



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA**

**“Programa para la prevención de recaídas en pacientes con
adicción a drogas de una Comunidad Terapéutica de Trujillo,
2021: Estudio descriptivo - propositivo”**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Intervención Psicológica

AUTORA:

Arana Jara, Diana Carolina (ORCID: 0000-0003-4316-8084)

ASESOR:

Dr. Rodríguez Vega, Juan Luis (ORCID: 0000-0002-2639-7339)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Modelo de Intervención Psicológica

TRUJILLO – PERÚ

2022

Dedicatoria

A mi madre, por su apoyo incondicional y creer en mí siempre. Así mismo, a cada una de las personas que me motivaron a salir adelante y continuar mi desarrollo profesional.

La autora

Agradecimiento

Agradezco a quienes con su apoyo hicieron posible la realización de este trabajo, al director de la C.T. Jesús y María, Oswaldo Hetzel, y a los residentes de dicha institución por su valiosa participación.

La autora

Índice de contenidos

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA.....	12
3.1. Tipo y diseño de investigación	12
3.2. Variables y operacionalización.....	13
3.3. Población y muestra.....	14
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	15
3.5. Procedimientos	17
3.6. Método de análisis de datos.....	17
3.7. Aspectos éticos	18
IV. RESULTADOS	19
V. DISCUSIÓN.....	26
VI. CONCLUSIONES	32
VII. RECOMENDACIONES.....	33
REFERENCIAS.....	34
ANEXOS.....	38

Índice de tablas

Tabla 1. Pacientes de la Comunidad Terapéutica “Jesús y María”	14
Tabla 2. Distribución según niveles de riesgo de recaída	19
Tabla 3. Diseño del programa para la prevención de recaídas	23

Resumen

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo el diseño de un programa de intervención para disminuir el riesgo de recaídas en pacientes con adicción a drogas. Se desarrolló una investigación aplicada de carácter descriptivo-propositivo, bajo el diseño no experimental, con una población censal de 45 pacientes varones de la “Comunidad Terapéutica Jesús y María” de la ciudad de Trujillo, cuyas edades oscilaban entre los 18 y 65 años. Como instrumento de recolección de datos se empleó el Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0 elaborado por Miller y Harris en el 2000 y adaptado por Valles en el 2016, identificándose que el 51,1 % de la población total estudiada tiene un nivel de riesgo de recaída promedio, 31,1 % posee un nivel bajo, 15,6 % tiene un nivel de riesgo muy bajo y el 2,2 % de la población se encuentra en un nivel alto de riesgo. Según estos resultados, se establece una propuesta de programa que consta de 18 sesiones diseñadas de forma sistemática.

Palabras clave: adicción, prevención de recaídas, Comunidad Terapéutica

Abstract

The present research work aimed to design an intervention program to reduce the risk of relapse in patients with drug addiction. A descriptive-purposeful applied research was developed, under the non-experimental design, with a census population of 45 male patients from the “Jesús y María Therapeutic Community” of the city of Trujillo, whose ages ranged between 18 and 65 years. As a data collection instrument, the AWARE 3.0 Relapse Risk Questionnaire prepared by Miller and Harris in 2000 and adapted by Valles in 2016 was used, identifying that 51.1% of the total population studied has a risk level of average relapse, 31.1% has a low level, 15.6% has a very low risk level and 2.2% of the population is at a high-risk level. Based on these results, a program proposal consisting of 18 sessions designed in a systematic way is established.

Keywords: addiction, relapse prevention, Therapeutic Community

I. INTRODUCCIÓN

Hoy en día, se calcula que cerca del 5,3 % de la población mundial (269 millones de personas aproximadamente, con edades que van desde los 15 a 64 años) consume algún tipo de sustancia psicoactiva, y llegan a desarrollar adicción el 13% de dichos consumidores aproximadamente (UNODC, 2020).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales define la adicción como el conjunto de síntomas a nivel cognoscitivo, fisiológico y comportamental que indican que un individuo persiste en el consumo de una sustancia por más que se evidencien problemas notorios relacionados con esta. Se debe entender como droga, toda sustancia que es capaz de modificar o perturbar algunas funciones psíquicas al ingresar al organismo de un individuo, dichas sustancias incluyen a la marihuana, alcohol, éxtasis, cocaína, tabaco, anfetaminas, opio, entre otras (OMS, 1982).

A nivel de Latinoamérica se ha puesto en evidencia según hallazgos del Observatorio Latinoamericano de Políticas de Drogas y Opinión Pública (2015) que el consumo de drogas ha sido mayor en países como Argentina, Chile, Perú, Bolivia, Uruguay y Costa Rica, revelando que en Argentina y Perú el consumo más alto de drogas se da en personas mayores de 36 años, convirtiéndose así en un problema de salud pública.

El trastorno por consumo de drogas es una enfermedad crónica y con altas probabilidades de reaparecer, es por ello que la recaída forma parte del proceso adictivo (Connors, Maisto y Donovan, 1996). Por otro lado, son diversas las definiciones que se pueden encontrar sobre recaída, algunas comprenden el primer consumo de alguna droga después de un período en abstinencia, hasta el retorno de los patrones de conducta que se tenían durante el consumo activo y previo al inicio de un tratamiento (Connors et al., 1996).

Así mismo, para establecer que una persona está atravesando una recaída, esta tiene que haber pasado previamente por un proceso de

rehabilitación en donde ha permanecido en abstinencia total a toda sustancia psicoactiva por un periodo significativo de tiempo.

Independientemente de la definición utilizada, las tasas de recaída son altas en los trastornos por adicción (Milkman, Weiner y Sunderwirth, 1984). Incluso cuando los pacientes son conscientes de su enfermedad y están predispuestos a rehabilitarse, aún pueden recaer debido a una mala gestión o negligencia en su proceso de cambio.

En la actualidad, la intervención en la prevención de recaídas es una de las áreas que se viene desarrollando con mayor énfasis en el campo de las drogodependencias. Es por eso que una cuestión esencial a tener en cuenta son los procesos vinculados a las recaídas, como lo son los factores de alto riesgo, las habilidades para reconocerlos y las estrategias para hacerles frente.

Como profesional en psicología, me motiva hacer investigaciones que mejoren la calidad de vida de la comunidad en la que trabajo, por este motivo es de mi interés profundizar en la prevención de recaídas en el ámbito de las adicciones, ya que pesar de la existencia de programas de rehabilitación, como lo son las Comunidades Terapéuticas, el porcentaje de recaída es superior al 60%. Es por ello que esta investigación se enfoca en abordar ese tema, buscando dar respuesta al siguiente problema: ¿Cómo sería un programa para la prevención de recaídas en pacientes con adicción a drogas de una Comunidad Terapéutica de Trujillo, 2021?

El objetivo general es diseñar una propuesta de intervención para disminuir el riesgo de recaída en estos usuarios, para ello se identificará la prevalencia del riesgo de recaída en pacientes con adicción a drogas de una Comunidad Terapéutica de Trujillo, se fundamentará la propuesta del programa y se elaborará el programa para la prevención de recaídas.

Realizar esta investigación es conveniente porque aporta un recurso que contribuye a disminuir el riesgo de recaídas; su aplicación en usuarios de Comunidades Terapéuticas generará un impacto positivo a nivel social ya que al trabajar directamente en el no retorno al consumo activo se estarían

disminuyendo los índices de este problema de salud pública; así mismo ayudará a resolver las falencias existentes en los planes de tratamiento de la Comunidad Terapéutica, pudiendo ser replicado en otras instituciones. De igual manera, se logrará llenar un vacío en cuanto a la existencia de este tipo de programas, sobre todo en su aplicación a centros que trabajan bajo la modalidad de internado/residentado, favoreciendo la ampliación de estrategias en el tratamiento de las adicciones. Finalmente, la futura aplicación de la propuesta permitirá desarrollar una relación entre la efectividad de estos programas y la prevención de recaídas.

II. MARCO TEÓRICO

En la práctica clínica y en la revisión bibliográfica, queda claro que, si bien todos los tratamientos y programas están diseñados para superar las conductas adictivas, uno de los grandes problemas en la actualidad es la prevalencia de recaídas, por lo que este es el tema de especial interés que nos ocupa en esta investigación a fin de establecer el diseño del programa. Para ello se revisarán los antecedentes existentes y las definiciones y teorías concernientes a la adicción, recaída y comunidades terapéuticas.

Dentro de los antecedentes sobre el estudio del riesgo de recaídas y los programas de intervención psicológica dirigidos a disminuir esta variable en pacientes con problemas de adicción, se pueden encontrar los siguientes:

A nivel nacional, Solano (2017) realizó un estudio para determinar la relación entre estilo de afrontamiento y riesgo de recaída en drogodependientes internados en comunidades terapéuticas de la ciudad de Lima, a través de un diseño no experimental, transversal y correlacional y con una muestra compuesta por 240 personas dependientes a sustancias psicoactivas, a los cuales aplicó el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento COPE y el Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0, entre los hallazgos se encontraba que el riesgo promedio de recaída fue el más común (65%).

En el contexto internacional, Díaz y Zapata (2019) desarrollaron un programa basado en mindfulness en la Clínica de Salud Mental y Transformación del Valle de Cartago (Pereira - Colombia), con una duración de 8 semanas. El objetivo fue entrenar a pacientes que se encontraban en dicha clínica realizando su tratamiento por trastorno debido al consumo de drogas, para que sean capaces de prevenir recaídas. Durante la realización del trabajo con pacientes masculinos y femeninos en la clínica, fue posible identificar cambios en sus procesos que han habilitado a cada uno de ellos de cara a la prevención de recaídas, al integrar habilidades y conocimientos de estrategias les permite tomar acciones inmediatas ante la presencia de craving.

Andreu (2020) realizó una investigación con el objetivo de diseñar, implementar y evaluar la efectividad de un programa piloto basado en la regulación emocional con el fin de prevenir recaídas en drogodependientes. Trabajó con una muestra conformada por 12 pacientes que recibían tratamiento en el centro de día "Cercado del Marqués" de San Cristóbal de la Laguna (España). Para la evaluación empleó la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), el Índice de Reactividad Interpersonal (IRI), la Escala de Habilidades Sociales (EHS) y la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS – Versión española). Los resultados revelaron una mejora en todas las dimensiones que fueron evaluadas, por lo que se demostró la consecución del objetivo principal del programa de intervención.

En lo relacionado a la adicción, encontramos que esta es definida como una enfermedad caracterizada por la conducta de búsqueda y consumo de drogas de forma compulsiva, a pesar de las nefastas consecuencias que esto conlleva. Se considera una enfermedad del cerebro porque el fármaco altera este órgano, especialmente su estructura y función bioquímica (CEDRO, 2015).

La Organización Panamericana de la Salud (2005) señala que para referirse a la adicción a drogas se hace uso de un término más técnico denominado síndrome de dependencia, que se caracteriza por una pérdida de la voluntad y el control del individuo frente al consumo de drogas. Estas personas con problemas de adicción persisten en la conducta adictiva a pesar de las consecuencias negativas que pueden haber interrumpido el uso continuo de estas sustancias.

La Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10), desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, define un síndrome de dependencia o dependencia a sustancias psicoactivas como un conjunto de manifestaciones a nivel fisiológico, conductual y cognitivo en las que el consumo de drogas tiene la máxima prioridad para quien las consume. El sello distintivo de la adicción es el deseo intenso ya veces abrumador de consumir sustancias psicotrópicas legales o ilegales (OMS, 1992).

Al hacer un diagnóstico para dependencia a drogas, se debe considerar si han ocurrido tres o más de las siguientes manifestaciones en algún momento durante los últimos doce meses o se han generado de manera continua:

- a) La presencia de un deseo intenso o sentimiento de compulsión por consumir drogas.
- b) Reducción de la capacidad para moderar el consumo de alcohol o drogas, controlar cuándo comenzar, terminar o la cantidad de consumo.
- c) Síntomas somáticos propios del síndrome de abstinencia al reducir o detener la ingesta de sustancias.
- d) Tolerancia, al punto de que se hace necesario el aumento gradual de la cantidad de sustancia consumida para lograr los efectos que inicialmente se generaban con dosis más bajas.
- e) Abandono paulatino de otras fuentes que le causaban diversión o placer debido al consumo de la sustancia, aumento del tiempo requerido para para obtenerla, ingerirla o recuperarse de sus efectos.
- f) Continuo uso de la sustancia pese a sus notorias consecuencias negativas. (OMS, 1992).

En su quinta versión del Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales, La Asociación Americana de Psiquiatría propone que la categoría designada como trastornos adictivos y relacionados a sustancias se catalogue en trastornos relacionados a sustancias y trastornos no relacionados a sustancias. Para establecer el diagnóstico la persona debe presentar dos o más síntomas de once, a lo largo de un periodo de tiempo de 12 meses, y la gravedad es: baja (2-3), moderada (4-5) o severa (6 o más) en relación al número de criterios presentes. Así también, se suprime el ítem del DSM-IV que trata sobre cuestiones legales y se integra el ítem de craving, entendiéndose este como un incontrolable deseo de consumir drogas (APA, 2013).

Por otro lado, la recaída se define como el regreso a la conducta adictiva después de que la persona se ha mantenido en abstinencia por un período significativo de tiempo. La recaída puede ocurrir porque se ha iniciado nuevamente con el consumo de la droga principal, hay un retorno al estilo de vida anterior, consumo de drogas alternativas, práctica de actividades consideradas de riesgo u otras conductas compulsivas (Marlatt y Gordon, 1985).

Para Chiauuzi (1991), la recaída es la reintegración de conductas, emociones y pensamientos adictivos después de un período de abstinencia. Los componentes psicológicos, biológicos y sociales interactúan en este proceso.

Las recaídas, por lo general, pueden ocurrir bastante rápido y que luego de los 6 primeros meses la probabilidad de que sucedan va disminuyendo, sin embargo, siempre existe la posibilidad de producirse inclusive varios años después de haber culminado algún proceso terapéutico (Grant y Hadgson, 1992)

Las definiciones de recaída pueden resumirse, según Leukefeld y Tims (1989) desde distintas El concepto de la recaída puede resumirse desde diversas perspectivas teóricas:

1. Fisiológicas, refieren que el craving y la apetencia por la droga son factores de riesgo.
2. Cognitivas, señalan que los factores predisponentes son el estrés, la falsa creencia en la capacidad de uno para afrontar el consumo, la pérdida del compromiso con la abstinencia y los estados negativos a nivel emocional.
3. Conductuales, indican que los factores estimulantes desencadenan el deseo por consumir la droga.
4. Medio ambiental, advierten que la facilidad para acceder a las drogas y la influencia del grupo de pares inducen a la persona hacia una recaída.

Actualmente, se concibe a la recaída como un proceso que se desarrolla en un periodo de tiempo. Por lo tanto, se hace una distinción entre el uso específico de una sustancia (desliz) y el regreso a los patrones de comportamiento adictivo. En relación con tener un desliz o experimentar un resbalón, se hace referencia a un consumo inicial de la droga después de que el sujeto mantuvo un compromiso de abstinencia; en cuanto a la recaída, esta supone un retorno total del comportamiento desadaptativo ligado al consumo (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999).

Existen diversos enfoques teóricos que analizan la recaída, algunos han adoptado una perspectiva tajante y determinante entre dos categorías, es decir, la persona tiene las siguientes dos opciones después de un proceso de tratamiento: mantenerse abstinentes o vivenciar lo que es una recaída. Sin embargo, en la actualidad, muchos autores optan por el concepto de recaída como un proceso más que como un fenómeno dual y aislado (Marlat, 1993).

Esta posición a nivel conceptual dio lugar a modelos teóricos que intentaron explicar los aspectos involucrados en el desarrollo de una recaída. Los modelos pioneros en este campo enfatizaron la existencia de la interacción de factores personales y situacionales que al interactuar facilitan que esta se genere (Cortés y Pascual, 2005).

En el campo de las adicciones, el modelo de Gorski y Miller (1982) es uno de los más divulgados; distingue que la adicción es una enfermedad que involucra componentes biológicos, psicológicos y sociales, es decir, ve a la adicción desde un punto biopsicosocial y que al darse el cese del consumo genera en el adicto un síndrome post agudo manifestado por incapacidad para pensar con claridad, respuestas emocionales desproporcionadas, problemas de memoria, dificultades en el sueño y presencia de estrés. El modelo incluye también el discernimiento del proceso de recuperación y el análisis de recaídas.

De acuerdo a este modelo, la recuperación se establece como un proceso evolutivo que pasa por varias etapas: transición (caracterizada por el sufrimiento y la percepción de incapacidad para frenar el consumo),

estabilización (superación de los malestares producto de la abstinencia), recuperación temprana (experimentar comodidad sin el consumo de drogas y desarrollo de habilidades para hacerles frente), recuperación media (se prioriza el fortalecimiento de las relaciones), recuperación tardía (aprender a lidiar con las dificultades diarias) y etapa de mantenimiento (mantener un equilibrio en su vida) (Gorski, 2013).

Los autores estudiaron a 118 personas con problemas de abuso de sustancias y que habían experimentado múltiples recaídas. A través de entrevistas clínicas, observaron una serie de señales de advertencia de recaída que los participantes manifestaron antes de que hubiesen reincidido en el uso de drogas.

Estas señales crean un abanico de desajustes a nivel conductual que podrían perjudicar el proceso de recuperación; pueden manifestarse mediante actitudes perjudiciales, insatisfacción, dudas durante el tratamiento, autosabotaje, creencias erróneas, impulsividad o tentar su autocontrol. (Miller, 2009).

Los autores proponen la presencia de estas señales mediante las siguientes fases:

- Señales de advertencia internas: Dificultad para pensar con claridad, batallar con emociones y sentimientos, poco manejo del estrés, dificultad para conciliar el sueño, sensación de desesperanza, culpa y vergüenza.
- Retorno a la negación: Evidencia de poca capacidad para identificar y expresar los pensamientos y sentimientos que está experimentando. Los signos resaltantes son la preocupación por su salud y la negación.
- Comportamiento defensivo: Comienza a evadir los factores que podrían obligarlo a confrontarse a sí mismo. Las señales más evidentes son pensar que nunca volverá a consumir, preocupación por otros antes de ver por uno mismo, estar solo la mayor parte del tiempo, tener una actitud a la defensiva y poco control de los impulsos.
- Construcción de la crisis: La persona se enfrenta a una serie de inconvenientes derivados de su negación emocional y el descuido de su

proceso de rehabilitación. Tiene más complicaciones, su capacidad para percibir todos los estímulos que le rodean se ve afectada, se le dificulta crear planes constructivos y estos empiezan a fallar.

- Paralización: La persona queda incapacitada ya que la adicción toma el control de su vida. Tiende a fantasear y sentir que nada se puede resolver.
- Desconcierto y reacciones exageradas: y sobre reacción: No puede pensar con claridad, tiene complicaciones para lidiar con la ira y reacciona de manera exagerada ante situaciones que le causan estrés. Dentro de las señales de advertencia más comunes están los episodios de confusión y la actitud irritable hacia personas cercanas.
- Indicadores depresivos: La persona empieza a manifestar señales de depresión que perturban el funcionamiento normal de sus actividades cotidianas. Surgen inclinaciones hacia el uso de alcohol o drogas para aplacar la depresión, trastornos del sueño, incapacidad para experimentar placer, alimentación irregular y falta de empuje.
- Carencia de control sobre la conducta: No hay autocontrol del comportamiento, manifiesta negación, sin embargo, es consciente de este problema. Las contrariedades se revelan en distintos aspectos de su vida y sus signos incluyen la asistencia poco frecuente a las reuniones de terapia, negativa total a ser ayudado y sentimiento de desamparo.
- Aceptación de la falta de autocontrol: Se da cuenta de la gravedad de sus dificultades y reconoce que su vida se ha vuelto ingobernable. Empieza a tener pensamientos relacionados al consumo de drogas, es autoindulgente, se aísla y deja de creer en sus propias capacidades.
- Opciones reducidas: El adicto se sumerge en el dolor y la dificultad que tiene para manejar su propia vida, se encuentra totalmente aislado, se muestra frustrado y con ira. Distingue como únicos finales la demencia, la muerte o el continuo abuso de sustancias.
- Fase de recaída: Al regresar a un estado de uso activo de sustancias psicoactivas, a pesar de sus intentos por abandonarlas, siente culpabilidad y se percibe como pusilánime por no poder controlar su comportamiento adictivo. Los inicios que se manifiestan en esta etapa

son derrumbe emocional y debilidad física, culpa e incapacidad para manejar su vida.

Se plantea que es muy poco probable que una recaída presente todos los síntomas, por lo que solo algunos de ellos son los más comunes (Álvarez, 2011).

En cuanto a lo que concierne a Comunidades Terapéuticas, encontramos que el National Institute on Drug Abuse las define como lugares libres de drogas que funcionan bajo una modalidad residencial y siguen una estructura y jerarquía, el tratamiento se guía por etapas y niveles crecientes a nivel de responsabilidad propia y con los otros residentes. La influencia del grupo se utiliza para ayudar a las personas a aprender e internalizar las normas y a desarrollar habilidades sociales. Como herramienta principal se utiliza la autoayuda, lo que significa que quienes están realizando su rehabilitación en este tipo de centros son los que contribuyen de manera directa en el proceso de cambio y la ayuda mutua genera sentido de responsabilidad en la mejoría de los demás integrantes (NIDA, 2003).

Becoña y Cortés (2011), hacen referencia a que los principales objetivos de las comunidades terapéuticas son que el usuario se deshabitúe de la sustancia, logre rehabilitarse y reinsertarse a la sociedad. Recalcan que estas instituciones efectúan un abordaje terapéutico integral, que incluye intervención médica, psicológica y reeducativa, encaminadas a desarrollar un estilo de vida adecuado y favorable a su entorno social. También mencionan que este tipo de centro está enfocado a pacientes que han tenido afectaciones psicológicas, familiares y sociales importantes al grado que se hace difícil la aplicación de un tratamiento adecuado en su entorno habitual.

Estudios han demostrado datos que señalan a las Comunidades Terapéuticas como modelos de tratamiento eficaces difíciles (De León, Hawke, Jainchill y Melnick, 2000). Sin embargo, en nuestro país, hay muy poca investigación sobre ellas y los tipos de tratamiento que brindan (CEDRO, 2015).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

La investigación fue de tipo aplicada, según su finalidad, ya que profundiza en un fenómeno destacado, con el fin de ampliar su análisis de manera global, permitiendo que este conocimiento pueda ampliarse posteriormente a través de la práctica (Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e innovación tecnológica [CONCYTEC], 2018).

Según su alcance, el carácter de la investigación es descriptiva-propositiva, puesto que establece la realización de un diagnóstico de una realidad determinada, para luego diseñar y categorizar una serie de actividades que serán desarrolladas con el objetivo de intervenir en la problemática encontrada (Hurtado, 2000).

El diseño empleado para este estudio es el no experimental, debido a que no fue puesto a ningún tipo de evaluación o prueba. Lo que se hizo en esta investigación fue observar un problema específico en el mismo contexto en el que se genera para ser analizado posteriormente (Hernández, Fernández y Baptista. 2010).

El esquema del diseño utilizado es el siguiente:

M → O → D → P

Dónde:

M= Muestra estudiada

O= Observación

D= Diagnóstico

P= Propuesta

3.2. Variables y operacionalización

Variable dependiente: Recaída.

Definición conceptual: Retorno a un estado de uso activo de sustancias psicoactivas, resultado de un desajuste a nivel conductual que puede estar antecedido por actitudes perjudiciales, insatisfacción, dudas durante el tratamiento, autosabotaje, creencias erróneas, impulsividad o falta de autocontrol (Miller, 2009).

Definición operacional: Evaluación de los niveles de riesgo de recaída en pacientes de una Comunidad Terapéutica de Trujillo, aplicando como instrumento el Cuestionario de Riesgo de Recaída diseñado por Miller y Harris.

Dimensiones e Indicadores: La variable es unidimensional, conformada por 28 ítems.

Escala de medición: Ordinal, asignándose los valores de muy alto, alto, promedio, bajo y muy bajo.

Variable Independiente: Programa para la prevención de recaídas.

Definición conceptual: Es un programa diseñado para ayudar a las personas a anticipar y afrontar los problemas de recaídas modificando las conductas adictivas. En este sentido, se asocia a un aumento de la capacidad de un individuo para afrontar con éxito situaciones de alto riesgo (Marlatt, 1993).

Definición operacional: Conjunto de estrategias que los sujetos con problemas de adicción a sustancias psicoactivas ejercen para mantener su abstinencia y evitar el riesgo de recaída. Está compuesto por 18 sesiones diseñadas de manera sistemática.

Dimensiones e Indicadores: Planificación, organización y evaluación.

Escala de medición: Nominal.

La matriz de operacionalización de variables se presenta en el Anexo N°01.

3.3. Población y muestra

La población censal estuvo conformada por 45 pacientes de sexo masculino, internados en una Comunidad Terapéutica de Trujillo en el periodo 2021.

Tabla 1

Pacientes de la Comunidad Terapéutica "Jesús y María"

Fases de tratamiento	N° de pacientes	Porcentaje
I	10	22 %
II	07	16 %
III	13	29 %
IV	10	22 %
V	05	11 %
TOTAL	45	100%

Fuente: Datos alcanzados en el estudio

Por ser la población reducida y de fácil acceso, se estudió a toda la población y no se trabajó con muestra.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de adicción a sustancias psicoactivas.
- Varones con edad superior a los 18 años.
- Haber cursado estudios secundarios incompletos como mínimo.
- Personas que no han sido diagnosticadas con un trastorno mental de tipo psicótico u orgánico.
- Usuarios que estén recibiendo actualmente tratamiento tipo internado en la Comunidad Terapéutica.

Criterios de exclusión:

- Sujetos que presenten trastorno mental de tipo psicótico u orgánico.
- Usuarios que reciben tratamiento de forma ambulatoria.

Unidad de análisis:

Paciente con problemas de adicción a drogas de una Comunidad Terapéutica de Trujillo, 2021.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En esta investigación se empleó la técnica psicométrica.

El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Riesgo de Recaída diseñado por Miller y Harris en el 2000 (AWARE 3.0), siendo adaptado por Valles en el 2016 (Anexo N°02). Está dirigida a adultos, su administración es individual o colectiva, sin tiempo límite de resolución.

Consta de 28 ítems y las puntuaciones resultan de la suma del total de respuestas registradas, pero teniendo que invertir las puntuaciones de los ítems 8, 14, 20, 24, 26. Mientras más alto sea el

puntaje mayor es su asociación al riesgo de recaer. Estas puntuaciones pueden ir desde los 28 puntos (que es el puntaje más bajo que se puede obtener) hasta los 169 (el puntaje más alto posible).

Originalmente el Cuestionario AWARE (Advance warning of relapse) fue elaborado por Gorski y Miller como una medida de los primeros signos de advertencia de recaída. En un estudio sobre la recaída después del tratamiento, los investigadores encontraron que la puntuación del Cuestionario AWARE era un buen predictor de recaída ($r = 0,42$, $p < 0,001$).

Con un análisis posterior, Miller y Harris modificaron este instrumento al reducir los 37 ítems que tenían originalmente a la versión actual que consta de 28. Estos ítems conforman una sola dimensión y muestran una alta consistencia interna (alfa de Cronbach 0,92 a 0,93). La fiabilidad de la escala se analizó utilizando un coeficiente de estabilidad test-retest con evaluaciones cada dos meses por un periodo de un año, encontrándose la confiabilidad en $r = 0,80$. Los puntajes de las personas evaluadas lograron predecir de manera significativa las fallas en la abstinencia y las recaídas que se suscitaron posteriormente. La tasa de recaída entre aquellos con la puntuación más alta, según lo predicho por la ecuación de regresión, fue entre un 33% y un 46% más alta que entre aquellos con la puntuación más baja (Miller y Harris, 2000). Las preguntas del cuestionario se enumeran en el orden en que aparecen las señales de alerta según lo planteado por Gorski, no obstante, Miller y Harris (2000) no encontraron evidencia de que las señales de recaída realmente ocurrieran en ese orden.

Valles (2016) llevó a cabo un estudio del AWARE 3.0 en población de dependientes a sustancias psicoactivas en Lima Sur, obteniendo como resultados, en la validez de contenido, valores entre 0.80 y 1.00 según la V de Aiken, mostrando así que cada elemento

del instrumento refleja lo que este pretende medir, además consideró el juicio de expertos por lo cual se modificaron los ítems 1, 3, 6, 7, 10, 11, 17, 18, 22 y 28. También realizó un análisis mediante Prueba Binomial obteniendo un índice de $p < 0.05$, reflejando que hubo conformidad entre los jueces y validándose así el instrumento a nivel de contenido. Por otro lado, mediante el alfa de Cronbach se valoró la confiabilidad resultando en un nivel muy alto (0.95).

3.5. Procedimientos

Se remitió una carta de presentación y autorización (Anexo N°04) a la Comunidad Terapéutica en donde se realizó el estudio, de esta manera se consiguió acceder a la población. El documento expone la naturaleza de la investigación y el objetivo que se pretende conseguir.

Una vez conseguida la autorización se hicieron las coordinaciones con el director administrativo de la Comunidad Terapéutica y mediante él con cada uno de los usuarios, a quienes se les informó acerca de la investigación y de su colaboración en ella. Por tal motivo y para estimar su participación se les otorgó un consentimiento informado en físico, el cual fue firmado por aquellos que dijeron participar voluntariamente (Anexo N°05).

Luego, se realizó la aplicación del Cuestionario de riesgo de recaída (Anexo N°02). El proceso de evaluación fue guiado por la investigadora.

Por último, los datos obtenidos se añadieron a una base de datos para los fines de esta investigación.

3.6. Método de análisis de datos

Se empleó la estadística descriptiva para el análisis de datos. Para ello se hizo uso del programa estadístico SPSS y el aplicativo Excel, este último fue utilizado con el objetivo de sistematizar la información. Los resultados se corroboraron con las teorías

existentes, así como con los antecedentes de la presente investigación.

3.7. Aspectos éticos

Para los propósitos de este trabajo, los aspectos éticos se asumieron de acuerdo con el código de ética y deontología del Colegio de Psicólogos del Perú relacionados a tres principios de investigación: participación libre: cada individuo es libre de cooperar o no en la investigación y su decisión no tiene connotaciones negativas y para constancia de ello se hará uso del consentimiento informado; confidencialidad: se mantendrá el anonimato de los participantes, de tal forma que los datos brindados no serán publicados o compartidos inoportunamente; legitimidad: en la elaboración de la investigación priman la autenticidad, la transparencia y la justicia, respetando los principios de legalidad (Colegio de psicólogos del Perú, 2017).

Asimismo, en respeto a los lineamientos éticos, se ha asumido el Reglamento de Investigación de la UCV, que tendrá en cuenta las siguientes disposiciones: Art. 10 Investigación con seres humanos; Art. 14 Publicación de las Investigaciones; Art. 15 Política Anti-plagio; Art. 16 Derechos de autor; Art. 21 Investigación en Posgrado y Art. 40 Sanciones por plagio.

Por último, se hizo valer los principios bioéticos de justicia, beneficencia y no maleficencia, dirigidos a brindar un trato justo a la población participante, beneficiarlos con el estudio y no ocasionarles perjuicio a nivel físico ni mental (Potter, 1970).

IV. RESULTADOS

4.1. Nivel de riesgo de recaída

Tabla 2

Distribución según el nivel de riesgo de recaída

Nivel de riesgo de recaída	N° de pacientes	Porcentaje
Muy bajo	07	15,6 %
Bajo	14	31,1 %
Promedio	23	51,1 %
Alto	1	2,2 %
Muy alto	0	0,0 %
TOTAL	45	100,0 %

Fuente: Cuestionario de Riesgo de Recaída (AWARE 3.0) aplicado a pacientes con adicción a drogas de una Comunidad Terapéutica de Trujillo, 2021.

En la tabla 2 se puede observar que el 51,1 % de la población total estudiada tiene un nivel de riesgo de recaída promedio, 31,1 % posee un nivel bajo, 15,6 % tiene un nivel de riesgo muy bajo y el 2,2 % de la población se encuentra en un nivel alto de riesgo. De esto se deduce que el 53,3 % de los pacientes (51,1% en nivel promedio y 2,2% en nivel alto) reportan más señales de advertencia de una recaída, lo que implica desajustes a nivel conductual que podrían perjudicar su proceso de recuperación; estos pueden expresarse mediante actitudes perjudiciales, insatisfacción, dudas durante el tratamiento, autosabotaje, creencias erróneas, impulsividad o tentar el autocontrol.

4.2. Fundamentación del programa

La intervención psicológica es un proceso a lo largo del cual el psicólogo aplica principios y técnicas psicológicas con el fin de ayudar a las personas en lo relativo al comportamiento humano y los problemas que puedan presentar con respecto a ello, es así que se enfoca en evaluar, tratar y cuantificar los resultados inmediatos del tratamiento. La intervención está relacionada con la evaluación y seguimiento de los objetivos, el transcurso de las sesiones, los avances realizados y la implementación de las estrategias aprendidas. (Bados, 2008).

En la línea base de esta investigación se halló la prevalencia del riesgo de recaída en los pacientes con adicción a drogas de la Comunidad Terapéutica Jesús y María de la ciudad de Trujillo, donde se evidenció que el 51,1 % de la población total estudiada tiene un nivel de riesgo de recaída promedio y el 2,2 % se encuentra en un nivel alto de riesgo. Los porcentajes resultantes evidencian una vulnerabilidad en estos pacientes de retornar al comportamiento adictivo, es decir, pueden iniciar nuevamente con el consumo de la droga principal, generar un retorno al estilo de vida anterior, consumir drogas alternativas, practicar de actividades consideradas de riesgo u otras conductas compulsivas (Marlatt et al. 1985).

Ante esta situación surge la necesidad de trabajar en la reducción de dichos porcentajes ya que reflejan una problemática de salud pública, considerándose pertinente el diseño del programa para la prevención de recaídas. Este programa consta de 18 sesiones y tiene como objetivo principal contribuir en la prevención de recaídas en pacientes con adicción a drogas que se encuentren realizando tratamiento en una Comunidad Terapéutica de la ciudad de Trujillo.

Se ha tomado como referencia los aportes teóricos de Gorski y Miller (1982), ya que su modelo es uno de los más reconocidos en esta área; distingue que la adicción es una enfermedad que involucra

componentes biológicos, psicológicos y sociales, y que al darse el cese del consumo genera en el adicto un síndrome post agudo manifestado por incapacidad para pensar con claridad, respuestas emocionales desproporcionadas, problemas de memoria, dificultades en el sueño y presencia de estrés.

El modelo también incluye una comprensión del proceso de recuperación y un análisis de la probabilidad de recaída. (Martínez, 2009; Gorski, 2013). Según este modelo, la recuperación se establece como un proceso evolutivo que pasa por varias etapas: transición (caracterizada por el sufrimiento y la percepción de incapacidad para frenar el consumo), estabilización (superación de los malestares producto de la abstinencia), recuperación temprana (experimentar comodidad sin el consumo de drogas y desarrollo de habilidades para hacerles frente), recuperación media (se prioriza el fortalecimiento de las relaciones), recuperación tardía (aprender a lidiar con las dificultades diarias) y etapa de mantenimiento (mantener un equilibrio en su vida).

Para el desarrollo de las sesiones se ha considerado las señales de recaída que encontraron en sus investigaciones tales como señales de advertencia internas, retorno a la negación (poca capacidad para identificar y expresar los pensamientos y sentimientos que se está experimentando), comportamiento defensivo (tendencia a la soledad e impulsividad), crisis (dejar de planificar de forma constructiva), paralización (dificultad para ponerse en acción), reacciones exageradas (reaccionar exageradamente ante eventos estresantes), depresión (alteración del sueño, anhedonia, hábitos alimentarios irregulares y falta de iniciativa), carencia de control sobre la conducta (no hay autocontrol, asistencia poco frecuente a las reuniones de terapia, negativa a ser ayudado y sentimiento de desamparo), aceptación de la falta de autocontrol (su vida se ha vuelto ingobernable, es autoindulgente, se aísla y deja de creer en sus propias capacidades), opciones reducidas (percibe como únicos

finales la demencia, la muerte o el continuo abuso de sustancias) y fase de recaída (uso activo de sustancias psicoactivas); para de esta manera enfocar las sesiones del programa en la generación de recursos que ayuden a su manejo, ya que estas señales manifestadas a nivel conductual generan una serie de comportamientos desadaptativos (Miller, 2009).

Es así que el programa propuesto inicia con sesiones de psicoeducación tanto sobre abstinencia, recuperación, proceso de recaída y craving para que los usuarios entiendan estos procesos y el manejo que pueden tener sobre ellos, posteriormente las sesiones intermedias están dirigidas a la generación de recursos internos mediante la información y práctica de estrategias específicas para el control de impulsos, modificación de pensamientos y control de conductas, finalmente se abordan dos aspectos importantes que incluyen soporte externo mediante la generación de una nueva red de contactos y el desarrollo de un plan de vida que les permita tener objetivos claros, una estructura bajo la cual manejarse y que favorezca su proceso de recuperación y con ello la reducción del riesgo de recaídas.

4.3. Diseño del programa de intervención

Tabla 3

Diseño del programa para la prevención de recaídas

Programa para la prevención de recaídas en pacientes con adicción a drogas	
<ul style="list-style-type: none">• Denominación: “Programa para la prevención de recaídas”• Población: Pacientes de Comunidades Terapéuticas• N° de sesiones: 18• N° de participantes: A criterio del profesional• Tiempo de duración: 60’ a 70’ cada sesión	
Objetivo	
Contribuir con la prevención de recaídas en pacientes con adicción a drogas de una Comunidad Terapéutica de la ciudad de Trujillo.	
Metodología	
Se emplearán múltiples técnicas: participación dinámica, lluvia de ideas, llenado de hojas de trabajo, expresión de experiencias.	
Evaluación	
El profesional aplicará el Cuestionario de Riesgo de Recaída – AWARE 3.0 a los participantes, antes de iniciar la primera sesión y al terminar la última sesión.	
Sesiones	
Sesión 1: Conociendo sobre abstinencia y recuperación	Dar a conocer a los usuarios lo que implica un proceso de recuperación, haciendo énfasis en las diferencias entre mantenerse abstinentes y rehabilitarse.

<p>Sesión 2: El proceso de recaída</p>	<p>Que el usuario conozca la definición de recaída, el proceso que implica y los síntomas que se van manifestando hasta el retorno del consumo activo.</p>
<p>Sesión 3: ¿Qué es el craving?</p>	<p>Brindar información sobre el craving y los tipos de craving que pueden manifestarse a raíz de su problema de adicción. Así también, ayudarlos a identificar cuál de ellos han experimentado.</p>
<p>Sesión 4: Identificando disparadores internos</p>	<p>Entender qué son los disparadores internos, que el usuario logre identificarlos de manera particular y comprenda cómo los disparadores internos pueden llevar al consumo de drogas.</p>
<p>Sesión 5: Identificando disparadores externos</p>	<p>Entender qué son los disparadores externos, que el usuario logre identificarlos de manera particular y comprenda cómo los disparadores externos pueden llevar al consumo de drogas.</p>
<p>Sesión 6: Factores de riesgo y protección</p>	<p>Que el usuario identifique los factores de riesgo presentes en la actualidad para su posterior manejo y reconozca los factores de protección que le servirán de soporte en su recuperación.</p>
<p>Sesión 7: ¿Cómo hacer mi análisis FODA?</p>	<p>Identificar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas personales mediante el empleo de un esquema.</p>
<p>Sesión 8: Pensamiento - Emoción - Conducta</p>	<p>Entender la conexión entre pensamientos, emociones y comportamientos e identificar aquellos relacionados con el consumo de sustancias.</p>
<p>Sesión 9: Entrenamiento en relajación</p>	<p>Entender qué es la relajación y los beneficios de relajarse. Aprender la técnica de respiración cuadrada y la técnica de relajación progresiva de Jacobson.</p>
<p>Sesión 10: Bloqueo de pensamientos</p>	<p>Aprender una técnica útil para detener pensamientos asociados al consumo de drogas.</p>
<p>Sesión 11: Cambiando mi enfoque atencional</p>	<p>Aprender técnicas sencillas de distracción para generar un cambio de enfoque ante pensamientos y emociones relacionados al deseo de consumo.</p>

Sesión 12: Usando la imaginación a mi favor	Aprender técnicas de imaginación que permitan al usuario modificar sus pensamientos.
Sesión 13: Discusión de ideas irracionales	Confrontar de manera efectiva y directa las creencias irracionales que interfieren con el proceso de recuperación.
Sesión 14: De mí para mí	Aprender el uso de las autoinstrucciones y autoafirmaciones como apoyo para la modificación de las propias conductas.
Sesión 15: Control y programación de actividades	Aprender una técnica que se puede utilizar para cambiar los hábitos de los usuarios en función de sus actividades.
Sesión 16: Estableciendo redes de apoyo	Entender la importancia de establecer vínculos con personas capaces de aportar apoyo real y duradero como estrategia para evitar recaídas.
Sesión 17: Proyecto de vida I	Conocer en qué consiste un proyecto de vida, realizar evaluación de logros y fracasos, y plantear objetivos realistas.
Sesión 18: Proyecto de vida II	Establecer acciones concretas que lleven a la consecución de objetivos planteados. Aprender a programar, controlar y registrar la ejecución de acciones.

En la tabla 3, se puede observar el esquema general del programa para la prevención de recaídas en pacientes con adicción a drogas. Está compuesto de 18 sesiones diseñadas de forma sistemática, con una duración de entre 60 a 70 minutos.

V. DISCUSIÓN

La presente investigación, de carácter descriptivo-propositivo, examina la prevalencia del riesgo de recaída en pacientes con adicción a drogas de una Comunidad Terapéutica de Trujillo y presenta una propuesta de programa de prevención de recaída para su futura aplicación en estos usuarios.

El estudio se desarrolló a raíz de una problemática presente a nivel mundial, ya que se calcula que cerca del 5,3 % de la población en el mundo (aproximadamente 269 millones de personas en los grupos de edad de 15 a 64 años) consume algún tipo de sustancia psicoactiva y según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2020) el 13% de estos usuarios desarrollan adicción. Por otro lado, si bien existen diversos programas de tratamiento para la rehabilitación en adicciones, como lo son las Comunidades Terapéuticas, la tasa de recaída es superior al 60%.

El trastorno por consumo de sustancias es una enfermedad recurrente y crónica, donde la recaída está ligada al proceso adictivo (Connors et al., 1996). Para determinar que una persona está atravesando una recaída, es necesario que previo a ello haya pasado por un proceso de recuperación en el que se ha abstenido de tomar cualquier sustancia psicoactiva durante un período de tiempo prolongado.

No obstante, las definiciones sobre recaída varían ampliamente, abarcan desde el uso de una sola sustancia después de un período de abstinencia hasta el regreso de los patrones adictivos previos al tratamiento (Connors et al., 1996). Independientemente ello, las tasas de recaída son altas en el trastorno por consumo de drogas (Milkman, et al., 1984).

En la actualidad, el trabajo en la prevención de recaídas se viene desarrollando con mayor énfasis en el campo de las drogodependencias. Es por eso que una cuestión esencial a tener en cuenta son los procesos vinculados a las recaídas, como lo son los factores de alto riesgo, las habilidades para reconocerlos y las estrategias para hacerles frente.

Estudios han demostrado datos que señalan a las Comunidades Terapéuticas como modelos de tratamiento eficaces difíciles (De León, Hawke, Jainchill y Melnick, 2000). Sin embargo, en nuestro país, hay muy poca investigación sobre ellas y los tipos de tratamiento que brindan (CEDRO, 2015).

Aproximándonos a los datos de la población estudiada, se hace imprescindible resaltar que se consideró a una Comunidad Terapéutica de Trujillo porque, como se señala en el marco teórico, para trabajar en la prevención de recaídas es necesario que las personas con problemas de drogodependencia hayan atravesado por un tiempo prolongado de abstinencia (Marlat y Gordon, 1985).

Ante esta situación, se optó por considerar a un grupo de 45 pacientes de la Comunidad Terapéutica “Jesús y María” como población, quienes son varones en edades de entre los 18 y 65 años y a los cuales se les aplicó el Cuestionario AWARE 3.0 que permitió establecer la línea base. Cabe señalar que, en el trabajo clínico con adictos, es importante que tengan un pensamiento abstracto para ser conscientes del problema de la adicción y poder desarrollar una perspectiva crítica para la toma de decisiones acertadas sobre las condiciones que promueven el cambio.

Al analizar los resultados obtenidos se revela que en los pacientes con adicción a drogas de la Comunidad Terapéutica “Jesús y María” de la ciudad de Trujillo, el 51,1% de la población total estudiada tiene un nivel de riesgo de recaída promedio, 31,1 % posee un nivel bajo, 15,6% tiene un nivel de riesgo muy bajo y el 2,2% de la población se encuentra en un nivel alto de riesgo.

A efecto de ello, se puede sostener que la creación de un programa para prevenir recaídas tiene un fin preventivo a nivel secundario, ya que su objetivo principal es contribuir con la prevención de recaídas en pacientes con adicción a drogas de una Comunidad Terapéutica de la ciudad de Trujillo. A demás, como lo refieren Marlatt y Gordon (1985), si se implementa una intervención psicológica para mejorar el uso de estrategias, se reducirá

significativamente el riesgo de recaída.

La relación de efectividad entre este tipo de programas y la disminución de recaídas se puede observar en la investigación llevada a cabo por Andreu (2020) quien realizó una investigación con el objetivo de diseñar, implementar y evaluar la efectividad de un programa piloto basado en la regulación emocional con el fin de prevenir recaídas en drogodependientes. Trabajó con una muestra conformada por 12 pacientes que recibían tratamiento en el centro de día "Cercado del Marqués" de San Cristóbal de la Laguna (España). Para la evaluación empleó la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), el Índice de Reactividad Interpersonal (IRI), la Escala de Habilidades Sociales (EHS) y la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS – Versión española). Los resultados revelaron una mejora en todas las dimensiones que fueron evaluadas, por lo que se demostró la consecución del objetivo principal del programa de intervención

La propuesta de programa que se muestra en el presente estudio se basa en diversos aportes teóricos previamente descritos, destacando la contribución de Gorski y Miller (1982), por tratarse de una de las teorías más prevalentes en el campo de las adicciones.

Estos autores encontraron en sus investigaciones señales de recaída, tales como señales de advertencia internas, retorno a la negación (poca capacidad para identificar y expresar los pensamientos y sentimientos que se está experimentando), comportamiento defensivo (tendencia a la soledad e impulsividad), crisis (dejar de planificar de forma constructiva), paralización (dificultad para ponerse en acción), reacciones exageradas (reaccionar exageradamente ante eventos estresantes), depresión (alteración del sueño, anhedonia, hábitos alimentarios irregulares y falta de iniciativa), carencia de control sobre la conducta (no hay autocontrol, asistencia poco frecuente a las reuniones de terapia, negativa a ser ayudado y sentimiento de desamparo), aceptación de la falta de autocontrol (su vida se ha vuelto ingobernable, es autoindulgente, se aísla y deja de creer en sus propias

capacidades), opciones reducidas (percibe como únicos finales la demencia, la muerte o el continuo abuso de sustancias) y fase de recaída (uso activo de sustancias psicoactivas), todas estas señales se manifiestan mediante desajustes a nivel de comportamiento (Gorski y Miller, 1982).

Lo antes mencionado se confirma con la postura de Marlatt (1993) quien conceptualiza la recaída como un proceso, y no como un fenómeno dual y aislado. Así mismo, otros modelos en este campo destacan la existencia de una interacción de factores personales y situacionales que facilitan la aparición de recaídas (Cortés y Pascual, 2005).

Ahora, teniendo en cuenta los resultados en la población que fue objetivo de este estudio, podemos notar entonces que, de los niveles de riesgo de recaídas evaluados, el nivel que más prevalece es el nivel promedio (51.1%), este hallazgo coincide con los resultados que obtuvo Solano (2017), quien realizó un estudio para determinar la relación entre estilo de afrontamiento y riesgo de recaída en drogodependientes internados en comunidades terapéuticas de la ciudad de Lima, a través de un diseño no experimental, transversal y correlacional y con una muestra compuesta por 240 personas dependientes a sustancias psicoactivas, a los cuales aplicó el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento COPE y el Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0, entre los hallazgos se encontraba que el riesgo promedio de recaída fue el más común (65%).

Para entender los datos encontrados, la teoría hace referencia de que la drogadicción es una enfermedad crónica y que los drogadictos necesitan más esfuerzos de rehabilitación durante el tratamiento, porque las recaídas son frecuentes (Marlatt y Gordon, 1985; Fiestas y Ponce, 2012). En este mismo sentido, la población con la que se trabajó corresponde a usuarios de la Comunidad Terapéutica, cuya población presenta deterioro en su entorno personal, familiar y social (Fiestas et al. Ponce, 2012) y una calidad de vida significativamente menor en comparación con la población normal.

Frente a esto, el programa para la prevención de recaídas tendrá gran relevancia al abordar temas como abstinencia, recuperación, proceso de

recaída, craving y relación entre pensamiento - emoción – conducta, los cuáles permitirán a los usuarios generar mayor entendimiento de estos aspectos y del manejo que pueden tener sobre ellos. Así mismo, se les brindará herramientas para el reconocimiento de disparadores tanto internos como externos, con la finalidad de que aprendan a detectarlos y afrontarlos; se trabajará en la identificación de los elementos de riesgo presentes y en los factores de protección que les servirán de soporte en su recuperación; se les enseñará a realizar un análisis mediante la matriz FODA.

El programa también incluye el entrenamiento en relajación, aprendizaje de técnicas de bloqueo de pensamientos, técnicas de distracción, herramientas de imaginería, discusión de ideas irracionales, autoinstrucciones y el control y programación de actividades; todo ello con la finalidad de que se introyecten técnicas útiles para detener y modificar pensamientos, puedan generar un cambio de enfoque ante pensamientos y emociones relacionados al consumo, discutir activa y directamente cualquier creencia irracional que esté obstaculizando la recuperación, aprendan el uso de las autoinstrucciones y autoafirmaciones como apoyo para la modificación de sus propias conductas y una técnica que sirva para modificar hábitos en función de sus actividades.

Finalmente, se plantea el establecimiento de redes de apoyo como soporte externo y el desarrollo de un proyecto de vida que les permita tener objetivos claros y una estructura bajo la cual manejarse.

El diseño de todas las sesiones pretende fortalecer la mantención de la recuperación en estos pacientes y por ende evitar una recaída, es decir, que logren transitar por todas las etapas que ello involucra: transición (caracterizada por el sufrimiento y la percepción de incapacidad para frenar el consumo), estabilización (superación de los malestares producto de la abstinencia), recuperación temprana (experimentar comodidad sin el consumo de drogas y desarrollo de habilidades para hacerles frente), recuperación media (se prioriza el fortalecimiento de las relaciones), recuperación tardía (aprender a lidiar con las dificultades diarias) y etapa de

mantenimiento (mantener un equilibrio en su vida) (Gorski, 2013).

Es propicio aclarar que esta investigación tiene ciertas limitaciones por el trabajo con una población reducida y cuyos porcentajes no pueden ser generalizados a toda Comunidad Terapéutica que brinde tratamiento en adicciones, sin embargo, los resultados obtenidos sugieren prestar atención a esta área y pueden guiar el desarrollo de programas posteriores que aborden la prevención de recaídas, ya que si el dependiente a drogas mejora su capacidad personal para afrontar con éxito situaciones peligrosas, podrá anticipar y afrontar los problemas relacionados con las recaídas (Marlat, 1993). A esto podemos sumarle las propuestas de líneas de investigación de DEVIDA (2015) para el periodo 2016-2021 en su lucha contra las drogas, en donde destaca que en el tratamiento de los toxicómanos es importante conocer los factores que influyen en el curso del tratamiento y su resultado.

De todo lo anterior podemos concluir que la propuesta de intervención mediante un programa enfocado en la prevención de recaídas en pacientes con adicción a drogas de una Comunidad Terapéutica de la ciudad de Trujillo es relevante ya que favorecerá en disminuir el riesgo de retornar al consumo; su aplicación en usuarios de Comunidades Terapéuticas generará un impacto positivo a nivel social ya que al trabajar directamente en el no retorno al consumo activo se estarían disminuyendo los índices de esta problemática de salud pública; así mismo ayudará a fortalecer los planes de tratamiento de la Comunidad Terapéutica, pudiendo ser replicado en otras instituciones. De igual manera, se logrará llenar un vacío en cuanto a la existencia de este tipo de programas, sobre todo en su aplicación a centros que trabajan bajo la modalidad de internado en nuestro país, favoreciendo la ampliación de estrategias en el tratamiento de las adicciones. Finalmente, la aplicación de la propuesta permitirá desarrollar una relación entre la efectividad de estos programas y la prevención del riesgo de recaídas.

VI. CONCLUSIONES

- 1.** Se pudo determinar que de los pacientes con adicción a drogas de la Comunidad Terapéutica “Jesús y María” de la ciudad de Trujillo, el 51,1% de la población total estudiada tiene un nivel de riesgo de recaída promedio, 31,1 % posee un nivel bajo, 15,6% tiene un nivel de riesgo muy bajo y el 2,2% de la población se encuentra en un nivel alto de riesgo.
- 2.** Se logró fundamentar la propuesta del programa para la prevención de recaídas en pacientes con adicción a drogas, considerando los aportes de Marlatt y Gordon y el modelo teórico de Gorski y Miller.
- 3.** Se logró elaborar el programa para la prevención de recaídas en pacientes con adicción a drogas de una Comunidad Terapéutica de Trujillo. El programa consta de 18 sesiones diseñadas de manera sistemática, compuesto por un conjunto de estrategias que ayudarán a los pacientes en sus capacidades individuales para enfrentar con éxito situaciones riesgosas, mantener su sobriedad y evitar el riesgo de recaída.

VII. RECOMENDACIONES

- A la Municipalidad Distrital de Trujillo, trabajar de manera articulada con Centros de salud e instituciones educativas, en la prevención del consumo de drogas. Así mismo, brindar apoyo mediante capacitaciones a las distintas entidades que realizan tratamiento en adicciones a sustancias psicoactivas.
- A la Comunidad Terapéutica Jesús y María, realizar el programa propuesto con sus residentes, especialmente con los que se encuentran en las dos últimas fases de tratamiento ya que están próximos a tener su alta y lo que se pretende con el programa es prevenir las recaídas en ellos.
- Al departamento de psicología de la Comunidad Terapéutica Jesús y María, realizar la evaluación de riesgo de recaídas y dar seguimiento a los casos que muestren niveles promedio, altos y muy altos.
- A los investigadores potenciales en este tema, validar el programa para establecer su rigor científico y obtener resultados más confiables. Asimismo, adecuarlo a las características y realidad de quienes forman parte del estudio.

REFERENCIAS

- Álvarez, A. (2011). El proceso de recaída en el alcoholismo. Revista del hospital psiquiátrico de La Habana, 8(2). <http://www.revistahph.sld.cu/hph0211/hph12211.html>
- Andreu, A. (2020). Regulación emocional y recaídas, propuesta de un programa de prevención de recaídas a través de la regulación emocional y aplicación piloto del mismo. Tesis para obtener el grado de Máster Universitario en Psicología General Sanitaria. Universidad de La Laguna, San Cristóbal de La Laguna, España.
- Asociación Americana de Psiquiatría [APA] (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5. Madrid: Panamericana.
- Bados, A. (2008) La intervención psicológica: características y modelos. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C. y Liese, B. (1999). Terapia Cognitiva de las Drogodependencias. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Becoña, E. y Cortés, M. (2011). Manual de Adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Valencia: Socidrogalcohol. <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf>
- Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas [CEDRO] (2015). El Problema de las Drogas en el Perú 2015. Lima: CEDRO.
- Chiauszi, E. (1991). Preventing relapse in the addictions: A biopsychosocial approach. Nueva York: Pergamon.
- Colegio de Psicólogos del Perú (2017). Código de Ética Profesional del Psicólogo Peruano. http://www.cpsp.pe/aadmin/contenidos/marcolegal/codigo_de_etica_del_cpsp.pdf

- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas [DEVIDA] (2015). Agenda Nacional de investigación para la lucha contra las drogas 2016-2021. Lima: DEVIDA.
- Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e innovación tecnológica [CONCYTEC] (2018). Biblioteca Virtual.
<http://portal.concytec.gob.pe/index.php/informacion-cti/biblioteca-virtual>
- Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e innovación tecnológica (2018). Reglamento de calificación, clasificación y registro de los investigadores del sistema nacional de ciencia, tecnología e innovación tecnológica-reglamento RENACYT. Lima: CONCYTEC.
<https://portal.concytec.gob.pe/index.php/informacion-cti/reglamento-delinvestigador-renacyt>
- Connors, G. Maisto, S. y Donovan, D. (1996). Conceptualizaciones de la recaída: Resumen de modelos psicológicos y psicobiológicos. *Addiction*.
https://www.researchgate.net/publication/227691363_Conceptualizations_of_relapse_A_summary_of_psychological_and_psychobiological_models
- Cortés, M. y Pascual, F. (2005). Incumplimiento de Propósitos en Drogodependencias. Barcelona: Zambon Group.
- De León, G., Hawke, J., Jainchill, N. y Melnick, G. (2000). Therapeutic communities: Enhancing retention in treatment using "Senior Professor" staff. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 19:375-382.
- Díaz, A y Zapata, D. (2019). Programa de prevención en recaídas basado en mindfulness para personas con adicción a sustancias psicoactivas en proceso de transformación de vida de la Institución Prestadora de Servicios de Salud PSICO de la ciudad de Cartago. Especialización en intervenciones psicosociales para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas. Universidad Católica de Pereira, Pereira, Colombia.
- Fiestas, F. y Ponce, J. (2012). Eficacia de las Comunidades Terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas: Una revisión

sistemática Revista Peruana de Medicina Experimental de Salud Pública
29(1):12-20. DOI: 10.17843/rpmesp.2012.291.303

- Gorski, T. (2013). Passages through recovery: An action plan for preventing relapse. Hazelden Publishing. Minnesota.
- Grant, M. y Hadgson, R. (1992). Respuestas a los problemas de drogas y alcohol en la comunidad. Manual para los agentes de atención primaria de salud con orientaciones para los instructores. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Graña, J., (1994). Conductas adictivas. Teoría, Evaluación y Tratamiento. Madrid. Ed. Debate.
- Hernández, Fernández y Baptista (2010). Metodología de la investigación científica. (5ª edición). México: Mc Graw-Hill.
- Hurtado, J. (2000). Metodología de la Investigación Holística. Caracas: Fundación Sypal.
- Leukefeld, C. y Tims, F. (1989). Relapse and recovery in drug abuse: research and practice. The international journal of the addictions, 24 (3), 189-201.
- Marlatt, G. y Gordon, J. (1985). Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guildford Press.
- Marlatt, G. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: Un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En Casas, M. y Gossop, M. (Eds.) Recaída y prevención de recaídas, Barcelona: Neurociencias.
- Martínez E. (2009). Prevención de recaídas: Un libro de herramientas para la recuperación. Bogotá: Colectivo Aquí y Ahora.
- Miller, P. (2009). Evidence-Based Addiction Treatment. New York: Elsevier
- Miller, W. y Harris, R. (2000). A simple scale of Gorski's warning signs for relapse. Journal of studies on alcohol and drugs.
<https://www.jsad.com/doi/10.15288/jsa.2000.61.759>

- Miller, W., Hester, R., (1986). Treating Addictive Behaviors. Process of change. Nueva York. Plenum Press.
- Milkman, H. Weiner, S. y Sunderwirth, S. (1984). Advances in Alcohol and Substance Abuse. Addiction relapse. https://doi.org/10.1300/J251v03n01_09
- National Institute on Drug Abuse [NIDA] (2003). Therapeutic community. <http://archives.drugabuse.gov/pdf/RRTherapeutic.pdf>
- Observatorio Latinoamericano de Políticas de Drogas y Opinión Pública (2015). Estudio anual sobre Políticas de Drogas y Opinión Pública, América Latina. Chile: Asuntos del Sur. https://idhdp.com/media/400833/opdop_estudio-anual-2015.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales. CIE-10. Madrid: Meditor.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2005). Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas. Washington D.C.: OPS.
- Potter, V. (1970). Bioethics bridge to the future. New York: Prebtis Hall.
- Solano, C. (1989). Estilos de afrontamiento y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas de Lima. Tesis de grado en psicología con mención en psicología clínica y de la salud. Universidad Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- UNODC (2021). Informe Mundial sobre las Drogas 2020 de la UNODC. México: Oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito. https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2020/06_26_Informe_Mundial_Drogas_2020.html
- Valles, J. (2016). Autoeficacia y Riesgo de Recaída en adictos residentes en Comunidades Terapéuticas de Lima Sur. Tesis de grado. Universidad Autónoma del Perú, Lima, Perú.

ANEXOS

ANEXO N°01

Matriz de operacionalización de variables

Variable dependiente	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de medición
Recaída	Retorno a un estado de uso activo de sustancias psicoactivas, resultado de un desajuste a nivel conductual que puede estar antecedido por actitudes perjudiciales, insatisfacción, dudas durante el tratamiento, autosabotaje, creencias erróneas, impulsividad o falta de autocontrol (Miller, 2009).	<p>Para medirla se empleará el Cuestionario de Riesgo de Recaída – AWARE 3.0 elaborado por Gorski y Miller.</p> <p>El rango de puntuaciones es de 28 (puntuación más baja posible) a 196 (máxima puntuación posible). Cuanto mayor sea la puntuación, el individuo reporta más señales de advertencia de una recaída.</p>	La variable es unidimensional.	<ul style="list-style-type: none"> • Señales internas de aviso de recaída • Regreso a la negación • Impedimentos y comportamientos defensivos • Construyendo la crisis • Inmovilización • Confusión y sobre reacción • Depresión • Pérdida del control del comportamiento • Reconocimiento de pérdida del control • Reducción de opciones • Episodio de recaída 	Ordinal: Muy bajo Bajo Promedio Alto Muy alto

Variable independiente	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de medición
Programa para la prevención de recaídas	El programa de prevención de recaídas es un recurso de intervención psicológica que tiene como finalidad modificar la condición o estado de las personas, mediante la generación de un conjunto de estrategias determinantes para la disminución del riesgo de recaídas. Los pensamientos, sentimientos y conductas que se presentan durante el periodo de abstinencia pueden lograr, por su intensidad y su naturaleza, que el paciente deje el tratamiento y reincida dado el poder que ejerce sobre la persona, incluso, después de varios años de abstinencia.	Conjunto de estrategias que los pacientes con problemas de adicción a drogas ejercen para mantener su abstinencia y evitar el riesgo de recaída.	Planificación	Conociendo sobre abstinencia y recuperación	Nominal
				El proceso de recaída	
				¿Qué es el craving?	
				Identificando disparadores internos	
				Identificando disparadores externos	
				Factores de riesgo y protección	
			Organización	¿Cómo hacer mi análisis FODA?	
				Pensamiento - Emoción - Conducta	
				Entrenamiento en relajación	
				Bloqueo de pensamientos	
				Cambiando mi enfoque atencional	
				Usando la imaginación a mi favor	
			Evaluación	Discusión de ideas irracionales	
				De mí para mí	
				Control y programación de actividades	
				Estableciendo redes de apoyo	
				Proyecto de vida I	
				Proyecto de vida II	

ANEXO N°02

CUESTIONARIO DE RIESGO DE RECAIDA – AWARE 3.0

Autor	: T. Gorski y M. Miller.
Año de creación	: 1986 (escala original), 2000 (versión actual).
País de origen	: Estados Unidos.
Administración	: Individual y colectiva.
Tiempo de aplicación	: Sin tiempo limitado, sin embargo, su desarrollo tarda 20 minutos aproximadamente.
Área	: Señales de alerta de recaídas.
Significación	: Evalúa el nivel de riesgo de recaída en adicciones.
Calificación	: La puntuación se obtiene sumando el total de respuestas marcadas, pero invirtiendo los puntajes en los ítems 8, 14, 20, 24, 26.
Interpretación	: Cuanto mayor sea la puntuación, el individuo reporta más señales de advertencia de una recaída. El rango de puntuaciones es de 28 (puntuación más baja posible) a 196 (máxima puntuación posible).

CUESTIONARIO DE RIESGO DE RECAIDA AWARE 3.0

Instrucciones: Lea las siguientes afirmaciones y en cada una encierre un número (de 1 a 7), con un círculo, para indicar cuan verdadero ha sido dicho enunciado para usted recientemente. Por favor, encierre un sólo un número por cada enunciado.

	Nunca	Pocas veces	A veces	Relativamente a menudo	A menudo	Casi siempre	Siempre
1. Me siento nervioso o inseguro de mis recursos para mantenerme libre de drogas.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tengo muchos problemas en mi vida que afectan mi estado emocional.	1	2	3	4	5	6	7
3. Tiendo a actuar impulsivamente.	1	2	3	4	5	6	7
4. Soy reservado y me siento solo.	1	2	3	4	5	6	7
5. Me enfoco mucho en un(as) área(as) de mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
6. Me siento triste, desanimado o deprimido.	1	2	3	4	5	6	7
7. Me dedico a hacerme ilusiones sobre el consumo.	1	2	3	4	5	6	7
8. Los planes que hago tienen éxito.	1	2	3	4	5	6	7
9. Tengo dificultad para concentrarme y prefiero imaginar cómo podrían ser las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
10. Lo que suelo realizar no me sale bien.	1	2	3	4	5	6	7
11. Me siento confundido sobre volver a consumir.	1	2	3	4	5	6	7
12. Me irrito o molesto con mis amigos.	1	2	3	4	5	6	7
13. Me siento enojado o frustrado.	1	2	3	4	5	6	7
14. Tengo buenos hábitos alimenticios.	1	2	3	4	5	6	7
15. Me siento atrapado y estancado, sin salida	1	2	3	4	5	6	7
16. Tengo dificultad para dormir.	1	2	3	4	5	6	7
17. Tengo largos períodos de tristeza intensa.	1	2	3	4	5	6	7
18. Me da igual, suceda lo que suceda.	1	2	3	4	5	6	7
19. Siento que las cosas están tan mal, que podría consumir drogas.	1	2	3	4	5	6	7
20. Soy capaz de pensar con claridad.	1	2	3	4	5	6	7
21. Siento lástima de mí mismo.	1	2	3	4	5	6	7
22. Pienso reiteradamente en consumir drogas.	1	2	3	4	5	6	7
23. Miento a otras personas.	1	2	3	4	5	6	7
24. Me siento seguro y lleno de esperanzas.	1	2	3	4	5	6	7
25. Me siento enojado con el mundo en general.	1	2	3	4	5	6	7
26. Estoy haciendo lo posible para mantenerme en abstinencia.	1	2	3	4	5	6	7
27. Me temo que estoy perdiendo la razón.	1	2	3	4	5	6	7
28. Estoy consumiendo o tengo deseos de consumir drogas sin control.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO N°03

Análisis de validez y confiabilidad del Cuestionario AWARE 3.0

Valles (2016) realizó una adaptación piloto del Cuestionario Aware 3.0 para su estudio sobre autoeficacia y riesgo de recaídas, en sujetos con problemas de adicción a sustancias psicoactivas pertenecientes a Comunidades Terapéuticas de Lima – Perú. Obtuvo la validez según la prueba V de Aiken, que determinó que todos los ítems se mantienen, y según la prueba binomial concluyó que los valores son menores a 0.05, por lo tanto, el cuestionario es válido. Asimismo, el alfa de Cronbach de 0.905 muestra una excelente confiabilidad del instrumento.

VALIDEZ DE CONTENIDO:

Coefficiente de validez de la prueba según V de Aiken

Este coeficiente puede obtener valores entre 0 y 1, y a medida que sea más elevado el valor computado, el ítem tendrá una mayor validez de contenido.

Tal como lo señala Ecurra (1988, p. 107), la fórmula utilizada para determinar la validez de contenido fue la siguiente:

$$V = \frac{S}{(N (C - 1))}$$

En donde S, es igual a la sumatoria de Si (valor asignado por el Juez), N es el número de jueces y C, constituye el número de valores del Inventario, en este caso 2 (acuerdo y desacuerdo). Ecurra (1988, p. 108) afirma que para que un ítem se considere válido, con un nivel de significancia de 0,05, es necesario contar con la aprobación de 8 jueces como mínimo (en el caso de que sean 10 jueces).

Tabla 1

Validez de contenido del Cuestionario AWARE 3.0, según el Coeficiente V. de Aiken

ÍTEM	TA	JUECES										V de Aiken
		J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	
1	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
2	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
3	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
4	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
5	9	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0,90
6	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
7	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
8	9	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0,90
9	8	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0,80
10	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
11	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
12	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
13	9	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0,90
14	8	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0,80
15	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
16	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
17	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
18	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
19	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
20	9	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0,90
21	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
22	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
23	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
24	8	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0,80
25	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
26	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
27	9	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0,90
28	9	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0,90

En la tabla 1 se observan los resultados de la V de Aiken del Cuestionario AWARE 3.0. Los valores alcanzados indican todos los ítems se mantienen. Además, se tomaron en cuenta las observaciones de los jueces, por lo que se modificaron los ítems 1, 3, 6, 7, 10, 11, 17, 18, 22 y 28.

Tabla 2

Tabla de ítems originales e ítems modificados por observaciones de los jueces

Ítems originales	Ítems modificados
1. Me siento nervioso o inseguro de mi capacidad para mantenerme libre de drogas.	1. Me siento nervioso o inseguro de mis recursos para mantenerme libre de drogas. *
2. Tengo muchos problemas en mi vida.	2. Tengo muchos problemas en mi vida que afectan mi estado emocional. *
3. Tiendo a sobrereactuar o actuar impulsivamente.	3. Tiendo a actuar impulsivamente. *
4. Soy reservado y me siento solo.	4. Soy reservado y me siento solo.
5. Me centro demasiado en un área de mi vida.	5. Me enfoco mucho en un(as) área(as) de mi vida. *
6. Me siento triste, desanimado, desganado o deprimido.	6. Me siento triste, desanimado o deprimido. *
7. Me dedico a hacerme ilusiones.	7. Me dedico a hacerme ilusiones referentes al consumo. *
8. Los planes que hago tienen éxito.	8. Los planes que hago tienen éxito.
9. Tengo dificultad para concentrarme y prefiero imaginar cómo podrían ser las cosas.	9. Tengo dificultad para concentrarme y prefiero imaginar cómo podrían ser las cosas.
10. Las cosas no me salen bien.	10. Lo que suelo realizar no me sale bien. *
11. Me siento confundido.	11. Me siento confundido sobre volver a consumir. *
12. Me irrito o molesto con mis amigos.	12. Me irrito o molesto con mis amigos.
13. Me siento enojado o frustrado.	13. Me siento enojado o frustrado.
14. Tengo buenos hábitos alimenticios.	14. Tengo buenos hábitos alimenticios.
15. Me siento atrapado y estancado, sin salida	15. Me siento atrapado y estancado, sin salida.
16. Tengo dificultad para dormir.	16. Tengo dificultad para dormir.
17. Tengo largos períodos de depresión fuerte.	17. Tengo largos períodos de tristeza intensa. *
18. Me da igual lo que pase.	18. Me da igual suceda lo que suceda. *
19. Siento que las cosas están tan mal, que podría consumir drogas.	19. Siento que las cosas están tan mal, que podría consumir drogas.
20. Soy capaz de pensar con claridad.	20. Soy capaz de pensar con claridad.
21. Siento lástima de mí mismo.	21. Siento lástima de mí mismo.
22. Pienso en consumir drogas.	22. Pienso reiteradamente en consumir drogas. *
23. Miento a otras personas.	23. Miento a otras personas.
24. Me siento seguro y lleno de esperanzas.	24. Me siento seguro y lleno de esperanzas.
25. Me siento enojado con el mundo en general.	25. Me siento enojado con el mundo en general.
26. Estoy haciendo cosas para mantenerme en abstinencia.	26. Estoy haciendo cosas para mantenerme en abstinencia.
27. Me temo que estoy perdiendo la razón.	27. Me temo que estoy perdiendo la razón.
28. Estoy consumiendo drogas sin control.	28. Estoy consumiendo o tengo deseos de consumir drogas sin control. *

* Ítems modificados.

Coeficiente de validez según la Prueba Binomial

Para obtener la interpretación de resultados de la Prueba Binomial, se estableció:
Ho: La proporción de los jueces es de 0.05, por lo tanto, la prueba no tiene validez de contenido.

Ha: La proporción de los jueces es diferente de 0.05, por lo tanto, si hay concordancia entre los jueces y la prueba es válida.

Tabla 3

Validez de contenido del Cuestionario AWARE 3.0, según la Prueba Binomial

		Categoría	N	Prop. observada	Prop. de prueba	Significación exacta (bilateral)
J1	Grupo 1	1	28	1,00	,50	,000
	Grupo 2	0	0	0,00		
J2	Grupo 1	1	28	1,00	,50	,000
	Grupo 2	0	0	0,00		
J3	Grupo 1	1	26	,93	,50	,000
	Grupo 2	0	2	,07		
J4	Grupo 1	1	27	,96	,50	,000
	Grupo 2	0	1	,04		
J5	Grupo 1	1	26	,93	,50	,000
	Grupo 2	0	2	,07		
J6	Grupo 1	1	27	,96	,50	,000
	Grupo 2	0	1	,04		
J7	Grupo 1	1	25	,89	,50	,000
	Grupo 2	0	3	,11		
J8	Grupo 1	1	28	1,00	,50	,000
	Grupo 2	0	0	0,00		
J9	Grupo 1	1	27	,96	,50	,000
	Grupo 2	0	1	,04		
J10	Grupo 1	1	26	,93	,50	,000
	Grupo 2	0	2	,07		

En la tabla 3 se observa que los resultados son menores a 0.05, por lo tanto, se rechaza la Ho y se acepta la Ha, es decir, si hay concordancia entre los jueces, por lo tanto, la prueba conformada por 28 ítems tiene validez de contenido.

CONFIABILIDAD

La confiabilidad se realizó a través del Coeficiente de Alfa de Cronbach, indicando un nivel muy alto (0.925) de confiabilidad por consistencia interna.

Tabla 4

Confiabilidad para la escala de autoeficacia general según Alfa de Cronbach.

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,925	28

Además, con la finalidad de poder interpretar los resultados que se obtengan con este instrumento en la población de estudio, se diseñó un baremo para esta población.

Tabla 5

Baremos para el Cuestionario AWARE 3.0 para población adicta.

PC	Riesgo de recaída
1	0 a 28
2	29 a 38
3	41
4	42 a 50
5	51
6	
7	52
8	53
9	
10	54 a 60
15	61 a 63
20	64 a 67
25	68 a 70
30	71 a 77
35	78 a 79
40	80 a 86
45	87 a 88
50	89 a 95
55	96 a 97
60	98 a 104
65	105 a 110
70	111 a 114
75	115 a 116
80	117 a 129
85	130 a 136
90	
91	137 a 138
92	140 a 143
93	144 a 146
94	147
95	148 a 150
96	151 a 153
97	155 a 156
98	157 a 162
99	163 a más
Media	94,50
DS	31,05

Tabla 6

Niveles del Cuestionario AWARE 3.0.

CATEGORÍA	PERCENTIL
Muy alto	91 a 99
Alto	76 a 90
Promedio	25 a 75
Bajo	10 a 24
Muy bajo	0 a 9

ANEXO N°04

POSGRADO

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

Trujillo, 11 de octubre de 2021

CARTA N° 117-2021-UCV-VA-EPG-SL01/J

Sr. Oswaldo Luis Hetzel Silva

Director Administrativo

Asociación Cultural Comunidad Terapéutica "Jesús y María"

Presente. -

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA APLICAR INSTRUMENTOS PARA EL DESARROLLO DE TESIS

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y al mismo tiempo presentar a la estudiante **DIANA CAROLINA ARANA JARA**, del programa de **MAESTRÍA EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA**, de la Escuela de Posgrado Trujillo de la Universidad César Vallejo.

La estudiante en mención solicita autorización para aplicar los instrumentos necesarios para el desarrollo de su tesis denominada: **"PROGRAMA BASADO EN LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN PACIENTES CON ADICCIÓN A DROGAS DE UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE TRUJILLO, 2021"** en la institución que usted dirige.

El objetivo principal de este trabajo de investigación es determinar en qué medida el programa de intervención sería efectivo para disminuir el riesgo de recaída de pacientes con adicción a drogas de una comunidad terapéutica de Trujillo.

Agradeciendo la atención que brinde a la presente, aprovecho la oportunidad para expresarle mi consideración y respeto.

Atentamente. -



Emilio Alberto Soriano Paredes

Dr. Emilio Alberto Soriano Paredes
Jefe de la Escuela de Posgrado-Trujillo
Universidad César Vallejo

ADJUNTO:
- Instrumentos de recolección de datos.



Oswaldo Luis Hetzel Silva
Recibido
15/10/21.

ANEXO N°05

UNIVERSIDAD PRIVADA CÉSAR VALLEJO

Programa para la prevención de recaídas en pacientes con adicción a drogas de una Comunidad Terapéutica de Trujillo, 2021

Consentimiento Informado

Investigadora: Diana Carolina Arana Jara

Esta investigación se formula a partir de conocer la problemática de las adicciones y observar el índice de recaídas en los sujetos que realizan un tratamiento profesional en las Comunidades Terapéuticas. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder un cuestionario. Asimismo, su participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será anónima y confidencial, sólo se utilizará con fines académicos. El tiempo aproximado para recoger la información será de 40 minutos y si tiene alguna duda sobre esta investigación puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación: Sí No

Reconozco que la información que yo provea en esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento, sin que esto represente perjuicio alguno para mi persona.

Firma del Participante

Firma del Investigador

Fecha:

Anexo N°06



Foto: Grupo de pacientes de la Comunidad Terapéutica “Jesús y María” de la ciudad de Trujillo, desarrollando el Cuestionario de Riesgo de Recaída – AWARE 3.0.

Anexo N° 10

PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN PACIENTES CON ADICCIÓN A DROGAS

I. DATOS GENERALES

- Denominación: Programa para la prevención de recaídas
- Población: Pacientes de Comunidades Terapéuticas
- N° de sesiones: 18
- N° de participantes: A criterio del profesional
- Tiempo de duración: 60' a 70' cada sesión

II. FUNDAMENTACIÓN

La intervención psicológica es un proceso a lo largo del cual el psicólogo aplica principios y técnicas psicológicas con el fin de ayudar a las personas en lo relativo al comportamiento humano y los problemas que puedan presentar con respecto a ello, es así que se evalúa, entrena o trata y cuantifica los efectos inmediatos del entrenamiento o del tratamiento. La intervención va ligada a la evaluación y el seguimiento de los objetivos, valorando el desarrollo de las sesiones, la progresión conseguida y la puesta en marcha de las estrategias aprendidas (Bados, 2008).

En la línea base de esta investigación se halló la prevalencia del riesgo de recaída en los pacientes con adicción a drogas de la Comunidad Terapéutica Jesús y María de la ciudad de Trujillo, donde se evidenció que el 51,1 % de la población total estudiada tiene un nivel de riesgo de recaída promedio y el 2,2 % se encuentra en un nivel alto de riesgo. Los porcentajes resultantes evidencian una vulnerabilidad en estos pacientes de retornar al comportamiento adictivo, es decir, que puede darse en ellos el reinicio del consumo de la droga problema, el regreso al estilo de vida antiguo, el consumo de sustancias sustitutas, realización de actividades de riesgo u otros comportamientos compulsivos (Marlatt y Gordon, 1985).

Ante esta situación surge la necesidad de trabajar en la reducción de dichos porcentajes ya que reflejan una problemática de salud pública, considerándose pertinente el diseño del Programa basado en la prevención de recaídas. Este programa consta de 18 sesiones y tiene como objetivo general contribuir con la prevención de recaídas en pacientes con adicción a drogas que se encuentren realizando tratamiento en una Comunidad Terapéutica de la ciudad de Trujillo.

Se ha tomado como referencia los aportes teóricos de Gorski y Miller (1982), ya que es uno de los más difundidos en el área de adicciones; comprenden la adicción como una enfermedad biopsicosocial que, al ser desarrollada en el individuo, genera un síndrome post agudo ante la interrupción del consumo. Se manifiesta por indicadores como inhabilidad para pensar con claridad, reacciones emocionales desproporcionadas, adormecimiento, problemas de sueño y estrés.

Este modelo también abarca una comprensión del proceso de recuperación y analiza la posibilidad de recaída (Martínez, 2009; Gorski, 2013). Según este modelo, la recuperación es un proceso de desarrollo que atraviesa diversas etapas: transición (caracterizado por el cansancio de sufrir y reconocimiento de la incapacidad de controlar las drogas), estabilización (proceso de recuperación del síndrome de abstinencia), recuperación temprana (aprender a sentirse cómodo con la abstinencia y desarrollar habilidades de afrontamiento ante el consumo de drogas), recuperación media (basado en la prioridad de fortalecer las relaciones afectivas), recuperación tardía (aprender a resolver dificultades cotidianas) y mantenimiento (sostener una vida balanceada de crecimiento y desarrollo) (Gorski, 2013).

Para el desarrollo de las sesiones se ha considerado las señales de recaída que encontraron en sus investigaciones tales como señales internas de aviso de recaída, regreso a la negación (es incapaz de reconocer y comunicar los pensamientos y emociones que experimenta), comportamientos defensivos (tendencia a la soledad e impulsividad), crisis (deja de planificar de forma

constructiva), inmovilización (dificultad para ponerse en acción), sobre reacción (reacciona exageradamente ante eventos estresantes), depresión (alteración del sueño, anhedonia, hábitos alimentarios irregulares y falta de iniciativa), pérdida del control del comportamiento (incapacidad para controlar su propia conducta, participación irregular en las reuniones de tratamiento, rechazo abierto a la ayuda, falta de satisfacción con la vida, sentimientos de impotencia y desamparo), reconocimiento de pérdida del control (experimenta autocompasión, aislamiento, tiene pensamientos de consumir y pérdida de la autoeficacia), reducción de opciones (considera que nadie ni nada lo puede ayudar) y episodio de recaída (retorno al consumo activo de drogas); para de esta manera enfocar las sesiones del programa en la generación de recursos que ayuden a su manejo, ya que estas señales manifestadas a nivel conductual generan una serie de comportamientos desadaptativos (Miller, 2009).

Por ello, la propuesta del programa inicia con sesiones de psicoeducación tanto sobre abstinencia, recuperación, proceso de recaída y craving para que los usuarios puedan entender estos procesos y el manejo que pueden tener sobre ellos, posteriormente las sesiones intermedias están dirigidas a la generación de recursos internos mediante la información y práctica de estrategias específicas para el control de impulsos, modificación de pensamientos y control de conductas, finalmente se abordan dos aspectos importantes que incluyen soporte externo mediante la generación de una nueva red de contactos y el desarrollo de un plan de vida que les permita tener objetivos claros, una estructura bajo la cual manejarse y que favorezca su proceso de recuperación y con ello la reducción del riesgo de recaídas.

III. OBJETIVOS

- Objetivo general: Contribuir con la prevención de recaídas en pacientes con adicción a drogas de una Comunidad Terapéutica de la ciudad de Trujillo.
- Objetivos específicos: Se detallan en cada sesión.

IV. METODOLOGÍA

Se emplearán múltiples técnicas: participación dinámica, lluvia de ideas, llenado de hojas de trabajo, expresión de experiencias.

V. ACTITUDES DEL PROFESIONAL

El profesional es responsable de crear un ambiente adecuado de trabajo, estableciendo rapport con el grupo y promoviendo en todo momento la participación activa, debe conocer y llevar a cabo las técnicas seleccionadas, monitorear que los participantes sigan el mismo proceso, deberá hacer un breve resumen enfatizando los logros de cada sesión, resolverá dudas y los motivará al cambio.

VI. ACTITUDES DEL PARTICIPANTE

- Puntualidad
- Participación dinámica
- Escucha activa
- Respeto al profesional y al grupo
- Cumplimiento de las actividades indicadas.

VII. EVALUACIÓN

- El profesional aplicará el Cuestionario de Riesgo de Recaída – AWARE 3.0 a los participantes, antes de iniciar la primera sesión (Pretest) y al terminar la última sesión (Post- test).
- Los participantes deben realizar las actividades descritas en sus hojas de trabajo y llenar su ficha “Registro de progreso”.

SESIÓN 1: Conociendo sobre abstinencia y recuperación

Objetivo	Dar a conocer a los usuarios lo que implica un proceso de recuperación, haciendo énfasis en las diferencias entre mantenerse abstinentes y rehabilitarse.	
Materiales	Folleto: "Conociendo sobre abstinencia y recuperación"	
Duración	60 minutos	
Procedimiento	Bienvenida	El profesional se presenta ante los usuarios y da a conocer de manera general el objetivo del programa y la sesión que corresponde trabajar.
	Desarrollo	El profesional introduce el componente explicando qué es la abstinencia y lo que supone un proceso de rehabilitación, con ayuda del folleto "Conociendo sobre abstinencia y recuperación". Se mencionan las ventajas generales de mantenerse en abstinencia y de trabajar de manera constante en su recuperación. También se recalca que la abstinencia es solo un componente del proceso de recuperación ya que también se requiere de cambios en el estilo de vida, tanto internos como externos. Por otro lado, es muy importante que el usuario logre identificar cuáles son sus principales motivaciones para mantener su recuperación y así el profesional podrá apoyarse de esto para indicar los principales beneficios de mantenerse fuera del consumo de sustancias psicoactivas.
	Cierre	Al finalizar la sesión, el profesional hará un breve resumen enfatizando los logros de esta primera sesión, motivándolos al cambio, preguntando sobre dudas o comentarios y concertando la cita con el grupo para la siguiente sesión.

“Conociendo sobre abstinencia y recuperación”

La recuperación es un proceso mediante el cual la persona adicta interrumpe el deterioro progresivo que es típico de este desorden y comienza un restablecimiento constante en las áreas de vida afectadas.



Recuperación = Abstinencia + Cambios en el estilo de vida

- **Abstinencia completa:** Se refiere al completo cese del uso de drogas de manera sostenida. Durante la adicción activa, la obsesión por el uso hace difícil para el adicto concebir la abstinencia completa como una opción; de esa manera se produce el fenómeno de sustitución, durante el cual el adicto cambia de sustancias, pero continúa usando. Otras veces en sus intentos obsesivos por controlar su adicción, el adicto disminuye la cantidad y/o la frecuencia del consumo, pero vuelve al patrón compulsivo, con lo que el uso se hace continuo. La abstinencia es lo opuesto al consumo y a la sustitución.
- **Cambios en el estilo de vida:** La recuperación no es solo abstinencia, sino además debe acompañarse de cambios, que promuevan y sostengan un estilo de vida saludable y de mejor calidad.

Cambios internos	Cambios externos
<ul style="list-style-type: none">• Aceptar la adicción como un problema.• Reconocer las distorsiones del juicio.• Perder la preocupación por el consumo.• Desarrollar y nutrir una actitud de recuperación.• Detectar y manejar los deseos y pensamientos de consumo.• Aprender a manejar las emociones.• Desarrollo de la asertividad y comunicación.	<ul style="list-style-type: none">• Evitar personas, lugares y cosas relacionados con el consumo.• Desarrollar una nueva red de contactos.• Elaborar un plan de actividades de recuperación.• Mejorar la alimentación hábitos de higiene.• Descansar y dormir adecuadamente.• Leer y estudiar sobre la adicción y la recuperación.• Ordenar las finanzas.

SESIÓN 2: El proceso de recaída

Objetivo	Que el usuario conozca la definición de recaída, el proceso que implica y los síntomas que se van manifestando hasta el retorno del consumo activo.	
Materiales	Folleto: "El proceso de recaída"	
Duración	60 minutos	
Procedimiento	Bienvenida	El profesional recibe a los usuarios estableciendo el rapport necesario. Se da a conocer el nombre de la sesión y el objetivo de esta.
	Desarrollo	<p>El profesional da inicio al tema preguntando al grupo ¿qué entendemos por recaída?, generará una lluvia de ideas y posterior a ello expondrá la definición de recaída y cómo se genera este proceso, utilizará como herramienta el folleto "El proceso de recaída".</p> <p>Así mismo, se motivará la expresión de las decisiones de riesgo que los llevaron a recaer en algún momento o a permanecer en el consumo de drogas.</p> <p>Posteriormente, se explican los síntomas más relevantes de una recaída y se incita el reconocimiento de estos en los participantes.</p> <p>Se recalca que, si bien una recaída puede ser considerada como un periodo de aprendizaje, no es necesario recaer para poder aprender o avanzar en su recuperación.</p>
	Cierre	El profesional cerrará la sesión haciendo un resumen, enfocándose en los avances de los usuarios. Preguntará si tienen dudas o comentarios y se acordará la próxima sesión recordándoles el llenado de su ficha "Registro de progreso".

“El proceso de recaída”

La adicción, como enfermedad crónica está asociada con una tendencia natural a la recaída. Eso no significa que sea inevitable o apropiado tener recaídas, sino que son una realidad, y la mejor forma de prevenirlas, es aceptando el riesgo y conociendo mejor el proceso de la recaída, también llamado síndrome de la recaída.

Uno de los malentendidos más frecuentes es que la recaída es simplemente la vuelta al uso. Aunque esto es parcialmente cierto, en realidad se le llama recaída a todo el proceso (1) que lleva desde un estado de abstinencia sostenida (2), hasta el consumo o adicción activa (3). Este proceso ocurre a lo largo del tiempo (4) y se manifiesta como una serie de síntomas o cambios, que son en realidad regresiones a los antiguos patrones de conducta y pensamiento que ya se habían superado.



Usualmente este proceso está formado por pequeñas decisiones riesgosas (5) que la persona toma, y que, enlazadas unas con otras, van llevando a construir el camino de la recaída. Estas pequeñas decisiones, llamadas también "decisiones de riesgo relativo"(5), son aparentemente sin importancia, pero su efecto es acumulativo y van llevando al adicto hacia una situación imposible de resistir (7), donde será inevitable el uso, pues los márgenes de susceptibilidad se sobrepasan. Existe una línea imaginaria, o línea de no-retorno (6) luego de la cual no es posible dar marcha atrás a la conducta de búsqueda y el uso es inminente. Aun así, en la zona de transición entre la línea de no retorno y el uso, la recaída es primariamente conductual y de actitud, sin que hubiese ocurrido aún el uso.

Definición de recaída

La recaída se define como el proceso de retroceso a los patrones de comportamiento y pensamiento típicos de la adicción activa, que ya se habían superado (abstinencia), y que finalmente llevan de vuelta al uso, retrocediendo hasta llegar al estado de enfermedad adictiva que existía antes de comenzar la recuperación.

Para poder hablar de recaída una persona debe haber estado previamente en recuperación, o sea abstinentes y con cambios de conducta, por un período significativo de tiempo.

Por el simple hecho de no haber usado por un tiempo, el volver a usar, no necesariamente es una recaída. Podría tratarse de episodios de consumo alternos, dentro de un período de adicción activa.

A pesar de que una recaída puede ser peligrosa y se traduce finalmente en sufrimiento y pérdida de tiempo y energía, a veces las recaídas también son períodos de aprendizaje, para una persona que desea recuperarse. A pesar de estar conscientes de su problema y de tener buena disposición para la recuperación, un adicto puede recaer, sino maneja bien las situaciones de riesgo o descuida su proceso de cambios. Luego de una recaída es más probable que el adicto este más claro en qué cosas ha estado haciendo mal. Aun así, no es necesario recaer para poder aprender o avanzar en la recuperación.

Síntomas de una recaída

Una persona en recuperación puede comenzar a mostrar síntomas de una recaída mucho antes del consumo. Poder identificar estos síntomas y tratarlos a tiempo puede ayudar a prevenir una recaída:

- Retorno del pensamiento obsesivo con respecto al uso.
- Actitud de desafío con respecto al plan de recuperación.
- Descuidar el plan de recuperación.
- Aislamiento o pérdida de contacto: con las nuevas relaciones de recuperación.
- Irritabilidad.
- Obsesión con la imagen o los defectos físicos.
- Sentimientos de depresión y ansiedad flotantes.
- Renacen o se exaltan los resentimientos hacia otras personas.
- Discusiones frecuentes en el hogar y la familia.
- Actitud defensiva al hablar del tema de su recuperación o al ser retroalimentados.
- Insomnio, intranquilidad y dificultad para descansar.
- Preocupación obsesiva por el dinero y por la seguridad financiera.

Estos son solo algunos de los síntomas relacionados al síndrome de la recaída. Cada persona es diferente y por lo tanto mostrará síntomas propios, pero en general es marcadamente notable la presencia y evolución de este síndrome. Una de las paradojas de la recaída es que mientras más marcados son los síntomas, menos capacidad tiene el adicto para poder aceptar las críticas constructivas de las personas que lo rodean, y que podrían preocuparse por la posibilidad de una recaída.

El proceso de recaída puede ser detenido ya sea por la propia iniciativa o por la intervención de personas que rodean al adicto y que le sirven de apoyo tales como familiares, terapeutas o compañeros de grupo.

SESIÓN 3: ¿Qué es el craving?

Objetivo	Brindar información sobre el craving y los tipos de craving que pueden manifestarse a raíz de su problema de adicción. Así también, ayudarlos a identificar cuál de ellos han experimentado.	
Materiales	Folleto: “¿Qué es el craving”	
Duración	60 minutos	
Procedimiento	Bienvenida	El profesional recibe a los usuarios estableciendo el rapport necesario. Se da a conocer el nombre de la sesión y el objetivo de esta.
	Desarrollo	El profesional, con ayuda del folleto “¿Qué es el craving?”, expone el concepto, características y tipos de craving (respuesta a los síntomas de abstinencia, respuesta a la falta de placer, respuesta condicionada a las señales asociadas con drogas y respuesta a los deseos hedónicos) que los usuarios pueden experimentar tanto dentro de la institución en la que se encuentran como cuando generen su egreso. Se explica también la diferencia entre craving y síndrome de abstinencia. El profesional realiza un ejercicio en donde el usuario aprenderá a detectar y describir el craving. Para esto puede ser útil el empleo de autorregistros, así como preguntarse ¿Cómo es su craving?, ¿Qué tanto le afecta?, ¿Cuánto tiempo dura? ¿Qué es lo que hace o trata de hacer para manejar el craving?
	Cierre	El profesional cerrará la sesión haciendo un resumen, enfocándose en los avances de los usuarios. Preguntará si tienen dudas o comentarios y se acordará la próxima sesión recordándoles el llenado de su ficha “Registro de progreso”.

“¿Qué es el craving?”

El craving por drogas ha sido conceptualizado como ‘querencia’ o ‘apetencia’ por reexperimentar los efectos de una droga, como un fuerte ‘deseo’ subjetivo, como un deseo o ‘ansia’ irresistible, como un pensamiento o ‘requerimiento obsesivo’, como la ‘búsqueda de alivio’ ante las sensaciones de un síndrome de abstinencia, como un ‘incentivo motivacional’ para la autoadministración de drogas.



Es considerado como un componente importante de la dependencia de drogas dado que se le atribuye un papel relevante en las recaídas y la continuidad del consumo posterior, bien tras largos periodos de abstinencia como durante el tratamiento.

Existen una serie de elementos comunes entre los diferentes posicionamientos conceptuales:

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

Diferencias entre craving y síndrome de abstinencia:

- El craving aparece pronto tras la abstinencia y puede mantenerse durante un largo periodo de tiempo; mientras que el síndrome de abstinencia tiene una duración más limitada en el tiempo. De hecho, la investigación señala que el craving varía a lo largo del día, aumentando en las primeras horas de la tarde. Por el contrario, el síndrome de abstinencia tiene un curso temporal bien definido, suele aparecer entre las 24 y 48 horas y finaliza a las 3 o 4 semanas.
- El síndrome de abstinencia es producido únicamente por la abstinencia, mientras que el craving puede ser inducido por estímulos relacionados con la sustancia, por estados emocionales y por la abstinencia.

Tipos de craving:

1. Respuesta a los síntomas de abstinencia. Las personas con una tasa y frecuencia alta de consumo suelen experimentar una disminución en el grado de satisfacción que encuentran en el uso de la sustancia, pero con un incremento de la sensación de malestar interno cuando dejan de consumirla. En estos casos, el craving toma la forma de 'necesidad de sentirse bien de nuevo' (refuerzo negativo, alivio de síntomas de abstinencia).
2. Respuesta a la falta de placer. Implica los intentos de los pacientes por mejorar sus estados de ánimo de la forma más rápida e intensa posible. Se trata de una forma de "automedicación" para aquellos momentos en que el individuo se encuentra aburrido, decaído o no tiene habilidades para afrontar distintas actividades (búsqueda de refuerzo positivo).
3. Respuesta condicionada a las señales asociadas a la sustancia. Los pacientes que han abusado de sustancias han aprendido a asociar algunos estímulos que en principio serían considerados neutros, con la intensa recompensa obtenida con el consumo. Estos estímulos son capaces de inducir craving de forma automática.
4. Respuesta a los deseos hedónicos. Los pacientes experimentan en ocasiones el inicio del craving cuando desean aumentar una experiencia positiva. En su historia de consumo han desarrollado comportamientos (p.ej.: sexo y droga) con gran nivel de satisfacción, la posibilidad de repetir tales experiencias puede precipitar el craving (procesos de condicionamiento).

El paciente /usuario:

-Es relevante que el sujeto entienda el craving. Para lo cual debe darse cuenta de que experimentar cierto grado de ansiedad es normal y muy común. Sentir que esta ansiedad no significa que algo está mal o que realmente desea consumir drogas otra vez.

-De igual manera, debe describir o detectar el craving.

-Ya identificado el craving y las emociones y pensamientos asociados (por medio de autorregistros, análisis funcional y la entrevista), se procede, según la naturaleza del craving, a la aplicación de estrategias cognitivo-conductuales.

SESIÓN 4: Identificando disparadores internos

Objetivo	Entender qué son los disparadores internos, que el usuario logre identificarlos de manera particular y comprenda cómo los disparadores internos pueden llevar al consumo de drogas.	
Materiales	Hoja de trabajo: "Identificando disparadores Internos"	
Duración	70 minutos	
Procedimiento	Bienvenida	El profesional recibe a los usuarios estableciendo el rapport necesario. Se da a conocer el nombre de la sesión y el objetivo de esta.
	Desarrollo	<p>El profesional inicia la sesión preguntando al grupo ¿qué son los disparadores internos?, tomará las respuestas de los usuarios y dará una definición global.</p> <p>Luego, incitará al autoanálisis sobre los estados emocionales que los han llevado a consumir sustancias con frecuencia, alentando la expresión de cada uno de los integrantes.</p> <p>Una vez identificadas las emociones y sentimientos se clasificarán en función a cuánto los asocian al consumo de drogas. De esta manera los usuarios podrán identificar qué emociones son relativamente seguras para ellos, cuáles son de bajo riesgo y aquellas que son de riesgo alto.</p> <p>Como soporte en esta sesión el profesional hará uso de la hoja de trabajo "Identificando disparadores internos".</p>
	Cierre	El profesional cerrará la sesión haciendo un resumen, enfocándose en los avances de los usuarios. Preguntará si tienen dudas o comentarios y se acordará la próxima sesión recordándoles el llenado de su ficha "Registro de progreso".

“Identificando disparadores internos”

Algunas emociones y sentimientos pueden actuar como activadores que llevan a nuestra mente a pensar en el consumo de drogas. Por eso, es importante que aprendamos a reconocerlas.

A continuación, verás una serie de estados a nivel emocional, lo que debes hacer es encerrar aquellos que en alguna ocasión han despertado tu deseo de consumir sustancias psicoactivas.

He tenido deseos de consumir cuando he experimentado...			
tristeza	miedo	impotencia	depresión
aburrimiento	frustración	indignación	derrota
desmotivación	soledad	desgano	humillación
angustia	preocupación	insatisfacción	desesperación
ansiedad	felicidad	inseguridad	euforia
vergüenza	odio	ira	desilusión
vacío	estrés	irritación	desprecio
excitación	duelo	celos	dolor
temor	enojo	culpa	remordimiento
traición	envidia	cólera	decepción

¿Qué otros sentimientos o emociones han generado en ti deseos de consumir drogas?

¿Consideras que tu consumo se ha debido a condiciones emocionales?

¿Por qué?

¿En el tiempo que llevas de tratamiento, ha sucedido que algún cambio en tu estado emocional ha generado apetencia por el consumo de alcohol o drogas?

Si tu respuesta ha sido sí, menciona lo que sucedió y qué emociones pudiste identificar.

¿Hiciste algo que pudiera ayudarte a manejar esa situación? Comenta.

Teniendo en cuenta la lista anterior, clasifica tus estados emocionales en relación a cuánto han estado implicados en tu consumo.

Nunca consumo	Pocas veces consumo	Frecuentemente consumo	Siempre consumo
Estos estados emocionales son relativamente seguros	Debes estar alerta frente a estos estados emocionales aunque impliquen bajo riesgo	Estos estados emocionales implican un riesgo alto, debes implementar recursos para su manejo	Dejar que estas emociones se desborden es decidir no recuperarte. Debes generar estrategias eficaces para controlarlas

SESIÓN 5: Identificando disparadores externos

Objetivo	Entender qué son los disparadores externos, que el usuario logre identificarlos de manera particular y comprenda cómo los disparadores externos pueden llevar al consumo de drogas.	
Materiales	Hoja de trabajo: "Disparadores Externos"	
Duración	70 minutos	
Procedimiento	Bienvenida	El profesional recibe a los usuarios estableciendo el rapport necesario. Se da a conocer el nombre de la sesión y el objetivo de esta.
	Desarrollo	<p>Se inicia la sesión preguntando ¿qué son los disparadores externos?, el profesional incentivará la participación voluntaria y reforzará las respuestas de los usuarios exponiendo la definición de disparadores externos que incluya los comentarios realizados.</p> <p>De manera dinámica se motiva a que el grupo comparta sobre las situaciones y/o contextos en los que han consumido sustancias con frecuencia. Así mismo, se les pide que piensen y expresen en qué situaciones o contextos no consumirían. También, que identifiquen con qué personas podrían estar sin consumir.</p> <p>Habiendo realizado el análisis de los aspectos mencionados, se clasificarán de acuerdo con su nivel de asociación al consumo de sustancias.</p> <p>Para esta sesión el profesional hará uso de la hoja de trabajo "Disparadores externos".</p>
	Cierre	El profesional cerrará la sesión haciendo un resumen, enfocándose en los avances de los usuarios. Preguntará si tienen dudas o comentarios y se acordará la próxima sesión recordándoles el llenado de su ficha "Registro de progreso".

“Identificando disparadores externos”

Determinadas acciones que han sido repetitivas en el período de adicción se convierten en disparadores que pueden recordar este episodio pasado y activar los pensamientos relacionados al consumo de drogas. Es importante por ello que puedas identificar aquellas actividades, situaciones o contextos en los que has consumido sustancias con frecuencia.

A continuación, encerrarás aquellas actividades, situaciones o contextos en los que has consumido drogas.

Solo en casa	Antes o durante una cita	Antes o durante la cena
En casa con amigos	Fiestas	Antes de desayunar
En casa de amigos	Antes, durante o después de la R. sexual	Con mi familia
Cuando llueve o hace frío	Escuchando determinada música	Con amigos consumidores
Cuando hago deporte	Cuando siento dolor físico	En mi centro de estudios
Viendo películas	Antes de trabajar	Después de trabajar
Bares/discotecas	En el parque	Playas
Vacaciones/ festividades	Al pasar por la casa del que me vende drogas	Después de cobrar mi salario
Conciertos	Conduciendo	En el vecindario
Cuando llevo dinero	Mientras trabajo	Los fines de semana

Menciona otras actividades, situaciones o contextos donde has consumido con frecuencia.

¿En qué actividades, situaciones o contextos no consumirías drogas?

¿Con qué personas podrías estar sin que consumas alcohol o drogas?

¿Ha ocurrido que intentaras manejar alguna situación externa que activó tu deseo de consumo? Comenta.

Tomando en cuenta lista anterior de personas, lugares, objetos, o situaciones, clasifícalas de acuerdo con su nivel de asociación a tu consumo de sustancias.

Nunca consumo	Pocas veces consumo	Frecuentemente consumo	Siempre consumo
Estas situaciones son relativamente seguros	Debes estar alerta frente a estas situaciones aunque impliquen bajo riesgo	Estas situaciones implican un riesgo alto, debes implementar recursos para su manejo	Permanecer en estas situaciones es decidir no recuperarte. Debes generar estrategias eficaces para afrontarlas

SESIÓN 6: Factores de riesgo y protección

Objetivo	Que el usuario identifique los factores de riesgo presentes en la actualidad para su posterior manejo y reconozca los factores de protección que le servirán de soporte en su recuperación.	
Materiales	Hoja de trabajo: "Factores de riesgo y protección"	
Duración	60 minutos	
Procedimiento	Bienvenida	El profesional recibe a los usuarios estableciendo el rapport necesario. Se da a conocer el nombre de la sesión y el objetivo de esta.
	Desarrollo	<p>El profesional introduce el tema haciendo la siguiente pregunta: ¿qué entienden por factores de riesgo y protección?, va cediendo la palabra de manera ordenada a los usuarios que participen de forma voluntaria.</p> <p>Luego, toma las ideas principales y establece las definiciones diferenciadas para factores de riesgo y factores de protección.</p> <p>Se trabaja en la identificación de estos factores en cinco áreas distintas, considerando: ámbito familiar, comunitario, de pares, académico e individual.</p> <p>Se hace énfasis en aquellos factores que pueden ir modificando o adquiriendo de manera tal que favorezcan la mantención de su recuperación.</p> <p>El profesional se apoyará durante toda la sesión de la hoja de trabajo: Factores de riesgo y protección".</p>
	Cierre	El profesional cerrará la sesión haciendo un resumen, enfocándose en los avances de los usuarios. Preguntará si tienen dudas o comentarios y se acordará la próxima sesión recordándoles el llenado de su ficha "Registro de progreso".

“Factores de riesgo y protección”

	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
FACTORES FAMILIARES	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de alcohol y drogas por parte de los padres. • Baja supervisión familiar. • Baja disciplina familiar. • Conflicto familiar. • Historia familiar de conducta antisocial. • Actitudes parentales favorables hacia la conducta antisocial. • Actitudes parentales favorables hacia el consumo de sustancias. • Bajas expectativas para el éxito. • Abuso físico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apego familiar. • Oportunidades para la implicación en la familia. • Creencias saludables y claros estándares de conducta. • Altas expectativas parentales. • Un sentido de confianza positivo. • Dinámica familiar positiva.
FACTORES COMUNITARIOS	<ul style="list-style-type: none"> • Carencia económica y social. • Desorganización comunitaria. • Cambios y movilidad de lugar. • Las creencias, normas y leyes de la comunidad favorables al consumo de sustancias. • La disponibilidad y accesibilidad a las drogas. • La baja percepción social de riesgo de cada sustancia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de apoyo externo positivo. • Oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad. • Descenso de la accesibilidad de la sustancia. • Normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes. • Redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad.
FACTORES DE LOS IGUALES	<ul style="list-style-type: none"> • Actitudes favorables de los compañeros hacia el consumo de drogas. • Compañeros consumidores. • Conducta antisocial o delincuencia temprana. • Rechazo por parte de los iguales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apego a los iguales no consumidores. • Asociación con iguales implicados en actividades organizadas por la escuela, recreativas, de ayuda, religiosas u otras. • Resistencia a la presión de los iguales, especialmente a las negativas. • No ser fácilmente influenciado por los iguales.

<p>FACTORES ACADÉMICOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo rendimiento académico. • Bajo apego a la escuela. • Tipo y tamaño de la escuela (grande). • Conducta antisocial en la escuela. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escuela de calidad. • Oportunidades para la implicación prosocial. • Refuerzos/reconocimiento para la implicación prosocial. • Creencias saludables y claros estándares de conducta. • Cuidado y apoyo de los profesores y del personal del centro. • Clima institucional positivo.
<p>FACTORES INDIVIDUALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Biológicos. • Psicológicos y conductuales. • Rasgos de personalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Religiosidad / Espiritualidad. • Creencia en el orden social. • Desarrollo de las habilidades sociales. • Creencia en la propia autoeficacia. • Habilidades para adaptarse a las circunstancias cambiantes. • Orientación social positiva. • Poseer aspiraciones de futuro. • Buen rendimiento académico e inteligencia. • Resiliencia.

ACTIVIDAD: Analiza los factores de riesgo y protección que detectas en tu caso.

Factores de Riesgo	Factores de Protección

SESIÓN 7: ¿Cómo hacer mi análisis FODA?

Objetivo	Identificar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas personales mediante el empleo de un esquema.	
Materiales	Hoja de trabajo: “¿Cómo hacer mi análisis FODA?”	
Duración	60 minutos	
Procedimiento	Bienvenida	El profesional recibe a los usuarios estableciendo el rapport necesario. Se da a conocer el nombre de la sesión y el objetivo de esta.
	Desarrollo	<p>Se da inicio a la sesión preguntando si alguna vez han escuchado hablar sobre el FODA y si tienen alguna idea de lo que significan esas siglas.</p> <p>El profesional explica qué es el FODA y cuál es el objetivo de esta herramienta.</p> <p>Da a conocer cada uno de los componentes del FODA, es decir, fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas. En todo momento orienta a los usuarios a diferenciar las variables internas y externas.</p> <p>En esta sesión, el profesional tendrá como soporte la hoja de trabajo ¿Cómo hacer mi análisis FODA?, tanto para la exposición del tema como para trabajar el esquema con los usuarios; para ello pedirá que cada uno identifique sus fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, llenando así el cuadro que se muestra.</p>
	Cierre	El profesional cerrará la sesión haciendo un resumen, enfocándose en los avances de los usuarios. Preguntará si tienen dudas o comentarios y se acordará la próxima sesión recordándoles el llenado de su ficha “Registro de progreso”.

“¿Cómo hacer mi análisis FODA?”

¿Qué es un análisis FODA?

El análisis FODA personal es una técnica que sirve para analizar las fortalezas y debilidades de una persona, identificando cuáles son además sus riesgos y oportunidades. El análisis FODA personal está íntimamente ligado al autoconocimiento integral y, por tanto, recoge tantos aspectos racionales como emocionales.

¿Cómo hacerlo?

Debemos analizar de manera individual 4 variables:

Por un lado, tenemos las variables internas, que se centran en el análisis de uno mismo:

- **Fortalezas:** ¿En qué destacamos? ¿Cuáles son nuestros puntos fuertes? ¿Qué hago mejor que los demás? ¿Qué actividades me resultan más gratificantes? ¿En qué tipo de ambiente rendimos mejor?
- **Debilidades:** ¿En qué fallamos más que los demás? ¿Qué actitudes o comportamientos nos impiden alcanzar nuestros objetivos?

Por otro, están las variables externas, centradas en el análisis de las amenazas y oportunidades del entorno:

- **Amenazas:** ¿Hay alguna variable externa que nos dificulte llegar a nuestros objetivos? ¿Qué competencia existe dentro de la empresa? ¿Qué riesgos existen para nosotros dado nuestro desempeño actual?
- **Oportunidades:** ¿Qué puertas se nos pueden abrir dadas nuestras fortalezas? ¿Con qué medios contamos para alcanzar nuestros objetivos? ¿Qué podemos aportar en un determinado ámbito o sector?

De esta manera, mediante un simple análisis de cuatro variables, podemos tener una visión global de nuestra situación actual.

Este cuadro nos ayuda a resumirlo:

Fortalezas	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none">• Capacidades• Actitudes• Aptitudes• Conocimientos	<ul style="list-style-type: none">• Trabajo• Situación económica, social, familiar• Apoyo de instituciones
Debilidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none">• Carencias• Actitudes negativas• Falta de control emocional	<ul style="list-style-type: none">• Crisis• Cambios• Ubicación geográfica desfavorable

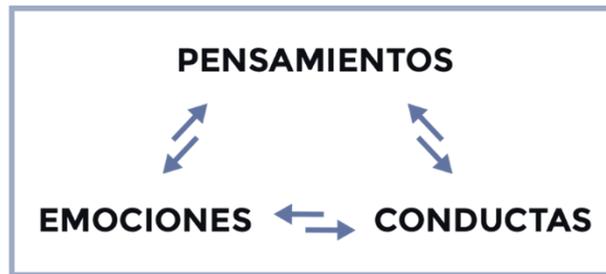
Actividad: Realiza tu análisis FODA personal

	Análisis interno	Análisis externo
Positivos	Fortalezas	Oportunidades
Negativos	Debilidades	Amenazas

SESIÓN 8: Pensamiento - Emoción - Conducta

Objetivo	Entender la conexión entre pensamientos, emociones y comportamientos e identificar aquellos relacionados con el consumo de sustancias.	
Materiales	Hoja de trabajo: "Pensamiento – Emoción - Conducta"	
Duración	60 minutos	
Procedimiento	Bienvenida	El profesional recibe a los usuarios estableciendo el rapport necesario. Se da a conocer el nombre de la sesión y el objetivo de esta.
	Desarrollo	<p>El profesional expone la relación entre emociones, pensamientos y conductas.</p> <p>Explica que no hay emociones buenas ni malas y que, si bien se enfatiza en el manejo de emociones desagradables, también hay emociones que se experimentan de manera positiva que pueden llevar al consumo. Se les pide que identifiquen que tipo de emociones positivas pueden llevarlos a recaer.</p> <p>Se anima al grupo a que expresen pensamientos asociados a las drogas y que mencionen qué estrategias usan para frenar estos pensamientos. Así también, se les pide que analicen y comenten cuáles son los comportamientos ligados al consumo y cómo pueden monitorear su conducta. El profesional se apoyará de la hoja de trabajo "Pensamiento - Emoción – Conducta" y pedirá a los usuarios responder a las preguntas de la hoja.</p>
	Cierre	El profesional cerrará la sesión haciendo un resumen, enfocándose en los avances de los usuarios. Preguntará si tienen dudas o comentarios y se acordará la próxima sesión recordándoles el llenado de su ficha "Registro de progreso".

“Pensamiento – Emoción- Conducta”



El uso frecuente de drogas modifica la forma en que las personas piensan, sienten y actúan.

Pensamientos

Son procesos mentales voluntarios o involuntarios, que se traducen en la capacidad que tienen las personas de formar ideas y representaciones de la realidad en su mente. Es muy importante aprender a modificarlos cuando estos pensamientos nos ponen en riesgo de consumir sustancias, aunque son difíciles de reconocer en un inicio con la práctica se hace casi instantáneo.

¿Qué imágenes mentales utilizas para frenar los pensamientos de consumo?

Emociones /Sentimientos

Una emoción es un estado psicológico complejo que implica tres componentes distintos: una experiencia subjetiva, una respuesta fisiológica, y una respuesta conductual o expresiva. Existen seis emociones básicas: felicidad, tristeza, asco, miedo, sorpresa e ira. No hay emociones buenas ni malas, sin embargo, es importante que sepas reconocer qué emoción estás experimentando. Las drogas actúan en forma química, comprometen el sistema límbico, que es la estructura cerebral en la que reside la vida emocional, por ello el consumo de estas sustancias afectan directamente el ámbito de las emociones. A lo largo de tu proceso de rehabilitación probablemente experimentes que estas emociones se mezclan o se experimentan de forma dramática y si bien no puedes elegir tus emociones, puedes decidir qué hacer con ellas. Generalmente las emociones positivas se consideran buenas, pero ¿Qué emociones positivas pueden llevar al consumo de sustancias?

Comportamientos /conductas

Los comportamientos son todas aquellas reacciones que tienes en relación con el medio en el que te encuentras. Pueden venir seguidos de una emoción, un pensamiento o por la combinación de ambos. Las drogas modifican la estructura y funcionamiento del cerebro, estos cambios pueden ser de larga duración y conducir a comportamientos compulsivos y destructivos ya que, con el consumo continuo, la capacidad de una persona para ejercer el autocontrol puede verse seriamente afectada, este deterioro en el autocontrol es el sello distintivo de la adicción.

Todas las cosas que haces para consumir, ocultar el consumo o bajo los efectos de la droga, son comportamientos adictivos; por lo general estos son contrarios a lo que harías si estuvieras sobrio. Si bien estos comportamientos parecen darse de forma automática, tú puedes tener el control y avanzar en tu recuperación.

Es importante que puedas identificar los comportamientos que han estado relacionados a tu consumo, por ello, en el cuadro que se muestra a continuación encerrarás todos aquellos comportamientos que has ligado a tu consumo de sustancias psicoactivas.

Descuidar la imagen personal	Robar
Alejarse de la familia	Cambio en los patrones de sueño/descanso
Pérdida de interés en las aficiones	Mentir
Actuar compulsivamente	Faltar a los grupos de reinserción
Responder de manera evasiva	Ser irresponsable
Transgredir normas	Planificar el consumo de sustancias
Consumir alcohol u otras sustancias psicoactivas	Ser impulsivo

¿Qué harías para evitar volver al consumo de sustancias si reconoces que estás cayendo en alguna de las conductas adictivas?

SESIÓN 9: Entrenamiento en relajación

Objetivo	Entender qué es la relajación y los beneficios de relajarse. Aprender la técnica de respiración cuadrada y la técnica de relajación progresiva de Jacobson.	
Materiales	Folleto: "Entrenamiento en relajación"	
Duración	70 minutos	
Procedimiento	Bienvenida	El profesional recibe a los usuarios estableciendo el rapport necesario. Se da a conocer el nombre de la sesión y el objetivo de esta.
	Desarrollo	<p>El profesional inicia pidiendo al grupo que dejen sus cosas de lado y se pongan de pie, luego realiza con ellos un pequeño ejercicio de respiración. Hecho esto, les indica que tomen asiento y pregunta sobre cómo se han sentido al realizar el ejercicio.</p> <p>Se refuerzan las respuestas de los participantes con la exposición del tema, para ello se hará uso del folleto "Entrenamiento en relajación"; se explica qué es la relajación, las consecuencias de no relajarse, los beneficios de emplear técnicas de relación, cuándo se recomienda utilizarlas, las aplicaciones clínicas que tienen y cómo pueden hacer para practicarlas.</p> <p>El profesional enseñará al grupo la técnica de respiración cuadrada o 4x4 y la técnica de relajación progresiva de Jacobson, cerciorándose de que las realicen de manera correcta.</p>
	Cierre	El profesional cerrará la sesión haciendo un resumen, enfocándose en los avances de los usuarios. Preguntará si tienen dudas o comentarios y se acordará la próxima sesión recordándoles el llenado de su ficha "Registro de progreso".

“Entrenamiento en relajación”

La relajación es una técnica psicológica que es ampliamente utilizada para reducir el estrés y fomentar estados de bienestar.

Con la relajación logramos un estado de distensión muscular y psíquica. Durante este estado nos mantenemos conscientes, pero, aun así, nos liberamos de las tensiones que se han ido acumulando a lo largo del tiempo.

Consecuencias de no relajarse

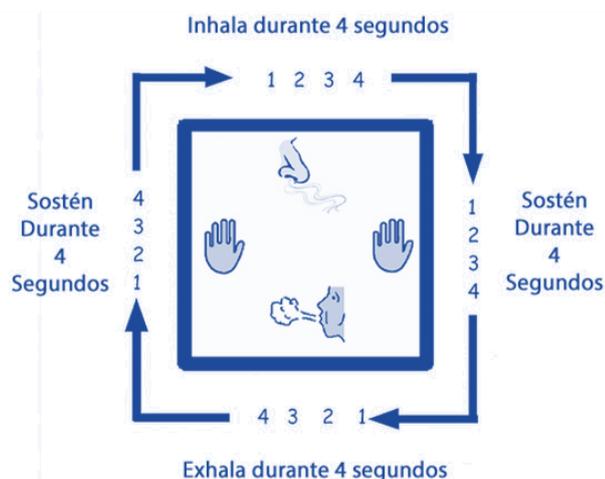
- **Consecuencias psicológicas:** alteración de la memoria, fuga de ideas, ansiedad, irritabilidad, cansancio, depresión, cambios de humor repentinos, insomnio, crisis de angustia, sensación de agobio e insatisfacción
- **Consecuencias conductuales:** dificultades para tomar decisiones, disminución de la productividad, problemas para concentrarse, roces en las relaciones interpersonales, alteraciones del sueño, pérdida de intereses, tics y abuso de sustancias.
- **Consecuencias fisiológicas:** dolor de cabeza y/o de espalda, presión sanguínea alta, trastornos gastrointestinales, aumento o disminución del peso corporal y pérdida del deseo sexual.

La dificultad para relajarse no afecta a todos por igual, hay quienes experimentarán los síntomas del estrés primero mientras otros no verán las señales hasta que no hayan pasado los años, pero normalmente estas terminan manifestándose con gran violencia.

Beneficios de Relajarse

- Alivia la tensión muscular.
- Disminuye la frecuencia cardíaca y reduce la presión arterial.
- Mejora el control sobre la respiración.
- Propicia un estado de calma y serenidad.
- Disminuye los niveles de estrés y ansiedad.

Respiración cuadrada



Relajación Muscular Progresiva de Jacobson

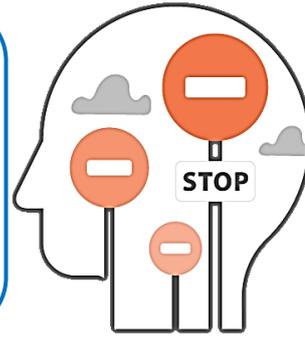
1. **Manos**. Apretar los puños, se tensan y destensan. Los dedos se extienden y se relajan después.
2. **Bíceps y tríceps**. Los bíceps se tensan (al tensar los bíceps nos aseguramos que no tensamos las manos para ello agitamos las manos antes después relajamos dejándolos reposar en los apoyabrazos. Los tríceps se tensan doblando los brazos en la dirección contraria a la habitual, después se relajan.
3. **Hombros**. Tirar de ellos hacia atrás (ser cuidadoso con esto) y relajarlos.
4. **Cuello (lateral)**. Con los hombros rectos y relajados, doblar la cabeza lentamente a la derecha hasta donde se pueda, después relajar. Hacer lo mismo a la izquierda.
5. **Cuello (hacia adelante)**. Llevar el mentón hacia el pecho, después relajarlo. (Llevar la cabeza hacia atrás no está recomendado).
6. **Boca (extender y retraer)**. Con la boca abierta, extender la lengua tanto como se pueda y relajar dejándola reposar en la parte de abajo de la boca. Llevar la lengua hasta tan atrás como se pueda en la garganta y relajar.
7. **Boca (apertura)**. Abre la boca cuanto sea posible; cuidado en este punto para no bloquear la mandíbula y relajar.
8. **Lengua (paladar y base)**. Apretar la lengua contra el paladar y después relajar. Apretarla contra la base de la boca y relajar.
9. **Ojos**. Abrirlos tanto como sea posible y relajar. Estar seguros de que quedan completamente relajados, los ojos, la frente y la nariz después de cada tensión.
10. **Respiración**. Respira tan profundamente como sea posible; y entonces toma un poquito más; espira y respira normalmente durante 15 segundos. Después espira echando todo el aire que sea posible; entonces espira un poco más; respira y espira normalmente durante 15 segundos.
11. **Espalda**. Con los hombros apoyados en el respaldo de la silla, tirar tu cuerpo hacia adelante de manera que la espalda quede arqueada; relajar. Ser cuidadoso con esto.
12. **Glúteos**. Tensa y eleva la pelvis fuera de la silla; relajar. Aprieta las nalgas contra la silla; relajar.
13. **Muslos**. Extender las piernas y elevarlas 10 cm. No tenses el estómago; relajar. Apretar los pies en el suelo; relajar.
14. **Estómago**. Tirar de él hacia dentro tanto como sea posible; relajar completamente. Tirar del estómago hacia afuera; relajar.
15. **Pies**. Apretar los dedos (sin elevar las piernas); relajar. Apuntar con los dedos hacia arriba tanto como sea posible; relajar.
16. **Dedos**. Con las piernas relajadas, apretar los dedos contra el suelo; relajar. Arquear los dedos hacia arriba tanto como sea posible; relajar.

SESIÓN 10: Bloqueo de pensamientos

Objetivo	Aprender una técnica útil para detener pensamientos asociados al consumo de drogas.	
Materiales	Folleto: "Bloqueo de pensamientos"	
Duración	60 minutos	
Procedimiento	Bienvenida	El profesional recibe a los usuarios estableciendo el rapport necesario. Se da a conocer el nombre de la sesión y el objetivo de esta.
	Desarrollo	<p>Se pregunta al grupo qué entienden por bloqueo de pensamientos, se genera una lluvia de ideas y el profesional toma las más resaltantes para explicar la definición de esta técnica. Se empleará como apoyo el folleto "Bloqueo de pensamientos". Se discuten de forma grupal los pensamientos relacionados al consumo. Una vez identificados, se pide que cada uno cierre los ojos e inicien verbalizando algunos de estos pensamientos, mientras los usuarios hacen esto, el terapeuta interrumpe diciendo "¡Alto!".</p> <p>Después de esto, se analiza cómo se detuvieron aquellos pensamientos. Se repite el ejercicio varias veces de forma individual con algunos voluntarios del grupo; el propósito de repetir la técnica durante la sesión es que el usuario aprenda a detener estos pensamientos negativos gritando "¡Alto!" por sí mismo cuando estos se presenten.</p>
	Cierre	El profesional cerrará la sesión haciendo un resumen, enfocándose en los avances de los usuarios. Preguntará si tienen dudas o comentarios y se acordará la próxima sesión recordándoles el llenado de su ficha "Registro de progreso".

“Bloqueo de pensamientos”

También llamada parada de pensamiento. Consiste en la interrupción y modificación, por medio de la sustitución, de los pensamientos asociados al craving.



Es decir, “el paciente se entrena para que excluya, incluso antes de su formulación, cualquier pensamiento indeseable o improductivo.”

Esto conduce a la reducción de la cadena de pensamientos que se acompañan de emociones negativas, por lo tanto “las emociones negativas quedan cortadas antes de que puedan surgir”.

¿Cómo se aplica?

Se procede a discutir los pensamientos relacionados con el craving que son necesarios eliminar.

Posterior a esto, el paciente cierra los ojos e inicia verbalizando una secuencia de pensamientos negativos asociados al craving como, por ejemplo: "Me siento horrible, me voy a morir si no uso droga, etc." Mientras el paciente procede, el terapeuta interrumpe diciendo ¡Alto!

Después de esto se analiza cómo se detuvieron aquellos pensamientos, el paciente tendrá que repetir el ejercicio varias veces. Estos ejercicios se repiten con el propósito de que el paciente aprenda a detener estos pensamientos negativos gritando "¡Alto!" por sí mismo cuando estos se presenten.

Puede ser que resulte difícil gritar ¡Alto! si los pensamientos se presentan en un lugar público como un restaurante, una sala de cine u otro lugar de alta concurrencia social, que puede resultar embarazoso.

Para esto, en los lugares que se considere pertinentes no se realiza la verbalización "¡Alto!", pero se puede pensarlo de manera firme y decidida, de modo que se esté consciente de la manera en la que detuvo el pensamiento.

Al terminar el bloqueo del pensamiento, existe la adición de sustitución posterior del pensamiento negativo por uno incompatible o distractorio.

Por ejemplo, en vez de “me voy a morir si no uso drogas”, se sustituye por “estoy bien” o cualquier otro pensamiento positivo y útil.

SESIÓN 11: Cambiando mi enfoque atencional

Objetivo	Aprender técnicas sencillas de distracción para generar un cambio de enfoque ante pensamientos y emociones relacionados al deseo de consumo.	
Materiales	Folleto: "Cambiando mi enfoque atencional"	
Duración	60 minutos	
Procedimiento	Bienvenida	El profesional recibe a los usuarios estableciendo el rapport necesario. Se da a conocer el nombre de la sesión y el objetivo de esta.
	Desarrollo	<p>Se introduce el tema explicando qué son las técnicas de distracción y cómo estas pueden ayudar a disminuir los deseos de consumo.</p> <p>El profesional expone las técnicas de distracción con ayuda del folleto "Cambiando mi enfoque atencional".</p> <p>Una vez comprendidas las técnicas por parte del grupo, se ponen en práctica de modo que los usuarios puedan reproducirlas de manera efectiva, es decir, que logren cambiar su enfoque atencional de interno a externo.</p> <p>Se recalca que estas distracciones se pueden combinar y complementar según las particularidades de cada uno. Así mismo, es importante que evalúen la necesidad de combinar una estrategia de distracción con un ejercicio de relajación para reducir la ansiedad en determinados casos.</p>
	Cierre	El profesional cerrará la sesión haciendo un resumen, enfocándose en los avances de los usuarios. Preguntará si tienen dudas o comentarios y se acordará la próxima sesión recordándoles el llenado de su ficha "Registro de progreso".

“Cambiando mi enfoque atencional”

Las técnicas de distracción son técnicas sencillas que tienen como objetivo “distraer” al sujeto ante pensamientos y sentimientos relacionados con el craving. Es decir, que “cambien su enfoque atencional de interno a externo, para que disminuyan sus deseos”.



Las distracciones, que habitualmente valoramos como algo negativo en la vida cotidiana, surgen de la capacidad que tenemos de cambiar un foco de atención por otro, en principio, de manera involuntaria. La técnica de la distracción cognitiva pretende que de manera voluntaria seamos capaces de romper con el pensamiento que nos crea ansiedad y/o deseos de consumir.

La distracción puede consistir en:

- **Externalización simple:** Nos referimos a distraernos, intentando describir con precisión y detalle algún estímulo del sitio donde nos encontremos, es decir agudizar nuestros sentidos sobre algún objeto o situación que nos rodee. Por ejemplo, observar minuciosamente el paisaje, sentir la textura de nuestra ropa, intentar oír el ruido de la calle. Preferiblemente deben ser estímulos complejos para que sature nuestra atención lo máximo posible.
- **Ejercicios mentales:** Comenzar alguna actividad mental que requiera una importante carga atencional, la suficiente para no estar centrados en las sensaciones aversivas. Por ejemplo, contar hacia atrás de 100 a 0 de tres en tres, recordar la letra de alguna canción, comenzar a programar algún acontecimiento futuro, etc.
- **Actividades absorbentes:** Realizar alguna actividad entretenida, algo que sea del gusto habitual de la persona. Por ejemplo, leer un libro, practicar su hobby favorito, etc.

En general estas distracciones se pueden combinar y complementar según las particularidades del paciente y de su craving. Así mismo, es importante evaluar la necesidad de combinar una estrategia de distracción con un ejercicio de relajación para reducir la ansiedad en casos necesarios.

SESIÓN 12: Usando la imaginación a mi favor

Objetivo	Aprender técnicas de imaginación que permitan al usuario modificar sus pensamientos.	
Materiales	Folleto: "Usando la imaginación a mi favor"	
Duración	60 minutos	
Procedimiento	Bienvenida	El profesional recibe a los usuarios estableciendo el rapport necesario. Se da a conocer el nombre de la sesión y el objetivo de esta.
	Desarrollo	<p>Con ayuda del folleto "Usando la imaginación a mi favor", el profesional explica en qué consisten las técnicas de imaginación y cómo estas pueden aumentar las probabilidades de éxito en diversos aspectos de su tratamiento, ayudando también a evitar el regreso al consumo de drogas.</p> <p>El profesional expone las técnicas de imaginación más utilizadas una a una (reenfoque con imaginación, sustitución por imagen negativa, sustitución por imagen positiva y dominio mediante imaginación), a la vez que muestra de manera práctica como realizarlas de manera correcta para que sean efectivas. Para ello solicitará la participación dinámica de los participantes.</p> <p>Se resalta que estas técnicas pueden ser empleadas como método para cambiar las creencias relacionadas con las drogas y los pensamientos automáticos.</p>
	Cierre	El profesional cerrará la sesión haciendo un resumen, enfocándose en los avances de los usuarios. Preguntará si tienen dudas o comentarios y se acordará la próxima sesión recordándoles el llenado de su ficha "Registro de progreso".

“Usando la imaginación a mi favor”

Las técnicas de imaginación son técnicas con las cuales el paciente puede modificar sus pensamientos. Estas técnicas pueden combinarse efectivamente con otras para incrementar las probabilidades de éxito en otros aspectos del tratamiento.



Son útiles como método para cambiar las creencias relacionadas con las drogas y los pensamientos automáticos, o bien distrayéndolos de los craving y urgencias. Dentro de este tipo de técnicas, las más utilizadas son:

- a) **Reenfoque con imaginación:** Esta técnica sirve como complemento de la técnica de detención de pensamiento. Cuando el paciente empieza a presentar pensamientos negativos referentes al craving y dice "¡Alto!", puede imaginar una señal de alto (como las que uno encontraría en la calle), un semáforo en rojo o cualquier imagen que para él represente la acción de "¡Alto!", de modo que acentúa la detención. Después puede optar por emplear una de las técnicas de distracción (como, por ejemplo, centrar la atención en el ambiente o recitar un poema) de modo que pase el craving.
- b) **Sustitución por imagen negativa:** Consiste en traer a la mente una imagen negativa acerca de las consecuencias desfavorables de consumir drogas cuando aparecen los pensamientos que conllevan al craving. De tal forma que las imágenes “positivas” acerca de la droga (por ejemplo, recordar la última vez que consumió) sea sustituida por una imagen acerca de las consecuencias negativas que tiene el último (como el recuerdo de una hospitalización debida al consumo o los dolores físicos de la abstinencia) para evitar la conducta de uso.
- c) **Remplazo por imágenes positivas:** Se refiere a la sustitución de imágenes negativas referentes al consumo de drogas relacionadas con las creencias irracionales como las predicciones negativas (por ejemplo, creer que el uso de drogas ha arruinado su vida para siempre y terminará viviendo en la calle), misma que se puede sustituir por una imagen positiva estando en recuperación o por una “tarjeta flash”, que describa una situación positiva. Todo esto con el objetivo de disminuir las emociones negativas y consecuentemente, el craving.
- d) **Dominio mediante la imaginación:** Esto implica la repetición y la gestación de una autoimagen poderosa y fuerte, para poder superar los cravings en su imaginación para poderla proyectarla hacia la realidad posteriormente. Puede utilizarse la metáfora para obtener poder ante el craving (por ejemplo, el paciente puede imaginar que él es un beisbolista y que el craving es la pelota que él batea y se va lejos).

SESIÓN 13: Discusión de ideas irracionales

Objetivo	Confrontar de manera efectiva y directa las creencias irracionales que interfieren con el proceso de recuperación.	
Materiales	Folleto: "Discusión de ideas irracionales"	
Duración	60 minutos	
Procedimiento	Bienvenida	El profesional recibe a los usuarios estableciendo el rapport necesario. Se da a conocer el nombre de la sesión y el objetivo de esta.
	Desarrollo	<p>Se inicia la sesión preguntando al grupo acerca de qué entienden por ideas irracionales, se les cede la palabra para que expresen sus comentarios.</p> <p>Luego, el profesional toma las ideas principales y las complementa con las del folleto "Discusión de ideas irracionales" para definir qué son y exponer las distorsiones cognoscitivas que suelen presentarse con más frecuencia (extrapolar, adivinar el pensamiento de otros, predicciones negativas, exacerbar lo negativo, descalificación ante lo positivo, minimización de lo positivo y amplificación de lo negativo, sentimiento de estafa y perfeccionismo).</p> <p>Explica cómo combatir las ideas irracionales mediante la confrontación y discusión de las mismas, y también, como adoptar una nueva forma de pensamiento (racional).</p> <p>Solicita la práctica de esta técnica por parte de algunos integrantes del grupo.</p>
	Cierre	El profesional cerrará la sesión haciendo un resumen, enfocándose en los avances de los usuarios. Preguntará si tienen dudas o comentarios y se acordará la próxima sesión recordándoles el llenado de su ficha "Registro de progreso".

“Discusión de ideas irracionales”

Técnica donde se tratan de discutir de manera activa y directa todas las creencias irracionales que llevan a los pacientes a perturbarse a sí mismos por su adicción”.



Es una estrategia cognoscitiva que debate las distorsiones cognoscitivas del paciente, que se pueden resumir en:

- Extrapolar (por ejemplo: “o todo o nada”, “no debo sentir nada de craving porque si no significa que soy un perdedor”).
- “Adivinar” el pensamiento de otros (por ejemplo: “como caí en las drogas, todos piensan que soy un tonto”, “ese señor que está ahí me está viendo porque sabe que yo usaba drogas”).
- Predicciones negativas (por ejemplo: “nunca voy a cambiar”, “siempre voy a estar sintiéndome mal si no uso la droga”, “me voy a encontrar en la calle a todos mis amigos que usan droga y voy a recaer”).
- Exacerbar lo negativo (por ejemplo: “todo me sale mal, no hay nada bueno en mi vida”, “¡me siento horrible, si no uso la droga, me voy a morir!”).
- Negligencia y descalificación ante lo positivo (por ejemplo: “si me felicitó, fue por puro compromiso, el ha de pensar que voy a volver a usar droga”).
- Minimización de lo positivo y amplificación de lo negativo (por ejemplo: “que haya dejado la droga es bueno, pero lo que hice es imperdonable e inolvidable”).
- Sentimiento de estafa y perfeccionismo (por ejemplo: “debí haber controlado mi último craving, y como no lo hice, he decepcionado a todos, soy un fraude”).

Para combatir las ideas irracionales se debe confrontar y discutir las mismas. Por ejemplo, menciona que: “se siente horrible y parece que va a morir si o cosume”. Sin duda es molesto e indeseable el sentir el craving pero, ¿en realidad se va usted a morir por no tomar un trago en esa fiesta, sufre usted de alguna enfermedad extraña en la cual al no ingerir alcohol usted de repente cae súbitamente al suelo y deja de vivir?

De esta manera el paciente comprende la irracionalidad de sus creencias y cómo ha aprendido a percibir las cosas de una manera inapropiada lo cual le ha generado emociones que no puede controlar. Por lo tanto, es necesario que adopte una nueva forma de pensamiento, el cual será eminentemente racional.

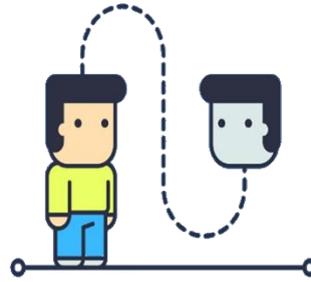
“El pensamiento racional presenta un contraste acentuado respecto a su ilógico opuesto: Esta basado en la realidad, contribuye a alcanzar nuestras metas y propósitos, crea emociones que podemos controlar; y nos ayuda a comportarnos de la manera que nos facilita nuestras aspiraciones y supervivencia”.

SESIÓN 14: De mí para mí

Objetivo	Aprender el uso de las autoinstrucciones y autoafirmaciones como apoyo para la modificación de las propias conductas.	
Materiales	Folleto: "De mí para mí"	
Duración	60 minutos	
Procedimiento	Bienvenida	El profesional recibe a los usuarios estableciendo el rapport necesario. Se da a conocer el nombre de la sesión y el objetivo de esta.
	Desarrollo	<p>Apoyándose del folleto "De mí para mí", el profesional expone la definición de autoinstrucciones y autoafirmaciones, sus características y la importancia de entrenarse en estas para que ellos mismos puedan hacerse sugerencias y comentarios específicos que guíen su propia conducta de modo parecido a ser instruidos por alguien más.</p> <p>Se procede a plantear algunos ejemplos específicos para el caso de adicciones y se solicita a los participantes que formulen frases que podrían decirse a sí mismos para modular conductas que calificarían de riesgosas.</p> <p>Así también, se entregan a los usuarios tarjetas en blanco para que ellos puedan escribir las frases que consideran les serán de ayuda, se les explica que estas son tarjetas flash que pueden llevar consigo a todos lados y leerlas en situaciones que presenten deseos de consumo.</p>
	Cierre	El profesional cerrará la sesión haciendo un resumen, enfocándose en los avances de los usuarios. Preguntará si tienen dudas o comentarios y se acordará la próxima sesión recordándoles el llenado de su ficha "Registro de progreso".

“De mí para mí”

Las autoinstrucciones y autoafirmaciones se refieren a la verbalización de palabras que sugieren al paciente qué es lo que debe hacer o sentir, realizadas por el mismo sujeto.



El entrenamiento en autoinstrucción se ha utilizado como una técnica de modificación conductual, pues con ella se entrena a los individuos para que hagan sugerencias y comentarios específicos que guíen su propia conducta de modo parecido a ser instruidos por alguien más.

Características:

- Frases cortas.
- Que te implique tarea.
- Personalizadas según tu vocabulario y forma de expresarte.
- Enunciadas en positivo y desde un marco realista.

Por ejemplo:

- “Me siento bien, el craving va a pasar”
- “No necesito drogas para ser feliz”
- “¡Vas bien!”

En este sentido, también se pueden utilizar las tarjetas flash, las cuales son frases de afrontamiento del craving escritas en tarjetas de cartulina de un tamaño tal que el individuo pueda cargar con ellas a donde vaya.

Como ejemplo, éstas son algunas de las frases que se pueden escribir en las tarjetas flash:

1. Te sientes más sano cuando no consumes drogas.
2. Las cosas van muy bien con la familia ¡sigue así!
3. Tienes buen aspecto físico ¡sigue adelante!
4. Es una situación de riesgo ¡Vete de aquí inmediatamente!

SESIÓN 15: Control y programación de actividades

Objetivo	Aprender una técnica que se puede utilizar para cambiar los hábitos de los usuarios en función de sus actividades.	
Materiales	Hoja de trabajo: "Control y programación de actividades"	
Duración	60 minutos	
Procedimiento	Bienvenida	El profesional recibe a los usuarios estableciendo el rapport necesario. Se da a conocer el nombre de la sesión y el objetivo de esta.
	Desarrollo	<p>El profesional dará a conocer a los usuarios en qué consiste esta técnica, resaltando que su objetivo es modificar los hábitos que tienen en función de sus actividades, que por lo general han girado alrededor del uso de drogas.</p> <p>Haciendo uso de la hoja de trabajo "Control y programación de actividades", se pide a los usuarios que mencionen las diferentes actividades que realizaban cuando estaban en consumo activo y que analicen cómo estas fueron ocupando mayor espacio que aquellas que eran más saludables. Posteriormente, se les solicita que realicen un registro de las actividades que fueron o que son de disfrute para ellos de modo que puedan ser de ayuda para programar sus actividades por sí mismos.</p> <p>El profesional dará pautas que deben seguir para desarrollar nuevas actividades positivas que favorezcan su rehabilitación.</p>
	Cierre	El profesional cerrará la sesión haciendo un resumen, enfocándose en los avances de los usuarios. Preguntará si tienen dudas o comentarios y se acordará la próxima sesión recordándoles el llenado de su ficha "Registro de progreso".

“Control y programación de actividades”

Es una técnica que tiene como objetivo modificar los hábitos del paciente en función de sus actividades, que por lo general giran respecto al uso de drogas.



Cuando los pacientes se están recuperando deben enfrentarse con mucho tiempo libre en sus manos. Por ello, es importante que las actividades previas a la abstinencia "relevantes al uso de droga" sean sustituidas por nuevas actividades positivas para el paciente.

En tu caso, ¿qué acciones estuvieron relacionadas a tu consumo de drogas?

¿Qué actividades fueron o son de disfrute para ti y no están relacionadas al consumo?

Para la programación de tus actividades también puedes tomar en cuenta lo siguiente:

- Asegúrate de llevar una dieta saludable.
- Mantén un horario que te permita dormir lo suficiente.
- Establece una rutina regular de ejercicio: caminar, yoga, ir al gimnasio.
- Procura ocuparte con actividades productivas: leer, limpiar, estudiar.
- Adquiere nuevos pasatiempos positivos: pintar, hacer ejercicios.
- Mantente activo en tus redes de apoyo: grupos de reinserción, iglesias.
- Organiza actividades en familia: karaoke, charadas, juegos de mesa.
- Busca un empleo o haga trabajo voluntario.
- Ahorra dinero para obtener algo que realmente necesites.

SESIÓN 16: Estableciendo redes de apoyo

Objetivo	Entender la importancia de establecer vínculos con personas capaces de aportar apoyo real y duradero como estrategia para evitar recaídas.	
Materiales	Hoja de trabajo: "Estableciendo redes de apoyo"	
Duración	60 minutos	
Procedimiento	Bienvenida	El profesional recibe a los usuarios estableciendo el rapport necesario. Se da a conocer el nombre de la sesión y el objetivo de esta.
	Desarrollo	Tomando como herramienta la hoja de trabajo "Estableciendo redes de apoyo", se le explica al grupo a qué hace referencia y los niveles que existen (primarias y secundarias). El profesional pide que analicen a quienes pueden incluir en sus redes de apoyo, enfatizando en la importancia de hacer una evaluación de cómo está constituida y de cuáles son los atributos que posee dicha red para que sea más efectivo el beneficio que necesitan obtener de ella. Luego, harán una lista mencionando a quienes pueden considerar dentro de esta nueva red. Se les solicita a los usuarios que desarrollen las otras actividades presentes en la hoja de trabajo.
	Cierre	El profesional cerrará la sesión haciendo un resumen, enfocándose en los avances de los usuarios. Preguntará si tienen dudas o comentarios y se acordará la próxima sesión recordándoles el llenado de su ficha "Registro de progreso".

“Estableciendo redes de apoyo”

Cuando hablamos de redes de apoyo nos referimos a una red social definida como “el grupo de personas, miembros de la familia, vecinos, amigos y otras personas capaces de aportar una ayuda y apoyo real y duradero a un individuo o familia”.



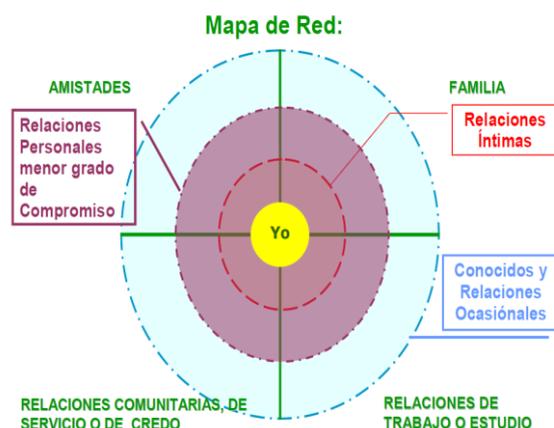
Cuando los pacientes se están recuperando deben enfrentarse con mucho tiempo libre en sus manos. Por ello, es importante que las actividades previas a la abstinencia "relevantes al uso de droga" sean sustituidas por nuevas actividades positivas para el paciente.

Las redes sociales pueden dividirse en dos niveles:

1. Primaria: Constituida por parientes; personas cercanas como amigos (grupo de pares), novia (o), esposa(o), vecinos, conocidos que de alguna manera son significativos para él. Este rubro puede incluir a los integrantes del grupo de Prevención de Recaídas.

2. Secundaria: Puede ser una institución que integran personas que sin tener relación o vínculo con los usuarios, participan proporcionando algún tipo de apoyo directo, como es la escuela (directivos, profesores y padres de familia), centros de salud, casas de cultura, centros deportivos, centros de capacitación laboral, asociaciones, grupos recreativos y de autoayuda, religiosos, entre otros tantos que existen en la comunidad (sacerdote, entrenador, etc.).

Es importante hacer una evaluación de cómo está constituida y de cuáles son los atributos que posee dicha red para que sea más efectivo el beneficio que necesitamos obtener de ella.



Manteniéndose ocupado

Cuando el consumo se torna severo, el adicto comienza a apartarse de los demás; estar con personas que no comparten su interés por las sustancias, le resulta incómodo y fastidioso. Sin embargo, el reto es encontrar maneras para que la sobriedad resulte divertida e interesante. Para ello, es necesario no sólo alejarse de las sustancias y de las personas que las consumen, sino establecer un estilo de vida más saludable y funcional.

Cuando los pacientes se están recuperando deben enfrentarse con mucho tiempo libre en sus manos. Por ello, es importante que las actividades previas a la abstinencia "relevantes al uso de droga" sean sustituidas por nuevas actividades positivas para el paciente.

Responder:

¿El tiempo libre ha sido alguna vez un estimulante que te ha llevado al consumo de drogas?

¿En tu tiempo libre, que actividades realizas?

¿Cómo prevendrías una recaída si existe en tu rutina mucho tiempo libre?

¿Has planeado establecer nuevas actividades y amistades en tu vida?

¿A quiénes considerarías dentro de tu nueva red de apoyo?

SESIÓN 17: Proyecto de vida I

Objetivo	Conocer en qué consiste un proyecto de vida, realizar evaluación de logros y fracasos, y plantear objetivos realistas.	
Materiales	Hoja de trabajo: "Proyecto de vida I"	
Duración	60 minutos	
Procedimiento	Bienvenida	El profesional recibe a los usuarios estableciendo el rapport necesario. Se da a conocer el nombre de la sesión y el objetivo de esta.
	Desarrollo	<p>Se introduce el tema explicando a los usuarios qué es un proyecto de vida y qué implica su elaboración.</p> <p>El profesional pide al grupo que analicen y compartan sus opiniones sobre algunas ideas erróneas acerca de la vida y el éxito. Una vez hecho esto, se les recuerda que cada persona construye su futuro y su destino mediante objetivos claros, esfuerzo y perseverancia.</p> <p>Haciendo uso de la hoja de trabajo "Proyecto de vida I", se les indica a los participantes que completen los cuadros: factores positivos que ayudaron a conseguir logros y factores negativos que contribuyeron al fracaso.</p> <p>A continuación, y con la finalidad de iniciar el establecimiento de objetivos realistas, se les pide desarrollar los cuadros: Conócete a ti mismo, formulando nuestros posibles objetivos y formulación de objetivos personales.</p>
	Cierre	El profesional cerrará la sesión haciendo un resumen, enfocándose en los avances de los usuarios. Preguntará si tienen dudas o comentarios y se acordará la próxima sesión recordándoles el llenado de su ficha "Registro de progreso".

“Proyecto de vida I”

El proyecto de vida supone la interrelación de aspectos físicos, emocionales, intelectuales, sociales y espirituales del individuo. Su construcción y desarrollo tiene como fin lograr que la persona sea capaz de actuar independientemente sobre objetivos y decisiones conscientes, favoreciendo su autonomía.



Cuando una persona traza un proyecto, lo hace para llevarlo a la práctica. Para ello, es necesario tenerlo siempre presente, y, de cuando en cuando, contrastar la realidad con el proyecto para ir corrigiendo, encauzando la propia vida o mejorar el proyecto en aquello que se vaya quedando pequeño.

Es importante que establezcas tiempos fijos para revisar tu vida. También sería bueno que, ocasionalmente, hables personalmente con tus consejeros o terapeutas para que ellos te ayuden a discernir muchas cosas que a ti sólo te resultarán difíciles. No olvides que una persona no puede ser al mismo tiempo juez y parte. No tengas miedo de pedir ayuda y consejo.

Plan de vida

Una forma de planificar nuestra vida, es mediante el planeamiento estratégico adaptado a los requerimientos de los objetivos personales. Ahora, conocerás una forma sencilla de elaborarlo.

Nuestros Logros y fracasos

Evalúa tu vida, desde tu nacimiento hasta la actualidad y escribe una lista de 5 logros que te hayan hecho sentir satisfecho contigo mismo. En los cuales tu desempeño haya sido favorable y del cual te has sentido orgulloso. Puede ser una acción realizada en el colegio, en el trabajo, con tus amigos, o cualquier otra esfera de tu vida.

Factores positivos que ayudaron a conseguir logros

Logros	Características de personalidad	Personas que te apoyaron

Determina las características de tu personalidad o formas de ser, que consideres ocasionaron e influyeron para que dichas acciones hayan tenido el resultado negativo señalado. Por ejemplo: Impaciencia, irresponsabilidad, malas compañías, falta de dedicación, etc. Seguidamente, ubica personas que influyeron para obtener esos resultados.

Factores negativos que contribuyeron al fracaso

Logros	Características de personalidad	Personas que te apoyaron

Planteamiento de objetivos realistas

Responde las preguntas del cuadro.

Conócete a ti mismo

Preguntas	Respuestas
¿Quién soy?	
¿Qué hago por la vida?	
¿Estoy satisfecho con mi vida? ¿por qué?	
¿Qué me gustaría ser?	
¿Qué me gustaría hacer?	

El siguiente ejercicio te permitirá tener en mente lo que deseas como posibles metas y te servirá como insumo para la elaboración de tu plan de vida personal.

Formulando nuestros posibles objetivos

Dimensiones	Preguntas	Respuestas
Familiar	¿Cómo te gustaría que sean sus hijos, padres o familiares?	
Marital	¿Qué tipo de comportamientos te gustaría de tu esposa?	
Laboral	¿Qué te gustaría o te molestaría en cuanto a las oportunidades laborales para ti?	
Económico	¿Qué te gustaría lograr en el aspecto económico?	
Comunidad	¿Cómo te gustaría que opinen o te traten en tu barrio?	

Partiendo de las respuestas obtenidas en la tabla: "Formulando nuestros posibles objetivos", formula tus objetivos para cada dimensión de vida.

Formulación de objetivos personales

Dimensiones	Objetivos
Familiar	
Marital	
Laboral	
Económico	
Comunidad	

SESIÓN 18: Proyecto de vida II

Objetivo	Establecer acciones concretas que lleven a la consecución de objetivos planteados. Aprender a programar, controlar y registrar la ejecución de acciones.	
Materiales	Hoja de trabajo: "Proyecto de vida II"	
Duración	60 minutos	
Procedimiento	Bienvenida	El profesional recibe a los usuarios estableciendo el rapport necesario. Se da a conocer el nombre de la sesión y el objetivo de esta.
	Desarrollo	<p>Al iniciar, el profesional pide al grupo que tenga a la mano la hoja de trabajo desarrollada en la última sesión ya que se trabajarán con los objetivos que describieron. Así mismo, tendrán como herramienta la nueva hoja de trabajo "Proyecto de vida II".</p> <p>Se indica a los usuarios que, tomando en cuenta sus objetivos y los factores internos y externos que pueden influir en que se concreten, se planteen la siguiente pregunta: ¿qué puedo hacer para conseguir mis objetivos? Una vez analizado este aspecto, completarán el cuadro "Acciones".</p> <p>A continuación, se explica que las acciones no pueden ser solo una declaración sin ejecución y por ello se trabajará en la programación de acciones, esto significa priorizar las acciones y decidir en cuánto tiempo deben haber realizado cada acción formulada.</p>
	Cierre	El profesional cerrará la sesión haciendo un resumen de todo lo trabajado en el programa, enfocándose en los avances de los usuarios. Preguntará si tienen dudas o comentarios y les recordará el llenado de su ficha "Registro de progreso".

“Proyecto de vida II”

Todo proyecto requiere de objetivos claros y de acciones concretas, pero estas acciones no pueden ser solo una declaración sin ejecución y por ello se debe trabajar en la programación de acciones, esto significa priorizar las acciones y decidir en cuánto tiempo se deben haber realizado cada acción formulada.



Establecimiento de acciones

Tomando en cuenta tus objetivos y los factores internos y externos que pueden influir en que se concreten, establece tus “acciones de ataque”. Es decir, debes preguntarte ¿qué puedo hacer para conseguir mis objetivos?

Puedes tomar en cuenta el siguiente ejemplo:

<u>Objetivo:</u> Lograr que la señorita sea mi enamorada.	<u>Oportunidades:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ La señorita es parte de la junta vecinal de mi barrio. ○ Tiene una hermanita que estudia con mi sobrino el primer grado de primaria. ○ Su hermano es mi amigo. 	<u>Amenazas:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Existe un joven que también le pretende. ○ Sus padres son muy “chapados a la antigua”.
<u>Potencialidades:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Soy “una persona tranquila”. ○ Soy respetuoso y colaborador. 	<u>Acciones</u>	
<u>Limitaciones:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ No tengo trabajo. ○ Soy muy tímido. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Asistir a todas las reuniones de la junta vecinal del barrio. ○ Ofrecerme de voluntario para recoger a mi sobrinito todos los días que pueda. ○ Averiguar su número y llamarla. ○ Invitarla a salir de paseo. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ser respetuoso y caballeroso, mencionando algunos halagos cada oportunidad que la encuentre. ○ Estar siempre presentable cuando voy a verla. ○ Ser muy respetuoso cuando me encuentre con sus padres.
<u>Limitaciones:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ No tengo trabajo. ○ Soy muy tímido. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aprender un oficio y buscar trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Asistir a un taller para supera mi timidez a fin de relacionarme mejor con ella. ○ Declarar mi amor por ella.

Llegó el momento de programar tus acciones.

N°	Acción	Mes 1				Mes 2				Mes 3			
		S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													
10													

Control y registro de la ejecución de acciones

Has programado tus acciones para lograr tu objetivo, ahora, debes cumplirlo religiosamente, es decir, debes llevar un control y registro de cumplimiento de cada acción en el tiempo programado, las acciones pueden ser cambiadas de fecha de ejecución, pero deben siempre cumplirse, sólo así conseguirás tus objetivos.

Lo más fácil de un plan de vida es formularlo, lo más difícil es ejecutarlo.
Recuerda: Plántate objetivos alcanzables, de lo contrario puedes resultar desalentado por lo lejano de su realización.

Ficha de uso en todas las sesiones del programa

“Registro de progreso”

Registrar tu proceso diariamente ayuda a que te mantengas con la mente centrada en que la recuperación es un proceso día a día.

Registrar el progreso además te permitirá sentirte orgulloso de lo lejos que has sido capaz de llegar.

Comenzar un proceso de rehabilitación puede dar la sensación de que el tiempo pasa más lento que cuando se estaba consumiendo. Registrar el progreso en pequeñas unidades puede hacer que este enorme proceso sea más manejable.

Mes: _____

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo