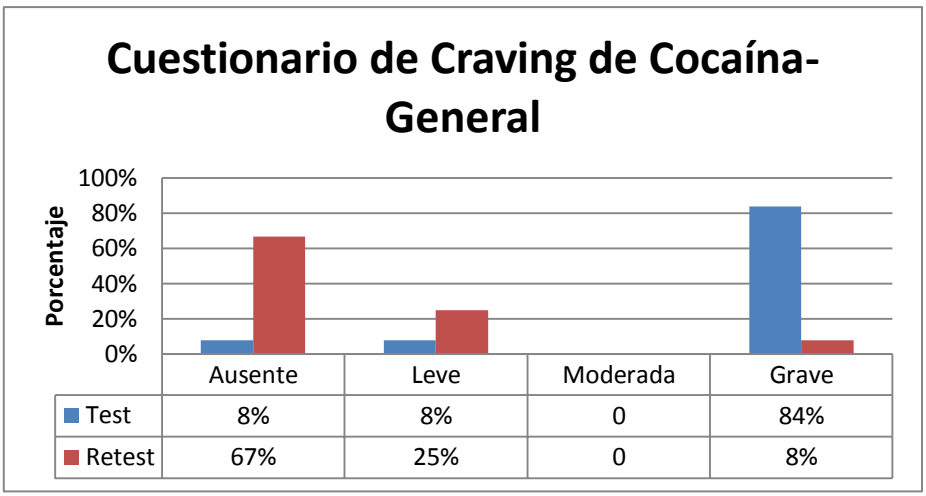


GRÁFICO # 12b



ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los datos arrojados por la primera aplicación del test del CCQ, refieren según su media un puntaje de 204 de acuerdo al nivel de intensidad de craving; el mismo que disminuye a la novena semana de tratamiento a un valor de media de 106. Valores que luego de la ejecución y aplicación del modelo de intervención del control de craving refiere los siguientes resultados de manera específica; en el ítem de ausencia de craving aumenta de un 8% frente al 67%; al igual que el ítem de craving leve del 8% al 25% en su retest; evidenciando un descenso en cambio en el nivel de craving grave del 84% al 8%; señalando que existió un falso positivo, debido al abondo de un paciente al programa.

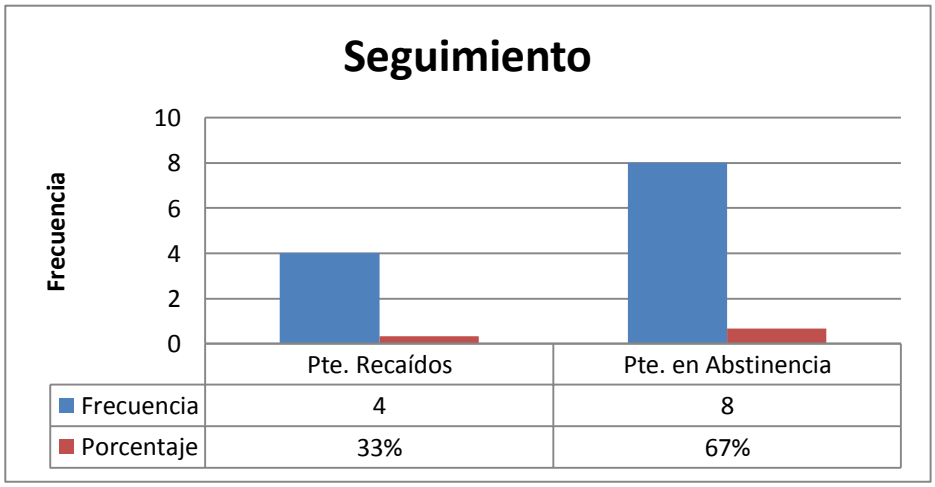
TABLA # 13:

SEGUIMIENTO DE 4 MESES (DATO ADICIONAL)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Pacientes Recaídos	4	33%
Pacientes en Abstinencia	8	67%
TOTAL	**12**	**100%**

Fuente: Pacientes del Área de Adicciones del Hospital Humberto Ugalde Camacho (CRA).
Elaborado por: Tatiana Elizabeth Criollo Quezada

GRÁFICO # 13



ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los datos arrojados refieren que el 67% de los participantes a los 4 meses de su egreso aún se mantienen en abstinencia, mientras que con el 33% que ya han recaído.

VII. DISCUSIÓN

En este estudio investigativo se presentan los resultados obtenidos dentro del Hospital Humberto Ugalde Camacho, al aplicar un programa de Intervención para el control del craving, a los pacientes dependientes a la cocaína, internos en el Área de Adicciones en el periodo comprendido de mayo a agosto del 2012; con la finalidad diseñar, aplicar y evaluar la efectividad de la Terapia Cognitiva-Conductual en las adicciones.

Es así que dentro de la información referida, al perfil de consumo se encontró lo siguiente:

El 75% de los participantes consumen Polvo Base de Cocaína; la edad de inicio de consumo, según la media obtenida es a los 17 años, considerando que la exacerbación del consumo en un 59% ha sido dentro de un lapso de 1-3 años, así mismo la frecuencia de consumo con el 58% refiere ser de manera diaria. Adicional a estos datos, el 83% de los evaluados presentan patología dual asociada a los Trastorno del Estado de Ánimo y un 25% presenta comorbilidad. A partir de estos resultados y lo referido en la literatura por Calafat A.**,** se observa que existe relación, pues el autor manifiesta que el consumo de cocaína se presenta en mayor cantidad en forma de Polvo Base de Cocaína y a temprana edad por su disponibilidad en nuestra región; además que tiene un curso de consumo esporádico de 2 años hasta que se inicia el consumo compulsivo por ya considerarla como único medio de mantenerse elevado, aunque no todos los consumidores de cocaína son dependientes. Finalmente en lo referente a la patología dual Gold, señala que el 50% de los adictos a la cocaína cumplen con criterios diagnósticos de un trastorno depresivo, mostrando relación con los datos obtenidos.

En lo referente al nivel del craving de los participantes, los datos de la investigación mediante la aplicación del Cuestionario de Craving de Cocaína-General mencionan que a su ingreso la intensidad disminuye relativamente hacia la novena semana luego de haber recibido tratamiento para el control del craving en base a las Técnicas Cognitivas-Conductuales; narrando los siguientes resultados de manera específica: dentro del ítem de ausencia de craving, se evidencia un aumento positivo desde el 8% al 67%; al igual que el ítem de craving leve que va desde el 8% al 25%; señalando un valor de descenso en el nivel de craving grave que constituía el 84% al llegar al 8%. Finalmente en su etapa de seguimiento de alrededor de 4 meses de su egreso el 66,66% de los participantes se mantienen en abstinencia total frente al 33,33% que han recaído, dato que facilita la comprobación de la eficacia del programa. Estos resultados también coinciden con el modelo de abstinencia propuesto por Gawin y Kléber, al referirse que luego de tres meses del corte del consumo excesivo de cocaína el craving tiende a disminuir como evolución natural; ubicándose como un deseo esporádico de cocaína.

Además según los datos obtenidos en esta investigación y lo manifestado por Becoña, al referir que en la actualidad, los tratamientos psicológicos son los que cuentan con mayor evidencias en las adicciones; entre los que destacan, el programa de reforzamiento comunitario más terapia de incentivo y el tratamiento cognitivo-conductual (Becoña et al., 2008); existiendo eficacia en la mantención de la abstinencia.

Es así que dentro del Artículo Científico: **EL CONSUMO DE COCAÍNA DESDE LA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA,** de: Ana López Durán y Elisardo Becoña Iglesias de la Universidad de Santiago de Compostela, recopilan información de autores tales como Higgins et al. (2002) el cuál apuntan que la terapia cognitiva-conductual es más eficaz que el refuerzo comunitario con manejo de contingencias. Es así que el tratamiento más

destacado en esta línea es el de Carroll (1998), considerándolo Secades y Fernández-Hermida (2001) como un tratamiento probablemente eficaz.

Estos resultados también demuestran una relación entre los datos del presente estudio, al igual que otros estudios realizados en el centro de Psicología ALBORAN S.L. de Granada (España) sobre Tratamiento Cognitivo-Conductual de la Adicción a la Cocaína, donde se expone que a pesar de la aplicación de la Terapia Cognitiva-Conductual, puede el adicto recaer puesto que la limitación dentro de los estudios destaca que el paciente debe de tener un funcionamiento cognitivo adecuado, y ello no siempre es posible entre los consumidores de cocaína; puesto que su consumo produce deterioro a nivel cognitivo.

En cuanto a la intensidad de la ansiedad presente en los pacientes, existe un descenso del nivel de ansiedad grave en la población, tras la aplicación del modelo Cognitivo Conductual que va desde el 33% a un 17%; considerando de tal forma la posible efectividad de las técnicas para los síntomas ansiosos; evidenciando de tal forma que las técnicas aplicadas han demostrado ser ampliamente efectivas en el tratamiento de otras patologías específicas relacionadas con la ansiedad. Por ejemplo “Barlow (1992), Clark y Salkovskis (1991) y Magraf, Barlow, Clark y Telch(1993) concluyeron que del 81% al 90% de los pacientes con trastornos ansiosos que recibieron tratamiento cognitivo-conductual se veían libres de síntomas en el seguimiento entre uno y dos años, frente al 50%, para los pacientes con ansiedad tratados farmacológicamente, y el 25% que mejoraban recibiendo terapia de apoyo, tratamiento que alcanzan mayores niveles de eficacia cuando se aplica un mínimo de 12 sesiones de Terapia Cognitiva Conductual, de una hora a una hora y media de duración, llevadas a cabo de forma semanal, aproximadamente durante 3 - 4 meses.

Finalmente se llega a la conclusión que el uso de estas intervenciones fortalece la disminución del craving y de la ansiedad, por lo cual se sugiere ser una estrategia a utilizar de manera sistemática en el tratamiento integral, multidisciplinario de esta patología adictiva; como también, que el abordaje del craving predice mejores resultados en los pacientes a largo plazo.

VIII CONCLUSIONES

- El grupo de participantes en la investigación mantienen un perfil de consumo, en el cuál el 75% consume Polvo Base de Cocaína, 17% Clorhidrato de Cocaína y el 8% Crack; la edad de inicio de consumo según la media obtenida es a los 17 años, considerando que la exacerbación de su consumo en un 59% es desde hace un lapso de 1 a 3 años, así como su frecuencia de consumo es de manera diaria representada con un 58%. Adicional el 83% de los evaluados presentan patología dual y el 25% comorbilidad.

- Se evidenció que los pacientes dependientes de cocaína, si presentan ansiedad en un nivel del 16%; considerando que tras la aplicación del Programa de Intervención desciende.

- Durante este proceso investigativo he podido observar y analizar que el craving es uno de los factores esenciales a tratar en el proceso de la deshabituación de las adiciones y que su abordaje predice la posibilidad de recaer y de mantenerse en abstinencia; es así que en el estudio se pudo corroborar que tras la aplicación de las estrategias cognitivas-conductuales, que son las de mayor elección, se refuerza el descenso natural de este fenómeno. Dato que se cuantificó con la ayuda del Cuestionario de Craving de Cocaína- General (CCQ-G).

- Para la aplicación del programa de Terapia Cognitiva-Conductual en los pacientes se requiere del uso del método socrático y de constante preparación teórica y práctica, a fin de lograr evaluar su eficacia y no presentar sesgos por las características del terapeuta.

- Se puede afirmar que el programa Cognitivo-Conductual puede ser una estrategia efectiva y viable en contextos naturales para el control del craving, y que este modelo puede ser utilizado en nuestro contexto, al demostrar su efectividad al momento del descenso de su intensidad. No obstante, estos resultados han de verse confirmados en estudios de seguimiento más largos y con mayor número de sujetos

IX. RECOMENDACIONES

- Sugerir la implementación del Modelo de Intervención Psicoterapéutico, diseñado para el control de craving en los pacientes dependientes de cocaína, teniendo como fundamento su validez, confiabilidad, efectividad y viabilidad en contextos naturales para el control del craving, y que puede ser utilizado en nuestro contexto.

- Es esencial que previo al manejo de las técnicas o métodos terapéuticos disponibles, se determine la naturaleza y características de expresión del craving que el paciente presente, para hacer la elección adecuada en función de las necesidades y recursos personales.

- Evaluar de forma temprana a los pacientes dependientes a la cocaína, reconociendo el nivel de dependencia a la sustancia, y a su vez, las consecuencias que su consumo ha ocasionado en la vida del consumidor.

- Asimismo, la evidencia recogida aboga por la utilización combinada de las diferentes técnicas y modalidades de intervención en tratamiento para las adicciones; más no designar una sola modalidad de tratamiento como la de primera elección.

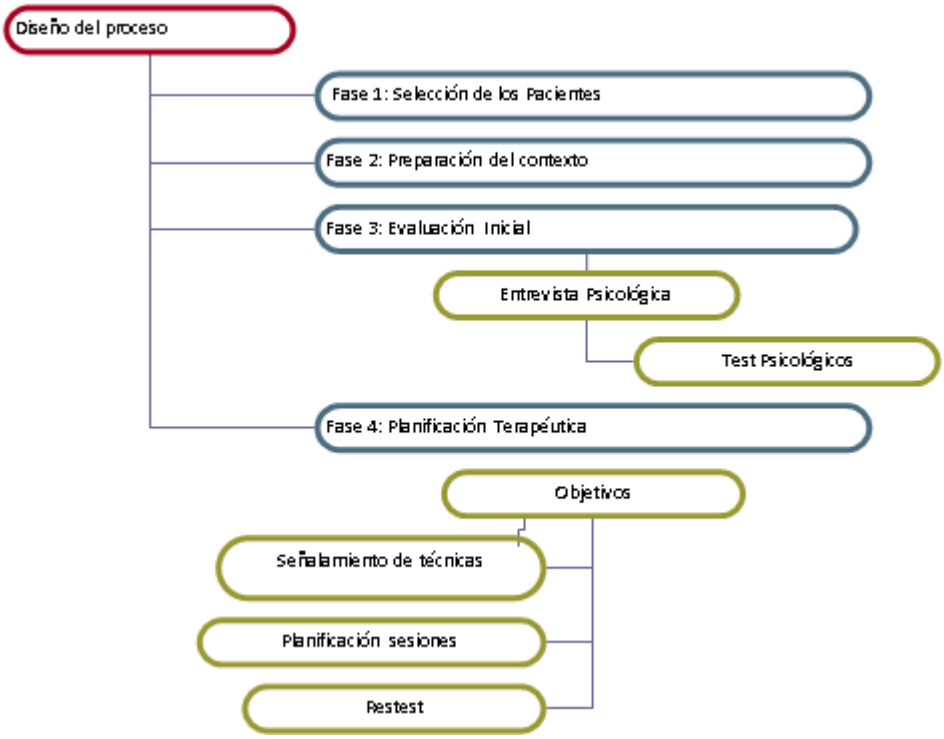
- Se sugiere además realizar estudios a largo plazo y con un mayor número de sujetos, considerando una población significativa y grupo control, con una observación y seguimiento, a fin de validar su eficacia.

PLAN TERAPÉUTICO

TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL PARA EL CONTROL DEL CRAVING

4.1 Diseño del Proceso de Terapia Individual

Para la aplicación del diseño de terapia individual se seguirán las siguientes fases:



4.1.1 Fase 1: Selección de los Pacientes

Composición de Muestra: Los pacientes que son parte del grupo, serán homogéneos en cuanto al diagnóstico del Eje I, en relación a la dependencia de cocaína y a la dinámica del paciente. Heterogéneo en cuanto a edad, sexo, procedencia, estado civil, ocupación y nivel académico.

b) **Criterios de Inclusión:** Se tomarán en cuenta los siguientes criterios:

Diagnóstico: Pacientes con dependencia de cocaína, o policonsumidores donde la cocaína sea la principal sustancia. **Área:** Adicciones **Edad:** No hay Limitaciones **Sexo:** Hombres y Mujeres **Prescripción Farmacológica:** Pacientes con o sin Prescripción

c) **Criterios de exclusión:** Se tomarán en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

Diagnóstico: Pacientes con síntomas psicóticos, con retardo mental y pacientes bipolares en fase maniaca. **Estado Físico:** Pacientes con enfermedades físicas que afecten su estado general.

4.1.2 Fase 2: Preparación del Contexto

Un componente vital para que cualquier terapia tenga éxito es que exista una relación de colaboración entre el terapeuta y el cliente. Es por ello que en los primeros encuentros preparatorios se procurará establecer la interacción entre paciente y terapeuta.

Preparación del paciente: se educará a los pacientes seleccionados durante algunas sesiones antes del inicio del programa de intervención para el manejo de craving; a la par se describirá el curso probable del tratamiento y el porqué de la elección de este tipo de terapia.

Otro aspecto principal es fomentar un ambiente de confianza, ya que son pacientes que en forma general se han involucrado en actividades delictivas y, por tanto, presentarán dilemas de confidencialidad, además de que estos no acceden voluntariamente a tratamientos por presentar alteraciones en su juicio autocrítico al minimizar su consumo.

Finalmente las consultas introductoras en terapia cognitiva-conductual comprende dos objetivos: establecer rapport y familiarizar al paciente con el modelo cognitivo, a fin de mencionará lo beneficioso que es el control del fenómeno del craving para evitar posibles recaídas[56].

Se abordará de forma individualizada en los pacientes los siguientes puntos:

- Establecer las metas terapéuticas.
- Tratar horario y duración de las sesiones. Despejar cualquier expectativa irreal de soluciones inmediatas.
- Señalar normas y acuerdos.
- Además se trabajara sobre la sintomatología ansiosos presente en los pacientes.

4.1.3 Fase 3: Evaluación Inicial

Luego de identificar y seleccionar los pacientes con diagnóstico de dependencia de cocaína, se inicia el proceso de evaluación mediante la Hoja de Entrevista Inicial, a fin de contar con un registro del aspecto general del paciente a su ingreso. Después a los pocos días de culminar su etapa de desintoxicación se aplican dentro de este ámbito la entrevista psicológica conjuntamente con cuestionarios de autoinforme, que proporcionan datos que son necesarios para lograr la conceptualización de cada caso. Se

[56] Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. *TERAPIA COGNITIVA DE LAS DROGODEPENDENCIAS.* Editorial Paidos Primera Edición. Barcelona. (1999).

aplicará los reactivos de acuerdo a los objetivos propuestos, puesto que su medición logrará esclarecer de manera cuantitativa el posible aumento o descenso de la intensidad del craving a lo largo de la aplicación del plan de intervención. Se usará de tal manera el Cuestionario CCQ-General, que evalúa la intensidad del craving; la escala de Ansiedad de Hamilton, la cual medirá el nivel de ansiedad; y, el Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz Y Luján, para identificar las creencias que en mayor porcentaje presentan. Estos serán abordados de manera exhaustiva en Materiales y Métodos.

4.1.4 Fase 4: Planificación Terapéutica

Para obtener resultados óptimos, la mejor forma de tratar los círculos viciosos asociados al abuso de sustancias es mediante una combinación de técnicas cognitivas conductuales. Las técnica cognitivas tratará las creencias relacionadas con las drogas y los pensamientos automáticos que contribuyen a los impulsos y los craving, mientras que las técnicas conductuales se centrarán en las acciones que interactúan causalmente con los procesos cognitivos. Estas técnicas ayudarán al paciente a probar lo acertadas que son las creencias relacionadas con las drogas que disparan y perpetúan el uso de las mismas, y se utilizan también para enseñar a los pacientes habilidades que permitan tratar con situaciones de alto riesgo, impulso y craving de consumir[57].

Para alcanzar estos objetivos dentro del proceso de la terapia se utilizarán varias técnicas y herramientas, que serán la base para establecer las sesiones de intervención.

[57] Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. *TERAPIA COGNITIVA DE LAS DROGODEPENDENCIAS.* Editorial Paidos Primera Edición. Barcelona. (1999).

4.1.4.1 Diseño de Sesiones de la Terapia Cognitiva-Conductual para el Control del Craving

Fase I: Selección

Tema: Selección de los Pacientes		
OBJETIVO: Escoger la muestra de la población.		
ÁREA	**ACTIVIDAD**	**DURACIÓN**
Presentación del Terapeuta	Realizar una introducción sobre cuál es el motivo de mi visita y lo necesario de su honestidad, así como que la información brindad será manejada de forma prudente.	10min
Aplicar Hoja de Entrevista Inicial	Se aplicó la hoja de entrevista, indicando detenidamente cada uno de los ítems que la conforman, a fin de utilizarla como screning para obtener la muestra, se si presentan dificultades se procede a clarificar las idea.	40min
Explicación de objetivos terapéuticos, metodología y establecimiento de horario y normas. Autorización mediante el consentimiento informado	En caso de afirmar consumo de cocaína, se establece ya el encuadre con horarios y normas a cumplir. Además de hacer el firma el consentimiento informado	10min

Fase II: Preparación

Tema: Preparación de los Pacientes		
OBJETIVO: Obtener información, y a su vez motivar al cambio familiarizando al paciente con el Modelo Cognitivo de las Adicciones		
ÁREA	**ACTIVIDAD**	**DURACIÓN**
Entrevista semi-extructurada	Previamente antes de su aplicación se constata que abarque temas de motivación y adaptación al Hospital; además de familiarizar con el modelo cognitivo y mencionara lo beneficioso que es control del craving para evitar recaídas.	60min

Tema: Preparación de los Pacientes		
OBJETIVO: Recopilar Información.		
ÁREA	**ACTIVIDAD**	**DURACIÓN**
Historia Clínica	Se hace uso de la historia clínica para recabar información necesaria a fin de poder luego utilizarla para proyectar detenidamente al paciente hacia el consumo y que este pueda confrontarlo; además se trabaja en disminuir sintomatología ansioso.	60min

Fase III: Evaluación Inicial

Tema: Evaluación Inicial		
OBJETIVO: Aplicar reactivos psicológicos		
ÁREA	**ACTIVIDAD**	**DURACIÓN**
La escalas de Ansiedad de Hamilton	La consigna fue: “de acuerdo a como esta en las últimas 2 semanas me va a responder en una escala del 0-4, donde el 0 es nunca y el 4 siempre”	10min
Cuestionario de Craving de Cocaína- General	La instrucción fue:” en una escala del 0-7 me va a responder las siguientes preguntas, considerando que 0 es desacuerdo y 7 de acuerdo, en caso de no saber dónde ubicarle puntué en 4 que significa ambivalencia”.	40min
Pensamientos Automáticos de (Ruiz y Lujan)	Responder de forma positiva o negativa a los ítems que a continuación el voy a entregar, considere en general sus diversas situaciones.	10min

Fase IV: Intervención Psicoterapéutica

SESIÓN # 1		
Tema: Reestructuración Cognitiva		
OBJETIVO: Identificar los esquemas mentales, a fin de que el sujeto los exteriorice, para evaluar el contenido y ponerlos a prueba.		
TÉCNICA	**ACTIVIDAD**	**DURACIÓN**
-Técnicas para ayudar a un sujeto a reconocerse como adicto.	Se inicia con una breve introducción de las dificultades de la adicción, para luego confrontar al paciente, a fin de que logre concientizar y acepte que tiene problemas con esta sustancia.	25min
-Técnicas para ayudar a un sujeto a reconocer los efectos negativos asociados al consumo de cocaína.	Se trata en comparar las complicaciones psicológicas, médicas y sociales asociadas al consumo de la sustancia, a fin de eliminar su autosuficiente sobre el control de su consumo.	25min
-Asignación de Tarea: ¿Quién soy yo? FODA y preguntar compañeros la apreciación que tienen del paciente	Se solicitó señalar las características por las que considera poder superar su problema de la adicción, en base al FODA	10min

SESIÓN # 2		
Tema: Reestructuración Cognitiva y Modificación de Conductas		
OBJETIVO: Identificar los esquemas mentales, a fin de que el sujeto los exteriorice, para evaluar el contenido y ponerlos a prueba.		
TÉCNICA	**ACTIVIDAD**	**DURACIÓN**
Revisar Tarea y Asignar tarea.	Esta técnica consiste en calificar la motivación de los pacientes hacia el cumplimiento de las tareas, sugiriendo posibles cambios y correcciones sin la intención de perjudicarle, sino más de crear responsabilidades.	10min
Flecha Descendente y Registrar creencias que aborda	Paulatinamente utilizando el método socrático, se llega a las creencias nucleares del consumo, a fin de identificar sus pensamientos automáticos referentes al consumo, la flecha descendente inicia con preguntas en cuanto al significado de su ingesta, tratando de desvalorizar sus justificaciones.	50min

SESIÓN # 3		
Tema: Reestructuración Cognitiva y Modificación de Conductas		
OBJETIVO: Refutar y confrontar las creencias		
TÉCNICA	**ACTIVIDAD**	**DURACIÓN**
Revisar Tarea	Calificar la motivación por cumplimiento de las tareas.	10min
-Redistribución de Responsabilidad	Enseñar al paciente como ha evadido sus responsabilidades designando deliberamente a otros, para confrontar sus actos, encargándose del aseo de sus pertenencias en su internamiento	25min
-Análisis de Creencias asociadas a las Conductas	Tras la aplicación de la Flecha Descendente se va registrando sus pensamientos de consumo, confrontando cada uno de ellos	25min

SESIÓN # 4		
Tema: Reestructuración Cognitiva y Modificación de Conductas		
OBJETIVO: Promover respuestas racionales a pensamientos automáticos		
TÉCNICA	**ACTIVIDAD**	**DURACIÓN**
Revisar Tarea y asignación de Registro Diario de Pensamientos y Elaboración de la Matriz de ventajas y Desventajas	Luego de obtener las creencias de consumo, se realiza una matriz en las que se ubica las ventajas y desventajas de consumir y no consumir, haciendo hincapié en las distorsiónes a fin de lograr confrontar con los actos reales	60min

SESIÓN # 5		
Tema: Modificación de Conductas		
OBJETIVO: Fomentar el desarrollo de nuevas conductas y/o reforzar las ya existentes que sean adaptativas.		
TÉCNICA	**ACTIVIDAD**	**DURACIÓN**
Disco Rayado	Se le enseña al paciente forma asertivas de pedir y reclamar las cosas con una sola frase, la cual debe contestar estando o no de acuerdo con lo que yo le mencione, y realizar la tarea en la semana anotando sus dificultades así cómo su incapacidad de control sus impulsos.	15min
Psicoeducacion de Asertividad y Habilidades Sociales	Se explica lo importante de saber decir no, y de aceptar las sugerencias como obligaciones	30min
Asignación de Tareas: Revisar RPD y enviar diario y aplicación de Disco rayado.	Se envía y se explica en que consiste el Registro Diario de Pensamiento, y como este puede ayudarlo a evitar el consumo mediante la refutación de otro tipo de creencias.	15min

SESIÓN # 6		
Tema: Modificación de Conductas		
OBJETIVO: Fomentar el desarrollo de nuevas conductas y/o reforzar las ya existentes que sean adaptativas.		
TÉCNICA	**ACTIVIDAD**	**DURACIÓN**
Análisis de Creencias Asociadas al Consumo	Se verifica el estado actual de las creencias en referencia al consumo, por medio de la flecha descendente y al solicitarle que justifique el ¿Por qué de su consumo?	15min
Asignación de Tareas: Plantear una hipótesis conflictiva para la próxima sesión. RPD de acuerdo a problema	Se revisa el RPD y se envía nuevamente con la situación que le provoca mayor nivel de ansiedad.	35min

SESIÓN # 7		
Tema: Modificación de Conductas		
OBJETIVO: Enseñar formas asertivas de resolución a dificultades		
TÉCNICA	**ACTIVIDAD**	**DURACIÓN**
Resolución de Problemas	Al no lograr cumplir con la actividad anterior, se extrae la dificultad del paciente y se la pone de manifiesto a fin de discutirla siguiendo el modelo de resolución de conflictos, para al final trazar la matriz de ventajas y desventajas de solución y su coste a corto como a largo plazo.	35min
Flecha Descendente y Método Socrático	Se utilizó esta vez para confrontar y analizar la esencia de la cognición de los problemas.	15min
Asignación de Tareas: RPD asociado a conflictiva dentro de su internamiento.	Para constatara el cumplimiento de tareas y mejoramiento de sus responsabilidades.	10min

SESIÓN # 8		
Tema: Modificación de Conductas		
OBJETIVO: Proporcionar un método para relajarse de manera segura, e Identificar estímulos que conllevan al consumo.		
TÉCNICA	**ACTIVIDAD**	**DURACIÓN**
Entrenamiento en Relajación Y respiración	Se ubica al paciente en un lugar libre de distractores, y se inicia el proceso de relajación, con la respiración diafragmática que poco a poco produce tranquilidad, se le enseña a escuchar su respiración a fin de lograr su concentración y luego mediante la visualización se procura mayor libertad y descanso, todo esto contando hasta el número 10.	35min
Control y Registro de Estímulos.	Al despertar se le enseña a control sus estímulos mediante la relajación y respiración y como él lo logró sin necesidad de mucho esfuerzo, a la vez que identifique que estímulos son los que producen mayor craving por consumo.	25min

SESIÓN # 9		
Tema: Manejo de craving		
OBJETIVO: Controlar el fenómeno del craving		
TÉCNICA	**ACTIVIDAD**	**DURACIÓN**
Redacción de un día de consumo	Escribir en una hoja de manera detalla su consumo, a fin de poder luego hacer uso de esta y proyectar al paciente al consumo	20min
Identificar tipo de craving.	Se explica sobre el craving y los tipos que hay a fin de que se ocupe dentro de uno de ellos para coordinar así desde su base.	25min
Psicoeducacion	En referencia a la sintomatología del craving, puesto que es un fenómeno de la adicción pero es temporal, por lo que su experimentación es normal y llevadera.	5min
Asignación de Tareas: Revisar RPD asociado a los estímulos	Recabar información acerca de las actividades placenteras que realizaba antes del consumo, para poderlas nuevamente focalizarlas.	10min

SESIÓN # 10		
Tema: Manejo de craving		
OBJETIVO: Controlar el fenómeno del craving		
TÉCNICA	**ACTIVIDAD**	**DURACIÓN**
Detección de Pensamiento	Consiste en saber frenar mediante algún logo significativo y de manera mental su pensamiento, para lo que se enseñaba signos de pare y de stop, confrontando al inicio con pensamientos no estructurados	35min
Autoinstrucciones	Para lograr mayor eficacia en la anterior, se procura demostrar al paciente acerca de su propia motivación mental y confrontación de pensamientos que los va a realizar de manera diaria frente a situaciones que debe controlarse.	25min
Entrenamiento en Relajación y respiración	Se retoma lo ya enseñado con prácticas matutinas para absorber mayor cantidad de energía positiva.	5min
Asignación de Tareas: Programación de Actividades luego de su egreso. Área personal.	Cumplimiento de la planificación del programa al egreso de su internamiento, desarrollando el área personal, en base de objetivos, actividad y alternativas.	10min

SESIÓN # 11		
Tema: Manejo de craving		
OBJETIVO: Controlar el fenómeno del craving		
TÉCNICA	**ACTIVIDAD**	**DURACIÓN**
Técnicas de Distracción	Se le enseña al paciente a focalizar su atención en diversas cosas pero que ameriten de su concentración total, por ejemplo el contar las baldosas, el cantar, el darle forma a las nubes; etc.	35min
Redactar Pensamientos de Control	Se recopila del análisis de creencias pensamientos que sean cortos y precisas a fin de narrarlos en forma positiva.	15min
Programación de Actividades luego de su egreso.	Elaboración de área familiar, considerando objetivos, actividades y alternativas.	10min

SESIÓN # 12		
Tema: Manejo de craving		
OBJETIVO: Controlar el fenómeno del craving		
TÉCNICA	**ACTIVIDAD**	**DURACIÓN**
Tarjeta Flash	Con la refutación y análisis de creencias en un cartulina pequeña se escribe frente a las situaciones de mayor riesgo sus pensamientos racionales, para leerla en momentos de crisis, a la que también se adjuntan alternativas como: llamar por teléfono, correr; entre otras más.	50min
Programación de Actividades luego de su egreso.	Elaboración de área laboral, considerando objetivos, actividades y alternativas.	10min

SESIÓN # 13		
Tema: Manejo de craving		
OBJETIVO: Controlar el fenómeno del craving		
TÉCNICA	**ACTIVIDAD**	**DURACIÓN**
Reenfoque con imaginación	Se realiza la relajación con técnica de respiración, contando hasta 10; luego se proyecta al paciente hacia su consumo mediante la tarea redacción de consumo; al momento que el paciente muestra movimientos involuntarios asociados al consumo se inicia con la visualización y reenfoque, haciendo uso de: la detección de Pensamiento; las Autoinstrucciones, para al final se no tiene efectividad hacer uso de la tarjeta de emergencia; con técnicas de distracción; al momento que el paciente haga uso se inicia nuevamente la relajación para concluir.	60min
Programación de Actividades luego de su egreso.	Elaboración de área social, considerando objetivos, actividades y alternativas.	5min

SESIÓN # 14		
Tema: Manejo de craving		
OBJETIVO: Controlar el fenómeno del craving		
TÉCNICA	**ACTIVIDAD**	**DURACIÓN**
Sustitución por imagen negativa	Se proyecta nuevamente con visualización al consumo, luego se le aplica en su momento del consumo la técnica de Ventajas y Desventajas de Consumo de manera oral y se le confronto con la información obtenida en las flechas descendentes. Y en caso de no funcionar se lee la Tarjeta Flash, asociada a la técnica del disco rayado de manera oral, luego con la relajación y respiración se controla la ansiedad el paciente.	60min
Programación de Actividades luego de su egreso.	Revisión del programa del egreso y calificación del mismo.	5min

SESIÓN # 15		
Tema: Manejo de craving		
OBJETIVO: Controlar el fenómeno del craving		
TÉCNICA	**ACTIVIDAD**	**DURACIÓN**
Reemplazo por imágenes positivas.	Se conduce por medio de la visualización a la proyección de consumo del paciente, luego se utiliza la tarjeta flash especialmente con las alternativas, para hacer hincapié en las actitudes y comportamientos fuera de consumo o a su vez, antes del consumo, proporcionando imágenes agradables que podrían contrarrestar con las ideas de ingerir drogas, luego se relaja y con técnicas de respiración se concluye; en caso de que las imágenes no sirvan, válgase de las técnicas de distracción.	60min
Programación de Actividades luego de su egreso.	Queda concluido el programa de actividades	5min

SESIÓN # 16		
Tema: Manejo de craving		
OBJETIVO: Controlar el fenómeno del craving		
TÉCNICA	**ACTIVIDAD**	**DURACIÓN**
Repaso Mediante la imagen	Esta técnica consiste en una vez proyectado al consumo, se vaya presentando el control de Estímulos, por medio de las Autoinstrucciones; considerando el Análisis de Creencias asociadas a las Conductas; y programando las ideas desagradables que le produce el consumo, por ejemplo sus efectos; para concluir se entrena en Relajación y Respiración	60min

Fase III: Evaluación Final

OBJETIVOS: Culminar la intervención y Evaluar mediante los Retest		
ETAPA	**ACTIVIDAD**	**DURACIÓN**
Cierre.	- Cierre de terapia - Intercambio de opiniones - Aplicar Retest.	60min

X. Referencias Bibliográficas

LIBROS:

Asociación Americana de Psiquiatria. *MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM-IV-TR.* Editorial Masson. Barcelona 1998

Barlow, H., Durand, M. (2003). *PSICOPATOLOGÍA.* Editorial Thomson. Madrid, 2003

Beck. A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. *TERAPIA COGNITIVA DE LAS DROGODEPENDENCIAS.* Editorial Paídos. Barcelona 1999.

Cano-Vindel, A. *TRATAMIENTOS EFICACES*. *Sociedad Española Para el Estudio de la Ansiedad y del Estrés*. Editorial Paídos. Madrid 2008

Castaño, G. (2000). *COCAÍNAS FUMABLES EN LATINOAMÉRICA. ADICCIONES.* editorial cauce Madrid: Cauce.

Cormier, H. William y Cormier-Sherilyn. (2000). *Estrategias de Entrevista para Terapeutas.* Bilbao: Descleé De Brouwer.

Fernández, P., Ladero, J., Leza, J., Hernández, I. (1998). *Drogodependencia. Farmacología, Patología, Psicología y Legislación.* Madrid: Médica Panamericana.

Fleming, M., Lawton, K. (2008). *Guía Clínica de los Trastornos Adictos.* Madrid: Mosby.

Galanter, M., Kléber, H.D. (eds). (1997). *Tratamiento de los Trastornos por Abuso de Sustancias.* Barcelona: Masson.

Gold, M. (1997). *Cocaína: Ediciones en Neurociencias.* Barcelona.

Graña, J. (1994). *Intervención Conductual Individual en las Drogodependencias. Conductas Adictivas.* Madrid: Debate.

Graña, J. L. (1994). *Evaluación Conductual de las Drogodependencias.* Madrid: Editorial Debate.

Lega, L., Caballo, V., Ellis, A. (2009). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual.* Madrid: Siglo Veintiuno de España.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Décima Clasificación Internacional de las Enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento .* Madrid: Meditor.

Sáiz, P.A., Bascarán, M.T., Bobes, J., Portilla, M.P.G., Bousoño, M. (2006). *Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica.* Barcelona: GRUPO ARS XXI COMUNICACION(CESó ACT.).

Secades Villa, R. y Fernández Herminia, J.R. (2003). *Guía de Tratamientos Psicológicos eficaces en la Drogadicción: Alcoholismo, Cocaína y Heroína.* Madrid: Pirámide.

Tejero, A., Trujols, A. (2003). *Instrumentos Clínicos Para la Evaluación de la dependencia de cocaína.* Barcelona: Psiquiatria Editores.

REVISTAS VIRTUALES:

Castillo, I. y Corcuera, N. (2008). Craving: Concepto, Medición y Terapéutica. *Norte de Salud Mental*, 32, 9-22.

Chesea, D., Abadías, M. E., Fernández, E., Izquierdo, E. y Sitjas, M. (2004). El Craving, un Componente Esencial en la Abstinencia. *Revista de la Asocación Española de Neuropsiquiatria*, 93-112.

Dorantes, M.D., Leyva, J., Leyva, E., col. (12 de Octubre de 2007). *Terapia Cognitivo-Conductual*. Recuperado el 25 de Septiembre de 2012, de http://terapiacognitivo-conductual.blogspot.com/

Escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS). (2006). Psicopsi. *Estudio del psicoanálisis y psicología. Escala de ansiedad de Hamilton*, 1-15.

García-Fernández, G., Secades-Villa, R., García-Rodriguez, O., Sánchez-Hervás, E., Fernández-Herminia, J.R. y Fernández-Artamentdi, S. (2006). *El Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo para el tratamiento de la adicción a la cocaína.* Valencia: Paidos.

González, I. (2004). Estrategias Cognitivo-Conductuales para el Manejo del Craving. *RET Revista de Toxicomanías*, 1,2.

López, A. y Becoña, E. (2006). El craving en Personas Dependientes a la Cocaína. *Anales de Psicología*, 22, 205-211.

NIDA (National Institute on Drug Abuse). (2005). Serie de Reportes de Investigación Cocaína Abuso y Adicción . *Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas*, 1-8.

Personal de Psicología . (2008). *Datos Estadísticos .* Cuenca.

Polo Martínez, I. (2006). Distorsiones Cognitivas en los Grupos de Drogodependientes con Diagnóstico Dual. *Psicogente*, 119-134.

Rivadeneira, C. D. (1 de julio de 2009). *¿Por qué muchos pacientes eligen Terapia Cognitivo-Conductual?* Recuperado el 15 de Agosto de 2012, de http://cetecic.com.ar/revista/por-que-muchos-pacientes-eligen-terapia-cognitivo-conductual/

XI ANEXOS

ANEXOS

ANEXO Nro. 1

1. TEMA

"IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA EN TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL, PARA CONTROL DE CRAVING, EN PACIENTES DEPENDIENTES A LA COCAÍNA HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES (CRA), ENTRE LOS 16-55 AÑOS."

2. PROBLEMÁTICA

En la actualidad al menos 14 millones de personas a nivel mundial, utilizan drogas legales e ilegales cada semana. Algunos expertos han estimado que aproximadamente un 2,3 de individuos mayores de 12 años tienen ya, un problema grave con las drogas ilícitas, suficientemente importante como para justificar tratamiento. (Beck, 1999). [58]

Entre estas drogas tenemos a la cocaína, que en sus diferentes presentaciones; es la sustancia ilícita de mayor consumo en nuestro medio con un 6,4 %; tras el cánnabis que representa un 18,7%. [59]

Con respecto a las motivaciones del consumo de cocaína algunas son de índole social: la presión del grupo y la influencia de los amigos. Aunque la razón básica para empezar con la cocaína es conseguir placer; experimentar la euforia de encontrarse excitado y compartir con la compañía de alguien que también lo esté utilizando (Stimel, 1991).

Pero lejos de calmar el dolor de la vida, la cocaína crea una nueva clase de problemas, tales; como enormes desembolsos económicos, la pérdida del empleo, problemas con la ley, dificultades en las relaciones personales, la estigmatización por parte de la sociedad; y al final, es evidente los graves problemas médicos e incluso la muerte; todo esto, a causa de que la cocaína es un potente estimulante del SNC, lo que hace que exista compulsión por suministrarse nuevas dosis, a fin de lograr producir los niveles normales, y por tanto la sensación de bienestar.

---

[58] Beck A. "Terapia Cognitiva de las Drogodependencias", Paidós, SAICF, pág 13, 1999
[59] CONSEP. 2009

Esta característica es la que diferencia la adicción de la cocaína con la adicción a otras sustancias; ya que debido a su corta vida media, de alrededor de 30-50 minutos, se necesitan dosis frecuentes para mantener su efecto euforizante.[60]

Mencionando además que está compulsión por consumir cocaína se basa en la presencia del craving y en la falta de control de los impulsos (dependencia psicológica).

Como resultado de la inmersa complejidad de esta enfermedad, se han creado Centros especializados, en la rehabilitación y reinserción social de los adictos, mediante programas en los que se incluye varias fases de tratamiento interno y externo, atención al Programa de los Doce Pasos, educación, psicoterapia, terapia familiar, grupo de apoyo, entre otros. Los mismos que tienen como objetivo el establecimiento de la abstinencia, y prevención de recaídas.

Considerando valiosas todas las intervenciones antes mencionadas, mi énfasis dentro de la parte psicoterapéutica a nivel individual; se basa en aplicar sistemas de tratamiento alternativos que puedan complementar estos procedimientos. Tomando en cuenta que la Terapia Cognitivo Conductual, no se opone a estos programas o modelos psicobiológicos del abuso de cocaína; más bien es un sistema de psicoterapia que intentará reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes;[61] modificando las herramientas negativas.

En el C.R.A Centro de Reposo y Adicciones y su hospital Humberto Ugalde Camacho, se ha recibido sinnúmero de pacientes adictos, al alcohol, marihuana, cocaína y fármacos, el mismo que cuenta con un Programa de Intervención Extenso y Aprobado por entes tales como la OPS/OMS, CONSEP, MSP. Pero que sin embargo no cuenta con un Programa de Intervención específico en el Control de Craving para pacientes consumidores de Cocaína. Fundamentando, que dentro de sus estadísticas referentes a los 5 últimos años cuenta con un total de 195 pacientes hospitalizados por dependencia a la cocaína, el número que se ha incrementado sustancialmente desde hace 2 años en un 20%; creyendo conveniente de esta manera plantearme el diseño del programa con la finalidad de disminuir la incidencia de recaídas y brindar alternativas de manejo para los pacientes consumidores de cocaína. [62]

---

[60] Lorenzo, P. Ladero, J.M. Leza, J.C. "Drogodependencia: Farmacología, Patología, Psicología, Legislación"

[61] Beck A. "Terapia Cognitiva de las Drogodependencias", Paidós, SAICF, pág 56, 1999

[62] Datos Estadísticos CRA

3. JUSTIFICACIÓN

Es evidente que casi todos aquellos profesionales que se dediquen a la práctica clínica encontrarán pacientes que utilizan y abusan de las drogas. Por tanto, es necesario que los profesionales de la salud mental reciban a manera de entrenamiento o educación sobre el fenómeno social y psicológico que comprenden los trastornos por adicción.[63] No obstante dentro de mi experiencia pre-profesional, he lograr observar la sintomatología de abstinencia que desencadena la dependencia a la cocaína; siendo evidente el deterioro aún más exacerbado que tras el consumo de otras drogas; considerando que la incapacidad de controlar el craving, (síntoma psicológico), desemboca en la compulsión del adicto por suministrarse nuevas dosis. Es por ello que estos pacientes se involucran en actos delictivos, conductas sexuales inadecuadas, indigencia, abandono; etc.

Tras esta realidad he propuesto este trabajo investigativo, tomando en cuenta la posible disminución de la prevalencia de las recaídas en pacientes dependientes a la cocaína; interviniendo con técnicas cognitivas conductuales, en el espacio del auge del craving y la ejecución de los impulsos, para facilitar el desplazamiento de la compulsión de la ingesta; hasta lograr salir del círculo vicioso; y de esta manera comprobar la eficacia de las técnicas Cognitivo-Conductual al momento de aplicarlas.[64]

Aunque el abordaje cognitivo es amplio en cuanto a investigaciones y estudios, contando además que dentro del Hospital del CRA Humberto Ugalde se cuenta con un Modelo exhaustivo de Intervención en Adicciones, considero que es productivo realizar avances del mismo tipo, pero con variables específicas como lo es el CRAVING en pacientes cocainómanos.

También este trabajo tiene como propósito divulgar entre estudiantes de Salud Mental, un conjunto de herramientas útiles para la aplicación psicológica con una de las terapias más efectivas y conocidas: LA TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL EN ADICCIONES.

4. OBJETIVOS:

- Objetivo General:
  - Diseñar Aplicar y Evaluar un Programa de Terapia Cognitivo-Conductual que persigue el Control del Craving en pacientes dependientes a la cocaína hospitalizados en el CRA.
- Objetivo Específicos:

---

[63] Diario Universo, "Ecuador: consumo de drogas subió 8,7% en 7 años", Publicado el 12 de Julio del 2009

[64] Beck A. "Terapia Cognitiva de las Drogodependencias", Paidós, SAICF, Capítulo IX y X, 1999

- Determinar el perfil del consumo en los pacientes dependientes a la cocaína.

- Conocer y Evaluar los niveles de ansiedad en los pacientes con dependencia a la cocaína.

- Diseñar un Programa de Intervención con Técnicas Cognitivo-Conductuales que coadyuven al control de los impulsos de consumo de Cocaína.

- Aplicar el programa de psicoterapia individual en los pacientes con trastorno de dependencia a la cocaína.

- Evaluar los resultados del programa mediante los reactivos propuestos; aplicados antes y después de la terapia programada.

5. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

4. TRASTORNOS RELACIONADOS CON LAS SUSTANCIAS

1.3 Definición

Dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), contempla los trastornos relacionados con la sustancias como una categoría diagnóstica caracterizada por la presencia de signos y síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo ha perdido el control sobre el uso de sustancias psicoactivas y las sigue consumiendo, a pesar de sus consecuencias adversas.

Los trastornos relacionados con sustancias incluyen los trastornos a causa de la ingestión de una droga de abuso, los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos; el DSM-IV agrupa a estas sustancias en 11 clases: alcohol; alucinógenos; anfetaminas; cafeína; Cannabis; Cocaína; Feniciclina; Inhalantes; Nicotina; Opioides; Hipnótico y Ansiolíticos; aunque cada una de las sustancias descritas tienen efectos únicos, hay semejanzas en sus modalidades de consumo y en la forma en que se trata a quienes abusan de ellas[65].

---

[65] Asociación Americana de Psiquiatría. (1998). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR.* Barcelona: Masson

1.3.1 Clasificación de los Trastornos Asociados a las Sustancias

1.3.1.1 Trastorno Por Consumo de Sustancias

1.3.1.1.1 Dependencia

A: Una patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses.

8. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems.
    a. Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
    b. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
9. Abstinencia, definida por cualquier de los siguientes ítems.
    a. El síndrome de abstinencia característico para la sustancia
    b. Se toma la misma sustancia para aliviar los síntomas de abstinencia
10. La sustancia es tomado con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía, existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
11. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
12. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
13. Reducción de importancia actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
14. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia[66].

1.3.1.1.2 Abuso

A		Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conllevan un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un periodo de 12 meses.
	1	Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.
	2	Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es

[66] Asociación Americana de Psiquiatría. (1998). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR.* Barcelona: Masson

		físicamente peligroso.
	3	Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.
	4	Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia
B		Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.
Cuadro # 1 Criterios para Trastorno de Abuso a sustancias, tomado del DSM-IV-TR.		

1.3.1.2 Trastorno Inducido Por Sustancias

1.3.1.2.1 Abstinencia

A	Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
B	El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes del individuo.
C	Los síntomas no se deben a enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental
Cuadro # 2 Criterios para Trastorno de Abstinencia a sustancias, tomado del DSM-IV-TR.	

1.3.1.2.2 Intoxicación

A: Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente. **Nota:** Diferentes sustancias puede producir síndrome idéntico o similar.

B: Cambios psicológicos o de comportamiento desadaptativo clínicamente significativo debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p. ej; irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social), que se presenta durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.
C: Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental[67].

[67] Asociación Americana de Psiquiatría. (1998). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR.* Barcelona: Masson.

1.4 Trastornos Relacionados Con El Consumo De La Cocaína

La cocaína, es una sustancia natural producida por la planta de la coca, se consume en diversas preparaciones que difieren en su potencia debido a los variados niveles de pureza y rapidez de acción. No obstante; en todas las formas, la cocaína es el integrante activo[68]. Su descripción clínica viene marcada porque en dosis moderadas produce elevación del estado de ánimo, sensación de mayor energía y lucidez, disminución del apetito, insomnio, mayor rendimiento en la realización de tareas, disminución de la sensación de fatiga, hiperactividad motora, verbal e ideativa. Pasado el efecto agudo aparece un periodo de cansancio, fatiga y disforia, más pronunciada cuanto más rápido e intenso son los efectos producidos por la cocaína. Generalmente aparece el deseo de droga (craving)[69].

1.4.1 Vías De Administración

La oral: Es la vía utilizada para el consumo de las hojas de coca en forma masticada.

La pulmonar: Es la vía inhalada o fumada de la pasta base de cocaína y cocaína Base (Crack). Este último se difunde rápidamente de los pulmones al cerebro; sus efectos son inmediatos (5 segundos), muy intensos y muy fugaces; "su bajada" resulta tan insufrible que entraña un uso compulsivo, además es muy rápida en comparación con la cocaína intravenosa o esnifada (15 minutos).

La Nasal: Debido a la intensa vascularización de la mucosa de la nasofaringe, la absorción es rápida así como sus efectos (locuacidad y sensación de energía) que duran entre 20-40 minutos; se requiere que la sustancia sea aspirada (esnifada) y es la vía más utilizada para consumir clorhidrato de cocaína.

Tópica: Que consiste en la aplicación de la sustancia sobre la mucosa ocular y genital; para ello se utiliza el clorhidrato de cocaína, siendo su velocidad relativamente rápida entre 5-10 minutos, con una duración de los efectos entre 30-60 minutos.

Parenteral: Significa tener que utilizar una jeringuilla hipodérmica como utensilio imprescindible para la administración del clorhidrato de cocaína; requiriendo de menos cantidades para sentir gratificación de manera casi instantánea. La vía intravenosa, muscular y subcutánea son las tres formas de administración parenteral de la cocaína. Esta última es conocida como la vía de los "novatos", paso intermedio entre esnifar, fumar y la vía venosa. La vía intramuscular es la vía de los "veteranos", utilizada como alternativa a la intravenosa cuando está resulta de difícil acceso debido al deterioro de las venas por las frecuentes inyecciones efectuadas.

[68; 69] Asociación Americana de Psiquiatría. (1998). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR.* Barcelona: Masson.

La administración intravenosa se realiza usualmente a través de una de las venas del antebrazo. No obstante, todas las venas accesibles pueden ser utilizadas[70].

1.4.2 Formas de Abuso

Fundamentalmente se distinguen:

Hojas de Coca: La absorción es muy variable dependiendo, del contenido de las hojas, de la preparación usada y de la presencia y ausencia de sustancias alcalinas.

Pasta de Coca O Base de Coca: También denominada sulfato de cocaína, pasta base o simplemente pasta. Es el producto bruto o no refinado que resulta del primer proceso de extracción de la cocaína a partir de las hojas de coca. Se obtiene de la maceración de las hojas con ácido sulfúrico u otros productos químicos. Sirve de base para la posterior elaboración del clorhidrato de cocaína.

Clorhidrato de Cocaína: Es la sal de la cocaína formada con ácido clorhídrico. Se presenta en forma de cristales escamosos blancos, más o menos adulterada. No se puede fumar pues se destruye por el calor.

Cocaína Base: Se obtiene mezclando el clorhidrato de cocaína con una solución básica (amoníaco, hidróxido de sodio o bicarbonato sódico), luego se filtra el precipitado o se disuelve con éter y se deja que éste se evapore. Se suele inhalar los vapore de base libre, extraída del clorhidrato con solventes volátiles a muy alta temperatura utilizando mechero de propano. Y el crack que se obtiene añadiendo amoníaco a una solución acuosa de clorhidrato de cocaína en presencia de bicarbonato sódico. Se calienta, la base libre precipita en forma de pasta, que una vez seca tiene aspecto de porcelana, que se tritura en escamas. Se inhala en recipientes calentados o se fuma pulverizado y mezclando con tabaco[71].

1.4.3 Curso

La cocaína se puede utilizar de distintas maneras y desde el punto de vista médico y social es útil conocer el patrón de uso por el adicto. Por aplicación de las categorías propuestas por DSM-IV se describen seis patrones de uso de cocaína:

Uso Experimental (Episódica) Es un consumo fortuito o durante un periodo de tiempo muy limitado o en cantidad muy reducida. La cocaína se puede probar una vez o incluso varias veces, pero ya no se vuelve a consumir. La elección de la sustancia suele ser indiscriminada y determinada por la oferta de los amigos o

---

[70] Fernández, P., Ladero, J., Leza, J., Hernández, I. (1998). *Drogodependencia. Farmacología, Patología, Psicología y Legislación.* Madrid: Médica Panamericana.

compañeros. Es un patrón inicial y común en todas las drogas no solo en la cocaína. Los motivos de este consumo son variados, entre ellos tenemos la curiosidad (conducta adolescente), el sentirse adulto (conducta iniciática), el sentirse parte de un grupo (conducta de integración).

Uso Ocasional (Episódica): Es un consumo intermitente de cantidades a veces importantes y cuya principal motivación es a la integración grupal, a través de mayores niveles de deshinbición personal. Este consumo se caracteriza porque la persona discrimina cual es el tipo de cocaína que prefiere y donde quiere usarla. Si estas circunstancias se dan con frecuencia aumenta el peligro de desarrollar una drogodependencia. Y este comportamiento en sí mismo puede significar también un trastorno por abuso de la sustancia.

Uso Socio-Recreativo: Excluye el resto de los patrones de uso. Los seguidores de este patrón se asemejan a los bebedores sociales, consumen la cocaína de manera controlada y raramente derivan a un consumo más intenso; la utilizan generalmente como facilitador del contacto social y como estimulante.

Uso Circunstancial-Situacional: Implica consumir cocaína únicamente en determinadas condiciones o situaciones particulares, excluyendo su uso en otras circunstancias distintas; como por ejemplo, está unido a los deseos de incrementar el rendimiento en áreas deportivas, laborales o sexuales.

Uso Habitual o Intensificado (Crónicas): Es un consumo de periodicidad diario y presenta un doble propósito: por un lado aliviar el malestar psico-orgánico que la persona padece tras la dependencia y, por otro, mantener un rendimiento normal. Existen cambios menores del comportamiento y no produce alteración del nivel de conciencia o problemas en el trabajo o relaciones sociales. No obstante la persona dedica gran parte del tiempo a pensar en la droga, buscarla y autoadministrársela.
Uso compulsivo (Crónicas): La cocaína se convierte en el modelo organizador de la propia vida; las consecuencias negativas en la esfera personal psicofísica, social y profesional son muy visibles; la cantidad de cocaína consumida, la frecuencia y duración de uso y el coste económico que conlleva se incrementa de tal modo que el individuo no puede controlar su propia situación[72].

1.4.4 Clasificación Y Cuadros Clínicos

Según la clasificación del DSM IV-TR los cuadros clínicos de los trastornos relacionados con la cocaína se presentan de la siguiente forma:

---

[72] Fernández, P., Ladero, J., Leza, J., Hernández, I. (1998). *Drogodependencia. Farmacología, Patología, Psicología y Legislación.* Madrid: Médica Panamericana.

1.4.4.1 Dependencia A La Cocaína

Siguiendo los criterios diagnósticos del DSM IV-TR la cocaína posee potentes efectos eufóricos y puede dar lugar a la dependencia tras su consumo durante breves periodos de tiempo. Un signo inicial de la dependencia a la cocaína lo constituye la creciente dificultad para resistirse a su consumo cuando el sujeto dispone de ella. Debido a su corta vida media, de alrededor de 30 a 50 minutos, se necesitan dosis frecuentes para mantener su efecto euforizante. Los sujetos con dependencia de cocaína suelen gastar mucho dinero en un espacio breve de tiempo y, como resultado de ello, pueden llegar a implicarse en robos, prostitución o negocios con la droga, o solicitar anticipos para comprar la droga. Los sujetos a menudo necesitan discontinuar el consumo para descansar o para obtener fondos adicionales. Las responsabilidades laborales o familiares, pueden abandonarse para obtener o consumir cocaína. Son frecuentes las complicaciones físicas o mentales como ideación paranoide, comportamiento agresivo, ansiedad, depresión y pérdida de peso. La tolerancia aparece con el consumo repetido, independiente de la vía de administración. Es posible observar síntomas de abstinencia, especialmente hipersomnia, aumento del apetito y estado de ánimo disfórico; siendo probablemente estos lo que aumentan el ansia (craving) y la probabilidad de recaer en el consumo. La gran mayoría de individuos que sufren dependencia de cocaína han presentado signos de dependencia fisiológica (tolerancia y abstinencia) en algún momento[73]

Especificaciones:

0 Remisión total temprana/Remisión Parcial Temprana
0 Remisión total sostenida/Remisión Parcial Sostenida
2 En terapéutica con agonistas
1 En entorno controlado
4 Leve/Moderado/Grave

Especificar si:

Con dependencia fisiológica
Sin dependencia fisiológica

[73] Asociación Americana de Psiquiatría. (1998). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR.* Barcelona: Masson.

1.4.4.2 Intoxicación De Cocaína

A		Consumo reciente de cocaína.
B		Cambios psicológicos o de comportamiento desadaptativos clínicamente significativos (p. ej. Euforia o afectividad embotada; aumento de la sociabilidad; hipervigilancia; sensibilidad interpersonal; ansiedad; comportamiento estereotipados; deterioro de la capacidad de juicio, o deterioro de la actividad laboral o social) que se presenta 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 de pecho o arritmias cardíacas.
	9	Confusión, Crisis Comiciales, Discinesias, Distonías o Coma
D		Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Cuadro # 3 Criterios para Trastorno de Intoxicación de cocaína, tomado del DSM-IV-TR.

1.4.4.3 Abuso De Cocaína

La intensidad frecuencia de la administración de cocaína son menores en el abuso que en los casos de dependencia. Los episodios de consumo con problemas, el descuido de las responsabilidades y los conflictos interpersonales aparecen a menudo en ocasiones especiales o en días de cobro, dando lugar a un patrón de consumo de dosis altas en periodos breves de tiempo (horas o días) seguidos por periodos más largos (semanas o meses) de consumo ocasional o de abstinencia

sin problemas. Los problemas legales pueden ser resultado de la posesión o el consumo de la droga. Cuando los problemas asociados al consumo se acompañan de demostraciones de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo relacionado con la obtención y administración de cocaína, debe considerarse el diagnóstico de dependencia más que el de abuso.[74]

1.4.4.4 Abstinencia De Cocaína

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 Hipersomnia
	4	Aumento del apetito
	5	Agitación o Retraso Psicomotores
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 la actividad del sujeto.
D		Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental
Cuadro # 4 Criterios para Trastorno de Abstinencia de cocaína, tomado del DSM-IV-TR.		

Además Gawin y Kléber (1986) dividen específicamente el cuadro de abstinencia de cocaína en tres fases, tomando como punto de partida un periodo de 3 meses después de un consumo excesivo de cocaína.

Fase # 1: *(Abstinencia Aguda. Crash):*	Aparece al cabo de 6-12 horas y dura hasta 4 días. Es una etapa de hundimiento psíquico y físico con reducción progresiva del deseo de droga. La sintomatología más común es:
Inicial:	Agitación, depresión, anorexia, deseo de droga

[74] Asociación Americana de Psiquiatría. (1998). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR.* Barcelona: Masson.

	(craving)
Media:	Fatiga, depresión, anorexia, disforia, deseo de dormir. No deseo de droga.
Tardía:	Agotamiento, hipersomnia, hiperfagia, no deseo de droga.
Fase II (Abstinencia):	Etapa de Abstinencia Retardada en la que se vuelve a aparecer un gran deseo de droga. Su duración es de 1-10 semanas. La sintomatología más común es:
Inicial:	Sueño normal, eutimia, leve ansiedad, leve deseo de droga.
Media y Tardía:	Anhedonia, anergia, ansiedad, aparición de un gran deseo de droga (craving)
Fase III (Extinción Indefinida):	Etapa de extinción con crisis esporádicas de deseo de droga. La duración es indefinida. Existen situaciones condicionantes con peligro de recaída: Respuesta hedónica normal Estado de ánimo eutímico Deseo esporádico irresistible de droga.
Cuadro # 5 Criterios para Trastorno de Abstinencia de Cocaína, tomado de Gawin y Kléber (1986) en la Introducción a la psicopatología y a la Psiquiatría.	

1.4.5 Complicaciones del consumo de cocaína

1.4.5.1 Efectos psicopatológicos y trastornos psiquiátricos

1.4.5.1.1 Efectos psicopatológicos inmediatos

Se puede clasificar los síntomas por consumo de cocaína en dos vertientes, los que busca la persona y los que no desea el individuo. Existiendo una relación inversa entre la duración de los efectos “positivos” y “negativos”, de duración aproximada de 12 a 96 horas, considerando que cuanto más intensos y breves sean los primeros más prolongados se presentan los segundos, desencadenando así un deseo intenso de más droga (craving)[75].

Efectos Deseados (Síntomas Positivos)		**Efectos No Deseados (Síntomas Negativos)**	
“Cualidades Psicológicas”	“Cualidades corporales”	Físicos	Clínica ansiosa-depresiva
Euforia Hiperactividad Hipervigilancia	Mayor sentimiento de energía.	Hipertensión arterial Taquicardia	Inquietud Nerviosismo Desazón

[75] Fernández, P., Ladero, J., Leza, J., Hernández, I. (1998). *Drogodependencia. Farmacología, Patología, Psicología y Legislación.* Madrid: Médica Panamericana.

Lucidez Taquipsiquia Mayor conciencia sensorial Sensación de poder Autoconfianza Megalomanía Egocentrismo	Inhibición de las sensaciones de: Fatiga Hambre Sed Sueño	Sudoración Temblor de brazos y piernas.	Decaimiento Apatía Vacío interior Tristeza Malestar general
Cuadro # 6 Efectos psicopatológicos inmediatos al consumo de la cocaína tomado de las Drogodependencias			

1.4.5.1.2 Efectos Psicopatológicos Por Intoxicación

La dosis letal de cocaína se encuentra entre 0,5 y 1,5g; que duran en un aproximado de 10-15 minutos cada atracón de cocaína a continuación de la primera hora de consumo, lo que se conoce como “borrachera cocaínica”, la misma que depende de la forma de administración y tolerancia del individuo.

Este estado por lo general en un inicio se caracteriza por una clínica similar a la manía, asociada con: trastornos de ansiedad, principalmente crisis de pánico caracterizadas por un desmesurado temor a una muerte inminente; trastornos psicóticos agudos con ideas delirantes paranoides y un enjuiciamiento de la realidad muy comprometido, que se asocia con frecuencia, a comportamientos agresivos incluso homicidas; las alucinaciones son típicamente táctiles, con sensación de que la piel es recorrida por insectos: cuadros de delirium con desorientación y disregulación vegetativa; y para finalizar con los trastorno depresivos que se desarrollan en el estado postcocaínico, con la presencia de todos los síntomas de una cuadro grave, incluso la ideación suicida; aunque difieren en su duración[76].

1.4.5.1.3 Efectos Psicopatológicos del Consumo Crónico

Post y cols. (1992) Señala que una de las consecuencias más dramáticas del consumo crónico de cocaína es el fenómeno de encendido o sensibilización (“kindling”) que se manifiesta como un incremento de la sensibilidad y este fenómeno explicaría el incremento progresivo de la ansiedad, la irritabilidad y de las ideas y el comportamiento paranoide sin que exista un aumento de dosis en el consumo[77].

[76; 77] Fernández, P., Ladero, J., Leza, J., Hernández, I. (1998). *Drogodependencia. Farmacología, Patología, Psicología y Legislación.* Madrid: Médica Panamericana.

Se destaca que unas tres cuartas partes de los consumidores de esta droga tienen problemas psiquiátricos, especialmente de tipo afectivo[78].

Una importante consecuencia también del consumo crónico de cocaína es un trastorno inespecífico consistente en: pérdida del peso, irritabilidad, suspicacia, insomnio, “episodios” de ansiedad, “depresiones” matinales, alteraciones cognitivas, cuadros de confusión mental y pérdida de coordinación motora.

En los consumidores de cocaína los trastornos psiquiátricos más frecuentes son: la esquizofrenia paranoide; los trastornos delirantes principalmente de tipo paranoide; los trastornos del estado de ánimo (episodios depresivos y maníacos) y las crisis de pánico.

Con relación a los trastornos afectivos un 50% de los adictos a la cocaína en tratamiento cumplen con criterios diagnósticos de un trastorno depresivo y un 20% presenta un trastorno bipolar[79].

Otros trastornos, así mismo importantes, son los que se producen en la esfera de la sexualidad y de la alimentación, donde se desarrollan muy pronto disfunciones como la impotencia y la frigidez sexual, señalando también que la cocaína provoca la pérdida del interés sexual y llegando a sustituir la pareja[80].

Además en cuanto a trastornos alimentarios Hudson (1992) refiere que un 15 % de los adictos a la cocaína presentan anorexia o bulimia.

1.4.5.2 Efectos Orgánicos

1. COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES Arritmias Isquemias Miocárdica Miocardiopatía y Miocarditis Endocarditis Rotura y disección aórtica Isquemia de otros órganos
2. COMPLICACIONES RESPIRATORIAS **Vías Altas** Perforación del Tabique Nasal Destrucción del macizo facial Quemaduras Laríngeas **Pulmón**

[78; 79; 80] Fernández, P., Ladero, J., Leza, J., Hernández, I. (1998). *Drogodependencia. Farmacología, Patología, Psicología y Legislación.* Madrid: Médica Panamericana.

Edema agudo Parada Respiratoria Pulmón de Crack Reagudizaciones asmáticas Barotrauma (neumotórax, neumomediastino)
3. COMPLICACIONES NEURO-MUSCULARES Ictus Cerebrales Convulsiones Síndrome de hipertermia maligna Rabdomiólisis
4. COMPLICACIONES DIGESTIVAS Perforación Gástrica Colitis isquémica Hepatitis tóxica
5. PIEL Y FANERAS Madarosis Síndrome de Magnam
6. SISTEMA ENDÓCRINO Prolactinemia Alteraciones en la esfera sexual
Cuadro # 7 Complicaciones Orgánicas por el consumo de Cocaína, tomado de las Drogodependencias.

1.4.6 Líneas Generales Del Tratamiento

El objetivo general en el tratamiento de las drogodependencias es la modificación de la conducta patológica que experimenta el adicto, dotándole de una capacidad de control de las situaciones y circunstancias personales y ambientales que le inducen al consumo de la droga.

Éste es un proceso largo, en el que normalmente se producen recaídas, que no deben ser consideradas como fracasos del proceso terapéutico, sino como un hecho normal hasta que, incluso después de varios intentos, se consiguen el abandono de la cocaína.

La primera condición para enfocar con éxito el tratamiento de una drogodependencia es la convicción y la voluntad del paciente para tratar de resolver su problema. Es por ello que el tratamiento de un cocainómano es complejo y multidimensional, valorando en una primera fase, además de la situación del paciente, sus circunstancias familiares y sociales, y estableciendo un plan de recuperación individualizado. La meta ideal en todo tratamiento es la modificación de una conducta patológica, por lo que la psicoterapia adecuada debe estar presente en todos los programas terapéuticos.

Desde la perspectiva cognitivo-conductual se trata de que la persona adopte nuevas estrategias de afrontamiento y adquiera nuevos patrones de conducta que le permitan superar el problema de la drogodependencia y le ayuden a evitar eventuales recaídas.

Se incluye este tratamiento en base a dos criterios:

Desintoxicación

Está orientada a que el paciente deje de consumir la droga, sin padecer el síndrome de abstinencia agudo. La desintoxicación es un primer paso dentro del tratamiento global, especialmente en la dependencia a las drogas cuya retirada desencadena un manifiesto síndrome de abstinencia como la cocaína.

El síndrome de abstinencia aguda, como expresión de la dependencia física, no es la parte más importante ni más grave de la drogodependencia, por muy molesto y espectacular que pueda ser. Se puede superar con medios farmacológicos o incluso con medidas paliativas de otro tipo (ejercicio físico, soporte psicoterapéutico; etc.) en un ambiente adecuado.

Debemos saber que una vez superado el síndrome de abstinencia agudo, entrando incluso en una fase de aparente normalidad, es erróneo pensar que el problema está superado.

Deshabituación

Está orientada a que el drogodependiente se enfrente al problema (su consumo de cocaína) con esperanzas de éxito. Esto se hace a través de estrategias que logren neutralizar aquellos factores que le llevaron al consumo de la droga. La deshabituación es un proceso multidimensional en el que se ponen en juego medidas farmacológicas, higiénica, psicoterapéuticas, socioterapéuticas, et. En el tratamiento psicoterapéutico destacamos: entrenamiento en habilidades sociales, intervenciones motivacionales, estrategias de prevención de recaídas, terapia cognitivo-conductual, etc. Estas terapias requieren de un ambiente adecuado y, a veces, se precisa de un régimen de internamiento (comunidades terapéuticas).

También las personas del entorno no más próximo (padres, hermanos, otros familiares e, incluso, amigos) deben participar en muchas de estas terapias junto al drogodependiente o en grupos propios pues, en general, están asimismo, muy afectados e involucradas psicológicamente en todo el comportamiento que ha realizado en todo el comportamiento que ha realizado el adicto.

En todo caso, el proceso de la deshabituación suele ser largo y su eficacia sólo será probada cuando el drogodependiente vuelve a su medio habitual de vida,

incluso con posibles provocaciones ambientales que le indujeron al consumo de droga.

Un aspecto importante, como objetivo final del proceso terapéutico del drogodependiente, es su reinserción social, familiar y laboral que le permita mantener su nuevo estilo de vida sin drogas, es decir una conducta y unas actitudes en un estado de normalidad sin dependencia de la droga. No obstante, nunca se debe considerar un drogodependiente definitivamente curado, pues la dependencia psicológica puede permanecer larvada, a veces durante años, y cualquier suceso relacionado con su pasado asociado a la droga puede desencadenar su consumo nuevamente, muy frecuentemente a través del síndrome de abstinencia condicionado. Por ello, todas las personas implicadas en el proceso de la deshabituación deben hacer un seguimiento, aunque sea imperceptible, de la situación y circunstancias que van rodeando al drogadicto en orden a evitar una posible recaída[81].

[82] Fernández, P., Ladero, J., Leza, J., Hernández, I. (1998). *Drogodependencia. Farmacología, Patología, Psicología y Legislación.* Madrid: Médica Panamericana

CAPÍTULO II

5. CRAVING

2.6 Definición del Craving

Drummond (2001) recoge las primeras definiciones existentes del *craving*, en las que se consideraba este concepto como la clave para la adicción, y lo que conduce al consumo de la sustancia a pesar de las consecuencias negativas que se derivan del mismo. Otro de los primeros conceptos apuntados es el de *craving* como deseo muy potente o irrefrenable, de consumir una sustancia de abuso (Ramos, Tejero y Trujols, 1998; Sánchez-Hervás Molina, del Olmo, Tomás y Morales, 2001) y que implica una conducta de búsqueda de la sustancia (Halikas, Kuhn, Crosby, Carlson y Crea, 1991).

Sánchez–Hervás (2001, 2002), señala que a pesar de la diversidad de acepciones, existen una serie de elementos comunes entre los diferentes posicionamientos conceptuales:

d) El deseo o craving a drogas forma parte de la adicción.
e) El deseo se intensifica si el individuo se expone a señales asociadas al consumo de drogas.
f) Es fundamental enseñar a los pacientes a analizar y afrontar cognitivamente sus deseos y observar como desaparecen sin necesidad de consumo[82].

2.6.1 Evolución Histórica Del Término Craving

Aunque ya en 1948 Wikler Lo definió como la urgencia intensa y agobiante para el uso de opiáceos durante la abstinencia, el concepto de craving y su desarrollo posterior aparece inicialmente ligado al problema del alcohol. Ya entonces, la utilización que se venía haciendo del término era ya lo bastante imprecisa como para que en 1954 la OMS realizase un simposio constituido por un 'Comité de Expertos en Salud Mental y Alcohol' (WHO, 1955). Mardones, uno de los miembros del comité, planteaba que el deseo del alcohol consiste en 'un deseo abrumador y urgente, con motivaciones psicológicas tales como alivio de sentimientos desagradables y motivaciones fisiológicas referidas al alivio de síntomas de abstinencia y la adquisición de fuentes de energía[83].

Edward y Gross en 1976, definen ya al craving como un deseo irracional o conciencia subjetiva de compulsión, entendida como necesidad imperiosa,

---

[82] López, A. y Becoña, E. (2006). *El Craving en Personas Dependientes a la Cocaína.* Anales de Psicología, 22, 205-211.

[83] Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Décima Clasificación Internacional de la Enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10.* Madrid: Meditor.

significando un conflicto entre el querer consumir y la abstinencia. Reconocieron la importancia de los estímulos medioambientales, el estrés y los estados afectivos como factores de influencia en el craving.

Rankin, Hodgson y Stockwell (1979, 1983) reformularon el concepto de craving y lo entienden como un sistema de repuesta multidimensional que comprende correlatos subjetivos, conductuales, fisiológicos y bioquímicos, en un claro paralelismo con otras respuestas, como puede ser el miedo.

Marlatt, (1987) una vez formulado su modelo cognitivo de la recaída y prevención de recaídas (1985), considera al craving como un estado subjetivo mediado por las propiedades de incentivo de las consecuencias positivas esperadas y un estado motivacional asociado con un fuerte deseo por un resultado positivo esperado. Además de hacer ya una distinción entre 'craving' (deseo subjetivo por los efectos de la droga) y 'urge' (intención conductual de comenzar una conducta consumatoria específica), los mismos que aparecen en respuesta a señales externas y no por un estado endógeno. Hovarth (1988) proponía que el craving y los impulsos tienden a ser automáticos y llegan a ser autónomos, siendo capaces de continuar aunque la persona intente suprimirlos.

Para los años 90, Tiffany (1990; 1995) plantea una definición que remite la concepción del craving como categorización cognitiva de un estado motivacional. Lo entiende como un epifenómeno no relacionado causalmente con el consumo, de modo que cuestiona el papel central del craving en la explicación del consumo de sustancias subordinándolo a variables de tipo cognitivo[84].

Por otra parte, la nosología psiquiátrica se han hecho eco del uso del concepto de craving introduciéndolo como criterio diagnóstico para el uso de sustancias en el DSMIII–R (APA, 1987), y como criterio general para el abuso de sustancias en el DSM–IV siendo también considerado un criterio diagnóstico fundamental en el cuadro de dependencia de sustancias en la CIE–10[85]

2.7 Modelos Conceptuales

Como puede apreciarse, el camino de la conceptuación del craving ha sido dilatado en tiempo y profuso en alternativas. En la actualidad no se dispone de un modelo conceptual único que permita comprender el papel que los diferentes factores que constituyen el craving cumplen en el desarrollo de la adicción. Hasta el momento

[84] Castillo, I. y Corcuera, N. (2008). *Craving: Concepto, Medición y Terapéutica.* Norte de Salud Mental, 32,9-22.

[85] Asociación Americana de Psiquiatría. (1998). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR.* Barcelona: Masson.

sólo se ha logrado identificar modelos parciales que, aunque relacionados entre sí, explican únicamente características muy específicas[86].

Modelo Teórico Subyacente	Propuestas De Modelos	Referencias
Condicionamiento	Modelo de condicionamiento y de incentivo condicionado de Stewart. Teoría de abstinencia condicionada de Wikler y de la Respuesta compensatoria o Teoría de tolerancia condicionada.	Koob (2000) Lowman et al (2000) Siegel (1979)
Cognitiva	Modelos cognitivo-conductuales de aprendizaje social, de etiquetado cognitivo, de expectativas de resultado y de regulación dinámica de las recaídas Paradigma de la ciencia cognitiva Modelo de doble afecto Modelos cognitivo-conductuales de procesamiento cognitivo del craving	Tiffany (1999) Larimer et al (1999) Niaura (2000) Baker et al (1987) Tiffany et al (2000)
Neuroadaptativas	Modelo fenomenológico de Antón, de sensibilización de incentivo, de desajuste homeostático y de regulación tónico–fásico del sistema dopaminérgico	Antón (1999, 2000) Robinson et al (1993, 2000) Koob et al (1997)
Cuadro # 8: Una revisión de todos los modelos. Expuestos en el trabajo de Jiménez, Graña y Rubio (2002).		

2.7.1 Modelo Conductual

El craving es únicamente uno de los componentes en los procesos mentales que influyen en las conductas consumatorias. Los estímulos apareados a la droga, pueden entrar en competencia dinámica entre las inclinaciones a consumir y las inclinaciones a abstenerse. Las señales relacionadas con el tóxico, que se asocian repetidamente con el consumo de la sustancia, acaban convirtiéndose en estímulos condicionados. Es decir, facilitan la misma respuesta fisiológica y psicológica que el consumo de la sustancia. Si el consumo no ocurre inmediatamente, estas respuestas resultan en craving. La lucha entre los diferentes motivos para el consumo o el no consumo es actualmente un criterio de diagnóstico DSM-V-TR, especificándose como el uso de la sustancia más de lo que se propone y el deseo de la sustancia a pesar de los intentos de control para evitarlo. Esta lucha o ambivalencia constituye un elemento clave en el deseo o craving. Así, el comportamiento adictivo está definido, al menos en parte, por la ambivalencia que

[86] Castillo, I. y Corcuera, N. (2008). *Craving: Concepto, Medición y Terapéutica.* Norte de Salud Mental, 32,9-22

aparece asociada con el proceso de toma de decisiones. Las estrategias terapéuticas actuales tienden a motivar la recuperación influyendo sobre el peso relativo que los drogodependientes asignan al hecho de consumir o estar abstinentes[87].

Modelos de condicionamiento del craving:

Modelo basado en la evitación del síndrome de abstinencia: Las señales o estímulos provocan un estado aversivo en el individuo, en forma de síntomas de abstinencia subclínicos o respuestas emocionales negativas asociadas a un estado de deprivación o síndrome de abstinencia, que son finalmente donde recae el deseo de consumir o craving. Las situaciones en las que tiene lugar el síndrome de abstinencia, acaban convirtiéndose en estímulos condicionados susceptibles de elicitar respuestas condicionadas, casi idénticas al síndrome de abstinencia. Así, surgiría el craving como alternativa para evitar esta sintomatología.

Modelo basado en la búsqueda de efectos positivos asociados al consumo: En este modelo los efectos reforzadores de las sustancias son la base del fenómeno del craving. Los estímulos asociados al consumo, y específicamente a los efectos reforzadores de las drogas, se convierten a través de procesos de condicionamiento, en desencadenantes de expectativas de los efectos reforzadores. Estas expectativas activarían el craving, como un estado emocional dirigido a la búsqueda de la sustancia[88].

2.7.2 Modelo Cognitivo

Numerosos componentes del escenario del craving, van más allá de un simple condicionamiento. La escena incluye diversos conceptos cognitivos: recuerdos acerca de la droga, expectativas positivas del uso de la misma, dificultades de concentración, decisiones de consumo, atención focalizada en los estímulos, interpretaciones de reacciones fisiológicas propias y conductas automáticas.

Se han formulado dos tipos de teorías cognitivas

a) Los modelos cognitivo-conductuales (modelos de aprendizaje social), que son los que trabajan sobre las expectativas, las atribuciones, la imitación y la autoeficacia en el control del consumo.

---

[87]; [88] Chesea, D., Abadías, M. E., Fernández, E., Izquierdo, E. y Sitjas, M. (2004). *El craving, Un Componente Esencial en la Abstinencia.* Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 93-112.

b) El paradigma de la ciencia cognitiva, con una filosofía más contemporánea, donde se trabaja el procesamiento de la información, las estructuras cognitivas, la memoria y la toma de decisiones [89]

Modelos cognitivos del craving:

Modelo de etiquetaje cognitivo: el craving es una emoción generada después de la exposición a señales o estímulos relacionados con la droga que se traduce en dos tipos de respuestas, una respuesta cognitiva y una respuesta de activación fisiológica o «arousal». Esta última es la que es identificada por el individuo como craving. El alcance del craving depende del alcance de la activación a la que se llega, surgiendo el craving de la interpretación cognitiva de las reacciones condicionadas.

Modelo de las expectativas de resultado: afirma que el craving se genera después de la exposición a señales medioambientales relacionadas con la droga, que provocan o activan expectativas positivas sobre los efectos de ésta. Se ha de distinguir entre el craving que correspondería al deseo de los efectos positivos; o, el de los impulso, donde a la par los deseos son quienes activan los impulsos en un intento de llegar al compromiso individual de uso de la droga que precipitaría el uso al final. Este proceso demuestra que el craving no precipitaría por sí solo el consumo, sino que una persona puede desear pero no llegar al acto.

Modelo del doble afecto: el craving está controlado por sistemas complejos de procesamiento de la emoción, que influyen en las respuestas fisiológicas, la emoción y la conducta de búsqueda de droga. El craving está producido por un sistema emocional negativo como serían el síndrome de abstinencia, los eventos negativos y los estados emocionales displacenteros y un sistema emocional positivo Los sistemas del craving están estructurados a nivel cognitivo, en redes de memoria que guardan la información sobre los estímulos que ponen en marcha el sistema de activación del craving. La red se activa, cuando los estímulos medioambientales se equiparan con la información del estímulo almacenado en esa red. La magnitud de la activación o craving, dependerá de la magnitud de la asociación de señales con la red de memoria.

Modelo del procesamiento cognitivo: el craving representa un proceso no automático, al revés que otras conductas de uso de drogas que se establecen como automáticas por la repetición y el aprendizaje, ya que requiere un esfuerzo mental y estaría limitado por la capacidad cognitiva del sujeto

[89] Chesea, D., Abadías, M. E., Fernández, E., Izquierdo, E. y Sitjas, M. (2004). *El craving, Un Componente Esencial en la Abstinencia.* Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 93-112.

2.8 Clasificación

2.8.1 De Acuerdo A Respuesta De Estímulos Externos-Internos

Al igual que hay diversidad de definiciones, también algunos autores (Beck et al, 1993, 1999; Sánchez–Hervás, 2001) proponen la existencia de distintos tipos de craving; esta vez se abarca de acuerdo a la respuesta de estímulos externos-internos[90].

2.8.1.1 Respuesta a los Síntomas de abstinencia

Las personas con un consumo importante de drogas como la cocaína tanto en tasa como en frecuencia, suelen experimentar una disminución en el grado de satisfacción que encuentran en el uso de la droga, pero con un incremento de la sensación de malestar interno cuando dejan de consumir la droga. En dichos casos, el craving toma la forma de un "necesidad de sentirse bien de nuevo" (refuerzo negativo, alivio de síntomas de abstinencia) Esto es especialmente real en consumidores de cocaína, que llega a estar profundamente deprimido. Los terapeutas que tratan a pacientes que muestran este tipo de craving deberán ser empáticos con la aguda sensación de dolor y sufrimiento que manifiestan los pacientes como resultado de la abstinencia. Lo más importante es informar a dichos pacientes que este malestar es temporal.

2.8.1.2 Respuesta a la Falta de Placer:

Otro tipo de craving implica los intentos de los pacientes por mejorar sus estados de ánimo de la forma más rápida y más intensa posible. Se trata de una forma de «automedicación» para aquellos momentos en que el individuo se encuentra aburrido, decaído o no tiene habilidades para afrontar distintas actividades (búsqueda de refuerzo positivo). (Castaneda y otros, 1989; Khantzian, 1988) y con la finalidad de borrar de su recuerdo los pensamientos o sentimientos desagradables. En este caso, los terapeutas deben ser tan preocupantes para poder olvidar sus problemas. Por tanto, se aconseja a los terapeutas evaluar lo estados de ánimo de sus pacientes y el grado de craving al final de una sesión que haya sido particularmente estresante[91]

2.8.1.3 Respuesta "condicionada" a las señales asociadas con las drogas:

Este tipo de craving no requiere por parte del paciente de ningún estado de ánimo disfórico en particular, o estresor o impulso hedónico. Los pacientes que han abusado de las drogas han aprendido también a asociar algunos estímulos que serían considerados neutros (una esquina determinada de una calle, una persona en particular, un número de teléfono, minada de una calle, una persona en

---

[90]; [91] Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias.* Barcelona: Paidos.

particular, un número de teléfono, una determinada hora del día, etc.) con la intensa recompensa obtenida de la utilización de las drogas. Estos estímulos son capaces de inducir craving de forma automática. Por tanto, estos estímulos neutros llegan a estar como "cargados" con significado y pueden inducir craving automáticos, incluso en ausencia de estresores. Los terapeutas deberían ayudar a sus pacientes a estar conscientes de, y a afrontar, los craving que aparecen simplemente como resultado de estas asociaciones con los estímulos cotidianos[92].

2.8.1.4 Respuesta a los deseos hedónicos:

Los pacientes a veces experimentan el inicio de los craving de droga cuando desean aumentar una experiencia positiva. Por ejemplo, algunos pacientes han desarrollado el hábito de combinar sexo y drogas como forma de magnificar la experiencia sexual. Desafortunadamente, el nivel de satisfacción conseguido con dichas prácticas es difícil de igualar (a corto plazo) cuando se está libre de drogas. Por tanto, estos craving son especialmente difíciles de combatir con la terapia. El momento en que los terapeutas consiguen tener su mayor influencia es cuando el consumo de drogas de sus pacientes ha llegado a un límite en que sus problemas personales han acabado con sus momentos aislados de disfrute hedónico inducido por la droga. En estas circunstancias, los pacientes suelen tener ganas de trabajar para encontrar otras formas de conseguir satisfacción en su vida. Todavía habrá una batalla con estos craving siempre que el paciente experimente un estado de ánimo positivo y natural[93]

2.8.2 De Acuerdo Al Tiempo De Manifestación Sindrómica

Tenemos autores como Early (1991) que conceptualizan y distinguen de forma similar cuatro tipos de deseo o querencia de cocaína que aparecerían en distintos momentos del proceso adictivo:

1. Uso reforzado, aparecería durante la fase de consumo y desaparecería al abandonarlo.
2. Interoceptivo, aparecería en el mes posterior al cese del consumo y se desencadenaría por síntomas corporales o pensamientos.
3. Encubierto, hasta dos meses después del cese del consumo y caracterizado por inquietud y un sentido falso de confianza de que ya no se desea la droga.
4. Condicionado a señales externas e internas, permanecería hasta dos años después del cese del consumo y estaría desencadenado por

---

[92] Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias.* Barcelona: Paidos.

[93] Castillo, I. y Corcuera, N. (2008). *Craving: Concepto, Medición y Terapéutica.* Norte de Salud Mental, 32,9-22

estímulos externos (señales visuales, olfativas, sonidos) e internos (pensamientos, sensaciones)[94]

2.9 Craving Relacionado con el Consumo de Cocaína

El craving ha sido definido como el deseo irresistible de consumir una determinada sustancia. En el ámbito de las adicciones se considera que el craving tiene una gran influencia en el mantenimiento de las conductas adictivas, siendo el responsable del uso compulsivo de la droga, de las dificultades asociadas al período de abstinencia y del alto nivel de recaídas que sigue a cualquier tipo de tratamiento de las adicciones[95]

Si bien es cierto existen estudios de craving en mayor cantidad en trastorno alimentarios y con el consumo específico de alcohol; pero el craving de los cocainómanos se ha llegado a establecer como el de mayor intensidad y prolongación, que finalmente lleva a ejecutar acciones no deseadas por el usuarios a causa de su automatismo; descripción clínica que se evidencia por las constantes recaídas que desencadena a partir de haber experimentado algún recuerdo con la cocaína, es por ello que se asegura como una necesidad irresistible de consumo[96].

El interés por el estudio del *craving* como fenómeno que influyente en los procesos de deshabituación del consumo de drogas y más aún cuando se trata de consumidores de cocaína, por encontrarse vinculados en situaciones desagradables, lo que ha generado numerosas investigaciones que han tenido como finalidad conocer fundamentalmente su etiología y modos de afrontarlo[97].

2.9.1 Ecuación: Estímulo Externo-Craving

Mediante un proceso de "generalización estimular", la persona adicta es probable que responda con un craving cada vez con más intensidad a un mayor rango de situaciones estimulares. Mientras que, originariamente la persona cedía ante el impulso por una bebida solo en un grupo determinado, ahora experimenta también ese impulso cuando está preocupada, aburrida o sola. A lo que se suma la expansión concomitantemente de las creencias disfuncionales acerca de la utilización de la droga. Además, después del "mono de cocaína", la disforia que se

---

[94; 96; 97] Secades Villa, R, y Fernández Herminia, J.R. (2003). *Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces en la Drogadicción: Alcoholismo, Cocaína y Heroína.* Madrid: Pirámide.

[95] García-Fernández, G., Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Sánchez-Hervás, E., Fernández-Herminia, J.R. y Fernández-Artamentdi, S. (2006). *El Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo para el Tratamiento de la adicción a la Cocaína.* Valencia: Paídos.

experimenta como rebote (Karan y otros, 1991; Ziedonis, 1992), lleva a la reanudación del craving para poder contrarrestar este sentimiento negativo[98].

2.9.2 Ecuación: Cogniciones-Craving

De acuerdo con la perspectiva cognitiva, la forma en que las personas interpretan determinadas situaciones influyen en sus sentimientos, motivaciones y acciones. Las creencias también moldean las reacciones de los individuos ante las sensaciones fisiológicas asociadas y el craving (Beck, Emery y Greenberg, 1985). Es decir las creencias disfuncionales juegan un papel importante en la generación de los impulsos y permiten formar las expectativas que moldean a dichas conductas. Siguiendo a Bandura (1982), Marlatt y Gordon (1985) han refinado el concepto de creencias acerca del efecto positivo que produce consumir, en lo que ha de llamar "expectativas de resultados positivos"; las mismas que se agrupan en cinco factores: a) aumentará le placer social y físico, b) mejorará las relaciones sexuales, c) incrementará el poder y la agresividad y d) disminuirá la tensión[99].

2.9.3 Ecuación: Conductas-Craving

El craving representa un deseo muy intenso por una experiencia concreta de algún tipo, la realización del deseo se alcanza con la consumación, y el medio de conseguirlo es el acto consumatorio. Por lo tanto un impulso es la consecuencia instrumental del craving. Estos impulsos pueden ser considerados como compulsiones cuando el individuo se siente incapaz de resistirse a ellos. Por tanto, un impulso puede estar instigado por un sentimiento desagradable o bien la anticipación de un acontecimiento estresante o desagradable. El objetivo último del impulso es reducir el estado que lo ha instigado, ya sea un craving de excitación o el deseo de relajación[100].

2.9.4 Ecuación: Afecto-Craving

Se trata de una teoría derivada de la Teoría del Arousal Cognitivo en la que la experiencia emocional es la interacción entre el arousal psicológico y la interpretación cognitiva de este. Esta interpretación da un nivel de emoción que determina la calidad del estado de esa emoción, valorada como placer o displacer. Como resultado de la respuesta cognitiva, el consumidor interpreta las reacciones fisiológicas como craving.

---

[98]; [99]; [100] Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias.* Barcelona: Paidos.

El modelo predice que el afecto negativo y el estrés podrían activar el craving más efectivamente en personas privadas de la droga que los no-privados de la misma [101]

2.9.5 Círculo del Craving

Si utilizar drogas tiene tantas desventajas, ¿Por qué debemos preocuparnos por intentar que la gente deje el "hábito" que tiene de consumir drogas?. Un individuo adicto se siente ansioso o con humor deprimido decide fumar o esnifar. Al alivio a corto plazo le siguen las consecuencias negativas a largo plazo en el tiempo: problemas con la ley, problemas financieros importantes, dificultades familiares y posibles problemas médicos. Estos problemas conducen a miedo reales de poder ser detenido, de llegar a arruinarse, de perder el empleo, de dificultar las relaciones personales y de llegar a enfermar. Estos miedos generaran más ansiedad y conducirán al craving y posteriormente a utilizar las drogas para neutralizar la ansiedad[102].

2.10 Craving y Ansiedad

La ansiedad es uno de los principales síntomas que aparecen durante el período de abstinencia luego del consumo de drogas psicoestimulantes, representando un riesgo importante para el aumento del *craving* y la consiguiente recaída (Erb, 2009; Koob y Volkow, 2010; Santucci y Rosario, 2010). Esta relación se explica, en parte, por el rol central de la Amígdala en la génesis y expresión de la ansiedad (Kim y Gorman, 2005; Sandford y cols., 2000). Individuos con adicción a cocaína en abstinencia muestran un aumento en la actividad de la amígdala al ser expuestos a claves visuales relacionadas con la droga.

Por otro lado, se ha evidenciado que el tratamiento con cocaína por ocho días consecutivos seguido de diez días de abstinencia genera un aumento de la ansiedad, y este efecto persiste en el tiempo, manteniendo altos niveles de ansiedad incluso luego de ocho semanas de abstinencia (Santucci y Madeira, 2008)[103]

2.11 Etiología

Concluyen Jiménez y colaboradores, que el 'craving puede reflejar diferentes aspectos del consumo, como reforzamiento, dependencia, tolerancia y abstinencia aguda o crónica, y puede depender tanto de cogniciones como del comportamiento observable, ser desencadenado por la presencia de estímulos relacionados con la

---

[101; 103] Chesea, D., Abadías, M. E., Fernández, E., Izquierdo, E. y Sitjas, M. (2004). *El craving, Un Componente Esencial en la Abstinencia.* Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 93-112.

[102] Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias.* Barcelona: Paidos.

[103] Castaño, G. (2000). *Cocaínas Fumables en Latinoamérica. Adicciones.* Madrid: Cauce

cocaína, estímulos interoceptivos o estados internos, y situaciones previamente asociadas con el consumo. Puede ser influido por la disponibilidad real o percibida de la sustancia. Puede ocurrir bajo circunstancias en las que el individuo no ha consumido desde hace mucho tiempo y por lo tanto depender de mecanismos distales de memoria más que de factores biológicos / neurofarmacológicos próximos relacionados con el consumo reciente y la abstinencia. Los mecanismos del procesamiento de la información como la atención selectiva, la deseabilidad social y los sesgos optimistas relacionados con el riesgo podrían modular el craving. Los investigadores han sugerido que el craving podría incluso existir sin conciencia o bajo procesos controlados' (Jiménez et al, 2002). Por lo tanto, todavía están en el proceso de encontrar un modelo conceptual holístico que puede explicar adecuadamente el fenómeno y permita diseñar métodos de medida psicométricamente satisfactorios y desarrollar tratamientos más eficaces e individualizados[104].

[104] Castillo, I. y Corcuera, N. (2008). *Craving: Concepto, Medición y Terapéutica.* Norte de Salud Mental, 32,9-22

CAPÍTULO III

3. TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL

3.1. Definición de la Terapia Cognitiva Conductual

La Terapia Cognitivo-Conductual es un término genérico que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento) como intervenciones cognitivas (intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo). Ambos tipos de intervenciones se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas y que el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseados desaprendiendo lo aprendido o proporcionando las experiencias de aprendizaje nuevas, más adaptativas. (Brewin, 1996)[105].

3.2 Fundamentos Básicos

Allbert Ellis y Temkim Aaron Beck fueron los creadores de esta terapia, que la desarrolla a la teoria cognitiva desde el idealismo y el racionalismo mientras que el conductismo lo hace en el materialismo y el empirismo. Se entiende por idealismo, que la idea es el principio del ser y del conocimiento; el racionalismo es el criterio de verdad intelectual y deductivo no sensorial, mientras que el materialismo niega la existencia de sustancias espirituales y considera la materia como único constitutivo básico de la realidad. Por último el empirismo mantiene la imposibilidad del conocimiento a priori, y que ninguna idea, garantiza la realidad de su objeto. La experiencia es fuente única de conocimiento.

Durante el proceso de desarrollo y fundamentos teóricos en la terapia cognitivo conductual se encuentran 4 pilares básicos, en los que se desprende: Aprendizaje clásico, operante, social y cognitivo.

De esta manera se desarrolló la terapia cognitivo-conductual la cual se definió como un término que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones:

- **Conductuales** (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento.

[105] Lega, L., Caballo, V., Ellis, A. (2009). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual.* Madrid: Siglo Veintiuno de España.

- **Cognitivas** (intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo)[106].

3.3 Terapia Cognitiva-Conductual en las Adicciones

Cuando se aplica a la dependencia de sustancias, el abordaje cognitivo-conductual ayuda a los individuos a luchar a brazo partido con los problemas que les producen angustia emocional y a establecer una perspectiva más amplia de su confianza en las drogas para conseguir placer y/o alivio del malestar. Además algunas estrategias cognitivas específicas les ayudan a aliviar sus impulsos y, al mismo tiempo a establecer un sistema más fuerte de control interno. Es más la terapia cognitiva puede ayudar a los pacientes a combatir su depresión, ansiedad o ira, que frecuentemente alimentan y provocan las conductas adictivas.

La terapia cognitiva se lleva a cabo de varias formas. El terapeuta ayuda al paciente a examinar la secuencia de acontecimientos que lleva al abuso de droga y, entonces, explora las creencias básicas del individuo acerca del valor que tienen las drogas. Al mismo tiempo, el terapeuta entrena al paciente para que evalúe y considere las formas en que su pensamiento erróneo produce estrés y angustia. El terapeuta ayuda al paciente a modificar su pensamiento, de forma que pueda conseguir mayor comprensión de sus problemas reales y despreocuparse de los pseudoproblemas, que son derivados de sus pensamientos defectuosos.

Además, a través del repaso y la práctica, los pacientes se entrenan para construir un sistema de controles que puedan aplicar cuando se enfrenten con impulsos de consumir apremiantes.

Las técnicas que utiliza el terapeuta incluyen una evaluación minuciosa, para estructurar la vida del paciente de forma que pueda disponer de otras fuentes de placer. (Javassy, Hall y Wasserman, 1991); por lo que una de las principales características es utilizar el “interrogatorio socrático” a fin de examinar detalladamente las áreas de desarrollo[107].

---

[106] Dorantes, M. D., Leyva, J., Leyva, E., col. (2007). *Terapia Cognitivo- Conductual.* Recuperado 2012. http://terapiacognitivo-conductual.blogspot.com/

[107] Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias.* Barcelona: Paidos.

3.3.1 Aportes de las corrientes en el enfoque Cognitivo-Conductual de Adicciones

3.3.1.1 Aportes del Paradigma Conductual

A comienzos de los años 1900 la escuela rusa describe los fenómenos del condicionamiento clásico (Pavlov) y nos permite entender la existencia de estímulos condicionados en el desarrollo de adicción. A partir del condicionamiento clásico se explican hasta el día de hoy los miedos y temores a dejar el consumo. En tratamientos de internación se logra extinguir ciertos condicionamientos al consumo. Las técnicas de relajación son un importante aporte para disminuir la activación del sistema nervioso autónomo.

Por otro lado el condicionamiento operante es descrito hacia los años 1940 a 1950. Y plantea que las conductas operan en el medio ambiente el cual a través de sus consecuencias incrementa su frecuencia. Refuerzo Positivo: reforzadores, deprivación, concepto de umbral, programas de refuerzo. Refuerzo Negativo: Castigo, Sistemas de moldeamiento e Imitación[108].

3.3.1.2 Aportes del Paradigma Cognitivo

Frente a un mismo estímulo las personas tienen diferentes respuestas que se derivan de las evaluaciones e interpretaciones que realizan. El postulado central sería que ciertos eventos o estructuras cognitivas pueden influir en la conducta, emociones o biología. Ellis establece teoría A – B – C. Autojuicios negativos, ideas irracionales, bajas expectativas de autoeficacia pueden facilitar el desarrollo de trastornos adictivos. El manejo de estilos atribucionales, procesos atencionales, análisis de resolución de problemas facilitará la toma de decisiones y el auto control en tratamiento de adicciones[109].

3.3.1.3 Aportes del Paradigma Afectivo

Se ha permitido entender que muchos pacientes digan “sí lo entiendo pero no lo siento”, por lo que se ha establecido la diferencia entre emoción (evento afectivo transitorio) y sentimientos (estructuras afectivas). Los afectos influyen en conducta, cogniciones y biología. Además se ha descrito la capacidad de empatía de la persona la cual está profundamente alterada en adicciones. Otro dato importante conocido es la existencia de alexitimia la cual está muy elevada en el adicto y en las personas con adicción hay un alto umbral para percibir los afectos. La

---

[108; 109; 109] Rivadeneira, C.D. (2009). *¿Por qué muchos pacientes eligen Terapia Cognitivo-Conductual?.* Recuperado 2012 de http://cetecic.com.ar/revista/por-que-muchos-pacientes-eligen-terapia-cognitivo-conductual/

intensidad de la percepción del consumo anula la capacidad de percibir otras emociones[110]

3.3.1.4 Aportes del Paradigma Biológico

Existe conocimiento de la genética en enfermedades como la adición; así como estudios sobre disposiciones de neuroticismo, psicoticismo, extroversión (Eysenk). Hay la convicción de la descripción de circuitos cerebrales relacionados con refuerzo positivo en adicciones.

Por otro lado la farmacoterapia en relación al consumo de cocaína pretende dos objetivos: la reducción de los síntomas del síndrome de abstinencia y la mejoría de los síntomas de la depresión, lo que implica la existencia del fenómenos de neuroadaptación[111].

3.3.2 Objetivos de Tratamiento

Algunos modelos de adicción consideran la abstinencia total como el único objetivo posible del tratamiento. Los defensores de estos modelos consideran la adicción como un fenómeno todo/nada, donde cualquier uso es patológico y la abstinencia es considerada como la recuperación. (Marlatt, 1983). Sus objetivos se basan en: a) la identificación y modificación de creencias que exacerban el craving o deseo irrefrenable de consumir; b) la mejoría de los estados negativos que normalmente disparan el consumo de la droga; c) enseñar a los pacientes a aplicar una batería de habilidades y técnicas cognitivas y conductuales y no meramente la fuerza de voluntad, para poder llegar a estar libres de la droga y mantenerse sin consumirla; y d) ayudando a los pacientes a ir más allá de la abstinencia, que les permita poder hacer positivos e importantes en la forma en que se perciben a sí mismos, su vida y su futuro, conduciéndolos a un estilo de vida nuevo[112].

3.3.3 Motivación para el Cambio

Los esfuerzos que se realizan para analizar el tratamiento de las adicciones son incompletos si no se considera el tema de la motivación, en donde se la considera como un estado de predisposición o anhelo apremiante de cambiar que fluctuaría de un momento u otro y de una situación a otra. (Miller y Rollnick, 1991). En términos generales, las personas pasan por cinco estadios en la búsqueda de ayuda (Prochaska y otros, 1992).

En el estadio de ***Precontemplación,*** los individuos están menos implicados en superar sus problemas y están menos motivados a cambiar sus conductas

---

[110; 111; 112] Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias.* Barcelona: Paidos.

problemáticas. En el estadio de ***Contemplación,*** los individuos desean examinar los problemas asociados con su abuso de sustancias y tienen en consideración las implicaciones del cambio, aunque no hagan aún ninguna acción constructiva para ello. También existe mayor probabilidad de que respondan más positivamente a enfrentarse con los problemas y la educación, aunque todavía estarán ambivalentes. En el estadio de ***Preparación,*** a los pacientes les gustaría hacer cambios reales y por tanto desean ayuda para sus problemas, aunque se sientan perdidos en cuanto a saber lo que es necesario para poder estar al margen de la droga. En el estadio de ***Acción,*** los individuos han un compromiso para cambiar y han empezado ya a modificar sus conductas. Prochaska y otros (1992) han señalado que éste es un estado especialmente estresante, que requiere de bastante apoyo y aliento terapéutico. En el estadio de ***Mantenimiento,*** aquellos que son capaces de llegar con éxito al estadio de mantenimiento, ya han hecho grandes progresos para poder estar libres de la droga, y están trabajando activamente, para mantener la consistencia en este esfuerzo durante un periodo de meses y años.
La terapia de las conductas adictivas puede progresar de manera adecuada si tanto el cliente como el terapeuta están centrados en el mismo estadio de cambio. (Prochaska y DiClemente, 1986)[113]

3.4 Modelo de Terapia Cognitivo-Conductual en las Adicciones

Como la terapia cognitiva del abuso de sustancias es una tarea de colaboración entre el terapeuta y el paciente, es esencial que los pacientes adquieran una comprensión conceptual de los componentes más importantes de dicho modelo, como entender las asociaciones y las relaciones entre cognición, el afecto, la conducta, el craving y la utilización de las drogas.

Marlatt (1985) describe cuatro procesos cognitivos: autoeficacia, resultados esperados, atribuciones de causalidad y procesos de toma de decisiones.
La **autoeficacia** se refiere al juicio que cada uno tiene sobre su propia habilidad para manejarse de forma competente en situaciones desafiantes o de alto riesgo. También se explica que la autoeficacia se incrementa en función del éxito; en la medida en que los individuos escojan de forma apropiada no utilizar las drogas.
Los **resultados esperados** se refieren a las anticipaciones que hace el individuo acerca de los efectos de una sustancia o actividad diaria. En la medida que uno espera un resultado más positivo que negativo de la utilización de las drogas, más probabilidad tiene de continuar usándolas.

Las **atribuciones de casualidad** se refieren a las creencias de un individuo acerca de si la utilización de la droga es atribuible a factores internos o externos. Marlatt (1985) explica que este tipo de creencias externalizantes es muy probable que acabe de produciendo un consumo continuo de droga, ya que el individuo percibe su utilización como predestinada y fuera de control. Como es el caso del fenómeno

[113] Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias.* Barcelona: Paidos.

EVA, donde la persona cree que es incapaz de controlar el uso de sustancias después de un desliz inicial.

Marlatt (1985) también describe el abuso de sustancias y la recaída como un proceso cognitivo de **Toma de Decisiones,** puesto que algunas decisiones al principio parecen como irrelevantes al abuso de sustancias; sin embargo, estas decisiones, al final, acaban provocando mayor probabilidad de recaídas debido al incremento de empuje que lo dirige hacia situaciones de mayor riesgo[114]

3.4.1 Fenómenos de la Adicción

3.4.1.1 Craving-Impulsos

El craving representa un deseo muy intenso por una experiencia concreta de algún tipo, mientras que el término impulso se aplica a la presión interna o movilización para actuar por el craving (Marlatt, 1985). A su vez, los impulsos pueden ser considerados compulsiones cuando el individuo se siente incapaz de resistirse a ellos.; puesto que muchas veces pueden ser gobernados por las consecuencias que se prevén, como puede ser tanto positivo como negativo.

El tiempo que transcurre entre la expectativa del craving y la aplicación del impulso proporciona un intervalo para la intervención terapéutica, para la aplicación técnica de control o para lo que se llama, en términos populares, “fuerza de voluntad” que se define como el proceso activo para aplicar técnicas de autoayuda. Además este intervalo de tiempo, reduce la agudeza del episodio agudo de craving y su acto consumatorio. (Horvath, 1988). En resumen el craving está asociado con el *querer* “cognición” y el impulso con el *hacer* “conducta”[115]

3.4.1.2 Incrementar el control

Muchas personas adictas simplemente no han desarrollado las habilidades que se requiere para controlar la tentación. Si existe dicha falta de habilidad, una parte de la terapia se dirigirá hacia el incremento de las habilidades de autocontrol. El procedimiento básico consiste en reproducir las condiciones estimulantes que provocan el craving y entonces repasar conductas de control y a medida que el deseo se va estimulando. Otro abordaje consiste en intentar manejar directamente los pensamientos que dan permiso o facilitan que abusen de las drogas. El paciente verbaliza mentalmente o repasa algunas razones para conceder permiso para consumir y ser indulgente y, a su vez, presenta refutaciones a estos argumentos. Sin embargo, al mismo tiempo en necesario identificar y evaluar las creencias subyacentes que están relacionadas con conceder permiso para consumir y

---

[114]; [115] Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias.* Barcelona: Paidos.

rechazar o rehusar el consumo. Obviamente, al final el terapeuta tendrá que ayudar al paciente a reducir sus craving tratando de hacer frente a los distintos orígenes del mismo, tanto social como psicológico, que lo originan[116]

3.4.1.3 Fuerza de Voluntad

En el contexto del consumo de drogas, la "fuerza de la voluntad" hace referencia a una decisión deliberada y consciente para detener o retrasar la realización de un impulso. Cuando el impulso de utilizar drogas es pequeño o está ausente, la motivación de la persona para abstenerse puede llegar a parecer muy fuerte. Sin embargo, cuando la tentación es fuerte, la fuerza de voluntad se atenuará. (Marlatt y Gordon 1985) consideran la fuerza de voluntad en términos de la fuerza del compromiso para no tomar más drogas o beber. El compromiso significa conseguir que dicha meta sea muy importante y valorada por el paciente de forma que suplante otras metas contradictorias. Por tanto, dar importancia a la abstinencia puede reforzar la resolución de resistir los craving. La aplicación con éxito de la fuerza de voluntad, cuando aparecen los craving y los impulsos, depende de una serie de factores, como el reunir habilidades técnicas necesarias para afrontamiento de craving y de mantener la capacidad de manejo de las creencias nucleares que son propias de cada adicto. Se asegura que los pacientes tienden a interpretar el significado de fuerza de voluntad casi como una lucha masoquista para conseguir el estado de malestar en su lucha contra el impulso de las drogas (Tiffany, 1990). Los clínicos deben insistir a los pacientes de que se les enseñara a modificar sus creencias y conductas (Washton, 1988), de forma que tengan lugar cambios positivos en su autoimagen y en su estilo de vida. Esto, juntamente con la disipación natural de los craving con el tiempo (Horvath, 1988), ayudará a los pacientes a sentirse mejor cuando resistan el abuso de las drogas a largo plazo, opuesto al estado de sentirse privado y con dolor[117].

3.4.1.4 Decodificación de estímulos externos-internos

Aunque muchas situaciones tienen una probabilidad muy alta de poner en marcha el patrón de craving-consumo, su efecto varía de una persona a otra e incluso para la misma ´persona a lo largo del tiempo. Se debe advertir que toda situación presente es neutra y se convierte en un estímulo si la persona le confiere un significado especial.

Las personas que abusan de las drogas parecen estar dirigidas por los estímulos. Cualquier ilustración o referencia a las drogas será suficiente para excitarlas, realmente, la persona adicta está dirigida por los esquemas, es decir estructuras

---

[116; 117] Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias.* Barcelona: Paidos.

cognitivas internas, que contienen código, las fórmulas o las creencias que añaden significado a la situación (Beck, 1967).

La aplicación terapéutica de este modelo explicativo comprende dar más importancia a la modificación del sistema de creencias del individuo que simplemente hacer que evite o afronte las situaciones de alto riesgo. Como algunas situaciones son inevitables y otras pueden ser también difíciles de evitar el mejor pronóstico se conseguirá cambiando las creencias que hacen que estas situaciones sean arriesgadas.

Sin embargo, el proceso de cambio comprende más que la simple modificación de una creencia. El terapeuta y el paciente necesitan trabajar conjuntamente para mejorar el sistema de control del paciente y aprender técnicas de afrontamiento como la anticipación o la resolución en problemas[118].

3.4.1.5 Bloqueo Cognitivo

Cuando no están experimentado el craving, los pacientes, en general, son capaces de reconocer los efectos devastadores de la droga en su vida. Sin embargo, cuando se han activado las creencias relacionadas con las drogas, se produce un “bloqueo cognitivo” que inhibe la conciencia o la atención que se presta ante las consecuencias negativas a largo plazo, que tendrá el uso de la droga (Gawin y Ellinwood, 1988). Este es un tipo de “visión de túnel”, en que los procesos atencionales del individuo se aplican casi en exclusiva a la inmediatez de la situación (Beck, 1991). Se puede observar un fenómeno parecido entre algunos individuos adictos a sustancias, aunque cuando están libres de drogas o sobrios pueden ser bastantes hábiles enumerando las razones para no usar drogas, cuando están en medio de un episodio específico de consumo de drogas, muestran problemas en recordar o conseguir el mismo significado de estas razones. Como toda su atención se centra en los mecanismos para obtener la sustancia, las razones para utilizarla en ese momento llegan a ser más fuertes y las razones opuestas o contradictorias son prácticamente inaccesibles o insignificantes, llegándose a denominar a este fenómeno como “bloqueo cognitivo”.

El trabajo del terapeuta consiste en la activación deliberada del ciclo del craving, y mientras el craving sea fuerte, repasar las razones para no utilizar la droga[119].

[118; 119] Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias.* Barcelona: Paidos.

3.4.2 Desarrollo del Modelo Cognitivo de las Adicciones

3.4.2.1 El Rol de las Creencias

Las creencias disfuncionales juegan un papel importante en la generación de los impulsos. Las creencias ayudan a formar las expectativas que moldean los impulsos. La investigación de Brown, Goldman, Inn y Anderson (1980) ha mostrado que las expectativas de los adictos se pueden agrupar en seis factores: la droga a) transformará las experiencias de manera positiva, b) aumentará el placer social y físico, c) mejorará las relaciones sexuales y la satisfacción, d) incrementará el poder y la agresividad, y e)disminuirá la tensión. A continuación se analiza exhaustivamente cada tipo de creencia que permite que exista el consumo de drogas[120].

3.4.2.1.1 Creencias Adictivas

Las creencias adictivas deben ser consideradas como un conjunto de ideas centradas alrededor de la búsqueda de placer, resolución de problemas, alivio y escape. Entre las ideas disfuncionales están: a) la creencia de que uno necesita la sustancia si tiene que mantener el equilibrio psicológico y emocional; b) la expectativa de que la sustancia mejorará el funcionamiento social e intelectual; c) la expectativa de que se encontrará placer y excitación utilizándola; d) la creencia de que la droga energizará al individuo y le dará más fuerza y poder; e) la expectativa de que la droga calmará el dolor; f) el supuesto de que la droga aliviará el aburrimiento, la ansiedad, la tensión y la depresión; y g) la convicción de que a menos que se haga algo para satisfacer el craving o para neutralizar la angustia, ésta continuará indefinidamente y, con toda probabilidad, empeora[121].

3.4.2.1.2 Creencias Nucleares

Son las creencias más centrales e importantes que reflejan cómo los pacientes se ven a sí mismo. Hemos determinado que estas creencias normalmente suelen caer en dos categorías: a) “No soy digno de ser amado”; o b) “Estoy indefenso”. Es importante anotar que las creencias nucleares no se manifestarán necesariamente con estas palabras, sino que puede haber derivados o correlatos de estas creencias nucleares. Por ejemplo “no puedo”; “no tengo fuerzas”; “soy indeseable” o “Me rechazan”[122].

[120, 121; 122] Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias.* Barcelona: Paidos.

3.4.2.1.3 Creencias Condicionales

Son las que ayudan a los pacientes a afrontar (para mejor o peor) sus propias creencias nucleares. Estas creencias pueden ser la siguiente: “Si hago algo perfectamente, los otros me querrán y me aceptarán”. La contrapartida negativa de esta suposición podría ser “no soy querido, si no soy aceptado por todo el mundo”[123].

3.4.2.1.4 Creencias Compensadoras Asociadas con la Droga

Son aquellas conductas que también ayudan al paciente a afrontar sus creencias nucleares. A nivel superficial, las estrategias compensadoras parecen funcionar. Sin embargo el problema de muchas de estas estrategias es que, frecuentemente, son compulsivas, inflexibles, inapropiadas, agotan la energía y no están equilibradas por estrategias adaptativas. Además, estas estrategias no suelen prevenir al paciente de tener dudas escondidas, miedos secretos y autoconceptos negativos. Una estrategia de las personas que abusan de drogas es la utilización de las sustancias para sentirse más seguras consigo mismas. Sin embargo, debemos señalar que la utilización de las drogas no se limita a ser una estrategia compensatoria. Sin embargo, hemos hallado que, en el paciente que depende de las drogas, se puede demostrar claramente que la utilización de las mismas es una de las estrategias de afrontamiento que “remedian la sensación de desesperanza e indefensión”[124].

3.4.2.1.5 Pensamiento Automáticos

Los pensamientos automáticos tienen su origen en la activación de las creencias nucleares, condicionales y otras creencias asociadas a las drogas. Algunos pensamientos automáticos típicos de las personas que abusan de las drogas son: “No puedo soportar el impulso y el craving”, “Solo un poco no me hará daño” y “Puedes hacerlo, te lo mereces. Has trabajado duro”. Estos pensamientos automáticos frecuentemente potencian los impulsos de los pacientes y sus craving de consumir drogas, y les proporcionan ímpetu para establecer planes y procurar la droga (Beck, Wright y Newman, 1992)[125].

[123, 124; 125] Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias.* Barcelona: Paidos.

3.4.2.1.6 El rol de las Emociones

Las emociones suelen estar asociadas con pensamientos o creencias automáticas concretos. Los pacientes que abusan de las drogas no son conscientes del procesamiento cognitivo que precede a una emoción particular, 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 pensamientos que están asociados a su vida[126].

3.4.2.2 El rol de las Conductas

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 drogas, la utilización de las mismas, comprometerse en actividades irresponsables, enfrentamientos interpersonales abusivos, evitar las actividades de autoayuda y otras[127].

3.5 Modelo Cognitivo de Recaídas

La mayoría de las personas que han dejado las drogas han tenido un desliz o han recaído, y esto es más probable que ocurra a partir de 90 días después de su abstinencia (Marlatt, 1991). Un desliz, se define como el uso inicial de una sustancia después de que la persona se haya comprometido a dejarla. Una recaída, por otro lado, es volver de nuevo completamente a las conductas desadaptativas asociadas en su origen con la utilización de dicha sustancia. En la terapia cognitiva del abuso de sustancias, un objetivo importante es hacer que los pacientes aprenda de aquellos obstáculos con los que se han encontrado en sus planes de abstinencia a largo plazo (Moorey, 1989).

Es por ello que siguiendo el Modelo de Marlatt y Gordon (1985). Los individuos se ven a sí mismo como si tuvieran una sensación o percepción de control o autoeficacia. Cuando se enfrentan con situaciones de alto riesgo, esta sensación se ve amenazada. Estas situaciones de alto riesgo para el abuso de drogas del paciente incluyen desde estados físicos o estados emocionales negativos o positivos, conflictos interpersonales, presión social o exposición a las señales asociadas con la droga. Cuando los individuos se enfrentan a estas situaciones de alto riesgo deben responder con conductas de afrontamiento. Aquellos que tienen respuestas de afrontamiento efectivas, desarrollan mayor autoeficacia y como consecuencia existe menos probabilidad de recaída. Aquellos que tiene relativamente menor número de respuestas de afrontamiento o ninguna,

---

[126; 127] Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias.* Barcelona: Paidos.

experimentarán una disminución en su autoeficacia y un aumento de las expectativas sobre los efectos positivos que produciría la droga, seguido de un desliz, es decir, empieza de nuevo el consumo de la droga. Este consumo inicial desemboca en lo que Marlatt llama el Efecto de la Violación de la Abstinencia (EVA) y un aumento final de la probabilidad de recaída.

La persona adicta es vulnerable a los estímulos de alto riesgo, estos son disparadores internos y externos que estimulan el apetito de drogas de la persona adicta. Los estímulos internos incluyen factores emocionales y físicos como la depresión, la soledad, el aburrimiento, la ira, la frustración y el dolor físico. Los estímulos externos incluyen lugares, personas y cosas que estén relacionados de alguna forma con la utilización de las drogas.

La importancia de los estímulos es que se pueden activar por medio de las creencias básicas asociadas a las drogas, y a partir de estas creencias, los pensamientos automáticos pueden ser estimulados, y estos a su vez están asociados con los impulsos y los craving y al igual que otros sentimientos e impulsos. En respuesta a los craving e impulsos, el paciente puede tener algunas creencias facilitadores, que incrementan la probabilidad de que la persona adicta busque y eventualmente utilice las drogas.

Las estrategias instrumentales son las conductas reales y las actividades implicada en la búsqueda, adquisición y consumo de drogas. Estas estrategias, al igual que las creencias básicas relacionadas con las drogas, pueden variar entre las personas y en función del momento vital. Para algunos, el craving es tan intenso que la persona adicta se obsesiona con la búsqueda de droga, hasta el punto de que excluye cualquier otra consideración. El adicto con craving se centrará en un objetivo y no dejará que nada se inmiscuya en su camino de llegada. Como resultado de este impulso, algunos adictos se involucran en conductas delictivas violentas para conseguir las sustancias[128].

[128] Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias.* Barcelona: Paidos.

6. METODOLOGÍA

- **Características**

Los métodos a utilizarse serán: descriptivo, inductivo, deductivo, científico, proyecto factible. Se basará en información sobre el tema, mediante recopilación e investigación bibliográfica. Para luego establecer un diseño de intervención psicoterapéutica individual con enfoque cognitivo-conductual que será aplicado a pacientes del C.R.A. con trastorno de dependencia a la Cocaína que se encuentran hospitalizados.

- **Tipo de estudio**

Cuasi-Experimental: Debido a que se aplicara una estrategia de intervención psicoterapéutica que será evaluada, mediante reactivos a una muestra selecta de pacientes.

Descriptivo: Se caracteriza por señalar como es y cómo se manifiesta un fenómeno o evento, y por buscar especificar las propiedades importantes para medir y evaluar aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a estudiar.

Transversal: dado que la investigación amerita el registro y comparación de datos; así como se circunscribe a un segmento de tiempo específico durante el año.

- **Énfasis**

Según la naturaleza de los datos manejados el estudio tendrá un enfoque cual-cuantitativo

- **Método e Instrumentos**

Inductivo-Deductivo: Será aplicado para lograr identificar las creencias nucleares, a partir de las conductas, emociones y pensamientos automáticos que presenten los pacientes. Concomitantemente respaldara para llegar a las conclusiones y posibles recomendaciones. Por otro lado el deductivo contribuirá al momento de elegir las técnicas cognitivas-conductuales por medio de bibliografía acertada.

Entrevista psicológica: Constituirá una técnica de interrogación donde se desarrolla una conversación directa con el paciente que permitirá la obtención de datos informativos.

- Escala de Ansiedad de Hamilton
- Cuestionario de Craving de Cocaína (CCQ)
- Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Luján, 1991)

- **Universo y Muestra**

Pacientes hospitalizados en el área de Adicciones del CRA, contando con un total de 45 usuarios, de los cuáles luego de haber aplicado la historia clínica se afirma que 12 padecen de la patología requerida, en los que se realizara la intervención terapéutica durante 3 meses que es su proceso de hospitalización como tratamiento para su recuperación; finalmente esto se realizara desde marzo a octubre del 2012.

- **Procedimientos**

Objetivo	**Técnica Sugerida**
Determinar el perfil del consumo en los pacientes dependientes a la cocaína.	Entrevistar a pacientes con Consumo de Cocaína, a fin de determinar frecuencia de consumo.
Conocer y Evaluar los niveles de ansiedad en los pacientes con dependencia a la cocaína.	Aplicar Escala de Ansiedad de Hamilton
Diseñar un Programa de Intervención con Técnicas Cognitivo-Conductual que coadyuven al control de los impulsos de consumo de Cocaína.	Elaborar Plan Terapéutico basado en Técnicas Cognitiva-Conductuales.
Aplicar el programa de psicoterapia individual en los pacientes con trastorno de dependencia a la cocaína.	Ejecutar sesiones semanales de psicoterapia individual.
Evaluar los resultados del programa mediante los reactivos propuestos.	Retest de Test de Craving de Cocaína.

- **Criterios de exclusión:**

Diagnóstico:	Pacientes con síntomas psicóticos. Pacientes con retardo mental Pacientes bipolares en fase maniaca
Estado Físico:	Pacientes con enfermedades físicas que afecten su estado general.

- **Criterios de Inclusión:**

Diagnóstico:	Pacientes con dependencia de cocaína Pacientes policonsumidores, donde la cocaína sea la principal sustancia de elección.
Área:	Adicciones

Edad:	No hay limitación
Sexo:	Hombres y Mujeres
Prescripción Farmacológica	Pacientes con o sin Prescripción farmacológico

7. CRONOGRAMA

Actividad	Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre			
Desarrollo del proyecto	x	x																														
Presentación y Aprobación del Proyecto			X	X																												
Marco teórico					X	x	x																									
Diseño del Modelo de Intervención								X	x	X																						
Aplicación de psicoterapia cognitiva-conductual.											x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x										
Evaluación: Tabulación y Análisis de la información																							x	x								
Síntesis del Programa Aplicado																									X							
Conclusiones y Recomendaciones																										x	x	x	x			
Presentación de la Tesis																														X	X	
Disertación																																X

8. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

El financiamiento del proyecto investigativo en un 100%, es decir la totalidad del costo será autogestionado por parte del investigador.

- Recursos Humanos
  Director de tesis
  Estudiante: Tatiana Elizabeth Criollo Quezada
  Pacientes Adictos a la Cocaína, hospitalizados en el CRA

- Recursos institucionales
  Área de la salud humana
  CRA

MATERIALES	COSTOS
Libros	200
Transporte	300
Anillados	50
Impresiones	50
Materiales de Escritorio	50
Consultas en la biblioteca e internet	50
Reproducción de los instrumentos aplicados	25
Imprevistos	26,25
TOTAL	**751,25**

ANEXO Nro. 2

HOJA DE ENTREVISTA INICIAL

1.1 Datos Informativos

Nombre: …….. Edad: ……..

Género:…… Estado Civil: ……..

Nivel de Instrucción: …….

Procedencia: …….

Ocupación: ……

1.2 Perfil de Consumo

Tratamiento Anterior: …….....

Edad de Inicio de Consumo: …….

Años de Consumo Abundante: …… Frecuencia: ……

Forma de abuso de la cocaína: …… Otras drogas: …….

Patología Dual: ……

Comorbilidad: ….....

1.3 Resultado de Test

TEST	Test	Retest
Pensamientos Automáticos		
CCQ-G		
Escala de Ansiedad		

ANEXO Nro. 3

Cuenca, Julio del 2012

Mediante el siguiente escrito usted aprueba la participación para la investigación postulada por la egresada de Psicología Clínica Srta. Tatiana Elizabeth Criollo Quezada sobre “IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA EN TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL, PARA CONTROL DE CRAVING, EN PACIENTES DEPENDIENTES A LA COCAÍNA HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES (CRA), ENTRE LOS 16-55 AÑOS.”, en el cuál luego de la aplicación de la Hoja de Entrevista Inicial cumple los criterios diagnósticos para emplear a usted este modelo; cabe recalcar que toda la información brindad será manejada de forma prudente.

…….

Firma del Participante

ANEXO Nro. 4

INFORME PSICOLÓGICO

CRA- CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES

1.- DATOS PERSONALES

Nombre: …….....

Lugar y Fecha de Nacimiento: ……..

Edad: ……....

Estado Civil: …….....

Instrucción: …….....

Ocupación: …….....

Lugar de Residencia: …….....

Religión: …….....

Fecha de Ingreso: …….....

Número de Internamientos: …….....

Fuente de Información: …….....

2.- MOTIVO DE INGRESO

…….....

3.- COMPORTAMIENTO DURANTE LA EVALUACIÓN Y RELACIÓN ESTABLECIDA CON EL ENTREVISTADOR

…….....

4.- BREVES DATOS DE SU HISTORIA:

…….....

5.- HISTORIA DEL SÍNTOMA

…….....

6.- ASPECTOS COGNITIVOS, INTELECTUALES Y EXÁMEN MENTAL:

…….....

7.- ASPECTOS AFECTIVOS DE LA AUTOIMAGEN Y LAS RELACIONES INTERPERSONALES:

…….....

8.- ASPECTOS CONDUCTUALES

…….....

9.- REACTIVOS PSICOLÓGICOS APLICADOS:

…….....

10.- DIAGNOSTICO MULTIAXIAL

…….....

11.- RECOMENDACIONES

…….....

ANEXO Nro. 5

Cuestionario de Cocaína CCQ

CCQ GENERAL

Instrucciones. Indique el grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes frases poniendo una simple marca, a lo largo de cada una de las líneas entre “muy desacuerdo” y “Muy de acuerdo”. Cuanto más cerca ponga la marca de uno de los dos lados, más indicará el grado en el que usted está en desacuerdo o de acuerdo.

Primero en aplicar en general, durante la semana pasada.

1. Mi pensamiento habría sido más claro, si hubiese estado tomando cocaína.

   Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

2. No tuve intención alguna de tomar cocaína.

   Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

3. Mi deseo de consumir cocaína me pareció irresistible

   Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

4. Estuve pensando en la manera de conseguir cocaína.

   Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

5. No quise tomar cocaína.

   Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

6. Si alguien me hubiese ofrecido cocaína, la habría consumido inmediatamente.

   Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

7. Tomar cocaína me habría hecho sentir menos deprimido.

   Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

8. Si hubiese consumido cocaína, podría haber controlado fácilmente las dosis.

   Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

9. Tuve grandes deseos de tomar cocaína.

   Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

10. Tomar cocaína habría hecho que me sintiese con mucho poder.

    Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

11. Si hubiese tenido cocaína delante de mí, me habría sido muy difícil no tomarla.

    Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

12. Tomar cocaína no habría servido para calmarme

Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

13. Si hubiese tomado cocaína me habría sentido muy despierto.

Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

14. Si hubiese tenido oportunidad de tomar cocaína, no creo que la hubiera consumido.

Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

15. No habría disfrutado tomando la cocaína.

Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

16. Por tomar cocaína habría hecho cualquier cosa.

Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

17. Si hubiese tomado cocaína, habría controlado mejor la situación.

Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

18. Aunque hubiese sido posible, probablemente no habría tomado cocaína.

Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

19. No habría sentido placer por tomar cocaína

Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

20. Creo que podría haberme aguantado sin tomar cocaína.

Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

21. Sentí el impulso de tomar cocaína.

Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

22. Si hubiese tenido cocaína, no habría sido capaz de controlar la dosis.

Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

23. En general, habría podido estar sin consumir cocaína durante mucho tiempo.

Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

24. Si hubiese podido tomar cocaína, me hubiera sentido menos irritable.

Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

25. Si hubiese podido tomar cocaína, me hubiera sentido con mucha energía.

Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

26. Lo único que deseé consumir cocaína.

Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

27. Consumir cocaína no habría aumentado mi concentración.

Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

28. No necesite tomar cocaína

Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

29. Me habría sido difícil parar el consumo de cocaína

Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

30. Si hubiese consumido cocaína, no habría disminuido mi inquietud.

Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

31. Habría tomado cocaína tan pronto como hubiese tenido la ocasión.

Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

32. Tomar cocaína habría hecho que todo pareciera perfecto.

Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

33. Deseé tanto consumir cocaína que casi puedo sentir su sabor.

Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

34. Nada habría sido mejor que tomar cocaína.

Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

35. Mi rabia no habría disminuido, si hubiese consumido cocaína.

Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

36. Me habría sido fácil dejar pasar la oportunidad de tomar cocaína.

Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

37. Habría tomado cocaína lo antes posible.

Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

38. No tuve ningún deseo de tomar cocaína.

Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

39. Si hubiese tenido cocaína, no habría podido resistirme.

Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

40. Tomar cocaína me habría hecho sentir menos cansado.

Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

41. Consumir cocaína no habría sido muy agradable

Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

42. Si hubiese tomado un poco de cocaína, no habría sido capaz de parar.

Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

43. Si hubiese tomado cocaína, no habría disminuido mi ansiedad.

Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

44. No he echado de menos la cocaína

Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

45. Si hubiese tenido algo de cocaína, probablemente no le habría tomado.

Muy en desacuerdo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy de acuerdo

ANEXO Nro. 6

ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD

Cada parámetro es calificado en una escala de 5 puntos, extendiéndose desde 0=no presente hasta 4= severo.

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LOS ITMES.	PUNTOS				
1. Humor ansiosos (inquietud, espera lo peor, aprensión "anticipación temerosa", irritabilidad)					
2. Tensión (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)					
3. Miedos (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales)					
4. Insomnio (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas)					
5. Funciones intelectuales (dificultad de concentración, mala memoria)					
6. Humor deprimido (falta de interés, no disfruta de sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)					
7. Síntomas somáticos musculares (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes)					
8. Síntomas somáticos sensoriales (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, o de hormigueo)					
9. Síntomas somáticos cardiovasculares (taquicardia, palpitaciones, dolores de pecho, latidos vasculares, extrasístoles)					
10. Síntomas respiratorios (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros falta de aire)					
11. Síntomas gastrointestinales (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor,pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento.					
12. Síntomas genitourinarios (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)					

13. Síntomas del SN Autónomo (sequedad en la boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos cefaleas de tensión, piloerección)					
14. Comportamiento durante la entrevista: Se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante.					

ANEXO Nro. 7

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991)

A continuación encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

- 0= Nunca pienso eso
- 1= Algunas veces lo pienso
- 2= Bastante veces lo pienso
- 3= Con mucha frecuencia lo pienso

1.No puedo soportar ciertas cosas que me pasan	0 1 2 3
2.Solamente me pasan cosas malas	0 1 2 3
3.Todo lo que hago me sale mal	0 1 2 3
4.Sé que piensan mal de mí	0 1 2 3
5.¿Y si tengo alguna enfermedad grave?	0 1 2 3
6.Soy inferior a la gente en casi todo	0 1 2 3
7.Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor	0 1 2 3
8.!No hay derecho a que me traten así!	0 1 2 3
9.Si me siento triste es porque soy un enfermo mental	0 1 2 3
10.Mis problemas dependen de los que me rodean	0 1 2 3
11.Soy un desastre como persona	0 1 2 3
12.Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa	0 1 2 3
13.Deberia de estar bien y no tener estos problemas	0 1 2 3
14.Sé que tengo la razón y no me entienden	0 1 2 3
15.Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa	0 1 2 3
16.Es horrible que me pase esto	0 1 2 3
17.Mi vida es un continuo fracaso	0 1 2 3
18.Siempre tendré este problema	0 1 2 3
19.Sé que me están mintiendo y engañando	0 1 2 3
20.¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?	0 1 2 3
21.Soy superior a la gente en casi todo	0 1 2 3
22.Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean	0 1 2 3
23.Si me quisieran de verdad no me tratarían así	0 1 2 3
24.Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo	0 1 2 3
25.Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas	0 1 2 3
26.Alguien que conozco es un imbécil	0 1 2 3
27.Otros tiene la culpa de lo que me pasa	0 1 2 3
28.No debería de cometer estos errores	0 1 2 3

29.No quiere reconocer que estoy en lo cierto	0 1 2 3
30.Ya vendrán mejores tiempos	0 1 2 3
31.Es insoportable, no puedo aguantar más	0 1 2 3
32.Soy incompetente e inútil	0 1 2 3
33.Nunca podré salir de esta situación	0 1 2 3
34.Quieren hacerme daño	0 1 2 3
35.¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?	0 1 2 3
36.La gente hace las cosas mejor que yo	0 1 2 3
37.Soy una víctima de mis circunstancias	0 1 2 3
38.No me tratan como deberían hacerlo y me merezco	0 1 2 3
39.Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo	0 1 2 3
40.Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas	0 1 2 3
41.Soy un neurótico	0 1 2 3
42.Lo que me pasa es un castigo que merezco	0 1 2 3
43.Deberia recibir más atención y cariño de otros	0 1 2 3
44.Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana	0 1 2 3
45.Tarde o temprano me irán las cosas mejor	0 1 2 3