

PS L
4030816



SISTEMATIZADO
HEMEROTECA

**IDEAS IRRACIONALES EN PACIENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS QUE SE ENCUENTRAN INSTITUCIONALIZADOS EN EL
DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO**

**IDEAS IRRACIONALES EN PACIENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS QUE SE ENCUENTRAN INSTITUCIONALIZADOS EN EL
DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.**

TATIANA MARÍA BOLÍVAR NOGUERA

YOLIMA ENITH BORJA ACUÑA

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO

SIMON BOLÍVAR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

BARRANQUILLA

2001

**IDEAS IRRACIONALES EN PACIENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS QUE SE ENCUENTRAN INSTITUCIONALIZADOS EN EL
DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.**

TATIANA MARÍA BOLÍVAR NOGUERA

YOLIMA ENITH BORJA ACUÑA.

**Informe Final de Investigación Presentado al Comité de Investigación del
Programa de Psicología.**

**Directora
IRENE POLO
Psicóloga Clínica**

**CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMÓN BOLÍVAR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
BARRANQUILLA
2001**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Números: _____

Letras: _____

Jurado Angela Pardo L.

Jurado Luzmila Acosta S.

Jurado _____

Tutor _____

Barranquilla, Junio del 2001

Hay muchas personas a quienes les debo agradecimiento por haber creído en mí, por apoyarme y brindarme confianza en los momentos en que intentaba desfallecer... Este triunfo esta dedicado a....

Mis padres RAFAEL y LOLITA, por darme la vida, por educarme y hacer de mí una Mujer correcta. Gracias por permitirme ser quién soy...

A mi novio DANIEL por estar siempre dispuesto a colaborar en todo, gracias por confiar y creer en mí, por ser mi desahogo y apoyo en los momentos más difíciles que hemos vivido juntos...

A mis hermanas LISSETTE, LOLITA y en especial a VICKY, por estar siempre cuando he necesitado tu ayuda; a mis sobrinos y cuñados en especial a JESÚS por brindarme confianza y apoyo fraternal

A YOLIMA, mi amiga y compañera de fórmula por sus consejos oportunos, comprensión, dedicación y apoyo, a YAJAIRA por ser como es...

A la Dra. IRENE POLO por transmitir todos sus conocimientos y experiencias laborales y personales para que esto sea lo que es hoy... una realidad

Al Centro de Atención y Rehabilitación Integral CARI. A la Universidad Simón Bolívar en especial a mis tíos Dr. JOSÉ CONSUEGRA HIGGINS y ANITA BOLÍVAR de CONSUEGRA, mi prima EL VIRITA BARCELO Bolívar por su apoyo incondicional en mi formación profesional

*Gracias a todos...
Tatiana...*

Hoy quiero agradecerle a DIOS, a mis padres ROBERTO y LUZ quienes han sido unas excelentes guías en todas las instancias de mi vida, gracias por permitirme ser la persona que hoy he logrado ser, gracias por confiar en mi y darme todas su ayuda para cumplir mis más preciados sueños
A mis HERMANOS, SOBRINOS y demás familiares quienes han sido un gran apoyo en todos los momentos difíciles sin su ayuda moral, e incondicional no habría podido alcanzar esta meta.; Gracias por soportarme y ayudarme, que mis Dios los bendiga.
A la DRA IRENE POLO por trabajar día a día con nosotras para el surgimiento de esta gran idea hoy convertida en toda una realidad.

Gracias por creer en mí
Yolima

AGRADECIMIENTOS

De manera muy especial agradecemos al Centro de Atención Rehabilitación Integral C.A.R.I por financiar y creer en esta investigación; una y mil gracias por su apoyo, en especial por la Dra. IRENE POLO, por su esfuerzo, colaboración y dirección para que este proyecto sea hoy una realidad.

Al programa de investigación de la facultad de Psicología de la Universidad Simón Bolívar en especial a los Drs. PATRICIA RUIZ, SUREYA ACOSTA, VÍCTOR OVALLE Y ANTONIO MARTINEZ, sin su apoyo y asesoría esto no sería lo que es hoy.

A todos los Centros de Rehabilitación por abrirnos la puerta y estar siempre dispuestos a colaborar.

De una u otra forma queremos agradecer a todas las personas y entidades que brindaron su colaboración, apoyo y dedicación a esta investigación.

A nuestros padres, hermanos, parejas y amigos que estuvieron siempre dispuestos a colaborarnos en lo que fuese necesario, para ascender un peldaño más en este mundo tan competitivo.

Gracias a todos.

Tatiana y Valima

TABLA DE CONTENIDO

	PAGINAS
INTRODUCCIÓN	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
JUSTIFICACIÓN	18
OBJETIVOS	23
5. MARCO CONCEPTUAL.	25
5.1 Concepto de adicción	25
5.2 Tipos de Droga Y Usos más Generalizados	26
5.2.1 Sustancias Estimulantes del Sistema Nervioso Central	27
5.2.2 Sustancias Depresoras del Sistema Nervioso Central	28
5.2.3 Sustancias Alucinógenas	30
5.3 Proceso hacia la Dependencia de sustancia psicoactivas	36
5.4 Cómo detectar el comienzo de la Drogadicción	40
5.5 Concepto y Detención de las ideas irracionales a través de la terapia racional emotiva según Albert Ellis	41
5.6 Características principales de la terapia racional emotiva según Albert Ellis	43
5.6.1 Clasificación de las ideas Irracionales	44
5.7 Las virtudes del modelo de la TRE en la lucha de las toxicomanías	45
5.8 Tratamiento de la Toxicomanía	48
5.8.1 Dejar la Toxicomanía	51



5.8.2 Mantener el control sobre la Toxicomanía	
5.9 Técnicas de tratamiento de la terapia racional emotiva (TRE)	
según Albert Ellis	61
5.9.1 Procedimientos Básicos de la terapia racional según Aaron Beck	66
5.10 Modelo de tratamiento para pacientes adictos a sustancias psicoactivas	67
5.11 Esquemas subyacentes asociados al consumo de sustancias Psicoactivas	72
6. Definición de Variables	76
6.1 Definición Conceptual	76
6.2 Definición Operacional	76
7. Control de Variables	79
7.1 Variables controladas	79
7.2 Variables no controladas	82
8. Método	83
8.1 Diseño	83
8.2 Población	84
8.3 Sujetos	85
8.4 Muestra	85
8.5 Técnica e Instrumento	86
8.6 PROCEDIMIENTO	91
9. RESULTADOS	94
10. CONCLUSION	108
11. DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES	112
BIBLIOGRAFÍA	116
ANEXOS	118

LISTA DE ANEXOS

	Pagina
ANEXO 1 HISTORIA CLÍNICA	91
ANEXO 2 ENCUESTA DE IDENTIFICACIÓN DE CARACTERÍSTICAS DE CONSUMO	91
ANEXO 3 CUESTIONARIO DE CREENCIAS IRRACIONALES (IBT)	89

LISTA DE TÁBLAS

	Pagina
TABLA 1: PERFIL DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN INSTITUCIONALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.	97
TABLA 2: PREFERENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PACIENTES ADICTOS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PACIENTES ADICTOS QUE SE ENCUENTRAN INSTITUCIONALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.	98
TABLA 3: FRECUENCIA DE CONSUMO DIARIO EN PACIENTES ADICTOS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS QUE SE ENCUENTRAN INSTITUCIONALIZADO EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.	99
TABLA 4: FRECUENCIA DE CONSUMO FIN DE SEMANA EN PACIENTES ADICTOS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS QUE SE ENCUENTRAN INSTITUCIONALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.	100
TABLA 5: FRECUENCIA DE CONSUMO MENSUAL EN PACIENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS INSTITUCIONALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.	101
TABLA 6: ESQUEMAS SUBYACENTES ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.	102
TABLA 7: RESULTADOS DE LAS IDEAS MAS FRECUENTES EN PACIENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS QUE SE ENCUENTRAN INSTITUCIONALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.	106

LISTA DE GRAFICAS

GRAFICA 1: PERFIL DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN INSTITUCIONALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.

GRAFICA 2: PREFERENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PACIENTES ADICTOS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PACIENTES ADICTOS QUE SE ENCUENTRAN INSTITUCIONALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.

GRAFICA 3: FRECUENCIA DE CONSUMO DIARIO EN PACIENTES ADICTOS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS QUE SE ENCUENTRAN INSTITUCIONALIZADO EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.

GRAFICA 4: FRECUENCIA DE CONSUMO FIN DE SEMANA EN PACIENTES ADICTOS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS QUE SE ENCUENTRAN INSTITUCIONALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.

GRAFICA 5: FRECUENCIA DE CONSUMO MENSUAL EN PACIENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS INSTITUCIONALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.

GRAFICA 6: ESQUEMAS SUBYACENTES ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.

GRAFICA 7: RESULTADOS DE LAS IDEAS MAS FRECUENTES EN PACIENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS QUE SE ENCUENTRAN INSTITUCIONALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.

INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas se utiliza para distinguir un estado psicológico y algunas veces físicos causadas por la adicción de un fármaco o droga en el organismo humano. Este consumo se caracteriza por producir manifestaciones que comprende siempre un impulso irreprimible a usar una droga en forma continua o periódica, con el fin de experimentar sus efectos psicológicos y algunas veces para evitar el malestar producido por la interrupción de su consumo.¹

Una persona al iniciarse en el uso de las sustancias psicoactivas comienza el proceso que lleva a la dependencia con las consecuencias psíquicas, físicas y sociales que pueden terminar en un aislamiento social o en la autodestrucción. Quien se encuentra en la fase final del proceso sufre de perturbaciones físicas y psicológicas que repercuten en la familia y en la sociedad; algunas personas usan la droga en forma esporádica motivados por la curiosidad o por la presión del grupo.

Nadie busca voluntariamente ser adicto quien usa cualquier tipo de sustancia psicoactiva corre el riesgo de volverse adicto, nadie sabe que predisposición genética tiene al volverse adicto.

El uso de sustancias psicoactivas siempre acarrea problemas; generalmente los que consumen cualquier clase de sustancia psicoactiva lo hacen por: curiosidad, presión de grupo; falta de información sobre las consecuencias de la droga, imitación, además cada vez se necesita mayor cantidad de estas sustancias para realizar las actividades que antes no requerían el consumo de las mismas.

El consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno complejo, hay un amplio espectro de factores que contribuyen claramente al desarrollo de la adicción. Los factores incluyen predisposición genética para algunas sustancias, el historial familiar del consumidor y su status socioeconómico, así como la dinámica de su personalidad².

Desde este último aspecto, existen diversas teorías que pretenden explicar el consumo o mantenimiento de sustancias psicoactivas, entre estas tenemos la terapia conductual cognitiva en especial la técnica de terapia racional emotiva (TRE), la cual asume que a menudo las personas usan sus procesos cognitivos de manera contraproducente, debido a que esta es la manera en que tienden a pensar en forma fácil y natural cuando

se encuentran bajo los efectos de las sustancias psicoactivas. Por lo tanto la TRE generalmente busca los síntomas secundarios y los trata antes o junto con los síntomas primarios de los pacientes.

Esta investigación tiene como objetivo fundamental describir la importancia de las ideas irracionales en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas, conociendo cuales son las más sobresalientes en este tipo de pacientes. Para determinarlas se utilizaron datos estadísticos (proceso de comparación de sujetos con relación a su grupo), para lograr los objetivos de esta investigación; se aplicó el instrumento Test IBT Ideas Irracionales. JONES, citado por STEFANECK Y EISLER 1983.

Se encontró que la terapia conductual en especial la técnica racional emotiva (TRE), asume que a menudo se utilizan estas técnicas en procesos cognoscitivos de manera contraproducente, debido a que esta es la manera en que tienden a pensar de forma fácil y natural³.

La investigación se realizó a través de un diseño descriptivo, porque se pretende describir las ideas irracionales en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas que se encuentran institucionalizados en el departamento del Atlántico. La muestra que la conforma fue aleatoria con modalidad estratificada, ya que en este tipo de investigaciones no basta que cada uno de los elementos muestrales tengan la misma probabilidad de ser escogidos; si no que es

3. ELLIS Albert, Grierger Russell, manual de la terapia racional emotiva. Ciudad: Desclée 1990.

Necesario estratificar con relación estratos o categorías que se presenten en la población y sean relevantes para los objetivos del estudio.

El paradigma de la investigación es Empírico-Analítico desde un enfoque de tipo Cuantitativo, es decir se darán a conocer las principales ideas irracionales que presentan el fármaco dependiente. Por consiguiente se realizaron procesos de comparación de los sujetos con relación al grupo, del mismo modo se suministraron datos que serán de mucha utilidad a nivel investigativo tanto para el campo Psicológico como para otras áreas de la salud en el Departamento del Atlántico.

Para la obtención de dichos objetivos se utilizaron datos teóricos basados en la realidad del pensamiento irracional del adicto, los cuales facilitaron las aplicaciones del modelo de intervención más eficaz, debido a que si se identifican cuales son las ideas irracionales del individuo que mantienen su consumo se lograra intervenirlos para lograr uno de los grandes objetivos en la rehabilitación del adicto; como son la suspensión del consumo de la sustancia psicoactiva y el mantenimiento de la abstinencia. Por otra parte el individuo logra reestructurar sus esquemas para una mejor adaptación y calidad de vida.

3. JUSTIFICACIÓN

La adicción se deriva del latín "adicto" que significa "esclavo de ", la adicción es una enfermedad que puede ser hereditaria progresiva, mortal e incurable. Los pacientes que consumen sustancias psicoactivas desarrollan muchas ideas irracionales, está es una consecuencia conocida desde hace mucho tiempo. Para los individuos y la sociedad en que se hayan inmersos; las consecuencias del consumo de drogas son inmensas, pues existen las sustancias o drogas legales como son el alcohol, el tabaco entre otras y las de uso restringido aunque fácilmente obtenibles como son los barbitúricos, anfetaminas y cualquier uso de sustancias ilegales como la heroína, cocaína⁴.

El consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno complejo, hay un amplio espectro de factores que contribuyen claramente al desarrollo de la adicción a sustancias psicoactivas. Los factores incluyen predisposición genética por algunas sustancias, el historial familiar y el status socioeconómico, las presiones de las sub.-culturas y la dinámica de la personalidad, generalmente los consumidores de las sustancias psicoactivas lo hacen por curiosidad, presión de su grupo de amigos, falta de

4. manual de intervención del programa de alcoholismo y fármaco dependencia del CARI, 1996..

comunicación de las consecuencias del consumo, imitación de la figura modelo y actitudes de amigos (pandillas).

En el consumo de sustancias psicoactivas, existe una verdadera mezcla de factores biológicos, sociológicos, económicos y psicológicos; por esta razón se observa que se necesita mayor cantidad de sustancias psicoactivas para realizar actividades que antes no las requerían, a demás el individuo emplea gran parte de su energía psíquica en obtener la droga y mantenerse bajo sus efectos.

En la actualidad, la mayoría de los países del mundo se están viendo afectados por el problema del fármaco dependencia y esto ha hecho que los distintos gobiernos lleven a cabo de forma urgente acciones para combatirlo. Han sido muchos los esfuerzos en tiempo, recursos humanos y económicos, que se han utilizado para el diseño e implantación de estrategias; pero han sido inútiles para controlar el problema el cual se ha convertido hoy en epidémico.

Colombia es un país donde se cultiva, se procesan y trafican en forma ilegal sustancias psicoactivas como la cocaína, la marihuana entre otras, y donde son permitidos legalmente otras como el alcohol y el tabaco, es por ende un país en donde se presentan elevadas tasas del consumo por parte de la población en las diferentes condiciones socioeconómicas de edad, sexo, ocupación, estado civil y nivel educativo. Frente a esto, el gobierno nacional por medio de los Ministerios de Salud, Educación y Justicia, ha realizado una titánica labor para darle fin al problema atacando la producción y también el consumo, por ello se ha centrado su atención en la investigación y en la prevención como las más eficaces.

alternativas: para logra disminuir las tasas de consumo y establecer la infraestructura necesaria contra los procesos de producción y comercialización de sustancias psicoactivas.

Dentro de la importancia científica de este tema, se observó que la misma sociedad se ha preocupado por conocer los diversos acontecimientos que han llevado al individuo a consumir sustancias psicoactivas, esto ha generado gran preocupación logrando que un equipo interdisciplinario conformado por médicos, psicólogos, médicos psiquiatras, enfermeras etc, se interesen por prestar un mejor servicio a sus pacientes.

La importancia teórica de esta investigación se encuentra basada en la realidad del pensamiento irracional del adicto, los cuales facilitaron las aplicaciones de los modelos de intervención más eficaces; identificando así cuales son las ideas irracionales que mantiene el consumo de sustancias psicoactivas en los pacientes. El cual permite una intervención terapéutica cuya finalidad sea la rehabilitación del adicto en cuanto a su problemática en este caso la suspensión del consumo, logrando una reestructuración en sus esquemas para una mejor adaptación y actitud de cambio para su vida. Basándonos en el pensamiento irracional del adicto descrito por Ellis como cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que conduce a consecuencias contraproducentes y que interfieren de forma importante en la supervivencia y felicidad del organismo. Para discernir las ideas irracionales que subyacen a la perturbación emocional de un individuo, es necesario buscar las afirmaciones imperativas y exigentes que el

paciente se hacen así mismos cuando quiere, debe, necesita o desea de forma absoluta conseguir algo; esta investigación busca describir las ideas irracionales en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas institucionalizados en el departamento del Atlántico. Es por ello que este estudio es de tipo descriptivo, la población que conforman esta investigación son pacientes de sexo masculino, con edades comprendidas entre 18 y 40 años que estuvieran en algún centro de rehabilitación del Atlántico y que estuvieran en la fase de abuso o dependencia comprendida entre el primer y tercer mes de tratamiento; de igual forma la muestra es Aleatoria con modalidad estratificada puesto que en este tipo de investigaciones no basta que cada uno de los elementos muestrales tengan la misma probabilidad de ser escogidos. En cuanto a los instrumentos utilizados para la recolección de la información se utilizó el cuestionario de creencias irracionales (IBT) de Jones citado por STEFANECK y EISLER (1983), el cual tiene como función detectar cuales son las ideas irracionales mas frecuentes en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas; de igual forma se realizó una entrevista clínica basada en el modelo clínico cognitivo utilizado en el programa de alcoholismo y farmacodependencia del CARI ; esta evaluación esta basada en la técnica de flecha descendente o flecha hacia abajo utilizado frecuentemente en el modelo cognitivo (Ver Anexo 1). Así mismo se utilizó una encuesta de identificación de características, problemas de consumo este es un formato realizado para la investigación perfil de personalidad del MMPI de paciente adictos que consultan en la unidad del programa de alcohol y farmacodependencia del hospital San. Rafael durante el proceso de recuperación; primer puesto en investigación inédita en el congreso nacional de psiquiatría.

En el ámbito profesional en especial dentro del campo de la Psicología se enfrenta casi a diario con este flagelo en los cuales su parte motora, cognoscitiva y emocional se ven afectados y es aquí donde vemos la importancia psicológica ya sea directa o indirectamente donde la madurez y el conocimiento lo llevará a la solución de estos problemas. Aunque los abordajes psicológicos del consumo de sustancias psicoactivas sólo se han extendido en teorías, no han aparecido aplicaciones clínicas eficaces, en donde las terapias psicoanalíticas y las estrictamente conductuales no han logrado obtener resultados efectivos para el tratamiento de las principales categorías del consumo de sustancias psicoactivas.

De todos los sistemas psicoterapéuticos actuales, el sistema de la Terapia Racional Emotiva se empareja especialmente con la psicopatología del consumo de sustancias psicoactivas; este modelo incluye elementos teóricos que se dirigen directamente a las ideas filosóficas del adicto y son también sensibles a sus desordenes internos⁵.

⁵ ELLIS Albert, Aplicaciones Clínicas en la terapia racional emotiva, Ciudad Desclee, 1990.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL:

Describir los tipos de ideas irracionales que presentan los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas que se encuentran institucionalizados en el Departamento del Atlántico.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

■ Identificar las ideas irracionales en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas que se encuentran institucionalizados en el Departamento del Atlántico.

■ Identificar la preferencia de consumo de sustancia de los pacientes adictos que se encuentran que se encuentran institucionalizados en el Departamento del Atlántico.

☒ Identificar la frecuencia de consumo diario de las diferentes sustancias psicoactivas en pacientes consumidores que se encuentran institucionalizados en el departamento del Atlántico.

☒ Identificar las conductas asociadas a la adicción en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas que se encuentran institucionalizados en el departamento del atlántico.

☒ Describir los problemas asociados al consumo por medio a la entrevista clínica.

5. MARCO CONCEPTUAL.

5.1 CONCEPTO DE ADICCIÓN

La palabra adicción se deriva del Latín Adicto y significa "esclavo de", desde 1956 la sociedad médica Norteamericana ha planteado que la adicción es una enfermedad de trastorno físico, emocionales y sociales que son producidos por alteraciones en las sustancias a nivel de la sinapsis neuronales⁶.

De igual forma se considera que la adicción es una enfermedad que puede originarse de las siguientes formas:

■ **HEREDITARIA:** Esta causa ha sido demostrada a través de seguimiento de padres e hijos y familias enteras que padecen la enfermedad generación tras generación, también ha sido demostrable a través de investigaciones con gemelos monocigóticos.

6. Manual para el agente drogadicto, prevengamos la drogadicción. Ministerio de Salud, 1996.

■ **PROGRESIVA Y RESIDIVANTE:** El consumo a largo plazo de cualquier sustancia psicoactiva trae como consecuencias un deterioro a nivel mental, social, familiar y laboral del paciente, caracterizándose por múltiples recaídas durante el proceso de recuperación.

■ **MORTAL :** El promedio de vida de los pacientes adictos es mucho más corto que el de la población normal, estos pacientes suelen morir de forma violenta como consecuencia de su consumo (accidentes de tránsito, peleas callejeras, conductas suicidas, sobredosis, complicaciones hepáticas o cardiovasculares etc.).

■ **MORAL Y FAMILIAR:** La presencia de un miembro adicto en la familia genera múltiples disfunciones que afectan directamente la salud mental de los demás miembros del grupo familiar.

■ **INCURABLE:** Siempre que el organismo vuelva a exponerse al tóxico se reactivará la enfermedad.

5.2 TIPOS DE DROGAS Y USOS MÁS GENERALIZADOS.

Las principales sustancias que producen fármaco dependencia se han clasificado en tres grupos que son: Estimulantes del sistema nervioso central, Depresoras del sistema nervioso central, Sustancias alucinógenas. Así:

5.2.1 SUSTANCIAS ESTIMULANTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:

■ **ANFETAMINAS:** Este tipo de sustancia psicoactiva esta permitida ante la sociedad ya que es utilizado a nivel médico. El adicto ve en está droga la forma más efectiva de suprimir el sueño, de conseguir agilidad mental, física, energía y excitación. Estas sustancias pueden causar un aumento en la presión arterial, irregularidad en el ritmo cardíaco, euforia, se puede aumentar la actividad física.⁷

De igual forma este tipo de sustancia psicoactiva trae como consecuencia que se produzcan cambios a nivel fisiológicos y psicológicos en el organismo. El uso prolongado de esta sustancia produce pérdida del apetito, convulsiones e incluso puede producir muerte por sobredosis. Este tipo de sustancia psicoactiva se conoce con el nombre de "pepas", "cristal", "copiloto", "velocidad", "rayo", "corazón", "STP" (seguridad, tranquilidad y paz).

■ **COCAINA:** Este es un alcaloide que se extrae de las hojas de coca dentro del mercado se conocen de varias formas entre estas tenemos: "Nieve", "polvo de la felicidad", "pájaro de nieve", "lady," "bazuco, " pastas". La cocaína trae como consecuencia una disminución considerable del apetito y de la fatiga, sí el consumo sé realiza a través de inhalaciones puede producir euforia con una alta dosis de ansiedad, angustia si el consumo es en grandes cantidades puede producir alucinaciones visuales y auditivas.

7. Ibid.

De igual forma el adicto puede desencadenar una conducta delictiva a nivel psicológico, puede presentar alucinaciones en el sueño, reacciones paranoicas en especial de tipo persecutorio, a nivel fisiológico se presentan náuseas, taquicardia etc.

■ **BAZUCO:** Este es un sub. Producto de la cocaína, trae consigo muchos efectos fisiológicos negativos debido a métodos rudimentarios y a la cantidad de sustancias tóxicas utilizadas para su producción, entre ellos se destaca la gasolina que por contener plomo trae como consecuencia graves daños a nivel cerebral.

Así mismo este tipo de sustancia psicoactiva crea mucha dependencia tanto física como psicológica, se presenta deterioro en el apetito, dificultad para conciliar el sueño, incapacidad para estudiar o trabajar.

5.2.2 SUSTANCIAS DEPRESORAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:

Dentro de estos se encuentran los opiáceos que a su vez estos se sub dividen en:

■ **MORFINA:** Esta produce dependencia tanto física como psíquica, se le conoce también con los nombres de "soñador", "bella durmiente", "M", este tipo de droga puede producir retención urinaria, pérdida del apetito que puede llevar a la desnutrición.

■ **HEROINA:** Es un derivado de la morfina se puede presentar como polvo cristalino blanco, blanco amarillento o amarillo marrón. Esta droga produce una altísima tolerancia creando en el individuo una gran dependencia tanto física como psíquica generalmente pueden producir mareos, somnolencia, inflamación y enrojecimiento de las fosas nasales. Esta sustancia es también conocida como “caballo”, “nieve” o “polvo”.

■ **BARBITURICOS:** Esta se puede encontrar con los siguientes nombres: “barbie”, “diablo rojo”, “cielo azul”, “arco iris”, “pajarito de colores.”⁸ Una de las características principales de esta sustancia es que a la hora después de haberla tomado e inyectado esta puede producir confusiones mentales, irritabilidad, somnolencia, y descoordinación motora y mental. Así mismo pueden alterar la memoria y el juicio, generan en ocasiones dependencia tanto físicas como psicológicas.

■ **ALCOHOL:** Esta es una bebida que afecta el sistema nervioso contrariamente a lo que se cree el alcohol no es una sustancia estimuladora, sino por el contrario es una sustancia depresiva del sistema nervioso central; el primer efecto del alcohol en el cerebro es deprimir, se pueden alterar las funciones de recordar, entender, razonar y tomar decisiones, inicialmente las personas se sienten liberadas, espontáneas, alegres, a medida que aumenta el consumo pasa de un estado depresivo, es probable que se altere la coordinación muscular aunque no todas las personas reaccionan de igual forma al ingerir alcohol.

8. *Ibíd.*

De igual forma si el alcohol se consume en grandes cantidades y altas concentraciones se puede producir irritación, inflamación en el sistema digestivo, el uso crónico del alcohol puede producir daños al hígado, estómago, corazón y otros órganos. Se puede presentar la demencia alcohólica, cirrosis hepática etc.

El alcoholismo es una enfermedad en la cual la persona pierde el control sobre la bebida y llega a depender en tal forma del alcohol que no puede trabajar ni atender sus obligaciones, lo cual afecta su salud.

5.2.3 SUSTANCIAS ALUCINÓGENAS:

■ **LSD:** También se conoce como "azúcar", "cubo", "ácido". Dentro de los efectos que se destacan se observan la extrema sugestionabilidad, alucinaciones, euforia o depresión. Se dice que el uso repetido de estas sustancias puede llevar al suicidio y ansiedad.

■ **MARIHUANA:** Se conoce también como "hierva", "mona", "golden", "indio", "grifa", "mota", "pasto", "verde". Esta droga puede desencadenar esquizofrenia, comportamientos socialmente peligrosos, conjuntivitis, bronquitis crónica, hipertensión y retraso en el aprendizaje, esta sustancia puede ocasionar dependencia psicológica, su sintomatología más frecuente es la tendencia a hablar en exceso, estas personas se pueden reír sin ninguna causa.

■ **HONGOS:** Se conocen con el nombre de “Hongos”, “casita”, “pitufos”; los hongos producen relajación muscular, pueden presentar dolores de estómago, dolores de cabeza, seguido de alucinaciones.

■ **INHALANTES:** Estos producen alteraciones en la percepción, lenguaje, coordinación y juicio, la excitación inicial es seguida de estupor y depresión. Puede ocasionar lesiones en el hígado, riñón, huesos, cerebro y mucosas.

Muy frecuentemente quienes empiezan a utilizar una droga terminan utilizando una mezcla de ellas, cada vez en mayor cantidad, en su afán de conseguir el efecto que inicialmente creían encontrar. Esta situación de mezcla de drogas, conduce a un mayor riesgo de enfermedad mental y físicamente agravando así su situación familiar, laboral y social.

ESQUEMA DE CLASIFICACION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SUSTANCIAS ESTIMULANTES DEL S.N.C	SUSTANCIAS DEPRESORAS DEL S.N.C	SUSTANCIAS ALUCINOGENAS
ANFETAMINAS	HEROÍNA	LSA
COCAINA	BARBITURICOS	MARIHUANA
BAZUCO	ALCOHOL	HONGOS

El consumo de sustancias psicoactivas representa un problema de la salud pública, que repercute en el individuo y la sociedad. La conducta adictiva se encuentra asociada con la comorbilidad importante de trastorno del estado de ánimo, crisis de ansiedad y cambios en la personalidad que complican su tratamiento y pronóstico. El término abuso de sustancias se refiere al uso de drogas ilegales e ilegales; para obtener efectos potencialmente agradables; dependiendo de las sustancias y el uso se producirá dependencia psíquica y física, tolerancia y sensibilización porque las drogas adictivas poseen mecanismos de creación de hábito mediante su acción en diferentes regiones del cerebro.

Estudios recientes han permitido identificar las zonas de estallido químico, en las cuales las drogas de abuso inician la formación del hábito. Se ha podido observar que drogas tan dispares como la cocaína, heroína, nicotina, el cannabis y el alcohol activan el mismo sistema de circuitos de recompensa en el cerebro aunque poseen diferentes mecanismos de acción. La formación de hábito se presenta con un denominador común: la activación de los mecanismos de recompensa del cerebro.

MECANISMOS DE ACCIÓN DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Los estudios de la neurobiología de las adicciones se esfuerzan en comprender la organización anatómica de los circuitos de recompensa en el cerebro. El sistema mesolímbico dopaminérgico está implicado en formación de hábitos de distintos

tipos de drogas de abuso que sugieren un común denominador en adicciones. Se están identificando las vías aferentes y eferentes del sistema mesolímbico dopaminérgico, conformado por las proyecciones del área tegmentaria ventral, el núcleo pedunculopontino. A nivel de estas estructuras las drogas psicoactivas interactúan con receptores neuronales específicos, en donde se inician los efectos de reforzamiento placentero.

COCAÍNA: la cocaína estimula el sistema nervioso central aumentando la actividad de algunos neurotransmisores cerebrales, como la noradrenalina, serotonina y dopamina. Básicamente la acción de la cocaína se centra en dos procesos; promueve una mayor cantidad de neurotransmisores endógenos y bloquea la recaptación fisiológica de los neurotransmisores impidiendo su reabsorción al interior de la neurona.

ALCOHOL: El abuso del consumo de alcohol provoca un aumento en la liberación de dopamina en el núcleo acumbens, que ha sido relacionado con el mecanismo de recompensa y la aparición del deseo compulsivo de consumir.

NICOTINA: Las acciones de nicotina son mediadas por los receptores de acetilcolina en los sistemas nervioso central y periférico. Los receptores colinérgicos nicotínicos se encuentran situados especialmente en el núcleo interpeduncular y la hipófisis media, en el núcleo talámico, áreas del cerebro relacionadas con la función sensorial y con menor frecuencia en el giro dentado.

Los receptores nicotínicos están presentes en el cerebro medio a nivel de la sustancia negra y en el área tegmentaria ventral y en las fibras terminales del sistema dopaminérgico mesolímbico.

La nicotina sistémica aumenta las tasas de descarga en las neuronas de estos tractos y despolariza directamente las neuronas dopaminérgicas. Las acciones neuroconductuales de la nicotina como se ha observado en estudios *in vitro* son complejas y están mediadas por diferentes sistemas de neurotransmisión.

La memoria y el aprendizaje utilizan las vías colinérgicas y adrenérgicas, la acción anorexígena se realiza a través de circuitos de serotonina, noradrenalina y dopamina. La modulación de la ansiedad se lleva a cabo por acción de los sistemas betaendorfinas y de los receptores serotoninérgicos, dopaminérgicos y colinérgicos.

La acción de la nicotina puede ser bimodal, ansiolítica o ansiogénica, dependiendo de la concentración. La acción ansiolítica está mediada por vías gabaérgicas pero también interviene los sistemas catecolaminérgicos y opiodes. Según File y Cols. Los efectos ansiogénicos de la nicotina se deben a descargas de serotonina a nivel de hipocampo dorsal y septolateral.

MARIHUANA: La marihuana o Cannabis actúa sobre los receptores cannabinoides identificados en 1984 por Mechoulam y localizados más tarde por Henkerham en 1992. Los receptores se encuentran en altas concentraciones a

nivel de la corteza cerebral, cerebelo, ganglios basales y en células periféricas como los linfocitos y los monocitos.

Los receptores inhiben la adenilciclase y los canales de calcio y activan los canales de potasio. Es posible que mediante este mecanismo los cannabinoides inhiben indirectamente la transmisión de acetilcolina, noradrenalina y glutamato.

5.3 PROCESO HACIA LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIA PSICOACTIVA.

Cuando una persona se inicia en el uso de drogas comienza el proceso que lleva a la dependencia, con las consecuencias físicas, psíquicas y sociales que pueden terminar en un aislamiento social o en la autodestrucción.

Algunas personas utilizan las drogas de forma esporádica, motivadas por la curiosidad o por la presión de grupo, generalmente las personas que utilizan las drogas lo hacen por curiosidad, presión del grupo, falta de información, imitación.

Cada vez se necesita mayor cantidad de droga para realizar las actividades que antes no requerían los consumos de estas sustancias psicoactivas. El individuo emplea gran parte de su energía psíquica en obtener la droga y mantenerse bajo sus efectos; de esa forma se presenta un descuido manifiesto en todas sus actividades y su principal interés es conseguir la droga, aún llegando a cometer actos delictivos.

Criterios diagnósticos según el manual DSM IV:

■ DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS:

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuados de doce meses:

- 1- tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítem:
 - a- una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
 - b- El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
- 2- abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - c- el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (ver criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)
 - d- Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- 3- la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía
- 4- existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
- 5- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (por ejemplo: fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

- 6- Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- 7- Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causando o exacerbados por el consumo de la sustancia
- 8- (por ejemplo consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera.

ABUSO DE SUSTANCIAS:

A- Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de doce meses:

- 1- Consumo recurrente de sustancias, que dan lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (por ejemplo ausencia repetidas o rendimiento pobre relacionado con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela.
- 2- Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
- 3- Problemas legales repetidos relacionados con las sustancias.
- 4- Consumo continuado de las sustancias a pesar de tener problemas sociales continuos de las sustancias o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.

B- Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS:

A- presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición)

B- Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de las sustancias sobre el sistema nervioso central, que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.

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

ABSTINENCIA DE SUSTANCIAS:

A- Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades

B- El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo

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

5.4 COMO DETECTAR EL COMIENZO DE LA DROGADICCIÓN

En el hogar se debe estar alerta ante la aparición de los siguientes cambios:

- Tendencia a dormir de día
- Dificultad para dormir en la noche
- Ojos enrojecidos
- Palidez de la piel
- Falta de apetito o aumento exagerado de este
- Fugas de la escuela
- Disminución del rendimiento académico
- Amistades nuevas de aspectos notoriamente diferente del resto de los amigos.
- Cambio en el vestir habitual
- Pérdidas de dinero u objetos en el hogar
- Ataques de furia o extraña pasividad y tristeza
- Risas sin motivo aparente
- Tendencia a mentir
- Dificultad extrema para comunicarse
- Conducta intolerable
- Defensa o elogio de alguna droga en especial
- Intento de suicidio

5.5 CONCEPTO Y DETECCIÓN DE IDEAS IRRACIONALES A TRAVÉS DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA SEGÚN ALBERT ELLIS.

Se entiende por irracionalidad a cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que conduce a consecuencias contraproducentes y autodestructivas y que interfiere de forma importante, en la supervivencia y felicidad del organismo.⁹ Para discernir las ideas irracionales que subyacen a la perturbación emocional de un individuo, es necesario buscar las afirmaciones imperativas y exigentes que el paciente se hacen a sí mismo cuando quiere, debe, necesita o desea de forma absoluta e imprescindible conseguir algo.

De igual forma las ideas irracionales nacen de la tendencia del sujeto a ver el mundo algo deformado y a hacer afirmaciones antiempíricas acerca de lo que ha ocurrido o probablemente ocurrirá; afirmaciones que apenas tienen validez porque constituyen sobre generalizaciones extraídas de los datos que se observan y que distorsionan la realidad.

Una vez encontradas las exigencias internas, se está en condiciones de poder buscar las formas de pensamiento irracional, para poder descubrirlas se deberán revisar las que ELLIS denomina cuatro formas principales de irracionalidad que son las siguientes:

⁹ ELLIS Albert, Manual de técnica de modificación y terapia de conducta. Ciudad: Desclée. 1992

- Pensar que alguien o algo debería, sería necesario o tiene que ser distinto de lo que es.
- Calificar de horrenda, terrible, horrorosa esta situación.
- Pensar que no es posible sufrir, soportar o tolerar a esta persona o cosa y afirmar que no debería haber sucedido así.
- Ante los errores cometidos, afirmar que el que los comete merece reprobación y puede calificársele de podrido y despreciable.

Para discutir y deshacer las creencias erróneas se utilizan preguntas retóricas que susciten al debate. Esto implica una discusión interna entre las creencias racionales e irracionales. Uno de los objetivos del debate es el de distinguir y hallar diferencias claras entre:

- Lo que se quiere y lo que se necesita
- Los deseos y las exigencias
- Las ideas racionales y las irracionales
- Los resultados indeseables de los insoportables
- Los inconvenientes de los horrores
- Conclusiones lógicas de las ilógicas.

Una vez realizadas estas distinciones, se deberá concluir el debate con la redefinición semántica de las creencias irracionales, lo cual evitará las sobre generalizaciones y ayudará a mantener al individuo más cerca de la realidad.

Con este procedimiento se pretende que el cliente aprenda una base de conocimiento racional que le permitirá debatir consigo mismo creencias irracionales y elegir otras más racionales. Estas últimas podrán ser ratificadas y adoptadas en el futuro de tal manera que se produzcan y mantengan en el tiempo cambios significativos en sus problemas emocionales y conductuales¹⁰.

5.6 CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA SEGÚN ALBERT ELLIS

El resultado final de la terapia racional emotiva es conseguir un nuevo efecto o filosofía que permita a los individuos pensar en un modo casi automático de forma más lógica sobre uno mismo, los demás y el mundo. Esta fase será la última del proceso, porque, debido a la consecución de nuevas ideas o filosofías racionales y de obrar de acuerdo con ellas automáticamente, el sujeto llega a desarrollar un efecto emotivo o conductual nuevo. Para conseguir este objetivo, es decir, que se arraiguen de manera permanente y estable las nuevas creencias racionales que se han ido aprendiendo en la fase anterior. En esta fase se trabaja con lo que la terapia racional emotiva denomina fortalecimiento del hábito, para conseguir este fortalecimiento el cliente debe trabajar permanentemente en interiorizar las nuevas creencias con los procedimientos conductuales, cognoscitivos o emocionales utilizados durante el proceso terapéutico, así como realizar tareas de enfrentamiento a acontecimientos activadores.

10. Aplicaciones clínica de la terapia racional emotiva. Editorial Desclee 1990.

A través de estas tareas, se pretende que el cliente tenga el mayor número posible de contactos con acontecimientos activadores (A) que susciten ideas irracionales, (B) para que las puedan detectar y darse cuenta de las consecuencias emocionales, (C) que lo acompañan. Esto permitirá que las personas debatan las creencias y fomentar que las ideas racionales aprendidas durante las sesiones, así como observar las consecuencias emocionales que esta nueva racional trae consigo.¹¹

5.6.1 CLASIFICACIÓN DE LAS IDEAS IRRACIONALES.

■ **INFERENCIA ARBITRARIA:** Es el proceso de llegar a una conclusión sin evidencia que la apoye o con evidencia contraria a la conclusión.

■ **ABSTRACCIÓN SELECTIVA:** Consiste en la valoración de una experiencia centrándose en un detalle específico extraído fuera de su contexto e ignorando otros elementos más relevantes de la situación.

■ **GENERALIZACIÓN EXCESIVA:** Es el proceso de extraer una conclusión o elaborar una regla general a partir de una o varios hechos aislados y aplicarla tanto a situaciones relacionadas con el hecho en cuestión como no relacionadas.

¹¹ Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Editorial Desclee. 1992

■ **MAGNIFICACIÓN Y MINIMIZACIÓN:** Consiste en los errores cometidos al evaluar la magnitud o la significación de un acontecimiento incrementando o disminuyendo su significación.

■ **PERSONALIZACIÓN:** Es la tendencia y facilidad para atribuirse sucesos externos sin base firme para realizar esta conexión.

■ **PENSAMIENTO ABSOLUTISTA Y DICOTÓMICO:** Consiste en la tendencia a clasificar todas las experiencias en una o dos categorías opuestas, seleccionando las categorías del extremo negativo para describirse así mismo (Albert Ellis, 1992).

5.7 LAS VIRTUDES DEL MODELO TRE EN LA LUCHA CONTRA LAS TOXICOMANÍAS

Las toxicomanías son un fenómeno complejo. Hay un amplio espectro de factores que contribuyen claramente al desarrollo de las toxicomanías, estos factores incluyen una predisposición genética para algunas sustancias, el historial familiar del toxicómano y su status socioeconómico, las presiones de la subcultura, y la dinámica de la personalidad del toxicómano.

Dentro de las toxicomanías, existe una verdadera mezcla de factores biológicos, sociológicos, económicos y psicológicos. Por esta razón, se han considerado numerosos modos de actuación para enfrentarse a este problema.

La toxicomanía es un problema complejo resultante de diversos factores, la psicoterapia puede servir como una contramedida poderosa. Esto es así porque los factores complejos convergen en un problema central: cómo piensan los pacientes acerca de sí mismo y del mundo y del significado que la toxicomanía ha adquirido en su vida.

Las dinámicas de la toxicomanía desde las perspectivas de la Terapia Racional Emotiva. De todos los sistemas psicoterapéuticos actuales, el sistema de la TRE se empareja especialmente bien con la psicopatología de la toxicomanía.

El modelo de la TRE incluye elementos teóricos que se dirigen directamente a las asunciones filosóficas claves de los toxicómanos y son también sensibles a su desorden interno (ELLIS, 1962, 1974, 1976, 1982; ELLIS y BECKER, 1982; GRAU, 1977; HIGBEE, 1977; MAULTSBY, 1978; WOLFE, 1979).

- Un principio básico de la TRE se centra en la dificultad de lograr un cambio básico, especialmente el que supone superar el hábito de un tóxico. Primero, prepara de manera realista al terapeuta y al paciente para una gran batalla a fin de lograr el cambio. Segundo, evita las trampas, tan comunes en los tratamientos de toxicómanos, como el interpretar el fracaso del paciente para lograr un cambio rápido como resistencia.

Interpretar el fracaso del cliente para lograr un cambio rápido como una necesidad de sufrir, o de estar empatado con los demás, conllevará con frecuencia a que el paciente deje la terapia y no aporte nada.

- Igualmente, la TRE trata explícitamente con los temas filosóficos que están bloqueando el cambio. La premisa filosófica que está frustrando el cambio, denominada Baja Tolerancia a la Frustración (BFT), es una creencia de que, al hacer el esfuerzo por cambiar uno no debe experimentar malestar. La TRE enseña a los pacientes por qué no están prosperando en sus esfuerzos por cambiar, y cómo contrarrestar el sabotaje causado por su baja tolerancia a la frustración (ELLIS, 1979, 1980).

- La TRE se dirige explícitamente al tema del hedonismo a corto plazo frente al hedonismo a largo plazo. La mayoría de los toxicómanos aparecen como hedonistas a corto plazo, es decir, parecen elegir gratificaciones inmediatas y fáciles a expensas de satisfacciones a largo plazo. La mayoría de estos individuos, no obstante, profesan un deseo de conseguir, a largo plazo satisfacciones más duraderas. En la TRE esta contradicción no tarda en señalársele. Se anima a los pacientes a definir sus metas a corto y largo plazo y a realizar lo que se requiera para lograrlas. La mayoría de los toxicómanos creen que pueden lograr ambas cosas, que buscando gratificaciones máximas en el momento no van a alterar las metas a largo plazo. Se espera así reducir contradicciones en el estilo de vida de los

pacientes y ayudar a ofrecer una panorámica más realista para maximizar su felicidad.

- La TRE también recalca lo importante que es contrarrestar los síntomas secundarios del cliente, muchas veces los pacientes se preocupan por sentirse trastornados. Este es un problema omnipresente al trabajar con toxicómanos, de tal manera que si no se establece como objetivo cambiar esto puede convertirse en obstáculo para la afectividad del tratamiento. La TRE es una de las pocas escuelas de la psicoterapia que contempla específicamente el bordaje agresivo de este segundo nivel de síntomas (BARD, 1980; ELLIS y GRIEGER, 1977).

- TRE enfatiza la importancia de realizar cambios directos y rápidamente en las conductas auto-derrotistas del cliente. Algunos problemas de toxicomanías parecen intratables y mediante las técnicas conductuales se puede a menudo proporcionar el catalizador deseado.

5.8 TRATAMIENTO DE LAS TOXICOMANIAS

Para ayudar a los clientes a enfrentarse a su hábito tóxico su tratamiento se centrará en las dinámicas cognitivas subyacentes a su decisión de persistir y en su resistencia a dejarlo. Una vez que se ayuda al toxicómano a ganar control sobre sus hábitos se persigue un objetivo más fundamental: ayudar a los clientes a

alguna de sus asunciones filosóficas más básicas sobre sí mismo y sobre el mundo.

Las ventajas clínicas son una reestructuración más rápida de las esperanzas del cliente al ver con mayor claridad el rol que juegan sus propias creencias en el desarrollo de la conducta auto-derrotistas y un incremento en la eficacia y flexibilidad para el terapeuta. Se recogen reflexiones sobre la evaluación que son de especial relevancia en el tratamiento de toxicómanos.

1- La gran mayoría de toxicómanos exhiben ansiedad por el malestar y creencias de baja tolerancia a la frustración, lo que significa que la ansiedad por el malestar y la baja tolerancia a la frustración son dos razones obligatorias.

Primero normalmente los clientes no son conscientes de las asunciones filosóficas que subyacen a estos sentimientos; tales asunciones son bastantes sutiles y típicamente se esconden detrás de otras preocupaciones. En segundo lugar, normalmente es necesario tratar la ansiedad por el malestar y la baja tolerancia a la frustración como temas separados de lo que ELLIS llama ansiedad de ego. Pues si bien la predisposición o deseo de beber es frecuentemente el producto de sentimientos dolorosos causados por la ansiedad de ego (yo tengo que estar bien; ser querido por alguien significativo para mí, etc.), la decisión de beber es casi siempre un producto de la ansiedad por el malestar y la ansiedad de ego requieren distintos abordajes terapéuticos.

2- La mayoría de los toxicómanos sufren lo que se ha llamado "síntoma de estrés" se refiere al malestar que se provocan los clientes a sí mismos y problemas originales del cliente se convierten en un nuevo acontecimiento activador (A). El síntoma de estrés, ocurre normalmente de la siguiente manera en los toxicómanos:

- A. síntoma original es decir, el paciente contempla su auto-indulgencia
- B. " Ya estoy otra vez... Soy un verdadero perdedor, ya lo he vuelto a tirar todo por la borda, nunca seré capaz de controlar esto "
- C. Culpa e indefensión = mayor indulgencia

Es casi siempre aconsejable contrarrestar este nivel secundario de síntomas al comienzo del tratamiento. Hasta que el cliente logre minimizar su auto-condena sobre su conducta indeseable, va a ser muy difícil centrarse de manera constructiva y poder empezar a cambiar las toxicomanías en sí.

3- El terapeuta debe explorar los factores situacionales implicados en la toxicomanía del cliente. Dos factores justifican este énfasis, primero, las investigaciones han puesto de manifiesto el importante rol que juegan los factores situacionales en el abuso de un amplio abanico de sustancias peligrosas. En segundo lugar, una de las principales barreras al éxito terapéutico son las creencias del paciente de que son incapaces de controlar su hábito tóxico. Al comienzo de un tratamiento esta creencia es con frecuencia susceptible de cambio mediante técnicas conductuales.

4- El terapeuta puede realizar este análisis funcional completo de la conducta problemática del paciente. Juntos terapeuta y paciente realizan un repaso detallado sobre lugares donde el abuso de sustancias ocurre, la hora, las presiones que experimenta el paciente en estas situaciones y las consecuencias precisas de la indulgencia.

5- El practicante de la TRE evaluará el problema de toxicomanía del paciente buscando los disparadores emocionales. Típicamente el toxicómano sufre dos tipos de "C- es" (Consecuencias desagradables) en situaciones de alto riesgo (A s): el tóxico en sí y los sentimientos dolorosos que disparan el abuso del tóxico.

¡Estar sentado en casa solo tras haber discutido con mi novia!

"Ella va a dejar de salir conmigo, yo no puedo soportar la soledad"

C.1. Depresión: desesperanza.

C.2. Beber en exceso.

El terapeuta intenta descubrir estos disparadores básicos preguntando la cliente ¿Qué sentimientos o cosas dentro de ti disparan el deseo de indulgencia en ese momento?

5.8.1 DEJAR LA TOXICOMANÍA

■ **DINAMICAS COGNITIVAS:** Tres creencias básicas componen la incapacidad del toxicómano para dejar de tomar sustancias peligrosas.

- **CREENCIA 1: ANSIEDAD POR MALESTAR E INTOLERANCIA:** Esta creencia normalmente toma la siguiente forma: “ no puedo soportar las frustraciones de la vida especialmente mis propios sentimientos dolorosos- y por lo tanto necesito y / o merezco algo que me haga sentir mejor ”.

Esta creencia tiene dos partes. Primera, el cliente exagera el malestar y las frustraciones que está experimentando. Al hacer esto lo que consigue de hecho es exacerbar tales sentimientos. La segunda consiste en que los clientes se sienten abocados y / o merecedores de una vida libre de malestar (debo tener lo que desee). Implícita a esta creencia está la elección de un hedonismo a corto plazo (deseaban todo malestar) frente a un hedonismo a largo plazo.(enfrentarse y trabajar sus frustraciones para conseguir un ajuste más beneficioso).

Estas creencias suelen tomar forma a través de ideas concretas:

- Las cosas me han estado saliendo realmente mal- merezco estar alegre
 - Me siento tan mal, de verdad que necesito un trago.
 - Las peleas, problemas económicos, etc. No me molestarán y desaparecerán después de unas cuantas copas.
- **CREENCIA 2: INDEFENSIÓN:** Tras intentar controlar un hábito mediante la fuerza de voluntad, la mayoría de los toxicómanos concluyen que son totalmente incapaces de superar su hábito y entonces sufren lo que

ALBERT BANDURA (1977) ha denominado como baja auto-eficiencia, es decir, la creencia de que hay muy poco que ellos pueden hacer para producir el cambio deseado que en este caso, sería el abandonar un hábito disfuncional. La auto-eficiencia percibida por aparte del cliente influye sobre el esfuerzo que realicen para luchar contra su hábito. Si no se cambia su conclusión de que son incapaces de cambiar no se logrará tener éxito con el tratamiento, y la toxicomanía crónica seguirá sin abordarse.

Algunas de las ideas específicas que reflejan esta creencia son:

- Un alcohólico es siempre alcohólico.
 - Soy demasiado débil para controlar esto.
 - Son los otros los que me hacen tomar drogas.
-
- **CREENCIA 3: AUTO-CONDENACION** : La mayoría de las personas con hábitos disfuncionales creen que son “personas que no valen nada”, debido a su hábito. Pues si bien la mayoría de los toxicómanos sienten justificada indulgencia, una vez que buscan el tóxico se condenan a sí mismos por haber vuelto a caer en el hábito, tomando su conducta auto-derrotista como evidencia de su minusvalía (por ejemplo “ soy un perdedor nato”). Esta tendencia auto-condenatoria debe ser abordada al comienzo del tratamiento dado que frecuentemente dispara episodios subsiguientes de abuso del tóxico. La TRE rompe este círculo vicioso de auto-reproche y

conducta auto-destructiva. Las ideas típicas, reflejo de esta auto-culpabilización son las siguientes:

- ¿ Qué demonios pasa conmigo? ¿ Por qué no puedo cambiar?.
- Soy un verdadero inútil por no poder controlar la droga, he defraudado a todo el mundo.

Para luchar contra la ansiedad por el malestar la primera tarea consiste en ayudar al paciente a cambiar sus elevaciones sobre el malestar de algo " terrible" que "no puede soportar" el malestar; ayuda a menudo al paciente a darse cuenta de cómo exagera su malestar definiendo una situación desagradable como una situación intolerable. Los objetivos de confrontar las tendencias catastróficas del paciente y de que " no puede soportarlo" son:

- Reducir de hecho el nivel de malestar al ser semánticamente preciso.
- Ayudar al cliente a darse cuenta de que está eligiendo continuar con su comportamiento de indulgencia.

Otra estrategia de refutación o discusión consiste en exponer las asunciones subyacentes del cliente de que no tiene por qué tolerar el malestar, es decir, creer que la vida debe ser realmente confrontable sin dolor. La filosofía del cliente de "disfrutar sin sufrir" (GAINS WITHOUT PAIN) les mantiene anclados en el hábito disfuncional.

Quizás la línea de interrogatorio más persuasiva para los toxicómanos consista en ayudarles a realizar un cálculo hedonístico significativo. El cálculo hedonístico se refiere al proceso mediante el cual las personas analizan racionalmente las compensaciones finales entre la gratificación a corto plazo y el hedonismo a largo plazo, comprometiéndose en un curso de acciones dirigido a maximizar su placer. El primer paso consiste en preguntar al cliente que enumere las ventajas y desventajas de continuar y de dejar el tóxico. Este ejercicio les posibilita ampliar su pensamiento y darse cuenta del espectro total de las consecuencias de su indulgencia.

Los clientes requieren una motivación considerable para superar su toxicomanía, la motivación viene prioritariamente de que el cliente vea claramente que es por su propio y mayor interés el superar el hábito. Ellos deben valorar este objetivo.

La convicción de los clientes de que son incapaces de cambiar ejemplo "adicto una vez, adicto siempre" debe ser abordada de inmediato a través de la TRE, de forma que el cliente pueda adquirir rápidamente una sensación de esperanza. El cambio cognitivo deseado va de "no tengo control" a "puedo quizás lograr un control". Las estrategias cognitivas son útiles para crear esperanza. Una vez que los clientes tienen una esperanza de controlar su hábito, las estrategias conductuales pueden potenciar su sensación de auto-eficiencia "sí tengo control".

Las conclusiones del cliente de que son incapaces son resultado de una percepción distorsionada de su conducta. A ésta puede añadirse también una

evaluación distorsionada ejemplo “ es terrible ser incapaz”. Para que brote la esperanza al comienzo del tratamiento, el terapeuta se centrará normalmente sobre las distorsiones del cliente, por su conducta.

Una estrategia cognitiva básica, será por lo tanto, fortalecer la concienciación del cliente de sus distorsiones cognitivas y corregir tales distorsiones. Algunas de las principales distorsiones cognitivas que contribuyen a la desesperanza del cliente son las siguientes:

■ SOBREGENERALIZACIÓN:

- Puesto que he fracasado en superar mi hábito, soy un fracasado.
- Puesto que he fracasado en el pasado siempre fracasaré.

■ IDEAS DE TODO O NADA:

- Si no tengo un control absoluto sobre mi adicción, no tendré ningún control.
- Sólo estoy a una copa de ser un borracho.

■ ABSTRACCIÓN SELECTIVA:

- A veces lo afronto bien pero como a menudo no lo hago, la verdad es que no soy bueno afrontando estas situaciones.

Las principales tareas del terapeuta consisten en formular preguntas que fomenten un pensamiento más lógico y objetivo. Ejemplo:

- ¿Cuál es la evidencia para tu creencia?

- ¿Es verdad eso? ¿ Por qué no?
- ¿Por qué es eso sobre generalización?
- ¿Puedes probar que vas a fracasar en el futuro?
- ¿Estás empleando palabras de ultimátum que no son exactas?
- ¿Estás sacando los ejemplos fuera de contexto?
- ¿Estás pasando por alto tu fuerza?
- ¿ Puedes citar ejemplos en los que has manejado situaciones difíciles sin recurrir a drogas?
- ¿Estás sacando conclusiones precipitadas sobre tu conducta futura?

El resultado esperado de este proceso desafiador e interrogatorio es hacer que el cliente gane realismo a fin de que pueda superar su adicción o hábito. Pues si bien se dan cuenta de que van a tener que trabajar duro para cambiar su conducta, ya no definen su situación como absolutamente imposible y desesperada, posibilitando así los esfuerzos de tratamiento desde el punto de partida.

 **REFUTAR LA AUTOCONDENA:** La terapia racional emotiva, tal vez más que cualquier otra escuela terapéutica, se centra en el segundo nivel de síntomas del cliente, es decir, cuando se recriminan a sí mismos por encontrarse mal. La TRE suele llevar a cabo los siguientes pasos para detectar los síntomas de estrés en el toxicómano:

1. Explicar el concepto de síntoma de estrés al cliente. El síntoma de estrés es a menudo un hábito sutil y pernicioso que debe comprenderse antes de empezar a luchar contra él dado que los pacientes raramente apuntan al síntoma de

estrés como el problema presente, el terapeuta explica la importancia de tratarlo como un problema con identidad propia. Las consecuencias probables, del síntoma de estrés son señaladas de manera explícita, el síntoma de estrés resulta típicamente en desmoralizaciones dolorosas y en un aumento de abuso del tóxico a fin de taponar tales sentimientos dolorosos.

2. Muestra a los clientes de manera precisa como se están desmoralizando así mismos a través del abuso de sustancias tóxicas y las consecuencias emocionales y conductuales de sus desmoralizaciones.
3. Explora las razones del cliente para condenarse así mismo. Muchos toxicómanos creen que resulta "honorable" recriminarse a uno mismo por haber sido indulgente o que esta bien ser indulgente mientras se sigan recriminando así mismos, o que el recriminarse así mismo les motivara para dejar de ser indulgentes. El terapeuta saca todas estas compensaciones reales o imaginarias para las auto-condenas o auto-recriminaciones a la luz y las examina para ver su exactitud y utilidad.
4. Refuta las asunciones y filosofías auto-condenatorias del cliente. Hay dos estrategias generales de refutación para ayudar al paciente a abandonar su tendencia auto-condenatoria: la estrategia fundamental y más elegante consiste, por supuesto, en ayudar al cliente a que deje de equiparar su patrón de conducta admitido como malo con lo que ALBERT ELLIS ha denominado su "indignidad" (2), es decir, sus creencias de que son personas que no valen para

nada. Se han sugerido muchas discusiones y estrategias de enseñanza. La segunda estrategia de refutación para mitigar el síntoma de estrés es ayudar a los clientes a darse cuenta de las consecuencias negativas de su propia autocondena.

■ TÉCNICAS CONDUCTUALES

Cualquier estudio sobre el tratamiento de las toxicomanías sería incompleto si no abordara el importante rol que juegan las técnicas conductuales. Hay dos razones básicas por las que los practicantes de la TRE incluyen técnicas conductuales en el tratamiento de las toxicomanías:

- A- Porque las técnicas conductuales favorecen una adquisición rápida de la conducta deseada, ya que son probablemente las estrategias más eficaces para enfrentarse a la sensación de indefensión de las personas.
- B- El poder de las situaciones de alto riesgo en ayudar a disparar la conducta adictiva hace que las estrategias conductuales diseñadas para cambiar conductas concretas sean muy útiles en tales situaciones.

Muestras de afirmaciones de afrontamiento para contrarrestar la toxicomanía

Ejemplos:

Afirmaciones para contrarrestar la ansiedad por el malestar:

- Puedo soportar este malestar.
- Me centrare en ponerme mejor no sólo en sentirme mejor.
- El mundo no se va acabar si yo me abstengo.
- Cuanto más me abstenga, más se desarrollará mi fortaleza emocional.

Afirmaciones para contrarrestar la indefensión:

- Sólo es muy difícil, no imposible al cambiar este hábito.
- He cambiado en otras áreas, puedo hacerlo en esta.
- Solo porque haya tenido dificultad para cambiar en el pasado no significa que en el futuro no haya esperanza, eso es tirar la toalla.
- Me gustaría..., pero no necesito...

Afirmaciones para contrarrestar a la auto-culpabilización:

- No soy perfecto
- Bastante duro es de por sí cambiar este hábito. Condenarme a mí mismo no me va a ayudar.
- Tomar drogas sólo es un aspecto de mi conducta.
- Recuerda: se requiere tiempo y una gran cantidad de esfuerzo cambiar.
- No soy una mierda por mi indulgencia, sólo un ser humano falible.

Los objetivos del practicante de la TRE al utilizar las estrategias conductuales debe ser claro: Para ayudar a los clientes a cambiar algunas de las asunciones filosóficas básicas que predisponen y precipitan su conducta activa. A medida que emplea las técnicas conductuales la terapeuta continua evaluando, evocando, y reforzando cualquier cambio cognitivo constructivo.

5.8.2 MANTENER EL CONTROL SOBRE LAS TOXICOMANIAS

Si los clientes logran dejar o reducir significativamente su toxicomanía habrán empezado a confrontar y cambiar algunas de sus premisas filosóficas auto-

derrotistas básicas. Al llevar a cabo la decisión de su indulgencia, habrán empezado a reformular la cantidad de malestar que pueden tolerar; lo capaces que son de controlar su propia conducta; y cómo son capaces de aceptarse a sí mismos cuando no logran mantener o alcanzar uno de sus ideales.

No obstante, la labor terapeuta aún no está completa. El practicante TRE intenta ahora edificar sobre los cambios cognitivos logrados dirigiéndose a las vulnerabilidades cognitivas y predisposiciones emocionales que llevaron a la toxicomanía. Mantener un control sobre la conducta adictiva va a depender probablemente del trabajo que se realice frente a las vulnerabilidades.

5.9. TECNICAS DE TRATAMIENTO DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA (TRE) SEGUN ALBERT ELLIS.

La TRE utiliza una gran diversidad de técnicas cognitivas, emotivas y conductuales en el curso de la terapia. Considera que se pueden utilizar técnicas provenientes de otros sistemas terapéuticos, ya que las hacen conscientes de su teoría y que en este aspecto representan un tipo de eclecticismo al se denomina Eclecticismo Teóricamente Consistente (DRYDEN, 1987, DRYDEN y ELLIS 1989).

■ TÉCNICA COGNITIVA:

Dirigidas a la modificación de las creencias irracionales del paciente. A continuación se definirán brevemente las técnicas cognitivas más frecuentes utilizadas por la TRE.¹²

¹² Manual de técnicas de modificación y terapias de conducta. ciudad Descleé 1992.

■ ENTRENAMIENTO EN DETECCIÓN DE CREENCIAS IRRACIONALES.

Consiste en ayudar al paciente a buscar las creencias irracionales, sobretodo los debo, tengo que, debería, es mi obligación que le conducen a conductas y emociones perturbadoras. Para ello el terapeuta ensañará al paciente:

A diferenciar los comportamientos
y sentimientos inapropiados.

- 1- A darse cuenta de los acontecimientos que ocurren justo antes de experimentar los sentimientos y conductas desadaptadas.

- 2- A detectar los pensamientos o creencias irracionales que acompañan a los acontecimientos activadores y que les conducen a las consecuencias (Sentimientos y conductas) inadecuadas.

Además el terapeuta le pedirá al paciente que realice, como tarea para casa, el registro de los acontecimientos activadores, creencias irracionales y consecuencias que acontezcan entre las sesiones.

Esta actividad permite al paciente comprobar el papel que juega las cogniciones y ejercitar su habilidad para detectarlas. Este entrenamiento es un requisito previo imprescindible para la tarea cognitiva de refutación de ideas irracionales.

■ TÉCNICAS DE PERSUASIÓN VERBAL:

Las técnicas de persuasión verbal o de refutación de creencias irracionales pretenden, a través del debate entre paciente y terapeuta, determinar la validez de las creencias irracionales que presenta el paciente adaptando el método científico a la vida cotidiana. Son las técnicas básicas y las preferentemente utilizadas por los terapeutas racional-emotivo. Entre las más utilizadas en la TRE, según la revisión realizada por HARREL, BEIMEN y La POINTE 1990, se encuentra las siguientes:

➤ Explicación de los fundamentos de la terapia:

Se explica al paciente en términos claros el ABC de la TRE. El valor persuasivo de esta explicación permite acentuar la responsabilidad del paciente en el proceso de cambio al darse cuenta que es el responsable de sus cogniciones y por tanto puede ejercer control sobre las creencias erróneas. Además al aceptar el paradigma teórico de la TRE el paciente está esencialmente de acuerdo con el plan terapéutico a seguir, incrementando la posibilidad de un cambio cognitivo más extenso.

➤ Análisis y evaluación lógica:

En esta se aplican los principios de la lógica para modificar las ideas irracionales. La discusión puede centrarse en dos aspectos: la validez lógica de la creencia irracional del cliente o premisa básica, y la incongruencia que pueden manifestar el cliente entre una conducta adaptada y una creencia irracional.

■ ENTRENAMIENTO EN AUTO INSTRUCCIONES:

Procedimiento utilizado fundamentalmente con aquellos paciente que no tiene las habilidades intelectuales necesarias para realizar una refutación cognitiva. Consiste en que el paciente se diga una serie de frases racionales como método para contrarrestar sus creencias irracionales. Estas frases seguirán generando a lo largo de las sesiones entre paciente y terapeuta. Las cuales se escribirán en una tarjeta o ficha y se le pedirá al paciente que las lea varias veces al día para favorecer su memorización e interiorización y sobre todo; que se las diga cada vez que en la vida cotidiana se enfrente a acontecimientos activadores que vayan acompañados de malestar emocional o conductas desadaptadas.¹³

■ TÉCNICAS CONDUCTUALES:

En la TRE se utiliza diversas técnicas conductuales, ya que se considera que el cambio conductual facilita menudo el cambio cognitivo (DRYDEN y ELLIS 1990. Aunque potencialmente pueden utilizar todas las técnicas propuestas por los terapeutas conductuales, la más frecuentes son las siguientes:

ENSAYO DE CONDUCTA / ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES:

La puesta en práctica de este procedimiento consiste en representar en la consulta las situaciones en las que el paciente sienta malestar emocional o se comporta de forma inadecuada. De esta manera se permite que emerjan las

¹³ Ibíd.

creencias emocionales que la situación suscite, debatirlas y ensayar nuevas creencias racionales adecuadas para cada situación.

De igual forma una vez que el paciente haya adquirido cierta habilidad en la refutación de ideas irracionales, el terapeuta puede adoptar el papel del cliente y verbalizar las creencias irracionales que surjan en las distintas situaciones problemáticas pidiendo al paciente que, adoptando el papel del terapeuta debata y discuta las creencias que éste manifieste, ayudándole a encontrar nuevas ideas más racionales y adaptativas.

■ EXPOSICIONES A LAS SITUACIONES TEMIDAS:

El objetivo es que los clientes tengan debates cognitivos en aquellas situaciones reales que les provocan miedos intensos. Para ello se le pide que se enfrenten a esas situaciones temidas y que permanezcan en ellas dándose cuenta que pueden tolerar experiencias incómodas. Estas exposiciones suelen tener diversas denominaciones en la TRE, como por ejemplo inundación en vivo, tareas de aceptación de riesgo, etc. En todos estos casos se considera importante motivar al sujeto para que persista durante un largo período de tiempo en la realización de estos ejercicios, ya que una escasa puesta en práctica no es suficiente para producir cambios en sus creencias irracionales.

■ REFUERZO Y CASTIGO:

Estos tienen como objetivo animar al paciente a asumir la responsabilidad de hacer su propio agente de cambio, así mismo consiste en establecer, en las

sesiones de terapia, que refuerzos o castigos concretos se dispensara el propio paciente en función de la realización o no de determinadas tareas.

Se considera que, este procedimiento es útil para todos los pacientes, es especialmente relevante para aquellos que por sus ideas de baja tolerancia a la frustración no ponen en práctica las tareas que estimularían el cambio de sus creencias irracionales y por tanto de sus conductas desadaptadas.

5.9.1 PROCEDIMIENTOS BASICOS DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA SEGUN AARON BECK.

BECK, en su manual de técnica de modificación y terapia de conducta considera, la terapia racional emotiva como un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones. Esta técnica está basada en el supuesto teórico de que la manera en que los pacientes perciben y en consecuencia estructuran el mundo es lo que determinan sus emociones y su conducta, El objetivo primordial de dicha terapia es la identificación y modificación de los procesos cognitivos desadaptados.

Para poder llevar a cabo el proceso terapéutico de forma óptima, se considera que el terapeuta cognitivo debe poseer unas habilidades generales que actúan sobre sus actitudes y comportamientos a lo largo de la intervención y posibilitan el

desarrollo y mantenimiento de la relación terapéutica (Beck et al. 1979). Las características que debe cumplir son las siguientes:

- 1- Mostrar una aceptación incondicional, preocupación sincera e interés por el paciente manifestado a través del tono de la voz, los gestos, las expresiones faciales y las frases que se utilicen.
- 2- Ser empático, ver y experimentar la vida como lo hace el paciente, entendiendo lo que está sintiendo, cómo estructura los acontecimientos y cómo responde a ellos.
- 3- Manifestar autenticidad, franqueza y honestidad y tener la capacidad de poder comunicárselo al paciente. Si éste percibe la honestidad de su terapeuta se facilitara la confianza en él y en la terapia.

5.10 MODELOS DE TRATAMIENTO PARA PACIENTES ADICTOS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

Si bien el consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno de origen remoto, la atención terapéutica surge como una entidad social y disciplinariamente estructurada, en las áreas de salud, Psicología y la educación coinciden con la confirmación del carácter epidémico del problema del uso y del abuso de sustancia psicoactivas en poblaciones cada vez más jóvenes.

Ante la complejidad del fenómeno en su etiología, como en sus manifestaciones e implicaciones, la respuesta a él en términos de soluciones terapéuticas o de recuperación factible, accesible, satisfactoria y eficaz comenzó a darse en un

principio muy ligado a las instituciones de salud hasta llegar al momento actual cuando se presentan programas y proyectos terapéuticos diversos como son: aislamiento en clínicas psiquiátricas atención psicoterapéutica, medicación sustitutiva etc.

■ ENFOQUE MEDICO PSIQUIATRICO:

Este enfoque también se denomina sanitario, centra la atención especial en las drogas, como causa principal que provoca consecuencias nocivas para la salud del consumidor.

“El paciente” es un enfermo que necesita ser curado en otras palabras la atención se ubica en las características farmacológicas de las sustancias. En este enfoque se busca desarrollar en los consumidores actividades de contención y se trata de evitar que se contagie a otras personas. Para intentar una mejor recuperación se da a los pacientes estupefacientes antagonistas. A modo preventivo se desarrollan programas informativos acerca de los posibles riesgos que implican el hecho de consumir sustancias psicoactivas.

La identificación de drogadependencia como enfermedad, establece entre los toxicómanos y la sociedad un tipo de relación que tiende a fijarlo en un rol dependiente pasivo e irresponsable. Lo que continuará, será la institucionalización del llamado paciente en un proceso de desintoxicación o un proceso de postura.¹⁴

14 NANCLARES, Jaime. Enfoques fundamentales de la drogadependencia. Medellín 1996.

En esta posición sanitaria que recurre a dar solución al problema farmacológico mediante tratamiento con otros tipos de sustancias químicas, se pueden distinguir varios tipos de terapia:

■ TERAPIA FARMACOLÓGICA GENERAL:

En esta se emplean fármacos sintomáticos por lo regular son pocos precisos y van dirigidos principalmente a mitigar la crisis o el síndrome de abstinencia.

➤ Terapia farmacológica específica:

Los tratamientos son especializados y dependen tanto de la condición del sujeto como de la sustancia y del tiempo de consumo.

➤ Terapia con fármacos agonísticos para opiáceos:

Es el caso de contrarrestar el efecto de la heroína utilizando morfina.

La aplicación del modelo médico psiquiátrico se encuentra por lo general complementado con el elemento del modelo clínico- psicológico. Se recomienda frecuentemente la psicoterapia de apoyo para el manejo de problemas sociales. La psiquiatría considera la importancia de la sociedad en la problemática del fármaco dependencia; son fundamentales los factores como la aceptación que se tenga del grupo para ponerse a la par, la curiosidad, la alineación y el medio ambiente próximo.

■ MODELO CLINICO PSICOLÓGICO:

Este modelo surge en el seno de las instituciones de salud, relativamente como una opción del modelo clínico farmacológico. Cuando el terapeuta entiende que

es más importante profundizar el conocimiento acerca de la personalidad del paciente que preocuparse por los mecanismos farmacológicos de acción de las drogas o de su estructura química.

La preocupación terapéutica básica deberá tener su apoyo central sobre el conocimiento de la personalidad del paciente en su dinámica intrínseca, problemática de relaciones interpersonales y dialéctica persona-sociedad (medio familiar principalmente).

El trabajo con el paciente dentro del modelo clínico psicológico incluye las siguientes fases:

➤ **EVALUACIÓN PSICOPATOLOGICA:**

Realizada por psiquiatras o psicólogos en la cual se elabora la historia clínica y se revisan aspectos como el consumo, antecedentes personales y familiares de enfermedad mental, conductas suicidas etc. Se evalúa el área familiar desde el paciente y se analizan los roles que en dicho grupo familiar se movilizan.

➤ **PSICOTERAPIA INDIVIDUAL:**

El objetivo básico contempla la mejoría sintomática, el cambio caracterológico y de la conducta. En nuestro medio la psicoterapia individual para personas abusadoras de drogas ha evolucionado desde el enfoque conductista-cognitivo, humanista, sistémico y psicodinámico.

➤ **PSICOTERAPIA DE APOYO:**

Su fin es proporcionar a las personas ayuda para que puedan enfrentar en forma eficaz sus síntomas o problemas actuales.

➤ **INTERVENCIÓN EN CRISIS:**

Busca hacer consciente a las personas sobre las actuaciones, compulsiones, impulsos, factores de riesgos asociados al consumo que surgen, con mayor fuerza en cualquier momento de vulnerabilidad durante el tratamiento.

➤ **PSICOTERAPIA GRUPAL:**

Proceso que facilita la interacción del individuo y que incluye actividades de confrontación, apoyo, ocupación grupal y educación.

➤ **TERAPIA FAMILAR Y DE PAREJA:**

Promueve la maduración e individualización, mejora el sistema comunicacional eleva la aceptación de necesidades y límites entre sus miembros.

■ **MODALIDAD GRUPO DE APOYO.**

Los principales representantes de esta modalidad de tratamiento son los alcohólicos y narcóticos anónimos, los cuales utilizan a manera de estatutos doce tradiciones y/o los doce pasos cuya premisa básica es el anonimato. Las doce tradiciones son principios que aseguran la supervivencia y el desarrollo de los grupos que comprenden la sociedad. Están basados en la experiencia de los grupos durante los años decisivos de la formación de la asociación.

Este grupo describe actividades para dejar el alcohol y la droga, estas organizaciones se definen como comunidades de hombres y mujeres que comparten sus fortalezas y experiencias con el fin de ayudar a otros.¹⁵

5.11 ESQUEMAS SUBYACENTES ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

El consumo de sustancias psicoactivas no es una actividad exclusiva de grupos de edad, sociales, étnicos o económicos determinados, por lo que su gravedad es mayor, es un problema social que afecta la salud física y mental tanto de quienes lo consumen como de aquellos con quienes viven.

Los daños físicos y mentales que sufren los consumidores de sustancias se presentan en diferentes grados y no surgen de forma inmediata; si no son resultados de tres etapas:

- Intoxicación
- Abuso
- Dependencia

Los problemas sociales que se dan con más frecuencia son las dificultades con las familias, los amigos y en general con la sociedad, ya que entre los adictos la violencia verbal o física es común; como consecuencia, es frecuente que los amigos y familiares se alejen.

De igual forma se presentan problemas a nivel judicial, pues se aumentan los robos, las discusiones familiares, muchos delitos se agravan si se determina que se ha ingerido alguna sustancia por ejemplo: Conducir en estado de ebriedad, comportamiento violento, abuso sexual u homicidio, siendo esto producto de una serie de modificaciones en la atención, juicio, memoria, capacidad de abstracción.

La forma de comportarse se altera como consecuencia de los cambios que se producen en el pensamiento puede haber torpeza, agresividad, euforia o hiperactividad.

?

Las funciones psicológicas, la capacidad para simplificar y razonar coherentemente la formación de ideas, las relaciones interpersonales y el sentido de la realidad se ven afectados por las drogas.

Los siguientes son alteraciones claves de la relación entre droga y crimen.



Por comprar las drogas muchos fármaco dependientes cometen crímenes, como: asaltos, robos, asesinatos, trafico de drogas ilícitas y prostitución.

■ La tasa de crímenes violentos bajo la influencia de fármacos es alta. Algunos los propician debido a que reducen inhibiciones, favorecen descargas de agresión y disminuyen o anulan el sentido.

■ Prostitución este es un método más por el cual el fármaco dependiente trata de conseguir dinero para satisfacer aún necesidades en cuanto a la adicción. Tanto hombres y mujeres optan por prostituirse a muy temprana edad, incrementando así la transmisión del VIH.

■ Mortalidad el uso de las drogas ilegales, principalmente la heroína inyectada es actualmente una de las principales causas de muerte entre los jóvenes de las grandes ciudades. Las dos principales causas de muerte en los consumidores de opiáceos o cocaína con el SIDA y la reacción aguda tras el consumo de drogas, aunque en este momento las muertes por SIDA son bastantes más numerosas que las muertes por reacción aguda.

■ SIDA e infección por VIH desde la segunda mitad de los años ochenta el sida y la infección por VIH se ha convertido en el principal problema de salud asociadas al consumo de sustancias psicoactivas.

■ La base de la sociedad es la familia y el consumo de sustancias psicoactivas rompe por completo su armonía; Origina dolor y decepción, desacuerdo conyugal, maltrato o descuido y pérdida de la autoestima cuando alguno de los padres es adicto, el conflicto en el desarrollo de sus hijos se

multiplican en forma de abandono escolar, delincuencia y drogadicción, se incrementan los problemas económicos y se pone en riesgo la salud mental de los hijos y del cónyuge. Hay muchos casos de familias que no pueden satisfacer sus necesidades básicas porque algunos de sus miembros gasta sus ingresos en satisfacer su adicción; en la mayoría de los casos, tras la desintegración familiar están la violencia, tensión y angustia por parte de este tipo.

Según Schilkrut los casos del consumo a temprana edad no están necesariamente ligadas a problemas intra familiares sino que la ingesta de alcohol y drogas están socialmente aceptadas como parte de la recreación del estrato juvenil, en fiestas y centros de diversión nocturnos y a una falta de información respecto al abuso de las sustancias psicoactivas.

■ Consecuencia Laborales, los individuos que ingieren sustancias psicoactivas tienen una productividad baja, son menos precavidos por su concentración y capacidad física disminuyen, y por tanto son más propensos no sólo a tener accidentes de trabajo 75% de los cuales ocurren por el uso y abuso de alcohol o sustancias psicoactivas; ya que estos alteran la percepción.

La capacidad mental de un adicto disminuye conforme avanza el problema, al grado que llega al momento en el que ya no puede trabajar de manera normal. Además presenta problemas de salud y un mayor índice de absentismo; debido a que las adicciones son progresivas y el abuso es constante. la persona con frecuencia es despedida de su empleo por falta de responsabilidad.¹⁵

6. DEFINICIÓN DE VARIABLES

6.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL

ELLIS, define las ideas irracionales como cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que conduce a consecuencias contraproducentes y autodestructivas que interfieren de forma importante en la supervivencia y felicidad del organismo.¹⁶

6.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES.

Las ideas irracionales son identificadas o valoradas por medio del test IBT de Jones los cuales miden 10 pensamientos irracionales propuestos por Albert Ellis (citado por Stefaneck y Eisler 1983). Además por la aplicación de la entrevista clínica basada en la técnica de la flecha descendente (flecha hacia abajo)¹⁷

¹⁶ Ellis Albert opt. Cit Pág. 105.

¹⁷ D'Amilio, Frank. Manual de la terapia cognitiva en pareja 1996.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
<p style="text-align: center;">IDEAS IRREACIONALES</p>	<p style="text-align: center;">Ψ INFERENCIA ARBITRARIA.</p>	<p>Llegar a una conclusión sin evidencia que la apoye.</p>
	<p style="text-align: center;">Ψ ABSTRACCIÓN SELECTIVA.</p>	<p>Valoración de una experiencia centrándose en un detalle específico extraído fuera de su contexto e ignorando otros elementos más relevantes.</p>
	<p style="text-align: center;">Ψ GENERALIZACIÓN EXCESIVA.</p>	<p>Elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados y aplicarla tanto a situaciones relacionadas y no relacionadas con el hecho en cuestión.</p>

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>CREENCIAS IRRACIONALES</p>	<p>Ψ MAGNIFICACIÓN Y MINIMIZACIÓN.</p> <p>Ψ PERSONALIZACIÓN</p> <p>Ψ PENSAMIENTO ABSOLUTISTA Y DICOTOMICO.</p>	<p>Errores cometidos al evaluar la magnitud o la significación de un acontecimiento incrementando o disminuyendo su significado.</p> <p>Atribuir sucesos externos sin bases firmes para realizar esta conexión.</p> <p>Tendencia a clasificar todas las experiencias en una o dos categorías opuestas, seleccionando el extremo negativo para describirse así mismo.</p>

7. CONTROL DE VARIABLES

7.1 VARIABLES CONTROLADAS

7.1.1 En los sujetos

QUE?	COMO?	PORQUE?
EDAD	Conformando la muestra con sujetos con edades comprendidas entre 18 y 49 años.	Durante este tiempo los pacientes están en la fase de Pre-contemplación-contemplación y aun no se ha dado cambios en las estructuras (Modelo por etapas según D'clemente y Kros) y esto garantiza la presencia de las ideas irracionales. ¹⁸
PSICOSIS TOXICA	Escogiendo paciente con el trastorno de abuso y dependencia de las sustancias psicoactivas y no con psicosis toxica.	En los trastorno de psicosis toxicas, el individuo presenta alteraciones como son los trastorno de orientación, pensamiento y esto impide la comprensión de las preguntas de los instrumentos. ¹⁹
NIVEL DE ESCOLARIDAD	Conformando la muestra con sujetos con un grado de escolaridad mínima de segundo de primaria.	Los sujetos debían tener un nivel mínimo de aprendizaje (Lectura –escritura) para un buen desarrollo y entendimiento del test IBT y la entrevista clínica.
TIEMPO DE REHABILITACIÓN	Conformando la muestra con pacientes institucionalizados en el departamento del Atlántico con un mínimo de tiempo de un mes de rehabilitación y un máximo de tres meses.	Los sujetos debían estar en la fase de abuso o dependencia comprendida entre el primer y tercer mes de tratamiento pues en este periodo de tiempo aun aflora muchas ideas irracionales en los paciente s consumidores de sustancias psicoactivas. ²⁰
SEXO	Conformando la muestra solo con hombres.	Las instituciones en donde se aplicó el test IBT la historia clínica estaba conformado por hombres ya que los centros de rehabilitación que albergaban mujeres no cumplían con los requisitos exigidos por este estudio.

18. Revista avance en Psicología Clínica Latinoamericana, 2000.

19. DSM IV, Manual diagnostico y Estadístico de los Trastorno Mentales.

20. Ibid

7.1.2 En el ambiente

QUE?	COMO?	PORQUE?
APLICACIÓN GRUPAL	Aplicando las pruebas IBT y la entrevista clínica en grupo.	Para lograr la homogeneidad en las condiciones de aplicación. ²¹
APLICACIÓN DE PRUEBAS	Estableciendo previamente las fechas y horarios para la aplicación de instrumentos.	Para no interferir con las actividades de rehabilitación de las instituciones.
HORA	Escogiendo horas establecidas por la institución especialmente en las mañanas.	Garantizaba el nivel de concentración y motivación de los pacientes.

21. ARNAU, J. Psicología experimental un Enfoque Metodologico. México Trillas, 1982.

7.1.2 En el investigador

QUE?	COMO?	PORQUE?
ENTRENAMIENTO	Estudiando todas las aplicaciones de las pruebas (Test IBT, Entrevista Clínica) en cuanto a la aplicación y calificación de las mismas	Para lograr un manejo de la objetividad y evitar confusiones al momento de la aplicación de los instrumentos.
INSTRUCCIONES	Utilizando un lenguaje homogéneo a los sujetos de la muestra.	Garantiza que todos los pacientes reciban la misma instrucción para una mejor aplicación en los instrumentos.

7.1.3 Instrumento.

QUE?	COMO?	PORQUE?
VALIDEZ Y CONFIABILIDAD	Escogiendo instrumento con validez y confiabilidad.	Garantiza la objetividad y generalización de los resultados

7.2 VARIABLES NO CONTROLADAS

QUE?	PORQUE?
RELIGIÓN	No fue relevante en el desarrollo de la investigación.
RAZA	A esta investigación no le intereso conocer a que raza pertenecía los encuestados.
ESTRATO SOCIOECONOMICO	En cualquier estrato socioeconómico, se presentan adicciones a sustancias psicoactivas y el desarrollo de ideas irracionales.
TIPO DE SUSTANCIA PSICOACTIVA	En nuestra cultura las personas son mas poliadictas.

8. METODO

8.1 DISEÑO:

El tipo de estudio que se realizó fue de tipo Descriptivo; pues describió las características o fenómenos que se conocen a cerca de las ideas irracionales en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas y sobre los cuales se profundizó. El diseño se refiere al plan o estrategia concebida para responder a las preguntas de investigación.²²

En esta investigación se describieron las características más sobresalientes en pacientes adictos a sustancias psicoactivas que se encontraban institucionalizados estableciendo así las posibles creencias irracionales entre los pacientes así como el esquema irracional que sostiene el consumo del adicto en relación a la frecuencia, preferencia y conductas asociadas al problema de las sustancias psicoactivas.

22. HERNÁNDEZ, Roberto, Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw Hill. 1991

8.2 POBLACIÓN:

En esta investigación la población fue conformada por pacientes de sexo masculino, con edades comprendidas entre 18 y 40 años de edad, los cuales recibían tratamientos en centros de rehabilitación en el departamento del Atlántico.

La población universal de los pacientes adictos a sustancias psicoactivas que se encontraban institucionalizados en el Departamento del Atlántico fue de 271 personas, las cuales se encontraban en los siguientes centros de rehabilitación:

CENTROS DE REHABILITACION	NUMERO DE PACIENTES
Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI) Barranquilla.	137
Canaan Tierra de Refugio Baranoa	75
Corporación Hogares Crea (Puerto Colombia)	23
Centro de Tratamiento Antorcha Galapa	31

La muestra con la cual se realizó esta investigación fue de 70 pacientes, que cumplieron con los requisitos que esta investigación. Entre estos tenemos que deben ser pacientes consumidores de sustancias psicoactivas, con edades

comprendidas entre los 18 y 40 años y debían ser pacientes que estuvieran en la fase de abuso o en la fase de dependencia comprendida entre el primer y tercer mes de tratamiento.

8.3 SUJETOS

Esta investigación se realiza con pacientes consumidores de sustancias psicoactivas residentes en el departamento del Atlántico con edades comprendidas entre los 18 y 40 años; así mismo se trabajó con pacientes de sexo masculino, que se encontraban en los centros de rehabilitación. De igual forma estos pacientes debían estar en la fase de abuso o en la fase de dependencia comprendida entre el primer y tercer mes de tratamiento.²³

8.4 MUESTRA

La muestra se seleccionó de forma Aleatoria con modalidad Estratificada, ya que en este tipo de investigaciones no basta que cada uno de los elementos muestrales tengan la misma probabilidad de ser escogidos. Si no que es necesario estratificar con relación a estratos o categorías que se presenten en la población y que aparte son relevantes para los objetos del estudio.²⁴

23. HERNÁNDEZ, Roberto, Metodología de la investigación. Op cit, pag 80.

24. DSM IV, Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales.

En esta investigación sólo se escogió a un grupo de personas consumidoras de sustancias psicoactivas en el departamento del Atlántico, se tuvo en cuenta el número de instituciones de rehabilitación y el número de personas adictas que se encuentren en tratamiento en dichas instituciones.

8.5 TECNICAS E INSTRUMENTOS

Para la recolección de la información de esta investigación se utilizó el Test IBT, el cual tiene como función detectar cuáles son las ideas irracionales más frecuentes en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas que se encuentren institucionalizados en el departamento del Atlántico. Dicho Test fue realizado por investigadores; el cual es válido en cuanto a su contenido, la entrevista clínica y estudios de casos.

■ CUESTIONARIO DE CREENCIAS IRRACIONALES:

El cuestionario utilizado es el test de pensamiento irracional (IBT) de JONES (citado por STEFANECK y EISLER, 1983). Este instrumento intenta medir diez de los pensamientos irracionales propuestos por ELLIS 1980, cada uno de los subtest posee diez ítem para un total de cien, sin embargo la confiabilidad escasa de ciertos ítems, se eliminó un subtest y se redujeron otros. La respuesta del sujeto se da sobre una escala likerth es de 1 a 5.

El primer subtest, Necesidad de aprobación, se estructura sobre la base del pensamiento propuesto por ELLIS: " la idea extrema de ser humano de ser amado y aprobado, prácticamente por cada persona significativa y de su comunidad."

El segundo subtest, nivel de auto exigencia, se fundamenta en la idea irracional No 2 " la idea que para considerarse a uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en aspectos posibles.

El tercer subtest, tendencia a culpar a otros, se fundamenta en la idea irracional No tres " la idea de que ciertas clases de gente son viles, malvada e infame y que debe ser seriamente culpabilizado y castigado por su maldad "

El cuarto subtest, reacción a la frustración, se fundamenta en la idea irracional No cuatro "la idea que es tremendo y catastrófica, el hecho que las cosas no vallan por el camino que a uno le gustaría que fuesen".

El quinto subtest, indaga el nivel de responsabilidad que el sujeto debe tener sobre sus emociones. Esta escala marcaría la irresponsabilidad emocional, entendida como locus de autocontrol, es decir que tanto el sujeto considera no tener la capacidad de controlar sus emociones. Dicho de otra manera, hasta que punto el sujeto cree que se siente responsable de sus sentimientos; corresponde a la idea No 5 de ELLIS: " la idea que la desgracia humana se origina por causas externa y que la gente tiene poca capacidad o ninguna de controlar sus penas y perturbaciones".

El sexto subtest, ansiedad por preocupación, mide anticipación de consecuencia y corresponde a la idea irracional No 6 " la idea de que algo es o puede ser peligroso o temible se deberá sentir terriblemente inquieto por ello deberá pensar constantemente en la posibilidad que esto ocurra".

El séptimo subtest, dependencia, corresponde a la idea irracional No 8 de ELLIS. " La idea de que se debe depender de los demás y que se necesita a alguien más fuerte en quien confiar."

El octavo subtest, influencia del pasado, corresponde a la idea No nueve que es la idea que la historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual, y que algo que ocurrió alguna vez y le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente.

El subtest noveno, perfeccionismo, corresponde a la idea irracional No 11 de ELLIS " la idea de que invariablemente existe una solución precisa correcta y perfecta para todo el problema humanos, y que si esta solución perfecta no se encuentra sobre lleva a una catástrofe.

Todos los subtest fueron reducidos a ocho ítem cada uno y se elimino el subtest número siete del test original (evitación de problemas) por no ser confiable en la tabla, se muestra la confiabilidad obtenida para cada prueba y los ítem eliminados de la versión original que no discriminaron adecuadamente. (Ver Anexo 3).

Es importante señalar que la confiabilidad de las sub escalas posiblemente por el número reducido de ítems no fue alta. Los datos estadísticos comparativos de todos los cuestionarios que se expondrán en un momento se consignan las medidas y las desviaciones estándares obtenidos para sujetos normales (N=100) y pacientes (N=100).²⁵

ESCALA IBT	ITEMS ELIMINADOS	CONFIABILIDAD
Necesidad de aprobación	41.51	0.55
Autoexigencia	42.52	0.62
Culpar a otros	3.53	0.50
Reacción a la frustración	24.84	0.68
Irresponsabilidad emocional	15.17	0.75
Ansiedad por preocupación	36.46	0.60
Dependencia	48.72	0.51
Influencia del pasado	29.39	0.50
Perfeccionismo	50.90	0.43

25. ELLIS, Albert. Aplicaciones Clinicas en la Terapia Racional. Ciudad Desclee 1990.

■ ENTREVISTA CLÍNICA:

La entrevista clínica esta basada en el modelo clínico cognitivo utilizado en el programa de alcoholismo y farmacodependencia del CARI; esta evaluación esta basada en la técnica de flecha descendente o flecha hacia abajo utilizada frecuentemente en el modelo cognitivo. (ver Anexo 1)

■ ENCUESTA DE IDENTIFICACIÓN DE CARACTERÍSTICAS, PROBLEMAS DEL CONSUMO:

Esta encuesta es un formato realizado para la investigación, perfil de personalidad del MMPI de los pacientes adictos que consultan en la unidad del programa de alcoholismo y farmacodependencia del hospital San Rafael durante el proceso de recuperación. Primer puesto en investigación inédita en el congreso nacional de psiquiatría. (Alonso Martha, Polo Irene). (ver Anexo.2)

Esta prueba fue revisada por jueces expertos para su validez; los jueces expertos evaluaron cuantitativa y analíticamente la encuesta y se modificó de acuerdo a sus sugerencias.

8.6 PROCEDIMIENTO:

Para la realización de esta investigación se trabajó en varias fases donde su objetivo es describir las ideas irracionales en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas que se encuentran institucionalizados en el departamento del Atlántico.

Se procedió en la primera fase a la revisión teórica relativa a la problemática del consumo de sustancias psicoactivas, los aportes de la Terapia Racional Emotiva (TRE) en las toxicomanías así como investigaciones recientes acerca del tema de la investigación.

En la segunda fase se trabajó para establecer la muestra universal teniendo en cuenta el número de instituciones de rehabilitación con que cuenta el departamento del Atlántico. Entre ellos tenemos: Canaan tierra de refugio (Baranoa), CARI (Barranquilla), Centro Cristiano de Rehabilitación "Jesús mi salvador" (Santo Tomas), Centro de Rehabilitación El Muro de la Fe (Juan de Acosta), Centro de Tratamiento Antorcha (Galapa), Corporación Hogares Crea de Colombia (Puerto Colombia); Fundación Cristiana de Restauración Refugio Divino (Polo Nuevo), Hogar de Rehabilitación El Camino (Ponedera), Hogar Renovación (Malambo), Reeducar Hogar Crea para Damas (Barranquilla).

Para recolectar la muestra de la investigación fue necesario establecer un dialogo con los líderes de cada una de las instituciones presentándoles los requisitos que

esta investigación exige entre ellas tenemos ser consumidores de sustancias psicoactivas, residentes en el departamento del Atlántico con edades comprendidas entre 18 - 40 años, debían estar en la fase de abuso o en la fase de dependencia comprendida entre el primer y tercer mes de tratamiento y debían haber cursado como mínimo segundo de primaria o saber leer y escribir. Una vez establecidas las características en cada uno de las instituciones se procedió a elegir a los sujetos completado así este proceso.

La tercera fase consistió en establecer el horario para la aplicación de la prueba IBT y la entrevista clínica, para su aplicación se procedió a explicarle a los sujetos seleccionados la forma de responder el test IBT y la entrevista clínica. De igual forma se aclaró enfáticamente el carácter confidencial de la respuesta; seguidamente se resolvieron las inquietudes de los pacientes sobre la importancia de la investigación y la naturaleza de los instrumentos u otras preguntas.

La cuarta fase se dividió en dos partes: primero se realizó un análisis de datos procedentes de la entrevista clínica (datos de identificación, droga favorita, frecuencia de consumo, preferencia de consumo y conductas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas). Luego se realizó un análisis que permitió establecer los resultados del test IBT que evalúa a las ideas irracionales en nueve dimensiones para cumplir con uno de los objetivos de esta investigación se calculo el promedio y la desviación estándar de cada una de las ideas irracionales con base a esto se procedió a convertir a dichos puntajes brutos en puntajes que permitieron la comparación entre si, para dar cumplimiento a tal objetivo. Los

puntajes brutos se convirtieron en unidades estandarizadas Z con base en el promedio y la desviación estándar de cada dimensión.

La última fase de esta investigación fue realizar la discusión de los resultados teniendo en cuenta la realidad teórica y práctica; basándose en los resultados se establecieron las conclusiones y recomendaciones.

9. RESULTADOS.

Para conocer los resultados de esta investigación se realizó un primer análisis de datos procedentes de la ficha de identificación, característica del consumo de los sujetos pertenecientes a la investigación señalando que: 91.42% ha consumido alcohol, el 77.1% ha consumido cigarrillo, el 58.57% consumió cocaína, el 55.71% consumió marihuana, un 35.7% ha consumido bazuco, el patraseado (crack) lo han consumido el 31.42%, la base la han consumido el 2.85%, un 5.71% consumió tranquilizantes y 1.42% los derivados de la morfina. (Ver Tabla 1)

TABLA 1: PERFIL DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN INSTITUCIONALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO

DROGA	PERFIL DEL CONSUMO
ALCOHOL	91.42%
CIGARRILLO	77.1%
COCAÍNA	58.57%
MARIHUANA	55.71%
BAZUCO	35.7%
PATRASEADO	31.42%
TRANQUILIZANTES	5.71%
OTROS	5.71%
BASE	2.85%
DERIVADO DE MORFINA	1.42 %
HEROINA	

Con relación a la preferencia se observa que el 35.71% prefiere el alcohol, le sigue en el orden de preferencia la marihuana con un 22.85% junto con la cocaína. El 15.71% prefiere el patraseado, el cigarrillo lo prefieren el 8.57% con respecto al bazuco lo prefieren el 7.14% la base la prefieren consumir el 5.71% y el 1.47% prefiere los tranquilizantes. (Ver Tabla 2)

TABLA 2: PREFERENCIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PACIENTES ADICTOS QUE SE ENCUENTRAN INSTITUCIONALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.

DROGA	PREFERENCIA DE CONSUMO
ALCOHOL	35.75%
MARIHUANA	22.85%
COCAÍNA	22.85%
PATRASEADO	15.71%
CIGARRILLO	8.73%
BAZUCO	7.14%
BASE	5.71%
HEROÍNA	
DERIVADO DE MORFINA	
TRANQUILIZANTES	
OTROS	

En cuanto a la frecuencia de consumo diario, se encontró que el 34.28% consumía la marihuana diariamente, le sigue el patraseado (crack), el cual un 28.57% lo consumía. El 25.71% consumía en forma diaria el cigarrillo y el bazuco, el 20% reveló que consumía diariamente la base. La cocaína la consumía diariamente el 17.14%; el 10% manifestó que consumió otras sustancias (hongos, pastillas), el 2.85% consumía diariamente tranquilizantes y el 1.42% derivados de morfina y alcohol. (Ver Tabla 3)

TABLA : 3 FRECUENCIA DE CONSUMO DIARIO EN PACIENTES ADICTOS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS QUE SE ENCUENTRAN INSTITUCIONALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.

DROGA	FRECUENCIA DE CONSUMO DIARIO
MARIHUANA	34.28 %
PATRASEADO	28.57%
CIGARRILLO	25.71 %
BAZUCO	25.71 %
BASE	20%
COCAÍNA	17.14 %
OTROS	10%
TRANQUILIZANTES	2.85%
ALCOHOL	1.42 %
DERIVADOS DE MORFINA	1.42%
HEROÍNA	

Encontramos que la frecuencia de consumo en fin de semana de los pacientes adictos a sustancias psicoactivas arrojó los siguientes resultados :

El 58.57 % prefiere el alcohol, el 8.57 % consume cigarrillo, le sigue en orden de preferencia la Marihuana con 7.14 %, Cocaína con 21.42%, Bazuco y Patreasado con 2.14%, la base la prefieren consumir el 1.42% y los tranquilizantes el 2.85 % (Ver Tabla 4)

TABLA 4: FRECUENCIA DE CONSUMO FIN DE SEMANA EN PACIENTES ADICTOS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS QUE SE ENCUENTRAN INSTITUCIONALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO

DROGA	FRECUENCIA DE CONSUMO FIN DE SEMANA
ALCOHOL	58.57 %
COCAÍNA	21.42 %
CIGARRILLO	8.57 %
MARIHUANA	7.14 %
BAZUCO	2.85 %
PATRESEADO	2.85 %
TRANQUILIZANTES	2.85 %
BASE	1.42 %
HEROÍNA	
DERIVADO DE MORFINA	
OTROS	

Con relación al consumo mensual en pacientes consumidores de sustancias Psicoactivas institucionalizados son las siguientes:

El 12.85% prefieren alcohol, el 7.14% consumen marihuana y cocaína y han consumido el 1.42% Patreasado y base. (Ver Tabla.5)

TABLA 5: FRECUENCIA DE CONSUMO MENSUAL EN PACIENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS INSTITUCIONALIZADAS EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.

DROGA.	FRECUENCIA.DE CONSUMO.MENSUAL
ALCOHOL	12.85 %
MARIHUANA	7.14 %
COCAÍNA	7.14 %
PATRASEADO	1.42 %
BASE	1.42%
HEROINA	
CIGARRILLO	
BAZUCO	
DERIVADO DE MORFINA	
TRANQUILIZANTES	
OTROS	

Con respecto a los problemas asociados a la adicción se encontró que el 59.37% de los sujetos habían tenido discusiones familiares; el 40.6% robo a su familia y presentó peleas y agresiones físicas, el 31.25% tuvo dificultades con la policía, el 21.8% tuvo problemas con los vecinos y estuvo en prisión, y el 9.3% presentó escenas de celos. (Ver Tabla 6).

TABLA 6: PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN INSTITUCIONALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.

PROBLAMAS ASOCIADOS AL CONSUMO.	PORCENTAJES...
DISCUSIONES FAMILIARES	59.3 %
ROBAR A LA FAMILIA	40.6 %
PELEAS Y AGRESIONES FÍSICAS	40.6 %
DIFICULTADES CON LA POLICIA	31.2 %
PRISIÓN	21.8 %
PROBLEMAS CON VECINOS	21.8 %
ESCENAS DE CELOS	9.3 %



Un segundo análisis permitió establecer los resultados en la prueba IBT, que evalúa las ideas irracionales en nueve dimensiones, las cuales tienen cantidad de diferentes de ítem y por tal razón el promedio y desviación estándar de cada una de ellas será diferente. Por ello para cumplir uno de los objetivos específicos del presente estudio, con respecto a identificar la idea irracional que más se presenta en la población en estudio (N = 70) se procedió de la siguiente manera.

En primera instancia se calculó el promedio y la desviación estándar de cada una de las ideas irracionales, lo cual arrojó los siguientes resultados:

IDEA IRRACIONAL	PROMEDIO	DESVIACIÓN
NECESIDAD DE APROBACIÓN	22.97	6.34
AUTOEXIGENCIA	26.3	4.24
CULPAR A OTROS	25.2	4.94
REACCIÓN A LA FRUSTRACIÓN	21.97	5.49
IRRESPONSABILIDAD EMOCIONAL	19.29	5.09
ANSIEDAD POR PREOCUPACIÓN	26.51	6.94
DEPENDENCIA	21.67	4.36
INFLUENCIA DEL PASADO	23.03	4.79
PERFECCIONISMO	25.13	5.79

Con base en los promedios y desviaciones estándar de cada uno de estas dimensiones, se procedió a convertir a dichos puntajes brutos en puntajes que permitieran la comparación de estos entre sí, para dar cumplimiento a tal objetivo.

Por esto, se tomaron los resultados obtenidos por los sujetos (puntaje bruto) en cada una de las dimensiones en las que se manifiestan las ideas irracionales y se convirtieron en unidades estandarizadas Z, con base en el promedio y la dimensión estándar de cada dimensión.

Las unidades Z o calificaciones Z, son una distribución de datos con media cero y desviación estándar uno, permitiendo comparar datos que posean promedio y desviaciones estándar diferentes. Su conversión se hace con respecto a la formula.²⁶

$$Z = \frac{X - \bar{X}}{S}$$

En donde X es una calificación bruta determinada, \bar{X} es el promedio del grupo de sujetos y S es la desviación estándar.

Con base en los valores contenidos en el cuadro anterior se aplicó la fórmula de las unidades Z, de tal forma que cada uno de los valores de cada uno de estas dimensiones quedaron convertidos en una misma unidad de medida, para de esta forma ser objeto de comparación entre sí.

Después de este procedimiento se procedió a convertir los valores de las unidades Z en una escala estándar normalizada, para lo cual se eligió las unidades T²⁷, puesto que es una escala ampliamente conocida a través de la prueba de personalidad MMPI y por su amplia discriminación de los sujetos.

26. AIKEIN, Levis. Test Psicológico y evaluación. 8 Ed mejico: Prentice may Hispanoamérica S.A. 1996 p83.
27. *Ibid.* Pagina 85.

Las unidades T son una distribución con un promedio de 50 y una desviación estándar de 10, en donde un valor superior a los 70 T indican valores altos, y los inferiores a los 30 T son considerados como bajos. Entre 40 y 70 T se considera normal con respecto a su grupo. Para la conversión de las unidades Z a unidades T, se utilizó la siguiente fórmula:

$$T = 10Z + 50$$

A continuación se presentan los puntajes directos o brutos a partir de los cuales cada una de las ideas irracionales son consideradas con base en su puntuación como alto, o sea que sobrepasa las 70 unidades T

IDEAS IRRACIONALES	PUNTAJE BRUTO
NECESIDAD DE APROBACIÓN	37
AUTOEXIGENCIA	35
CULPAR A OTROS	36
REACCIÓN A LA FRUSTRACIÓN	34
IRRESPONSABILIDAD EMOCIONAL	30
ANSIEDAD POR PREOCUPACIÓN	41
DEPENDENCIA	31
INFLUENCIA DEL PASADO	33
PERFECCIONISMO	37

Una vez realizado este procedimiento se contó la cantidad de sujetos que en cada una de las diferentes ideas irracionales, tenían puntaje superior a la 70 T encontrándose los siguientes resultados:

TABLA 7: RESULTADOS DE LAS IDEAS MAS FRECUENTES EN PACIENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS QUE SE ENCUENTRAN INSTITUCIONALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO

REACCIÓN A LA FRUSTRACIÓN	3
IRRESPONSABILIDAD EMOCIONAL	3
DEPENDENCIA	3
INFLUENCIA DEL PASADO	3
AUTOEXIGENCIA	2
PERFECCIÓN	2
ANSIEDAD POR PREOCUPACIÓN	1
NECESIDAD DE APROBACIÓN	1
CULPAR A OTROS	0

Los valores anteriores muestran que las ideas irracionales más frecuentes en los sujetos de estudio son:

Reacción a la frustración, irresponsabilidad emocional, dependencia e influencia del pasado

El tercer análisis corresponde a la identificación del supuesto irracional que mantiene el consumo esto se puede establecer por medio de los estudios de casos del 30% de las muestras. Se encontró que las ideas de ansiedad de malestar, baja tolerancia a la frustración, indefensión, auto condena, necesidad de aprobación entre otras mantenía el consumo lo cual les llevaba a la recaída, estos datos se corroboran en los estudios de Ellis 1990. (Ver Tabla 7)

- No quiero hablar de eso?
Porque?
No me gusta
Si no te gusta que pasa?
Me siento mal
Y eso que significa?
Que no lo soporto. (NO DOLOR, MALESTAR)

- Tú dices que tu recaes cuando estas bien, cómo es eso explícalo?
Yo estoy bien con la gente, doy consejos que me piden y la siguen
Que significa para ti esto?
Que me escuchan
Que significa para ti que te escuchen?
Que me ponen atención
Y si te ponen atención que significa?
Que me tienen en cuenta. (NECESIDAD DE APROBACIÓN)

- Que pasa que recaíste?
Es que no puedo controlarme
¿Cómo así?
Es que me gusta
Y si te gusta qué?
Cuando me gusta algo soy débil ante eso
Que significa ser débil?
Que soy impotente
Y si eres impotente?
No soy capaz
Si no eres capaz?
No sirvo para nada. (INDIFERENCIACION, AUTOCONDENACION)

- ¿Qué es lo que pasa que no quieres cambiar?
Para ti que significa cambiar?
Pensar
Y si me piensas?
No me gusta
No me gusta todo fácil. (BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN)

- El pensar que te enfrentas al daño que hiciste, que pasa al pensar esto?
Me siento mal
Eso que significa para ti?
No me gusta. (MALESTAR EMOCIONAL.)

Los resultados arrojados en la investigación ideas irracionales en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas institucionalizados en el Departamento del Atlántico se observa que existe gran similitud con los resultados arrojados en la investigación Perfil de personalidad del MMPI de los pacientes adictos que consultan en la unidad del programa de alcoholismo y farmacodependencia del hospital San Rafael durante el proceso de recuperación (Alonso – Polo) 1995.

Las cifras indican que se sigue consumiendo la sustancia *Alcohol* con una preferencia (Fines de Semana, Mensual) indicados así:

En cuanto a la frecuencia de consumo Fin de Semana, el *Alcohol* en 1995 obtuvo un resultado del 36%, en la actualidad es de 58,57% lo que nos indica que ha aumentado proporcionalmente, el consumo de esta sustancia.

Con relación al consumo Mensual, encontramos que el *Alcohol* alcanzo en 1995 resultados de 5% en el 2001 la investigación arrojó resultados de 12.85% un aumento considerable en el consumo de esta sustancia.

Otra droga que alcanzó un mayor consumo es la *marihuana* en cuanto a la frecuencia en su consumo diario, en la investigación realizada en 1995 se obtuvo un resultado de 61% y en el 2001 el resultado es de 34,28%, aunque ha disminuido su consumo la marihuana es la más perseguida por los adictos.

En cuanto a las conductas asociadas a la adicción encontramos que se mantiene las discusiones familiares como principal problema con un 59,3% cabe anotar en la investigación realizada en 1995 esta conducta era la que más se mantenía con un 21,0%.

Estos resultados tienen mucha relación con la teoría expuesta por Albert Ellis, encontramos que los sujetos de esta investigación presenta como principal idea irracional *Reacción a la Frustración*. Y se compara como al probar ellos la baja tolerancia a la frustración no permite el malestar lo cual les genera conductas en búsqueda del placer, es así como el consumir drogas les lleva a obtener el objetivo de alimentar el vínculo de la perpetuación del consumo: si hay baja tolerancia a la frustración existe un malestar y si no le gusta el malestar o problema buscan sentirse bien, tranquilos y el sentirse “tranquilos” es consumir. Esta ideas se identifican en la entrevista clínica, algunos ejemplos son:

- “No puedo soportar las frustraciones de la vida, especialmente mis propios sentimientos dolorosos y por lo tanto necesito y/o merezco algo que me haga sentir mejor”.
- “Las cosa me estan saliendo mal”.

De la misma forma encontramos que los pacientes mantienen la creencia de indefensión puesto que tras intentar controlar un hábito mediante la fuerza de voluntad los adictos concluyen que son totalmente incapaces de superar su hábito y entonces sufren lo que BANDURA (1977) denomino como baja auto-eficiencia es decir la creencia de que hay poco que ellos pueden hacer para producir el cambio deseado; que en este caso seria abandonar un hábito disfuncional, muchas ideas que los pacientes reflejan son:

- Un alcoholico siempre es un alcoholico.
- Soy demasiado debil para controlar esto.
- Son los otros los que me hacen tomar.

Así mismo la creencia de ansiedad por malestar consiste en afirmaciones como:

- No puedo soportar las frustraciones de la vida, especialmente mis propios sentimientos dolorosos y por lo tanto necesito y/o merezco algo que me haga sentir mejor.

Esto se relaciona mucho con diversas conductas asociadas a la adicción como son frecuentes discusiones familiares a las que acuden el adicto para conseguir la droga.

10. CONCLUSIONES

A partir de los resultados arrojados en la presente investigación se llegó a las siguientes conclusiones.

Esta investigación se orienta a detectar cuales son las ideas irracionales presentes en los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas institucionalizados en el departamento del Atlántico.

Las ideas irracionales detectadas deben ser observadas al inicio del tratamiento y frecuentemente dispara episodios subsiguientes de abuso del toxico o reincidencias.

Los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas institucionalizados en el departamento del atlántico considera como su droga favorita el alcohol con un 35%, de igual forma el alcohol es la sustancia que mas consumen dichos pacientes con un porcentaje de 91.42% de la población seleccionada. En lo referente al consumo diario encontramos que la droga que más consumen es la marihuana con un 34.20%.

Esto comprueba que el consumo recurrente de estas sustancias como lo son el alcohol y la marihuana conllevan a un deterioro y un malestar clínicamente significativos dando lugar a una tolerancia, dependencia y abuso, pues cada vez los pacientes necesitan mayor cantidad de droga para realizar las actividades que antes no requerían del consumo de estas sustancias psicoactivas, buscando así cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

Una vez analizado desde el punto de vista estadístico el Test IBT se obtuvo que las ideas irracionales que más presentaron los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas que se encuentran institucionalizados en el Departamento del Atlántico son las siguientes:

REACCIÓN A LA FRUSTRACIÓN: se basa en la idea que es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a él le gustaría que fuese. Las verbalizaciones se dirigen: no lo soporto, lo odio cuando... no lo aguanto es insoportable. Las situaciones de frustraciones pequeñas las magnifica.

IRRESPONSABILIDAD EMOCIONAL: el supuesto de esta idea es que la desgracia humana se origina por causa externa y que la gente tiene poca capacidad o ninguna de controlar sus penas y perturbaciones. Asume que son las circunstancias las que determina su estado emocional sintiéndose indefenso.

DEPENDENCIA: el supuesto es que la idea de que se debe depender de los demás y que necesitan de alguien más fuerte en quien confiar. La conducta que presenta es de dependencia, angustia, baja autoestima, poco esfuerzo personal.

INFLUENCIA DEL PASADO: esta idea se refiere a que su pasado y las cosas terribles que le sucedieron cuando era niño o en sus últimas relaciones o situaciones de la vida son las que le hacen actuar y sentir de esta manera. Las verbalizaciones que utilizan son: Es que mi familia..., mi papá..., fui abandonado.

Albert Ellis en sus dinámicas cognitivas trabaja sobre tres creencias básicas que componen la incapacidad del toxicómano; estas dinámicas se emparejan especialmente bien con las ideas irracionales que se obtuvieron en los diferentes resultados que arrojaron los pacientes institucionalizados en el departamento del Atlántico. Estas creencias son:

ANSIEDAD POR MALESTAR E INTOLERANCIA: con esta creencia el paciente exagera el malestar y las frustraciones que esta experimentando.

INDEFENSIÓN: el paciente intenta controlar un hábito mediante la fuerza de voluntad, el paciente concluye que son totalmente incapaces de superar su hábito sufriendo una baja auto-eficiencia, o sea que no pueden producir el cambio que ellos desean.

AUTOCONDENACIÓN: los pacientes consideran que son personas que no valen nada debido a su habito, la mayoría de los adictos sienten justificada indulgencia, una vez que buscan el toxico se condenan a sí mismo por haber vuelto a caer en el habito tomando esta conducta como una evidencia a su minusvalía; Por ejemplo: soy un perdedor nato.

En cuanto a las recomendaciones se propone continuar con esta temática realizando investigaciones en la que se elabore un programa de intervención cognitiva para debatir las ideas irracionales, relacionando estas variables de ideas irracionales con el locus de control, auto eficiencia en adictos.

Se sugiere también divulgar estos resultados a los diferentes centros de tratamiento para que sirva de material de consulta e intervención en su campo laboral.

11. DISCUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Según datos obtenidos en la investigación realizada por Martha Alonso e Irene Polo denominado Perfil de personalidad del MMPI de los pacientes adictos que consultan en la unidad del programa de alcoholismo y farmacodependencia del hospital San Rafael durante el proceso de recuperación en el año 1995 encontramos que existen muchas similitudes en cuanto a los resultados obtenidos en la investigación Ideas Irracionales en Pacientes Institucionalizados en el Departamento del Atlántico realizada en el año 2001, encontrándose lo siguiente:

En lo que concierne al consumo diario la sustancia que mas se consume es la Marihuana; en la investigación realizada en 1995 se obtuvo un resultado del 61% y en la investigación del 2001 su obtuvo un resultado de 34.28% , lo que nos indica que la proporción de consumidores de esta sustancia ha disminuido notoriamente en los últimos años.

En cuanto a la frecuencia del consumo en los fines de semana la sustancias favorita y más consumible es el alcohol, en 1995 se obtuvo un resultado de 36% de la población, en la investigación del año 2001 se obtuvo un resultado de 58.57% cifras que indican el aumento considerable del alcohol los fines de semana .

En relación al consumo mensual de sustancias psicoactivas encontramos que el alcohol con 5% en el año 1995 fue la droga que más demanda presento; en el

año 2001 se incremento su consumo con 12.85%, observándose en los últimos años un continuo aumento del número de personas con dependencia la alcohol.

En cuanto a las ideas irracionales más frecuentes se observa que la ideas de Reacción a la Frustración tiene gran relación con los estudios desarrollados por Albert Ellis (Manual de la terapia racional emotiva). Y se compara como al probar ellos la baja tolerancia a la frustración no permite el malestar lo cual les genera conductas en búsqueda del placer, es así como el consumir drogas les lleva a obtener el objetivo de alimentar el vinculo de la perpetuación del consumo: si hay baja tolerancia a la frustración existe un malestar y si no le gusta el malestar o problema buscan sentirse bien, tranquilos y el sentirse “tranquilos” es consumir. Esta ideas se identifican en la entrevista clínica, algunos ejemplos son:

“No puedo soportar las frustraciones de la vida, especialmente mis propios sentimientos dolorosos y por lo tanto necesito y/o merezco algo que me haga sentir mejor”.

“Las cosa me estan saliendo mal”.

“Me siento tan mal que necesito un trago”

“Los problemas desaparecerán después de tomar”. Estas ideas se identifican en la entrevista clínica.

De igual manera con respecto a la irresponsabilidad emocional se observa como los sujetos no admiten que su desgracia humana es debido a causas externas y que la gente tiene poca capacidad o ninguna de controlar sus penas y perturbaciones esta idea tiene el mismo supuesto de la idea de indefensión propuesto por Bandura en 1977 (Ret y Toxicomanía) en la que ellos tienen la-

creencia de que hay muy poco que ellos pueden hacer para producir el cambio deseado en este caso abandonar el consumo una de las expresiones o ideas más frecuentes expresadas es que “son los otros los que hacen que consuma droga” , “no me puedo controlar” esto se observo en la entrevista de la investigación .

En relación a la idea irracional de dependencia la cual se basa en la idea de que se debe depender de los demás y que se necesita alguien más fuerte en quien confiar (citada por Jones), esto se corrobora con la idea que expresa Ellis en relación a la concepción del si mismo del hombre y los demás. La dependencia la cual se percibe como desvalídos e impotentes, así mismo se observa en los resultados de la entrevista clínica en la cual manifestaban que eran impotentes y débiles

Con respecto a la influencia del pasado, la cual dice que las experiencias del pasado determinan la condición actual se relaciona con la idea de indefención propuesta por Bandura (Ret y Toxicomanía), ya que esta idea se ve que hay poco por hacer por parte de ellos para producir el cambio deseado, la autoeficiencia percibida por parte de la persona influye sobre el esfuerzo que realice para luchar contra su problemática esta idea esta soportada con expresiones como “ un alcoholico siempre es un alcoholico” y que siendo un adicto en el pasado seguirá siendo adicto.

Después de haber analizado de manera exhaustiva los resultados obtenidos en la investigación ideas irracionales en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas que se encuentran institucionalizado en el departamento del Atlántico.

permitieron llegar a las conclusiones principales del estudio, respondiendo de esta forma a los objetivos trazados al inicio de la investigación.

Es necesario mencionar aquellos detalles que de una u otra forma fueron obstáculos en esta investigación algunos fueron superados con la satisfacción de aportar al campo científico e investigativo para la psicología así contribuir con este granito granera a futuras investigaciones con temáticas similares.

La recomendación más importante es promover en las instituciones de salud del departamento del Atlántico tanto público como privado programas de prevención contra la adicción a sustancias psicoactivas. De igual forma darle la importancia que se merece dentro del campo investigativo y científico a las ideas irracionales; pues el material que se encuentra es muy limitado.

Algunos centros de rehabilitación se le sugiere de manera especial que conformen un equipo interdisciplinario de planta dentro de la institución.

A la universidad Simón Bolívar y en especial al comité investigativo que sigan apoyando desinteresadamente a todos los estudiantes de pregrado.

Al Centro de Atención Integral C.A.R.I en especial al programa de farmacodependencia el cual lidera la Dra. Irene Polo que sigan día a día en la lucha contra la adicción.

BIBLIOGRAFÍA

ALONSO, Martha y POLO, Irene. Perfil de personalidad del MMPI de los pacientes adictos que consultan en la unidad del programa de alcoholismo y fármaco dependencia del hospital San Rafael durante el proceso de recuperación. Primer puesto en investigación inédita en el congreso nacional de psiquiatría. Bogotá 1995.

AIKEN, Lewis. Tests Psicológico y evaluación. 8 ed. México: Prentice Hall Hispanoamericana S.A, 1996.

ARNAU, Jaime: Psicología Experimental. México: Trillas.

BECK, Aarón, FREEMAN, Terapia Cognitiva de los trastornos de personalidad. Ciudad: Piados. 1995

BRIONES, Guillermo. La formulación de problemas de investigación social. Uniandes 1981.

ELLIS, Albert, GRIEGER, Russell. Manual de Terapia Racional Emotiva. España: 1990

----- Aplicaciones Clínicas en la Terapia Racional Emotiva. Ciudad Bilbao: Descleé 1990

----- Manual de técnicas de modificación y terapia de la conducta. Ciudad Bilbao. Editorial Descleé. 1992

----- Cómo combatir los pensamientos deformados. Ciudad Bilbao. Editorial Descleé. 1992

----- Basta ya. Editorial Grijalbo. Barcelona:1995

GONZALEZ, Ricardo. Psicoterapia del alcohólico y otros toxicómanos. Editorial Científico- técnico. Ciudad de la Habana.1996:

HERNÁNDEZ, Roberto; FERNÁNDEZ, Carlos. Metodología de la investigación. México:1991

KART, Elk. Un modelo de tratamiento para la dependencia de alcohol y drogas. <http://www.adicciones.org.mc/opempleo.html>.

MARTHE; Norma; MORENO; Francisco. Cómo elaborar y presentar un trabajo escrito. Barranquilla: Ediciones Uninorte, 1990

MANUAL DEL PROGRAMA DE ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDENCIA. CARI. 1995

MARQUEZ, D. TRE. Asociación Argentina de Psiquiatras. <http://www.aaps.com.or>.

PREVENGAMOS LA DROGADICCIÓN. Manual para el agente educativo. Ministerio de salud. 1996

RODRÍGUEZ, Edgar. Consumo de sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá 1997

RISSO, Walter. Entrenamiento asertivo. Medellín 1990

SABINO, Carlos. El proceso de la investigación. Bogotá, El Cid. 1996

TESIS Y OTROS TRABAJOS DE GRADO. INCONTEC. 1999

VINCET, Greenwood. Ret y Toxicomanías. En: Ellis, A. Aplicaciones clínicas en la terapia racional emotiva. Editorial Descleé. 1990

SIMTH, Nancy. Motivar a las personas con trastornos duales: Una aproximación en fases. <http://www.minsal.c//tabaco/>. 1990

UN MODELO EDUCATIVO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDA: Unidad de tabaco, alcohol y otras drogas. Ministerio de salud de Chile. 2000. <http://www.minsal.c//tabaco/>.

UNIDOS PARA LA PREVENCIÓN EN ADICCIONES <http://www.adicciones.org.m//opempleo.html>.

WAYNE, Daniel. Estadística con aplicación a las ciencias sociales y la educación. México: Mc Grau Hill, 1990.

ANEXOS

ANEXO 1

- No quiero hablar de eso?
Porque?
No me gusta
Si no te gusta que pasa?
Me siento mal
Y eso que significa?
Que no lo soporto.(NO DOLOR, MALESTAR)

- Tú dices que tu recaes cuando estas bien, cómo es eso explícalo?
Yo estoy bien con la gente, doy consejos que me piden y la siguen
Que significa para ti esto?
Que me escuchan
Que significa para ti que te escuchen?
Que me ponen atención
Y si te ponen atención que significa?
Que me tienen en cuenta. (NECESIDAD DE APROBACIÓN)

- Que pasa que recaíste?
Es que no puedo controlarme
¿Cómo así?
Es que me gusta
Y si te gusta qué?
Cuando me gusta algo soy débil ante eso
Que significa ser débil?
Que soy impotente
Y si eres impotente?
No soy capaz
Si no eres capaz?
No sirvo para nada.(INDIFERENCIACION, AUTOCONDENACION)

- ¿Qué es lo que pasa que no quieres cambiar?
Para ti que significa cambiar?
Pensar
Y si me piensas?
No me gusta
No me gusta todo fácil. (BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN)

PERFIL DEL PACIENTE FARMACODEPENDIENTE
Hospital San Rafael - Barranquilla 1995

No. H. C. _____

1. IDENTIFICACION:

Nombre: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ No. Hijos: _____
 Escolaridad: _____ Procedencia: _____ Natural de: _____
 Ocupación: _____ Desempleado: _____ Informal: _____

2. RESIDENCIA:

Dirección: _____ Barrio: _____
 Vive Solo: _____ Esposa/Hijos: _____ Madre: _____ Casa de Suegros: _____ Padres: _____
 Es en una Pieza: _____ Casa: _____ Apto.: _____ Otro/Cuál?: _____

3. CARACTERISTICAS DEL CONSUMO:

DROGA	EDAD DE INICIO	TIEMPO DE CONSUMO	FREC. MENSUAL	CANTIDAD	HA PROBADO	DROGA FAVORITA
Alcohol						
Cigarrillo						
Marihuana						
Cocaína						
Bazuco						
Patrsiado						
Base						
Heroína						
Derivado Morf.						
Tranquilizantes						
Otras:						

4. PROBLEMAS DEL CONSUMO:

Discusiones Familiares: Frecuentemente: _____ A Veces: _____ Rara Vez: _____
 Robar a la Familia: Frecuentemente: _____ A Veces: _____ Rara Vez: _____
 Problemas con Vecinos: Frecuentemente: _____ A Veces: _____ Rara Vez: _____
 Escenas de Celos: Frecuentemente: _____ A Veces: _____ Rara Vez: _____
 Peleas y Agresión Física: Frecuentemente: _____ A Veces: _____ Rara Vez: _____
 Dificultades con Policía: Frecuentemente: _____ A Veces: _____ Rara Vez: _____
 Prisión: Frecuentemente: _____ A Veces: _____ Rara Vez: _____

5. PERFIL DE PERSONALIDAD (Escala Más Prominente en el MMPI):

ESCALA	INGRESO	3 MESES	6 MESES	9 MESES	1 AÑO
Depresión					
Manía					
Histeria					
Paranoia					
Esquizofrenia					
Sociopatía					
Mitomanía					
O. Sexual					

APENDICE F

CUESTIONARIO DE CREENCIAS IRRACIONALES

Este es un cuestionario de cómo usted cree y siente acerca de varias cosas. Para cada pregunta usted debe encerrar en un círculo un número de la columna de la derecha, el cual exprese mejor su actitud hacia la pregunta. Asegúrese de marcar lo que usted actualmente cree o siente y no como cree que debería sentir. No es necesario pensar mucho. Trate de evitar lo neutro o la respuesta "3" tanto como le sea posible. Sólo utilice éste número si usted realmente no puede decidir si está de acuerdo o no. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas. Cuanto más sinceramente conteste, más útil será el test para usted.

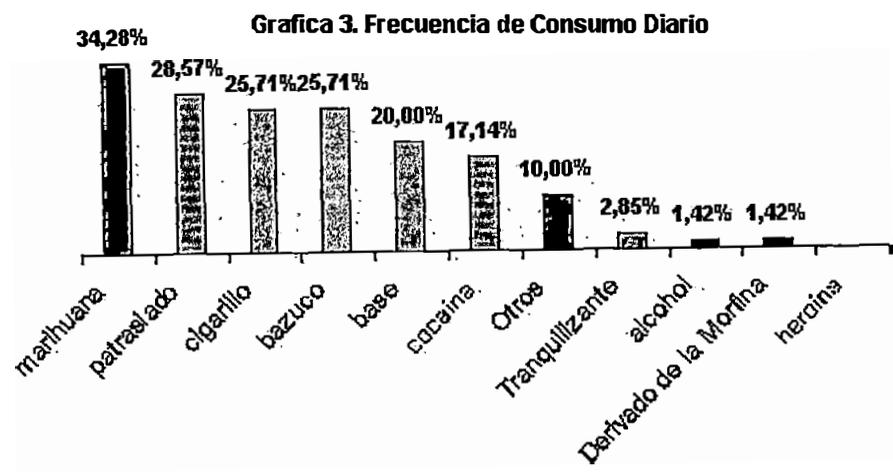
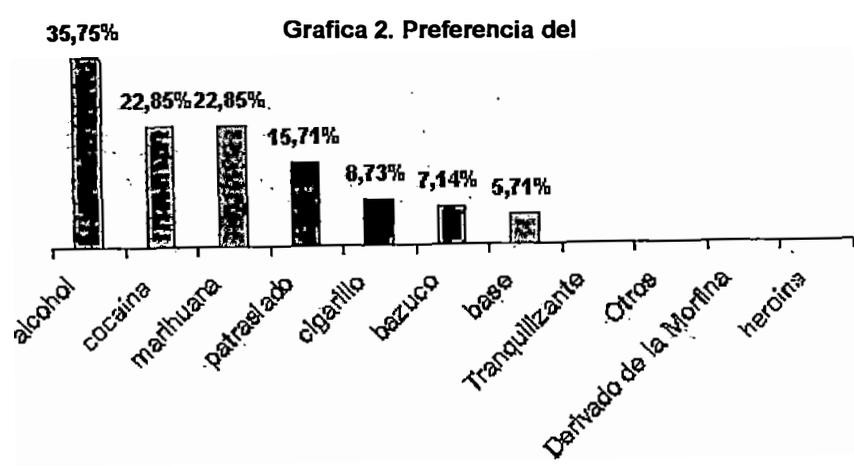
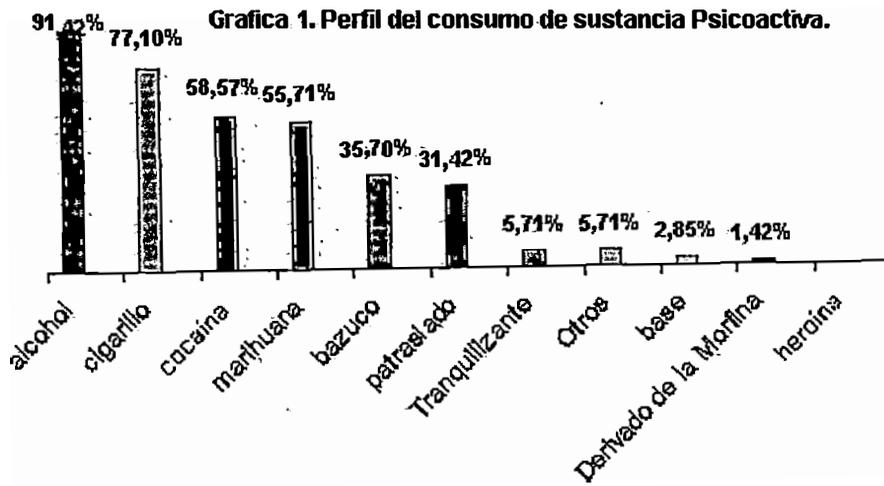
1. Muy de acuerdo
2. Moderadamente de acuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
4. Moderadamente en desacuerdo
5. Muy en desacuerdo

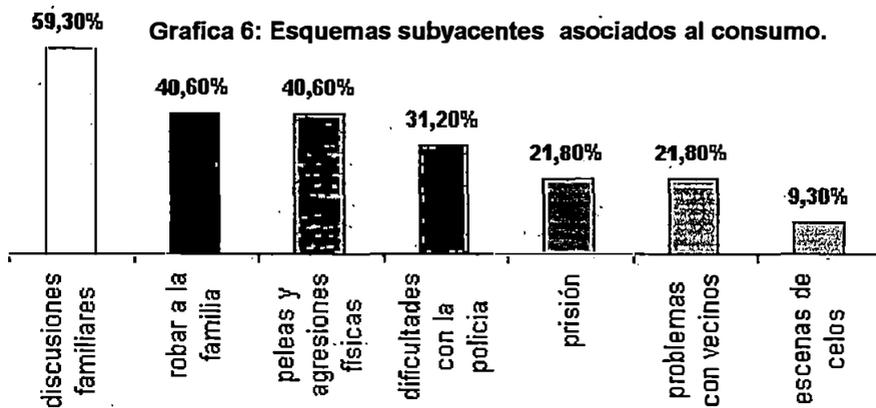
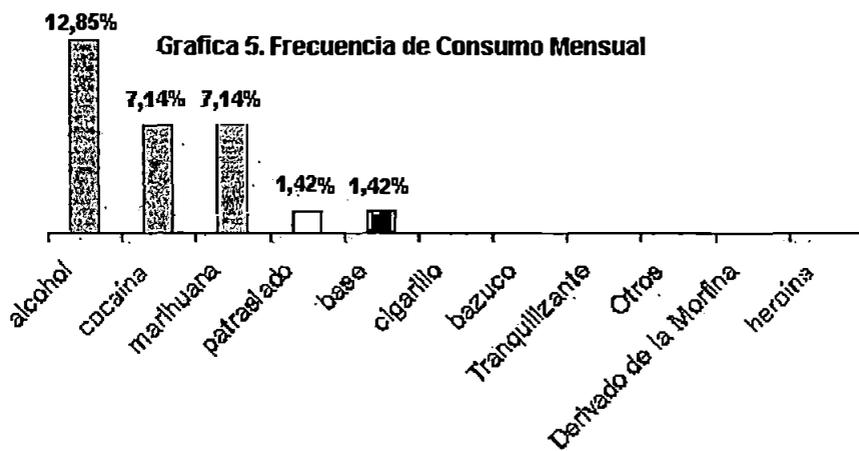
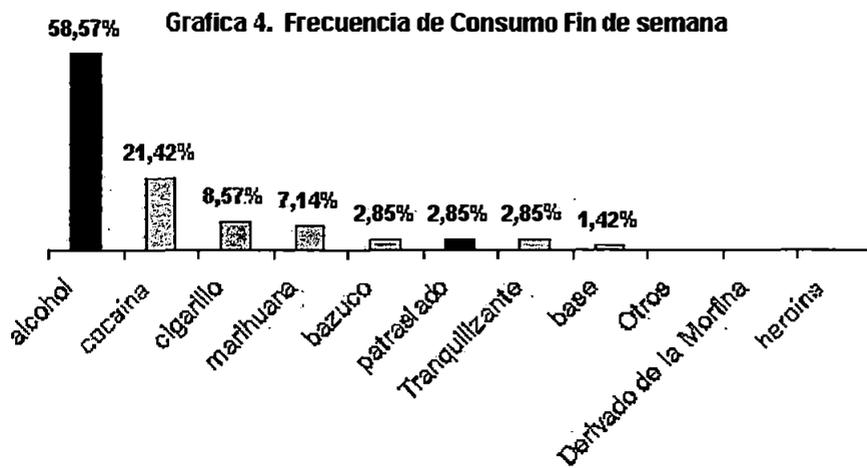
- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Es importante para mí que otros me aprueben. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 2. Odio equivocarme en cualquier cosa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 3. Muchas personas perversas escapan al castigo que se merecen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 4. Generalmente acepto lo que pasa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 5. Si alguien quiere puede ser feliz bajo casi todas las circunstancias | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 6. Tengo temor de algunas cosas que suelen molestarme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 7. Todos necesitamos de alguien para depender | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 8. "Una zebra no puede cambiar sus rayas" | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 9. Hay una forma correcta de hacer todas las cosas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 11. Me gusta el respeto de otros, pero yo no tengo que tenerlo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 12. Evito las cosas que no puedo hacer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 13. Aquellos que obran mal deben ser sancionados | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 14. Las frustraciones no me afligen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 15. Yo creo, mi propio estado de ánimo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

16. Siento poca ansiedad por cosas peligrosas que pueden ocurrir en el futuro. 1 2 2 4 5
17. Cuando debo tomar decisiones importantes trato de consultar con alguna autoridad en el tema. 1 2 3 4 5
18. Es casi imposible superar la influencia del pasado. 1 2 3 4 5^o
19. No hay una solución perfecta para nada. 1 2 3 4 5
21. Quiero agradecerle a todas las personas. 1 2 3 4 5^o
22. No me importa competir en actividades donde otros son mejores que yo. 1 2 3 4 5
23. La inmoralidad debería ser fuertemente castigada. 1 2 3 4 5^o
24. Con frecuencia me siento molesto por situaciones que no me gustan. 1 2 3 4 5^o
25. La gente que es infeliz, es así porque generalmente ellos mismos se lo buscaron. 1 2 3 4 5
26. En ocasiones no puedo dejar de pensar en cosas que me preocupan. 1 2 3 4 5^o
27. La gente necesita algo externo que le dé fuerza. 1 2 3 4 5^o
28. Si yo hubiera tenido experiencias diferentes, sería más como yo quiero ser. 1 2 3 4 5^o
29. Muy rara vez se halla un camino fácil en la vida. 1 2 3 4 5
31. Puedo gustarme a mí mismo aunque a muchos yo no les guste. 1 2 3 4 5
32. Me gustaría tener éxito pero no siento que deba esforzarme para ello o que "tenga que" hacerlo. 1 2 3 4 5
33. Son pocas las veces que culpo a las personas por su maldad. 1 2 3 4 5^o
34. Generalmente acepto las cosas como son, inclusive si no me gustan. 1 2 3 4 5
35. Depende de uno mismo el tiempo que dure un estado de ánimo desagradable. 1 2 3 4 5
36. Rara vez estoy ansioso por el futuro. 1 2 3 4 5
37. Hay ciertas personas de quien dependo enormemente. 1 2 3 4 5^o
38. Rara vez pienso que experiencias pasadas me afectan ahora. 1 2 3 4 5

39. Algunos problemas siempre estarán con nosotros. 1 2 3 4 5^o
41. Aunque me gusta la aprobación no es una necesidad real para mí. 1 2 3 4 5
42. Me molesta cuando otros son mejores que yo en algo. 1 2 3 4 5^o
43. Todas las personas son fundamentalmente buenas. 1 2 3 4 5
44. Si las cosas me molestan, simplemente las ignoro. 1 2 3 4 5
45. Cuantos problemas tenga una persona menos feliz será. 1 2 3 4 5^o
46. Me preocupo demasiado por ciertas cosas del futuro. 1 2 3 4 5^o
47. Yo soy el único que puede entender y enfrentar mis problemas. 1 2 3 4 5
48. Somos esclavos de nuestra historia personal. 1 2 3 4 5^o
49. Vivimos en un mundo de azar y probabilidad. 1 2 3 4 5
51. Me preocupo con frecuencia sobre cuanto gente me aprueba. 1 2 3 4 5^o
52. Me molesta cometer errores. 1 2 3 4 5^o
53. No es justo que "llueva sobre justos e injustos". 1 2 3 4 5^o
54. Hago lo que puedo hacer para conseguir lo que quiero y por eso no suelo preocuparme. 1 2 3 4 5
55. Nada es depilmente por sí mismo, depende de como lo interpretes. 1 2 3 4 5
56. Algunas veces no puedo liberar temores de mí mente. 1 2 3 4 5^o
57. Me disgusta que otros tomen decisiones por mí. 1 2 3 4 5
58. Una vez que algo te haya afectado en la vida, siempre lo hará. 1 2 3 4 5^o
59. Rara vez hay una solución ideal para cada cosa. 1 2 3 4 5
61. Me interesa bastante lo que la gente siente por mí. 1 2 3 4 5^o
62. Suelo incomodarme bastante por cosas pequeñas. 1 2 3 4 5^o
63. Generalmente doy a quien me agrada una segunda oportunidad. 1 2 3 4 5
64. Soy bastante calmado para enfrentar la vida. 1 2 3 4 5

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|----------------|
| 65. Nunca hay una razón para estar preocupado por mucho tiempo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 66. Casi nunca pienso en cosas como la muerte o la guerra. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 67. Me disgusta tener que depender de otros | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 68. La gente fundamentalmente nunca cambia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 ^o |
| 69. Es mejor buscar una solución práctica que una solución perfecta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 71. Es molesto pero no deprimente ser criticado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 72. No temo hacer cosas que no puedo hacer bien | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 ^o |
| 73. Nadie es malo, aún cuando sus actos lo sean | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 74. Rara vez me inquietan los errores de los otros | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 75. Los hombres hacen su propio infierno, con ellos dentro | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 76. Con frecuencia pienso que haría yo en situaciones de peligro | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 ^o |
| 77. He aprendido a no esperar que alguien (distinto) de mí se preocupe por mi bienestar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 78. No miro el pasado con ningún remordimiento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 ^o |
| 79. No hay nada que se aproxime a lo ideal. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |





Gráfica 7: Resultado Ideas Irracionales.

