

**ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN INDIVIDUOS QUE HAN RECAÍDO EN EL  
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (SPA) EN LA FUNDACIÓN LA LUZ  
DEL MUNICIPIO DE MEDELLÍN  
EN EL AÑO 2012**

**Presentado por:**

**Carlos Arturo Ramírez Cardona**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

**PROGRAMA DE PSICOLOGÍA**

**2012**

**Hoja de aceptación:**

---

---

---

---

---

**Firma del jurado**

**Envigado, Enero de 2013**

## **DEDICATORIA**

Doy gracias al Señor Dios Padre Nuestro, sin Él nada se logra, Él nos da la sabiduría para aprender y comprender, nos ayuda a soportar momentos difíciles, a mantener la voluntad de terminar bien lo que se proyectó.

También le dedico a mi amada esposa Liliana, a mis hijas Isabel y Salomé, y a mi madre Luisa que tanto apoyo me brindaron con su cariño y fortaleza, acompañándome en los momentos que más lo necesitaba y que comprendieron el sacrificio de cambiar algunos hábitos de la vida social por la alegría de lograr mis sueños.

## AGRADECIMIENTOS

Al doctor Héctor Londoño Restrepo y a la doctora Adriana Muñoz Ángel, quienes fueron los que me animaron y facilitaron los horarios para desarrollar mis estudios, al doctor Gustavo Quijano Rojas, director de la Fundación La Luz, por permitirme realizar allí las horas de práctica, a los residentes de la Fundación la Luz, quienes fueron los que me inspiraron para la realización de esta investigación y me brindaron su valiosa información, a mis asesores Fredy Romero Guzmán, Ricardo Moreno Chía y Gladys Montoya Cano, que guiaron mis pasos durante la investigación con mucho profesionalismo, a mis compañeros y compañeras de estudio, y muy especialmente a todos y todas mis profesores y profesoras por brindarme sus conocimientos. También a la Institución Universitaria de Envigado que ha brindado los parámetros para poder acceder a los conocimientos para el desarrollo de la carrera con éxito.

Igualmente a la Fundación La Luz del Municipio de Medellín, a sus directivos por permitirme realizar las horas de práctica allí, ya que este hecho dio la inspiración para la realización de la investigación. A las psicólogas de la fundación Lina Espinosa Ospina y Ana Cristina Gómez por compartir conmigo sus experiencias y sus valiosas enseñanzas, para poder abordar la atención a los residentes durante las prácticas de mi carrera profesional. A los terapeutas de la fundación que son parte importantísima para la recuperación de los adictos a las sustancias psicoactivas y a los residentes que hicieron posible enfocar mi interés por las recaídas que estos presentan.

**TABLA DE CONTENIDO**

PORTADA	1
HOJA DE ACEPTACION	2
DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTOS	4
CONTENIDO	5
TABLA DE ANEXOS	10
TABLA DE GRAFICOS	11
GLOSARIO	12
RESUMEN	14
ABSTRAC	15
INTRODUCCION	16
1. PRESENTACION DEL TRABAJO DE GRADO	19
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
1.2 OBJETIVOS	22
1.2.1 Objetivo general	22
1.2.2 Objetivos específicos	22

1.3 JUSTIFICACION	23
1.4 DISEÑO METODOLOGICO	24
1.4.1 Enfoque de la investigación	24
1.4.2 Técnicas de recolección de información	25
1.4.2.1 Entrevista semiestructurada	26
1.4.2.2 Escalas de estrategias de afrontamiento	27
1.5 Población y muestra	29
1.6 Procesamiento y análisis de la información	29
1.7 Consideraciones éticas de la investigación	30
1.8 PRESUPUESTO	32
1.9 CRONOGRAMAS	34
2. MARCO DE REFERENCIA	36
2.1 ANTECEDENTES	36
2.1.1 Estrategias para afrontar el Craving y los pensamientos asociados al consumo	40
2.1.2 Prevención de recaídas	43
2.1.3 Terapia cognitiva conductual de habilidades de afrontamiento	

basadas en la prevención de la recaída	43
2.1.4 Programas de autonomía personal	44
2.1.5 Programas de vinculación y apoyo socio familiar	45
2.2 MARCO CONCEPTUAL	47
2.2.1 Espera	48
2.2.2 Solución de problemas	48
2.2.3 Evitación emocional	49
2.2.4 Búsqueda de apoyo social	50
2.2.5 Religión	50
2.2.6 Búsqueda de apoyo profesional	50
2.2.7 Reevaluación positiva	50
2.2.8 Evitación cognitiva	50
2.2.9 Expresión de la dificultad de afrontamiento	51
2.2.10 Reacción agresiva	51
2.2.11 Negación	51
2.2.12 Autonomía	51
2.3 MARCO TEORICO	52

2.3.1 Concepciones sobre la recaída	57
2.3.1.1 La recaída	57
2.3.1.2 Como parte del proceso de recuperación	57
2.4 MARCO LEGAL	59
2.5 MARCO INSTITUCIONAL	63
2.5.1 Presentación general de la institución	63
2.5.2 Quienes somos	63
2.5.3 Misión	64
2.5.4 Visión	64
2.5.5 Valores	64
2.5.6 Objetivo	64
2.5.7 Modelo estructural de intervención	64
2.5.8 Manejo de la recaída	65
2.5.9 Organigrama de la fundación	66
3. ANALISIS DE RESULTADOS	67
3.1 Ítems emergentes	70
3.1.1 Exploración	70

3.1.2 Tratamiento	70
3.1.3 Guía espiritual	70
3.1.4 Búsqueda de soluciones	71
3.1.5 Enfrentarlas	71
3.1.6 Evadiendo	71
3.1.7 Asistencia	71
3.1.8 Irritabilidad	72
3.1.9 Positivas	72
3.1.10 Cambio	72
3.1.11 Consumo	73
3.1.12 Ayuda	73
3.2 ANALISIS DE RESULTADOS	73
4. CONCLUSIONES	75
5. RECOMENDACIONES	77
6. REFERENCIAS	79
7. ANEXOS	84

## **TABLA DE ANEXOS**

Anexo A: Entrevista semi-estructurada.

Anexo B: Análisis de contenido

Anexo C: Test aplicado a los miembros de la fundación La Luz

Anexo D: Registro fotográfico

Anexo E: Consentimiento informado

## **TABLA DE GRAFICOS**

Tabla 1: Escala de Estrategias de Coping Modificada

Tabla 2: Presupuesto global de trabajo de grado

Tabla 3: Cronogramas

Tabla 4: Estilos de afrontamiento

Tabla 5: Ítems Emergentes

## GLOSARIO

**Abstinencia:** Puede tener dos significados, cuando la palabra se emplea sola, se refiere al período durante el cual un usuario de sustancias psicoactivas (SPA) no las consume porque está en tratamiento; cuando se emplea acompañada de “síndrome de” se refiere al conjunto de síntomas y molestias que experimenta un usuario que suspende el consumo de una sustancia Psicoactiva de dependencia (CEDRO, 2012).

**Afrontamiento:** Es entendido como un esfuerzo cognitivo y conductual orientado a manejar, reducir, minimizar, dominar o tolerar las demandas externas e internas que aparecen y generan estrés (Halstead, Bennett y Cunningham, 1993).

**Autoculpa:** Es el desprecio por sí mismo, es el buscar sumisión de otras personas con el fin de lograr sus objetivos. Generalmente se están quejando, hace creer que la culpa es del otro, tiene un nivel muy bajo de autoestima, de autoexigencia y mucha tristeza.

**Consumo:** Este emergente identifica las maneras erróneas de enfrentar experiencias frustrantes y disminuir su impulsividad, por sentirse muy débiles y como solución tendrían el consumo de las sustancias psicoactivas, con malos pensamientos de consumo y hablando con otros individuos de lo que le está haciendo caer nuevamente en la problemática.

**Emergente:** Es una situación con la cual se puede detectar algo implícito y lo denuncia sin darse cuenta, es algo que brota de su interior y tienen condiciones de producción.

**Estilos de afrontamiento:** Son aquellas predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones y son los que determinan el uso de ciertas estrategias de afrontamiento, así como su estabilidad temporal y situacional (Carver y Scheier, 1994).

**Evitación:** Es una estrategia de afrontamiento espontáneo contraproducente, ya que sí ocasionalmente impide un incremento puntual de la ansiedad, lo que hace en realidad es contribuir a su sostenimiento y perpetuación (Baeza, 1994).

**Fantasia:** Es un término que se emplea ampliamente en el sentido psicológico para cubrir dos sentidos diferentes: el consciente y el inconsciente. Es algo que no es real, como en la percepción de forma explícita por ninguno de los sentidos, sino que existe como una situación imaginaria de un objeto a sujeto (Consuegra, 2004).

**Recaída:** En términos generales, la recaída corresponde a un retroceso en los patrones comportamentales que se han asumido luego de haberse iniciado un programa terapéutico para la adicción, el uso y el abuso de sustancias psicoactivas. Prácticamente, cuando un paciente ingresa a un proceso terapéutico, éste inicia una abstinencia sostenida que a través de herramientas psicoterapéuticas se busca mantener para resistir al consumo de dichas sustancias. Sin embargo, es necesario tener presente que en todo proceso terapéutico para el tratamiento de una problemática de drogas, en la gran mayoría de los casos, se producen recaídas, bien sea habitual, puntual o total. Ocurre cuando la persona que ha podido ser desintoxicada y deshabituada o se encuentra en alguno de estos dos procesos, vuelve a consumir (Mancomunidad del Guadajoz, 2012).

**SopORTE social:** Es definido por la presencia o ausencia relativa de recurso psicológico proveniente de otras personas significativas, se compone de empatía, de cuidado, de amor, de confianza, de ayuda y transmite confianza.

## RESUMEN

En esta investigación se describen los estilos de afrontamiento que han utilizado los individuos residentes de la Fundación La Luz del Municipio de Medellín que se encuentran nuevamente internos por haber recaído en el consumo de sustancias psicoactivas.

La metodología utilizada fue cualitativa de corte descriptivo , para la recolección de datos se utilizaron herramientas como la entrevista semiestructurada y la escala de Estrategias de Coping Modificada, EEC-M (Tamayo, Henao, Posada y Aguirre, 2003) con el fin de determinar los estilos de afrontamientos característicos de la población objeto de estudio, se logró establecer que el estilo de afrontamiento más utilizado por los residentes que han recaído es el la “Espera”, lo que lleva a un individuo a recaer en su adicción, que al parecer ya se había superado, reincidiendo en los esquemas de consumo compulsivo.

**Palabras claves:** *Consumo de sustancias psicoactivas, Estilo de afrontamiento, recaídas, jóvenes.*

## ABSTRACT

This research describes the coping styles that individuals have used residents Foundation Light of Medellin that are internal to have fallen again in the consumption of psychoactive substances.

The methodology was qualitative descriptive cutting, for data collection tools were used as semi-structured interviews and the scale of Coping Strategies property, EEC-M (Tamayo, Henao, Posada y Aguirre, 2003), in order to determine the characteristic confrontations ethyls of population under study, it was established that more coping style used by residents who have fallen is the "wait", which leads the individual to relapse into their addiction, which apparently had been overcome, to repeat the compulsive consumption patterns.

**Key words:** *Consumption of substances psychoactive, coping style, relapse, Young people.*

## INTRODUCCIÓN

Para poder comprender la problemática de la recaída se debe primero saber de que se trata la adicción, según la Organización Mundial de la Salud (1957) se trata de una enfermedad física y psicoemocional, es una dependencia hacia una sustancia, actividad o relación, está es representada por los deseos que consumen, los pensamientos y comportamientos del adicto, que además buscan actividades diseñadas para conseguir la sensación o efecto deseado.

Para Brizuela, Fernandez y Murillo (2009) en una investigación realizada para la Universidad Nacional de Lanús, en Argentina.

Adicción es toda conducta consecuente que genera una transformación en el comportamiento que lleva a hábitos de consumo compulsivo, se sabe que la adicción es una enfermedad compleja de naturaleza bio-psico-social, por lo que las causas de adicción son múltiples y diferentes que interactúan de una manera compleja produciendo desorden adictivo en los individuos. Entre las causas de inicio al consumo de SPA están: 1. Como respuesta a las angustias. 2. Como anestesia de un dolor excesivo. 3. El tratar de olvidar una realidad intolerable. 4. Para tratar de avanzar en algo difícil de alcanzar. 5. Para superar una inhibición. 6. Al desamparo. 7. En situaciones de aislamiento y soledad. 8. En satisfacer la curiosidad. 9. Por presión de los pares con el fin de pertenecer a un grupo. 10. Falta de autoestima. 11. Por crisis familiares. 12. Por acceso fácil a SPA. 13. Por tener experiencias nuevas (p. 5-7).

Los estímulos que producen las sustancias psicoactivas en los individuos ocasionan adicción, dichas sustancias permiten unos cambios bioquímicos que suceden en el cerebro observándose perturbaciones cognitivas, que a la vez implican diversos neurotransmisores y vías cerebrales,

Como lo explica Elster (2001):

La adicción se produce cuando el sistema de recompensa del cerebro pierde el control debido a ciertas sustancias químicas que no juegan ningún papel en la evolución. Este planteamiento no es técnicamente preciso debido al papel que en algunos procesos adictivos tienen los opiáceos endógenos o naturalmente producidos (destacadamente las endorfinas). Pero incluso aunque estos opiáceos produzcan tolerancia y dependencia, cuando se administran en grandes dosis, no debemos interpretar esto como que desarrollamos tolerancia y dependencia respecto a nuestros péptidos opiáceos endógenos. Se liberan y se eliminan. Se liberan y se eliminan en muy pequeñas cantidades en la medida en que se necesitan (p. 59).

Es por eso que los terapeutas, médicos y psicólogos deben analizar algunos aspectos al realizar una intervención, como pueden ser factores cognitivos, afectivos, el estrés y el tratamiento para la adicción entre otros, con el fin de modificar la conducta adictiva. Se debe tener en cuenta el rol del terapeuta en el tratamiento para los residentes de la Fundación La Luz del Municipio de Medellín, a través de ejercicios para la solución de problemas, reforzar el autocontrol y el carácter, y de la adecuada adherencia del paciente al tratamiento.

Martínez (2009), afirma:

La recaída, así como el proceso de recuperación y la adicción, es un proceso. Las personas no se recaen de un momento a otro; primero van generando una serie de cambios que van facilitando la pérdida de libertad que conduce nuevamente al consumo. El proceso de recaída es una secuencia gradual de pasos que finalizan con la vuelta al consumo adictivo; para algunos el proceso dura tan solo unos días, para otros puede durar meses enteros e incluso años; la velocidad del proceso de recaída depende de la calidad del proceso de recuperación que se haya

llevado a cabo, pues sólo entra en proceso de recaída una persona que ha cambiado; aquel que nunca cambia sólo está descansando, calmando su entorno y alistándose para volver a la misma vida, incluso si está interno en una clínica o en una comunidad terapéutica puede estar simplemente esperando un tiempo, tomándose un respiro y reorganizando algunas condiciones estropeadas para retomar su vida (p. 17).

## **1. PRESENTACION DEL TRABAJO DE GRADO**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Para Alvarado (2012) la recaída puede definirse como: “el proceso de retroceso a los patrones de comportamiento y pensamiento típicos de la adicción activa, que ya se habían superado, y que finalmente llevan de vuelta al uso, retrocediendo hasta llegar de vuelta al estado de enfermedad adictiva que existía antes de comenzar la recuperación” (p. 1).

La recaída es el proceso que va desde un estado de abstinencia sostenida hasta el consumo o adicción activa. Este proceso ocurre a lo largo del tiempo y se manifiesta como una serie de síntomas o cambios, que son en realidad regresiones a los antiguos patrones de conducta y pensamiento que ya se habían superado, como son los estilos de afrontamiento.

Para Lazarus y Folkman (1986) Los estilos de afrontamientos son esquemas mentales intencionales de respuesta (cognitiva, emocional o conductual) dirigidos a manejar (dominar, tolerar, reducir, minimizar) las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que ponen a prueba o exceden los recursos de la persona. Estos esquemas permiten que el adicto adquiera y utilice habilidades para evitar el consumo potencializando su autonomía, crecimiento personal e integración social o por el contrario llevarlo de nuevo al consumo como la evitación cognitiva, déficit en la búsqueda de apoyo social, entre otras.

La recaída es un proceso, que al igual que el proceso de recuperación y los de adicción, va generando cambios que llevan a la pérdida de voluntad y conduce nuevamente al consumo, este proceso puede durar unos pocos días o varios años, esto depende de cómo se haya asumido la recuperación.

Las recaídas afecta la integración social que el paciente había logrado con el tratamiento, por este motivo se exalta la importancia de reconocer los estilos de afrontamiento en particular los estrategias cognitivas de los sujetos que han recaído, con el fin de plantear, en el futuro, programas que permitan restablecer estrategias que posibiliten el mantenimiento de comportamientos no adictivos. En este punto las familias son fundamentales ya que se constituyen como el agente social más cercano, siendo a su vez el punto de contacto con la normatividad social.

No se puede desconocer que las adicciones y las recaídas que éstas puedan generar son un problema social, por lo que es necesario integrar a las familias, a las comunidades terapéuticas y a la sociedad en general para abrir espacios de reinserción social que minimicen la exclusión.

Con esta investigación se pretende conocer los distintos estilos de afrontamiento de los sujetos que han tenido una recaída y que ya habían terminado el proceso de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en los residentes de la Fundación la Luz del Municipio de Medellín. La investigación está orientada a establecer el estilo de afrontamiento que se presenta en ese momento clave (recaída) en los cambios de comportamientos de las personas. Algunos residentes comprenden que la recaída es una vuelta a esquemas de consumo compulsivo, en la gran mayoría de veces con mucho más deterioro que la etapa anterior. Por consiguiente para entender las recaídas es necesario que el residente conozca lo complicado de las adicciones, de cómo las sustancias tienen efectos a través del sistema nervioso central y que se debe hacer refuerzo positivo para evitar el deseo por la sustancia, de la importancia del acompañamiento de sus familias, de continuar con las recomendaciones indicadas en el tratamiento y el contacto permanente con la Fundación.

Por lo anterior, se formula la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los estilos de afrontamiento en los individuos que han recaído en el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en la Fundación La Luz del Municipio de Medellín en el año 2012?

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 Objetivo General**

Conocer y describir los estilos de afrontamiento en individuos que han recaído en el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en la fundación La Luz del Municipio de Medellín.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

Establecer los estilos de afrontamiento centrados en la solución de problemas que presentan los residentes de la fundación La Luz del Municipio de Medellín.

Reconocer los estilos centrados en: la evitación, en el soporte social, lo fantasioso y la auto-culpa, en los residentes de la fundación La Luz del Municipio de Medellín.

Analizar cada uno de los estilos de afrontamiento identificados en los residentes de la fundación, a partir de los presupuestos teóricos de la Psicología Cognitiva.

### 1.3 JUSTIFICACIÓN

Esta investigación traerá múltiples beneficios, en primer lugar aportará a la comprensión de una problemática que cada día cobra más importancia en nuestras sociedades como lo es la recaída de sujetos que habían dejado de consumir SPA, la cual afecta a la persona, a su entorno familiar y la sociedad en general, este aspecto se ha tornado desafiante en el campo del tratamiento de las adicciones. Conocer cuáles son sus dimensiones, sus determinantes, sus factores de protección, y para el propósito de esta investigación sus estilos de afrontamiento, se hace necesario para optimizar las intervenciones que se pudieran plantear en el futuro, por lo tanto prevenir una recaída en el uso de sustancias psicoactivas adquiere relevancia.

Para la psicología el manejo de las drogodependencias tanto en la prevención como en el manejo de recaídas se convierte en tema central de la psicoterapia y de la psicología conductual, partir de la comprensión de las recaídas desde los estilos de afrontamiento. Graña afirma (1994) que “En recientes revisiones se recogen hasta 43 teorías psicológicas diferentes para explicar el abuso de drogas y más de 250 terapias distintas para tratar la dependencia al alcohol” (p 1).

Específicamente esta investigación permitirá aportar a la Fundación La Luz del Municipio de Medellín el conocimiento acerca del estilo de afrontamiento asumido por los individuos que han recaído, después de haber terminado el proceso de recuperación en dicha institución, en el manual de convivencia de la Fundación la luz se expresa claramente “No hay excusa alguna para recaer. De proceso cada cual sale con las herramientas que le permiten permanecer sobrio” (p. 57).

Los beneficios también se extenderán al campo social conociendo las mejores maneras de ayudar a los individuos drogodependientes y a sus familias para que el proceso de inserción social sea exitoso, lo cual le asegura al entorno social que la persona está recuperada y es un

miembro productivo de la sociedad, no se puede desconocer que las drogodependencias son una de las principales causas de mortabilidad y morbilidad, por lo que su atención es fundamental para el adecuado funcionamiento de la sociedad.

A nivel profesional y con la experiencia adquirida en los dos anteriores semestres, ha permitido conocer más de cerca los diferentes tipos de adicciones y de personalidades, para enfocar los refuerzos en los residentes con las charlas psico-educativas, en los tratamientos psicológicos y en los tratamientos terapéuticos que se llevan a cabo para una buena recuperación de los residentes en formación.

En resumen este tema es de suma importancia para la Fundación La Luz, para la Facultad de Psicología de la Institución Educativa de Envigado, para el investigador y para cualquier consultante, ya que a través de esta investigación se logran establecer algunos de los estilos de afrontamientos más comunes en los sujetos que han recaído en el consumo de sustancias psicoactivas lo cual permitirá diseñar métodos para abordar correctamente los programas de recuperación y hacer que después de la recuperación continúen llevando seguimientos.

## **1.4 DISEÑO METODOLOGICO**

### **1.4.1 Enfoque de investigación**

La investigación es cualitativa, porque lo cualitativo se caracteriza por ser un:

Enfoque metodológico y su fundamentación epistemológica tiende a ser de orden descriptivo, orientado a estructuras teóricas y suele confundirse con la investigación etnográfica dado su origen y su objeto de investigación. Utiliza preferentemente información cualitativa,

descriptiva y no cuantificada. Estos paradigmas cualitativos e interpretativos son usados en el estudio de pequeños grupos: comunidades, escuelas, salones de clase, etcétera. Se caracteriza por la utilización de un diseño flexible para enfrentar la realidad y las poblaciones objeto de estudio en cualquiera de sus alternativas. Trata de integrar conceptos de diversos esquemas de orientación de la investigación social. En la literatura estos nuevos paradigmas aparecen con nombres diversos bajo la clasificación de enfoques cualitativos. Estos a su vez derivan algunas modalidades como: historia de vida, etnoconciencia, etnometodología, macro y microetnografía, teoría fundada, estudios de casos cualitativos, etcétera (Tamayo, 2003, p. 56-57).

En la investigación cualitativa es fundamental la interpretación de la realidad, así que la estadística no es la base para desarrollar la investigación. En él se busca conectar todo el entramado de aspectos observados, generando relaciones lógicas que permitan la interpretación del fenómeno de manera más concreta.

#### **1.4.2 Técnicas de recolección de información**

Para dar cumplimiento a los objetivos en la investigación se utilizaron dos técnicas de recolección de información

La primera fue la entrevista semiestructurada y el segundo fue la “Escala de Estrategias de Coping Modificada” (EEC-M, Londoño et al, 2006), a los residentes que se encuentran dentro de la Fundación La Luz del Municipio de Medellín que reingresaron por recaída.

### 1.4.2.1 Entrevista semiestructurada

La entrevista semiestructurada tiene como propósito obtener respuestas sobre el tema, problema o tópico de interés en los términos, el lenguaje y la perspectiva del entrevistado (“en sus propias palabras”). El “experto” es el mismo entrevistado, por lo que el entrevistador debe escucharlo con atención y cuidado. Interesan el contenido y la narrativa de cada respuesta. Lograr naturalidad, espontaneidad y amplitud de respuestas resulta esencial. Es muy importante que el entrevistador genere un clima de confianza en el entrevistado (*rapport*) y desarrolle empatía con él. Cada situación es diferente y el entrevistador debe adaptarse.

Esterberg (2002) recomienda que el entrevistador hable algo de sí mismo para lograr confianza. Hay temas en donde un perfil es mejor que otro. Por ejemplo, si la entrevista es sobre la depresión posparto, la maternidad o la viudez, resulta muy obvio que una mujer es más adecuada para llevar la entrevista. En cambio, si la entrevista es sobre la pérdida del empleo, cuando se trata de labores típicamente de varones, un adulto joven resulta mucho más apropiado. Gochros (citado por Hernández, Fernández y Baptista, 2005), señala que no debe haber una gran diferencia de edad entre entrevistador y entrevistado, ni de origen étnico, nivel socioeconómico o religión; pero a veces es muy difícil que el investigador sea similar en estos aspectos a los entrevistados o las entrevistadas.

Se elaboró la entrevista la cual fue validada por dos profesionales la doctora Catalina Vélez Díaz de profesión Psicóloga, docente de cátedra y el doctor César Augusto Jaramillo Jaramillo de profesión Psicólogo, Decano de la Institución Universitaria Envigado en el área de psicología, magister en Educación y Desarrollo Humano (Ver anexo A).

### 1.4.2.2 Escala de estrategias de afrontamiento

Los test o pruebas psicológicas permiten observar y analizar la conducta humana. En esencia, la psicológica es una medida objetiva y estandarizada de una muestra de conducta. Con las pruebas psicológicas, como las de cualquier otra ciencia, se hacen observaciones sobre una muestra pequeña, pero cuidadosamente elegida, de la conducta del individuo. Estas escalas permiten identificar como el individuo emplea el conjunto de recursos y esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales orientados a resolver el problema, a reducir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación, además permitirá poder determinar los diferentes estilos de personalidad y tenerlos en cuenta para el rastreo final.

Para la presente investigación se utilizó la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) validada en Colombia por Londoño et al. (2006) y desarrollada originalmente por Chorot y Sanin (1993). En ella se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Consigna de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X en la columna que le señala el asterisco (\*), el número que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes. La escala tiene una frecuencia de respuesta que va de: 1 (Nunca), 2 (Casi nunca), 3 (A veces), 4 (Frecuentemente), 5 (Casi siempre) y 6 (Siempre). Está compuesta por 69 ítems y con ellas se pueden identificar los siguientes 12 factores: (ver tabla 1).

**Tabla 1: Escala de estrategias de coping modificada**

ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COPING-MODIFICADA (EEC-M)			
Nombre sub escala	Sigla	Definición	Item
Solución de problemas	(SP)	Estrategia que consiste en poner en marcha procesos de razonamiento relativamente complejos para mejorar un conflicto.	10, 17, 19, 26, 28, 37, 39, 51, 68.
Búsqueda de apoyo social	(BAS)	Estrategia comportamental en la cual se expresa la emoción y se buscan alternativas para solucionar el problema con otra u otras personas.	6, 14, 23, 24, 34, 47, 57.
Espera	(ESP)	Estrategia cognitivo-comportamental que busca esperar que la situación se resuelva por sí sola con el pasar del tiempo.	9, 18, 27, 29, 38, 40, 50, 60, 69.
Religión	(REL)	Estrategia cognitivo-comportamental expresada a través del rezo y la oración dirigido a tolerar o solucionar el problema o las emociones que se generan ante el problema.	8, 16, 25, 36, 49, 59, 67.
Evitación emocional	(EE)	Estrategia cognitivo-comportamental en la cual se evitan expresar las emociones, dada la carga emocional o la desaprobación social.	11, 20, 21, 30, 41, 43, 53, 62.
Búsqueda de apoyo profesional	(BAP)	Estrategia comportamental en la cual se busca el recurso profesional para solucionar el problema o las consecuencias del mismo.	7, 15, 35, 48, 58.
Reacción agresiva	(RA)	Estrategia comportamental en la que se expresa la ira y la hostilidad abiertamente como consecuencia de la frustración y la desesperación, reaccionando de manera agresiva hacia los demás, hacia sí mismo o hacia los objetos.	4, 12, 22, 33, 44.
Evitación cognitiva	(EC)	Estrategia cognitiva en la que se busca eliminar o neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores, a través de la distracción o la negación.	31, 32, 42, 54, 63.

Reevaluación positiva	(RP)	Estrategia cognitiva que busca aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema. Es una estrategia de optimismo que contribuye a tolerar la problemática y a generar pensamientos que favorecen al enfrentar la situación.	5, 13, 46, 56, 64.
Expresión de la dificultad de afrontamiento	(EDA)	Estrategia cognitiva que identifica las maneras erróneas de enfrentar experiencias frustrantes y poder disminuir su impulsividad.	45, 52, 55, 61.
Negación	(NEG)	Estrategia cognitivo-conductual que consiste en enfrentarse a los conflictos negando su existencia o su relación.	1, 2, 3.
Autonomía	(AUT)	Estrategia cognitiva centrada en el racionamiento moral con la capacidad de tomar decisiones sin intervención ajena.	65, 66.

### 1.5 Población y muestra

En la Fundación la Luz se encuentran 80 residentes, de estos 6 han presentado recaídas los cuales se constituyen en muestra por conveniencia para la presente investigación, cabe anotar que se encuentran entre los 20 y 49 años de edad

### 1.6 Procesamiento y análisis de información.

La aplicación y recolección de la información se llevó a cabo el siguiente procedimiento:

1. Elección de la institución Fundación La Luz Medellín

2. Solicitud de consentimiento informado institucional a la Fundación la Luz
3. Consentimiento informado a los sujetos que participaron de la investigación (ver anexo E).
4. Determinación de la muestra de la investigación
5. Aplicación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M)
6. Entrevista semiestructurada
7. Análisis de contenido de las entrevistas semiestructuradas
8. Análisis estadístico de los estilos de afrontamiento de los sujetos con recaídas en adicción
9. Conclusiones
10. Recomendaciones

### **1.7 Consideraciones éticas de la investigación**

Dentro de las condiciones éticas para esta investigación se encuentran las siguientes:

**Secreto Profesional:** La investigación garantiza el anonimato de los participantes debido a la importancia y respeto a la dignidad y valor del individuo, además el respeto por el derecho a la privacidad. Los investigadores se comprometen a no informar en sus publicaciones, ninguno de los nombres de los participantes ni otra información que permitiese su identificación.

**Derecho a la no-participación:** los participantes, al estar informados de la investigación y el procedimiento, tienen plena libertad para abstenerse de responder total o parcialmente las preguntas que le sean formuladas y a prescindir de su colaboración cuando a bien lo consideren.

**Derecho a la información:** los participantes podrán solicitar la información que consideren necesaria con relación a los propósitos, procedimientos, instrumentos de recopilación de datos y la proyección y/o socialización de la investigación, cuando lo estimen conveniente.

**Remuneración:** Los fines de la presente investigación son eminentemente formativos, académicos y profesionales y no tienen ninguna pretensión económica. Por tal motivo la colaboración de los participantes en ella es totalmente voluntaria y no tiene ningún tipo de contraprestación económica ni de otra índole.

**Divulgación:** La devolución de los resultados será presentada (por escrito u oralmente) a las instituciones participantes para que sean conocidos por la comunidad. Los resultados de la investigación serán divulgados al interior de la Universidad de San Buenaventura dentro de su convenio de trabajo conjunto con la Universidad Católica del Norte, y posiblemente en publicaciones. No obstante en estos procesos el secreto profesional se mantendrá sin que se pudiera dar lugar al reconocimiento de la identidad.

**Acompañamiento:** Los investigadores contarán con el acompañamiento permanente del grupo de docentes del nivel en las diferentes etapas del proceso de investigación, quienes brindarán la asesoría teórica, metodológica y ética pertinente para la realización del trabajo.

## 1.8 PRESUPUESTO

Tabla 2. Presupuesto

<i>PRESUPUESTO GLOBAL DEL TRABAJO DE GRADO</i>				
<b>RUBROS</b>	<b>FUENTES</b>			<b>TOTAL</b>
	<b>Estudiante</b>	<b>Institución - IUE</b>	<b>Externa</b>	
<b>Personal</b>	320.000	0	90.000	410.000
<b>Costo asesor</b>	16 horas de asesoría	2'000.000		
<b>Material y suministro</b>	5.000	0	10.000	15.000
<b>Salidas de campo</b>	0	0	0	0
<b>Bibliografía</b>	0	0	0	0
<b>Equipos</b>	0	0	3'000.000	3'000.000
<b>Otros</b>				
<b>TOTAL</b>	<b>325.000</b>	<b>2'000.000</b>	<b>3'100.000</b>	<b>5'425.000</b>

<i>DESCRIPCIÓN DE LOS GASTOS DE PERSONAL</i>						
<b>Nombre del Investigador</b>	<b>Función en el proyecto</b>	<b>Dedicación h/semana</b>	<b>Costo</b>			<b>Total</b>
			<b>Estudiante</b>	<b>Institución - IUE</b>	<b>Externa</b>	
Carlos Arturo Ramírez Cardona	Investigador y Profesional en Formación	20 horas	320.000	0	90.000	410.000
Gladys Montoya Cano	16 Horas			2'000.000		
<b>TOTAL</b>			<b>320.000</b>	<b>0</b>	<b>90.000</b>	<b>2'410.000</b>

<i>DESCRIPCIÓN DE MATERIAL Y SUMINISTRO</i>		
Descripción de tipo de Material	Costo	Total

y/o suministro	Estudiante	Institución - IUE	Externa	
Computador portátil	0	0	1'000.000	1'000.000
Video beam	0	0	2'000.000	2'000.000
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3'000.000</b>	<b>3'000.000</b>

<i>DESCRIPCIÓN DE EQUIPOS</i>				
Descripción de compra de equipos	Costo			Total
	Estudiante	Institución - IUE	Externa	
Computador portátil	0	0	1'000.000	1'000.000
Video beam	0	0	2'000.000	2'000.000
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3'000.000</b>	<b>3'000.000</b>

<i>DESCRIPCIÓN DE OTROS GASTOS FINANCIADOS</i>				
Descripción de otros gastos	Costo			Total
	Estudiante	Institución - IUE	Externa	
	325.000	0	3'100.000	3'425.000
<b>TOTAL</b>	<b>325.000</b>	<b>0</b>	<b>3'100.000</b>	<b>3'425.000</b>

## 1.9 CRONOGRAMAS

<i>CRONOGRAMA 2011</i>										
ACTIVIDADES	TIEMPO									
	FEB	MAR	ABR	MAY	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	
Estructuración de la investigación	X									
Definición de actividades	X									
Diseño de recolección de datos	X									
Recursos disponibles (materiales, institucionales y financieros)	X									
Desarrollo de actividades		X								
Análisis de objetivo general		X								
Evaluación en la Fundación La Luz		X								
Clase de investigación (modelo teórico) o trabajo propuesto		X								
Justificación inicial o preliminar			X							
Análisis de la metodología			X							
Ubicación y análisis de investigaciones			X							
Informe sobre el estado de arte y marco referencial				X						
Informe del proceso(incluye dificultades, logros y propuestas) tanto en la práctica como en la investigación				X						
Análisis de la bibliografía				X						
Análisis de la formulación del trabajo de grado					X					
Análisis de presupuesto					X					
Búsqueda de bibliografía y rastreo de antecedentes investigativos en investigaciones y revistas científicas.					X					
Desarrollo de actividades						X				
Rastreo de instrumentos de medición, rastreo de población a investigar y elaboración del proyecto.						X				
Entrega del proyecto.							X			
Correcciones del proyecto.								X		



## 2. MARCO DE REFERENCIA

### 2.1 ANTECEDENTES

Estudios realizados en España ( Martínez, 2011) sobre el tratamiento de la drogadicción dicen que cuando ésta coexiste con un trastorno de la personalidad (TP) muestran evidencias de: a) los drogodependientes con TP pueden ser tratados con efectividad si bien es cierto que existen diferencias importantes en la intervención con respecto a otros casos; b) la evolución del TP establece un determinado ritmo que exige adecuar las estrategias terapéuticas a los cambios que se producen en la persona; c) se ha visto que los pacientes con TP pueden presentar un patrón de consumo diferente al resto, lo que puede afectar a los programas de prevención de recaídas; d) el tratamiento difiere de otros en los que no coexiste con esta psicopatología, porque estas intervenciones deben estar guiadas por la personalidad; e) se sabe que el tratamiento debe ser largo, para lo que es necesario que el paciente presente una buena adherencia al mismo; f) existen evidencias suficientes para afirmar que el tratamiento cognitivo-conductual es efectivo para el tratamiento de la drogadicción cuando el paciente presenta un TP; y g) para evaluar la efectividad de la intervención deben tenerse en cuenta variables vinculadas a la adicción, a los rasgos de la personalidad y a la calidad de vida.

La relación terapéutica debe cuidar diversos aspectos con la finalidad de incrementar la adherencia al tratamiento. Debe construirse a partir de que el paciente goce de una situación de tranquilidad, que confíe en la confidencialidad de la información, que reciba un constante *feedback* para que conozca la evolución, que el paciente sea consciente de que el tratamiento es llevado a cabo por un equipo multidisciplinar, que la familia del paciente con patología dual tenga acceso al equipo terapéutico para abordar en el momento más adecuado los conflictos o

dudas en relación a la comorbilidad y diseñar objetivos de intervención con una celeridad en la consecución de esos objetivos adecuados a la psicopatología concomitante. Por esta razón, el empleo de normas rígidas y la utilización de estrategias de confrontación están desaconsejados en el tratamiento de los pacientes con patología dual. Particularmente, debemos destacar las diferencias observables en el tratamiento de las drogodependencias cuando se trata de un paciente que presenta un trastorno de la personalidad.

Los programas de prevención de recaídas deben adaptarse con relación a: el manejo de la presión social, el afrontamiento de estados emocionales negativos, los mecanismos de prevención de respuestas, las alteraciones cognitivas asociadas al deseo de consumo, la identificación de factores de riesgo para la recaída y las estrategias de control de las mismas.

En el *Inventario de Habilidades de Afrontamiento* (citado por Becoña, 2010) Litman, Stapleton, Oppenheim y Peleg 1983, adaptado en España por García y Alonso (2002) aparece un listado de 36 estrategias utilizadas para evitar la recaída agrupadas en cuatro factores así: a) estrategias conductuales de evitación, b) de distracción, c) de búsqueda de apoyo social y d) otras estrategias cognitivas como pensar en las consecuencias negativas que pueden derivarse del consumo o pensar en las consecuencias positivas derivadas del mantenimiento de la abstinencia. Se exploran conductas cognitivas y conductuales de carácter personal así como las referidas a recursos del medio como las redes de apoyo social. Al sujeto se le pide que indique la frecuencia con la que ha utilizado cada una de las estrategias para afrontar las diferentes situaciones de riesgo en el último año.

El cuadro ha sido adaptado para la presente investigación teniendo en cuenta las adicciones en general, partiendo de la adaptación realizada por García et al. (2002):

1. Pensar en cuanto mejor estoy sin consumir;
2. Telefonar a un amigo;
3. Estar en compañía de no consumidores;
4. Pensar positivamente;
5. Pensar en el lío en que estoy metido con el consumo;
6. Parar para examinar mis motivos y eliminar los pasos en falso;
7. Pensar en las promesas que he hecho a otros;
8. Permanecer en casa escondido;
9. Hacer una pausa y pensar en el ciclo de adicción completo;
10. Dejar el dinero en casa;
11. Reconocer que la vida no es un camino de rosas pero que el consumo no es la solución;
12. Ir a las reuniones de Terapias Colectivas;
13. Saber que sin consumir puedo mostrar mi cara de nuevo sin temor a lo que otros piensen;
14. Animarme y comprarme algo especial en vez de consumir;
15. Afrontar mis malos sentimientos en vez de intentar ahogarme en ellos;
16. Trabajar duro;
17. Darme cuenta de que no vale la pena consumir;
18. Esperar a que todas las cosas estén zanjadas;
19. Recordar cómo en el pasado he traicionado a mis amigos y a mi familia;
20. Mantenerme alejado de la gente que consume;
21. Salir a dar un paseo;
22. Mirar el lado positivo e intentar dejar de ponerme excusas a mí mismo;
23. Darme cuenta de cómo se está afectando mi salud;
24. Empezar a hacer algo en casa;
25. Considerar el efecto que tendrá sobre mi familia;
26. Permanecer en la buena vida en la que puedo estar sin consumir;
27. Ponerme en contacto con algún viejo amigo de consumo que esté mejor ahora;
28. Decidir que voy a dejar de jugar juegos conmigo mismo;
29. Comer una buena comida;
30. Evitar lugares donde antes consumía;
31. Pensar en toda la gente que me ha ayudado;
32. Decirme que estoy bien y quiero seguir estando;
33. Irme a dormir;
34. Recordar cómo ello ha afectado a mi familia;
35. Obligarme a ir a trabajar;
36. Intentar afrontar la vida en vez de evitarla.

Este inventario fue desarrollado a partir de los autoinformes de los dependientes del alcohol acerca de los métodos que utilizaban para evitar una recaída. En la factorización de Litman et al. (1983) “se obtuvieron cuatro factores que explican el 54% de la varianza (pensamiento positivo,

pensamiento negativo, distracción/evitación y búsqueda de apoyo social)”. (Citado por García, 2002, p. 457-458).

Hunt y Azrin (1973) en una aproximación de reforzamiento comunitario exponen importantes componentes y estrategias como:

*Habilidades de afrontamiento de consumo de drogas como:* a) Análisis funcional. b) Plan de automanejo. y c) Entrenamiento en habilidades de rechazo.

*Cambios en el estilo de vida como:* a) Manejo del tiempo. b) Asesoramiento social / facilidades de ocio. c) Entrenamiento en solución de problemas. d) Asesoramiento vocacional. e) Entrenamiento en habilidades sociales. y f) Prevención de VIH.

*Asesoramiento de relaciones de pareja.*

*Consumo de otras drogas.*

*Manejo de otros trastornos: depresión, ansiedad, insomnio, etc.*

Sobre la prevención de recaídas, Marlatt y Gordon (1985) y Marlatt y Donovan (2005) recomiendan:

*Entrenamiento en habilidades cognitivo-conductuales de afrontamiento ante situaciones de riesgo para:* a) Evitar situaciones de riesgo (sobre todo en las primeras semanas). b) Escape (abandonar situaciones de riesgo). c) Distracción (estrategias cognitivas: imaginación, reestructuración cognitiva y auto-instrucciones).

Estrategias comportamentales: relajación, actividad física, comportamientos alternativos más adecuados y habilidades asertivas). a) Retrasar el deseo de consumo. b) Recordar caídas o recaídas que haya tenido en el pasado.

### **2.1.1 Estrategia para afrontar el craving y los pensamientos asociados al consumo.**

*Afrontamiento de caídas o consumos aislados.*

Para la terapia cognitiva de Beck (1995):

*Intervención ante la crisis: en la medida en que los pacientes afronten las crisis con éxito sin tomar drogas, aumentará su autoconfianza y habilidades futuras de afrontamiento (ej., identificación de signos de alarma).*

*Atención a otros trastornos del Eje I y/o II concomitantes.*

*Utilización de técnicas cognitivas (técnica de la flecha descendente, retribución de responsabilidad, registro diario de pensamientos, etc.).*

La *Utilización de técnicas conductuales* (programación y control de la actividad, experimentos conductuales, repaso conductual, entrenamiento en relajación, de actividades entre sesiones o resolución de problemas).

En 1998 Budney y Higgins propusieron un programa de reforzamiento comunitario más incentivos para el tratamiento de la adicción a la cocaína:

*A través de Habilidades de afrontamiento de consumo de drogas.*

También en *Cambio en el estilo de vida (relaciones sociales, tiempo de ocio y área laboral/ocupacional)*.

En *Asesoramiento en el área de pareja*.

En *Consumo de otras drogas (especialmente alcohol y cannabis)*.

En *Tratamiento de la psicopatología asociada*.

En *Terapia de incentivo: procedimiento de manejo de contingencias para reforzar sistemáticamente la abstinencia*.

En donde *Los pacientes ganan puntos a cambio de resultados negativos en las analíticas de orina y el número de puntos se incrementa por cada análisis negativo consecutivo*.

Los puntos se canjean por determinados reforzadores (servicios o bienes).

Este componente se aplica durante los primeros seis meses del tratamiento.

También para Monti, Abrams, Kadden y Cooney (1989), con el entrenamiento en habilidades sociales en el tratamiento de la dependencia del alcohol, se utiliza el *Entrenamiento en el manejo cognitivo-conductual del estado de ánimo*.

Para el Manejo de pensamientos sobre el alcohol.

En la Conciencia de los pensamientos negativos.

En el Manejo de los pensamientos negativos.

En Conciencia de la ira.

En Manejo de la ira.

En Decisiones aparentemente irrelevantes.

En Planificación para emergencias.

En el Afrontamiento de problemas persistentes.

Con Entrenamiento en relajación.

En Solución de problemas.

Y en Incremento de actividades placenteras.

Sobre el entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento, se puede decir que su objetivo es que el individuo adquiera o refuerce las habilidades de afrontamiento y autocontrol necesarias para enfrentarse a situaciones de alto riesgo de consumo, mejorando sus estrategias cognitivas y conductuales. Este afrontamiento supone que la persona no tiene las habilidades adecuadas para afrontar situaciones sociales o interpersonales, lo que le puede llevar a una situación de estrés que puede dificultar su afrontamiento ante situaciones de alto riesgo de consumo. Algunos de los componentes del tratamiento que se incluyen dentro del entrenamiento en habilidades sociales son: el entrenamiento en habilidades para rechazar el consumo, el desarrollo de habilidades de escucha y conversación, el entrenamiento en solución de problemas, la comunicación no verbal, el entrenamiento en asertividad, el rechazo de peticiones, la expresión de sentimientos, la aceptación y realización de críticas y aprender a reforzar la conducta de los demás.

### **2.1.2 La prevención de recaídas**

La prevención de recaídas parte de considerar que el individuo vuelve a consumir una sustancia porque ante una situación de riesgo no dispone de las estrategias de afrontamiento adecuadas para mantener la abstinencia. Si ante una situación de riesgo el sujeto emite una respuesta adecuada que evita el consumo, la sensación de control y de autoeficacia percibida se incrementarán y, con ello, la probabilidad de futuros consumos se reducirá. La intervención se basa en aprender a identificar las situaciones, pensamientos y/o emociones que pueden llevar al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente para evitar la recaída, aprender a identificar las señales que anuncian una posible recaída y aprender a enfrentarse a una recaída antes y después de que se produzca el consumo (Marlatt y Donovan, 2005; Marlatt y Gordon, 1985).

Marlatt y Donovan, (2005) describen como las principales técnicas cognitivo-conductuales que se incluyen en los programas de prevención de la recaída son: identificación de las situaciones de alto riesgo de consumo, auto-registro y análisis funcional del consumo de drogas, entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante el consumo, estrategias para el afrontamiento del *craving*, diferencia entre caída (consumos aislados) y recaída, detectar y afrontar los pensamientos asociados al consumo y entrenamiento en solución de problemas. Más que como una técnica de tratamiento en sí misma, la prevención de la recaída se ha utilizado con frecuencia como un método de afrontamiento de las recaídas en general dentro de programas más amplios.

### **2.1.3 Terapia cognitivo conductual de habilidades de afrontamiento basada en la prevención de la recaída**

El objetivo de la terapia cognitivo conductual de habilidades de afrontamiento basada en la prevención de la recaída, consiste en que las personas aprendan conductas alternativas a las relacionadas con el consumo de cocaína y que aprendan además estrategias de autocontrol. Sus dos componentes principales son: el análisis funcional y el entrenamiento en habilidades.

El tratamiento más destacado en esta línea es el de Carroll (2001), que 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.

Secades y Fernández (2003) indican que la misma terapia conductivo conductual es un tratamiento probablemente eficaz para la adicción a la cocaína, frente al programa de refuerzo comunitario más la terapia de incentivo que se considera un tratamiento eficaz.

#### **2.1.4 Programas de autonomía personal**

Walton, Blow, Bingham y Chermack (2003), consideran que en proceso de vulnerabilidad y exclusión intervienen factores externos a la persona y acontecimientos vitales que le exigen echar mano del repertorio de capacidades y competencias de que dispone para superarlas. Dependiendo de los recursos psicológicos, físicos y sociales de que disponga, las posibilidades de afrontamiento serán mayores o menores. Se ha visto que aquellas personas que tienen una peor autoeficacia, con más tiempo libre empleado en actividades relacionadas con la sustancia, solteras y con ingresos más bajos, tenían más probabilidades de recaer en el alcohol y, algo semejante, ocurría con otras drogas.

### **2.1.5 Programas de vinculación y apoyo sociofamiliar**

En el año 2005 Subirats considero que el aislamiento social y/o familiar tiene consecuencias tanto psicológicas como materiales que pueden colocar a quienes lo padecen en una situación de vulnerabilidad extrema, desplazándolos rápidamente hacia el terreno de la exclusión. Así, tanto la familia como los vínculos comunitarios ejercen de soporte frente a las situaciones de riesgo y/o vulnerabilidad; mientras que la escasez de contacto interpersonal, de espacios para este contacto y una escasa red de amistades, puede conllevar un aislamiento relacional.

En el caso de los drogodependientes, las redes sociales de proximidad suelen estar bastante afectadas. Durante el periodo de consumo activo se prioriza la interacción social, aunque no totalmente, con personas que también son consumidoras de drogas o se mueven en espacios de consumo, que suelen ser también espacios generadores de exclusión. Por tal motivo, la creación de espacios de inclusión y de participación activa para las personas drogodependientes es esencial para su integración social. Es conveniente que dichos espacios no sean segregadores, es decir, que no sean preferentemente para drogodependientes, exdrogodependientes o personas en situación de exclusión, sino que sean espacios abiertos a población general que favorezcan relaciones heterogéneas y una integración normalizadora.

Para promover y facilitar este proceso integrador, es preciso trabajar con la propia red social, y no sólo con la persona drogodependiente, para dotar a esta red de elementos que permitan a sus miembros desarrollar actitudes y comportamientos que favorezcan la integración y disminuyan los prejuicios, al tiempo que se les ofrezca orientación y apoyo para superar el desgaste emocional y social que supone convivir con esta problemática. La familia es una pieza estratégica esencial en el proceso de incorporación social, tanto por el apoyo en la cobertura de

necesidades básicas como por el apoyo afectivo que ofrece a la persona afectada. Papel similar, aunque en menor medida, cumple la red social próxima. Es por esto que ambas, pero especialmente la familia, tienen que disponer de formación o pautas para actuar convenientemente en el proceso de incorporación. Y porque el rol de cuidador implica un desgaste físico, pero sobre todo emocional, que conviene prevenir a través del fortalecimiento de la propia red social y el desarrollo de estrategias y competencias de afrontamiento y gestión emocional. Al tiempo que se consideran medidas de apoyo excepcionales para cuando sea necesario, por ejemplo cuando la familia necesita una atención terapéutica para reorganizar el sistema a través del cambio conductual de sus miembros. La drogodependencia de un miembro de la familia suele vivirse con una elevada carga emocional, afectando a la salud psicológica y física de algunos de sus miembros. Esto llega incluso a provocar disfunciones en sus relaciones sociales como consecuencia de la merma de autoestima, los sentimientos de vergüenza y culpa, de indefensión, depresión u otras consecuencias. Por eso atender a la familia es tan importante como atender al drogodependiente. Primeramente, porque restituir en sus miembros unos niveles óptimos de salud y funcionalidad, es una responsabilidad social y sanitaria, además de que con ello disminuimos la posible vulnerabilidad que puedan estar desarrollando como consecuencia de la vivencia de este suceso vital estresante. Respecto al proceso de incorporación del miembro drogodependiente, disponer de una familia funcional va a ser uno de los apoyos más importantes, y sobre todo duraderos, de que podrá disponerse durante el proceso de inserción y después de éste.

En muchas ocasiones, la integración de la persona drogodependiente y su mantenimiento en un proceso terapéutico está directamente relacionada con la actitud e implicación familiar en el mismo. Por tanto, ha de realizarse un trabajo de recuperación y fortalecimiento de estas

relaciones, siempre y cuando se consideren beneficiosas para el sujeto y su proceso de inserción. En ocasiones estas relaciones están deterioradas como consecuencia, no de los actos del sujeto, sino de conductas y actitudes de la propia familia, o de algún miembro significativo de ésta, hacia el sujeto, como puede ser el caso del maltrato físico o psicológico. Algunas de las medidas que podemos adoptar de apoyo socio familiar y que Becoña (2010) recomienda son: 1. El asesoramiento y formación a las familias, dotándolas de conocimientos y aptitudes necesarias que ayuden al fomento de la autonomía de la persona drogodependiente y de cada uno de los miembros del núcleo familiar, y a mejorar las dinámicas de relación dentro de la familia. 2. Potenciar programas de orientación y mediación familiar y puntos de encuentro; facilitar intervenciones terapéuticas, de carácter individual o grupal, que fomenten su autoestima y asertividad, la descarga emocional y gestión de las emociones negativas, la desculpabilización y la asunción del derecho a una vida propia que no se vea supeditada a la resolución del problema. 3. Sensibilizar a la comunidad con medidas de información y visibilización de la problemática de vulnerabilidad y exclusión de una parte de los consumidores de drogas. 4. Implementar programas comunitarios que desarrollen acciones en las áreas relacional, socioeducativa y formativo-laboral, donde los drogodependientes y sus familias puedan participar activamente.

## **2.2 MARCO CONCEPTUAL**

Los terapeutas, médicos, psiquiatras y psicólogos deben analizar algunos aspectos al realizar una intervención, como pueden ser algunos factores cognitivos o afectivos, el tratamiento para la solución de problemas y el estrés entre otros, con el fin de modificar la conducta adictiva, es por

ello que el enfoque cognitivo- conductual determina algunas estrategias que harán vulnerable al sujeto y por ende las recaídas, algunas de estas estrategias se mencionan a continuación.

### **2.2.1 Espera**

Estrategia cognitivo-comportamental que busca esperar que la situación se resuelva por sí sola con el pasar del tiempo, sin la intervención del sujeto, dejando al azar los acontecimientos y evitando el asumir la responsabilidad de su conducta.

### **2.2.2 Solución de problemas**

En un artículo publicado en la Revista Psicológica Científica, la doctora Guridi (2004) psicóloga especialista de la salud, de la Habana, Cuba, sostiene que la adicción y los tratamientos no farmacológicos para la conducta adictiva de ingesta de alcohol están encaminados a la modificación de factores de riesgo, conductas facilitadoras, modificación de comportamientos poco saludables, control y manejo del estrés, práctica de ejercicios y autocontrol, entre otros. Estos tratamientos no farmacológicos o estrategias de intervención tienen como base la terapia del comportamiento con la utilización de una gran variedad de técnicas tales como: relajación, entrenamiento autógeno, reflexión, entrenamiento en solución de problemas, entre otras. Cabe señalar que además del empleo de estas técnicas, el psicólogo necesita de una retroalimentación por medio de indicadores que denoten hasta qué punto ha sido efectiva su labor psicoterapéutica. El éxito depende de la adherencia terapéutica del paciente en el cumplimiento del programa o plan de tratamiento. El psicólogo, junto con el médico de familia, puede jugar un papel importante en la comunidad, teniendo entre sus tareas: la prevención y el manejo de factores psicosociales susceptibles de modificaciones positivas que incidan en la salud de los individuos, esto por medio de cambios de estilos de vida insanos, actitudes y conductas facilitadoras. Por eso

se debe tener en cuenta en el tratamiento para los residentes de la Fundación La Luz, ejercicios para la solución de problemas, reforzar muchísimo el autocontrol y un muy buen cumplimiento que haga el paciente del tratamiento.

En una investigación realizada por Romero (2011) sobre afrontamiento en jóvenes de secundaria retoma los estilos de afrontamiento definidos por Lazarus y Folkman (1986) como “Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 164) . Entre ellos se tomaron los 5 estilos de afrontamiento del inventario creado por estos autores y Vitalino (1987) y adaptado al español por Flórez (1993) con revisión psicométrica en población Colombiana por Rueda y Vélez (2010): *La solución de problemas*, entendido como la búsqueda de estrategias y alternativas para resolver conflictos. Son las habilidades que tiene el individuo para conseguir información, analizar las situaciones, examinar posibilidades, predecir opciones útiles para obtener los resultados esperados y elegir el plan de acción apropiado.

### **2.2.3 Evitación emocional**

Estrategia cognitivo-comportamental en la cual se evitan expresar las emociones, dada la carga emocional o la desaprobación social, mediante acciones que llevan a huir de situaciones por temor a censuras del medio, estas desencadenan estados emocionales ansiosos, que no son expresados sino bloqueados por el sujeto.

### **2.2.4 Búsqueda de apoyo social**

Estrategia comportamental en la cual se expresa la emoción y se buscan alternativas para solucionar el problema con otra u otras personas.

### **2.2.5 Religión**

Estrategia cognitivo-comportamental expresada a través del rezo y la oración dirigido a tolerar o solucionar el problema o las emociones que se generan ante el problema.

### **2.2.6 Búsqueda de apoyo profesional**

Estrategia comportamental en la cual se busca el recurso profesional para solucionar el problema o las consecuencias del mismo.

### **2.2.7 Reevaluación positiva**

Estrategia cognitiva que busca aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema. Es una estrategia de optimismo que contribuye a tolerar la problemática y a generar pensamientos que favorecen al enfrentar la situación.

### **2.2.8 Evitación cognitiva**

Estrategia cognitiva en la que se busca eliminar o neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores, a través de la distracción o la negación.

### **2.2.9 Expresión de la dificultad de afrontamiento**

Estrategia cognitiva que identifica las maneras erróneas de enfrentar experiencias frustrantes y poder disminuir su impulsividad.

### **2.2.10 Reacción agresiva**

Estrategia comportamental en la que se expresa la ira y la hostilidad abiertamente como consecuencia de la frustración y la desesperación, reaccionando de manera agresiva hacia los demás, hacia sí mismo o hacia los objetos.

### **2.2.11 Negación**

Estrategia cognitivo-conductual que consiste en enfrentarse a los conflictos negando su existencia o su relación.

### **2.2.12 Autonomía**

Estrategia cognitiva centrada en el razonamiento moral con la capacidad de tomar decisiones sin intervención ajena.

## 2.3 MARCO TEÓRICO

Se llevará a cabo a través de la Terapia Cognitiva-Conductual, la cual dice que los individuos nacen con una herencia y un determinado temperamento, con ellos empieza desde tempranas edades a interactuar con su entorno, con el cual aprende pautas de comportamiento, algunas beneficiosas y otras perjudiciales tanto para el mismo como para los demás. En el proceso de aprendizaje hay una compleja secuencia de interacciones, por lo cual se explica que ante una misma situación toda persona reaccione de manera diferente. En el caso de las recaídas que generan dolor, resentimiento, daño a la salud y afectación a las relaciones interpersonales es donde debemos dirigir la terapia.

En un estudio realizado en España, cuyo objetivo era el de implementar en cuatro centros de enseñanza secundaria del Principado de Asturias, para promover cambios en las actitudes hacia el consumo de sustancias psicoactivas del colectivo de adolescentes, con la intervención psicosocial de carácter educativo-preventivo y analizando los estilos sugeridos para la prevención, se observó que los diseños implementados son multidimensionales y se proyectan a diversos ámbitos de aplicación, como los concernientes a la intervención familiar, aquellos vinculados a los estilos de vida juveniles o los dirigidos al rediseño de los recursos en el ámbito del tiempo libre y el ocio alternativo, y se plantea como objetivo preventivo optimizador, la necesaria colaboración e implicación activa tanto de la familia como del grupo de iguales y la escuela —en su labor de agencias socializadoras por excelencia—, y las propias instituciones. Pero la Educación para la Salud aplicada a esta materia ha de ser mucho más que un ejercicio de intento de cambio de actitudes individuales hacia el consumo de sustancias psicoactivas que, por lo general, no redundan en la deseable modificación de hábitos conductuales ya instaurados. Abundan las propuestas de *capacitación o competencia y promoción de la salud*, de modo que a

través de esta última se promueve estimular el cambio ambiental priorizando opciones saludables. No sólo educar actitudes positivas hacia ciertos estilos de vida de bienestar, sino asegurar un aprendizaje significativo de diversos conceptos, procedimientos y habilidades personales y sociales es la propuesta relativa a la Educación para la Salud. Asimismo, poner en práctica una *intervención comportamental-educativa* centrada en actuaciones mediante las que se faciliten modificaciones conductuales y ambientales, superando el objetivo (necesario, pero no suficiente) de informar sobre las condiciones de vida asociadas a un estado que optimice la salud, es otra opción que se ofrece frente a actuaciones tradicionales de intervención terapéutica y a estrategias de Educación para la Salud en lo concerniente a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud individual. Las labores informativas y desensibilización en cuestiones relativas a la promoción de cambios de actitud hacia el consumo de drogas han de complementarse con intervenciones de mediadores, tales como familia o grupo de iguales, que han de implicarse en la corresponsabilización y actuación conjunta ante un fenómeno multidimensional que se ha de abordar comprehensivamente.

Igualmente en otro estudio efectuado en España referente a la prevención la doctora García (2010) afirma que el objetivo debe centrarse en la persona, fomentando su participación activa, creando conciencia de corresponsabilidad social, reforzando los elementos de protección frente al consumo y disminuyendo los factores de riesgo. Sloboda (2008) hace un recuento del desarrollo investigativo que permitió fundamentar científicamente las intervenciones y programas preventivos del uso y abuso de sustancias psicoactivas legales e ilegales en la adolescencia y juventud. Plantea que antes de los años setenta había poco conocimiento sobre el cual basar el desarrollo de los programas preventivos en la Unión Europea. Los esfuerzos para prevenir o demorar el inicio del consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales carecían de una

base de investigación. Sin embargo, expresa que, con la creación en 1974 del National Institute on Drug Abuse (*NIDA, siglas en inglés*) comenzó un período de investigaciones importantes que sirvieron de base para moverla prevención, de un arte, a una ciencia. En efecto, se financiaron estudios de cohorte longitudinales que siguieron a menores y adolescentes a través del tiempo y encuestas nacionales que fueron administradas en intervalos regulares. Estos esfuerzos investigativos, no solamente brindaron evaluaciones más exactas de tendencias en el consumo de sustancias, sino que, también, pudieron identificar aquellos factores biológicos, individuales, familiares, escolares, de los iguales y de la comunidad, que aumentaban la susceptibilidad de algunos chicos y chicas al consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas. Además, los estudios de cohorte longitudinales mostraron una progresión de las sustancias “legales” (tabaco y alcohol) a las drogas ilegales (cannabis y cocaína). Estos hallazgos epidemiológicos influyeron grandemente en la comunidad científica y en el personal profesional que desarrollaban programas de prevención.

Sloboda plantea que la (2008) también opina la mayor parte de los programas de prevención del abuso de sustancias que fueron evaluados y encontrados efectivos nacieron de la investigación sobre el inicio del consumo. Como tal, estos programas van dirigidos a toda la población adolescente, no importa su nivel de susceptibilidad y se dirigen específicamente al consumo de tabaco y alcohol, así como de cannabis y otras drogas ilegales. Según continúa planteando Sloboda (2008), la transición desde la etapa de examinar los elementos o principios de prevención, a una etapa de programas y prácticas, comenzó cuando NIDA patrocinó la primera conferencia sobre prevención de abuso de drogas en 1996. La meta de la conferencia fue introducir los resultados de la investigación en prevención en un estilo dirigido al sector profesional. El enfoque aplicado fue presentar “principios” de prevención relacionados con

contenido, estructura e impartición. El impacto positivo de implementar estrategias con resultados exitosos demostrados ha hecho a las comunidades más responsables y, de esta forma, más preocupadas en impartir estrategias de prevención que hayan demostrado éxito. No sólo ha habido un fuerte énfasis en seleccionar estrategias “basadas en la evidencia”, sino que la financiación depende también de demostrar la necesidad, o de definir el problema de abuso de drogas que tiene la comunidad en particular. En base a que “el conocimiento es poder” se supone que una falta de conocimientos deja a las personas expuestas al consumo de sustancias, mientras que una conciencia de los hechos relevantes, les permite elegir patrones de estilos de vida saludables.

En resumen, las siguientes son generalizaciones de cómo los medios de comunicación masiva pueden ser usados con mayor efectividad en promover la conducta en salud en los jóvenes: Paglia (1998) 1. Usar múltiples medios ayuda a promover una norma de estilo de vida. 2. Combinar las campañas mediáticas con varios otros esfuerzos preventivos para ayudar a cambiar normas. 3 Utilizar los medios para estimular la discusión interpersonal sobre el tema. 4. Utilizar y programar el ocio con otra forma de evitar “la venta dura” y promover normas de estilo de vida. 5. Dividir la audiencia (por ejemplo, subgrupos demográficos) y basar los mensajes en investigación formativa con subgrupos para poder comprender sus creencias, actitudes y valores. 6. Evitar las tácticas de temor y morales, evitar utilizar el logo de la agencia de salud cuando sea posible; ser cauteloso con los mensajes humorísticos- mientras que gustan a la juventud han probado ser inefectivos. 7. No usar personajes célebres, puesto que la juventud es escéptica de que sean genuinos. 8. Los mensajes deberían presentar información de manera honesta y ofreciendo datos, enfatizando las consecuencias negativas a corto plazo, más que a largo plazo.

En ciertos casos, los efectos positivos del consumo deberían ser reconocidos, brindando formas alternativas de alcanzar esos beneficios.

También se puede pensar en programas alternativos no obstante ello, el éxito de los programas basados en alternativas parece depender del tipo y nivel de las actividades implicadas. Por ejemplo, no es probable que la participación en una actividad única de ocio vaya a afectar el conjunto de sustancias; sin embargo, *si las actividades de ocio se integran en un enfoque de comunidad más amplio, ello puede tener un efecto en reducir el consumo de sustancias*. Mientras más jóvenes sean los chicos y chicas cuando se impliquen en enfoques basados en alternativas, más probable es que se incorporen a actividades alternativas en sus estilos de vida adolescentes y adultos. *Sin embargo, los programas basados en las alternativas son típicamente complejos, haciendo difícil identificar y evaluar los componentes clave de tal programa.*

Paglia (1998) y García (2010) creen que las actividades alternativas pueden tener un propósito social más general, al ofrecer oportunidades de desarrollo personal a jóvenes “de alto riesgo” que tendrían menos oportunidades y, puede fortalecer los factores protectores, tales como el vínculo pro-social; cualquier posible efecto sobre el consumo de sustancias sería secundario a este propósito social general. Los grupos juveniles pueden ser considerados como una sub-categoría de programas de actividades alternativas que contribuyen a prevenir el uso y abusos de sustancias. Generalmente esos grupos toman parte en varias actividades recreativas, proyectos de servicios comunitarios y campañas de sensibilización escuela/comunidad, al mismo tiempo que ofrecen educación en sustancias. Se señala que es necesario tener cuidado en los estudios de evaluación con el problema metodológico de la auto-selección de chicos y chicas, tanto para programas de actividades alternativas, como para grupos juveniles, *pues pueden ya presentar predisposición a un estilo de vida sano antes de participar en los mismos*

Se pretende saber cuáles son los afrontamientos necesarios para reforzar en los sujetos que han recaído y en los que se encuentran en la fase final del tratamiento.

También que lo extraído de la investigación sirva como base para reforzar en las comunidades terapéuticas los estilos centrados en esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos en los adictos.

Que a través de esta investigación se tengan otras herramientas para entender la problemática de las recaídas en los adictos al alcohol y Sustancias Psicoactivas (SPA) en nuestro entorno.

Tener conocimientos para ayudar a las familias de los adictos en qué consisten las recaídas y de como ellos también pueden ayudar a fortalecer esas debilidades que por culpa de esas sustancias han afectado el comportamiento y la salud del adicto.

### **2.3.1 Concepciones sobre la recaída**

#### **2.3.1.1 La recaída**

La recaída corresponde a un retroceso en los patrones comportamentales que se han asumido luego de haberse iniciado un programa terapéutico para la adicción, el uso y el abuso de sustancias psicoactivas. Prácticamente, cuando un paciente ingresa a un proceso terapéutico, éste inicia una abstinencia sostenida que a través de herramientas psicoterapéuticas se busca mantener para resistir al consumo de dichas sustancias. Sin embargo, es necesario tener presente que en todo proceso terapéutico para el tratamiento de una problemática de drogas, en la gran mayoría de los casos, se producen recaídas.

### **2.3.1.2 Como parte del proceso de recuperación**

Una gran proporción de las teorías psicológicas consideran la recaída como parte del proceso de recuperación, en un periodo que va de uno a tres meses se hace evidente que el proceso de recuperación es largo y habrá crisis.

El fenómeno de la recaída alterno al proceso de recuperación de las adicciones, es un objeto de atención reciente en la historia del estudio y tratamiento de las adicciones.

Tanto desde el modelo moral dominante de principios de siglo, en el que la recaída se veía como una confirmación del carácter intrínsecamente malvado del adicto, como posteriormente desde el modelo de enfermedad, en el que la recaída sólo era un símbolo de una mala curación o de una gravedad especial del problema, la recaída era más un resultado más que como un fenómeno de estudio en sí mismo.

Las primeras aportaciones de explicación científica del fenómeno de la recaída en las adicciones, se originan en los modelos de aprendizaje por condicionamiento clásico. En estos modelos, aquellas situaciones relacionadas con la abstinencia (Wikler, 1965) o con el consumo, (Siegel, 1979) adquieren potentes propiedades elicitoras de reacciones condicionadas directas (síndrome de abstinencia condicionado) o compensatorias (Craving) que producen una intensa motivación para el consumo ante diversas situaciones cotidianas

Estos modelos explican una parte importante del fenómeno de la recaída, pero no profundizan en las observaciones clínicas de los profesionales implicados en el tratamiento de las adicciones. La gran complejidad de este fenómeno se ve íntegramente reflejada en las múltiples causas y variaciones que se pueden producir en la reincidencia del comportamiento adictivo por una

persona que ha decidido y ha conseguido mantenerse en abstinencia durante plazos de tiempo relativamente importantes.

La misma evolución que se realizó en la terapia de conducta hacia acercamientos más globales de tipo cognitivo conductual, se produce en el estudio de las adicciones y más concretamente en el fenómeno de la recaída. A pesar de la gran variedad de formas en las que se produce este fenómeno, estudios realizados por diferentes autores confirman una importante similitud en cuanto a las variables intervinientes. Entre ellas: la tasa y frecuencia de ocurrencia de las recaídas a lo largo del tiempo (Hunt y Cols, 1979), la similitud entre ciertas categorías de situaciones en las que se pueden producir con una mayor frecuencia (Marlatt A. y Gordons, J., 1985) y ciertas características personales que nos pueden orientar respecto a determinada vulnerabilidad cognitivo-conductual en algunas personas (Beck, A. y Cols, 1993). Estas observaciones permiten suponer mecanismos comunes que posibiliten realizar modelos del comportamiento adictivo y de las estrategias para su recuperación.

El primer y más integrador modelo cognitivo-conductual de explicación del fenómeno y de orientación para la intervención en la prevención de recaídas, es el realizado por Marlatt y expuesto por Marlatt y Gordon en 1985. Según este modelo, la recaída es fundamentalmente un fallo de autocontrol del sujeto. Ante determinadas situaciones, algunas personas pueden fallar y hacer una valoración adecuada del grado de riesgo de la situación y/o de su capacidad para afrontarla; o pueden no desarrollar de la forma necesaria las habilidades precisas para su afrontamiento exitoso.

## 2.4 MARCO LEGAL

El desarrollo de esta investigación tuvo en cuenta algunas disposiciones legales relacionadas con la población de estudio.

La Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE) se inicia en 1999 el Programa para la Descentralización del Plan Nacional de Drogas (1999), cuyo objetivo fundamental era fortalecer la capacidad de respuesta institucional de los gobiernos locales para la implementación de los lineamientos nacionales en materia de prevención y reducción del consumo de drogas.

En el año 2004 la nueva administración nacional decide delegar al Ministerio de la Protección Social la responsabilidad sobre el tema de reducción del consumo de drogas, específicamente en la Dirección General de Salud Pública.

En desarrollo de este programa se ha apoyado la creación y puesta en marcha de comités de prevención de drogas en 29 departamentos y 520 municipios, se ha acompañado la formulación y desarrollo de planes departamentales y municipales de drogas y se ha brindado asistencia técnica a los funcionarios públicos relacionados con el tema de consumo de drogas. De igual manera se han apoyado 65 iniciativas de prevención del consumo de la sociedad civil y se han fortalecido los observatorios regionales de drogas existentes en el país.

Luego de una revisión realizada en el 2009, el Programa amplía la cobertura de las actividades, a la luz de la Política Nacional de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, y desde ese momento recibe el nombre de: Programa de Fortalecimiento Nacional y local para la reducción del consumo de drogas en Colombia.

El Programa busca reducir el abuso de drogas y realizar programas y campañas efectivas de prevención, cuidado y reintegración a la sociedad de los consumidores de drogas, para lo cual se plantea cuatro resultados.

El Programa de Fortalecimiento Nacional y local para la reducción del consumo de drogas en Colombia busca reducir el abuso de drogas y realizar programas y campañas efectivas de prevención, cuidado y reintegración a la sociedad de los consumidores de drogas, para lo cual se plantea cuatro resultados.

En primer lugar que los Comités Territoriales de Prevención de Drogas en el país mejoren su capacidad de respuesta frente al problema de consumo de drogas, a nivel técnico, institucional y financiero, a través de la capacitación de funcionarios en planeación, seguimiento y evaluación de las acciones en reducción del consumo de drogas y la actualización sobre políticas públicas y estrategias de reducción del consumo de drogas.

De igual manera, se adelantarán procesos de evaluación, sistematización e intercambio de experiencias y lecciones aprendidas de entidades territoriales y organizaciones de la sociedad civil, así como la conformación de redes sociales de cooperación y alianzas entre departamentos y municipios para desarrollar proyectos que permitan un abordaje integral de la problemática.

También se realizarán encuentros periódicos con autoridades locales para promover la inclusión del tema de reducción de la demanda de drogas en la agenda política, estratégica y programática de las entidades territoriales.

El segundo resultado se refiere al fortalecimiento de los sistemas de vigilancia e investigación sobre drogas existentes en el país los cuales deben brindar información actualizada sobre el consumo, los factores conexos y los problemas asociados, para alcanzar este resultado se tiene

previsto en primera medida la divulgación y análisis de los resultados del Estudio Nacional de Consumo realizado en el 2008 por el gobierno nacional.

Por otra parte se adelantarán acciones para apoyar el fortalecimiento de los observatorios regionales sobre drogas de tal manera que logren acopiar en forma sistemática información sobre consumo de drogas y realizar un análisis integral del problema. Así mismo, se realizarán estudios cualitativos con grupos focalizados de población sobre consumo de drogas, factores conexos y problemas asociados realizados.

El tercer resultado busca que a nivel nacional y local se diseñen e implementen estrategias de sensibilización, prevención e inclusión social frente al consumo de drogas en los ámbitos comunitario, familiar, escolar, laboral y en lugares de esparcimiento, mediante procesos participativos que involucren a la sociedad civil y a las entidades de gobierno, para ello el programa adelantará estrategias de sensibilización y comunicación a través de medios masivos, producirá material informativo y educativo que brinden información sobre los factores de riesgo y los problemas asociados al consumo de drogas y alcohol que apoyen la capacitación de agentes de prevención.

Así mismo se apoyarán iniciativas de prevención e inclusión social, propuestas en el marco de los Planes Departamentales de Drogas y/o por ONG, dirigidas a jóvenes en riesgo de vincularse a la problemática de las drogas y delitos asociados, tales como escuelas deportivas, promoción de talentos artísticos y culturales y alternativas ocupacionales.

Para alcanzar este resultado el programa también se propone de manera prioritaria fortalecer las estrategias nacionales de prevención del consumo de drogas en el ámbito laboral y de

prevención del abuso de alcohol y otras drogas en lugares de esparcimiento en coordinación con las autoridades locales.

Por último, se crearán redes de soporte social y familiar a nivel local a través de espacios de participación y de formación en torno a la temática de drogas con líderes, padres, madres y cuidadores.

El cuarto resultado del programa busca desarrollar una estrategia de abogacía para el mejoramiento de la calidad, ampliación y diversificación de programas de atención al drogodependiente, a través de la realización de foros y encuentros formativos con funcionarios públicos y organizaciones de la sociedad civil, también se adelantarán estudios y análisis sobre las políticas de tratamiento de adicciones enfocadas a mejorar la oferta de servicios y ofrecer alternativas a los consumidores en conflicto con la ley penal realizados.

Por último se plantea la conformación de redes de organizaciones que trabajan en atención y prevención del abuso de drogas y VIH/Sida facilitan el intercambio de experiencias y la cooperación horizontal.

## **2.5 MARCO INSTITUCIONAL**

### **2.5.1 Presentación general de la institución**

#### **2.5.1.1 Quienes somos**

La fundación la Luz es una institución de carácter privado, sin ánimo de lucro, que ofrece un servicio profesional, a través del modelo de Comunidad Terapéutica, a personas con problemas de adicción y/o comportamiento. Al mismo tiempo hace prevención en éstas áreas.

### **2.5.1.2 Misión**

Inspirados en los más nobles principios y con el valioso aporte de las ciencias humanas, acogemos al adicto y a quienes tiene problemas de comportamiento y con ellos recorreremos el maravilloso camino hacia la LUZ, hacia la vida.

### **2.5.1.3 Visión**

Nos proyectamos, significativamente, en el ámbito nacional e internacional para ofrecer un servicio cualificado y eficaz a nivel preventivo y terapéutico.

### **2.5.1.4 Valores**

Honestidad-Responsabilidad-Trabajo-Calidad-Lealtad-Servicio-Amor

### **2.5.1.5 Objetivo**

Abordar globalmente, tanto en la fase de prevención como de intervención terapéutica, a las personas propensas o afectadas por problemas de adicción y/o comportamiento para ofrecer soluciones reales e integrales a sus necesidades.

### **2.5.1.6 Modelo estructural de intervención**

Está fundamentado en la comunidad terapéutica, la cual se basa en el aprendizaje social, de ambiente de normas y valores compartidos con dinámicas guiadas al cambio individual, orientadas por un equipo de profesionales calificados para facilitar que el usuario logre progresivamente su recuperación integral “La comunidad terapéutica es una modalidad de tratamiento residencial para la rehabilitación de adictos y personas con problemas de comportamiento” (Fundación la Luz, p. 24).

#### **2.5.1.7 Manejo de la recaída**

Se considera dentro de la fundación que la recaída es un obstáculo en el proceso de recuperación, por lo tanto no deben existir excusas para recaer ya que en el proceso de recuperación cada paciente sale con las herramientas que le permiten permanecer sobrio. Las principales herramientas para permanecer sobrio son: el mantenimiento de la comunicación con los miembros del equipo que permitan manifestar situaciones de riesgo y participar con regularidad en el grupo de apoyo institucional o extra institucional “Cada residente debe saber que si no trabaja en su recuperación la enfermedad trabaja en él. El fin de la fase residencial es apenas la superación de una etapa y el trabajo continua” (Fundación la Luz, p. 57).

### 2.5.1.8 Organigrama de la Fundación



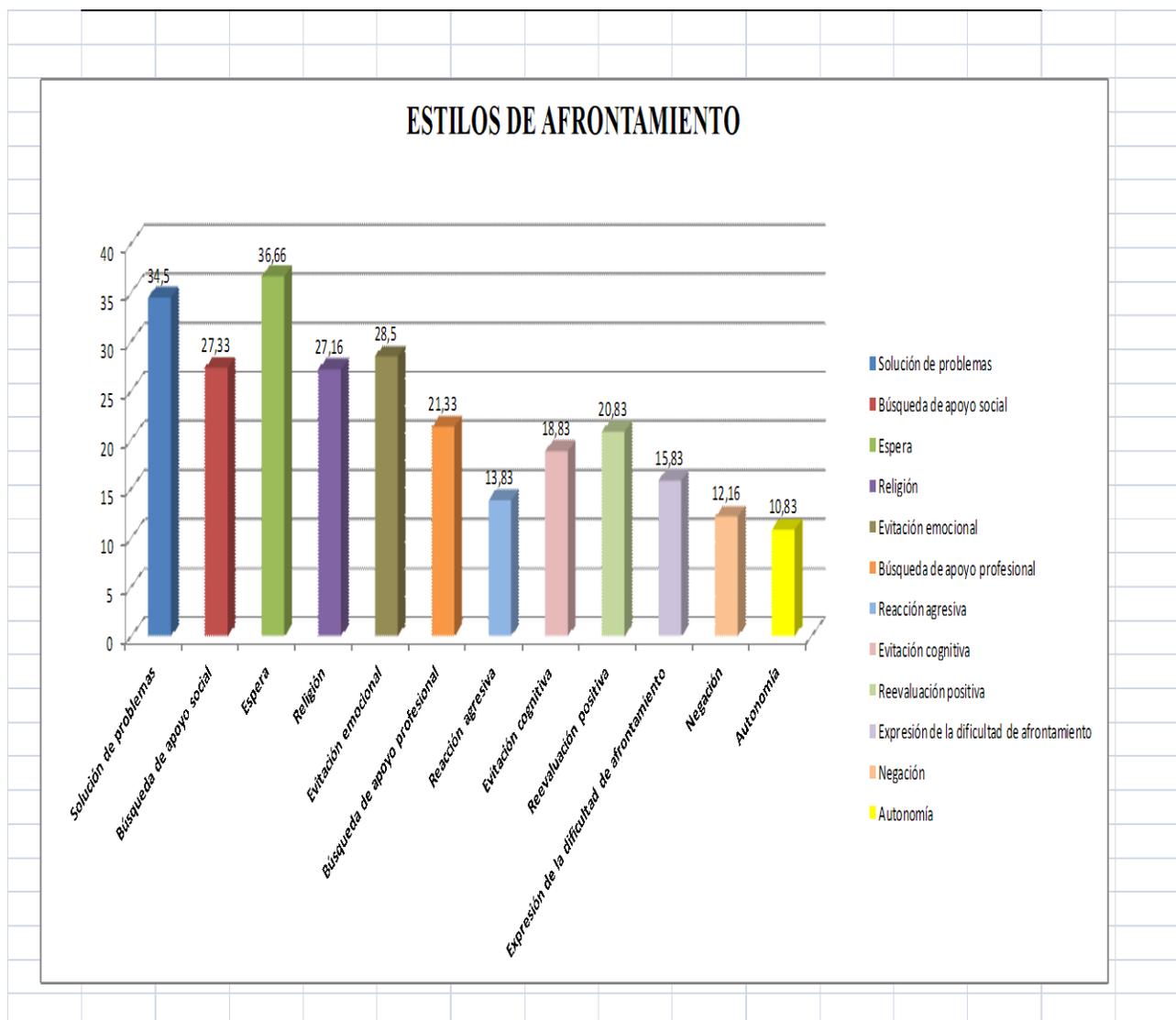
(Fundación la Luz, p. 12).

### 3. ANALISIS DE RESULTADOS

De acuerdo a los resultados obtenidos en la escala de afrontamiento administrada a los residentes de la Fundación La Luz, se observó un porcentaje significativo de 36.66% para la escala de *Espera*, definida como un estilo de afrontamiento que utiliza la escala cognitivo-comportamental de esperar de manera pasiva a que la situación se resuelva por sí misma con el pasar del tiempo. En segundo lugar se encuentra que la estrategia de afrontamiento de *Solución de Problemas*, que presentó un porcentaje de 34.5%, indicando esto que los residentes colocan en marcha procesos de razonamiento relativamente complejos con el fin de mejorar un conflicto, en este caso los ocasionados por la recaída en el consumo de SPA. Por otra parte el de la escala de *Evitación emocional*, se encontró un porcentaje de 28.5%, estrategia esta en la cual se evita expresar las emociones, dada la carga emocional ó de la desaprobación social a la que se ven sometidos los residentes y debido a la desaprobación por parte de su entorno por su conducta compulsiva de consumo. En cuarto lugar se encuentra el de la escala *Búsqueda de apoyo social* con un porcentaje de 27.3%, es una estrategia comportamental con la cual se expresa la emoción y se buscan alternativas para solucionar el problema con otra u otras personas. Para el quinto lugar se presenta el de la escala de *Religión* con un porcentaje de 27.16%, que es una estrategia cognitivo-comportamental expresada por los residentes a través del rezo y la oración dirigido a tolerar o solucionar el problema o las emociones que se generan ante el problema. Luego se presenta en la escala con un 21.33 %, el afrontamiento *búsqueda de apoyo profesional*, que es la estrategia comportamental que en sexto lugar presentan los residentes, con la cual se busca el recurso profesional para solucionar el problema o las consecuencias del mismo. Ya en otros porcentajes menores se encuentran las siguientes estrategias: con un 28.83% la *Reevaluación positiva*; con un 18.83% la *Evitación cognitiva*; con un 15.83% la *Expresión de la dificultad de*

*afrentamiento*; con un 13.83% la *Reacción agresiva*; con un 12.16% la *Negación*; y con un 10.83% la *Autonomía* (Ver tabla 2).

Tabla 4: Estilos de afrontamiento



A través de la entrevista semiestructurada realizada a los residentes que están actualmente por haber recaído en el consumo de SPA en la Fundación la Luz del Municipio de Medellín, se ha

podido determinar los emergentes como resultado del análisis del conglomerado conceptual y son los siguientes:

**Tabla 5: Ítems emergentes**

ITEM	EMERGENTE
¿Ha buscado analizar las causas del problema y como lo ha hecho?	EXPLORACIÓN
¿Ha buscado generar alternativas de solución, cómo lo ha hecho?	TRATAMIENTO
¿Busca alternativas para solucionar el problema con otra u otras personas?	GUÍA ESPIRITUAL
¿Espera que la situación se resuelva por sí sola con el pasar del tiempo?	BÚSQUEDA DE SOLUCIÓN
¿Qué pasa por su mente cuando ante una situación difícil, deja en mano de Fuerzas externas la solución que da al problema?	AFRONTAMIENTO
¿De qué manera evita expresar las emociones frente a una situación de malestar?	EVACIÓN
¿Cree que la búsqueda de apoyo profesional es necesaria para la solución de problemas?	ASISTENCIA
¿Qué tipo de reacción presenta como consecuencia de la frustración por no alcanzar los objetivos?	IRRITABILIDAD
¿De qué forma tratas de neutralizar los pensamientos valorados como negativos, estresantes o perturbadores?	PENSAMIENTO POSITIVO
¿Frente a una problemática qué aspectos positivos contribuyen a enfrentar la situación?	CAMBIO

¿Cómo identifica las maneras erróneas de enfrentar experiencias frustrantes y poder disminuir su impulsividad?	CONSUMO
¿Cuándo niega la existencia de una situación difícil, qué pasa por su pensamiento?	AYUDA

### **3.1 Items emergentes**

#### **3.1.1 Exploración**

Para algunos de los residentes se presenta que estos analizan las causas de sus problemas hablando por medio de interiorización, comunicando a otros su dilema; tratando igualmente de no ser irresponsables y de ser honestos consigo mismos.

#### **3.1.2 Tratamiento**

Para otros de los residentes generar alternativas de solución, buscar grupos de apoyo, someterse a algún tratamiento, consultando con profesionales y documentándose, ha sido la estrategia para enfrentar las recaídas.

#### **3.1.3 Guía espiritual**

Los residentes describen como búsqueda alternativa para la solución de su problemática, asistir a la iglesia y buscar en otros sujetos su guía espiritual, guía que de por sí deben estar primero estar en un estado emocional tranquilo, que de seguridad, que no tenga problemas y que pueda aconsejarlo.

### **3.1.4 Búsqueda de soluciones**

Así mismo algunos de los residentes piensan que es debido afrontar y buscar la solución, no dejar pasar el tiempo sin colocar por parte de ellos algunas herramientas ya aprehendidas para superar momentos difíciles que se tienen cuando no se puede tener control sobre la adicción.

### **3.1.5 Enfrentarlas**

Cuando un adicto está ante una situación difícil, frente a la adicción, por su mente pasan diferentes pensamientos, algunos piensan que no se debe dejar a Dios o a ese ser superior la solución al problema y como emergente la deben enfrentar ellos mismos para dejar de sufrir.

### **3.1.6 Evadiendo**

En cuando la expresión de las emociones frente a una situación que le cause malestar, se presenta como emergente el evadir, para algunos sería más sencillo reprimir, o inhibirse, o aislarse de los demás, al igual que tornarse eufórico ante el problema.

### **3.1.7 Asistencia**

Para la gran mayoría de los residentes recaídos la búsqueda de apoyo profesional es necesaria para la solución de problemas con un emergente de asistencia, que la ayuda es necesaria por que ellos solos no pueden salir del problema, por que ellos mismos no pueden ver lo que otros sí

pueden, por que ellos tienen las herramientas y el conocimiento para poder ayudar a resolver esos comportamientos adictivos.

### **3.1.8 Irritabilidad**

Muchas veces las recaídas se presentan como consecuencia de no alcanzar los objetivos propuestos, uno de los emergentes es la irritabilidad, ya que les causa desánimo y tristeza, se sienten ofendidos por que saben que tienen más capacidades, por que les produce rabia, deseo de abandonar todo y entrar en un estado de sueño profundo con frustración y apatía.

### **3.1.9 Positivas**

En cuanto a la forma de neutralizar los pensamientos valorados como negativos, estresantes o perturbadores, aparece el emergente positivo, para describir, como ante esos pensamientos negativos, inmediatamente los cambian por positivos, ya sea desviándose de la falta que se tiene y ver desde otro ángulo para transformarlos de una manera más positivos.

### **3.1.10 Cambio**

Es un emergente frente a una problemática que contribuye a enfrentar de una forma positiva la situación, el cambio del estado de ánimo, la experiencia ya vivida anteriormente, la aceptación de dicha problemática y los deseos de cambiar.

### **3.1.11 Consumo**

Este emergente identifica las maneras erróneas de enfrentar experiencias frustrantes y disminuir su impulsividad, por sentirse muy débiles y como solución tendrían el consumo de las sustancias psicoactivas, con malos pensamientos de consumo y hablando con otros individuos de lo que le está haciendo caer nuevamente en la problemática.

### **3.1.12 Ayuda**

Para los residentes el emergente de la ayuda se da cuando se niega la existencia de una situación difícil, que ya es hora de buscar ayuda (Ver anexo B).

## **3. 2 Análisis de resultados**

De acuerdo a los resultados obtenidos en la escala de afrontamiento administrada a los residentes de la Fundación La Luz, se establece que la estrategia de afrontamiento de Solución de Problemas, se presentó en un porcentaje de 34.5%, indicando esto que los residentes colocan en marcha procesos de razonamiento relativamente complejos con el fin de mejorar un conflicto, en este caso los ocasionados por la recaída en el consumo de SPA, de manera similar Hunt y Cols (1979) se refieren a la vulnerabilidad cognitiva de algunas personas que permiten poner en marcha mecanismos que posibilitan realizar modelos de comportamiento adictivo.

También se identifica que el estilo centrado en el soporte social, lo abordan los sujetos que han recaído en las adicciones buscan alternativas para solucionar el problema con otra u otras personas en un 27.33%, la importancia del soporte social se evidencia en estudios realizados por

Pagalia (1998) y García (2010) donde se califica como factor protector el vínculo pro-social, como podrían serlo los grupos juveniles.

Se describe el estilo centrado en lo fantasioso como un deseo de querer escapar de la realidad, donde no importa herir a alguien, ni herirse así mismo, donde lo que más le interesa es satisfacer su anhelo de estar ausente del mundo que lo está rodeando en el momento, de darle satisfacción a su imaginación y para lograrlo hace lo que su débil mente le dice, este resultado coincide con lo propuesto por Marlatt en 1983 donde afirma que el sujeto con recaídas fallan en valorar adecuadamente del grado de riesgo de la situación.

Con los resultados obtenidos se reconoce que el estilo centrado en la evitación emocional, prevalece en un 28.5% en los residentes de la Fundación la Luz del Municipio de Medellín, ya que impide un incremento puntual de la ansiedad por el consumo de sustancias psicoactivas.

También se describe el estilo centrado en la auto-culpa de los residentes de la Fundación en un bajo porcentaje. Para ellos no existe culpa alguna, más bien opinan que la culpa la tienen los otros, culpan generalmente a sus padres o familiares que no le dieron la educación necesaria para tener mecanismos de defensa y poder haber evitado caer en la adicción.

#### 4. CONCLUSIONES

El proceso de recuperación de una persona adicta es difícil por sí solo, a pesar de haber logrado una recuperación con la ayuda de un tratamiento terapéutico, el adicto debe afrontar aquellas situaciones predisponentes que lo llevan a recaer en la adicción. Durante el tratamiento se incluye el entorno familiar, en especial el más cercano, con el cual debe trabajar de manera unida y permanente consolidándose como un efectivo factor de protección.

A pesar de haber terminado con éxito algún tratamiento, los sujetos que abandonan la adicción, se enfrentan a impulsos, deseos y pensamientos automáticos que van a intentar modificar, pero les es muy complejo. Ellos a pesar de tener el conocimiento de lo dañino y peligroso que es el consumo, no tienen la suficiente voluntad para evitar esa tentación por lo que es necesario capacitarlos con estrategias de afrontamiento que les ayuden a mantener la abstinencia en situaciones de riesgo.

Se pudo establecer que la capacidad con la que se afrontan las situaciones de riesgo determinan el éxito o el fracaso de los tratamientos ya que un individuo que enfrenta positivamente una situación de posible consumo y la supera aumenta su confianza y disminuye el riesgo de un futuro consumo.

Es muy importante propiciarles a las personas en recuperación de una adicción, espacios donde puedan reintegrarse paulatinamente a la vida familiar, laboral y social, distanciándolos de los espacios de exclusión que puedan provocar una recaída.

La recaída de un adicto es muy dolorosa, tanto para él como para su entorno familiar, sin contar las personas que intervinieron en su tratamiento para llevarlo al éxito, como lo son los terapeutas, los psicólogos, psiquiatras, los médicos, y otros profesionales que hicieron parte de

esa recuperación. En lo referente a la presente investigación se observó que la mayoría de los adictos que recaen en el consumo de sustancias psicoactivas, se dio que muchos esperan que sus problemas se resuelvan por si solos, con el pasar del tiempo, sin tener la suficiente fortaleza de enfrentar dicha situación. Igualmente el evitar expresar sus emociones y sufrir en silencio ocasiona que un adicto pueda recaer fácilmente.

## 5. RECOMENDACIONES

Los procesos de recuperación de los adictos a las sustancias psicoactivas son largos y traumáticos para la gran mayoría de ellos, muchos tratamientos deben seguir, y ellos lo saben, enfocado en el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento. Para ello se sugiere asistir a grupos de apoyo, como lo son el de alcohólicos anónimos, narcóticos anónimos, intervenciones ambulatorias, entre otros. También realizar cambios en su entorno, cambios de amistades, evitar factores de riesgo como lo es frecuentar lugares de consumo o de venta de sustancias psicoactivas.

Muchos de los pacientes son diagnosticados con trastornos mentales de base que en determinados momentos puedan dificultar la recuperación de otros pacientes, por lo anterior se recomienda que en los centros de recuperación de las adicciones, se aborde el tratamiento terapéutico de dichos trastornos mediante psicoterapias grupales. Dichos grupos deben estar separados por edades, por tipo de adicción, por tipo de distorsión psicológica y por sexo.

Reforzar los ejercicios encaminados a fortalecer la identificación y resolución de problemas, potencializando habilidades para que el individuo pueda analizar situaciones y desarrollar repertorios conductuales que lo mantenga alejado del consumo.

Se recomienda fortalecer los observatorios de consumo de drogas con el fin de delimitar de manera clara los factores de riesgo y protectores de la región en particular y así realizar un análisis que permita el planteamiento de programas de inclusión social adecuado a las necesidades regionales.

Se propone por último establecer grupos de apoyo en las instituciones educativas que establezcan la gravedad de la problemática del consumo y a su vez ofrezcan espacios de

recreación y deporte, creando centros de interés que fortalezcan relaciones sociales con pares no adictos con la participación activa de las familias en la planeación de dichos grupos.

## 6. REFERENCIAS

Alvarado, S. (2012). *Adicciones: el proceso de recaída*. [En línea]. Recuperado de:

<http://www.adicciones.org/recuperacion/recaida.html>

Baeza, J.C. (1994). *Afrontamiento de la ansiedad*. [En línea]. Recuperado de:

<http://www.clinicadeansiedad.com>

Becoña, E., Cortés, M., Arias, F., Barreiro, C., Berdullas, J., Iraurgi, I. et al. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. [En línea].

Recuperado de:

<http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=3&ved>

Brizuela, Fernández, Murillo. (2009). *Curso de Planificación del Recurso Físico en Salud* [En línea]. Recuperado de:

<https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:n127Pdi67kJ:www.aadaih.com.ar/publicaciones/monografias-09/adicciones.pdf+&hl=es->

Budney y Higgins (1998). *Tratamiento conductual de la adicción a la cocaína*. [En línea].

Recuperado de: [http://www.setox.org/Archivos/Jornadas/203/ParteIII\\_1.pdf](http://www.setox.org/Archivos/Jornadas/203/ParteIII_1.pdf)

Carver, J. (1994). *Optimism*. [En línea]. Recuperado de:

<http://www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/CCresop.html>

Carroll, K. (2001). Un enfoque cognitivo-conductual: el tratamiento de la adicción a la cocaína.

FAD. CITRAN, Barcelona. Traducción al castellano de: A cognitive-behavioral approach: treating cocaine addiction. National Institute on Drug Abuse (NIDA), 1998.

Centro de información y educación para la prevención del abuso de drogas – CEDRO. (2012).

*Abuso y dependencia de sustancias psicoactivas*. [En línea]. Recuperado de 2012 de:

[http://www.cedro.org.pe/ebooks/Consejero\\_Telef%F3nico\\_B3.pdf](http://www.cedro.org.pe/ebooks/Consejero_Telef%F3nico_B3.pdf)

Consuegra, Natalia (2004). *Diccionario de Psicología*. Bogotá: Ecoe

Dirección nacional de estupefacientes (1999). *Programa para la Descentralización del Plan*

*Nacional de Drogas*. [En línea]. Recuperado de:

<http://www.mij.gov.co/econtent/newsdetailmore.asp?id=2214&idcompany=2>

Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) validada en Colombia por Londoño et al.

(2006) y desarrollada originalmente por Chorot y Sanin (1993).

Elster, John. (2001). *Sobre las Pasiones. Emoción, adicción y conducta humana*. Ediciones

Paidós Ibérica, S.A.

Esterberg, K. (2002). *Qualitative Methods in Social Research*. Mexico: McGraw-Hill.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2005). *Metodología de la*

*investigación*. [En línea]. Recuperado de: [http://www.franciscohuertas.com.ar/wp-](http://www.franciscohuertas.com.ar/wp-content/uploads/2011/04/IT_Hernandez_Sampieri-y-Otros_Recolecci%C3%B3n-analisis-datos-cuali.pdf)

[content/uploads/2011/04/IT\\_Hernandez\\_Sampieri-y-Otros\\_Recolecci%C3%B3n-analisis-](http://www.franciscohuertas.com.ar/wp-content/uploads/2011/04/IT_Hernandez_Sampieri-y-Otros_Recolecci%C3%B3n-analisis-datos-cuali.pdf)

[datos-cuali.pdf](http://www.franciscohuertas.com.ar/wp-content/uploads/2011/04/IT_Hernandez_Sampieri-y-Otros_Recolecci%C3%B3n-analisis-datos-cuali.pdf)

García, Lourdes. (2010). *Prevención Efectiva del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Chicos*

*Y Chicas Adolescentes. Una Revisión Actualizada de la Materia*. Recuperado de:

<http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/dgad/documentacion/20100727DROGODEPEN>

[DENCIAS.pdf](http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/dgad/documentacion/20100727DROGODEPEN)

García, Raquel & Alonso, María. (2002). *Evaluación en programas de prevención de recaída: adaptación española del Inventario de Habilidades de Afrontamiento (CBI) de Litman en dependientes del alcohol.*

[http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0C  
CYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.adicciones.es%2Ffiles%2FArticulo%25204.pdf&ei=  
43-](http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0C<br/>CYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.adicciones.es%2Ffiles%2FArticulo%25204.pdf&ei=<br/>43-)

Guridi, M. (2004). *Bebederos abusivos: Intervención Comunitaria en el Policlínico.* [En línea-  
Recuperado de: [http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-145-3-bebederos-  
abusivos-intervencion-comunitaria-en-el-policlinico.htm](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-145-3-bebederos-<br/>abusivos-intervencion-comunitaria-en-el-policlinico.htm)

Hastead, Bennett, Cunnigham (1993). *Estilos estrategias de afrontamiento en adolescentes.* {En  
línea}. Recuperado de:  
[http://www.hhv.gob.pe/revista/2006/3%20ESTILOS%20Y%20ESTRATEGIAS%20DE%20  
AFRONTAMIENTO.pdf](http://www.hhv.gob.pe/revista/2006/3%20ESTILOS%20Y%20ESTRATEGIAS%20DE%20<br/>AFRONTAMIENTO.pdf)

Hunt y azrin (1973). Aproximación de reforzamiento para adolescentes. [En línea]. Recuperado  
de: <http://www.unioviedo.es/gca/index.php?page=acra>

Lazarus, R. S. y folkman, S. (1986). *Stress, Appraisal and Coping.* Nueva York: Springer  
Publishing Company, Inc. Ed. Española: (1986). *Estrés y procesos cognitivos.* Barcelona:  
Martínez Roca, S. A.

Litman, Stapleton, Oppenheim y Peleg (1983) adaptado en España por García y Alonso, 2002.  
Evaluación de programas en prevención de recaída. [En línea]. Recuperado de:  
<http://www.adicciones.es/files/Articulo%204.pdf>

Mancomunidad del Guadajoz. (2012). Glosario de conceptos básicos de drogodependencia.

Recuperado de:

[http://www.guadajoz.org/pub/documentos/documentos\\_GLOSARIO\\_DE\\_CONCEPTOS\\_BASICOS\\_DE\\_DROGODEPENDENCIA\\_0ed7f279.pdf](http://www.guadajoz.org/pub/documentos/documentos_GLOSARIO_DE_CONCEPTOS_BASICOS_DE_DROGODEPENDENCIA_0ed7f279.pdf)

Marlatt y Gordon (1985). *Prevención de recaídas*. [En línea]. Recuperado de:

[http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogodependencia/ponencias4/PREVENCIxN\\_DE\\_RECAxDAS.pdf](http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogodependencia/ponencias4/PREVENCIxN_DE_RECAxDAS.pdf)

Marlatt y Donovan (2005). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. [En línea].

Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/38987208/9/PREVENCION-DE-RECAIDAS>.

Martínez Ortiz, Efrén. (2009). ¿Qué es la recaída? En AQUÍ Y AHORA Ediciones, *Prevención De Recaídas*. (pp. 17). Bogotá-Colombia.

Martínez José. (2011). Drogodependencias y trastornos de la personalidad: variables relevantes para su tratamiento. [En línea]. Recuperado de:

<https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:bfB8qu0DcQUJ:www.papelesdelpsicologo.es>

Monti, Abrams, Kadden, and Cooney (1989). *Terapia cognitiva*. [En línea]. Recuperado de:

[http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/MATCHSeries3/Project%20MATCH%20Vol\\_3.pdf](http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/MATCHSeries3/Project%20MATCH%20Vol_3.pdf)

Romero, G, F; Palacio, J. (2011). *Estilos de Afrontamiento en Jóvenes de Secundaria*. Revista Informes psicológicos, Universidad Pontificia Bolivariana sede Medellín. Volumen 11 #13.

Organización mundial de la salud (1957). *Adicción*. [En línea]. Recuperado de:

<http://www.who.int/es/>

Sloboda Z. (2008). *Prevención efectiva del consumo de sustancias en chicos y chicas*

*adolescentes*. [En línea]. Recuperado de:

<http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/dgad/documentacion/20100727DROGODEPENDENCIAS.pdf>

Subirats , J. (2005). *Análisis de los factores de exclusión social*. [En línea]. Recuperado de:

[http://www.fbbva.es/TLFU/dat/exclusion\\_social.pdf](http://www.fbbva.es/TLFU/dat/exclusion_social.pdf)

Tamayo (2003). *El proceso de la investigación científica*. [En línea]. Recuperado de:

<http://books.google.com.co/books?id=BhymmEqkkJwC&pg=PA56&lpg=PA56&dq=por+su+enfoque+metodol%C3%B3gico+y+su+fundamentaci%C3%B3n+epistemol%C3%B3gica+tien+de+a>

## 7. ANEXOS

### Anexo A:

<i>ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA</i>	
N°	PREGUNTA
1	¿Ha buscado analizar las causas del problema y como lo ha hecho?
2	¿Ha buscado generar alternativas de solución, cómo lo ha hecho?
3	¿Busca alternativas para solucionar el problema con otra u otras personas?
4	¿Espera qué la situación se resuelva por sí sola con el pasar del tiempo?
5	¿Qué pasa por su mente cuando ante una situación difícil, deja en mano de Fuerzas externas la solución que da al problema?
6	¿De qué manera evita expresar las emociones frente a una situación de malestar?
7	¿Cree que la búsqueda de apoyo profesional es necesaria para la solución de problemas?
8	¿Qué tipo de reacción presenta como consecuencia de la frustración por no alcanzar los objetivos?
9	¿De qué forma trata de neutralizar los pensamientos valorados como negativos, estresantes o perturbadores?

10	¿Frente a una problemática qué aspectos positivos contribuyen a enfrentar la situación?
11	¿Cómo identifica las maneras erróneas de enfrentar experiencias frustrantes y poder disminuir su impulsividad?
12	¿Cuándo niega la existencia de una situación difícil, qué pasa por su pensamiento?

### Anexo B: Análisis del contenido

<i>ANÁLISIS DEL CONTENIDO</i>			
Nº	ITEM	EMERGENTE	RESPUESTA
1	¿Ha buscado analizar las causas del problema y como lo ha hecho?	EXPLORACIÓN	<p>“Claro hablando por medio de interiorización y comunicando”</p> <p>“Sí, he buscado analizar las causas tratando de no ser tan irresponsable”</p> <p>“Si buscando desde mi niñez pero no había sido honesto”</p>
2	¿Ha buscado generar alternativas de solución, cómo lo ha hecho?	TRATAMIENTO	<p>“Sí, he buscado grupos de apoyo, terapia psicológica y psiquiátrica”</p> <p>“Claro estoy aquí sometíendome al tratamiento”</p> <p>“Si muchas, estudiando mi problema con profesionales y documentándome”</p>

3	¿Busca alternativas para solucionar el problema con otra u otras personas?	GUÍA ESPIRITUAL	<p>“Sí, conversando con mi familia y asistiendo a la iglesia”</p> <p>“Si claro, con psicólogos, guía espiritual y por medio de mis vivencias”</p>
4	¿Espera qué la situación se resuelva por sí sola con el pasar del tiempo?	BÚSQUEDA DE SOLUCIÓN	<p>“No, es debido afrontarla y buscarle solución. el tiempo sólo no soluciona nada”</p> <p>“No, porque no es para nada favorable dejar pasar el tiempo sin poner de uno mismo, se necesita de una herramienta para superar el momento uno mismo decir ya no más esta mierda”</p>
5	¿Qué pasa por su mente cuando ante una situación difícil, deja en mano de Fuerzas externas la solución que da al problema?	AFRONTAMIENTO	<p>“Que pienso que debo de dar de mí también porque no basta con dejarle todo a Dios hay que actuar”</p> <p>“Como tratar de abandonar lo que he hecho, pero siempre me encomiendo al de arriba quien es el da sabiduría para solucionar los problemas”</p>
6	¿De qué manera evita expresar las emociones frente a una situación de malestar?	EVACIÓN	<p>“Sencillo reprimiendo he inhibiéndome y hasta asilándome de los demás”</p> <p>“Me torno muy eufórica evadiendo el problema”</p>
7	¿Cree que la búsqueda de apoyo profesional es necesario para la solución de problemas?	ASISTENCIA	<p>“Claro que si hay que tener esa ayuda uno solo no puede”</p> <p>“Claro, porque uno solo no ve lo que otros si pueden”</p> <p>“Claro, obvio que sí”</p>

			“Claro si por qué esa gente ha estudiado y me pueden ayudar para mis malos comportamientos”
8	¿Qué tipo de reacción presenta como consecuencia de la frustración por no alcanzar los objetivos?	IRRITABILIDAD	<p>“Desanimo, irritabilidad y tristeza”</p> <p>“Me siento muy ofendido sabiendo que tengo más capacidades”</p> <p>“Rabia, deseo de abandonar e indiferencia estado de sueño profundo”</p> <p>“Rabia, frustración y apatía”</p>
9	¿De qué forma tratas de neutralizar los pensamientos valorados como negativos, estresantes o perturbadores?	PENSAMIENTO POSITIVO	<p>“Cambiándolos inmediatamente por pensamientos positivos”</p> <p>“Ya sea desviándome de esa falta que tengo y ver desde otro lado no pensar en esa vuelta para que sean positivas”</p>
10	¿Frente a una problemática qué aspectos positivos contribuyen a enfrentar la situación?	CAMBIO	<p>“Cambio mi estado de ánimo”</p> <p>“Mi experiencia, mi aceptación de dicha problemática y mis deseos de cambiar”</p>
11	¿Cómo identifica las maneras erróneas de enfrentar experiencias frustrantes y poder disminuir su impulsividad?	CONSUMO	<p>“Por ser muy débil y como solución sería el consumo”</p> <p>“Con malos pensamientos de consumo y hablando de lo que me está moviendo el piso”</p>
12	¿Cuándo niega la existencia de una situación difícil,	AYUDA	“Que es hora de buscar ayuda”





















## Anexo D

### REGISTRO FOTOGRAFICO



## Anexo E

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente escrito, manifiesto que tengo la capacidad para comprender la información que me ha sido suministrada por el psicólogo de la Institución Universitaria de Envigado a cerca del proyecto Estilos de Afrontamiento en Individuos que han Recaído en el Consumo de Sustancias Psicoactivas y para tomar la decisión que posteriormente expresaré. También manifiesto que se me ha explicado detalladamente y se me ha permitido formular preguntas en torno al estudio que se realizará e incluso, de manifestar si deseo o no seguir participando de la investigación a lo cual he respondido afirmativamente.

Declaro, que no he recibido presión de ninguna clase para tomar la decisión, ni he sido sometido a engaño y Autorizo abiertamente al personal encargado de esta investigación y le doy plena autoridad de tomar los datos que consideren pertinentes y consignarlos en los formularios y registros que hayan sido diseñados para hacer este estudio.

También autorizo a transmitir a las agremiaciones científicas y académicas que se consideren pertinentes, los datos de la información reservada, manteniendo oculta la identificación de la persona.

Participante alumno (Firma) \_\_\_\_\_

Responsable (firma) \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_