



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD**

**CARRERA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

**TEMA:**

---

**“FASES DEL PROCESO DE RECUPERACIÓN DE ADICCIONES Y TIPO DE REACTANCIA PSICOLOGICA EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES Y ALCOHOL DEPENDIENTES EN CENTROS DE REHABILITACION DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL AÑO 2018”**

---

Trabajo de investigación previo a la obtención del Título de Psicólogo General de la Universidad Indoamérica. Modalidad Proyecto de Investigación.

**Autor**

Cevallos Pérez Danna Alejandra

**Tutor**

MSc. Montero Medina Diana Carolina. PS.

**QUITO - ECUADOR**

**2018**

**AUTORIZACION POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA,  
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA  
DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Yo, Danna Alejandra Cevallos Pérez, declaro ser autor del Proyecto de Tesis titulado **“FASES DEL PROCESO DE RECUPERACIÓN DE ADICCIONES Y TIPO DE REACTANCIA PSICOLOGICA EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES Y ALCOHOL DEPENDIENTES EN CENTROS DE REHABILITACION DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL AÑO 2018”**, como requisito para optar el grado de Psicólogo General, autorizo al Sistema de Biblioteca de la Universidad Indoamérica para que con fines netamente académicos divulgue esta obra a través del Repositorio Digital Institucional (RDI-UTI).

Los usuarios del (RDI-UTI) podrán consultar el contenido de este trabajo en las redes de información del país y de extranjero, con las cuales la Universidad tenga convenios. La Universidad Indoamérica no se hace responsable por el plagio o copia de contenido parcial o total de este trabajo.

Del mismo modo, acepto que los Derechos del Autor, Morales y Patrimoniales, sobre esta obra, serán compartidos entre mi persona y la Universidad Indoamérica, y que no tramitare la publicación de esta obra en ningún otro medio, sin autorización expresa de la misma. En caso de que exista el potencial de generación de beneficios económicos o patentes, producto de este trabajo, acepto que se deberán firmar convenios específicos adicionales, donde se acuerden los términos de adjudicación de dichos beneficios.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Quito, a los catorce días del mes de septiembre de 2018, firmo conforme:

**Autor:** Danna Alejandra Cevallos Pérez

**Firma:**

**Dirección:** Carcelén

**Número de cédula:** 1715008528

**Correo electrónico:** [danna\\_alejandrasm@hotmail.com](mailto:danna_alejandrasm@hotmail.com)

**Teléfono:** 023440748-0999794189

## **APROBACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Yo, Diana Carolina Montero Medina con C.I. 175703126-3, en mi calidad de tutor del trabajo de titulación nombrado por el Comité Curricular de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud de la Universidad Tecnológica Indoamérica:

### **CERTIFICO**

Que el Trabajo de Titulación FASES DEL PROCESO DE RECUPERACIÓN DE ADICCIONES Y TIPO DE REACTANCIA PSICOLOGICA EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES Y ALCOHOL DEPENDIENTES EN CENTROS DE REHABILITACION DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL AÑO 2018, desarrollado por CEVALLOS PÉREZ DANNA ALEJANDRA, estudiante de la Carrera de Psicología para optar por el Título de Psicólogo General ha sido revisado en todas sus partes y considero que dicho informe investigativo, reúne los requisitos técnicos, científicos y reglamentarios, para ser sometido a sustentación pública y evaluación por parte del tribunal Examinador.

Quito, 11 de septiembre de 2018

---

Ps. Diana Montero Medina, MSc.

## **DECLARACIÓN DE AUTORÍA**

El abajo firmante, en calidad de estudiante de la Universidad Indoamérica de la Carrera de Psicología, declara que los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de su persona como autor de este Trabajo de Titulación.

Quito, 11 de Septiembre del 2018

---

DANNA ALEJANDRA CEVALLOS PÉREZ

C.I:171500852-8

## **APROBACIÓN TRIBUNAL**

El trabajo de Investigación, ha sido revisado, aprobado y autorizada su impresión y empastado, sobre el Tema: “FASES DEL PROCESO DE RECUPERACIÓN DE ADICCIONES Y TIPO DE REACTANCIA PSICOLOGICA EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES Y ALCOHOL DEPENDIENTES EN CENTROS DE REHABILITACION DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL AÑO 2018” previo a la obtención del Título de Psicólogo General , reúne los méritos suficientes para ser sometido a disertación pública.

Para constancia firman:

.....

Doc. Andrés Subía

.....

MSc. Jacqueline Gordon

.....

MSc. Paulina Guerra

Quito, ..... de Septiembre del 2018

## **DEDICATORIA**

*Dedico mi proyecto de tesis a toda mi familia, en especial a Betty Gallegos y Bolívar Pérez por su amor incondicional y enseñarme a ser una guerrera ante las circunstancias de la vida, a mis padres Verónica Pérez y Alex Cevallos por ser mi motivación e inculcarme ser una persona trabajadora, humilde y responsable, y a mis hermanos Alexander Cevallos y Viviana Pérez por su apoyo constante y brindarme los mejores consejos en toda mi trayectoria académica que me ha permitido convertirme en una profesional con metas claras, pero más que nada, por su amor incondicional.*

Danna Cevallos

## **AGRADECIMIENTO**

*Brindo mis mayores agradecimientos a mi familia Cevallos – Pérez, por permitirme culminar mi carrera profesional, y confiar en mí en todo momento.*

*A mis licenciados que me han enseñado las mejores bases para mi desempeño profesional, sobre todo por influirme el deseo por la investigación, en especial al Doc. Andrés Subía, MSc. Jacqueline Gordon y MSc. Carlos Hidalgo.*

*A mi tutora de tesis MSc. Montero Medina Diana Carolina. Ps., por su colaboración incondicional y guiarme de la mejor manera en la investigación, mediante la enseñanza de sus conocimientos.*

*A novio y amigos por todas las experiencias, tiempo y consejos que me han brindado a lo largo de mi trayectoria académica.*

*Gracias a ustedes por su amor y aprendizaje compartido en todo momento.*

Danna Cevallos

## INDICE DE CONTENIDOS

### PÁGINAS PRELIMINARES

PORTADA.....	I
AUTORIZACION POR PARTE DEL AUTOR .....	I
APROBACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN .....	III
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	IV
APROBACIÓN TRIBUNAL .....	V
DEDICATORIA .....	VI
AGRADECIMIENTO .....	VII
INDICE DE CONTENIDOS .....	VIII
INDICE DE GRÁFICOS .....	XIV
RESUMEN EJECUTIVO .....	XV
SUMMARY .....	XVI
INTRODUCCIÓN .....	1
<hr/>	
CAPÍTULO I.....	3
EL PROBLEMA .....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
CONTEXTUALIZACIÓN .....	4
MACRO .....	4
MESO.....	5
MICRO.....	7
ANTECEDENTES.....	8
FASES DEL PROCESO DE RECUPERACIÓN DE ADICCIONES .....	11
FASES DEL PROCESO DE RECUPERACIÓN .....	11
MODELO TRANSTEÓRICO DE CAMBIO.....	13



ESTADÍOS DE CAMBIO BAJO EL MODELO TRANSTEÓRICO DE PROCHASKA Y DICLEMENTE .....	14
PRECONTEMPLACIÓN .....	14
CONTEMPLACIÓN .....	15
PREPARACIÓN .....	15
ACCIÓN .....	15
MANTENIMIENTO.....	16
PROCESO DE CAMBIO .....	16
ADICCIÓN .....	17
ABUSO DE SUSTANCIAS .....	18
ALCOHOL.....	19
TABACO .....	20
SÍNDROME DE DEPENDENCIA .....	21
SÍNDROME DE ABSTINENCIA.....	22
FASES DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA (GAWIN Y KLEBER 1986). .....	23
SÍNDROME DE RECAÍDA.....	24
MODELOS DEL PROCESO DE RECAÍDA .....	24
DROGODEPENDENCIA.....	25
CRAVING .....	26
BASES TEÓRICAS DEL COMPORTAMIENTO ADICTIVO.....	28
TEORÍA CONDUCTUAL.....	28
CONDICIONAMIENTO CLÁSICO.....	29
CONDICIONAMIENTO OPERANTE.....	30
TEORÍA COGNITIVA.....	31
TEORÍA COGNITIVA-SOCIAL.....	33
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	34
APOYO FAMILIAR DURANTE EL TRATAMIENTO.....	35
ENTREVISTA MOTIVACIONAL.....	36
FACTORES PSICOLÓGICOS.....	38

INTOXICACIÓN AGUDA .....	39
TIPO DE REACTANCIA PSICOLOGICA .....	40
REACTANCIA.....	40
PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA REACTANCIA- CONCEPTUALIZACIÓN .....	41
ACTIVACIÓN DE LA REACTANCIA .....	42
RESTAURACIÓN DE LA LIBERTAD EN LA REACTANCIA.....	43
COMPONENTES FUNDAMENTALES DE LA REACTANCIA.....	44
EFFECTOS DE LA REACTANCIA PSICOLOGÍA .....	45
EVIDENCIA EXPERIMENTAL DE LA REACTANCIA PSICOLÓGICA .....	46
TEORÍAS RELACIONADAS.....	47
REACTANCIA PSICOLÓGICA Y LAS INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS .	48
JUSTIFICACIÓN .....	50
OBJETIVOS .....	51
OBJETIVO GENERAL.....	51
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	51
RECURSOS .....	52
<hr style="width: 25%; margin-left: 0;"/> CAPÍTULO II .....	54
METODOLOGÍA .....	54
DISEÑO DEL TRABAJO .....	54
ÁREA DE ESTUDIO .....	54
ENFOQUE .....	55
POBLACIÓN Y MUESTRA .....	55
POBLACIÓN.....	55
MUESTRA.....	58
INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN .....	59
TEST DE URICA .....	60

APLICACIÓN .....	60
INTERPRETACIÓN .....	61
VALIDEZ .....	61
TEST DE REACTANCIA DE HONG .....	62
APLICACIÓN .....	63
INTERPRETACIÓN .....	63
VALIDEZ .....	64
PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN DE ANÁLISIS .....	64
ACTIVIDADES .....	66
_____CAPÍTULO III.....	68
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	68
DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL.....	68
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	69
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	71
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	72
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	73
COMPROBACIÓN DE LAS HIPÓTESIS.....	73
_____CAPÍTULO IV .....	74
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	74
CONCLUSIONES .....	74
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	75
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	76
RECOMENDACIONES .....	76
DISCUSIÓN .....	77

_____CAPITULO V .....	80
PROPUESTA .....	80
TEMA DE LA PROPUESTA .....	80
JUSTIFICACIÓN .....	80
OBJETIVOS .....	81
ESTRUCTURA TÉCNICA DE LA PROPUESTA.....	82
ARGUMENTACIÓN TEÓRICA .....	82
DISEÑO TÉCNICO DE LA PROPUESTA .....	84
TALLER N° 1 .....	85
TALLER N° 2 .....	87
TALLER N° 3 .....	89
TALLER N° 4 .....	91
TALLER N° 5 .....	93
TALLER N° 6 .....	96
TALLER N° 7 .....	98
TALLER N° 8 .....	100
BIBLIOGRAFÍA .....	102
ANEXOS .....	124

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla N° 1</b> Descripción de la cantidad de población investigada.....	55
<b>Tabla N° 2</b> Estadísticos Descriptivos.....	67
<b>Tabla N°3.</b> Correlación de Spearman entre las variables Reactancia Psicológica y Disposición al Cambio.....	69
<b>Tabla N°4.</b> Correlación entre la Edad y el Nivel de Reactancia Psicológica.....	70
<b>Tabla N°5.</b> Correlación entre Tiempo de Consumo y Nivel de Reactancia Psicológica.....	71
<b>Tabla N°6.</b> Nivel de Reactancia Psicológica.....	74
<b>Tabla N°7.</b> Disposición al Cambio.....	75

## INDICE DE GRÁFICOS

	<b>Pág</b>
<b>Gráfico N° 1</b> Reactancia psicológica proceso.....	45
<b>Gráfico N° 2</b> Población en relación a Centros de Rehabilitación.....	56
<b>Gráfico N° 3</b> Muestra en relación al género.....	57
<b>Gráfico N° 4</b> Muestra en relación a edad.....	47
<b>Gráfico N° 5</b> Diseño técnico de la propuesta.....	84

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**RESUMEN EJECUTIVO**

**TEMA: FASES DEL PROCESO DE RECUPERACIÓN DE ADICCIONES Y TIPO DE REACTANCIA PSICOLÓGICA EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES Y ALCOHOL DEPENDIENTES EN CENTROS DE REHABILITACION DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL AÑO 2018**

**AUTOR:** Cevallos Pérez Danna Alejandra

**TUTOR:** Montero Medina Diana Carolina, MSc.

**RESUMEN:**

La presente investigación estuvo dirigida a identificar la relación existente entre las fases de recuperación de la adicción y la reactancia psicológica en pacientes drogodependientes y alcohol dependientes de centros de rehabilitación de la ciudad de Quito en el año 2018. Para tal fin se utilizó un diseño no experimental, descriptivo y transversal, haciendo uso de la escala de reactancia de Hong para medir la reactancia psicológica y el test de Urica para medir las fases de cambio en una muestra de 150 pacientes en proceso de rehabilitación. Los resultados demuestran una relación inversamente proporcional entre las variables en un 35%, indicando que mientras mayores son los niveles de reactancia en un paciente, menor será la disposición al cambio, y viceversa, destacándose el hecho de que esta relación es altamente significativa. Asimismo, la investigación permitió clasificar a los pacientes en las distintas fases de proceso de recuperación de adicciones obteniéndose como resultados en primera lugar a la fase de precontemplación con un 36,8 %, en segundo lugar la fase acción con 34,2%, en tercer lugar encontramos la fase de mantenimiento con un 24,3% y en cuarto lugar la fase de contemplación con un 3,3 %. Finalmente, se presenta una propuesta de intervención dirigida a fomentar en los pacientes un manejo adecuado de la reactancia psicológica, lo cual tendrá efectos sobre su disposición al cambio.

**PALABRAS CLAVES:** Reactancia Psicológica, Rehabilitación, Drogodependencia, Sustancias Psicoactivas.

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**SUMMARY**

**THEME: “PHASES OF THE ADDICTIONS RECOVERY PROCESS AND TYPE OF PSYCHOLOGICAL REACTANCE IN DROGODEPENDENT AND ALCOHOL PATIENTS IN REHABILITATION CENTERS IN THE CITY OF QUITO, IN THE YEAR 2018”**

**AUTHOR:** Cevallos Pérez Danna Alejandra

**TUTOR:** Montero Medina Diana Carolina, MSc.

**ABSTRACT:**

This research was aimed at identifying the relationship between the addiction recovery stages and the psychological reactance in drug addict and alcoholic patients of rehabilitation centers in the city of Quito in 2018. For this purpose, a non-toxic, descriptive and transversal design was applied, using the Hong reactance scale to measure the psychological reactance and the Urica test to measure the stages of change in a sample of 150 patients in the rehabilitation process. The results show an inversely proportional relationship between the variables by 35%, indicating the higher reactance levels in a patient, the lower willingness to change, and vice versa, highlighting the fact that this relationship is highly significant. Likewise, the investigation allowed to classify patients in the different phases of addiction recovery process, obtaining as a result first of all the precontemplation phase with 36.8%, second the action phase with 34.2%, in third place we find the maintenance phase with 24.3% and in fourth place the contemplation phase with 3.3%. Finally, a proposal intervention is aimed at promoting in the patients an adequate management of the psychological reactance, which will have effects on their willingness to change.

**KEY WORDS:** Psychological Reactance, Rehabilitation, Drug Addiction, Psychoactive Substances.



## INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se toma como base el problema en las fases del proceso de recuperación de adicciones en pacientes drogodependientes y alcohol dependientes en los centros de rehabilitación de la ciudad de Quito, y el análisis sobre el tipo de reactancia (alto, medio, bajo) que tenga los pacientes, y como es el manejo de la misma, la cual se presenta en la mayor parte de los casos con una actitud de resistencia hacia la presión externa sobre las opiniones, deseos y acciones. En ella se engloba toda la respuesta que tiene el paciente ante la presión externa en la que interpreta que le privación de su libertad, o que limita su capacidad de elección en cuanto a decisiones especialmente personales, si la libertad de conducta está amenazada o reducida se volverá motivacionalmente exaltado (miedo a experimentar la pérdida de mayores libertades).

En el caso de la capacidad de decidir, o que se vea coarta la libertad, su reactancia psicológica se activa como un mecanismo de defensa, de esta manera se experimentan reacciones totalmente opuestas a lo establecido en la conducta, lo cual en ocasiones podría llevar al paciente a cometer acciones impulsivas, o de agresividad, interviniendo de manera directa el manejo de la reactancia psicológica en el proceso de recuperación en adicciones, tomando en cuenta como responsable en el inicio de consumo, control con los posibles síntomas del síndrome de recaída, y en el proceso de recuperación, especialmente en la última fase de recuperación que es mantenimiento.

En cuanto la conducta de los pacientes drogodependientes o alcohol dependientes, al expresar rechazo, o actitudes de negación ante todo el proceso de recuperación y ante la ayuda que brinda el grupo técnico para la mejora, y al saber qué tipo de reactancia se encuentra el paciente, se podría tomar como un inicio ante un cambio positivo en sus actitudes y conducta en el proceso de recuperación.

En función a lo anteriormente descrito es necesario se maneje la reactancia psicología en el proceso terapéutico según las fases que se maneje cada paciente.

Por último, es importante el manejo de un re-test en todos los pacientes sobre la reactancia al momento de su salida en el proceso, ya que no todos los pacientes que ingresan logran dar por terminado su proceso de recuperación, y una de las razones de su salida voluntaria la cual puede asociarse con el tipo de reactancia de cada individuo.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **Planteamiento del Problema**

El problema del consumo de sustancias psicoactivas a nivel mundial ha dado un impacto en diferentes ámbitos ya sea mediante la representación de trastornos mentales, o alteraciones en la salud de la población, de tal manera esta problemática ha causado preocupación en la población en general y claramente en la Organización Mundial de la Salud (OMS,2016), para su mejor comprensión del problema se analizó que los fármacos psicoactivos son la causa de más de 400000 muertes al año en todo el mundo, a su vez la presencia de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas son el 0,55% a nivel mundial de morbilidad, y por ultimo las sustancias inyectables causarían aproximadamente el 30% de las nuevas infecciones por VIH fuera del África subsahariana, epidemia de la hepatitis B y la hepatitis C en todas las regiones (OMS,2016).

En cuanto a la necesidad que existe por eliminar el consumo de sustancias psicoactivas la OMS (2015) realizó un informe en el Ecuador donde se explica el plan de salud según su modelo de atención, la creación de centros de atención psicosocial en las cuales están encargados de atención de trastornos mentales y el consumo de sustancia psicoactivas, ya que el consumo en el Ecuador ha ido en aumento especialmente en la población adolescente, tomando en cuenta que esta fase de desarrollo es de mayor vulnerabilidad ante el consumo, a pesar de existir algunas

campañas en los medios de comunicación, campañas escolares, y centros de rehabilitación para personas con problemas de consumo, la demanda sigue en aumento, esto significaría que existe falencias con la presencia de dos principales síndromes en el consumo ya sea abstinencia o el síndrome de recaída con presencia de craving, crash o dependencia, por tal razón es importante el estudio, dominio e intervenir de la reactancia psicológica en las fases de recuperación que se encuentre el pacientes con adicciones. Estas dos temáticas en el medio social como en la comunidad de salud mental son muy poco estudiadas, y practicadas, esto nos lleva a dejar de lado a la responsable de resguardar la autonomía de la persona dando como resultado una reacción de anulación a la libertad o de la capacidad de la persona al tomar sus propias decisiones , llevándole a cometer una conducta opuesta ante la posible autoridad , y claramente no se trabaría la motivación en el proceso de cambio de recuperación de adicciones.

## **Contextualización**

### **Macro**

El consejo ejecutivo de la OMS (2016), analizan la dimensión del problema mundial sobre las drogas donde exponen seguir en proceso de promover la salud física y moral de la humanidad y que esta siga evolucionando a un enfoque con mayor equilibrio, lo que se espera para el 2030 el desarrollo sostenible con la intervención de la mayoría de los gobiernos reforzando la prevención y le tratamiento en adicciones de sustancias psicoactivas, trabajando conjuntamente con la fiscalización de las drogas, y un manejo correcto de los derechos humanos, de esta manera ayudara a la reducción de costo humanos principalmente en el ámbito de la salud pública.

En cuanto al tratamiento en personas con trastornos relacionados con sustancias la OMS (2016), propone un enfoque interdisciplinar e integral, donde intervengan el

ámbito farmacológico y estudio psicosociales (problemas de salud asociados al consumo y trastornos mentales), manejando programas de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, todos ellos con base ética. La aplicación de este tratamiento ha demostrado ser eficaz para la eliminación del consumo o la disminución de la misma, a su vez ayudando al ámbito social con la disminución de la delincuencia, enfermedades y la productividad social. Los tratamientos se imparten hospitales, clínicas y comunidades terapéuticas, basados en diferentes metodologías de trabajo, pero con objetivos destinados al mismo fin que es refinamiento de valores, proactividad, apoyo en relaciones interpersonales y familiares, nuevos hábitos, entre otros (Manrique, Tobón, Zapata, 2008), no debemos olvidar que no en todos los casos de adicciones existe una completa recuperación y se dan fracasos en el tratamiento por disímiles motivos de cambios en el paciente (Vargas. 2001.)

La propuesta de la OMS, daría una revolución mundial en múltiples aspectos ya que según estudios realizados demuestran que el consumo altera neurocomportamentales en los pacientes (Méndez.et.al.2008), incapacidad laboral (Fernández, Echeburúa. 2001), transmisión de enfermedades infecciosas (Rodríguez, et al. 2005.), y por su incremento en la producción y su consumo (Ortega, Osorio, Pedrão.2004.), un ejemplo de este aumento, es nuestro país vecino Colombia con un aumento de 38,8% en tabaco, 64% en marihuana, y 400% en cocaína y en heroína.

## **Meso**

Nuestro patrón cultural ecuatoriano durante toda su historia ha introducido a las bebidas alcohólicas y otras drogas ilegales y legales según sea el caso como parte del festejo, ya sean celebraciones religiosas, cívicas, populares, entre otras ; como menciona Villacis (2017) “Nuestros pueblos originarios recurrían a las bebidas alcohólicas como una forma de ritual, más adelante con la conquista el consumo de alcohol se convirtió en una estrategia para enfrentar los problemas, como se

mezclaron las culturas empezaron también a mezclarse las formas de celebración con la bebida”, además del consumo excesivo la presencia de bebidas alcohólicas sin registro es otro inconveniente según la OMS(2015), el Ecuador es el país que consume más alcohol sin registro en toda Latinoamérica, y el país con menos información y datos actualizados en base al consumo de estas sustancias.

En el ámbito de la salud de los ecuatorianos se registra en el año 2014 el total de muertes fue de 62.981 representando el 3.11% de las muertes, están relacionadas por el consumo de sustancias psicoactivas o a su vez complicaciones en enfermedades por esta razón. (MSP, 2014)

En la normativa legal vigente ecuatoriana del 2008 explica en el artículo 363:” Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario”. De igual manera, en el artículo 364: “Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacentes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales. El Estado controlará y regulará la publicidad de alcohol y tabaco.”. (Constitución de la República del Ecuador, 2008, p.112).

A su vez, en la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización (2015) se explica:

Artículo 13: “El Estado a través de las Autoridades Nacionales de Cultura y del Deporte, ejecutarán programas con participación activa intersectorial y de la comunidad, para el fomento y desarrollo de actividades culturales, deportivas y recreativas para la población, encaminadas a la formación y

desarrollo integral de las personas, con enfoque prioritario en la niñez, adolescencia y juventud, para orientar de manera primordial hábitos de la vida saludables, bajo principios de inclusión y solidaridad, para precaver la relación inicial con las drogas y disminuir su influencia”.

En el año 2013 se realizó un debate el cual buscaba despenalizar el consumo de sustancias psicoactivas en el país, donde intervino el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP) y otros expertos en el tema, planteándose como objetivo la solución al narcotráfico, ya que el combate con estas sustancias había fracasado, y lo que se esperaba era la regulación del consumo a través de la política con regulaciones legales y de lugares (Ecuadorinmediato.2013). Se debe tomar en cuenta que existe un 46% de adolescente en el Ecuador que ya han empezado su historia de consumo aproximadamente desde los 12 a 17 años, en su mayoría sus inicios han sido en el plantel educativo, con el consumo de marihuana por su fácil acceso en el medio (Velasco, 2016).

Actualmente en el Ecuador se aprobó el “Acuerdo por la Prevención del Consumo de Drogas”, mediante la Secretaría Técnica de Drogas (Seted) y el Sistema Nacional de Cultura, el cual tiene como objetivo una mejor práctica de su tiempo libre con la organización de espacios de entretenimiento y actividades que aporten al crecimiento intelectual y personal en adolescentes a intervención de prevención, emprendimiento, información, y control (El Telégrafo 2017).

## **Micro**

Según información del Ministerio de Salud Pública mediante un listado de lugares de salud especializados en rehabilitación de adicciones en todas las provincias del Ecuador, se dividen en tres categorías diferentes según sea cada caso, como categoría principal es el “Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas (ESTAD)” , Centro Ambulatorio para el Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas (CATAD), Centro Especializado

para el Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas (CETAD), y Hospital Especializado en Salud Mental que Prestan servicios de Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas (HESM).

En la provincia de Pichincha aproximadamente existen ocho centros especializados en el tratamiento de consumo problemático de alcohol y otras drogas, en primer lugar y con mayor capacidad de acogida se encuentra:

CETAD, Casa de Acogida Pumamaqui, Centro para Adicciones dando una Mano “CADUM”, Misión Desafío Juvenil del Ecuador, Unidad Patronato Municipal San José-Casa de la Niñez 2, “VAE” Volver a Empezar Sociedad Anónima, Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, “COMTEAVI” Comunidad Terapéutica Aprender a Vivir, Fundación Remar, Iglesia Luz y Vida.

La investigación se focalizó en cuatro centros de rehabilitación en la ciudad de Quito, ubicados indistintamente al norte, centro y sur de la ciudad, mediante la aplicación de dos baterías psicológicas para medir la reactancia e identificar en qué fase del proceso de rehabilitación se encuentra cada paciente, en su mayoría los pacientes son mayores de edad y de sexo masculino, ya que en la mayoría de los centros de rehabilitación se debe cumplir este requisito.

La importancia de aspectos de otros tipos, no toca directamente el concepto de reactancia psicológica, razón por la cual encontramos un abismo en este sentido de la variable dependiente de reactancia psicológica, fases del proceso de recuperación de adicciones.

## **Antecedentes**

Guerra y Martínez (2017) en la investigación titulada “La implicación de la reactancia psicológica en la adherencia al tratamiento”, exponen que la reactancia



psicológica es una de las variables psicológicas que se ha relacionado con la adherencia al tratamiento. Por tal motivo la falta de adherencia puede influir en la mejora del paciente con su proceso de recuperación o que empeore el paciente. En el estudio intervino 502 personas, de las Islas Canarias. Mediante una correlación de Pearson dando como resultado que a mayor edad mayor será la adherencia al tratamiento y una relación significativa de la adherencia al tratamiento con la reactancia psicológica. Lo cual significa que la adherencia al tratamiento será mayor cuanto menor sea la reactancia psicológica (Guerra y Martínez, 2017).

Por su parte, Chappa y Dowd, (2008), en su estudio investiga una variable poco estudiada como es la reactancia psicológica y la escala PAI (Personal Actitud Inventory., la Asertividad evaluada con la escala de Rathus y la Terminación Prematura del Tratamiento (PREM), donde intervinieron 136 pacientes ambulatorios consecutivos, que solicitaron atención en el CETEM (Instituto de Terapias Cognitivas e Integrativas) en La Plata, Argentina. Las edades de los pacientes fluctuaron entre 15 y 65 años, dando como resultado una correlación positiva entre Reactancia Psicológica Verbal y Asertividad en la muestra de pacientes, en concordancia con los resultados de las muestras no clínicas (Chappa y col. 1999). En los pacientes que interrumpen prematuramente el tratamiento en cambio, se encontró una relación inversa. En este grupo la Reactancia Psicológica Comportamental resultó la más intensamente correlacionada con Asertividad (Chappa y Dowd, 2008).

Stanojlovic (2015), por su parte, destaca que la reactancia psicológica y la protección de la auto-imagen, como dos formas de resistencia comunes podrían explicar el fracaso persuasivo y otros efectos indeseados de las campañas públicas de prevención, ya que se puede percibir los mensajes como una amenaza a su libertad, y el poder de elegir. Ya en un estado de reactancia psicológica se da un rechazo del mensaje, desobediencia e incluso efectos contrarios. En caso del área de la salud el paciente relacionaría con un comportamiento amenazante para su auto-imagen. En el intento de recuperar y mantener positiva su auto-imagen, el receptor inicia el

procesamiento defensivo del mensaje amenazante y la persuasión suele fracasar, especialmente cuando está altamente implicado en el comportamiento en cuestión. Se descubrió en la investigación que la percepción de realismo disminuye la reactancia, reduciendo la percepción de amenaza y fomentando el transporte narrativo y la identificación con los personajes. Por otro lado, la autoafirmación presenta un patrón similar: aumenta la percepción de amenaza y mejora la persuasión, pero únicamente en los consumidores fuertes (Stanojlovic, 2015).

En otro estudio, realizado por Guerrero y Pereozo (2009) se describen los niveles de Reactancia Psicológica y Locus de Control en estudiantes universitarios opositores con y sin participación política activa, conformada por 200 estudiantes, con edades entre los 18 y 25 años. Lo cual obtuvieron como resultados que en estudiantes universitarios opositores presentan nivel de reactancia medio y que los niveles de reactancia de los sujetos que participan activamente, son mayores que aquellos que no participan de la misma manera. Al hacer una relación con locus de control, da como resultado que los sujetos de la muestra presentaron un nivel medio de Internalidad y que no hay diferencias significativas con respecto al locus de control entre los estudiantes que participan activamente en la política y aquellos que no; Igualmente se observó que los estudiantes que generan reactancia presentan niveles altos de Internalidad.

### **Contribución teórica, económica, social y/o tecnológica**

La presente investigación tiene una contribución significativa en el aspecto Psicológico y social, ya que está enfocado en conocer el impacto que tiene los tipos de reactancia psicológica en pacientes que se encuentran en procesos de recuperación de adicciones, los cuales están clasificados a partir las fases del proceso de recuperación (pre-contemplación, contemplación, acción, mantenimiento), ya que no es un ámbito común a evaluar al inicio de proceso de recuperación, el entender qué

tipo de reactancia tiene el paciente y como es expresada en cada una de dichas fases. De tal manera que el presente estudio, arrojará datos importantes que facilitarán el proceso de recuperación, bien en la fase de mantenimiento evitando el paso al síndrome de recaída, o la facilitación en el paso de la fase pre-contemplación a la fase de contemplación.

## **FASES DEL PROCESO DE RECUPERACIÓN DE ADICCIONES**

### **Fases del proceso de recuperación**

En los años 70 y 80 se empezó a analizar la conducta de un fumador y las razones principales de surgimiento de las diferentes perspectivas ante el consumo, es cuando surge el modelo transteórico de Prochaska & DiClemente (1983), el cual responde a todas estas inquietudes. En su modelo transteórico describe que algunas personas no percibían que su conducta de fumar fuera un problema esto significaría que la persona se encuentra en la etapa de precontemplación según el modelo, otras personas eran conscientes de tener un problema, pero no hacían nada por solucionarlo lo cual la situaría

en la fase de contemplación según el modelo, otro grupo era plenamente consciente de tener un problema y estaban buscando algún tipo de solución que significaría que se encuentra en la fase de preparación según el modelo, otras ya estaban aplicando soluciones y la aparición de cambios notables en la vida de la persona lo cual la sitúa en la fase de acción, y por último un grupo que ya habían abandonado el consumo y estaban manteniendo los cambios realizados denominado como la fase de mantenimiento según el modelo.

Al establecer ya las fases en el modelo transteórico fue aplicado primero a fumadores (Prochaska, otros 1988; Schorr et al. 2008), para después expandir a todas las adicciones (Prochaska, otros 1992; Rossi, et al 1995), al estudiar más profesionales de la salud las fases que proponía Prochaska y DiClemente se empezó

a dar uso en problemas con exceso de peso (Greene, et al. 1993), las prácticas sexuales inseguras y la escasa práctica de actividad física (Gómez, 1994), para pasar poco a poco a problemas de salud mental (McConaughy, et al 1989) entre los que se encuentran los trastornos de la conducta alimentaria (Levy 1997; Beato, et. al., 2003; Hasler et. at. 2004; Blake, Turnbull y Treasure 1997; Franko 1997; Treasure et. al. 1999; Sullivan y Terris 2001; Dunn, Neighbors y Larimer 2003).

Al mencionar todos los cambios que existen el modelo está presente el auto-cambio de los comportamientos adictivos, y la influencia del medio externo y los compromisos individuales (Salovey, y Rothman, 2003), siendo estos aspectos significativos ya que demuestran que no todos los pacientes que padecen un desorden adictivo mejoran, algunos dejan el tratamiento, otros recaen después de una breve mejora (Marlatt y Gordon, 1985). Por esta razón El cambio no es una decisión dicotómica, es un proceso circular, es un trabajo bidireccional a pesar de que en el proceso exista algún tipo de recaída no significaría que volverá a consumir, sino que es parte original del proceso de cambio (Prochaska 1979; Prochaska & Diclemente 1982; Prochaska et. al.1988; Rosen 2000; Whitelaw, Baldwin, Bunton & Flynn 2000).

Originalmente se establecieron cinco etapas que empieza con precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento; (Prochaska 1979; Prochaska y Diclemente, 1982), al pasar el tiempo con la intervención de nuevos autores se modifica la cantidad de etapas tomando en cuenta que la fase de preparación debe ser considerada dentro de la fase de acción (McConaughy, Prochaska y Velicer 1983) y otros autores proponen que se debe incluir la fase de recaídas (Martins y Mcneil,2009).

En un inicio, Prochaska (1979) identifica 10 procesos de cambio que se convierten en recomendaciones, las cuales se describirán a continuación (Prochaska et. al., 1988):

Aumento de conocimiento que es incrementar la información sobre uno mismo y el problema, en segundo lugar, está la autoliberación, que es creer que uno mismo es capaz de cambiar, en tercer lugar dramatizar expresando los sentimientos que producen el problema y las soluciones, en cuarto lugar las contracondiciones o alternativas a la conducta problema, en quinto lugar está el control de estímulos que licitan la aparición de la conducta problema, en sexto lugar las relaciones de ayuda las cuales se facilita al compartir los problemas, séptimo lugar la reevaluación del ambiente identificando los problemas que afecta al entorno, octavo lugar la liberación social incrementando las alternativas de conductas no problemáticas disponibles en la sociedad, noveno lugar la autoevaluación de lo que uno siente en relación a uno mismo con respecto al problema, y por último en décimo lugar el reforzar el entrenamiento, a uno mismo y empezar a animar a otras personas para que realicen el cambio. En el proceso de cambio existen cuatro principales factores que están presentes en cada movimiento de una fase a otra Prochaska y DiClemente (1984): 1. Ventajas y desventajas percibidas de la conducta problema, y el equilibrio entre ellas, 2. La autoeficacia, entendida como la confianza en la propia habilidad para cambiar la conducta problema, 3. Las tentaciones de regresar a la conducta problema y 4. "procesos de cambio" fácilmente asimilables a estrategias de afrontamiento dirigidas a modificar el problema, promovidas por la psicoterapia.

### **Modelo transteórico de cambio**

El enfoque transteórico que desarrollan los autores es un modelo tridimensional que integra, estadio de toma de decisiones, procesos y niveles de cambio en los trabajos iniciales de Prochaska y DiClemente (1982), con un modelo de cuatro estadios (DiClemente, y Prochaska, 1985).

El abandono de una conducta adictiva engloba una progresión desde el estadio de precontemplación hasta el de mantenimiento, pasando por los de contemplación, preparación y acción. En el proceso de cambio uno de los principales problemas de cualquier conducta adictiva son las elevadas tasas de recaídas, en el modelo de Prochaska y DiClemente resalta el hecho de que la mayoría de los individuos no progresan linealmente a través de los estadios de cambio, pudiéndose percibir un modelo de evolución en espiral (Tejero,1994), siendo complejo predecir cuándo un adicto en un estadio de mantenimiento puede pasar a un estadio de precontemplación o contemplación y reinicio del consumo de droga con la aparición de una recaída los cuales fueron estudiados en el Modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente (1982).

### **Estadíos de cambio bajo el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente**

A continuación, se describen las características que comportan cada uno de los estadios de cambio:

#### **Precontemplación**

Es un estadio durante el cual los individuos no piensan seriamente en cambiar. Éstos pueden permanecer en el estadio de precontemplación porque no están informados o porque están poco informados sobre las consecuencias de sus conductas. Otros individuos se sienten desmoralizados respecto a su capacidad de cambiar y no quieren pensar en ello. Lo más frecuente es que los adictos que se encuentran en este estadio estén a la defensiva en relación con sus conductas adictivas y se resistan a las presiones externas que les exigen el cambio. Estos adictos no se evalúan a sí mismos como portadores de una conducta problema que deben cambiar. Si acuden a tratamiento lo hacen de forma involuntaria, por evitar presiones externas (familiares, judiciales, etc.); su objetivo es que disminuya la presión o desaparezca. En ocasiones pueden presentar algún cambio o permanecer en abstinencia de forma

puntual, pero una vez que la presión externa cambia, reinician de forma inmediata su patrón de consumo (DiClemente y Prochaska, 1985).

### **Contemplación**

Es el período en que los individuos están pensando seriamente en el cambio, están mucho más abiertos al feedback y a la información sobre sus problemas y sobre la manera de cambiarlos, pero no han desarrollado todavía un compromiso firme de solución. Durante el estadio de contemplación el individuo toma conciencia progresivamente de la existencia de toda una problemática creada por su conducta adictiva, y empieza a plantearse la posibilidad de abandonarla, ya que existe gran ambivalencia entre coste y beneficio de dejar la droga. Cuando ambos aspectos están en competencia equilibrada, muchos adictos pueden pasarse años en este estadio siendo contempladores crónicos, y tienden a sustituir la actuación por la acción de pensar. (DiClemente y Prochaska, 1985).

### **Preparación**

Inicialmente, dicho estadio se denominaba estadio de determinación o toma de decisión. Es un estadio donde se aprecian tanto criterios intencionales como conductuales. Los individuos se encuentran preparados para la actuación; han efectuado ya algunos pequeños pasos dirigidos a actuar, tales como reducir la frecuencia de la conducta adictiva o haberla intentado dejar en otros momentos. (DiClemente y Prochaska, 1985).

### **Acción**

El estadio de acción, también denominado actuación, es en el que se produce abiertamente la modificación de la conducta problemática. El estadio de acción es la

etapa en la que el individuo cambia, con o sin ayuda profesional, su conducta encubierta y manifiesta, así como las condiciones ambientales que le afectan, con el objetivo de superar su adicción, se llevan a cabo objetivos de abstinencia o suspensión del hábito. Como describen Prochaska, DiClemente y Norcross (1992) y Tejero y Trujols (1994), la mayoría de las personas, incluyendo muchos profesionales, equiparan erróneamente acción y cambio, omitiendo tanto el trabajo previo indispensable de preparación para la acción como los considerables esfuerzos necesarios para mantener y asentar posteriormente los progresos realizados en el estadio de la acción.

### **Mantenimiento**

Según Tejero y Trujols (1994), en el estadio de mantenimiento, el individuo intenta conservar y consolidar los logros manifiestos y significativos alcanzados en el estadio anterior, y prevenir una posible recaída en la conducta adictiva. Este estadio, según los autores, no consiste en una ausencia de cambio sino en una continuación activa del mismo. Los individuos situados en el estadio de mantenimiento pueden tener miedo no sólo a recaer sino incluso al cambio en sí mismo, ya que éste puede convertirse en amenazante debido al miedo a la recaída, con lo cual pueden derivar hacia un estilo de vida excesivamente rígido y estructurado, comportándose como si cualquier cambio de sus nuevas pautas conductuales pudiera implicar una recaída.

### **Proceso de cambio**

La recuperación del paciente inicia como un proceso de transformación o cambio que implica la innovación, la renovación profunda de todos los ámbitos de la persona,



incluso hasta llegar a sentirse otro, se involucran todos los aspectos de la vida (Banonis, 1998).

El cambio se realiza de manera intencional, aunque inicialmente no siempre es producto de la voluntad propia, puesto que la negación está presente en el comienzo de la transformación; la recuperación se logra cuando se percibe el cambio como algo deseable y se supera la negación (Wing, 1995).

La transformación se realiza gradualmente, desde el interior del ser hacia el exterior, lo que genera cambios de sentimientos, emociones y comportamientos que implica nuevas formas para enfrentar las situaciones estresantes de la vida y los malos momentos. La transformación conduce a otras maneras de ver las propias actuaciones y las de los demás, se elimina el resentimiento, la culpabilidad y, en general, lo negativo que pueda ser fuente de frustración y motivos para el consumo de alcohol. (Wing, 1992; Newman 1999).

Al generarse el cambio se retoman actividades, relaciones y situaciones que dan una nueva oportunidad a la persona que ha realizado la transformación. El cambio no se da de manera espontánea, hay que trabajar momento a momento para alcanzar la recuperación y el establecimiento de relaciones interpersonales positivas. (Wright, 2003, p.179).

## **ADICCIÓN**

Según el glosario de terminos de drogas y alcohol de la Organización de la Salud (1994), describe a la adicción como el “consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la

sustancia preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio”.

El término adicción tiene origen en la palabra anglosajona—addiction. Para otros, deriva del vocablo jurídico francés de la Edad Media, también —addiction, utilizado para el condenado a depender de otro, el acreedor, por deudas. Los franceses lo tomaron del latín addiure que significa adherirse o someterse. De todos modos, los conceptos de vasallo o esclavo por un lado y de señor o amo por otro están desde el origen del término y forman el núcleo del concepto de la adicción. (Da Silva Rodio, 2005, Pág. 1).

Según Aviel Goodman (1990) la adicción es un proceso el cual un comportamiento que produce placer y escapar del malestar interno, se emplea en un patrón caracterizado por la reiterada violación de controlar el comportamiento, que es definida como la impotencia y aun así continuar con la conducta que a pesar de las consecuencias negativas importantes o ingobernabilidad. De acuerdo con esta definición la compulsión, la impotencia, y la ingobernabilidad son elementos característicos de toda adicción.

Por esta razón a la persona adicta “El adicto, como todo enfermo no escribe su guión, es escrito por otros; no dirige su obra es dirigido; no actúa, es pasivo y si algo hace, es orientado a la obtención y consumo de la droga, confundiendo impulsividad con espontaneidad. No son actores, ni directores, ni guionistas, ni siquiera espectadores pasivos. (Da Silva, 2005)”-

### **Abuso de sustancias**

El abuso y la adicción a las drogas se han convertido en las últimas décadas en uno de los primeros problemas de salud pública para la sociedad actual. Alrededor de

200 millones de personas en el mundo usaron drogas ilícitas en el último año (United Nations [UNODC], 2007), situación que plantea un reto mayúsculo para las autoridades en salud, en la búsqueda e implementación de estrategias y programas eficaces de promoción, prevención y tratamiento, para los cuales se requieren modelos de atención novedosos y basados en el conocimiento científico, que atiendan la complejidad del problema (Miller,1992; Naciones Unidas, 2003). El primer paso para la implementación de métodos y modelos de atención eficaces, es el reconocimiento de la multicausalidad del fenómeno de las drogas (Parascandola y Weed, 2001; Newcomb y Félix-Ortiz, 1992), no sólo en la instalación de trastornos de abuso y adicción, sino, también, en todas las intervenciones que se realicen en cada una de las fases de esta enfermedad, de la que se reconoce hoy su calidad de enfermedad crónica (McLellan, Lewis,O'Brien y Kleber, 2000).

## **Alcohol**

La temática es de actualidad debido a que la adicción al alcohol es una de las condiciones que mayor porcentaje de muertes produce en el mundo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2011 existían a nivel mundial dos y medio millones de muertes en personas que consumían de manera adictiva el alcohol. Globalmente, 6,2% de las muertes en hombres son atribuidas al consumo abusivo de alcohol y 1,1% en las mujeres (OMS, 2011).

Para América, el consumo de alcohol causó en el año 2002, 1,8 millones de muertes (3,2%) del total de decesos, y 58,3 millones (4%) del total de años de vida saludables perdidos (PAHO ,2007). La ingesta abusiva de alcohol es la primera causa de morbilidad en los países en desarrollo, y la tercera en los países desarrollados (OMS ,2007). Por ejemplo en Colombia, en los últimos diez años señalan que la ingesta de alcohol alguna vez en la vida se ha mantenido cercana al 90%, aunque ha

tendido a un descenso leve en los últimos años, este valor se incrementa en la población universitaria. Para la ciudad de Bogotá en el año 2009, en un estudio desarrollado con una muestra amplia (6617 personas), la prevalencia de vida fue de 88%, los que consumieron en el último mes fueron 36%, en tanto que los que presentaron consumo riesgoso y de dependencia representaron el 11% (Alcaldía Mayor de Bogotá,2009).

El consumo de alcohol está relacionado con más de 60 condiciones negativas y lesivas, que van desde las que son el resultado de un consumo excesivo durante el embarazo y que afecta al feto (Bolet ,2003), a lesiones intencionales y no intencionales como caídas y accidentes de tránsito, y la asociación epidemiológica con el cáncer en diversos órganos.

Las intervenciones de tratamiento llevadas a cabo por los diferentes profesionales del área de la salud y de las ciencias sociales con personas que tienen problemas de adicción (Díaz, 2010) hasta hace poco tiempo se han orientado a la desintoxicación, el planteamiento de estrategias para alcanzar la abstinencia o el consumo moderado y evitar las recaídas, pero la recuperación desde la perspectiva que se evidencia en este documento no ha sido incluida de manera frecuente en los objetivos de los diferentes tratamientos.

## **Tabaco**

El consumo de cigarrillos constituye la principal causa aislada y evitable de morbi-mortalidad en España, originando más de 46.000 muertes al año; una de cada cuatro muertes producidas en hombres y una de cada cincuenta producidas en mujeres, lo que representa el 14% de la mortalidad general prematura (González, et. al., 1997).

La mitad de las personas que fuman van a morir a consecuencia de alguna enfermedad atribuible al tabaco y el 50% lo hará durante su vida activa perdiendo entre 20 y 25 años de vida (Peto, et. al., 1992).

Las personas que dejan de fumar viven más tiempo y con una mejor calidad de vida que las personas que siguen fumando, alcanzándose estos beneficios a cualquier edad en que se abandone el consumo (USDHHS, 1990; CDC, 1991).

### **Síndrome de dependencia**

Según el DSM-IV-TR (2005) la dependencia de sustancias se define como un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por lo menos por 3 de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por la necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado ya que el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por el síndrome de abstinencia característico para la sustancia donde la persona necesita tomar la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía y existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
4. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia, con una reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia

5. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera) (Pág.142, 143).

### **Síndrome de abstinencia**

Como síndrome de abstinencia nos referimos al conjunto de signos y síntomas, tanto físicos como psíquicos, que aparecen al descender o abandonar de forma brusca el consumo de una droga. El síndrome de abstinencia implica una respuesta fisiológica y psicológica a la supresión de la sustancia adictiva que un individuo ha venido consumiendo en forma de abuso y durante un periodo continuado en el que aparecen los síntomas antagónicos, la llamada imagen en espejo, a los que se producían con el consumo. Al mismo tiempo es conocido que el síndrome de abstinencia conlleva una conducta de búsqueda de la sustancia. Al reanudar el consumo el síndrome de abstinencia remite hasta desaparecer (Llopis, 2001).

La abstinencia se divide en tres tipos las cuales serán descritas a continuación:

- Abstinencia puntual: refleja la ausencia de consumo en un momento puntual en el tiempo. Los periodos mínimos de abstinencia que más se han utilizado han sido de 24 horas, 7 días y 30 días. Cuando el periodo de abstinencia es de una semana o menos presenta la ventaja de que puede ser validada a través de mediciones biológicas (Benowitz, 1983).

- Abstinencia continua: Ausencia continuada de consumo desde la realización de algún tipo de tratamiento o algún evento significativo.

- Abstinencia prolongada: se considera abstinentes prolongados a aquellas personas que no han fumado en un periodo prolongado de tiempo (6-12 meses) aunque el inicio no coincida con una intervención o evento significativo. ( Velicer, et. al., 1992)

### **Fases del síndrome de abstinencia (Gawin y Kleber 1986).**

1º Fase: “Crash”, dura de 9 horas a 5 días

Rápida aparición de los síntomas de abstinencia dando comienzo a la fase de bajada o “crash”. Se divide a su vez en tres subfases, diferenciadas fundamentalmente por la diferente intensidad del craving en cada una de ellas.

Temprana: de 6 a 20 horas: Agitación, depresión. Anorexia, intenso deseo de cocaína.

Media: 6 a 20 horas: Fatiga, depresión, anhedonia, Irritabilidad, Cefaleas, Mialgias difusas, Insomnio con letargia, No deseo de cocaína.

Tardía: De 3 a 5 días: Agotamiento físico, Hipersomnia con despertar frecuente, Intensas cefaleas, Hiperfagia, Nulo deseo de cocaína.

2ª Fase. Abstinencia. Dura de 1 a 10 semanas.

Temprana: Normalización del ritmo de sueño, normalización del estado de ánimo (eutimia), baja ansiedad, bajo deseo de cocaína.

Media y tardía: Disforia, anhedonia, anergia, incremento de ansiedad, irritabilidad, intenso deseo de cocaína, “craving”, sucesos condicionantes que exacerban el deseo de cocaína.

3ª Fase. Extinción:

Duración indefinida: Eutimia, respuesta hedónica normal, recuerdo de los efectos agradables de la cocaína, deseo periódico de cocaína en relación con estímulos condicionados.

Desliz: Según Ossip-Klein y colaboradores (1986) un desliz es un episodio de no más de una semana de duración en el que el sujeto fuma al menos una calada al día después haber permanecido abstinentemente al menos 24 horas.

### **Síndrome de recaída**

Según Ossip-Klein, et al., (1986) la recaída se produce cuando el patrón de consumo descrito se mantiene durante más de 7 días consecutivos. Otras investigaciones, sin embargo, insisten en la necesidad de considerar en la definición de recaída tanto el factor duración como el factor de tasa de consumo. Así Shiffman, et al., (1996a) proporcionan una definición alternativa en la que incluyen las dos variables: la recaída se produce cuando después de un periodo de abstinencia de al menos 24 horas existe consumo entre cinco o más veces al día durante tres días consecutivos (Shiffman, et al., 1996b).

A continuación, se describirán los modelos explicativos de las recaídas que se centran en los que analizan el proceso de la recaída y los mecanismos que la desencadenan:

### **Modelos del proceso de recaída**

Se han descrito tres modelos del proceso de recaída: acumulativo, episódico e interactivo. Aunque difieren entre sí todos conceden especial importancia a las fluctuaciones a través del tiempo de la predisposición a la recaída (PR). La PR se define como el riesgo a recaer en un momento determinado (Ossip-klein, et al., 1986)

Modelo acumulativo: Propone que los cambios en la PR se producen de forma continua. Concede especial relevancia a determinadas variables predisponentes que



tendrían un impacto acumulativo. Por ejemplo la recaída puede ocurrir cuando los niveles de estrés superan un determinado umbral. Enfatizan el estudio basal de estas variables. En este modelo se basan los estudios que predicen la recaída a través de las variables de personalidad (Ockene, et. al., 1982).

- Modelo episódico: Considera la PR como estable hasta que un evento repentino precipita la recaída. El cese de la abstinencia puede ocurrir como consecuencia de que este evento haga que la PR supere un determinado umbral. Está implícito en los estudios que analizan los episodios de recaída. (Marlatt, y Gordon, 1985; Shiffman, 1986; Baer y Lichtenstein,1988).
- Modelo interactivo: Representa una combinación de los modelos anteriores. Como el modelo episódico admite que la recaída es precipitada por un evento agudo que lleva a la PR a superar un determinado umbral. A su vez admite cambios continuos en la PR como antecedentes fundamentales para que junto con los eventos puntuales se produzca la recaída. Hay escasez de trabajos empíricos que utilicen este modelo.(Ossip-Klein, et.al., 1986)

## **Drogodependencia**

La Asociación de Psiquiatría Americana hace una adaptación de la definición de adicción (Alan E. Kazdinuna, 2000), diciendo que es una —condición en la cual el cuerpo debe usar una droga para evitar síntomas de abstinencia física y psicológica.

La primera etapa de la Adicción es la dependencia durante la cual se búsqueda por la droga domina la vida del individuo. Un adicto desarrolla eventualmente tolerancia, lo que obliga a la persona a consumir dosis cada vez mayores de la droga para tener el mismo efecto.

Aunque el consumo puede comenzar de manera casual, el adicto comienza paulatinamente a frecuentar un entorno que le es propicio para conseguir su sustancia de preferencia. Por lo general la persona siente bienestar cuando comienza a drogarse y luego la obsesión por el consumo de la sustancia desemboca en situaciones problemáticas y perjudiciales que generan un sentimiento de desolación.

## **Craving**

El craving es una experiencia subjetiva que es señalada por los consumidores de distintas sustancias de abuso cuando no tienen la sustancia disponible o cuando están intentando mantener la abstinencia. El estudio del craving empieza a analizarse desde el área de investigación de los problemas con el consumo de alcohol. (Drummond, 2001; Pérez de los Cobos, Santis y Tejero, 1999).

En la actualidad conocemos que con el craving se producen cambios a nivel fisiológico; se activan una serie de estructuras relacionadas con las funciones emocionales, motivacionales y de conducta social: los núcleos caudado y accumbens, el tálamo, la amígdala, los córtex orbitario, frontal dorso-lateral, cíngulo anterior e insular (Guardia, Segura, Gonzalbo, Iglesias y Roncero, 2001).

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

Las definiciones clásicas coinciden en señalar que el craving es un estado subjetivo y motivacional-emocional, que es necesario pero no suficiente para explicar la conducta activa de consumo de drogas, y que es el responsable del inicio de una recaída en consumidores que permanecían abstinentes (Tiffany, 1990), En cambio, en la CIE-10 (1992), donde se define como un fuerte deseo o impulso a consumir una sustancia, sí se considera como un criterio diagnóstico

Tiffany (1990) propone un modelo cognitivo en el que craving y consumo son fenómenos independientes, y por lo tanto no hay una relación causal entre ambos. Considera que el consumo está controlado por procesos mentales automatizados y el craving por procesos mentales no automatizados; el deseo aparece cuando no hay disponibilidad de la sustancia. Así, si el sujeto no quiere dejar de consumir, el craving va a potenciar el consumo, la búsqueda de la sustancia. Pero si quiere dejar de consumir el craving va a interferir en ese deseo de mantener la abstinencia.

Merikle (1999) aporta un punto de vista diferente, el de la visión que tiene el consumidor del (fenómeno) del craving. En un estudio con 30 pacientes evalúa su experiencia con el craving y qué definición hacen del mismo. Los sujetos señalan que el craving está relacionado con “querer intensamente algo” y relacionan el consumo de sustancias y la recaída con la intensidad del craving; es decir, los propios pacientes establecen una relación causal entre craving y recaída. Este autor al evaluar la percepción que tienen los sujetos del fenómeno, considera que hay ocho dimensiones asociadas a la experiencia del craving: especificidad, intensidad, expectativas de resultados positivos, intención de consumo de la sustancia, pensamientos, síntomas físicos, emociones asociadas al craving y estímulos. Estos últimos los agrupa en afecto positivo o negativo, disponibilidad de la sustancia y ambiente, es decir, estímulos externos o internos al sujeto. Estos conceptos son fundamentales cuando se pretende describir el fenómeno del craving, pero como fenómeno subjetivo, su descripción va a variar en función de los individuos.

Las afirmaciones que hacen los sujetos indican que el craving se percibe de manera diferente entre los consumidores de cocaína y los de heroína o alcohol (Satel, 1992).

Weaver y Schnoll (1999) señalan dos tipos de craving, el anhedónico y el condicionado. El craving anhedónico es el deseo de consumo que aparece en una situación de aburrimiento, para sentirse mejor. El craving condicionado es el deseo de consumo que aparece ante un estímulo asociado a consumos previos. Este tipo es muy frecuente entre los consumidores de estimulantes porque reviven las experiencias agradables asociadas a su consumo.

### **Bases teóricas del comportamiento adictivo**

El estudio sobre de las bases teórica del comportamiento de un paciente adictivo se enfoca en tres principales elementos que es, el conductual, el cognitivo y el cognitivo-social

### **Teoría conductual**

La teoría conductual supone que el uso de drogas se desarrolla y se mantiene, en buena parte, por principios de aprendizaje, como el condicionamiento clásico y el operante. Para este enfoque, la conducta más que estar determinada exclusivamente por factores genéticos, es el resultado de la adopción de patrones aprendidos a lo largo de la interacción del organismo con el ambiente, por lo que es posible cambiar comportamientos y reaprender otros empleando los mismos principios que explican su adquisición (Staddon,2001). Una estrategia conductual del estudio de las adicciones se enfoca en la identificación de conductas observables y cuantificables en relación con acontecimientos del entorno, lo que se denomina un análisis funcional de

la conducta. Con este análisis se pueden conocer, de manera precisa, detalles de la frecuencia e intensidad del consumo y las condiciones bajo las cuales ocurre (Del Pozo e Iraurgi-Castillo, 2008).

### **Condicionamiento clásico**

El condicionamiento clásico, o condicionamiento Pavloviano, es un principio de aprendizaje que se explica a partir de la existencia de dos tipos de reflejos: los incondicionados (los cuales son innatos), que están formados por un estímulo incondicionado (EI) y una respuesta incondicionada (RI) y los reflejos condicionados (los cuales son adquiridos), formados por un estímulo condicionado (EC) y una respuesta condicionada (RC). El condicionamiento clásico es útil para explicar la adquisición, el mantenimiento, el tratamiento y la recaída en las adicciones (Chance, 2001). De este modo, de acuerdo con los principios asociativos del condicionamiento clásico, (como intensidad del EI, frecuencia de apareamiento, contigüidad y contingencia), la RC a la droga aumenta, lo que hace que el deseo por la sustancia permanezca aún después de la abstinencia.

Con frecuencia el RI se asocia de manera muy duradera y efectiva con otros estímulos presentes en el momento del consumo. Como resultado de esta asociación, los estímulos del contexto adquieren propiedades condicionadas (EC), dando lugar a RC. Las RC son parecidas a las RI del consumo y suscitan un estado de inquietud o deseo por consumir. Por ejemplo, se ha observado que la persona con dependencia, al hablar sobre el consumo, experimenta inquietud y deseo por la sustancia. Un EC que es fácil de identificar en los usuarios de drogas es el ambiente donde se consume, como pueden ser las señales condicionadas asociadas o bien a la presencia de un amigo o grupo de amigos con los que se consume, o bien a estar en la situación donde se ha consumido con anterioridad (Oropeza, 2003; Oropeza, Loyola, Vázquez, 2007).

Se han diseñado algunos tratamientos derivados del condicionamiento clásico para reducir el consumo de sustancias adictivas, los cuales se apoyan en técnicas puramente conductuales como el condicionamiento aversivo o la extinción de la conducta, como es el caso de la terapia de exposición a señales (Back, otros,2001; Chiriboga,2005, Pág. 19).

La primera técnica, también conocida como contracondicionamiento, consiste en hacer menos atractiva la relación estímulo-respuesta como resultado de aparear un reflejo aversivo al consumo. Una variante del contracondicionamiento, que puede utilizarse para aumentar la efectividad del tratamiento, es la sensibilización encubierta (Cautela, Rosentiel, 1979).

Esta técnica consiste en guiar imaginativamente una secuencia de eventos donde el usuario acostumbraba a consumir y aparear estos pensamientos a sensaciones desagradables, con la finalidad de inducir aversión por la sustancia (Llorente, 1990; Rimmele, Howard, Hilfrink, 1995). Esta estrategia es utilizada para manejar el deseo por consumir o craving.

La extinción, por su parte, representa otra manera de eliminar una conducta que fue adquirida a través de la asociación entre estímulos. La extinción se logra después de exponer en ocasiones repetidas el EC sin aparearlo al EI, hasta que pierda su valor condicionado (Klein, 1994).

### **Condicionamiento operante**

El condicionamiento operante, o condicionamiento instrumental, es otro principio de aprendizaje que establece la adquisición de asociaciones entre conductas particulares y sus consecuencias. Las conductas que se aprenden por este medio cambian en función de sus consecuencias, como puede ser: obtener una consecuencia agradable (refuerzo positivo), evitar una consecuencia aversiva (refuerzo negativo) o

sufrir una consecuencia negativa (castigo). De esta manera, la clase de conducta que es seguida por un reforzador se fortalece, mientras que, si es seguida por un castigo, se debilita (Skinner, 1953).

Se han desarrollado varias técnicas a partir del condicionamiento operante, útiles en tratamientos para usuarios de drogas. Una de ellas es el manejo de contingencias, donde se refuerza la conducta de no consumir y mantener la abstinencia, a través de fichas canjeables por privilegios (Higgins, Silverman, 1999). El contrato terapéutico es una herramienta basada en el condicionamiento operante, que puede ser útil para aumentar la adherencia terapéutica en la reducción del consumo. La acción de firmar el acuerdo hecho entre el usuario y el terapeuta es un ritual significativo para mantener un mayor compromiso del adicto (Bosch, Abba, Pictor, Garner, 2007). El incumplimiento del contrato supone una consecuencia negativa (castigo-sanción) y el cumplimiento, un refuerzo (gozar de algunos privilegios; por ejemplo: distanciamiento de los controles de consumo).

Otra alternativa del empleo del condicionamiento operante es diseñar y reforzar planes de acción alternativos al consumo. Se propone reforzar actividades recreativas incompatibles con el consumo reorganizando el ambiente de la persona. En definitiva, desde estos presupuestos, la relación positiva que establece una persona entre el uso de cocaína y la destreza de su desempeño social es un patrón conductual aprendido que puede modificarse durante el tratamiento al cambiar las consecuencias que refuerzan la conducta (Klein, 1994).

### **Teoría cognitiva**

Este paradigma centra su atención en los pensamientos, las actitudes y las creencias que influyen en la conducta y, a su vez, regulan la relación entre el estímulo evocador del consumo y sus consecuencias (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999).

El término cognición se refiere al conocimiento e interpretación que las personas poseen o realizan sobre el ambiente, y cómo sus «expectativas y creencias controlan su comportamiento. En este sentido, se entiende por expectativa aquella representación mental de las contingencias entre acontecimientos ambientales (Anderson, 2001).

La terapia cognitiva parte de la premisa de que los trastornos adictivos se producen y mantienen debido principalmente a una serie de cogniciones subyacentes distorsionadas y a distintos errores en el procesamiento de la información. El tratamiento se orienta a modificarlos pensamientos y creencias erróneas de la persona y a enseñarle técnicas de autocontrol. Hay, al menos, tres tipos de creencias adictivas pertinentes en las personas con abuso de sustancias (Gálvez, Guerrero, 2008): a) creencias anticipadoras: comprenden expectativas de recompensa; b) creencias orientadas hacia el alivio: suponen que el consumo acabará con un estado de malestar, y c) creencias facilitadoras o permisivas: consideran que tomar drogas es aceptable.

Al mismo tiempo, el terapeuta entrena al paciente para que evalúe y considere las formas en que su pensamiento erróneo produce estrés y angustia. Le ayuda a modificar estos pensamientos de forma que pueda conseguir una mayor comprensión de sus problemas reales y desarrollar creencias de control, esto es, creencias que disminuyen la probabilidad de tomar drogas o abusar de las mismas. El objetivo de la terapia cognitiva es facilitar el proceso mediante el cual las creencias de control del paciente acaban siendo más influyentes que sus creencias sobre la adicción. (Del Pozo e Iraurgi-Castillo, 2008).



## **Teoría cognitiva-social**

La teoría cognitiva-social (TCS) tiene en cuenta tanto los acontecimientos externos, en los cuales se centra el condicionamiento clásico, como las contingencias de reforzamiento, relevantes para el condicionamiento operante, basándose en el principio de determinismo, donde el ambiente, la conducta y la cognición se afectan de manera recíproca (Bandura,1986).

La teoría cognitiva social estudia las relaciones particulares donde intervienen la observación, la memoria, la reproducción de lo que se observa y las expectativas derivadas de la experiencia. Esta teoría ha ganado auge porque además de la experiencia tiene en cuenta el contexto social en el que la persona se desarrolla y la propia individualidad. El simple hecho de observar a un modelo nos da la pauta para imitar su comportamiento. Este proceso se denomina «modelado» y es la base del aprendizaje social. (Del Pozo e Iraurgi-Castillo, 2008).

En el caso de las adicciones, su éxito se atribuye a la modificación de las expectativas que tiene el usuario sobre el consumo de drogas al observar un modelo. El estatus del modelo, la interacción con el mismo o el afecto del observador por el son factores que disponen al organismo a aprender selectivamente y que mejoran el aprendizaje vicario<sup>31</sup>. Los factores que pueden afectar al modelado, además de las diferencias individuales, son las conductas de otras personas que siguen a la respuesta del modelo, los propios procesos de atención, la capacidad de retención del observador y la práctica encubierta de las respuestas de los modelos (Pear,1995).

Dos vertientes del proceso de modelado de las conductas adictivas son la expectativa de resultado y la autoeficacia. Mediante la expectativa de resultado, los usuarios de drogas tienden a considerar que el consumo es lo único que puede ayudarles a mejorar su estado de ánimo o a enfrentar situaciones sociales desafiantes (Abrams y Niaura, 1987).

La autoeficacia del consumidor está relacionada con la capacidad o confianza percibida de realizar una determinada tarea; como rechazar de manera asertiva una invitación para consumir. Respecto a las adicciones, la expectativa de resultado y la autoeficacia son el resultado de experiencias concretas del consumo (Abrams y Niaura, 1987).

### **Adherencia al tratamiento**

De las Cuevas, Peñate y de Rivera (2014) comprobaron que existe una congruencia entre lo que los pacientes prefieren y sus experiencias con el nivel de participación de los mismos en las decisiones que se toman con respecto a su tratamiento, que correlaciona con la adherencia al tratamiento. La falta de adherencia al medicamento prescrito hace que se obstaculice de manera significativa el éxito del tratamiento. Sabaté (2004) y De las Cuevas (2015) confirmaron que esto se asocia a que los resultados del tratamiento sean malos, a que haya un mayor número de recaídas, y por tanto un mayor aumento del coste económico en el sistema sanitario. Según Sabaté (2004) la adherencia al tratamiento está formada por múltiples factores que pueden combinarse entre sí y hacer que el paciente no se adhiera al tratamiento como pueden ser el equipo de cuidados en salud, los factores relacionados con el sistema, los factores relacionados con la condición, las características de las terapias y las características de cada paciente.

De las Cuevas y Sanz (2016) llegaron al término “concordancia”, en el que el médico y el paciente acuerdan y dan su punto de vista antes y durante el tratamiento para que, con una total confianza, se llegue al punto de una adherencia no sólo en una dirección. Se debe tener en cuenta los valores y preferencias de los pacientes antes de comentar el tratamiento para que éste pueda entenderlo y así mejorar la adherencia.

Según De las Cuevas, Peñate y Sanz, (2014) que las personas que presentan una mayor adherencia al tratamiento se debe mayoritariamente a las creencias y actitudes del paciente antes que a las variables objetivas como son las variables sociodemográficas como pueden ser la edad, el género, el nivel de educación, etc. También correlaciona la gravedad de la enfermedad, pero sin datos definitivos de si es exclusivamente por esta gravedad o por un cúmulo de factores externos.

### **Apoyo familiar durante el tratamiento**

Se reconoce, en todos los casos, a la familia y al entorno social como un grupo causal relevante para los trastornos por uso de sustancias psicoactivas, la importancia de la estructura y el soporte familiar, en la recuperación sostenida y de largo plazo en esta problemática (Barret y Turner, 2006; Liddle, 2004; Risberg y Funk, 2000).

Pueden encontrarse situaciones extremas, en las cuales la familia ha perdido toda la credibilidad en la posibilidad de recuperación de su familiar, que genera una posición negativa y de rechazo inicial a la posibilidad de éxito en el tratamiento (Szapocznick et. al., 1988), por tal razón es importante se busque recuperar los procesos críticos afectados de la relación familiar, tales como la autoridad, la comunicación y la afectividad (Hoffman, 1993; Hundleby y Mercer, 1987; Zapata y Segura, 2007).

La familia debe convertirse en soporte importante para la atención del problema del consumo y adicción a las drogas, integrándose de manera decidida desde el inicio del tratamiento y participando de manera activa en las diferentes intervenciones terapéuticas que se realicen. Cuando la familia está orientada al restablecimiento de la armonía en las relaciones y conoce del proceso de la adicción a las drogas y se involucra en el tratamiento, el individuo con problemas de abuso de drogas tiene un

mejor pronóstico de recuperación. En el caso que el paciente regresa a su hogar, la familia debe estar en capacidad y disposición de hacer uso de las herramientas adquiridas durante el tratamiento, asumiendo actitudes y comportamientos que ayuden al mantenimiento de los logros alcanzados, por ejemplo cambios en la solidaridad, normas en el hogar, figuras de autoridad que respaldan opiniones, actitudes y medidas disciplinarias decididas por el paciente, manejo adecuado de conflictos, y definir correctamente los roles de cada integrante de la familia. La familia debe vincularse a redes de apoyo que le brinden acompañamiento y soporte en el proceso de recuperación posibilitando su individuación, iniciativa, espontaneidad y autonomía en el proceso de rehabilitación, las cuales se dan redefiniendo el rol del individuo, facilitando su participación en la toma de decisiones y asunción de responsabilidades. La familia debe recibir educación sobre las señales de alerta de posibles recaídas del paciente, que le permitan actuar de manera proactiva, para prevenirlas y aceptarlas cuando ocurran, como parte del proceso de recuperación. La familia requiere un proceso educativo para manejar conceptos de recuperación y recaída en el consumo de drogas (Vanegas, 2009).

### **Entrevista motivacional**

El terapeuta debe estimular y orientar al paciente hacia una reevaluación interna de su situación (con todos los pros y contras tenidos en cuenta). El terapeuta intenta crear una atmósfera en la cual el paciente se motive a sí mismo, siendo más consciente de su comportamiento, así como de la naturaleza y seriedad de las consecuencias de dicho comportamiento. El paciente debe ser más consciente de los motivos que le han llevado al inicio y mantenimiento de dichos comportamientos, de las contradicciones que aparecen y de las posibilidades que existen para el cambio y descubra su propia disponibilidad hacia el tratamiento, las propias razones por las cuales acude y las expectativas de éxito o de fracaso en el mismo (Del Pozo e Iraurgi, 2008).

Las intervenciones se basan en cinco principios básicos empezando por expresar empatía, crear la discrepancia entre el consumo y una situación más saludable provocando una reflexión, evitar confrontaciones, manejar la resistencia intentando cambiar las percepciones del adicto de una manera sugerida más que impuesta, fomentar la autoeficacia (Van Bilsen y van Emst, 1989).

Los cinco principios se aplican respectivamente en las tres fases de la entrevista. Inicia con la fase de elicitación donde la tarea del terapeuta es la de hacer suscitar (licitar) afirmaciones automotivacionales. Esto se basa en el principio de la atribución: crees realmente lo que dices. Dichas afirmaciones automotivacionales son palabras que indican el grado de conciencia que el paciente maneja respecto a su problema con las drogas (cogniciones), el grado de preocupación respecto a dichos problemas (emociones) y el grado de reconocimiento de la necesidad de cambio de estilo de vida (conducta). El terapeuta debe obtener el permiso del paciente para ‘entrometerse’ en su vida, intentando motivar para que vuelva a la sesión siguiente estableciendo un mínimo contacto con él.

La segunda fase es de información donde el terapeuta y el paciente inician una búsqueda activa de información. La información a recoger incluye aspectos de su adicción, duración, datos sobre su salud, situación social, familiar y psicológica. Con la información, el paciente puede decidir si tiene suficientes razones para estar preocupado acerca de su situación. Es el paciente quien tiene que llegar a dicha conclusión.

Y la última fase es de negociación, en la cual después de haber llegado a una decisión: ¿Quiero continuar o quiero cambiar? Es el paciente quien tiene que decidir si el cambio debe ser conseguido, qué cambios y mediante qué estrategias se van a conseguir. El terapeuta se asegura de que el paciente adquiera toda la información necesaria (Van Bilsen, y van Emst, 1989).

En este contexto, para entender el proceso de cambio terapéutico, Prochaska y DiClemente (1983) suponen que la motivación es un proceso que guía el cambio en las personas. La motivación tiene una forma cíclica que todas las personas recorren antes de lograr la estabilización de su meta.

### **Factores psicológicos**

Entre los factores psicológicos en el consumo de sustancias psicoactivas se encuentran la autoestima, las alteraciones psicológicas, los comportamientos perturbadores, el autocontrol, las habilidades sociales, emocionales, de afrontamiento y enfrentamiento, los preconceptos y la valoración de las sustancias psicoactivas, las creencias religiosas y el maltrato, entre otros( Varela, Cáceres, y José, 2010).

La baja autoestima, vinculada a la autoeficacia o sentimiento de ser competente y hábil, es de gran importancia para que una persona se sienta capaz de negarse al consumo de sustancias psicoactivas (Gutiérrez- Baró y Aneiros-Riba, 1999).

La presencia de alteraciones psicológicas como ansiedad, depresión y estrés, asociadas al consumo de las sustancias psicoactivas constituyendo una forma fácil y rápida para experimentar sensaciones placenteras, modificar los sentimientos asociados al malestar emocional, reducir los trastornos emocionales, mitigar la tensión y el estrés y afrontar los cambios y presiones del entorno gracias a sus efectos sobre el sistema nervioso (Galaif, Sussman, Chou y Wills, 2003; Gutierrez-Baró y Aneiros-Riba, 1999; Marmorstein y Iacono, 2003; Shrier, Harris, Kurland y Knight, 2003; Silberg, Rutter, D'Onofrio y Eaves, 2003; Stice y Shaw, 2003; Wu, Lu, Sterling y Weisner, 2004).

Los comportamientos perturbadores, que incluyen aquellas conductas que socialmente son molestas para los demás y que sugieren una predisposición hacia la

inconformidad, un alto grado de impulsividad, desafío de figuras de autoridad y normas y oposición generalizada (Fundación BACC, 2004; Sue, Sue y Sue, 1996). Se ha encontrado que estos comportamientos representan una mayor vulnerabilidad para el consumo de sustancias psicoactivas (National Institutes of Health – NIH, 2003; Best *et al.*, 2004; Ernst *et al.*, 2003; Latimer, Stone, Voight, Winters y August, 2002; Marmorstein y Iacono, 2003; Shrier, *et al.*, 2003).

### **Intoxicación Aguda**

Desde el punto de vista médico la intoxicación se define como un estado de envenenamiento por exposición a un fármaco u otra sustancia tóxica. Concepto que remite a una situación de disconfort o reacción desagradable y perjudicial del organismo tras la exposición a la droga.

En cambio las primeras descripciones de la intoxicación cocaínica (Aschenbrandt, 1883; Mantegazza 1859) remiten a los efectos fisiológicos percibidos más que a un cuadro de intoxicación.

## **TIPO DE REACTANCIA PSICOLOGICA**

### **Reactancia**

Brehm (1996) define a la reactancia como un estado motivacional dirigido a la restitución de comportamientos autónomos de la persona cuando éstos resultan amenazados. En estas situaciones puede activar algunas reacciones alternativas, tales como conductas de oposición, realización de algún comportamiento que se asemeja al restringido, reaccionar agresivamente o mostrar una mayor adhesión al comportamiento amenazado.

La reactancia estaría asociada positivamente con ciertas variables de la personalidad, tales como la independencia, la autonomía y la dominancia, mientras que lo estaría negativamente con la tolerancia y el espíritu gregario (Dowd y Wallbrown, 1993; Dowd y col. 1994).

Cuellar, Fernández y Díaz, (2010) menciona que la reactancia es una reacción emocional en contradicción directa con las normas o reglamentos que intentan poner en peligro o eliminar las libertades concretas de comportamiento Guerra y Martínez (2017) definen a la reactancia psicológica como una reacción afectiva aversiva que surge en el individuo cuando su autonomía se ve limitada o amenazada. La libertad de cada persona de poder escoger libremente cómo y cuándo llevar a cabo una conducta y la medida en que cada persona tiene conocimiento de esa libertad, influyen en que se genere la reactancia psicológica. Cuando la persona ve amenazada o reducida su capacidad de elegir sobre una conducta, se produce una activación que va en contra de la motivación. El miedo a que se produzca una pérdida más grande de libertad es lo que lleva a la persona a la agitación para poder restablecer la libertad amenazada.



La reactancia psicológica se puede explicar por medio de cinco variables que son la expectativa de libertad, la fuerza de la amenaza, la importancia relativa de la libertad, la implicación de otras libertades y la legitimidad de la amenaza.

Las amenazas a la libertad, que pueden variar desde un mínimo hasta un máximo: la libertad se va amenazada parcial o completamente; la variable de la libertad que se define por aquellos factores externos que influyen en la amenaza; la importancia de la libertad, cuando las opciones de la misma están relacionadas con la satisfacción de necesidades importantes y finalmente se encuentra la influencia social, la respuesta será contraria a ésta influencia (Guerrero, y Perozo,2009).

Se puede concluir que la teoría de la reactancia psicológica permite explicar la aparición de comportamientos encaminados a la restauración de una condición previa cuando se anula la posibilidad de ejercer control sobre el entorno mediante una clase de comportamientos determinados que habían sido efectivos (Peña, 2004).

### **Principios básicos de la reactancia- conceptualización**

Hace algunos años, a falta de conocimiento sobre los procesos psicológicos subyacentes de la reactancia, esta no se podía medir de manera directa, sino que su presencia se infería a través de los resultados o consecuencias específicas tales como: los efectos boomerang, el desacuerdo, la evaluación negativa del mensaje y la derogación del emisor del mensaje (Burgoon et al., 2002; Grandpre et al. 2003; Silvia, 2005). Conjuntamente con Dillard y Shen (2005), analizaron la génesis de la reactancia partiendo de las aportaciones de otros autores sobre la reactancia como respuesta cognitiva (Petty y Cacioppo, 1986), como respuesta emocional (Nabi, 2002) y sobre el modelo de procesos paralelos (Leventhal, 1970). Dillard y Shen (2005), compararon en su estudio cuatro modelos diferentes de la conceptualización de la reactancia:

- 1) Reactancia modelada solo como cognición negativa (Single process cognitive model)
- 2) Reactancia modelada solo como la ira (Single process affective model)
- 3) Reactancia modelada por la cognición negativa y la ira, dos procesos que suceden paralelamente y por tanto se pueden distinguir (Dual process model)
- 4) Reactancia modelada como amalgama de la cognición negativa y la ira, que son tan entrelazadas que deberían considerarse como indicadores subyacentes de un único concepto (Interwined process model).

Al estudiar conceptualización antes descrita los autores tiene como resultado que el mejor modelo es Interwined process model, ya que la misma se ajusta a los datos comparado con otros tres modelos. Demostrando que el estado de reactancia se podía medir directamente empleando dos medidas: de las respuestas cognitivas negativas y de la ira. (Dillard y Shen ,2005),

Las respuestas cognitivas negativas suponen una serie de pensamientos negativos de los receptores relativos al mensaje, obtenidos mediante la técnica de listado de pensamientos posteriormente a la exposición de un mensaje. Aquellas respuestas que expresaban el desacuerdo con el mensaje, la falta de intención de obedecer la recomendación del mensaje, la intención de practicar el comportamiento de riesgo y la derogación del emisor, fueron codificadas como respuestas cognitivas negativas (Dillard y Shen, 2005, p. 154).

La ira se establece sobre los niveles de irritación, enfado, molestia y exasperación provocados por el mensaje persuasivo (Dillard y Peck, 2000).

### **Activación de la reactancia**

Como un prerrequisito para que las personas reaccionen frente a la amenaza o eliminación de su libertad, se debe tener en cuenta la consciencia o simplemente las

expectativas de la posesión de la libertad de elección de ciertos comportamientos, y la creencia de la competencia propia para realizarlos de una manera responsable (Brehm,1981).

La Reactancia psicológica no se manifiesta cuando las personas se sienten inseguras o controladas por eventos externos (Brehm, 1981), la activación de la reactancia guarda una proporción directa con la extensión de las limitación impuestas a la conducta del individuo, la aparición e intensidad de la activación de la reactancia (arousal), depende del grado similar que la conducta suprimida guarde con las alternativas disponibles para el sujeto. El arousal es una activación general fisiológica y psicológica del organismo que controla la alerta, la vigilia y la activación (Estévez, García, y Junqué, 1997).

Se debe tomar en cuenta que la reactancia psicológica aumenta con la intensidad de amenazas, lo cual implica que cuanto más autoritarios y prohibitivos sean los mensajes persuasivos, mayor reactancia habrá (Stanojlovic, 2015).

### **Restauración de la libertad en la reactancia**

La restauración se puede dar de dos maneras, ya sea manteniendo su actitud inicial o cambiándola en la dirección contraria a la del mensaje persuasivo (Brehm, 1966; Brehm y Brehm, 1981). La primera opción es una restauración directa de la libertad amenazada supone ejecutar exactamente el comportamiento restringido, ejerciendo de esta manera el efecto boomerang (Clee y Wicklund, 1980; Quick y Stephenson 2007b, 2008). Pueden manifestar su independencia mediante el comportamiento, cognitivamente o emocionalmente, realizando el comportamiento en cuestión, pensando favorablemente sobre él y/o desarrollando las emociones positivas hacia él (Brehm, 1966).

Y la segunda opción es restaurar su libertad de manera más indirecta realizando el comportamiento parecido al censurado en carencia de acceso u oportunidad de realizar este (Quick y Stephenson (2007b) “boomerang relacionado”, o simplemente ejercer su libertad relacionándose con otros que llevan a cabo la conducta prohibida, como forma de la restauración vicaria o “boomerang vicario” (Quick y Stephenson, 2007b).



**Gráfico #1. Reactancia psicológica proceso**

**Fuente: Datos bibliográficos**

**Elaborado por: Danna Alejandra Cevallos Pérez**

### **Componentes fundamentales de la reactancia**

Wortman y Brehm (1975) en la teoría de reactancia psicológica describen cuatro componentes fundamentales, los cuales se describirá a continuación:

1) Expectativa de libertad: Explica que el sujeto solo experimenta reactancia si cree que tiene cierto nivel de libertad. Existen diversas maneras para que el individuo sienta que es libre para comportarse de cierta manera, ésta creencia viene determinada por la experiencia anterior debido a que ha ejercido esa libertad en el pasado, lo infiere mediante la observación de otros o porque está garantizado en la ley.

2) Fuerza de la amenaza: Propone que la pérdida de la libertad produce más reactancia que la amenaza de pérdida; cuanto mayor sea la amenaza, mayor cantidad de reactancia se activará, produciéndose la máxima reactancia cuando la libertad sea totalmente eliminada. Así mismo, puede activarse reactancia cuando se observa a alguien que experimenta amenazada su libertad.

3) Importancia de la libertad: mientras más importante sea una libertad para la persona, mayor será la reactancia psicológica que experimente cuando esta se amenazada o eliminada, es decir es una valoración subjetiva de la libertad, a mayor valoración subjetiva, mayor nivel de reactancia. Es importante el grado que puede llevar a la satisfacción de necesidades que son necesarias para la vida de la persona.

4) implicaciones para otras libertades: la reactancia experimentada también depende de que el sujeto piense que la amenaza tiene implicaciones para su conducta a futuro. Se activará mayor reactancia cuando se vean implicadas por una amenaza, mayor número de libertades.

### **Efectos de la reactancia psicológica**

Worchel y Arnold (1973) confirmaron que los cambios en el atractivo del resultado crean un incremento en la motivación de la respuesta que se dirige a restaurar la libertad que ha sido amenazada; dado el nivel de reactancia, la motivación para restablecer la libertad aumenta en consecuencia. Esta respuesta puede surgir

incluso si los individuos no son conscientes de este estado afectivo. Si se fuerza la persistencia en una respuesta que se rechazaba, el valor motivacional de ésta disminuye.

A este carácter se añade la dedicación a la conducta amenazada. Y una vez amenazada o eliminada la libertad de un sujeto para llevar a cabo cierta conducta, es de esperar que el mismo emplee recursos para la restauración de la misma. se pueden presentar sentimientos hostiles y agresivos hacia las personas responsables de la privación o eliminación de la libertad; y finalmente tras la restauración de la libertad, el valor motivacional de la respuesta volvería a su estado inicial (Guerrero, y Perozo,2009).

Por otro lado, Worchel y Brehm (1971), indican que si se restaurase la libertad del individuo, la atracción de la alternativa retornaría a su nivel inicial, anterior a la amenaza. Pese a ello, Wells y Schwarz (1984) encontraron en sus experimentos que cuando se restauraba, de modo inmediato, la libertad amenazada no se daban efectos significativos de reactancia. Además, si la restauración se presentaba con cierta demora, los efectos de reactancia se atenuaban, pero no se eliminaban como previamente habían sugerido Worchel y Brehm (1971).

### **Evidencia experimental de la reactancia psicológica**

En cuanto a estudios antes realizados podemos resaltar que las mujeres parecen presentar un mayor efecto de reactancia (Brehm, 1966). Al mismo tiempo, la autoestima, es un factor importante debido a que los sujetos de alta estima perciben un mayor control que los de baja autoestima; el autoestima del individuo podría influir en su comportamiento en circunstancias inductora de reactancia, exhibiendo más reactancia los sujetos de autoestima alta (Dweck, 1975).

Así mismo, Brehm (1966) refiere que los sujetos con el patrón de conducta Tipo-A, presentan mayores niveles de reactancia y una mayor sensibilidad a los intentos de dominación, como lo identifica Friedman y Rosenman (1959), como un conjunto de características, actitudes y comportamientos relacionados con la impaciencia, un estado hiperalerta, la hostilidad, el espíritu competitivo, energía desbordada, la inquietud, la ambición, así como la alta preocupación por los resultados.

Otro estudio comparativo revela que las respuestas cognitivas negativas y la ira, son empíricamente inseparables en la formación del estado de reactancia (Dillard y Shen (2005).

Un estudio empírico realizado por Bensley y Wu (1991) mostró que los mensajes amenazantes producen la evaluación del mensaje mucho más negativa y más intenciones de beber alcohol entre los bebedores fuertes comparado con los consumidores más moderados, dando como resultado que cuanto más importante o atractiva sea la libertad de cierto comportamiento, más reactancia producirá su amenaza o eliminación (Brehm y Brehm, 1981).

### **Teorías relacionadas**

Abramson y Seligman (1978) llaman indefensión aprendida al patrón conductual resultante de la exposición a estimulación aversiva incontrolable. También señala como elemento clave de la indefensión aprendida, el concepto de expectativa de control, ya que el valor real de la contingencia entre conducta y resultado es una propiedad del ambiente y no del sujeto.

La teoría de la indefensión aprendida permite entender los efectos motivacionales que provoca en los sujetos la ausencia de control sobre un estímulo, al interactuar con el mismo, pero no explica por qué en determinadas ocasiones los sujetos responden con un incremento en su actividad, ante la ausencia de control.

Complementando lo anterior, Wortman y Brehm (1975) trataron de integrar los resultados de la teoría de la indefensión aprendida y la reactancia psicológica, explicando que cuando una situación es incontrolable, los sujetos con una alta expectativa de control reaccionarán con reactancia durante un tiempo. En caso de que la condición de incontrolabilidad se mantenga durante más tiempo, los sujetos comenzarán a experimentar indefensión. Por otra parte los sujetos con baja expectativa de control, mostrarán síntomas de indefensión sin mostrar reactancia

### **Reactancia psicológica y las intervenciones terapéuticas**

En 1981 Brehm sugirió que la reactancia psicológica podría influir en las intervenciones terapéuticas, en tanto conformaría una característica del paciente interviniente en la consulta (Dowd, Milne, y Wise. 1991). En efecto, hay muchas oportunidades de activar la reactancia no solamente en los tratamientos psiquiátricos y psicológicos, sino también en la clínica, como resultado de prescripciones, prohibiciones, y presiones para realizar determinadas actividades o interrumpirlas, seguir una dieta o proscribir sustancias. Las prescripciones farmacológicas de los psiquiatras también pueden suscitar oposición y no es infrecuente la negativa, interrupción o reducción unilateral de las dosis por parte de los pacientes (González, y Hernández, 2016).

La reactancia puede ser activada particularmente en la terapia cognitiva comportamental, si bien el problema de la reactancia en la práctica no ha sido tenido en cuenta más que en forma secundaria por los terapeutas del comportamiento (Hersen, 1971). En cualquier caso la reactancia elevada podría llevar a una interrupción prematura del tratamiento.



Seibel y Dowd (1994) han encontrado una correlación positiva entre estas dos variables. Por tanto, existe una relación directa entre la autonomía del paciente y la reactancia psicológica, de forma que desde el momento en el que el paciente pueda ver condicionada su autonomía, va a reaccionar reclamándola.

Las personas con alta reactancia tienden a tener un estilo de cambio centrado en sus propios recursos, decisiones personales e iniciativas propias, marcada necesidad de independencia, auto suficiencia, falta de conformidad y tolerancia, rebeldía, desconfianza y rechazo de la autoridad (Grandpre et al., 2003; Quick y Stephenson, 2008; Miller y Quick, 2010), mientras que las personas con baja reactancia a menudo buscan ayuda para conseguir sus objetivos (Guerra y Martínez, 2017).

Según González y Hernández (2016) las sugerencias que se dan para llevar a cabo las recomendaciones médicas pueden producir reactancia, es decir, que el médico proponga un tratamiento ante un problema o enfermedad, lo que puede llevar a que los pacientes no sigan el tratamiento que se les ha mandado por el hecho de que esa falta de autonomía al elegir su propio tratamiento le reste libertad.

La reactancia psicológica puede ayudar a entender la implicación de los pacientes en comportamientos de salud que promueven el enfrentamiento con los síntomas, la adherencia al tratamiento y la prevención de recaídas (Guerra y Martínez, 2017).

## JUSTIFICACIÓN

La actual investigación tiene suficientes argumentaciones que motivaron a una búsqueda bibliográfica exhausta, junto a un trabajo de campo de algunos meses que permite analizar de mejor manera la investigación y los cuales ampliamente se los describirá a continuación.

En primer lugar la reactancia psicológica es poco conocida a nivel en general de la población ecuatoriana, como en profesionales de la salud mental, por tal razón no existen investigación actuales sobre dicho tema, ni mucho sustento bibliográfico, de igual manera es limitada la información en aulas por los docentes, siendo un tema que explica en parte el comportamiento del individuo ante situaciones donde el individuo sienta que su libertad está siendo arrebatada por las demás personas, en especial aquellas personas con un grado de autoridad y poder superior.

Otro punto importante es el limitado número de opciones en cuanto a los reactivos que midan a la reactancia psicológica y sus características, siendo un dato que nos brinda la apertura para realizar más investigaciones en el campo psicométrico.

La reactancia psicología está presente en muchas de funciones de un psicólogo ya en el trabajo de campo, por ejemplo una de ellas es el manejo de grupos, ya sea al momento de dar indicación al grupo en general o al indicar las reglas de los talleres. Pero no solamente en el área de psicología social, ya que en psicología infantil también es necesario un adecuado manejo de la prohibición por ejemplo frases tan comunes como no corras, no salgas, no rompas, entre otras, no son captadas de la mejor manera ya que se bloquean las conexiones químicas neuronales que producen satisfacción, y claramente a esta prohibición pueden asociarse conductas de cuestionamiento o transgresión, en el área clínica al dar indicaciones sobre el proceso

psicológico que se va a llevar a cabo con el paciente, o como el indicador de las situaciones que el paciente encuentre complicación en su vida, en el área organizacional se podría disponer en el uso de reglas o limitaciones con las que se maneje en la institución empresarial brindando un mejor ambiente laboral.

Al intervenir la reactancia psicológica en procesos con paciente drogodependientes como una de las posibles razones por las cuales el individuo continúe en el consumo de sustancia psicoactivas, o como inicio de consumo ya que como bien se conoce estas sustancias son etiquetadas socialmente como prohibidas o con limitaciones para su consumo, ya sea por la edad de inicio, prohibición de venta y compra, la prohibición por parte de la familia, la escuela y la sociedad en general, recalcando el consumo para aquellas personas con reactancia psicología de tipo alto.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Identificar las fases del proceso de recuperación de adicciones y su relación con el tipo de reactancia psicológica que poseen los pacientes drogodependientes y alcohol dependientes de centros de rehabilitación de la ciudad de Quito, en el año 2018.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Clasificar a los pacientes en las distintas fases de proceso de recuperación de adicciones a partir de la escala de evaluación del cambio (URICA).

Analizar la influencia del tipo de reactancia psicológica en pacientes drogodependientes y alcohol dependientes en el proceso de recuperación de adicciones, mediante el uso de la Escala de Reactancia.

Generar una propuesta de intervención dirigida al logro de la consecución del tratamiento para los pacientes drogodependientes, alcoholdependientes, y el grupo técnico a cargo de su proceso de recuperación.

## **RECURSOS**

### **Recursos materiales**

- Datos sociodemográficos
- Test de URICA
- Test de la Escala de Hong

### **Recursos humanos**

- Pacientes en proceso de rehabilitación de adicciones
- Psicólogos clínicos expertos en el área
- Personal de terapia ocupacional(TO)

### **Recursos tecnológicos**

- Ninguno

### **Presupuesto**

<b>MATERIALES</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>VALOR UNITARIO</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
Copias	900	0.01	9.00 dólares
Lápices	15	0.30	4.50 dólares
Subtotal			
Imprevistos			
Total			13.50 dólares

## **DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

- **Campo:** Psicología
- **Área:** clínica
- **Aspecto:** reactancia psicológica
- **Delimitación espacial:**
  - CETAD Quito (atención ambulatoria, pacientes internos, pacientes en seguimiento)
  - Fundación REMAR (pacientes internos)
  - Misión Desafío Juvenil (pacientes internos)
  - Iglesia cristiana Luz y Vida
- **Provincia:** Pichincha
- **Cantón:** Quito
- **Delimitación Temporal:** 2018

## **CAPÍTULO II**

### **METODOLOGÍA**

#### **Diseño del trabajo**

Se realizó en la investigación un estudio cuantitativo, correlacional, de campo, transversal, no experimental, debido a que no se manipularon las variables, sino que éstas, fueron estudiadas en su estado de presentación en un momento específico del tiempo.

La investigación es de tipo correlacional, ya que a través de la misma se busca medir e indagar dos variables de suma importancia en el proceso de rehabilitación en personas drogodependientes y alcohol dependientes, las cuales son las fases del proceso de recuperación de adicciones y tipo de reactancia psicológica. El beneficio de esta investigación es conocer como una variable se comporta o interviene con otra variable relacionable, al decidir investigar mediante un tipo correlacional denotaría que una variable influye sobre la otra variable, independientemente de que esta influencia la aumente o disminuya.

#### **Área de estudio**

La investigación está dirigida al área de psicología clínica, concentrándose en el campo de las adicciones y las fases de cambio en la que se encuentra cada paciente drogodependiente, en los distintos centros de rehabilitación de la ciudad de Quito.

## Enfoque

El enfoque de la investigación es de tipo cuantitativo, puesto que se realizó un análisis numérico a través del programa estadístico Software IBM SPSS (Statistical Package for the Social Science), así mismo la recolección de datos y toda la información de las variables y datos que componen la investigación.

## Población y muestra

### Población

La población del estudio está estructurada por pacientes drogodependientes de cuatro centros de rehabilitación ubicados en la ciudad de Quito, cada uno de ellos con una cantidad distinta de pacientes. En el CETAD encontramos 59 pacientes lo que da como resultado al 58,67%; REMAR con 21 pacientes que da como resultado al 20,67%; Desafío Juvenil con 12 pacientes que da como resultado a 12%; y Luz y vida con 9 pacientes que da como resultado al 8,67%.

Tabla N°1 Descripción de la cantidad de población investigada

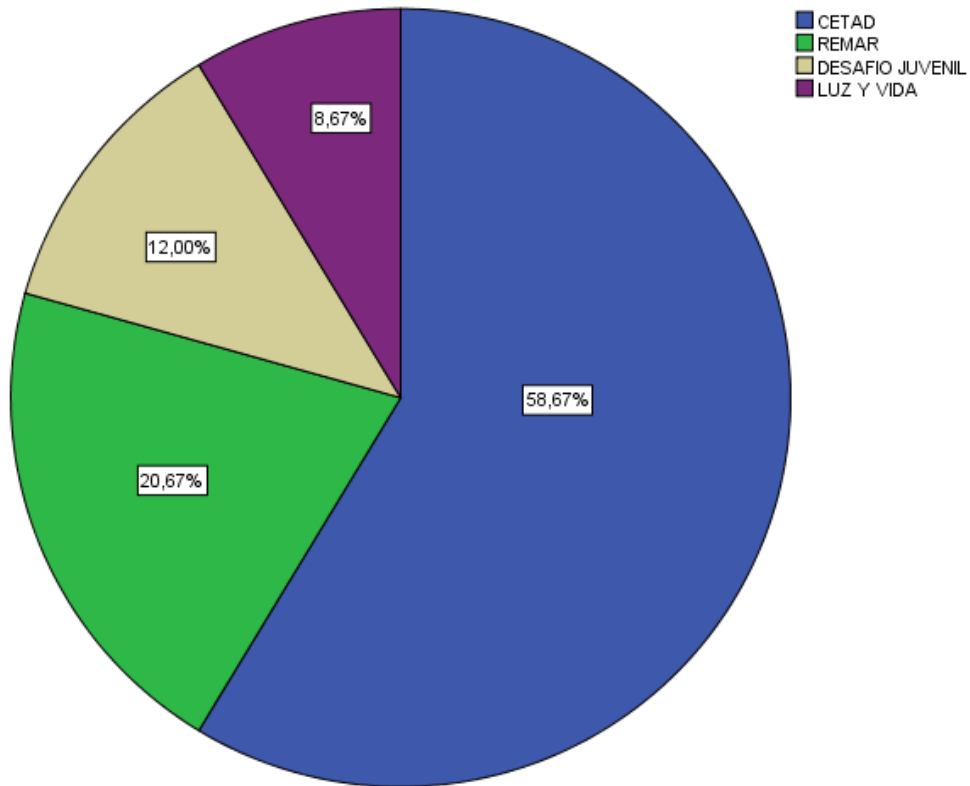
		<b>Centros de Rehabilitación</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CETAD	88	57,9	58,7	58,7
	REMAR	31	20,4	20,7	79,3
	DESAFIO JUVENIL	18	11,8	12,0	91,3
	LUZ Y VIDA	13	8,6	8,7	100,0
	Total	150	98,7	100,0	
	Perdido	Sistema	2	1,3	
Total		152	100,0		

**Tabla N°1 Descripción de la cantidad de población investigada**

**Fuente: SPSS**

**Elaborado por: Danna Alejandra Cevallos Pérez**

**Gráfico #2. Población en relación a Centros de Rehabilitación**



**Gráfico #2. Población en relación a Centros de Rehabilitación**

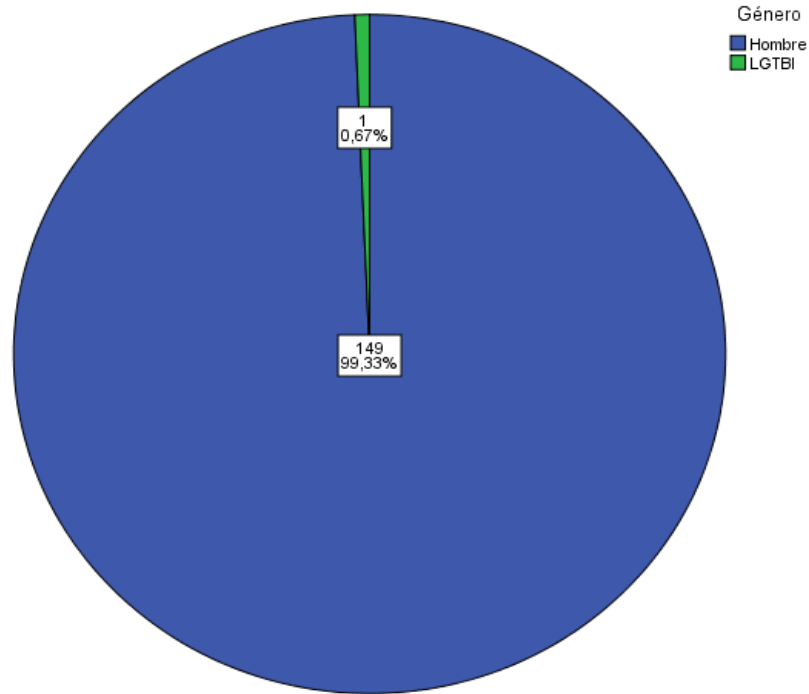
**Fuente: Investigación de Campo**

**Elaborado por: Danna Alejandra Cevallos Pérez**

La investigación está constituida por 150 pacientes drogodependientes y alcohol dependientes de los cuales 149 pacientes pertenecen al género masculino, lo que equivale al 99,33% y al paciente pertenece, al género LGBTI que equivale al 0,67%.



**Gráfico #3. Muestra en relación al género**



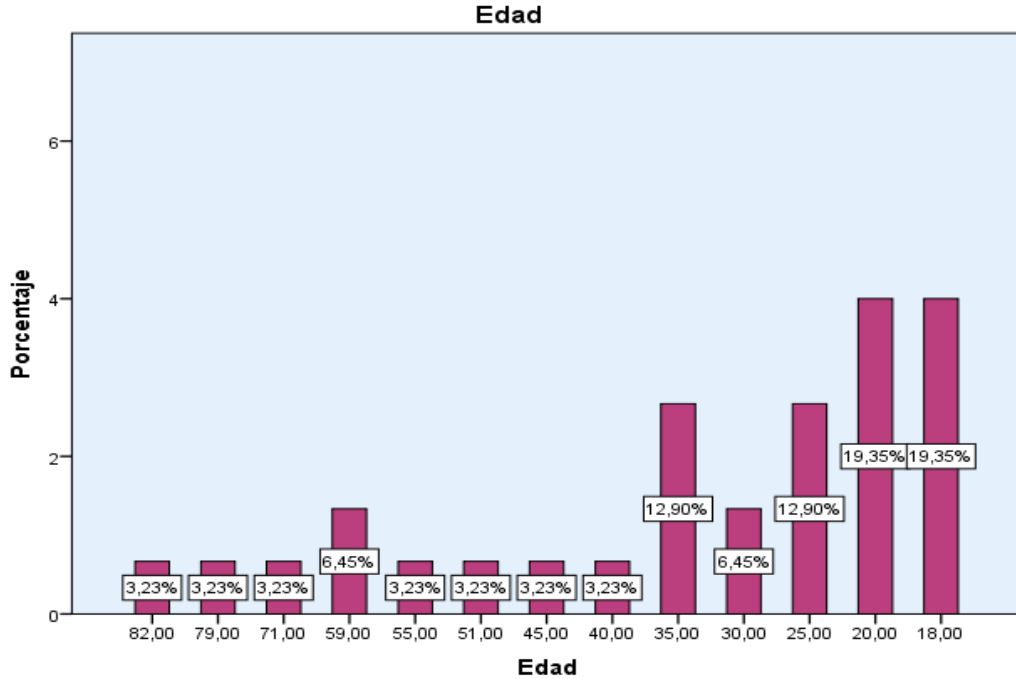
**Gráfico #3. Muestra en relación al género**

**Fuente: Investigación de Campo**

**Elaborado por: Danna Alejandra Cevallos Pérez**

En la variable edad encontramos una población desde los 18 años de edad hasta los 82 años de edad, las edades con mayor población es entre 18 a 20 años con un porcentaje del 19,35% seguido de la población de 25 a 35 años con un porcentaje de 12,90%.

**Gráfico #4. Muestra en relación a edad**



**Gráfico #4. Muestra en relación a edad**

**Fuente:** Investigación de campo

**Elaborado por:** Danna Alejandra Cevallos Pérez

### **Muestra**

La muestra en la investigación está conformada por 150 pacientes drogodependientes, 149 del género hombre y 1 paciente del género LGBTI.

La selección de la muestra se realizó de manera intencional, de acuerdo a los objetivos de la investigación y tomando en cuenta los centros de rehabilitación para drogodependientes y alcohol dependientes que existen en la actualidad en la ciudad de Quito.

Criterios de inclusión:

- Ser paciente interno o ambulatorio de algún centro de rehabilitación de la ciudad de Quito.
- Ser mayor de edad.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no deseen participar en la investigación.
- Personas drogodependientes que no se encuentren en un proceso de rehabilitación.
- Personas que no presentan problemas en el consumo de sustancias psicoactivas.

### **Instrumentos de investigación**

Test psicológicos:

Todos los reactivos utilizados en la investigación, fueron aplicados con la presencia de un profesional con conocimientos de los test, con el objetivo de explicar las indicaciones en cada uno de ellos y brindar solución en el caso de que fuese necesario a los pacientes. Como base en la recolección de datos se aplicó dos reactivos que nos permiten medir las dos variables a investigar, la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island “URICA” para indicar los estadios de cambio, y el test de Escala de Reactancia Psicológica de Hong que nos indica el tipo de reactancia psicológica (baja, media o alta). Adicionalmente, se realizó un cuestionario referente a los datos sociodemográficos, en el cual se encuentra información general sobre el paciente, como su género, edad, estado civil, número de hijos, número de hijo que ocupa el paciente en su familia, nivel de

instrucción, profesión, religión, e información sobre el consumo, tiempo de consumo, sustancia y la edad de inicio, otros tipos de terapias, intentos de recuperación a través de psicoterapia y número de recaídas en sus procesos.

### **Test de URICA**

Escala URICA o conocido también con su nombre de Escala de evaluación para el cambio de la Universidad de Rhode Island (McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983) versión española de Rojas y Espinoza (2008). Este instrumento evalúa en qué medida el paciente presenta comportamientos o cogniciones propias de cada estadio de cambio, según la Teoría transteórica del Cambio de Prochaska y DiClemente (1982). Mide 4 sub-escalas: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento.

Es un instrumento para ser usado en pacientes adultos en tratamiento, o en investigación para evaluar el proceso clínico y la disposición motivacional para el cambio. Puede ser aplicada individualmente o colectivamente con un tiempo de aplicación de 10 a 15 minutos máximo, en los materiales que se necesitan son esfera o lápiz, borrador, y la hoja de respuestas con sus preguntas y hoja de perfil.

### **Aplicación**

El test está diseñado como un cuestionario de autorreporte de 32 ítems expuestos en forma de escala tipo Likert el cual tiene 5 opciones de respuesta, pasando de totalmente en desacuerdo (1), bastante en desacuerdo (2), ni de acuerdo, ni en desacuerdo (3), bastante de acuerdo (4), y totalmente de acuerdo (5), el grado de disposición o actitud en relación al cambio. Para ello mide cuatro estadios de cambio (precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento).

## **Interpretación**

Las sub-escalas pueden ser combinadas aritméticamente ( $C + A + M - PC$ ) para entregar la puntuación de la disposición para el cambio, puntuación que puede ser usada para evaluar la disposición para el cambio al momento de la entrada a tratamiento.

Además de posibilitar la obtención de un perfil motivacional del usuario, la puntuación de la “Disposición para el cambio” puede ser útil para el diseño de un pre-tratamiento.

El test URICA puede ser usado para medir variables de proceso y resultado para una variedad de comportamientos adictivos y de salud. Para usarse con precaución en la evaluación de usuarios en diseños pre-post, ya que la relación entre las sub-escalas cambia a medida que los individuos se movilizan hacia la acción y la mantención.

## **Validez**

El instrumento de investigación ha sido adaptado al contexto local. Se han modificado todos los ítems en relación a la palabra cocaína que ha sido reemplazada por sustancias psicoactivas: alcohol y drogas, y el término problema hace referencia a drogas y alcohol.

Una vez revisado y adaptado el instrumento, se sometió a una validación por el método de criterio de jueces involucrados en el área de las adicciones. Se evaluó a la muestra por encuestadores debidamente entrenados. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS.

Rossi et al (1992) reportan respecto a la fiabilidad de una versión reducida de 16 ítems del URICA, reportando para precontemplación un alfa de .60, para contemplación de .75, para acción .77 y para mantenimiento .70, resultados que en este estudio también se encontraron para esta población investigada. Así mismo, es importante señalar los hallazgos mediante el análisis factorial exploratorio determinan evidencia empírica que apoya la existencia de cuatro estadios de cambio (Rossi et al, 1992; Prochaska, 1994; Rossi et al, 2001).

Los resultados psicométricos obtenidos permiten considerar que los instrumentos cumplen satisfactoriamente los criterios de confiabilidad (consistencia interna) y validez de constructo. Respecto a la confiabilidad del instrumento los índices del Alpha de Cronbach superan el valor crítico de .70, valor del punto de corte considerado como indicador de una buena confiabilidad para los instrumentos de medición psicológica (Miech, 2002).

Cabe indicar que la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island-URICA presenta evidencias de muy buena confiabilidad y validez de constructo. Por tanto, su empleo en evaluación de los dependientes a las sustancias psicoactivas como la población de estudio es coherente y pertinente (Vallejos, Orbegoso y Capa ,2007).

### **Test de reactancia de Hong**

La reactancia Psicológica obtenida mediante el puntaje de la Escala de Reactancia Psicológica de Hong y Ostini (1989), basada en la teoría de la reactancia de Brehm (1966), traducida por primer vez por Pérez García, (1993), segunda vez Pérez García, (1996), y Pérez García, (2002) ; expresada en puntuaciones naturales cuya máxima puntuación es 70, indicando un elevado impulso motivacional orientado. Es un cuestionario autoadministrado de 14 ítems desarrollado para medir

las diferencias individuales en la tendencia a la reactancia, es decir, el rasgo personal de propensión a experimentar reactancia psicológica. De acuerdo con el concepto de reactancia psicológica (Hong y Faedda, 1996). Puede ser aplicada individualmente o colectivamente con un tiempo de aplicación de 10 a 15 minutos máximo, en los materiales que se necesitan son esfero o lápiz, borrador, y la hoja de respuestas con sus preguntas.

### **Aplicación**

La escala de Reactancia Psicológica (Hong y Page, 1989) o Hong's Psychological Reactance Scale está formada por 14 ítems basados en la teoría de la reactancia de Brehm (1966), que piden al sujeto que indique en una escala de 5 puntos su grado de acuerdo con cada enunciado, siendo el (1) como no, en absoluto, (2) desacuerdo, (3) indeciso, (4) de acuerdo, y (5) totalmente de acuerdo con cada enunciado. Las instrucciones que se mencionan al paciente es: “A continuación se presenta una serie de frases que recogen formas de pensar y/o actuar. Su tarea consiste en rodear con un círculo el número de la escala que mejor recoja el grado en que cada frase le es aplicable. No hay contestaciones buenas o malas. Trate de dar las respuestas que mejor indique el grado en que cada enunciado describe su modo habitual de comportarse, reacción y/o sentir.”

### **Interpretación**

Los niveles de reactancia fueron determinados considerando los puntajes mínimo (14) y máximo (70) de la escala de reactancia de Hong (1983), dividiendo el rango de puntajes entre tres para determinar los tres intervalos de interpretación, resultando un nivel de reactancia psicológica baja si el paciente puntúa entre 14 – 32,6, una reactancia psicológica media si se encuentra entre 32,7 – 51,3 y una reactancia psicológica alta entre 51,4 – 70. Además de arrojar puntajes altos, medios y bajos

para reactancia psicológica, el test aporta indicadores específicos relacionados con los distintos componentes propios de la reactancia psicológica.

Según la autora, los reactivos (4,6,7,8,10,11,12,13) miden el componente afectivo, caracterizado por emociones como el enojo, la agresión y el resentimiento; mientras que con los ítems (1,2,3,5,9,14) se mide el componente cognitivo que experimentan los sujetos reflejándose como pensamiento negativos (Pérez, San Juan, Bermudez, (2000); Hong y Page,(1989). Nuestro estudio utilizó la versión de la escala validada en español (alfa de Cronbach: Reactancia Psicológica Afectiva= 0,76; Reactancia Psicológica Cognitiva= 0,62) (De las Cuevas, Peñate, Betancort y De Rivera, 2014).

### **Validez**

Según Pérez-García, Sanjuán Bermúdez y Sánchez- Elvira, (2002), el test de Hong tiene una fiabilidad adecuada, entre 0,71 y 0,77, así como una estabilidad test-retest, en un período de dos semanas, de 0,89 (Hong y Ostini, 1989; Hong y Page, 1989).

### **Procedimiento para la obtención de análisis**

Para dar inicio a la investigación en primer lugar se tomó contacto con el director técnico del CETAD Quito, de esta manera se explicó todo el proceso y las variables a investigar, conjuntamente se presentó una solicitud que permitiese la aprobación para realizar la investigación, dirigida al director técnico. En segundo lugar, se procedió a realizar pasantías durante aproximadamente 15 días, 5 horas diarias, con el objetivo de conocer a toda la comunidad terapéutica y realizar un rapport con los pacientes que permitiese una mayor apertura al momento de responder cada test. En tercer



lugar, los test fueron aplicados de manera grupal durante las horas de terapia ocupacional, en un proceso que tuvo una duración aproximada de 5 días.

El segundo centro que se investigó fue la fundación REMAR, para la cual en primer lugar se realizó una solicitud para la aprobación de realizar la investigación, en segundo lugar se coordinó con la persona encargada para asistir a la finca ubicada en el sector de Pisulí, en tercer lugar, posterior a la aceptación, se coordinó la visita con la persona encargada durante aproximadamente 5 días. Posteriormente, en cuarto lugar, la investigadora realizó un acercamiento al lugar donde están los pacientes para conocerles. En quinto lugar, se realizó una explicación a todos los pacientes sobre la investigación y el objetivo de medición de cada reactivo que se iba a aplicar, y finalmente, en sexto lugar, se aplicó de manera grupal todos los reactivos a los pacientes.

En el tercer centro que se investigó fue Desafío Juvenil, en el cual en primer lugar se tuvo contacto telefónico para coordinar una cita con el Psicólogo Clínico de la institución, en segundo lugar se visitó la institución y se realizó una explicación de toda la investigación y los aspectos abordados por cada test, en tercer lugar se realizó una solicitud para la aceptación de realizar la investigación al director técnico, en cuarto lugar se realizaron pasantías de 15 días, durante 5 horas diarias, con la compañía del Psicólogo Clínico a cargo. En quinto lugar, se coordinó el día para la aplicación de los reactivos, lo cual tuvo una duración de 3 días. Para la aplicación, se entregó copias de los reactivos aplicados, para posteriormente entrevistar a los pacientes y explicar los resultados de sus test, en octavo lugar se adjuntó en las historias clínicas todos los reactivos, en noveno lugar se escribió en su historia clínica los resultados de los test, en relación a lo observado en las entrevistas. Finalmente se realizó una dinámica de cierre de todo el proceso de manera grupal con todos los pacientes.

En el cuarto centro que se investigó fue Luz y Vida, en la cual en primer lugar se inició contacto con un vendedor ambulante, quien refirió pertenecer a dicha

comunidad terapéutica que atiende a personas drogodependientes de nacionalidad colombiana, por lo cual se explicó a la persona en lo que consistía la investigación y lo que media cada reactivo, en tercer lugar se mantuvo contacto telefónico para coordinar el día para la aplicación de los test, en cuarto lugar se realizó una explicación a todos los pacientes en lo que consistía la investigación, el objetivo de cada reactivo, y las indicaciones para cada test, en quinto lugar se aplicó los reactivos a todos los pacientes de la comunidad.

Todo el proceso de obtención de datos tuvo una duración de aproximadamente 5 meses de manera intermitente, y cumpliendo las peticiones particulares de cada institución con la finalidad de lograr resultados fiables que permitiesen cumplir con los objetivos planteados en la presente investigación, y que, a su vez, las instituciones se sintiesen respaldadas y con la apertura de realizar la investigación sin vulnerar los parámetros y normas institucionales.

### **Actividades**

- Elección de los lugares necesarios para la investigación.
- Revisión bibliográfica.
- Análisis de la importancia, necesidad, y beneficios de la investigación.
- Revisión de los instrumentos a aplicar en las comunidades terapéuticas.
- Establecimiento de contactos con todos los representantes de cada comunidad terapéutica.
- Generación de rapport con los pacientes, y a su vez conocer la interacción en comunidades terapéuticas de pacientes drogodependientes.
- Aplicación y recolección de información de los reactivos aplicados a todos los pacientes.
- Indexación de todos datos y variables al programa estadístico Software IBM SPSS.
- Análisis de los datos mediante correlaciones de variables.

- Desarrollo y análisis de cuadros estadísticos.
- Análisis de datos obtenidos en la investigación.
- Estudio de las conclusiones y recomendaciones alcanzadas de la investigación.
- Elaboración de propuestas.

## CAPÍTULO III

### ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

#### Diagnóstico de la situación actual

Los datos obtenidos a partir de la aplicación de los reactivos de los Test de Hong y URICA a 150 pacientes drogodependientes y alcohol dependientes de los centros de rehabilitación de la ciudad de Quito, fueron codificados y tabulados a través del programa estadístico IBM SPSS, introduciendo los puntajes directos obtenidos por cada paciente en ambos test. En tal sentido, se tomó como base los puntajes brutos, procediendo a realizar la valoración de los niveles de reactancia psicológica y fases de disposición al cambio, a partir de la escala descrita para cada una de las variables.

**Tabla N°2. Estadísticos Descriptivos**

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Género	150	1,00	3,00	1,0133	,16330
Estado Civil	150	1,00	5,00	1,7467	1,12439
Número Hijos	150	,00	11,00	1,1600	1,59311
Nivel Instrucción	150	1,00	4,00	1,8667	,76559
Religión	150	1,00	4,00	1,8600	,94854
Otro tipo Terapia	150	1,00	5,00	3,3800	1,51356
Intentos Psicoterapia	150	,00	20,00	2,4933	3,02949
Recaídas	150	,00	25,00	3,2800	3,82875
Edad Inicio Consumo	150	9,00	45,00	17,2400	6,44822
Tiempo Consumo	150	2,00	67,00	16,0333	11,73901

Sustancia Inicio	150	1,00	10,00	2,7733	2,27371
Disposición Cambio	150	1,00	4,00	2,4667	1,22429
Nivel Reactancia	150	1,00	3,00	2,0600	,80460
Lugar de Hijo_Familia	150	1,00	12,00	2,9000	2,25772
Edad	150	18,00	82,00	33,7733	12,55065
N válido (por lista)	150				

**Tabla Nro.2: Medidas de Tendencia Central**  
**Elaborado por: Danna Alejandra Cevallos Pérez**  
**Fuente: SPSS**

### **Análisis e Interpretación**

En la tabla de medidas de tendencia central antes colocada, se expresa los datos relacionados con respecto a la población investigada, la cual manifiesta que en género existe una media de 1,01 y desviación estándar entre los datos de ,16; estado civil existe una media de 1,74 y la desviación estándar 1,12; número de hijos existe entre un mínimo 0 hijos y máximo 11 hijos con una media de 1,16 y una desviación estándar 1,5; nivel de instrucción desde educación básica hasta cuarto nivel con una media 1,86 y una desviación estándar de ,76 ; religión con una media de 1,86 y su desviación estándar ,94; otro tipo de terapia con una media de 3,38 y su desviación estándar 1,51 ; en los intentos psicoterapia con mínimo de 0 intentos y máximo de 20 intentos con una media de 2,49 y una desviación estándar de 3,02; recaídas con un mínimo de 0 recaídas y un máximo de 25 recaídas con una media de 3,28 y una desviación estándar de 3,82; edad de inicio de consumo con un inicio de 9 años hasta un inicio a los 45 años una media de 17,24 y una desviación estándar de 6,44; tiempo de consumo con un mínimo de 2 años de consumo y un máximo de 67 años una media de 16,03 y una desviación estándar de 11,73; sustancia de inicia con un mínimo de una sustancia de inicio y un máximo aproximado de 10 sustancias de inicio con una media de 2,77 y desviación estándar de 2,27; disposición al cambio en sus cuatro fases con una media de 2,46 y una desviación estándar de 1,22; nivel de reactancia

con sus 3 tipos de reactancia psicológica con una media de 2,06 y su desviación estándar de ,80 ; lugar de hijo en la familia como mínimo correspondía a ser el primera hijo en la familia y como máximo ser el doceavo hijo en la familia con una media de 2,90 y una desviación estándar de 2,25 ; en último lugar la edad con un mínimo de 18 años y un máximo de 82 años con un media de 33,77 y una desviación estándar de 12,55.

**Tabla N°3. Correlación de Spearman entre las variables Reactancia Psicológica y Disposición al Cambio**

			<b>Correlaciones</b>	
			Nivel Reactancia	Disposición Cambio
Rho de Spearman	Nivel Reactancia	Coeficiente de correlación	1,000	-,324**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	150	150
	Disposición Cambio	Coeficiente de correlación	-,324**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	150	150

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

**Tabla 3. Correlación entre variables Reactancia y Disposición al Cambio**  
**Elaborado por: Danna Alejandra Cevallos Pérez**  
**Fuente: SPSS**

## Análisis e Interpretación

El cuadro anterior muestra puntajes para el Nivel de Reactancia en correlación con los puntajes de Disposición al Cambio, donde al aplicar el procedimiento Rho de Spearman, arroja una correlación de  $-.324^{**}$ , lo cual indica que las variables se correlacionan inversamente en un 32%. No obstante, esta correlación es altamente significativa, dado que la prueba fue realizada a dos colas, arrojando un nivel de significancia de 0,000; mostrando un muy bajo nivel de error.

La correlación es inversamente proporcional, lo cual indica que, mientras una variable aumenta, la otra disminuye, es decir, que mientras mayores son los niveles de reactancia en un paciente, menor será la disposición al cambio, y viceversa.

Adicionalmente, se tomaron en cuenta las correlaciones entre algunas de las variables sociodemográficas investigadas, como lo son la edad y el tiempo de consumo, donde se encontraron valores significativos que indican su correlación con los niveles de reactancia psicológica, considerándose relevante su análisis, dado que el resto de variables, no arrojaron resultados significativos. Ambas interpretaciones se expresan a continuación:

**Tabla N°4. Correlación entre la Edad y el Nivel de Reactancia Psicológica**

			Correlaciones	
			Edad	Nivel Reactancia
Rho de Spearman	Edad	Coefficiente de correlación	1,000	$-.303^{**}$
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	150	150
	Nivel Reactancia	Coefficiente de correlación	$-.303^{**}$	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	150	150

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

**Tabla 4. Correlación entre la Edad y el Nivel de Reactancia**  
**Elaborado por: Danna Alejandra Cevallos Pérez**  
**Fuente: SPSS**

**Análisis e Interpretación**

En la tabla anterior se muestra la correlación entre las edades de los pacientes evaluados y los niveles obtenidos en el Test de Hong para la variable Reactancia Psicológica, donde al aplicar el procedimiento estadístico Rho de Spearman, encontramos un nivel de correlación de  $-.303^{**}$ , lo cual indica una correlación inversamente proporcional del 30%, que se interpreta como un aumento en el nivel de reactancia en la medida en que el individuo es más joven, o su disminución en la medida en que el sujeto avanza en edad.

**Tabla N°5. Correlación entre Tiempo de Consumo y Nivel de Reactancia Psicológica**

			Correlaciones	
			Tiempo Consumo	Nivel Reactancia
Rho de Spearman	Tiempo Consumo	Coeficiente de correlación	1,000	-,312**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	150	150
	Nivel Reactancia	Coeficiente de correlación	-,312**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	150	150

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

**Tabla 5. Correlación entre Tiempo de Consumo y Nivel de Reactancia**  
**Elaborado por: Danna Alejandra Cevallos Pérez**  
**Fuente: SPSS**



## **Análisis e Interpretación**

En la tabla anterior se muestra la correlación entre el tiempo de consumo de los pacientes evaluados y los niveles obtenidos en el Test de Hong para la variable Reactancia Psicológica, donde al aplicar el procedimiento estadístico Rho de Spearman, encontramos un nivel de correlación de  $-.312^{**}$ , lo cual indica una correlación inversamente proporcional del 31%, que se interpreta como un aumento en el nivel de reactancia en la medida en que el individuo tiene menos tiempo consumiendo la sustancia psicoactiva, o su disminución en la medida en que el sujeto avanza en el consumo.

## **Comprobación de las hipótesis**

H0= Existe relación directa entre el nivel de reactancia psicológica y la disposición al cambio en pacientes drogodependientes y alcohol dependientes

H1= No existe relación directa entre el nivel de reactancia psicológica y la disposición al cambio en pacientes drogodependientes y alcohol dependientes

Mediante los resultados de los análisis realizados en la investigación sobre los reactivos aplicados a los pacientes drogodependientes, se afirma la hipótesis nula de investigación (H0), y se niega la hipótesis alternativa (H1), lo cual significa que si existe relación entre las dos variables estudiadas en la investigación.

## **CAPÍTULO IV**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **CONCLUSIONES**

En conclusión a la investigación en base a los resultados obtenidos y al análisis bibliográfico antes descrito, aludimos que la investigación fue beneficiosa de tal manera que los datos obtenidos serán de gran aporte en el ámbito de comunidades terapéuticas especializadas en pacientes drogodependientes y alcohol dependientes vinculados con el tipo de reactancia psicológica que maneja cada paciente.

De esta manera se puede revelar y evidenciar la influencia de ambas variables en un proceso continuo de rehabilitación, y como esta interviene en la decisión de inicio de consumo de alguna sustancias psicoactivas, las mismas que estarían involucradas en más áreas de relación de cada paciente, ya sea como una barrera o un mecanismo de defensa al exterior, como por ejemplo indicaciones de un profesional en el proceso de recuperación de adicciones. Por esta razón se asegura que la contribución de la actual investigación mediante la correlación de ambas variables estudiadas como son las fases de recuperación y la reactancia psicológica se presentan de manera reveladora y valiosa.

**Tabla N°6. Nivel de Reactancia Psicológica**

Nivel Reactancia		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Alto	53	34,9	35,3	35,3
	Medio	53	34,9	35,3	70,7
	Bajo	44	28,9	29,3	100,0
	Total	150	98,7	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,3		
Total		152	100,0		

**Tabla 6. Nivel de Reactancia Psicológica**  
**Elaborado por: Danna Alejandra Cevallos Pérez**  
**Fuente: SPSS**

### **Análisis e Interpretación**

Como respuesta al objetivo general de la investigación podemos concluir que los resultados son altamente significativos y su relación es inversamente proporcional en un 35%, lo cual indica que, mientras una variable aumenta, la otra disminuye, es decir, que mientras mayores son los niveles de reactancia en un paciente, menor será la disposición al cambio, y viceversa.

**Tabla N°7. Disposición al Cambio**

Disposición Cambio		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mantención	37	24,3	24,7	24,7
	Acción	52	34,2	34,7	59,3
	Contemplación	5	3,3	3,3	62,7
	Precontemplación	56	36,8	37,3	100,0
	Total	150	98,7	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,3		
Total		152	100,0		

**Tabla 7. Disposición al Cambio**  
**Elaborado por: Danna Alejandra Cevallos Pérez**  
**Fuente: SPSS**

**Análisis e Interpretación**

En la investigación se clasificó a los pacientes en las distintas fases de proceso de recuperación de adicciones a partir de la escala de evaluación del cambio (URICA), la mismas que nos dio como resultado en primera lugar a la fase de precontemplación con un 36,8 %, en segundo lugar la fase acción con 34,2%, en tercer lugar encontramos la fase de mantenimiento con un 24,3% y en cuarto lugar la fase de contemplación con un 3,3 %.

En cuanto al análisis de la influencia del tipo de reactancia psicológica en pacientes drogodependientes y alcohol dependientes en el proceso de recuperación de adicciones, mediante el uso de la Escala de Reactancia, obtenemos como resultados que el tipo de reactancia alto obtiene un 34,9 %, tipo de reactancia medio obtiene un 34,9 % y el tipo de reactancia bajo obtiene un 28,3%.

**RECOMENDACIONES**

A continuación, se mencionarán algunas de las recomendaciones que han surgido de la investigación que se realizó en centros de rehabilitación para pacientes drogodependientes en la ciudad de Quito, que resultan una necesidad a tener en cuenta para posteriores investigaciones sobre temas relacionados, o para la sociedad en general y comunidades terapéuticas, en función de los resultados obtenidos en el análisis de los datos antes explicados.

- Es de vital importancia el desarrollo de proyectos de centros de rehabilitación para mujeres sin límite de edad, con facilidad en la ubicación en todo el Ecuador, y que esta pueda ser de acceso público y privado.
- Se evidenció la necesidad de realizar nuevos estudios de reactancia psicológica en la población ecuatoriana, con la finalidad de actualizar los datos de la población focal, así como de abrir un campo de investigación poco estudiado hasta ahora en el país.
- A los médicos, psicólogos, psiquiatras, monitores y enfermeros se les recomienda tomar en cuenta la evaluación de los niveles de reactancia psicológica de sus pacientes, principalmente en aquellos que presenten conductas adictivas.
- Tomar en cuenta el correcto manejo de la reactancia psicológica en la publicidad o frases publicitarias relacionadas al consumo de sustancias.
- Manejar una correcta comunicación en pacientes con reactancia psicológica alta al momento de explicar indicaciones médicas.
- Implementar talleres en los cuales se maneje temas primordiales como son: la comunicación, la libertad, agresividad- enojo, relajación, habilidades sociales, autocontrol, relaciones de poder, entre otros.

## **DISCUSIÓN**

A continuación se describirá todo el análisis de los datos obtenidos en la investigación con estudios antes realizados con temas similares que brinde una discusión científica en base a los resultados obtenidos en relación con la fases del proceso de recuperación de adicciones y tipo de reactancia psicológica en pacientes drogodependientes y alcohol dependientes en centros de rehabilitación de la ciudad de Quito, en el año 2018.

La finalidad de la investigación se emprendió al relacionar la variable fases de recuperación de adicciones la misma que me interviene la disposición al cambio, y la variable tipo de reactancia psicológica, debido a lo cual los resultados fueron ventajosos y productivos, presentando una correlación negativa inversa con un 32%, siendo altamente significativa. Esto representa que mientras una de las variables cualquiera que esta fuera llega a aumentar, la otra variable disminuye, por ejemplo mientras el paciente se encuentra en la fase más alta de recuperación que vendría a ser la fase de mantenimiento donde se incluye su disposición al cambio, el tipo de reactancia sería de menor nivel o viceversa, donde mientras mayores son los niveles de reactancia en un paciente, menor será la disposición al cambio.

Aunque tradicionalmente la reactancia se entiende como un estado motivacional temporal, también representan como una característica personal de los individuos que tienen diferentes niveles de tendencia para experimentar la reactancia (Hong y Faedda, 1996; Quick y Stephenson, 2008).

Dillard y Shen (2005) reconocen la importancia de este factor como uno de los antecedentes de la percepción de la amenaza de libertad y consecuentemente del estado reactancia. Es más probable que los sujetos altamente reactantes perciban la amenaza de libertad y experimenten la reactancia hacia un mensaje persuasivo que los sujetos bajos en reactancia (Quick y Stephenson, 2008; Quick, Scott, y Ledbetter, 2011). Las personas reactantes se definen por la marcada necesidad de independencia, auto suficiencia, falta de conformidad y tolerancia, rebeldía, desconfianza y rechazo de la autoridad (Grandpre et al., 2003; Quick y Stephenson, 2008; Miller y Quick, 2010).

Como otro importante resultado en la investigación donde interviene la variable edad indica una correlación inversamente proporcional del 30%, que se interpreta como un aumento en el nivel de reactancia en la medida en que el individuo es más joven, o su disminución en la medida en que el sujeto avanza en edad.

Por lo cual autores mencionan que las características corresponden a los adolescentes y jóvenes adultos que, siendo más sensibles a la pérdida de libertad, tienden a ser más reactantes que los adultos cuya libertad de elección y comportamiento se sobreentiende. Además de su importancia como sujeto del estado de reactancia, la propensión a la reactancia se muestra como un indicador importante relacionado con algunos comportamientos de riesgo, como las relaciones sexuales inseguras o el consumo de tabaco (Miller et al., 2006; Miller y Quick, 2010), alcohol y marihuana (Miller y Quick, 2010).

Además de motivar la restauración de la libertad, la reactancia puede tener otros efectos no deseados e influir directamente sobre la formación de la actitud desfavorable hacia el asunto recomendado, lo que a su vez determina las intenciones de comportamiento (Rains y Turner, 2007).

Y como último dato a discusión importante es el resultado en la investigación que es la correlación del el tiempo de consumo y el nivel de reactancia, lo cual indica una correlación inversamente proporcional del 31%, que se interpreta como un aumento en el nivel de reactancia en la medida en que el individuo tiene menos tiempo consumiendo la sustancia psicoactiva, o su disminución en la medida en que el sujeto avanza en el consumo.

Por esta razón autores mencionan que la reactancia disminuye el efecto persuasivo (Quick y Considine, 2008) y provoca la evaluación desfavorable del mensaje (Grandpre et al. 2003) y del emisor (de su sociabilidad, experiencia y confiabilidad), lo cual puede tener implicaciones a largo plazo para los futuros intentos persuasivos (Miller et al., 2007; Grandpre et al., 2003).

## **CAPITULO V**

### **PROPUESTA**

#### **Tema de la Propuesta**

“Técnicas y estrategias psicológicas para el manejo apropiado de la reactancia psicológica de tipo alto y bajo centrados en el tratamiento de rehabilitación en pacientes drogodependientes y alcohol dependientes en centros de rehabilitación de la ciudad de Quito, en el año 2018”

#### **JUSTIFICACIÓN**

La propuesta de aplicación de técnicas y estrategias psicológicas en los pacientes drogodependientes y alcohol dependientes tiene como fin un correcto manejo de la reactancia psicológica en niveles altos y bajos de los pacientes, ya que la misma dan como resultado una conducta agresiva, negativista o muy moldeable, autoestima baja, impulsiva, problemas con la ley, y mal manejo de normas, entre otras. Es necesario para un manejo correcto en el proceso de recuperación en los centros de rehabilitación, la influencia de la fase de cambio que se encuentre cada paciente, ya que el paciente deberá adaptarse a la metodología que se acople según sea cada caso y controlar intrínsecamente su reactancia.

Las técnicas y estrategias están dirigidas a los pacientes drogodependientes y alcohol dependientes en el tratamiento de rehabilitación, con el fin de determinar un



correcto manejo de la reactancia psicológica, ya que al invalidar la reactancia psicológica podría convertirse como un posible inicio o causa de su adicción en el consumo de algún tipo de sustancias psicoactivas.

La propuesta servirá como base de apoyo durante o al terminar el proceso de recuperación, en otras palabras serán herramientas para un correcto desenvolvimiento en toda la vida del paciente en recuperación, como en la aplicación en áreas sociales, familiares y personales. Siendo cada paciente consciente de su conducta y ver como esta afecta en su vida y los malos resultados que han dejado en su vida, siendo también un buen aliado en un posible síndrome de recaída en un futuro.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Emplear técnicas y estrategias como base en el proceso de recuperación a pacientes drogodependientes y alcohol dependientes, de esta manera se conducirá a mejoras conductuales a lo largo de la vida del paciente en múltiples aspectos, dando mayor refuerzos en su proceso de rehabilitación en el consumo de sustancias psicoactivas en centros de rehabilitación de la ciudad de Quito.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Brindar múltiples técnicas y estrategias psicológicas a pacientes drogodependientes y alcohol dependientes, las cuales se ajusten a las necesidades y metodologías de adaptación tomando en cuenta factores de intervención para un correcto desempeño de las mismas.

- Emplear las técnicas y estrategias psicológicas como herramientas decisivas a lo largo de la vida del paciente y durante el proceso de rehabilitación, estableciendo bases para un adecuado y disciplinado mantenimiento de su proceso.
- Analizar como intervienen las técnicas y estrategias como mecanismos de defensas en sus relaciones sociales alcanzando respuestas eficientes y auténticas para el paciente y la notoria transformación de las mismas.

## **ESTRUCTURA TÉCNICA DE LA PROPUESTA**

La propuesta se la implementará en los centros de rehabilitación de la ciudad de Quito en los cuales se aplicaron los reactivos investigativos, con la colaboración de todo el equipo técnico multidisciplinario de los mismos, donde se desarrolla un ajuste en el programa de intervención a los pacientes para la aplicación de dichas técnicas y estrategias psicológicas, las cuales se realizara según la colaboración que otorgue dichos centros.

Se lo aplicará en todos los pacientes drogodependientes y alcohol dependientes que se encuentren en el proceso de rehabilitación, ya que la propuesta se trataran diversos aspectos conductuales que están implicados en su proceso de recuperación sin importar en la fase del proceso de recuperación de adicciones.

## **ARGUMENTACIÓN TEÓRICA**

La aplicación de la propuesta tiene como objetivo principal emplear técnicas y estrategias como base en el proceso de recuperación a pacientes drogodependientes y alcohol dependientes, de esta manera se conducirá a mejoras conductuales a lo largo de la vida del paciente en múltiples aspectos, dando mayor refuerzos en su proceso de

rehabilitación en el consumo de sustancias psicoactivas en centros de rehabilitación de la ciudad de Quito.

Anteriormente se describió, la importancia como predictor del estado de reactancia, la propensión a la reactancia se muestra como un indicador importante relacionado con algunos comportamientos de riesgo, como las relaciones sexuales inseguras o el consumo de tabaco (Miller et al., 2006; Miller y Quick, 2010), alcohol y marihuana (Miller y Quick, 2010). Esto nos demuestra como la reactancia psicológica influye en la vida diaria y en la toma de decisiones de las personas, la misma que dar como resultado situaciones de riesgo, por lo cual es necesario que esta se mantenga bajo control con un adecuado manejo.

Frecuentemente los pensamientos negativos y la ira está directamente implicadas en el estado de reactancia psicológica, siendo de vital importancia la elección de la mejor aplicación en base a técnicas y estrategias terapéuticas. La escala de reactancia psicológica de Hong está vigente y generalmente usada para evaluar el rasgo personal de reactancia en cada individuo. (Hong y Faedda, 1996).

## DISEÑO TÉCNICO DE LA PROPUESTA



Gráfico #5. Diseño técnico de la propuesta

Fuente: Programa digital

Elaborado por: Danna Alejandra Cevallos Pérez

## Taller N° 1

TEMA: PSICOEDUCACIÓN SOBRE LAS ADICCIONES

OBJETIVO:

Exponer los conceptos y definiciones que explican la relación de dependencia de un individuo al consumir algún tipo de sustancia psicoactiva, desde su experiencia personal.

METODOLOGIA: Lúdica- participativa

MATERIALES:

- Pizarrón
- Marcadores
- Papel comercio
- Revistas
- Tijeras
- Goma

DURACION: 50 min

DESARROLLO:

Desde su propia experiencia se analizara todos los conceptos de las adicciones, renombrando los procesos de adicción y como esto afecto en su vida, se trabajara en grupo de 4 personas, las mismas deben recordar y analizar conceptos y definiciones desde su vivencia y experiencia, las mismas que deben ser expuestas a los demás participantes.

DINAMICA: “Hay un cuento para ti”

- Cada grupo deberá exponer sus conceptos y definiciones creando un cuento donde intervengan el consumo y como afecto a su vida.
- Todos los grupos deberán exponer sus experiencias.
- Se realiza una dinámica que represente a cada cuento.

CIERRE: Se analizara cada historia que se expuso en el taller y se podrá identificar una posible génesis del consumo de los participantes, todos los participantes deben decir frases motivadoras para sus demás compañeros en base a cada historia representada.

#### EVALUACIÓN:

- Los participantes escriben y responden a varias preguntas acerca del taller como aspectos positivos.
- Aspectos a mejorar del taller.

## Taller N° 2

TEMA: COMUNICACIÓN ASERTIVA

OBJETIVO: Desarrollar una comunicación asertiva para mejorar relaciones interpersonales, aplicando el modelo que mejor se adapte a cada circunstancia en la cual se logre manejar conflictos y conductas sociales como agresivo- pasivo- asertivo.

METODOLOGÍA: Lúdica- participativa

MATERIALES:

- Pizarrón
- Marcadores
- Cartulinas
- Pinturas
- Borrador

DURACIÓN: 50 minutos

DESARROLLO: Se empezará el taller con una lluvia de ideas sobre la asertividad, posteriormente de manera individual, cada uno debe pensar en la persona más sumisa y la persona con conducta agresiva que conozca, y describir las características sobre el comportamiento de cada una de las personas antes seleccionada.

DINÁMICA: “Caras y Gestos”- Pasivo, agresivo y asertivo

Al terminar de realizar la descripción todos los participantes deben actuar en primer lugar de manera sumisa, y después de una manera agresiva utilizando exclusivamente el lenguaje no verbal, y los demás participantes deben ir escribiendo las conductas erróneas y como se debería representar la conducta errónea con la utilización de comunicación asertiva.

CIERRE: Los participantes deben corregir sus actitudes antes representadas, pero esta vez tomando una actitud asertiva y en silencio para cada paciente identifique sus errores en su conducta e implemente la mejor manera para corregir la misma.

EVALUACIÓN: Para finalizar se dirigirá un debate en el que se analizan los distintos estilos comunicativos y cómo se han sentido los participantes de la dinámica en cada uno de ellos. Posteriormente, se introducen situaciones en las que el comportamiento es asertivo y se practican.



### Taller N° 3

TEMA: ¿Qué es la libertad?

OBJETIVO: Comprender la definición de una libertad con responsabilidad siendo conscientes de que es ser libres, de que es lo que nos impide serlo, y de la responsabilidad que implica la libertad.

METODOLOGÍA: Lúdica- participativa

MATERIALES:

- Disfraces.
- Antifaz.
- Cartulinas.
- Marcadores.

DURACIÓN: 50 minutos

DESARROLLO: Se iniciara con la formación de grupos de aproximadamente de cinco participantes mediante una dinámica llamada “Inquilinos y Apartamentos”. Se continuara entregando a cada grupo una de las siguientes escenas las cuales deben analizar e interpretar. Cada grupo tendrá diez minutos para representar la actuación de la situación entregada.

Situaciones:

- “Juan sale a bailar todos los sábados y vuelve el domingo de día. Su madre se angustia y no puede dormir durante toda la noche. Le pide a Juan que no salga más a bailar pero él no la obedece. El padre lo deja hacer lo que quiere y no entra en conflicto con su hijo.”
- “María es una chica muy responsable, le va muy bien en la escuela. Sus padres la quieren mucho y no quieren que se exponga a ningún peligro, por

eso no la dejan salir nunca de noche como hacen sus amigas. María obedece a sus padres pero sin embargo se lamenta de no poder ver a sus amigas.”

- “Ricardo tiene dos materias previas y en lo que va del año tiene desaprobadas la mitad de las materias. No se sienta a estudiar porque siempre está viendo la tele o con sus amigos del barrio. Los padres le dicen que tiene que estudiar pero él no hace caso y no saben cómo hacer para que pueda levantar las notas”.

**DINÁMICA:** “Expreso la historia”, se realizara una dinámica donde se manifiesta las situaciones antes mencionadas mediante actuaciones de todos los integrantes del grupo, con apoyo de disfraces, antifaz, entre otras herramientas que necesite cada participante.

**CIERRE:** Se realizara una lluvia de idea sobre las representación de las anteriores situaciones, y como hubiera actuando los participantes en situaciones similares, para continuar con la lectura de una frase para analizar con todos los participantes y comparar con las representaciones anteriores.

Frase:

“La libertad, Sancho, es uno de los más preciosos dones que a los hombres dieron los cielos; con ella no pueden igualarse los tesoros que encierran la tierra y el mar: por la libertad, así como por la honra, se puede y debe aventurar la vida.” Miguel de Cervantes

**EVALUACIÓN:** Se solicitara a los participantes respondes las siguientes preguntas: ¿Estás de acuerdo con la frase? ¿Por qué? ¿Qué es para ti la libertad? ¿Cómo la definirías? ¿Es posible realizarla? ¿En el plano individual? ¿En el social? ¿Vale la pena intentarlo? ¿Qué sentimientos (miedo, ilusión...) nos provoca imaginarla?...

## Taller N° 4

TEMA: INTELIGENCIA EMOCIONAL

OBJETIVO: Reconocer el método para manejar las emociones mediante la inteligencia emocional creando un ambiente adecuado que facilite las relaciones con las demás personas, reconocer amenazas, utilizando herramientas psicológicas que permitan resolver algún tipo de dificultades.

METODOLOGIA: Lúdica- participativa

MATERIALES:

- Papel bond
- Esferos
- Marcadores
- Tijeras
- Molde circular
- Parlante
- Música clásica

DURACION: 60 minutos

DESARROLLO: Se empezara con un relajamiento abdominal en tiempos de 4-2-6-2, con ayuda de música clásica, para que los participantes se sientan relajados y exista un mejor desempeño en el taller. A continuación se le pedirá a cada participante que piense y reconozca sus deseos y necesidades que siente en ese momento, y las pueda comparar con sus deseos y necesidades diarias, permitiendo tener una visión clara y plasmada en papel sobre qué aspectos que los participantes consideran importantes en sus vidas y queremos trabajar.

DINAMICA: “La rueda de la vida”

La dinámica iniciara con la entrega a cada participante una hoja de papel bond, con un molde circular con el espacio para escribir las variables que deseamos trabajar, entre ellas encontramos aspectos como la familia, amigos, romance, crecimiento personal, recreación, medio ambiente, imagen personal, carrera, economía, y salud. Estos espacios serán rellenos por los participantes. Por ejemplo, en la variable familia, los participantes deben apuntar los aspectos que consideran más importantes, y así en todas las áreas. Al tener ya todos los deseos y necesidades identificados y colocados en la rueda de la vida, estas serán evaluadas de manera cuantitativamente del uno al diez cada aspecto para identificar el nivel que se está trabajando en cada área y reconocer aquellas que han sido por alguna razón descuidados.

**CIERRE:** Mediante esta herramienta los participantes serán más conscientes de las áreas que necesita trabajar para lograr una vida más plena, diseñando las acciones necesarias para cada punto que ha elegido mejore notablemente mediante el uso de la inteligencia emocional. Por ejemplo, si el participante piensa que su relación de pareja está en un número bajo, puede diseñar distintas estrategias para mejorarla: comunicación, pasar más tiempo juntos, viajes, terapia de parejas, entre otras.

**EVALUACIÓN:** Se expondrá a todo el grupo las opciones que adopto cada participante como mejora de sus necesidades utilizando la inteligencia emocional, para lo cual los demás participantes le brindaran otras alternativas de mejora en base a su experiencia con situaciones similares.

## Taller N° 5

TEMA: TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

OBJETIVO: Percibir la presencia de tensión en cada músculo, de esta manera se reducirá al máximo la presión, estrés, angustias, ansiedad, adaptando al participante la relajación mientras realiza tareas diarias.

METODOLOGIA: Lúdica- participativa

MATERIALES:

- Parlante
- Música relajante
- Silla
- Cartulina
- Pinturas
- Vela
- Fósforos

DURACION: 40 minutos

DESARROLLO: La habitación debe estar perfectamente adecuada para dar inicio a la técnica de relajación, se le pedirá al participante que se sienta en una posición confortable en la silla, en manera que sus brazos reposen y cerrar sus ojos, olvidar de todo y mucha concentración en la relajación, no debemos olvidar quedarse flojos, sueltos y eliminar la tensión residual que tenga el participantes en el cuerpo.

Los grupos musculares a trabajar son:

- **Grupo I:** Mano, antebrazo y bíceps.
- **Grupo II:** Cabeza, cara y cuello. Frente, nariz, ojos, mandíbula, labio y lengua.
- **Grupo III:** Tórax, estómago y región lumbar.

- **Grupo IV:** Muslos, nalgas, pantorrillas y pies.

DINAMICA: Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson

Ejercicios de tensión-relajación

1. Mano y antebrazo dominantes: cierra el puño y apriétalo fuerte. Siente cómo tu mano, tus dedos y tu antebrazo se tensan. Mantén la tensión un momento y luego abre la mano poco a poco mientras sueltas la tensión.

2. Bíceps dominante: empuja el codo contra el brazo del sillón y siente la tensión en el músculo. Mantenla durante unos segundos y comienza a aflojarlo suavemente. Concéntrate en la diferencia de sensaciones.

3. Mano y antebrazo no dominantes: (igual que con la mano y antebrazo dominantes).

4. Frente: arruga la frente subiéndola hacia arriba (subiendo las cejas). Nota la tensión sobre el puente de la nariz y alrededor de cada ceja. Mantén la tensión unos segundos y comienza a relajar muy despacio, tomando conciencia de estas zonas que antes estaban tensas. Tómate un momento para disfrutar de la sensación de relajación.

5. Parte superior de las mejillas y nariz: arruga la nariz y siente la tensión en las mejillas, en el puente y en los orificios de la nariz. Ve relajando gradualmente dejando que la tensión desaparezca poco a poco.

6. Parte superior de las mejillas y mandíbula: aprieta los dientes y las muelas como si estuvieras mordiendo algo con mucha fuerza y siente la tensión de los músculos que están a los lados de la cara y en las sienas. Relaja poco a poco. Ahora adopta una sonrisa forzada, estira los labios y nota cómo se tensan las mejillas. A continuación relaja la zona lentamente.

7. Cuello: empuja la barbilla hacia abajo, como si quisieras tocar el pecho con ella. Aprieta y tensa el cuello y después ve relajando poco a poco mientras notas la sensación.

8. Pecho, hombros y espalda: haz una inspiración profunda y mantenla al mismo tiempo que echas los hombros hacia atrás (como intentando que los omóplatos se junten). Siente la tensión en el pecho, en los hombros y en la parte superior de la espalda. A continuación, comienza a relajar despacio.

A partir de este momento, es importante mantener un ritmo pausado y regular de respiración.

9. Abdomen: inspira profundamente y tensa el estómago, poniéndolo tan duro como puedas. Imagina que te estás preparando para recibir un golpe. Ahora espira y deja que los músculos se vayan relajando para liberarse de la tensión.

10. Parte superior de la pierna y muslo dominantes: inspira profundamente y pon el músculo largo de encima de la pierna en contraposición con los de la parte de atrás. Intenta levantarte del asiento pero sin llegar a conseguirlo. Mantén la tensión unos segundos y relaja progresivamente.

11. Pantorrilla: inspira profundamente y haz que los dedos del pie miren hacia arriba. Debes sentir la tensión y después haz volver el pie a su posición original mientras espiras y dejas escapar la tensión.

12. Pie: inspira y estira la punta del pie, girándolo hacia dentro y curvando al mismo tiempo los dedos, pero no tenses demasiado, ya que te podrías hacer daño. A continuación relaja los músculos y nota la ausencia de tensión.

**CIERRE:** Se le pedirá al participante que escriba en una cartulina como se sentía antes de realizar la técnica y como se sentía después de la técnica, para después recortar la parte de la cartulina en la se sentía con tensión y romperla para después quemarla, y junto a ella se elimine ese sentimiento.

**EVALUACIÓN:** El participante deberá escribir en una cartulina la manera en la que mejor aprendió a percibir la presencia de tensiones innecesarias al estar expuesto en niveles de tensión altos para el participante, al realizar alguna actividad en la que esté realizando.

## Taller N° 6

TEMA: HABILIDADES SOCIALES AFECTIVAS (saber responder- saber actuar)

OBJETIVO: Identificar y gestionar, de manera eficaz, como se siente la persona y como se sienten los demás, brindando control en sus relación interpersonales, mayor empatía, y a desarrollar habilidades sociales afectivas.

METODOLOGÍA: Lúdica- participativa

MATERIALES:

- Parlante
- Música
- Hojas
- Esferos

DURACIÓN: 60 minutos

DESARROLLO: Se organizaran a los participantes en grupos para exponer diferentes temas a tratar como: identificar y conocer las emociones y sentimientos, entender los sentimientos de los demás, capacidad de expresar sentimientos y emociones, expresión de afectos, respetar los sentimientos de otros, capacidad para afrontar el enfado de los demás, capacidad para animar a los demás, y capacidad para consolar a los demás.

DINÁMICA: “Abrazos musicales”

Se va a reproducir canciones actuales, para que una vez que la música suena los participantes deben bailar por toda el área, cuando la música se detiene, cada persona abraza a otra, la música continúa, los participantes vuelven a bailar, la siguiente vez que la música se detiene, se abrazan tres personas, el abrazo se va haciendo cada vez mayor, hasta llegar a que todo el grupo se abraza entre sí.



**CIERRE:** En un círculo con todos los participantes se mencionara como se sintieron al ser abrazados de esa manera, y si cambio sus emociones al ser abrazado y al poder abrazar a otras personas.

**EVALUACIÓN:** Con la ayuda del TU-TU se analizara aspectos positivos del manejo correcto de las habilidades sociales afectivas y como esto cambiaría su vida.

## Taller N° 7

TEMA: AUTOCONTROL

OBJETIVO: Ejercer dominio sobre uno mismo, controlando las propias emociones, comportamientos, deseos, y tranquilidad, permitiendo afrontar cada momento de la vida con mayor serenidad y eficacia, fortaleciendo las relación interpersonales.

METODOLOGÍA: Lúdica- participativa

MATERIALES:

- Hojas
- Colchoneta
- Música
- Parlante
- Plastilina

DURACION: 40 minutos

DESARROLLO: Sé consciente y define lo que quieres controlar

Se le pedirá a cada participante que identifique que es los que desea controlar y lo que desea cambiar. Por ejemplo si el participante desea un mayor control en la toma de decisiones, primero debe saber qué hace mal y conocer los hábitos negativos, y a su vez se detectará situaciones problemáticas.

Se mencionara 4 tips sobre cómo debe manejarse en situaciones donde pierda por completo el control de su conducta, en primer lugar no depender de la fuerza bruta, en segundo lugar ser emocionalmente inteligente, en tercer lugar reducir el atractivo de las tentaciones, y en cuarto lugar modificar el ambiente.

DINÁMICA: “Mindfulness”

Esta dinámica ayudara a que el participante mejore el autocontrol y la gestión emocional, en situaciones de estrés, trabajando la parte atencional y actitudinal, con el que se busca estar presente, en el aquí y el ahora, de forma intencional, cumpliendo con unos principios básicos y un pensamiento caracterizado por no juzgar, aceptar, ser compasivo y paciente.

A continuación se empezará con la meditación con ejercicios básicos en los cuales se debe concentrar la atención en la respiración, para después emitir la frase “estoy bien”, “siempre aquí”, se debe crear una imagen relajante, visualizando un lugar tranquilo que produzca bienestar. Tanto puede ser un sitio real como imaginario.

**CIERRE:** Con la ayuda de plastilina el participante deber moldear alguna situación o algún objeto que le causa la pérdida de control, después de terminar la figura el paciente debe destruir con todas sus fuerzas lo que realizo hasta que pierda totalmente su forma, al terminar de destruir con la misma plastilina el participante debe formar algo que le brinde paz y tranquilidad, al terminar la figura el participante se llevara a su hogar su figura.

**EVALUACIÓN:** Se realizara entrevistas en parejas con los mismos participantes mencionando lo aprendida con la técnica y en qué áreas se realizaran cambios positivos.

## Taller N° 8

TEMA: RELACIONES DE PODER

OBJETIVO: Analizar las relaciones de poder con las que interactúa el participante mediante el triángulo de poder y el triángulo de descubrimiento, los cuales nos brindan datos de cómo es identificado y manejado el poder.

METODOLOGIA: Lúdica- participativa

MATERIALES:

- Hoja A3
- Marcadores
- Pinturas
- Esferos
- Borrador
- Molde triangular

DURACION: 50 minutos

DESARROLLO: Se empezara con la explicación de la estructura conocida como “triángulo del poder”, en el cual se analiza tres diferentes poderes, empezando por el papel de agresor (perseguidor), seguida del papel de salvador (rescatador), y por último el papel de víctima. Se debe tomar en cuenta en ámbitos como familia, trabajo, amigos, pareja, entre otros. Después de un análisis exhausto del triángulo de poder se empezara a realizar el triángulo del descubrimiento.

DINÁMICA: “Triángulo del descubrimiento”.

Cada paciente en la mitad de su hoja A3 deben dibujar con colores que no le agraden mucho el triángulo de poder con su respectiva descripción de cada fase, en la otra mitad de la hoja debe dibujar el triángulo de descubriendo con sus colores favoritos en el cual se debe describir las acciones positivas que puede hacer la persona con el poder que cuenta en sus manos, por ejemplo se empezara por el papel de agresor siendo consciente de su rango y que pasa a hacer un uso transparente de él se

convierte en un auténtico líder: utiliza su poder para el bien de todas, abandona las amenazas y los resentimientos; en el papel de víctima que se hace consciente de su situación y pasa a hacer un uso transparente del poder se convierte igualmente en un líder: utiliza su poder para el bien de todas convirtiendo su oposición y crítica en algo útil y constructivo, abandona los deseos de venganza y los pequeños actos terroristas, utiliza incluso la situación más difícil como una oportunidad para aprender y celebra su capacidad para encontrar su propio camino; y el papel de salvador que se llena de humildad y compasión y actúa desde ahí con autenticidad y transparencia se convierte en un verdadero facilitador.

**CIERRE:** Se debe exponer a todo el grupo el cambio de poder de manera positiva y algunos ejemplos en donde va a existir cambios en el participante, al terminar de exponer los demás participantes deberán brindar mayores opciones de cambio.

**EVALUACIÓN:** Se dará lectura de una frase para analizar con todos los participantes y comparar con las relaciones de poder antes descritas.

Frase:

“La gran tarea humanista e histórica de los oprimidos consiste en liberarse a sí mismos y liberar a los opresores. Estos, que oprimen, explotan y violentan en razón de su poder, no pueden tener en dicho poder, la fuerza de la liberación de los oprimidos ni de sí mismos. Sólo el poder que renace de la debilidad de los oprimidos será lo suficientemente fuerte para liberar a ambos”.

Paolo Freire

## BIBLIOGRAFÍA

- Abrams DB, Niaura RS. Social learning theory. (1987). En: Blane HT, Leonard KE, editors. Psychological theories of drinking and alcoholism. New York: Guilford Press.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of abnormal psychology*. Pág. 87, 49.
- Acosta, Alberto. (2012). Buen Vivir, Sumak Kausay, Quito: Abya-Yala. Recuperado de: [https://www.uv.es/edhc/edhc006\\_breton.pdf](https://www.uv.es/edhc/edhc006_breton.pdf)
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2009). Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá DC. Bogotá: Scripto Ltda. Recuperado de: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/Portals/0/Estudio%20de%20Consumo%20en%20Bogota.pdf>.
- Anderson, J. R. (2001). Aprendizaje y memoria. Editorial Mc Graw-Hill: México.
- Aschenbrandt, T. (1883). "Sigmund Freud. Escritos sobre la cocaína" Ed. Anagrama. Colección Argumentos. en Byck, R. Editor 2ª edición, Pág. 65-72.
- Back S, Dansky B, Carroll K, Foa E, Brady K. (2001). Exposure therapy in the treatment of PTSD among cocaine-dependent individuals: description of procedures. *J Subst Abuse Treat*, Vol. 21, Pág. 35-45.
- Baer, J.S. Y Lichtenstein, E. (1988). Classification and prediction of smoking relapse episodes: An exploration of individual differences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol.56, Pág. 104-110
- Bandura A. (1986). Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Banonis B. (1998). The lived experience of recovering from addiction: a phenomenological study. *Nurs Sci Q*, Vol. 2, Pág.37-43
- Barret A. y Turner J. (2006). Family structure and substance use problems in adolescence and early adulthood: examining explanations for the relationship. *Addiction*, Vol. 101 Pág.109-120.
- Beato-Fernández, Luis & Rodríguez-Cano, Teresa (2003). El cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria (ACTA): Desarrollo y propiedades psicométricas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, Vol. 31, Pág. 111-119.
- Beck AT, Wright FD, Newman C, Liese BS. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Benowitz, N.L. (1983). The use of biological fluid samples in assessing tobacco smoke consumption. *NIDA Research Monograph Series*, Vol. 48, Pág. 6-26
- Bensley, L. S., y Wu, R. (1991). The Role of Psychological Reactance in Drinking Following Alcohol Prevention Messages1. *Journal of Applied Social Psychology*, Vol. 21, Pág. 1111-1124.
- Best, D., Manning, V., Gossop, M., Witton, J., Floyd, K., Rawaf, S. et al. (2004). Adolescent psychological health problems and delinquency among volatile substance users in a school sample in South London. *Drugs: Education, Prevention y Policy*, Vol. 11, Pág. 473-482.
- Bolet M, Socarras MM. (2003). El alcoholismo, consecuencias y prevención. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, Vol. 22, Pág. 1-7
- Bosch-Capblanch, X., Abba, K., Pricor, M., & Garner, P. (2007). Contracts between patients and healthcare practitioners for improving patients' adherence to treatment, prevention and health promotion activities. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Brehm, JW (1966). *Una teoría de la reactancia psicológica*. Academic Press

- Brehm, SS, y Brehm, JW (1981). "Reactancia psicológica: Una Teoría de la libertad y el control". Academic Press. Academic Press.
- Burgoon, M., Alvaro, E. M., Broneck, K., Miller, C., Grandpre, J. R., Hall, J. R., et al. (2002). Using interactive media tools to test substance abuse prevention messages. En W. D. Crano y M. Burgoon (Eds.), *Mass media and drug prevention: Classic and contemporary theories and research*, Pág. 67–87. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cautela, J. R., y Rosentiel, A. K. (1979). Empleo del condicionamiento encubierto en el tratamiento de la drogadicción. *Condicionamiento encubierto. Bilbao: Desclée de Brouwer.*
- Chance P. (2001). Aprendizaje y conducta. México: Manual Moderno.
- Chappa, H., & Dowd, E. T. (2008). Influencia de la Reactancia Comportamental en la Interrupción Prematura del Tratamiento. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, Vol.17.
- Chappa, H.J., Dowd, T. y col. (1999). Reactance and Assertiveness: a pilot correlational study. Trabajo presentado en la Conferencia Anual de SEPI, Miami.
- Chiriboga, L. B. (2005). La intervención psicoterapéutica en tiempo de caos. *pontificia universidad católica del Ecuador*, Pág. 19.
- CIE-10. (1992). Clasificación internacional de las enfermedades y problemas relacionados con la salud. Editorial Médica Panamericana. S.A.
- Clee, M. A., y Wicklund, R. A. (1980). Consumer behavior and psychological reactance. *Journal of Consumer Research*, Vol.4, Pág. 389-405.
- Costales, J. B., Bath, J. S., Mauge, C. P., y Cosman, E. R. (1999). *U.S. Patent No. 5,921,992*. Washington, DC: U.S. Patent and Trademark Office.



- Cuellar, M. E. R., Fernández-Escandón, M. L., y Díaz, M. R. G. (2010). *Psicología social y de las organizaciones*. CEDE.
- Da silva, F. (2005). Las Adicciones Sociales: ¿Ultimo y Silencioso Eslabon. Boletin Foro de Optar, Vol.42, Pag.1. Montevideo
- De las Cuevas, C., & Peñate, W. (2015). Explaining pharmacophobia and pharmacophilia in psychiatric patients: relationship with treatment adherence. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, Vol. 30, Pág. 377-383.
- De las Cuevas, C., Peñate, W., & Sanz, E. J. (2014). Risk factors for non-adherence to antidepressant treatment in patients with mood disorders. *European journal of clinical pharmacology*, Vol. 70, Pág. 89-98.
- De las Cuevas, C., Peñate, W., Betancort, M. y De Rivera, L. (2014). Psychological reactance in psychiatric patients: Examining the dimensionality and correlates of the Hong Psychological Reactance Scale in a large clinical sample. *Personality and Individual Differences*, 70, 85-91.
- De las Cuevas, C., Peñate, W., Betancort, M., & de Rivera, L. (2014). Psychological reactance in psychiatric patients: Examining the dimensionality and correlates of the Hong Psychological Reactance Scale in a large clinical sample. *Personality and Individual Differences*, Vol. 70, Pág. 85-91.
- De las Cuevas, C., y Sanz, E. J. (2016). Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, Vol.7, Pág. 25-30.
- De Montecristi, A. C. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Ciudad Alfaro: Asamblea Constituyente.

- De Quirós Aragón, M. B., Labrador, F. J., & de Arce, F. (2005). Evaluation of a group cue-exposure treatment for opiate addicts. *The Spanish journal of psychology*, Pág. 8(2), 229-237.
- De Salud, A. E. (2017). Ministerio de Salud Pública. Lista de establecimientos de salud que prestan servicios de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (ESTAD). Recuperado de: [http://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/2017/03/estad\\_con\\_permiso\\_de\\_funcionamiento\\_vigente\\_2017\\_para\\_publicar\\_07-03-2017.pdf](http://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/2017/03/estad_con_permiso_de_funcionamiento_vigente_2017_para_publicar_07-03-2017.pdf)
- De Salud. (2014). Ministerio de Salud Pública. Base de Datos Principales Causas de Muerte. Ecuador. Disponible en: [www.msp.org](http://www.msp.org). Recuperado de: <https://www.salud.gob.ec/informacion-estadistica-de-produccion-de-salud/>.
- Debate sobre despenalización del consumo de drogas se acentúa en Ecuador. (Domingo, 2 de septiembre de 2018). Ecuador Inmediato, Edición número 4866. Recuperado de: [http://www.ecuadorinmediato.com/index.php?module=Noticias&func=news\\_user\\_view&id=198365](http://www.ecuadorinmediato.com/index.php?module=Noticias&func=news_user_view&id=198365)
- Del Pozo, J. L., y Iraurgi-Castillo, E. I. (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabitación de cocaína. *Trastornos adictivos*, Vol. 10, Pág. 252-274.
- Díaz LP, Marziale MH. (2010). El papel de los profesionales en centros de atención en drogas en ambulatorios de la ciudad de Bogotá, Colombia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Pág.573-581. Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692010000700013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692010000700013&lng=en&nrm=iso).
- DiClemente CC, Prochaska JO. (1985). Processes and stages of self-change: coping and competence in smoking behavior change. London: Academic Press, Pág. 319-43.

- Dillard, J. P., y Peck, E. (2000). Affect and persuasion: Emotional responses to public service announcements. *Communication Research*, Vol. 27, Pág. 461 - 495.
- Dillard, J. P., y Shen, L. (2005). On the nature of reactance and its role in persuasive health communication. *Communication Monographs*, Vol. 72, Pág.144-168.
- Dirección Nacional de Estupefacientes. (1996).Consumo de sustancias psicoactivas en Colombia. Recuperado de: <http://www.dne.gov.co/?idcategoria=845>
- Dirección Nacional de Estupefacientes. (2008). Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, 1ra. Ed. Bogotá: Editora Guadalupe S.A.
- Dowd E. Thomas: (1993). Correlatos motivacionales y de la personalidad de la reactancia psicológica e implicaciones para la Terapia Cognitiva (Motivational and personality correlates of psychological reactance and implications for cognitive therapy) *Psicología Conductual*, Vol.1, Pág.145-155.
- Dowd, E.T, Wallbrown, F., Sanders, D. y Yesenovsky, M. (1994). *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 18, 6, Pág. 601- 611.
- Dowd, E.T., Milne, Ch. R. y Wise, S.L. (1991). The Therapeutic Reactance Scale: A Measure of Psychological Reactance. *J. Couns. Development*, Vol. 69, Pág. 541-545.
- Drummond, D.C. (2001). Theories of drug craving, ancient and modern. *Addiction*, Vol. 96, Pág. 33-46.
- Dweck, C. S. (1975). The role of expectations and attributions in the alleviation of learned helplessness. *Journal of personality and social psychology*, Vol.31, Pág. 674.
- Ernst, M., Grant, S., London, E., Contoreggi, C., Kimes, A. y Spurgeon, L. (2003). Decision making in adolescents with behavior disorders and adults with substance abuse. *The American Journal of Psychiatry*, Vol.160, Pág. 33-41.

- Estévez-González, A., García-Sánchez, C., & Junqué, C. (1997). La atención: una compleja función cerebral. *Revista de neurología*, Vol. 25.
- Fernández Montalvo J, Echeburúa E. (2001). El consumo excesivo de alcohol: un reto para la salud. *Rev Salud y drogas*. Pág.; 1:17-39.
- Friedman, M., & Rosenman, R. H. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings: blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease. *Journal of the American medical association*, Vol.169, Pág. 1286-1296.
- Fundación BACC. (2004). Causas y factores de riesgo del consumo de alcohol. Campo Renacimiento. Recuperado de: <http://www.camporenacimiento.com/adiccion/causas.htm>
- Galaif, E. R., Sussman, S., Chou, C. P., & Wills, T. A. (2003). Longitudinal relations among depression, stress, and coping in high risk youth. *Journal of youth and adolescence*, Vol.32, Pág. 243-258.
- Gálvez C, Guerrero M. (2008). Intervención psicológica. En: Tirado P, coordinador. Guía clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias estimulantes. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.
- Gawin, F.H.; Kleber, H.D. (1986). "Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers: clinical observations". *Arch. Gen. Psychiatry*. Vol. 43, Pág. 107-113.
- Gómez, J. L. G. (1994). Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento. Debate.
- González Ruano, I., & Hernández Gil, J. (2016). Adherencia al tratamiento y reactancia psicológica.

- Gonzalez, J., Villar, F., Banegas, J.R., Rodriguez, F., Y Martin J.M. (1997). Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992: 600.000 muertes en quince años. Barcelona, Vol. 109, Pág. 577-582.
- Goodman Aviel. (1990). Addiction: Definition and Implication. British Journal of Addiction, Vol.85. Pag.1403.
- Grandpre, J., Alvaro, E. M., Burgoon, M., Miller, C. H., y Hall, J. R. (2003). Adolescent reactance and anti-smoking campaigns: A theoretical approach. Health Communication, Vol. 15, Pág. 349-366.
- Grandpre, J., Alvaro, E. M., Burgoon, M., Miller, C. H., y Hall, J. R. (2003). Adolescent reactance and anti-smoking campaigns: A theoretical approach. Health Communication, Vol. 15, Pág.349-366.
- Greene, Geoffrey W.; Ross, Susan R. & Reed, Gabrielle Richards (1993). The effect of feedback on dietary intent to reduct fat. Topics in Clinical Nutrition, Vol.9, Pág. 20-28.
- Guardia, J., Segura, L., Gonzalbo, B., Iglesias, L. y Roncero, C. (2001). Neuroimagen y alteraciones del funcionamiento cerebral, asociadas al consumo de cocaína. Adicciones, Vol. 13, Pág. 415-431.
- Guerra Jiménez, D., y Martínez Duque, B. (2017). La implicación de la reactancia psicológica en la adherencia al tratamiento.
- Guerrero, Y. Perozo, G. (2009). Reactancia Psicológica Y Locus de Control en Estudiantes Universitarios Opositores. Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo.
- Guevara Clavijo, D. (2017). Caracterización de la problemática social de la drogadicción en los jóvenes del municipio de Ocaña, norte de santander.
- Gutiérrez-Baró, E. y Aneiros-Riba, R. (1999). Toxicomanías y adolescencia: Realidades y consecuencias. La Habana: Clínica del Adolescente.

- Halikas, J.A, Kuhn, K.L., Crosby, R., Carlson, G. y Crea, F. (1991). The measurement of craving in cocaine patients using the Minnesota cocaine craving scale. *Comprehensive Psychiatry*, Vol.32, Pág. 22 -27.
- Herbert Chappa y E. Thomas Dowd, (2008). Influencia de la reactancia comportamental de la interrupción prematura del tratamiento. CETEM Instituto de terapias cognitivas e integrativas. Argentina.
- Hersen, M. (1971). Personality characteristics of nightmare sufferers. *Journal of Nervous and Mental Disease*.
- Hersen, M. (1971). Resistance to Direction in Behavior Therapy: some comments. *J. Genetic Psychology*, Vol.118, Pág. 121- 12. 27.
- Hersh-Rifkin, M., & Stoner, M. H. (2005). Psychosocial aspects of dialysis therapy. Review of hemodialysis for nurses and dialysis personnell. St Louis, MO: Mosby Inc.
- Higgins ST, Silverman K,. (1999). Motivating behavior change among illicit-drug abusers: research on contingency management interventions.San Diego C.A.: Academic Press.
- Hoffman JP. (1993). Exploring the direct and indirect family effects on adolescent drug use. *J Drug Issues*, Vol. 23, Pág. 535-557.
- Hong, S. M., & Faedda, S. (1996). Refinement of the Hong psychological reactance scale. *Educational and Psychological Measurement*, Vol.56(1), Pág. 173 -182.
- Hong, S. y Ostini, R. (1989). Further evaluation of Merz's Psychological Reactance Scale. *Psychological Reports*, Vol.64, Pág. 707-710.
- Hong, S. y Page, S. (1989). A Psychological Reactance Scale: Development, factor structure and reliability. *Psychological Reports*, Vol.64, Pág. 1.323- 1.326.
- Hong, S.M. y Faedda, S. (1996). Refinement of the Hong psychological reactance scale. *Educational and Psychological Measurement*, Vol.56, Pág. 173-182.

- Hundleby JD. & Mercer GW. (1987). Family and friends as social environments and their relationship to young adolescents' use of alcohol, tobacco, and marijuana. *J Marriage Fam*, Vol.49, Pág.151-164.
- Klein SB. (1994). *Aprendizaje principios y aplicaciones*. Madrid: McGraw-Hill.
- Latimer, W. W., Stone, A. L., Voight, A., Winters, K. C. y August, G. J. (2002). Gender differences in psychiatric comorbidity among adolescents with substance use disorders. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, Vol.10, Pág. 310 -315.
- Leventhal, H. (1970). Findings and Theory in the Study of Fear Communications1. In *Advances in experimental social psychology* . Academic Press . Vol. 5, Pág. 119-186.
- Levy, Rachel Katherine (1997). The transtheoretical model of change: An application to bulimia nervosa. *Psychotherapy*, Vol.34, Pág. 278-285.
- Liddle, H. (2004). Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: research contributions and future research needs. *Addiction*, 99, Pág. 76-92.
- Llopis Llácer, J. J. (2001). Dependencia, intoxicación aguda y síndrome de abstinencia por cocaína. *Monografía Cocaína*, Pág.147.
- Llorente JM. (1990). Adicción a la heroína (resolución de un caso clínico). En: Vallejo MA, Fernández Abascal E, Labrador F, editores. *Modificación de conducta - análisis de casos*. Madrid: TEA Ediciones. Pág. 352-75.
- Maddaleno, M., Morello, P., y Infante-Espínola, F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud pública de México*, 45, S132-S139.
- Manrique HRD, Tobón LJD, Zapata VMA. (2008). Evaluación de impacto del proyecto Treatnet en Colombia: la experiencia en la ESE CARISMA 2007. *Rev CES Med*. Pag; 22:15-29

- Mantegazza, P. (1859). *Sulle virtio Igienche e Medicinals della Coca, a Sugli Alimenti Nervosa in Generale [On the Hygienic and Medicinal Virtues of Coca]*.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985) *Relapse prevention: maintenance strategies in addictive behavior change*. New York: Guilford
- Marmorstein, N. R. y Iacono, W. G. (2003). Major depression and conduct disorder in a twin sample: gender, functioning, and risk for future psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol.42, Pág. 225-233
- Martins, Renata K. & McNeil, Daniel W. (2009). Review of motivational interviewing in promoting health behaviors. *Clinical Psychology Review*, Vol.29, Pág. 283-293.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O. y Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, Vol.20, Pág. 368-375.
- McConaughy, Eileen A.; DiClemente, Carlo C.; Prochaska, James O. y Velicer, Wayne F. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy*, Vol.26, Pág. 494-503.
- McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP. & Kleber HD. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *J Am Med Assoc*, Vol.284, Pág. 1689-1695.
- Méndez M, Leal Rojas EC, Prieto Suárez E, et al. (2008). Relación entre el consumo crónico de sustancias psicoactivas y alteraciones neurocomportamentales en fármaco-dependientes en rehabilitación en comunidades terapéuticas (FECCOT). Estudio descriptivo. *Rev Fac Med Unal*. Pag: 56:338-52.
- Merikle, E.P. (1999). The subjective experience of craving: an exploratory analysis. *Substance Use & Misuse*, Vol.34, Pág.1101-1115.



- Meyer, C., Ulbricht, S., Baumeister, S. E., Schumann, A., Rüge, J., Bischof, G., y John, U. (2008). Proactive interventions for smoking cessation in general medical practice: a quasi-randomized controlled trial to examine the efficacy of computer-tailored letters and physician-delivered brief advice. *Addiction*, *103*(2), 294-304.
- Miller WR. (1992). the effectiveness of treatment for substance abuse. Reasons for optimism. *J Subst Abuse Treat*, Vol.9, Pág.93-102.
- Miller, C. H., y Quick, B. L. (2010). Sensation seeking and psychological reactance as health risk predictors for an emerging adult population. *Health communication*, Vol.25, Pág.266-275.
- Moreno, J. B., Paniagua, Á. S. E., García, A. M. P., & Suárez, P. S. (2002). Perfiles de personalidad y feedback de tarea: Análisis del rendimiento, la frecuencia cardíaca y las atribuciones causales. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, Vol.55, Pág. 317-336.
- Nabi, R. L. (2002). Discrete emotions and persuasion. *The persuasion handbook: Developments in theory and practice*, 289, 308.
- Naciones Unidas. (2003). Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: Análisis de las pruebas científicas. New York: Naciones Unidas, Oficina contra la Droga y el Delito.
- National Institutes of Health. (2003). Severe childhood ADHD may predict alcohol, substance abuse problems in teen years. Recuperado de:<http://www.nih.gov/news/pr/aug2003/niaaa17.htm>
- Newcomb MD. & Felix-Ortiz M. (1992). Multiple protective and risk factors for drug use and abuse: Cross-sectional and prospective findings. *J Pers Soc Psychol*, Vol. 63, Pág. 280-296.

- Newman MA.(1999). The Rhythm of relating in a paradigm of wholeness. Image, Journal of Nursing scholarship, Vol. 31: Pág. 227-230.
- Organización mundial de la salud. (1994). Glosario de Términos de drogas y alcohol. Madrid .Ed.MSC. Pag.29
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe de Situación Regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas, en particular en el contexto del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas que se celebrará en 2016.Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/251180>.
- Oropeza R, Loyola P, Vázquez F. (2007). Tratamiento breve para usuarios de cocaína: un modelo cognitivo conductual, principios de aplicación. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Oropeza R. (2003). Desarrollo, aplicación y evaluación de un programa de tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Ortega De Medina NM, Osorio Rebolledo EA, Pedrão LJ.(2004). El significado de drogas para el estudiante de enfermería según el modelo de creencias en salud de Rosenstock. Rev. LatinoAm. Enfermagem.
- Ossip-Klein, D.J., Bigelow, G., Parker, S., Curry, S.,Hall, S.M. Y Kirkland, S. (1986). Task Force 1: Classification and assessment of smoking behavior. Health Psychology Vol.5: Pág. 3-11.
- Panamerican Health Organization. (2007). Alcohol y salud pública en las Américas. Recuperado de: <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/A&SP.pdf>
- Parascandola M. &, Weed DL. (2001). Causalidad en epidemiología. J Epidemiol Community Health, Vol.55, Pág. 905-912.

- Pear J. (1995). Técnicas basadas principalmente en el condicionamiento operante. En: Caballo V, editor. Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid: Siglo XXI; Pág. 299-400.
- Peña, Molino. (2004) Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual, "Necesidad de control: análisis conceptual y propuesta experimental". Centro de Psicología Bertrand Russell (Madrid). Recuperado de: <http://www.aseteccs.com/revista/pdf/v02/necesidaddecontrol>.
- Peñaherrera, J. A. C., y Mendieta, M. V. (2016). Ortega y Gasset doctorado en gobierno y administración pública.
- Pérez de los Cobos, J., Santis, R., Tejero, A. (1999). La medición del Craving de sustancias psicoactivas ilegales. Trastornos Adictivos, Vol.1, Pág. 22-26
- Pérez García, A.M. (1993). Traducción española de la Escala de Reactancia Psicológica de Hong y Page (1989). Informe no publicado del Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Madrid: UNED.
- Pérez García, A.M. (1996). Adaptación Española de la escala de motivación del logro de Ray (1979). Informe del departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológicos. Madrid: UNED.
- Pérez García, A.M. (2002). Adaptación Española de la escala de reactancia de Brehm (1966) .Informe del departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológicos. Madrid: UNED.
- Peto, R., Lopez, A.D., Boreham, J., Tun, M. y Health, C.J.R. (1992). Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistical. Lancet.

- Petty, R. E., y Cacioppo, J. T. (1986). *Communication and persuasion: Central and peripheral routes to attitude change*. New York: Springer-Verlag.
- Prochaska J.O. y DiClemente, C.C. (1986): "Toward a comprehensive model of change" en W.R. Miller y N. Heather (eds), *Treating addictive behaviors : Processes of change*, Nueva York, Plenum Press.
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*. Vol.47: Pág.1102-14.
- Prochaska JO, DiClemente CC. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. Vol. 51: Pág. 390-5.
- Prochaska JO, James O. y DiClemente CC. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*. Vol.19: Pág.276-88.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research & practice*, Vol.19, Pág. 276.
- Prochaska, James O. & DiClemente, Carlo C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Malabar, FL: Krieger.
- Prochaska, James O. (1979). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Homewood,
- Prochaska, James O.; DiClemente, Carlo C. & Norcross, John C. (1994). *Changing for good*. Nueva York: Avon Books.
- Prochaska, James O.; Velicer, Wayne F.; DiClemente, Carlo C. & Fava, Joseph (1988). Measuring processes of change: Applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol.56, Pág.520-528.

- Umaña, I. V., del Carpio, O. V., Monge, A. S., & Holthuis, K. (2003). Promoción, Prevención y educación para la salud.
- Quick, B. L., y Stephenson, M. T. (2007b). The Reactance Restoration Scale (RRS): A measure of direct and indirect restoration. *Communication Research Reports*, Vol.24, Pág.131-138.
- Quick, B. L., y Stephenson, M. T. (2008). Examining the role of trait reactance and sensation seeking on reactance-inducing messages, reactance, and reactance restoration. *Human Communication Research*, Vol.34, Pág. 448-476.
- Ramos, J., Tejero, A., Trujols, J. (1998). ¿Craving como elemento central o como epifenómeno de las conductas adictivas? Una revisión de la propuesta de Tiffany. *Adicciones*, Vol.10, Pág. 217-221.
- Rimmele CT, Howard MO, Hilfrink ML. (1995). Aversion therapies. En: Hester RK, Miller WR, editors. *Handbook of alcoholism treatment approaches:effective alternatives*. 2nd ed. Boston: Allyn y Bacon.
- Risberg R. & Funk RR. (2000). Evaluating the perceived helpfulness of a family night program for adolescent substance abusers. *J Child Adolesc Subst Abuse*, Vol.10, Pág. 51-66.
- Rodríguez Carlos. (2017). Consumo excesivo de alcohol está arraigado a la cultura ecuatoriana. Andes. Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica.
- Rodríguez Martínez A, Pinzón Pulido SA, Mallada García E, et al. (2005). Características sanitarias y toxicológicas en drogodependientes de una prisión. *Rev Medicina de Familia*. Pag; 3:144-51
- Rojas, M. J. y Espinoza, L. S. (2008). Consejo psicológico y psicoterapia motivacional en drogodependencias: evaluación de las intervenciones del programa “Lugar de Escucha”. *Adicciones*, Vol. 20, Pág. 185-196.

- Rosen, Craig S. (2000). Is the sequencing of change processes by stage consistent across health problems? A meta-analysis. *Health Psychology*, Pág.19(6), 539-604.
- Rossi, Joseph S.; Rossi, Susan R.; Velicer, Wayne F. & Prochaska, James O. (1995). Motivational readiness to control weight. En David B. Allison (Ed.), *Handbook of assessment methods for eating behaviours and weight related problems*, Pág.387-430. Londres: Sage
- Sabate, E. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (Documento OMS traducido). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Salovey, P., & Rothman, A. J. (Eds.). (2003). *Social psychology of health: Key readings*. Psychology press.
- Sánchez-Hervás, E., Molina, N., del Olmo, R., Tomás, V. y Morales, E. (2001). Craving y adicción a drogas. *Trastornos adictivos*, Vol. 3, Pág.237-243.
- Sanjuán, P., Pérez, A. y Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, Vol.12, Pág.509-513.
- Satel, S. (1992). "Craving for and fear of cocaine": a phenomenologic update on cocaine craving and paranoia. En: T.R. Kosten y H.D. Kleber (Eds.), *Clinician`s guide to cocaine addiction. Theory, research and treatment*, Pág. 172-192. New York: The Guildford Press.
- Schorr, G., Ulbricht, S., Schmidt, C. O., Baumeister, S. E., Rüge, J., Schumann, A., y Meyer, C. (2008). Does precontemplation represent a homogeneous stage category? A latent class analysis on German smokers. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(5), 840.
- Schumann, Anja; Rumpf, Hans-Jürgen; John, Ulrich & Meyer, Christian (2008). Does precontemplation represent a homogeneous stage category? A latent class

analysis on German smokers. *Journal of consulting and clinical psychology*, Vol.76(5), Pág. 840-851.

Seibel, C.A. y Dowd, E.T. (1994). Reactance, Noncompliance and Developmental Factor. Conceptual Integration and Empirical Validation. Trabajo presentado en la Conferencia .Anual de SEPI, Buenos Aires, Argentina.

Shiffman, S.(1986) A cluster analytic classification of smoking relapse episodes. *Addictive Behaviors* , Vol.11: Pág.295-307.

Shiffman, S., Hickox, M., Paty, JA., Gnys, M., Kassel, JD. y Richards DS, T.J (1996b). Progression from a smoking lapse to relapse: prediction from abstinence violation effects, nicotine dependence, and lapse characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,Vol. 64(5): Pág. 993-1002.

Shiffman, S., Paty, J.A., Gnys, M., Kassel, JA., y Hickox,M.(1996a). First lapses to smoking: withinsubjects analysis of real-time reports. *Journal of*

Shrier, L. A., Harris, S. K., Kurland, M. y Knight, J. R. (2003). Substance use problems and associated psychiatric symptoms among 45 adolescents in primary care. *Pediatrics*, Vol.111, Pag. 699-705.

Silvia, P. J. (2005). Deflecting reactance: The role of similarity in increasing compliance and reducing resistance. *Basic and Applied Social Psychology*,Vol. 27, Pág. 277-284.

Sistema Nacional de Cultura se sumó al Acuerdo por la Prevención de Consumo de Drogas. (Quito, 04 de septiembre de 2017). *El Telégrafo*. Recuperado de : <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/39/13/sistema-nacional-de-cultural-se-sumo-al-acuerdo-por-la-prevencion-de-consumo-de-drogas>

Skinner BF. (1953).*Science and human behavior*. New York: The Free Press.

Staddon JER. (2001). *The new behaviorism: mind, mechanism and society*. Philadelphia: Psychology Press.

- Stanojlovic, M. (2015). Reactancia psicológica en campañas de prevención de alcohol en jóvenes universitarios: el papel del realismo narrativo y la auto-afirmación del receptor (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid).
- Stice, E. y Shaw, H. (2003). Prospective relations of body image, eating and affective disturbances to smoking onset on adolescent girls: How Virginia slims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol.71, Pág.129-135.
- Sue, D., y Sue, S. (1996). *Comportamiento Anormal*. México, D.F.: McGraw-Hill.
- Szapocznick J., Perez-Vidal A., Brickman AL., Foote FH., Santisteban D., Hervis O. & Kurtines WM. (1988). Engaging adolescent drug abusers and their families in treatment: A strategic structural systems approach. *J Consult and Clin Psychol*, Vol.56(4), Pág. 552-557.
- Tejero, A., & Trujols, J. (1994). El modelo transteorético de Prochaska y Diclemente: un modelo dinámico de cambio en el ámbito de las conductas adictivas. *Conductas Adictivas*, 3-43.
- Tiffany, S. T. (1990). A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: Role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological Review*, Vol.97, Pág. 147-168.
- Torres Ruiz, R. A. (2017). Análisis de las características de las competencias argumentativas en estudiantes universitarios de Quito.
- U.S Department of Health and Human Services. (1990). *The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of Surgeon General*. U.S Department of Health and Human Services: Rockville MD. DHHS Publication No (CDC), Pág.90-8416.
- United Nations (UNODC). (2007). *World Drug Report*. New York: United Nations Publications, Office on Drugs and Crime.



- Vallejos, M., Orbegoso, C., & Capa, W. (2007). Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA): Validez y confiabilidad en Drogodependientes. *Revista de Psicología UCV*, Vol.4, Pág. 52-59.
- Van Bilsen, H. P. J. G., & Van Emst, A. (1989). Motivating heroin users for change. *Treating drug abuser*, Pág.29-48.
- Vanegas, M. A. Z. (2009). La familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *CES Psicología*, Vol.2(2), Pág.86-94.
- Varela, M. T. A., Cáceres, E. D. R., & José, C. T. R. (2010). Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados. *Pensamiento psicológico*, Vol. 3.
- Vargas Pineda, D. R. (2001). Alcoholismo, tabaquismo y sustancias psicoactivas. *Revista de Salud Pública*, Vol.3(1), Pág. 74-88.
- Velasco Margarita. (2016). El 46% de jóvenes de Ecuador cree que droga circula en su plantel. *El Universo*. Recuperado de: <https://www.eluniverso.com/noticias/2016/04/04/nota/5504028/46-jovenes-cree-que-droga-circula-su-plantel>
- Velicer, W.F., Prochaska, J.O, Rossi, J.S. y Snow,M.G. (1992). Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychological Bulletin*, Vol. 111(1): Pág.23-41
- Viaplana, G. F., García, G. G. J., Rodríguez, V. S., & Laso, E. (2002). La resistencia en psicoterapia: el papel de la reactancia, la construcción del sí mismo y el tipo de demanda. *Análisis y Modificación de Conducta*, Vol.28(118), Pág. 235-288.
- Weaver, M.F. y Schnoll, S.H. (1999). Stimulants: amphetamines and cocaine. En: B.S. McCrady y E.E. Epstein (Eds.), *Addictions. A comprehensive guidebook*,Pág. 105-120. New York: Oxford University Press.

- Wells, K. D., & Schwartz, J. J. (1984). Vocal communication in a neotropical treefrog, *Hyla ebraccata*: aggressive calls. *Behaviour*, 91(1), Pág.128-145.
- Whitelaw, Sandy; Baldwin, Steve; Bunton, Robin & Flynn, Darren (2000). The status of evidence and outcomes in stages of change research. *Health education research. Theory and practice*, Vol.15, Pág. 707-718.
- Wing D. Goal setting and recovery from alcoholism *Arch Psychiatr Nurs* 1991; Vol. 3,Pág.178-184.
- Wing, D. M. (1995). Transcending alcoholic denial. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 27(2), 121-126.
- Worchel, S., & Brehm, J. W. (1971). Direct and implied social restoration of freedom. *Journal of Personality and Social Psychology*, Pág.18(3), 294.
- Worchel, S., Songer, E., & Arnold, S. E. (1973). Effort, objective self-awareness, choice, and dissonance. *Journal of Personality and Social Psychology*, Pág. 28(2), 262.
- World Health Organization. Alcohol and injury in emergency departments. Ginebra (2007) Documento en línea. Recuperado de [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/alcohol\\_injury\\_summary.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_injury_summary.pdf)
- Wortman, C. B., & Brehm, J. W. (1975). Responses to uncontrollable outcomes: An integration of reactance theory and the learned helplessness model. *Advances in experimental social psychology*, Pág.336.
- Wright, V. L. (2003). A phenomenological exploration of spirituality among African American women recovering from substance abuse. *Archives of psychiatric nursing*, 17(4), 173-185.

Wu, N., Lu, Y., Sterling, S. y Weisner, C. (2004). Family environment factors and substance abuse severity in an HMO adolescent population. *Clinical Pediatrics*, Pág.43, 323-333.

Zapata MA. (2007). *Dominios para la recuperación de la enfermedad por alcohol y drogas: Principios y Guías*. Medellín: Publicación Carisma.

## ANEXOS



ANEXO 1: CETAD



ANEXO 2: CETAD



ANEXO 3: REMAR



ANEXO 4: REMAR



ANEXO 5: REMAR



ANEXO6: REMAR



ANEXO 7: DESAFIO JUVENIL

Ministerio de Salud de Tucumán  
 Centro Especializado para el Tratamiento del Consumo Problemático de  
 Drogas "C.E.T.A.D"

LISTA DE IMPLEMENTOS PARA ESTANCIA EN LA COMUNIDAD TERAPIA

INSUMOS	CANTIDAD
JABÓN	1
JABONERA	1
CREMA DENTAL	1

ANEXO 8: CETAD