

PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN RECAÍDAS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES DEL CENTRO DE ORIENTACIÓN JUVENIL

LUIS AMIGÓ

Andrea. Martínez N., Tatiana. Mendoza H., Laura M. Peña

Universidad Cooperativa de Colombia

Nota de autor

Este trabajo fue realizado por Andrea Martínez Nieto, identificado con documento de identidad No.1019112609; Tatiana Mendoza Higuera, identificado con el documento de identidad No. 1073159557, y Laura Milena Peña, identificada con el documento de identidad No. 1010216901, estudiantes de X semestre del Programa de Psicología, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Universidad Cooperativa de Colombia, realizado para el Diplomado en Sustancias psicoactivas, dirigida por el profesor Laureano David Angarita, el profesor Pablo Monsalve y el profesor Leonardo Guerrero en calidad de Asesores.

Introducción

El presente trabajo tiene como principal propósito el diseño de un protocolo de atención en recaídas. En concreto, la investigación que presentamos se acoge con la finalidad de establecer una propuesta que esté especialmente dirigida a una de las fundaciones de Colombia más destacada, la Fundación Luis Amigó.

De este modo, todo el planteamiento y desarrollo de esta propuesta se fundamenta en las bases teóricas desarrolladas por profesionales idóneos, de este modo, y atendiendo a las necesidades de generar un protocolo de atención en recaídas, en nuestros planteamientos tendremos en cuenta las disciplinas que se encuentran relacionadas con esta situación.

Es así, que queremos tener en cuenta la perspectiva y el papel del profesional ante una realidad tan emergente y de tanta actualidad, valiéndonos, en cualquier caso, de todas las ciencias que se orientan hacia el tratamiento de esa cuestión, y logrando, de este modo, una interdisciplinariedad a la que, sin duda alguna, está abocado el objetivo que pretendemos lograr con nuestra investigación.

Por lo tanto, el sentido final de esta propuesta es el de lograr un plan instructivo, con el objetivo de desarrollar el protocolo de atención en recaídas para los profesionales de la fundación Luis Amigó. No cabe duda de que la atención en recaídas, adquiere un papel de notable importancia en la reinserción en el entorno sociofamiliar de jóvenes consumidores de sustancias psicoactivas, llegando a ser, incluso, fundamental para la óptima atención e intervención.

No obstante, en esta propuesta pretendemos diseñar un protocolo que logre ajustarse a las necesidades teniendo en cuenta conceptos básicos que contribuyan en el entendimiento y desarrollo del protocolo.

De acuerdo con lo anterior, es fundamental exponer a que se refiere el término recaída y algunos aspectos en relación con el mismo; (MARTÍNEZ, 2009) define la recaída como un

proceso, que al igual que la recuperación y la adicción en si se da como resultado de una serie de eventos que van promoviendo un resultado final que en este caso corresponde a la pérdida de control y el consumo durante un tratamiento de intervención iniciado.

De esta manera se plantea que una recaída no es una situación a evaluar e intervenir como un evento determinado y específico, sino que por el contrario es una situación que debe ser atendida desde su complejidad, a partir de cada uno de los elementos que conllevaron a su presentación.

Cabe mencionar que la incidencia de recaídas en adicciones es altamente frecuente y suele presentarse como la problemática más difícil de atender para los clínicos durante y posterior al tratamiento interventivo; es claro que la decisión de abandonar un comportamiento adictivo requiere de una serie de elementos de alta complejidad, sin embargo el mantener un estilo de vida sin retornar a dicho comportamiento es lo más difícil. (SANCHEZ & POZO, 2012)

Lo anterior da razón a la importancia de generar estrategias que permitan atender de la manera más eficaz y eficiente las recaídas respecto al tratamiento en consumo de SPA; sin embargo para ello se hace necesario hacer una revisión detallada de las estrategias ya establecidas, aquellos métodos, terapias, actividades y demás acciones comprobadas como procedimientos efectivos a la hora de atender estos eventos.

Igualmente es indispensable tener en cuenta en qué condiciones son funcionales y apropiados cada uno de estos métodos, puesto que al igual que el inicio de consumo como la permanencia del mismo, las recaídas tienen una serie de características particulares en cada caso, esto respecto a condiciones a nivel personal, familiar y del contexto. (BECOÑA & CORTES, 2008)

Por consiguiente es importante mantener claridad en cuanto a las características principales de las recaídas, comprendiendo así a las recaídas como un proceso progresivo,

diagnosticable y reversible, el cual se manifiesta por diversos cambios que en relación con lo mencionado anteriormente son de corte único e individual teniendo en cuenta una multiplicidad de factores.

Es decir, que el proceso de recaídas presenta cambios transitorios los cuales de acuerdo con (MARTÍNEZ, 2009) se producen en tres (3) etapas diferentes, en las que se encuentra etapa inicial, etapa de desarrollo y etapa de desenlace. A continuación se hará una breve mención de los componentes principales en cada una de estas etapas.

Con respecto a la fase inicial se comprende que esta se genera a partir de un acontecimiento específico sea apetitivo o aversivo para el sujeto, seguidamente de negación como mecanismo de afrontamiento ante el sentimiento de vulnerabilidad que le produce la adicción, por último en la fase inicial se presenta labilidad emocional. En la fase de desarrollo se considera necesario la intervención y/o atención inmediata debido a la regresión en la que se encuentra inmerso el sujeto, lo que genera nuevamente una afectación en sus áreas de ajuste. La fase final se identifica por el riesgo inminente de consumo y las falencias de las redes de apoyo del sujeto, además de la violación del proceso de abstinencia, así como también autoengaño y reincidencia.

Objetivos

General

Diseñar un protocolo para la atención de las recaídas en adolescentes del centro de orientación juvenil Luis Amigó, que facilite la toma de decisiones de los equipos interdisciplinarios para la atención integral del menor en la institución, en la fase de “entrenamiento” de habilidades individuales y grupales para facilitar la prevención.

Específicos

1. Identificar aspectos clave de un protocolo de atención en recaídas desde la síntesis de los soportes teórico empíricos revisados.
2. Describir las características de los adolescentes que se encuentran en el centro de orientación juvenil Luis Amigó.
3. Sintetizar un protocolo de atención centrado en actividades individuales y grupales según las características de los adolescentes del centro de orientación.

Planteamiento del problema

Es importante mencionar, el marco contextual en el que se encuentran los adolescentes, ya que desde allí se evidencia la necesidad de realizar este protocolo de atención en recaídas; el siguiente apartado referente al marco institucional fue tomado de la página web del centro de orientación juvenil Luis Amigó de manera textual, el mismo se utilizó para la elaboración de producto de práctica clínica del segundo semestre de 2016 y se menciona para identificar los factores del contexto en el cual se encuentran los adolescentes. De igual manera dicho apartado se utilizó en el proyecto presentado por los estudiantes de psicología que realizaron práctica de medio tiempo en dicha institución, quienes a su vez se encuentran haciendo práctica profesional de tiempo completo este semestre. (Centro de Orientación Juvenil Luis Amigó, 2017).

El centro de orientación juvenil Luis Amigó es una institución auspiciada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), fue fundada en el año de 1991 por la congregación de religión terciarios capuchinos, quienes dirigen, administran y prestan servicios pedagógicos en la institución. Actualmente se encuentran institucionalizados alrededor de 450 adolescentes con un rango de edad comprendido entre los 12 a los 18 años, quienes cuentan con cinco modalidades de atención cuyo principal objetivo es el restablecimiento de derechos de niños, adolescentes y jóvenes que son ubicados en el centro de orientación.

Como primera modalidad se encuentra el centro de emergencia masculino, el cual realiza la vinculación de niños, adolescentes y jóvenes quienes deben asistir de manera obligatoria, la cual no implica medidas de seguridad ni privación de la libertad.

En cuanto a la segunda modalidad, el semi-cerrado internado de atención especializada masculino conflicto con la ley - restablecimiento de derecho, es un programa de atención especializada al cual se debe asistir obligatoriamente y busca generar espacios de

reflexión frente a la justicia restaurativa con el fin de prevenir la reincidencia en la comisión de los delitos.

El Internado atención especializada consumo de sustancias psicoactivas, es la tercera modalidad de atención, es un programa de protección, prevención y tratamiento de los niños, adolescentes y/o jóvenes abordando problemáticas como las adicciones, la dinámica familiar y la inclusión social.

Como cuarta y quinta modalidad se encuentran el Internado conflicto con la ley restablecimiento y el semi-cerrado internado abierto, la primera de estas vincula al niño, adolescente y/o jóvenes deben asistir obligatoriamente para dar cumplimiento a una medida impuesta por una autoridad administrativa. Por último, la quinta medida, anteriormente mencionada vincula al niño, adolescente y/o jóvenes con el fin de dar cumplimiento a una medida impuesta por una autoridad judicial.

Después de aclarar las modalidades de atención, es importante mencionar que en la institución se realiza acompañamiento interdisciplinario desde las áreas de Psicología, trabajo social, pedagogía, medicina, odontología y nutrición. Como es de nuestro interés se explicara de manera breve el proceso realizado desde el área de psicología.

Al realizar acompañamiento a los niños, jóvenes y adolescentes del COJLA, el profesional en psicología se encarga de valorar, acompañar y orientar a los adolescentes según las problemáticas evidenciadas mediante la valoración inicial. Además de esto realiza seguimientos durante todo el proceso legal llevado a cabo en el lugar.

En este punto cabe resaltar que el COJLA, cuenta con diferentes protocolos de atención, entre los que se encuentran, abuso sexual, agresiones físicas, ideación suicida, trastornos del comportamiento entre otros, sin embargo en la institución no existe un protocolo para abordar la recaída del adolescente cuando sale de la institución.

Justificación

En el Centro de Orientación Juvenil Luis Amigó con sus siglas COJLA, que serán utilizadas posteriormente para nombrar la institución, existen en total 11 protocolos de atención para jóvenes, entre los que se encuentran: abuso sexual, ideación e intento suicida, agresiones físicas entre otras, sin embargo, es importante mencionar que no existe un protocolo de prevención de recaídas, el cual es fundamental, ya que alrededor de un **80%** de la población de COJLA es consumidora de sustancias psicoactivas.

Los menores institucionalizados en COJLA, bajo la modalidad de “Restablecimiento de derechos”, es decir que debido al consumo de sustancias psicoactivas se vulneraron uno o varios de sus derechos, cumplen con un programa de 32 semanas para su reintegro al entorno socio-familiar, el cual está encaminado al crecimiento personal y generación de habilidades y establecimiento de metas, cuyo objetivo es la prevención de la repetición de esta conducta adictiva al salir de la institución.

Con la salida de los adolescentes de la institución, bien sea durante el fin de semana, por un permiso especial otorgado por el ente legal encargado (Defensoría de familia), o al acompañamiento de la ruta que recibe a nuevos miembros en el Cespa (Centro de servicios judiciales para adolescentes), se evidencia que existen diferentes factores de riesgo, los cuales exponen a los menores a la recaída de consumo de sustancias psicoactivas.

Al enfrentarse no solo a lo anteriormente mencionado, sino también a factores asociados a relación con pares negativos, vinculación a grupos de riesgo e incluso la alta permanencia en calle y el poco aprovechamiento del tiempo libre que son característicos de los adolescentes de la institución se encuentra una probabilidad alta de recaída en los menores del COJLA.

De lo anteriormente mencionado nace la propuesta de realizar un protocolo de intervención de recaídas que permita a los adolescentes una identificación de los factores

asociados a la recaída y la modificación de estas conductas, no a través de círculos de confrontación como es normal en instituciones como COJLA, sino que puedan realizar una introspección y así mantenerse sobrios.

Marco Teórico

Es importante mencionar, que el consumo de sustancias psicoactivas es la problemática principal evidenciada en los jóvenes, en este apartado se hablará de las sustancias psicoactivas con mayor auge en la población institucionalizada en el centro de orientación juvenil Luis Amigó, se tomó como base las valoraciones que se realizan desde el centro de emergencia que a su vez permiten identificar dichos aspectos.

Marihuana. Clasificada por la Drug Enforcement Administration (DEA) como sustancia de alto potencial para el abuso; las experiencias del consumo de esta sustancia varían, aunque por lo general la marihuana o THC causa relajación y mejora el estado de ánimo, dichos efectos se sienten a los pocos minutos del consumo, y entre media hora y cuarenta y cinco minutos después se experimenta somnolencia y sedación o como lo llaman algunos relajación y tranquilidad. Respecto a las funciones mentales, el efecto sobre el aprendizaje y la memoria pueden durar mucho tiempo después del consumo de la sustancia. (Kuhn & Swartzwelder, 2010)

La planta contiene más de 400 sustancias químicas y varias de estas son psicoactivas, la más psicoactiva de todas se conoce como THC (delta-9-tetrahidrocannabinol) que se encuentra en la resina de la planta. El THC pasa de forma muy rápida por los pulmones hacia el torrente sanguíneo, donde se distribuye al resto del cuerpo, incluyendo el cerebro, si esta es consumida como se hace generalmente, es decir, fumada, sus efectos pueden durar entre una y tres horas. Por el contrario si se ingiere en alimentos o bebidas los efectos suelen presentarse con mayor lentitud, oscilando entre media hora y una hora después, con un efecto

en el organismo de cuatro horas aproximadamente. (Instituto Nacional Sobre El Consumo de Drogas, 2013)

El THC sale del organismo en pocas horas, en especial del cerebro, sin embargo el THC se acumula significativamente en otros órganos como el hígado, los riñones, el vaso y los testículos. La forma en que se consume la marihuana también marca una diferencia en la cantidad de THC que entra al organismo, un cigarrillo o “porro” permite que entre al organismo cerca de un 10 o 20% de THC, mientras que la pipa, permite entre un 40 al 50% de THC se transfiera al organismo. La pipa de agua, es el mecanismo más eficiente para la inhalación casi del 100% de THC ya que al inhalarse la única pérdida es la que el fumador exhala. (Kuhn & Swartzwelder, 2010)

Como se mencionó anteriormente, el THC llega hasta el cerebro, razón por la cual se adhiere a receptores del mismo llamados “receptores de cannabinoides” ubicados en las células nerviosas del cerebro, a continuación se mencionara dichos receptores y los efectos del THC sobre las funciones de los mismos:

Neocorteza: Responsable de las funciones cognitivas superiores y la integración de la información sensorial.

Cerebelo: Centro para la coordinación y el control motor.

Hipotálamo: Controla el apetito, los niveles hormonales y la conducta sexual.

Hipocampo: Importante para la memoria y el aprendizaje de datos, secuencias y lugares.

Ganglios basales: Control motor y planificación, iniciación y terminación de acciones.

Estriado Ventral: Predicción y sentimiento de gratificación.

Amígdala Cerebral: Responsable de las emociones, la ansiedad y el miedo.

Tallo del cerebro y médula espinal: Importante en el reflejo del vómito y la sensación del dolor. (Instituto Nacional Sobre El Consumo de Drogas, 2013)

Respecto a los efectos que el THC presenta en el organismo, se mencionan 4 zonas importantes para el ser humano: El sistema inmunológico, el corazón, los pulmones y el sistema reproductor, a continuación se encontraran generalidades de cada zona:

El sistema inmunológico: Algunos estudios realizados en animales muestran que el THC puede reducir la inmunidad a las infecciones.

El corazón: Estudios demuestran que el consumo de marihuana aumenta el ritmo cardiaco (de 20 a 30 latidos por minuto) y disminuye la eficiencia de bombeo del corazón durante el ejercicio.

Los pulmones: Según estudios realizados en consumidores de marihuana, se pudo evidenciar que los pulmones muestran una apariencia clínica anormal así como una organización celular anormal en las vías respiratorias.

Sistema reproductivo: Mediante los efectos que produce en el cerebelo, la marihuana ocasiona en hombres un conteo de espermatozoides menor y ocasionalmente disfunción eréctil, en cuanto a las mujeres se presentan cambios en los ciclos menstruales y a largo plazo puede disminuir las probabilidades de quedar en embarazo. (Kuhn & Swartzwelder, 2010)

En cuanto a la salud física en general, los vasos sanguíneos en los ojos se dilatan haciendo que los ojos se vean rojos, de igual forma se presenta aumento en el apetito, sequedad en la boca, taquicardia, sudoración y somnolencia al igual que descoordinación en los movimientos.

Por otro lado es importante recalcar el efecto de la marihuana sobre la memoria, esto ocurre porque el THC altera la manera en la que la información es procesada por el hipocampo, esto se explica mediante varios estudios cuyo resultado demuestra que las personas que están bajo las sustancias de la marihuana tienen menor capacidad para almacenar nueva información. Dicho de otra manera, la persona es capaz de recordar

memorias antiguas y bien aprendidas, pero no son capaces de formar nuevos recuerdos. (Instituto Nacional Sobre El Consumo de Drogas, 2013)

Por último, cabe mencionar las consecuencias del abuso de la marihuana a largo plazo, una de las más importantes es generar dependencia a la sustancia, existen estudios que demuestran que hay un riesgo de esquizofrenia en personas susceptibles, al igual que un aumento en el riesgo de presentar depresión, ansiedad y síndrome amotivacional. (Instituto Nacional Sobre El Consumo de Drogas, 2013)

Es importante destacar que, la adicción a la marihuana se relaciona con un síndrome de abstinencia, lo que dificulta que se deje de consumir. Entre los síntomas que se presentan al dejar el consumo se encuentran la irritabilidad, dificultad para dormir, deseos vehementes por la droga y niveles elevados de ansiedad. (Kuhn & Swartzwelder, 2010)

Éxtasis. El éxtasis pertenece al grupo de drogas conocido como “Entactógeno” que significa, tocar adentro, esta sustancia también conocida como metilenedioxymetamfetamina (MDMA), metilenedioxyanfetamina (MDA) o metilenedioxyetilanfetamina (MDE), es una variante de la metanfetamina, la cual en la década de los 60’s era comúnmente llamada la píldora del amor porque en pequeñas dosis produce empatía, euforia y aumento de la sociabilidad. (Alemany, 2001)

En el año de 1912, un grupo de químicos fabrica el MDMA bajo la supervisión de los laboratorios alemanes Merck, la cual posteriormente se patentó como una síntesis química, sin embargo, su uso clínico se dio hasta la década de los 50’s, en una población del ejército norteamericano en el año de 1953, con publicación de resultados en el año de 1969. (Kuhn & Swartzwelder, 2010)

Los estudios realizados sobre muerte ocasionada por esta sustancia son muy pocos, el más relevante fue realizado por Simpson y Cols en 1981, en el cual el paciente se encontraba en estado de coma, presentando además convulsiones, el estudio menciona que a pesar de

lograr la estabilización del paciente, este desarrollo: hipotensión, acidosis, rabdiomiólisis, coagulación intravascular diseminada, varios paros cardiacos hasta que falleció. (Alemany, 2001)

Aunque el MDMA puede causar la muerte, es importante mencionar que los efectos de empatía y euforia no son los únicos por el consumo de esta sustancia, taquicardia, hipertensión, hipertonía muscular, insuficiencia renal, alucinaciones visuales, son varias de las consecuencias producidas por la ingesta de MDMA. (Ministerio del Interior, 2002)

Para entender cómo se producen estos cambios a nivel fisiológico, es importante mencionar como circula el MDMA o éxtasis en el cuerpo, para iniciar, cabe informar que la forma más usual de consumir esta sustancia es de forma oral, en pastillas producidas por laboratorios caseros, aunque en varios casos se encuentra que la pastilla se tritura para disolverse en agua y finalmente inyectarse. El MDMA es absorbido por el tracto gastrointestinal y los niveles pico se logran en una hora, los efectos de dicha sustancia tienen una duración de tres a seis horas en promedio. (Kuhn & Swartzwelder, 2010)

A nivel cerebral, el MDMA puede alterar la actividad de tres neurotransmisores, estudios realizados en animales muestran que las dosis altas a moderadas pueden ser tóxicas a las células nerviosas que contienen *serotonina* (neurotransmisor que ayuda en la inhibición de la ira, la agresión, el humor, el sueño, el vómito y el apetito), además de esto, el MDMA interviene en la liberación del neurotransmisor *norepinefrina*, que probablemente cause el aumento de frecuencia cardiaca y la presión arterial, que normalmente acompañan el consumo de esta sustancia. Por último, el consumo de éxtasis libera una menor cantidad de *dopamina* (regula el movimiento, las emociones, la motivación y el placer) que la causada por las metanfetaminas. (Instituto Nacional Sobre El Consumo de Drogas, 2006)

Cocaína. Conocida como benzoilmetilecgonina, originaria de una planta de la región andina de América, se presenta como un polvo blanco, inodoro y fino, puede ser alterada con

almidón, azúcar, lactosa, bórax o quinina, y existen diferentes preparados a partir de esta droga. (Plan Nacional Sobre Drogas, 2007)

Cocaína en polvo o clorhidrato de cocaína: Es la forma más habitual de presentación de esta sustancia, suele consumirse esnifada y tiene efectos casi inmediatos con una duración entre 2 y 3 horas.

Basuko o pasta de coca: Es sulfato de cocaína y por lo general se fuma mezclado con tabaco o con marihuana.

Crack o cocaína base: Es quizá la forma más adictiva de cocaína, se consume fumada y su efecto es rápido, intenso y breve. (Plan Nacional Sobre Drogas, 2007)

La cocaína es bien absorbida por todas las vías de administración, una vez absorbida pasa rápidamente a la sangre y se distribuye por todo el organismo, teniendo especial afinidad por el cerebro. (Mosquera & Menéndez, 2005)

Entre los efectos producidos por la cocaína, se encuentran inhibición del apetito, taquicardia, sudoración, incremento de la tensión arterial, aumento de la temperatura corporal y dilatación de las pupilas, además de esto provoca dependencia e importantes trastornos neurológicos y psiquiátricos, la perforación del tabique nasal, patologías respiratorias, accidentes cerebrales, trastornos de inapetencia sexual, impotencia, infertilidad y alteraciones menstruales. (Kuhn & Swartzwelder, 2010)

Estudios en animales demuestran que la gratificación aumenta los niveles del neurotransmisor *dopamina* en la sinapsis, sin embargo es importante mencionar que el consumo de cocaína puede interferir en los procesos sinápticos normales. (National Institute on Drug Abuse, 2010)

Las alteraciones clínicas producidas por la cocaína se dividen en tres fases descritas en el informe realizado por Tellez y Cote de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá.

Estimulación inicial: Son efectos anestésicos locales, estimulación del Sistema Nervioso Central (SNC), esta fase se presenta y se caracteriza por el aumento del pulso, taquicardia, aumento de presión arterial, cefalea, inestabilidad emocional y movimientos involuntarios “tics”. (Mosquera & Menéndez, 2005)

Estimulación avanzada: Esta fase se presenta entre los 30 y 60 minutos después de tener contacto con la sustancia, entre sus efectos está el aumento de hipertensión, taquicardia, dificultad respiratoria, en algunos casos se presentan convulsiones y en algunas situaciones llegar a sufrir coma. (Mosquera & Menéndez, 2005)

Depresión: Es la fase más severa presentada en la intoxicación por cocaína, puede presentarse una o dos horas después de consumida la sustancia, esta fase se caracteriza por fallas respiratorias, disminución de funciones vitales, parálisis muscular, inconciencia e incluso la muerte. (Mosquera & Menéndez, 2005)

Además de los aspectos mencionados anteriormente, es importante resaltar que los consumidores de esta sustancia presentan un factor de riesgo alto ya que corren el riesgo de contraer VIH/SIDA y hepatitis, esto no solamente por el hecho de compartir jeringas sino también por participar en comportamientos de riesgo como resultado de estar bajo los efectos de dicha sustancia. (National Institute on Drug Abuse, 2010)

Heroína. “La heroína puede fumarse, inyectarse o inhalarse por la nariz, las dos primeras vías son las de acceso más rápido al cerebro y por tanto las que más producen efectos de forma más rápida. Muchos usuarios jóvenes se inician aspirándola por la nariz o fumándola, pensando, erróneamente, que de esta manera no se llega a la adicción. Sin embargo, a medida que el organismo se acostumbra a la droga y los efectos que produce se hacen menos evidentes, recurren a la inyección para obtener resultados más intensos, como los que experimentaban cuando comenzaron a consumir” (Plan Nacional Sobre Drogas, 2007)

Después de inyectada la heroína, esta cruza la barrera de sangra del cerebro, allí se convierte en morfina donde se adhiere a los receptores de opioides, el propósito primordial de la vida de un consumidor se basa en buscar y usar la droga, esto debido al gran alto de dependencia que esta genera en los organismos, sus efectos más notorios son el grado profundo de tolerancia y dependencia. Entre los síntomas del síndrome de abstinencia se presentan inquietud, dolor de los músculos, vomito, insomnio, escalofríos y diarrea. (National Institute on Drug Abuse, 2014)

Entre los efectos producidos en el organismo se encuentran sentimientos de euforia, bienestar, supresión del dolor, nauseas, vómito, además de esto, el consumidor presenta acaloramiento de piel, sequedad en la boca, y sensación de pesadez en las extremidades, después de alcanzar el pico de la droga, el consumidor siente somnolencia, las funciones mentales se ofuscan, y presenta alteraciones en las funciones cardiaca y respiratoria. (Plan Nacional Sobre Drogas, 2007)

Para entender los niveles de consumo de las sustancias mencionadas anteriormente se definirán tres términos de suma importancia, el primero es entendido como *Uso* el cual hace referencia al consumo de una sustancia que no produce consecuencias negativas en el individuo o el mismo no las aprecia. Por otro lado se encuentra el *Abuso* el cual se da cuando hay uso continuo a pesar de las consecuencias negativas derivadas de dicha conducta. Por ultimo esta la *Dependencia* la cual surge con el uso excesivo de una sustancia, hecho que genera consecuencias negativas significativas en un periodo de tiempo determinado. (Iglesias & Tomás, 2010)

Para entender el término "*Recaida*", es importante mencionar el Modelo Transteorico del cambio planteado por Prochaska y DiClemente, dicho modelo parte desde el análisis de ciertos cambios que se producen durante el proceso de cambio de ciertos

comportamientos, estos pueden darse con o sin ayuda de un tratamiento de psicoterapia. (Sánchez & Gradolí, 2002)

Lo propuesto por los autores, son cinco fases dentro del proceso de modificación de dicha conducta, la primer fase es la *precontemplación* en la cual no existe una intención de cambiar la conducta relacionada al consumo. En la segunda fase encontramos la *contemplación*, aquí la persona presenta intención de cambio y podrá realizar intentos para abandonar dicha conducta, seguida a esta fase se encuentra la *preparación* las personas toman una decisión y presentan el compromiso para hacerlo y suelen realizar pequeños cambios para la modificación de la conducta. (Cabrera, 2000)

En la cuarta fase se encuentra la *acción*, se realizan cambios del comportamiento por un periodo de tiempo el cual suele oscilar entre uno y seis meses. Para terminar se encuentra la fase de *mantenimiento* estas se caracteriza por las tentativas hacia la estabilización de los cambios realizados es las etapas anteriores. (Cabrera, 2000)

En este punto es importante mencionar el concepto de recaída y de igual forma aclarar que las personas que se encuentran realizando procesos para modificar conductas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas presentan la posibilidad de recaer en cualquier momento del tratamiento o de la etapa en la que se encuentren frente al cambio propuesta por Prochaska y DiClemente, la cual fue explicado en el apartado anterior.

Para definir recaída citaremos a Donovan quien en el año 1996 citado por Luengo, Ma Angeles, Romero Estrella, Gomez José, plantea diferentes definiciones acerca de este término:

- a) *Proceso que gradualmente e indecisamente lleva a la iniciación del consumo de la sustancia psicoactiva*
- b) *Evento discreto que se define por una caída o volver al consumo de sustancia(s)*

- c) *Volver al consumo de una o más sustancias con la misma intensidad que en niveles anteriores a la realización del tratamiento.*
- d) *Consumo diario de una o más sustancias durante un periodo determinado de tiempo.*
- e) *Consecuencia que lleva a la necesidad de iniciar de nuevo el tratamiento.*

Por su lado Marlatt percibe la recaída como un evento pasivo por parte de la persona, la cual es irreversible ya que se presenta una respuesta de todo o nada, de igual modo, Marlatt menciona que la recaída es un proceso en el cual la existen una serie de acontecimientos que llevan al sujeto al incumplimiento de propósitos que se planteó en el proceso, estos pueden ir encaminados hacia la abstinencia o el consumo controlado de la sustancia por la cual se generó el consumo. (Acuña)

Es importante mencionar que la prevención de recaídas es un tema importante ya que permite que el adolescente logre identificar las dificultades y errores del pasado ya sean los patrones cognitivos y conductuales condicionados a la droga y al estilo de vida asociados a dicha conducta. (Sánchez & Gradolí, 2002)

Actualmente no existe información concluyente con respecto a protocolos de atención en recaídas, por lo tanto los manuales, guías y protocolos revisados en el presente escrito son en relación con prevención en recaídas de consumo de SPA.

Detalle de propuesta

Objetivo:

Proporcionar a los profesionales una herramienta que permita la toma de decisiones y orientación adecuada del proceso psicológico de los adolescentes que recaen en el consumo de sustancias psicoactivas.

Diagnostico

Trastorno por consumo de sustancias:

El siguiente apartado es tomado de manera textual del DSM IV y tiene como finalidad la explicación de la dependencia del consumo de sustancias psicoactivas y los criterios a cumplir para que se considere este nivel de consumo.

“Grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continua consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella” La dependencia a su vez es definida como un grupo de tres síntomas que se enumeraran a continuación

Criteria

(1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- a- Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
- b- El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

(2) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- a- El síndrome de abstinencia característico para la sustancia
- b- Se toma la 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 periodo más largo de que inicialmente se pretendía

(4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia

(5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionados a la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia

(6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia

(7) Se continua 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 la úlcera)

Evaluación de los estadios de cambio.

En esta fase se deben identificar los niveles del cambio y las conductas que se deben modificar, entendiendo como los niveles del cambio a las estrategias y técnicas cognitivas, afectivas, experienciales y del comportamiento que de manera eventual se usan para lograr un cambio en la conducta. (ProchaskaVelicer, 1997).

En esta etapa, se realizara la *entrevista motivacional* la cual permite que el profesional a cargo del proceso terapéutico se centre en el individuo, y la cual debe entenderse no como una técnica, sino como un estilo de asistencia directa la cual está centrada en el cliente para provocar un cambio en su comportamiento promoviendo la exploración y la solución de ambivalencias. (Rollnick & Miller, 1996)

Estadios de cambio de Prochaska y DiClemente (1992)

Precontemplación: no se evidencia ningún interés por parte de la persona para generar cambios en su conducta y rechaza la idea de que dicho comportamiento le está generando dificultades. En esta parte es importante crear una alianza fuerte entre el terapeuta y el individuo, la familia y el terapeuta para incrementar el nivel de compromiso.

Contemplación: En este estadio la persona empieza a contemplar la idea de la presencia de un problema debido a la conducta que está realizando, sin embargo no muestra seguridad para iniciar a modificar dichas conductas

Preparación: El individuo inicia pequeñas modificaciones, con lo cual empieza a fomentar sus capacidades para planear acciones y así mismo reforzarlas

Acción: Se llevan a cabo acciones preparadas en compañía con el terapeuta, de forma que le permitan superar la adicción, por lo tanto, estas modificaciones generan alteraciones en la conciencia, emociones, auto-imagen y pensamiento, las modificaciones que se deben realizar se dan en un periodo comprendido entre uno y seis meses.

Mantenimiento: Se realiza la consolidación de cambios realizados durante el estadio de *acción* después de 6 meses de cambio efectivo.

Sesiones de intervención

Se realiza el planteamiento de 4 sesiones semanales con tareas terapéuticas para el individuo.

Primera sesión

Objetivo

Establecer enganche terapéutico con el adolescente

Indagar historial de consumo (frecuencia, dosis, sustancias) del adolescente

Desarrollo de la sesión

- Se plantea el acuerdo de confidencialidad, se firma consentimiento informado y el acuerdo de servicios psicológicos para el individuo, en este caso el adolescente
- Realizar entrevista motivacional, encaminada al historial de consumo (desarrollado posteriormente en la sesión número 2) del adolescente, conductas adquiridas mediante el consumo, factores que condujeron tanto al consumo como a la recaída.
- Se realizara psicoeducación acerca de los cambios fisiológicos generados por las sustancias psicoactivas y se realizara entrenamiento en relajación.

Actividad para Casa

Como trabajo en casa se pedirá al adolescente que realice un escrito en el que plasme situaciones que él considera lo llevaron a la recaída, las cuales serán tratadas en la próxima sesión. De igual manera se solicitará que realice una lista de razones por las cuales abandonar el consumo le proporcionará cambios positivos significativos en su vida.

Cierre

Se realiza realimentación de lo trabajado en la sesión y los compromisos adquiridos tanto por el adolescente como por el terapeuta.

Segunda sesión

Objetivo

Identificar factores de riesgo presentes en la vida del adolescente.

Desarrollo de la sesión

- Verificación del cumplimiento de la tarea por parte del adolescente.
- Con el cumplimiento de la tarea se revisa una por una las razones por las cuales abandonar el consumo de sustancias psicoactivas le proporcionara cambios significativos en su vida.
- Después de esto, la sesión se encamina hacia el conocimiento del historial de consumo (Edad de inicio, sustancia, frecuencia, vía de administración, motivo y última fecha de consumo)
- Indagar acerca de los factores de riesgo que son asociados al consumo del adolescente, como historia y antecedentes familiares, permanencia en calle, historial académico y laboral, conducta sexual. (Entre otros, esto depende del profesional a cargo)

Actividad para Casa

Se explica al adolescente como realizar el Modelo ABC de Ellis (Por sus siglas en inglés: Activatingevent, Belief, Consequence) el cual tendrá que realizar durante la semana y traer para la próxima sesión

Cierre

Se solicita al adolescente que realice realimentación de lo aprendido durante la sesión y que mencione su motivación para la realización del proceso terapéutico.

Tercera Sesión

Objetivo

Reducir al mínimo los riesgos potenciales que se derivan de la supresión del uso de sustancias psicoactivas.

Desarrollo de la sesión

- Identificación de grado de aceptación de la problemática
- Registro de balance entre ventajas y desventajas de conductas asociadas al consumo

Actividad para Casa

Autoregistro de situaciones diarias apetitivas y aversivas que generen craving en el adolescente

Cierre

Se genera reforzamiento de los compromisos elaborados durante la sesión

Cuarta Sesión

Objetivo

Determinar la capacidad actual del adolescente para manejar sus actividades cotidianas así como para enfrentar cualquier problema emocional, conductual o cognitivo.

Desarrollo de la sesión

- Se inicia con el reconocimiento de la rutina actual del adolescente
- Se explora las actividades de mayor interés para el adolescente y que sean viables

Actividad para Casa

Identificar las motivaciones de las actividades realizadas en situaciones de no consumo y que son apetitivas

Cierre

Se general planeación de actividades que se puedan cumplir y verificar su cumplimiento

Conclusiones

La atención de las recaídas de consumo de sustancias mantiene una importancia fundamental con el transcurso del tiempo en los centros de orientación de jóvenes y adolescentes debido a su alta frecuencia.

Por lo tanto, la atención psicoterapéutica generada por los profesionales a cargo en los centros de orientación debe ser integral, para así fortalecer las redes de apoyo y las conductas motivacionales en los adolescentes, con lo cual se espera incrementar los factores protectores y disminuir los factores de riesgo.

A nivel académico, se espera fortalecer las bases teóricas que permitan generar una mayor síntesis de soportes teóricos que contribuyan a un adecuado desarrollo y diseño del protocolo de atención en recaídas de adolescentes consumidores de SPA.

Referencias

Acuña, G. (s.f.). *Comprendiendo las adicciones: La teoría del aprendizaje y su aplicación en la prevención de recaídas*. Santiago de Chile: Programa de Adicciones Clínica Santa Sofía.

Alemany, A. T. (2001). *Farmacología clínica de la Metilendioximetanfetamina (MDMA, Éxtasis) tras su administración a dosis repetidas*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

Becoña, E., & Cortes, M. (2008). *Guía Clínica De Intervención En Adicciones*. Valencia : Socidrogalcohol

- Cabrera, G. (2000). *El modelo transteórico del comportamiento en salud*. Antioquia: Revista Facultad Nacional de Salud Publica.
- Centro de Orientación Juvenil Luis Amigó. (2017). *Luis Amigó Cajica, Terciarios Capuchinos*. Obtenido de <http://www.luisamigocajica.org/>
- Elisardo, B. I., & Maite, C. T. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. España: Gobierno de España.
- Instituto Nacional Sobre El Consumo de Drogas. (2006). *Abuso de la MDMA (Éxtasis)*.
- Instituto Nacional Sobre El Consumo de Drogas. (2013). *Abuso de la Marihuana*. NIH DRUG PUBS.
- Kuhn, C., & Swartzwelder, S. (2010). *"Trabarse"*. Colombia: Random House Mondadori, S.A.
- Luengo, M. A., Romero, E., & Gómez-Fraguela, J. A. (2011). *Análisis de la eficacia y prevención de recaídas en el consumo de drogas*. Santiago de Chile: Compostela, S.A.
- Martínez, E. O. (2009). *Prevencion De Recaidas*. Bogota: Ediciones Aqui Y Ahora.
- Ministerio del Interior. (2002). *Drogas de Sintesis, consecuencias para la salud*. Barcelona.
- Mosquera, J. T., & Menéndez, M. C. (2005). *Efectos Toxicológicos y Neuropsiquiátricos*. Bogota: Universidad Nacional de Colombia.
- National Institute on Drug Abuse. (2010). *Cocaína: Abuso y Adicción* . NIDA.
- National Institute on Drug Abuse. (2014). *Heroin* . NIDA.
- Plan Nacional Sobre Drogas. (2007). *Realidades, mitos, efectos, tipos, riesgos, abuso, consumo, dependencia de las drogas*. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Sánchez, E., & Gradolí, V. (2002). *Papeles del Psicólogo*. Madrid, España: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.
- Sanchez, E., & Pozo, J. M. (2012). Recaidas En La Adiccion En La Cocaína: Revision. *Adicciones* , 269-280.