

Ideas irracionales en personas consumidoras de sustancias psicoactivas adscritas a un Centro de

Salud Mental y Adicciones

Cristina Lloreda Bedoya & Sarín L. Lagarejo Rentería

Fundación Universitaria María Cano

Notas de Autor

Cristina Lloreda Bedoya & Sarín L. Lagarejo Rentería, Facultad Ciencias de la Salud, programa

Psicología, Fundación Universitaria María Cano

Medellín

2017

Ideas irracionales en personas consumidoras de sustancias psicoactivas adscritas a un Centro de

Salud Mental y Adicciones

Cristina Lloreda Bedoya & Sarín L. Lagarejo Rentería

Trabajo de grado presentado como requisito para obtener el título de

Psicóloga

Asesor

Víctor Hugo Cano Bedoya

Psicólogo Magister en Psicología

Fundación Universitaria María Cano

Facultad Ciencias de la Salud, programa Psicología

Medellín

2017

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del Presidente de Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Medellín, Octubre de 2017

AGRADECIMIENTOS

En primera instancia le damos las gracias a Dios por brindarnos la capacidad de ser lo suficientemente sabias, a la hora tomar las decisiones más favorables en nuestras vidas; las cuales nos han permitido estar en este momento a un pequeño paso de la culminación de tan hermosa y apasionante profesión.

De igual manera les brindamos nuestro más sincero agradecimiento a nuestras familias por el apoyo incondicional que nos han brindado durante todo el proceso de formación y la fortaleza que nos han inculcado en cada momento para no desfallecer en nuestros objetivos.

A nuestro asesor Víctor H. Cano por su disposición, entrega y gran profesionalismo a la hora de compartir sus conocimientos y durante toda la ejecución de dicho trabajo de investigación.

Por último, pero no menos importante le damos las gracias al Fundación Universitaria María Cano y todo sus equipo de trabajo, que han hecho grandes aportes durante nuestra instancia con el propósito de sacra profesionales íntegros, que ejerzan la profesión con ética y calidad desde el hacer, el saber y ser.

RESUMEN ANALÍTICO EJECUTIVO

TÍTULO: Ideas irracionales en personas consumidoras de sustancias psicoactivas adscritas a un Centro de Salud Mental y Adicciones

AUTORES: Cristina Lloreda Bedoya y Sarín L. Lagarejo Rentería.

FECHA: 20 Octubre 2017

TIPO DE IMPRENTA: Procesador de Palabras Word 2010, Imprenta Times New Román 12.

NIVEL DE CIRCULACIÓN: Restringido.

ACCESO AL DOCUMENTO: Fundación Universitaria María Cano, Cristina Lloreda Bedoya y Sarín L. Lagarejo Rentería.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: Desarrollo humano.

MODALIDAD DEL TRABAJO: Monografía.

PALABRAS CLAVES: Ideas irracionales, Sustancias Psicoactivas, Dependencia, Farmacodependencia, Consumo, Emoción.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO: Este trabajo se basa en la identificación de las ideas irracionales que se presentan con mayor frecuencia en las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, adscritas a un centro de salud mental y adicciones del Valle de Aburra; donde se puede observar cómo estas creencias pueden afectar sus comportamientos, teniendo en cuenta su vida cotidiana y su historia de vida.

Dicha identificación se lleva a cabo por medio de la aplicación de una prueba psicológica, la observación no participativa y la recolección de datos sociodemográficos de los participantes a

evaluar, con el fin de encontrar las similitudes que estos puedan presentar en cuanto a las conductas y las características que han adoptado durante su proceso de iniciación y dependencia.

CONTENIDO DEL DOCUMENTO: El presente trabajo de investigación que se lleva a cabo posee un enfoque cuantitativo, un método descriptivo y un diseño experimental, puesto que tiene como objetivo principal la identificación de ideas irracionales en personas que presentan una adicción o dependencia al consumo de sustancias psicoactivas y como estas los conducen a obtener determinados comportamientos durante el estado de dependencia y de rehabilitación.

CONCLUSIÓN:

El presente trabajo de investigación se realiza con el fin de identificar las ideas irracionales en personas consumidoras de sustancias psicoactivas, que pueden desencadenar patrones conductuales tendiendo a ser poco favorables, para el desarrollo de su cotidianidad y que puedan afectar de manera significativa diferentes aspectos de su vida. Lo que se lleva a cabo por medio de la aplicación del cuestionario IBT modificado, el cual permite conocer las principales creencias o ideas irracionales que poseen frente a la vida y cada suceso que hace parte de ella.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	10
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
2.1 TITULO	12
2.1.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROBLEMA	12
2.1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
2.1.3. OPERACIONALIZACIÓN DE CATEGORIAS DE ANALISIS, VARIABLES Y/O HIPOTESIS	16
3. OBJETIVOS.....	18
3.1 Objetivos generales	18
3.2 Objetivos específicos	18
4. JUSTIFICACIÓN.....	19
5. MARCO METODOLÓGICO	21

5.1. TIPO DE ESTUDIO	21
5.2. Método	21
5.3. Enfoque	21
5.4. Diseño	22
5.5. Población y muestra.....	22
5.5.1. Criterios de tipificación de la población	22
5.5.2. Muestra	22
5.6. FUENTES DE INFORMACIÓN.....	23
5.6.1. Fuentes primarias	23
5.6.2. Fuentes secundarias	23
5.7. Técnicas e instrumentos	24
5.7.1. Procedimientos	24
6. MARCO REFERENCIAL.....	25
6.1. MARCO CONCEPTUAL	38
6.2. MARCO HISTÓRICO	51
6.3. MARCO CONTEXTUAL.....	58
6.4. MARCO LEGAL	59

6.5. MARCO TEÓRICO	64
7. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	73
7.1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	80
8. CONCLUSIONES.....	82
9. RECOMENDACIONES	84
10. BIBLIOGRAFIA.....	85
11. ANEXOS	88

1. INTRODUCCIÓN

Los pensamientos racionales (o ideas o creencias racionales) se definen en la Terapia Racional Emotiva como aquellos pensamientos que ayudan a las personas a vivir más tiempo y más felices, particularmente por presentar o elegir por sí mismas ciertos valores, propósitos, metas o ideales (presumiblemente) productores de felicidad; y utilizar formas eficaces, flexibles, científicas y lógico-empíricas de alcanzar (presumiblemente) estos valores y metas y de evitar resultados contradictorios o contraproducentes. Se asume que para la mayoría de la gente la mayor parte del tiempo el empleo de pensamientos científicos les ayudara a elegir y conseguir los propósitos productores de felicidad, pero también se asume que esto es una hipótesis, no un hecho probado, y que podría no ser cierto para algunas personas en algunas ocasiones (Ellis, 2003, p. 23).

Por lo anterior, se puede asumir que al tener ideas o creencias irracionales las personas pueden vivir menos felices, puesto que sus decisiones o elecciones llegan a ser menos lógicas obteniendo resultados contraproducentes de manera desfavorable que les impidan conseguir propósitos o alcanzar metas que influyan positivamente para su futuro, derivado de dichos resultados se pueden obtener conductas o comportamientos que atenten contra el equilibrio y la estabilidad física, mental y emocional de las personas afectando todos los aspectos de su vida como pueden ser el ámbito laboral, familiar y personal.

Por tanto en este trabajo de investigación se identificarán cuáles son las ideas irracionales, que tienen mayor presencia en las personas consumidoras de sustancias psicoactivas adscritas a un

centro de salud mental y adicciones en el Valle de Aburra; lo que se llevara a cabo haciendo uso del IBT modificado como prueba psicológica que permite obtener mayor claridad frente a la frecuencia en que se puedan presentar y así detectar cuáles de estas son más comunes durante la farmacodependencia.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 TÍTULO:

IDEAS IRRACIONALES EN PERSONAS CONSUMIDORAS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ADSCRITAS A UN CENTRO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES.

2.2.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROBLEMA

La OMS en su publicación *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas* informa que la dependencia es un trastorno causado por el consumo de sustancias psicoactivas, que trastornan los procesos cerebrales perceptuales, emocionales y motivacionales normales. Antes, la dependencia de sustancias no se consideraba como un trastorno cerebral, del mismo modo que las enfermedades psiquiátricas y mentales tampoco se consideraban como tal. No obstante, con los progresos recientes de la neurociencia ha quedado claro que la dependencia de sustancias es un trastorno cerebral, tanto como cualquier otra enfermedad neurológica o psiquiátrica. Han revelado que la dependencia de sustancias es un trastorno crónico recidivante, con una base biológica y genética, y que no se debe únicamente a la falta de voluntad o de deseo de abandonar el consumo (Salud, Neurociencia Del Consumo Y Dependencia A Sustancias Psicoactivas, 2004)

De acuerdo a lo anterior se puede evidenciar como la dependencia de sustancias llega afectar tanto la salud física como la salud mental del individuo, trayendo consigo consecuencias a corto o largo plazo para su desenvolvimiento en la sociedad, las drogas alteran el funcionamiento cerebral, modifica la producción, liberación o la degradación de los neurotransmisores cerebrales, de la forma que se produce una modificación del proceso natural de

intercomunicación neuronal, en la producción y la recaptación de los neurotransmisores. De esta forma es como las drogas logran alterar la percepción sensorial, la sensación de dolor o bienestar, los ritmos de sueño- vigilia, la activación, etc. (Policía Nacional De Ecuador, 2017). Por consiguiente y de acuerdo a la información suministrada por el libro “*Cerebro y drogas*” el frecuente consumo de estas sustancias puede convertirse fácilmente en una adicción, promoviendo patrones compulsivos de autoadministración, puesto que entre sus efectos a nivel cerebral genera la liberación de grandes concentraciones de dopamina la cual como neurotransmisor cuenta con cuatro vías de trasmisión dopaminérgica, entre las que se encuentran la vía mesolímbica y la vía mesocortical que se están vinculadas con conductas de tipo impulsivo y ante el reforzamiento de ciertas sustancias de abuso, la regulación de procesos de información, atención selectiva, memoria de trabajo, lenguaje y planeación, teniendo así amplia participación en diversos trastornos conductuales como lo es la adicción, comprendiendo esta última como un conjunto de trastornos psíquicos que se caracterizan por la necesidad compulsiva de consumir sustancias con elevado potencial de abuso y dependencia , afectando de forma progresiva todos los ámbitos de vida del ser humano, convirtiéndose en una problemática de salud pública en la actualidad (Gonzales & Matute, 2013).

En Colombia la adicción a sustancias psicoactivas se ha convertido en una problemática en constante crecimiento, puesto que ha pasado de ser un país productor y exportador de sustancias a ser un país consumidor de las mismas, según el observatorio de drogas de Colombia el consumo está creciendo en el país tanto en sustancias legales como el alcohol y el tabaco, como en las ilegales como la marihuana y la cocaína que son las drogas con mayor prevalencia de consumo en el país (Observatorio De Drogas Colombia, 2013)

Por tanto el consumo y adicción de drogas es un tema de gran importancia y relevancia a nivel social, siendo una problemática de salud pública no solo en Colombia sino en el mundo, ya que se puede observar en base a la información suministrada anteriormente, como la adicción más que tener consecuencias a nivel físico también llega a afectar de manera significativa la salud mental de los individuos, generando que sea aún más difícil el abandono de dichas conductas compulsivas e impulsivas de consumir frecuentemente drogas psicoactivas, por lo cual se convierte indispensable tener en cuenta algunos factores o aspectos cognitivos como son las creencias erróneas o ideas irracionales que influyen en gran medida a la toma de decisiones y la percepción del mundo; Albert Ellis padre de la terapia racional emotiva habla en el manual de terapia racional – emotiva que las personas directamente no reaccionan emocional o conductualmente ante los acontecimientos que encuentran en su vida; más bien, las personas causan sus propias reacciones según la forma en que interpretan o valoran los acontecimientos que experimentan (Gonzales & Matute, 2013, p.17).

Ellis desarrolla la terapia racional emotiva en la que habla del ABC de los pensamientos y las perturbaciones emocionales, donde A hace referencia a los acontecimientos o sucesos que funcionan como activadores, C son las consecuencias o respuestas emocionales, conductuales y cognitivas y B hace el papel de los pensamientos, ideas o creencias que el individuo tiene frente a los acontecimientos, los cuales tienen una gran influencia ante las consecuencias como lo son las respuestas emocionales, cognitivas o conductuales; siendo aquí donde salen las llamadas perturbaciones emocionales o ideas irracionales que consisten en conclusiones o interpretaciones ilógicas de la realidad que van desde ver el mundo deformado y hacer afirmaciones anti-empíricas hasta hacer afirmaciones exigentes y dominantes referente a cosas que tienen que pasar, pase lo que pase; disminuyendo de esta manera la capacidad de actuar

racional y consciente en pro de las metas u objetivos que puedan generar tranquilidad y felicidad (Ellis & Grieger, 2003).

Por consiguiente, en Colombia como un país afectado por la farmacodependencia y distribución de dichas sustancias, se ha evidenciado la existencia de una gran cantidad de personas que poseen una alta dependencia al consumo de sustancias psicoactivas, por lo cual se han buscado estrategias para combatirlo, entre las que se encuentran los centros especializados para tratar a quienes presenten dificultades de adicción y problemas psicosociales asociados a la misma, como lo es el centro de salud mental y adicciones en el Valle de aburra donde se realizó el presente trabajo de investigación; puesto que así como en muchas otras instituciones constantemente llegan individuos con conductas adictivas y compulsivas relacionadas al abuso de sustancias licitas e ilícitas que generan dependencia, haciendo alusión de cómo estas pueden afectar todos los ámbitos de la vida diaria.

Debido a esto, el centro de salud mental y adicciones en donde se ha llevado a cabo el presente trabajo de investigación, manifiesta como se ve enfrentado frecuentemente a la imposición de las creencias, percepciones e ideas que poseen las personas consumidoras de SPA frente al mundo, la farmacodependencia, sus comportamientos y la racionalidad o irracionalidad bajo la que toman decisiones en el día a día; por tanto, han pretendido reforzar el éxito de su tratamiento terapéutico desde la terapia cognitivo conductual, con el propósito de obtener mayor control de la variable perceptiva con la que llegan los participantes.

2.1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las ideas irracionales que se presentan con mayor regularidad en personas consumidoras de sustancias psicoactivas inscritas a un centro de salud mental y adicciones?

2.1.3 OPERACIONALIZACIÓN DE CATEGORIAS DE ANALISIS, VARIABLES Y/O HIPOTESIS.

Datos sociodemográficos.

Sexo: hace alusión al género con que se identifica la persona que participa en el estudio (masculino y femenino).

Edad: tiempo de vida del participante contado en años.

Estado civil: hace alusión a si el participante tiene o ha tenido un vínculo conyugal o nunca lo ha tenido (soltero, casado, unión libre, separado, divorciado y viudo).

Formación académica: se refiere al nivel de estudio que tiene la persona que participa en el estudio (primaria, bachillerato, estudios universitarios y postgrado).

Estrato: hace alusión al nivel socioeconómico de la vivienda donde reside la familia del residente, este se da en una escala de 1 a 6.

Variables asociadas al consumo de sustancias psicoactivas

Prevalencia de vida: sustancias que por lo menos una vez en la vida ha consumido el participante. Se dan las opciones siguientes:

Prevalencia anual: sustancias que el participante ha consumido al menos una vez durante el último año o los últimos doce meses.

Sustancia de impacto: cuál ha sido la sustancia psicoactiva que desde la valoración del residente le ha generado mayor influencia o efectos negativos.

Las creencias irracionales (según Chaves & Quiceno, 2010).

Necesidad de aprobación: la creencia que es una necesidad imperiosa tener el apoyo y la aprobación de las otras personas.

Altas auto expectativas: la creencia que hay que tener éxito y ser muy competente en todas las actividades que se realicen.

Culpabilización: es el pensamiento irracional que todos merecemos ser culpados y castigados duramente por nuestros errores y malas acciones.

Control emocional: es el pensar que no tengo control sobre mis emociones y mi falta de felicidad, esto es culpa de los demás y de las circunstancias.

Evitación de problemas: es la creencia que mucho más fácil evitar dificultades y problemas y hacer otras actividades que son más placenteras y agradables.

Dependencia de los otros: es la creencia irracional y la necesidad fundamental que siempre hay que contar con alguien que sea más fuerte y capaz, ya que no puedo tomar decisiones por mi mismo.

Indefensión ante el cambio: es pensar que se está marcado y determinado por completo por el pasado y creer que no tengo casi nada que hacer para resolver mis problemas actuales.

Perfeccionismo: es tener la creencia irracional que existe una solución perfecta para todos los problemas y dificultades, y no me puedo sentir feliz hasta que no encuentre la solución.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

- Identificar las ideas irracionales presentes en personas consumidoras de sustancias psicoactivas inscritas a un centro de salud mental y adicciones en área metropolitana del Valle de Aburra.

3.2 Objetivos específicos

- Determinar las principales características sociodemográficas que presentan en común las personas consumidoras de sustancias psicoactivas inscritas a un centro de salud mental y adicciones.
- Evaluar las ideas irracionales, que mayor prevalencia poseen las personas consumidoras de sustancias psicoactivas.
- Realizar recomendaciones de tratamiento al centro de salud mental y adicciones, con base en los resultados de la investigación en tono a las ideas irracionales presentes en la población atendida.

4. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación se realiza con el objetivo principal de lograr identificar las ideas irracionales que poseen las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, adscritas a un centro de salud mental y adicciones que les influyen tanto al consumo de las mismas, como a la reducida voluntad de abandonar dichas conductas adictivas que llegan a ser destructivas tanto en el ámbito físico y mental como en ámbito social del sujeto; teniendo en cuenta no solo los factores de riesgo externos, si no de igual forma los cambios y las consecuencias a nivel neurológico que tales sustancias puedan generar (Alvarado, 2013).

Por lo anterior se puede observar la necesidad de conocer qué tipo de pensamientos o asociaciones cognitivas realizan las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, los cuales les aportan a convertirse en farmacodependientes, puesto que esta problemática en un país como Colombia que se caracteriza por ser gran productor de drogas ilegales como la marihuana, la cocaína y la heroína de acuerdo al O.D.C (observatorio de drogas de Colombia), se ha evidenciado que el microtráfico y consumo de las mismas en el país se ha elevado en gran medida trayendo para el 2013 alrededor de 2,6 millones de personas consumidoras en la nación, cifra que sigue en constante aumento; por tanto trabajos de investigación como este cobran gran importancia en la actualidad puesto que aportan al conocimiento de factores de riesgo para el consumo interviniendo de una u otra manera en problemáticas de salud pública del día a día (O.D.C 2013).

Por consiguiente al lograr los objetivos del presente proyecto se obtendrá mayor claridad frente a las ideas irracionales y las percepciones del mundo que tienen las personas adscritas a un centro de salud mental y adicciones en cuanto a la farmacodependencia y sus

consecuencias, aportando para comunidad educativa nuevas hipótesis diagnósticas relacionadas al consumo, debido a la posibilidad de la existencia de perturbaciones emocionales presentes en las adicciones a sustancias psicoactivas e hipótesis de investigación referente a los factores de riesgo para el consumo de las mismas; mientras que por otra parte beneficiara a los participantes puesto que podrán identificar en ellos mismos aquellas ideas o creencias irracionales que podrían haber influenciado en que fuesen farmacodependientes, y así al conocerlas tendrán la posibilidad de confrontarlas y cambiarlas de forma positiva, generando de esta forma un gran aporte para la sociedad en general.

Por lo cual esta investigación se realizara directamente un centro de salud mental y adicciones en donde se aplicará una prueba para la identificación de ideas irracionales llamada IBT y además de ello se tendrán en cuenta datos sociodemográficos como el tipo de sustancias de preferente consumo en los participantes, los cuales deben contar con los criterios de inclusión que serán expuestos más adelante como lo son estar adscriptos al centro de salud mental y adicciones, ser mayores de edad, entre otros.

5. MARCO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo ya que pretende dar cuenta de unas características de la población objeto de investigación como son algunos aspectos sociodemográficos, de consumo de sustancias y las creencias irracionales. También esta investigación es aplicada ya que busca dar elementos de trabajo y que contribuyan al proceso de atención que un Centro de salud mental y adicciones adelanta con sus residentes o usuarios.

5.2 Método

El método del presente estudio es deductivo, ya que utiliza como referente teórico principal o general el concepto de creencias o de ideas irracionales, propuesto por Ellis desde los años 50's, que mediante una operacionalización se plasma en unas preguntas (Cuestionario de Creencias Irracionales) que la hacen susceptible de medir en la población objeto de estudio. De igual manera toma como referente las estadísticas del consumo de sustancias en la población general de la región para posteriormente indagar sobre fenómeno en las personas colaboradoras de esta investigación.

5.3 Enfoque

El presente estudio es de enfoque cuantitativo (o empírico analítico), basado en la medición por medio de la aplicación de un instrumento psicométrico, el Test de creencias irracionales (TCI) (validado a la población colombiana por Chaves & Quiceno, 2010), el cual consta de 46

reactivos frente a los cuales los participantes del estudio indican su grado de acuerdo o de desacuerdo.

5.4 Diseño

El diseño de la presente investigación es no experimental - transversal, ya que se basa en medición y descripción de unas variables que dan cuenta de aspectos sociodemográficos, de consumo y de las ideas irracionales de unos usuarios adscritos a un Centro de salud mental y adicciones, pero no se busca establecer correlaciones o indicar causalidad entre las mismas y es transversal ya que se realiza una sola aplicación del instrumento a utilizar. La recolección de información es estructurada mediante la aplicación de un instrumento que tiene la opción de elegir una sola respuesta respecto a cada una de las preguntas, en una escala del 1 al 4.

5.5 Población y muestra

5.5.1 Criterios de tipificación de la población

Participaran en el estudio 40 usuarios adscritos al Centro de Salud mental y adicciones que en el momento de realizar el trabajo de campo den su consentimiento para participar en la investigación y que al momento de la aplicación tanto a nivel cognitivo y emocional estén en condiciones de contestar el instrumento.

5.5.2 Muestra

Al momento de la aplicación del instrumento el Centro de Salud Mental tiene unos 40 usuarios adscritos, se busca la participación de todos ellos, pero al momento de realizar la

aplicación solamente 26 de ellos dieron su consentimiento, esta muestra permite un nivel de confianza del 90% y un margen de error del 10%. Este cálculo se hace con base en la siguiente formula (*):

Ecuación Estadística para Proporciones poblacionales

$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{e^2 + \frac{z^2(p \cdot q)}{N}}$$

n= Tamaño de la muestra
 Z= Nivel de confianza deseado
 p= Proporción de la población con la característica deseada (éxito)
 q= Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)
 e= Nivel de error dispuesto a cometer
 N= Tamaño de la población

(*) Tomado de la página Web Asesoría económica y marketing (2009).

5.6 FUENTES DE INFORMACIÓN

5.6.1 Fuentes primarias

La página Web de la institución donde se realiza el estudio, al igual que las respuestas emitidas por parte de las personas participantes en el estudio a través del instrumento que se utilizó.

5.6.2 Fuentes secundarias

En la presente investigación se tienen como fuentes secundarias los textos que tratan sobre la terapia racional emotiva, los antecedentes de investigación que dan cuenta sobre el consumo de sustancias en el contexto local y al igual que textos con la información concerniente al marco conceptual al igual que con el marco jurídico.

5.7 Técnicas e instrumentos

El instrumento por utilizar es el Test de creencias irracionales, validado a la población de Medellín por Chaves y Quiceno (2010), el cual evalúa las siguientes creencias: necesidad de aprobación, altas autoexpectativas, culpabilización, control emocional, evitación de problemas, dependencia, indefensión ante el cambio y perfeccionismo. Según las autoras, el análisis de confiabilidad mediante el alfa de Cronbach obtuvo un 0.77 y con respecto a la varianza total explicada esta es de 86,34%.

5.7.1 Procedimientos

- Informar al director del Centro de salud mental y adicciones sobre los objetivos y procedimientos que se efectuaran con la medición a realizar en la institución, además se produce un acuerdo para realizar una devolución de los datos arrojados por la misma.
- Revisión documental sobre conceptos asociados al consumo de sustancias y a las ideas irracionales.
- Selección de instrumento a utilizar.
- Elaboración y presentación de la propuesta de investigación al Centro de salud mental y adicciones.
- Luego de realizar la elaboración formal de la propuesta de investigación, por motivos de privacidad el centro de salud mental solicito de manera explicita no suministrar el nombre de la entidad, puesto que prima proteger la privacidad y la intimidad de los usuarios adscritos al mismo.
- Aceptación y consentimiento del Centro para aplicar la herramienta psicométrica.
- Solicitud preveía de consentimiento informado a los participantes de la investigación.
- Aplicación del Test de creencias irracionales a los usuarios adscritos a la institución.
- Tabulación y análisis de los resultados.
- Elaboración del informe de investigación.
- Devolución y retroalimentación al Centro de salud mental y adicciones.

6. MARCO REFERENCIAL

Un estudio realizado en Antioquia en el 2009, identifico la clasificación, características y definición de las SPA consumidas en dicho contexto.

Primeramente se denomina Tabaco- cigarrillo (tabaquismo), a la dependencia por consumo de tabaco, en este medio en forma fumada en pipa, cigarros o cigarrillos.

El cigarrillo fue reconocido como droga por la OMS hasta 1974, y en la actualidad es identificado por las administraciones sanitarias como la principal causa evitable de morbimortalidad, por la patología orgánica que puede causar. Por otro lado la APA (1994) considera la adicción al tabaco objeto de prevención y tratamiento porque la nicotina es una sustancia psicoactivas capaz de controlar aspectos importantes de la conducta de un sujeto (Alococer, 1998)

Como se observa en la tabla 1, un poco menos de la mitad de las personas entre 12 y 65 años han consumido tabaco/cigarrillo alguna vez en la vida. No obstante, el consumo reciente o en el último año se reduce a menos de la cuarta parte de la población, en tanto que el consumo actual o en el último mes se presenta en menos de una quinta parte de la población. Las cifras indican que esta conducta entre los hombres es considerablemente mayor o más frecuente que entre las mujeres. De otra parte, casi 5% de las personas que nunca habían fumado cigarrillo lo hicieron por primera vez durante el último año, siendo la incidencia entre los hombres notoriamente más alta que entre las mujeres (Rodríguez, Morales, Alejo, Gutiérrez, Fernández, Cabrera & Cifuentes, 2009 p. 26).

Sexo	Prevalencia			Incidencia	
	Vida	Año	Mes	Año	Mes
Hombres	59,81%	30,34%	25,12%	5,98%	3,45%
Mujeres	38,62%	17,84%	14,73%	3,92%	2,25%
Total	48,45%	23,64%	19,55%	4,67%	2,69%

Tabla 1. Prevalencias e incidencias de consumo de tabaco / cigarrillos para Hombre y Mujeres.

En la tabla numero dos, y siguiendo el estudio ya citado, se presentan las prevalencias de último mes o consumo actual de cigarrillo en los distintos grupos etarios. Se puede observar que entre los jóvenes de 12 a 17 años el consumo de cigarrillo es significativamente inferior que en los otros grupos de edad. Las cifras indican que la prevalencia es más alta en el grupo de mayor edad (45 a 65 años) (Rodríguez, Morales, Alejo, Gutiérrez, Fernández, Cabrera & Cifuentes 2009, p. 28 - 29).

Grupos de edad	Prevalencia		Número de casos	
	Estimación	I de C	Estimación	I de C
12-17	6,45%	3,09% - 9,81%	27.232	13.057 - 41.407
18-24	22,44%	16,81% - 28,06%	106.475	79.783 - 133.167
25-34	18,92%	13,31% - 24,53%	107.665	75.757 - 139.573
35-44	22,01%	16,63% - 27,38%	129.443	97.837 - 161.049
45-65	23,80%	19,77% - 27,83%	172.315	143.139 - 201.491
Total	19,55%	17,35% - 21,75%	543.130	482.011 - 604.249

Tabla 2: Estimaciones e Intervalos de Confianza para prevalencia último mes y número de casos de uso de tabaco, según grupos de edad (años).

Sobre la edad de inicio para el consumo de cigarrillo se encuentra que la edad promedio para el consumo de tabaco/cigarrillo es aproximadamente 16 años, con una diferencia de más de un año entre hombres y mujeres, siendo éstas las que empiezan en promedio más tarde (Rodríguez, Morales, Alejo, Gutiérrez, Fernández, Cabrera & Cifuentes, 2009 p. 30).

Continuando con otra sustancia con índices de consumo altos es el alcohol; la casuística de los problemas ligados con el alcohol y sus consecuencias sociales es tan amplia que suele exceder los intentos clasificatorios. La necesariamente vaga utilización de términos como “consumo excesivo de alcohol”, “problemas relacionados con el consumo alcohólico” enmascaran la complejidad de los problemas relacionados con el alcohol. Teniendo en cuenta nicamente aquellos cuyas consecuencias repercuten sobre el propio consumidor. Se agrupan en cuatro grandes bloques, aportando un ejemplo de cada uno de ellos.

1. Los problemas agudos causados por la ingesta de una cantidad determinada de alcohol sin aplicar consumos crónicos previos: fractura por caída en estado de ebriedad.
2. Los problemas crónicos que requieren exposición continuada al con
3. sumo: cirrosis hepática.
4. Los desenlaces agudos producidos por un consumo crónico que requieren exposición continuada al consumo: hemorragia masiva por varices esofágicas.

Pasando al tema de la prevalencia e incidencia de consumo de alcohol en Medellín y el resto de Antioquia. Se puede observar que casi nueve de cada diez personas entre 12 y 65 años han consumido alcohol alguna vez en la vida, más de tres de cada cinco lo

Consumo hicieron en el último año y dos de cada cinco lo hizo en el último mes. El consumo entre los hombres es mayor que entre las mujeres (Rodríguez, Morales, Alejo, Gutiérrez, Fernández, Cabrera & Cifuentes 2009, p, 31) (ver tabla 3).

Sexo	Prevalencia			Incidencia	
	Vida	Año	Mes	Año	Mes
Hombres	93,21%	77,11%	54,15%	44,66%	28,74%
Mujeres	83,13%	54,58%	27,83%	18,90%	6,93%
Total	87,80%	65,03%	40,03%	27,73%	13,85%

Tabla 3. Prevalencias e incidencia de consumo de alcohol para hombres y mujeres.

Considerando la prevalencia de último mes como estimación del consumo actual, se encuentra que en Medellín y el resto de Antioquia más de 1,1 millones de personas de 12 a 65 años consumen bebidas alcohólicas. Como se observa en la tabla 4, casi 700 mil consumidores son hombres y más de 400 mil son mujeres (Rodríguez, Morales, Alejo, Gutiérrez, Fernández, Cabrera & Cifuentes, 2009, p. 31).

Sexo	%	I de C	Número de consumidores	I de C
Hombres	54,15%	49,24% - 59,05%	697.750	634.513 - 760.987
Mujeres	27,83%	24,39% - 31,26%	414.440	363.263 - 465.617
Total	40,03%	36,76% - 43,31%	1.112.190	1.021.191 - 1.203.189

Tabla 4: Estimaciones e Intervalos de Confianza (I. de C.) de 95% para prevalencia último mes y número de casos de uso de alcohol, según sexo.

La mayor tasa de consumo actual se presenta entre los jóvenes de 18 a 24 años, y le sigue el grupo de 25 a 34 años. El grupo etario que presenta una menor prevalencia de consumo de alcohol es el de 12 a 17 años (Rodríguez, Morales, Alejo, Gutiérrez, Fernández, Cabrera & Cifuentes, 2009 p. 32) (ver tabla 5).

Grupos de edad	%	Intervalo de Confianza	Número de consumidores	Intervalo de Confianza (casos)
12-17	28,80%	21,04% - 36,56%	121.588	88.835 - 154.341
18-24	51,98%	46,27% - 57,69%	246.649	219.541 - 273.757
25-34	47,85%	41,79% - 53,91%	272.271	237.771 - 306.771
35-44	44,01%	37,51% - 50,52%	258.903	220.643 - 297.163
45-65	29,38%	24,41% - 34,36%	212.779	176.763 - 248.795
Total	40,03%	36,76% - 43,31%	1.112.190	1.021.191 - 1.203.189

Tabla 5: estimaciones e intervalos de confianza para prevalencia último mes y número de casos de uso de alcohol, según grupos de edad (años).

Respecto a la edad de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas, al considerar la mediana como indicador, la edad de las primeras experiencias de consumo de alcohol es 15 años entre los hombres y 17 años entre las mujeres. En términos generales, se encuentra que 25% (percentil 25) de quienes han consumido alcohol lo hicieron por primera vez a los 14 años o menos, y 75% (percentil 75) lo hicieron a los 18 años o antes. Al igual que en el caso del tabaco, la iniciación es marcadamente más temprana entre los varones que entre las mujeres (Rodríguez, Morales, Alejo, Gutiérrez, Fernández, Cabrera & Cifuentes, 2009 p. 34).

Otra sustancia considerada importante es la heroína, cuya presencia en la ciudad y en el país es más reciente y menos conocida que la de otras sustancias ilícitas. 0,09% de los encuestados dijeron haber consumido esta sustancia alguna vez en la vida, siendo mayor la prevalencia entre los hombres que entre las mujeres (0,17% y 0,02% respectivamente).

Con respecto al consumo de inhalables, el estudio indica que la prevalencia de vida de los mismos (2,1%) es superior a la del éxtasis y sólo levemente inferior a la de bazuco. Sin embargo, al comparar la prevalencia de último año y de último mes, los inhalables muestran menores niveles de consumo que el éxtasis. De las personas de la muestra que han consumido inhalables alguna vez en la vida, se observa una prevalencia mayor entre los hombres que entre las mujeres: 3,8% y 0,6% respectivamente. El consumo reciente (último año) de estas sustancias se concentra principalmente en el grupo de 18 a 24 años de edad, con una prevalencia de 2,1%. En el estudio se evaluó la percepción de riesgo entre la población con respecto al consumo de sustancias psicoactivas. Los resultados indican que la gran mayoría de las personas encuestadas perciben como conductas de alto riesgo consumir tales sustancias, siendo mayor el riesgo percibido en el consumo de sustancias ilícitas que el riesgo asociado al consumo de sustancias legales. En cuanto a estas últimas, la percepción de riesgo en el consumo de bebidas alcohólicas es mayor que el riesgo asociado al consumo de tabaco/cigarrillo (Rodríguez, Morales, Alejo, Gutiérrez, Fernández, Cabrera & Cifuentes, 2009 p. 12).

Sobre el consumo de la marihuana, Degenhardt et al (año) estiman que la dependencia de la marihuana se traduce en 2.1 millones de años de vida perdidos ajustados en función de la discapacidad. Se calculó que el consumo de marihuana como factor del riesgo para el inicio

temprano de esquizofrenia atribuible contribuye con 7000 años de vida ajustados por discapacidad, lo cual no modifica el porcentaje correspondiente a la carga global de enfermedad por marihuana (Marihuana Y Salud, 2015)

Considerando la prevalencia de último año (consumo reciente), las estimaciones indican que en Antioquia 130 mil personas consumieron marihuana en el año previo a la encuesta. (Rodríguez, Morales, Alejo, Gutiérrez, Fernández, Cabrera & Cifuentes, 2009, p. 43 – 44).

Sexo	Prevalencia			Incidencia	
	Vida	Año	Mes	Año	Mes
Hombres	23,58%	8,41%	5,81%	2,25%	0,87%
Mujeres	7,66%	1,48%	,84%	0,53%	0,41%
Total	15,04%	4,70%	3,14%	1,26%	0,60%

Tabla 6.

Sexo	%	Intervalo de Confianza (%)	Número de consumidores	Intervalo de Confianza (casos)
Hombres	8,41%	5,63% - 11,19%	108.401	72.540 - 144.262
Mujeres	1,48%	0,75% - 2,22%	22.112	11.158 - 33.066
Total	4,70%	3,32% - 6,07%	130.513	91.931 - 169.095

Tabla 7: Consumo reciente prevalencia y número de consumidores de último año de marihuana según sexo.

Edad de inicio

La edad promedio de inicio -o primeras experiencias- de consumo de marihuana es alrededor de 18 años. Un 25% de las personas que declararon haber consumido marihuana alguna vez en la

vida lo hicieron a los 15 años o antes, en tanto que otro 25% lo hizo por primera vez a los 20 años o más. Es interesante notar que en el caso de la marihuana no se detectan las diferencias por sexo en el calendario de inicio de consumo que se mencionaron antes. (Rodríguez, Morales, Alejo, Gutiérrez, Fernández, Cabrera & Cifuentes, 2009 p. 44).

También está la Cocaína, que ocupa el segundo lugar entre las sustancias ilícitas de mayor consumo en Antioquia. 4,9% de los encuestados dicen haber consumido cocaína alguna vez en la vida, siendo muy superior el consumo en los hombres que en las mujeres: 8,6% versus 1,4%. Respecto al consumo reciente de cocaína, 1,9% de las personas encuestadas declaran haber usado esta sustancia en el último año: 3,4% de los hombres y 0,5% de las mujeres. En otras palabras, cerca de 52 mil personas en el departamento han consumido cocaína al menos una vez durante los últimos 12 meses.

Las mayores tasas de consumo de cocaína se reportan en el grupo de 25 a 34 años: 4,6%. En términos de estrato socioeconómico, las prevalencias más altas se registran en el estrato 1 (3,6%), seguido del estrato 4 (3,4%). → De las 52 mil personas que han consumido cocaína durante el último año, 79% clasifican en los grupos en situación de “abuso” o “dependencia”; esto es, cerca de 41 mil personas. → El porcentaje más alto de consumidores de cocaína con respecto a la población total se registra en Medellín y el área metropolitana (2,1%), en comparación al resto de Antioquia (0,5%) (Rodríguez, Morales, Alejo, Gutiérrez, Fernández, Cabrera, Cifuentes 2009 Pag ,10)

En cuanto al estimulante sintético conocido como éxtasis, 1,5% de las personas encuestadas manifiestan haber consumido esta sustancia alguna vez en la vida. Si bien la prevalencia de vida de esta sustancia es inferior a la de bazuco, la prevalencia de último año y de último mes la ubican como la tercera sustancia de mayor consumo, después de la marihuana y cocaína. Así, la cifra es de 0,7% cuando se indaga sobre el uso en el último año, lo que representa aproximadamente 20 mil personas en el departamento. En cuanto al perfil de los consumidores de éxtasis, estos son mayoritariamente hombres, jóvenes con edades entre 18 y 24 años y del estrato socio-económico 4. En términos porcentuales con respecto a la población total de las zonas, las proporciones más altas de consumidores de éxtasis se encuentran en Medellín y el área metropolitana en comparación al resto de Antioquia. (Rodríguez, Morales, Alejo, Gutiérrez, Fernández, Cabrera, Cifuentes 2009 Pag, 11)

Por su parte, estudios realizados sobre las ideas irracionales en personas con farmacodependencia, en Antioquia en el año 2010 indica que investigaciones según (Ellis y Lega, 1993) los pensamientos irracionales son la principal causa de las perturbaciones emocionales, porque son las personas las que escogen convertirse a sí mismas en neuróticas con su forma de pensar poco realista e ilógica. Lo que se busca en que las personas es que aprendan a cambiar sus ideas, pensando de manera científica, es decir, planteando hipótesis o suposiciones plausibles, para luego, al experimentar y comprobar que son correctas o incorrectas, mantenerlas o refutarlas. (Pepsic 2010)

Principalmente se hace la selección de los participantes, la cual se realizó mediante un muestreo aleatorio polietápico. Como unidades primarias de muestreo, se seleccionaron al azar el 25% de

las comunas de la ciudad de Medellín. Como unidades secundarias de muestreo, se escogieron al azar el 25% de los barrios que conforman las comunas. Como unidades terciarias de muestreo se seleccionaron al azar el 25% de las zonas de reunión en los barrios (colegios, iglesias y juntas de acción comunal). Como unidades finales de muestreo, se seleccionaron al azar los participantes del estudio. La muestra que hizo parte de este estudio fue de 368 participantes, hombres y mujeres con edades entre los 18 y 70 años, de diferentes estratos socioeconómicos, habitantes de la ciudad de Medellín (Pepsic 2010)

La muestra total estuvo conformada por 368 participantes de ambos géneros: 136 hombres (36,96%) y 232 mujeres (63,04%). Las edades oscilaron entre 18 y 70 años, con una media de 32 años y una desviación estándar de 10,52. Los participantes pertenecían a diferentes estratos socioeconómicos (29,89% de estrato bajo; 48,10% de estrato medio y 22,01% de estrato alto). Con respecto al estado civil se encontró que los participantes eran solteros (52,72%), casados (31,52%), separados (7,61%), en unión libre el porcentaje fue de 5,98% y finalmente, el 2,17% corresponde a participantes viudos. La escolaridad se distribuyó de la siguiente forma: el 1,09% no tenía estudios, el 5,43% alcanzó un nivel de básica primaria, el 32,07% tenía estudios hasta básica secundaria, el 19,57% alcanzó un nivel técnico y los participantes tenían educación superior en un 41,85% (Pepsic 2010)

Edad	Porcentaje
18-20	9,22%
21-30	37,50%
31-40	34,25%
41-50	12,50%
51-60	5,71%
61-70	0,82%
Total	100,00%
Media	32%
DT	10,52%
Género	Porcentaje
Mujeres	63,04%
Hombres	36,96%
Estado civil	Porcentaje
Soltero/a	52,72%
Casado/a	31,52%
Unión libre	5,98%
Separado/a	7,61%
Viudo/a	2,17%
Escolaridad	Porcentaje
Sin estudios	1,09%
Primaria	5,42%
Secundaria	32,07%
Técnico	19,57%
Superior	41,85%
Estratosocioeconómico	Porcentaje
Bajo	29,89%
Medio	48,10%
Alto	22,01%

Tabla 1

En la tabla número 2, En el análisis factorial de componentes principales realizado con el método de rotación ortogonal tipo varimax, la prueba se agrupó en ocho factores. En el primer factor "Necesidad de Aprobación", las cargas oscilaron entre 0,53 y 0,75, con un alfa de 0,78; se obtuvo una media de 20 (DT= 3). En el segundo factor "Altas autoexpectativas", las cargas oscilaron entre 0,40 y 0,75, con un alfa de 0,79; y una media de 11 (DT= 3). Para el tercer factor denominado "Culpabilización", se obtuvo un alfa de 0,63; una media de 18 (DT= 4). Las cargas para este factor fluctuaron entre 0,55 y 0,78. En el cuarto factor "Indefensión acerca del cambio", sus cargas oscilaron entre 0,46 y 0,78, con un alfa de 0,79 y una media de 23 (DT= 4).

Para el quinto factor "Evitación de problemas" sus cargas fluctuaron entre 0,74 y 0,76, el alfa para este factor fue de 0,66, y la media de 5 (DT= 2). "Dependencia" es el sexto factor cuyas

cargas oscilaron entre 0,45 y 0,78; con un alfa de 0,73 y una media de 20 (DT= 3). "Influencia del pasado" es el séptimo factor y obtuvo una media de 15 (DT= 3); las cargas para este factor oscilaron entre 0,44 a 0,81; el alfa obtenido es de 0,84. En el último factor "Perfeccionismo", las cargas fluctuaron entre 0,59 y 0,74; con un alfa de 0,70 y una media de 14 (DT= 3).

Factor	Ítems que lo componen	Alfa	Percentiles 20-50-70	Media/ Desviación Estándar
Factor 1 "Necesidad de Aprobación"	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	0,78	18-20-22	20 (3)
Factor 2 "Altas autoexpectativas"	8, 9, 10, 11	0,79	9-11-12	11 (3)
Factor 3 "Culpabilización"	12, 13, 14, 15, 16, 17, 18	0,63	14-18-20	18 (4)
Factor 4 "Indefensión acerca del cambio"	19, 20, 21, 22, 23, 24, 25	0,79	20-24-26	23 (4)
Factor 5 "Evitación de problemas"	26, 27	0,66	4-6-6	5 (2)
Factor 6 "Dependencia"	28, 29, 30, 31, 32, 33, 34	0,73	18-20-22	20 (3)
Factor 7 "Influencia del pasado"	35, 36, 37, 38, 39, 40, 41	0,84	12-15-17	15 (3)
Factor 8 "Perfeccionismo"	42, 43, 44, 45, 46	0,70	12-14-16	14 (3)

Tabla 2

En la tabla 3, En el análisis de confiabilidad, se obtuvo un 0,77. Previo al análisis factorial se realizó la indagación de las comunalidades y se observó que ningún ítem tuvo una carga inferior a 0,40. En esta investigación todos los ítems cargaron por encima de 0,40; entre 0,47 hasta 0,73, eso refleja que es posible realizar el análisis factorial con todos los ítems.

También se realizó el análisis de la varianza, y se encontró que para el TCI la varianza total explicada es de 86,34%; el primer factor explica el 29,23% del total de la prueba, el segundo factor explica el 17,24%, el tercero el 16,50%, el cuarto el 8,90%, el quinto el 4,09%, el sexto el 3,74%, el séptimo el 3,46% y el octavo factor explica el 3,18% del total de la prueba. Como se puede observar, el factor con mayor porcentaje de varianza explicada es el primero "Necesidad de Aprobación", con un 29,23%; y el factor con menor porcentaje es el octavo "Perfeccionismo" que explica un 3,18% del total de la varianza.

Factor	Total	% de la varianza
1	4,71	29,23%
2	3,33	17,24%
3	2,99	16,50%
4	2,25	8,90%
5	1,88	4,09%
6	1,72	3,74%
7	1,59	3,46%
8	1,46	3,18%

Tabla 3

6.1 MARCO CONCEPTUAL

- **Abuso:**

1. Hacer uso excesivo, injusto o indebido de algo o de alguien. Abusaba DE su autoridad.

2. Hacer objeto de trato deshonesto a una persona de menor experiencia, fuerza o poder.

Abusó de un menor.

3. Avivar y ejercitar el entendimiento de alguien (Sanz, 2004, p. 18)

- **Abuso de sustancias psicoactivas:**

La característica esencial del abuso de sustancias consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias psicoactivas manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de drogas. Puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso, problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales recurrentes. Estos problemas pueden tener lugar repetidamente durante un período continuado de 12 meses (Sanz, 2004, p. 18).

A diferencia de los criterios para la dependencia de sustancias psicoactivas, los criterios para el abuso de sustancias psicoactivas no incluyen la tolerancia, la abstinencia, ni el patrón de uso compulsivo, y, en su lugar, se citan únicamente las consecuencias dañinas del consumo repetido. Así, los criterios diagnósticos para el abuso de sustancias psicoactivas establecidos por el DSM-IV son:

Un patrón desadaptativo relacionado con el consumo de una sustancia psicoactiva que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de las siguientes situaciones, durante un período de 12 meses:

- Consumo recurrente de una droga, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, en la escuela o en casa (Ej., ausencias repetidas o bajo rendimiento, relacionados con el consumo).
- Ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela, relacionadas con el uso de la sustancia.
- Descuido de los niños o de las obligaciones del hogar o la familia.
- Uso recurrente de la sustancia en situaciones en las que consumir es peligroso (Ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la droga).
- Problemas legales repetidos relacionados con el uso de la sustancia (Ej., arrestos por comportamiento escandaloso o anti-social).
- Consumo continuado de la sustancia psicoactiva, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes, o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (por Ej., discusiones con la pareja acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física) (Sanz, 2004, pág. 18).

- **Adicción:**

1. f. Dependencia de sustancias o actividades nocivas para la salud o el equilibrio psíquico.
2. f. Afición extrema a alguien o algo. (Sanz, 2004, pág. 22)

- **Alcohol:**

Químicamente, los alcoholes son un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de hidrocarburos y que contienen uno o más grupos (-OH). Generalmente, cuando hablamos de “alcohol” nos referimos al alcohol etílico o etanol (C₂ H₅ OH), el cual es el componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas. Por extensión, el término “alcohol” se usa también para referirse a las bebidas alcohólicas.

El alcohol es un sedativo/hipnótico con efectos similares a los barbitúricos. En las sociedades más desarrolladas el alcohol es ampliamente utilizado como droga recreativa.

El consumo excesivo puede asociarse a ruptura familiar, violencia, abuso de menores, agresiones sexuales, accidentes (incendios, ahogamientos, accidentes de tráfico, etc.) y a un amplio rango de enfermedades agudas y crónicas. Además de los efectos sociales, el consumo de alcohol puede resultar muy tóxico, pudiendo producir incluso la muerte.

Un consumo continuado y abundante produce tolerancia y dependencia.

Si bien el nivel a que se considera que el alcohol incrementa el riesgo de daños o enfermedades depende de la interpretación más o menos conservadora que se haga de los datos epidemiológicos, los expertos consideran que el consumo de más de 80 gramos de etanol puro al día (equivalente a 3/4 de litro de vino de mesa de 12°) constituye un riesgo de dependencia y patología alcohólica (Sanz, 2004, p. 22)

- **Alucinógenos:**

Agente químico que induce alteraciones en la percepción, el pensamiento y las emociones.

La intoxicación, algunas veces llamada “viaje” está asociada a cambios en la experiencia sensorial que incluyen ilusiones visuales y alucinaciones, una percepción acrecentada de los estímulos externos y una conciencia intensificada de los pensamientos y estímulos internos.

Estas alucinaciones, que se producen a un nivel claro de conciencia y en ausencia de confusión, pueden ser psicodélicas y psicotomiméticas (Sanz, 2004, p. 24).

Psicodélico es el término empleado para definir la experiencia subjetiva de que, debido a una percepción sensorial incrementada, la mente se expande, se entra en comunión con la humanidad o con el universo y se tiene algún tipo de experiencia religiosa. El término

psicotomimético significa que la experiencia mimetiza un estado de psicosis, aunque su similitud con ésta es superficial (Sanz, 2004, p. 24)

La mayoría de los alucinógenos se toman oralmente y su uso generalmente se da en episodios aislados (es muy raro el uso muy frecuente o crónico). Los efectos se notan después de 20 o 30 minutos desde la ingestión (dependiendo de la droga utilizada) e incluyen euforia, alucinaciones visuales y percepciones alteradas, produciéndose rápidos cambios entre la euforia y el abatimiento (Sanz, 2004, p. 24)

Los alucinógenos se clasifican en función de su estructura química y de su similitud con determinados neurotransmisores. En primer lugar destacan las sustancias relacionadas con las catecolaminas como, por ejemplo, la mescalina que es el alcaloide principal del cactus Peyote y que presenta unos efectos parecidos a la LSD pero es menos potente (Sanz, 2004, p. 24)

En segundo lugar existe una gran variedad de alucinógenos cuya estructura química está íntimamente relacionada con la serotonina, entre los cuales está la psilobicina, psilocina, etc. En tercer lugar, el grupo prototípico es el relacionado con el ácido lisérgico, entre los que el producto alucinógeno más prototípico, más potente y mejor estudiado es la lisérgida, dietilamida del ácido lisérgico o LSD-25, el cual es el alucinógeno de referencia para el estudio de los efectos farmacológicos (Sanz, 2004, p. 24).

Las alteraciones inducidas por la LSD incluyen cambios en la percepción, sobre todo en la esfera de lo visual y en la sensación subjetiva del tiempo, cambios en el umbral emocional frente a los estímulos externos (por ejemplo, puede aumentar enormemente la capacidad de sugestión) y cambios en la organización del pensamiento, siendo característica la profusión atolondrada de ideas que el sujeto se ve incapaz de verbalizar ordenadamente y que, en

condiciones normales, inducen a una percepción trascendental de la experiencia. Todos estos cambios dependen extraordinariamente del estado emocional previo de la persona y del entorno en que se produce la experiencia (Sanz, 2004, p. 24).

En condiciones adversas, estos cambios en la organización del pensamiento pueden conducir a reacciones de pánico (“bad trips”) que pueden requerir asistencia psiquiátrica de urgencia.

El consumo de la LSD también puede producir la aparición de problemas psiquiátricos latentes y trastornos de la percepción post-ingesta o “flashbacks” (Sanz, 2004, p. 24).

- **Anfetaminas:**

Uno de los grupos más amplios de drogas sintéticas con poderoso efecto estimulante sobre el sistema nervioso. Los efectos que atraen a los consumidores son una sensación de bienestar físico y mental, poder y confianza, hilaridad y euforia, incremento de la energía y la sensación de alerta, reducción del hambre y la fatiga, reducción del sueño, mejora de la ejecución en tareas físicas y mentales (estudiantes, deportistas, conductores, trabajadores nocturnos, etc.). Los efectos físicos característicos de las anfetaminas a dosis bajas son el incremento de la frecuencia respiratoria y cardiaca, elevación de la presión sanguínea y la temperatura corporal, sudoración, dilatación pupilar, sequedad en la boca, diarrea, pérdida de apetito. En dosis altas se intensifican estos signos y normalmente produce locuacidad, sensación de fuerza, hipervigilancia, insomnio y juicios erróneos. El consumo crónico generalmente induce cambios de personalidad y conducta, conducta anormal, inquietud, irritabilidad, agresividad e incluso puede inducir pánico y psicosis paranoide (psicosis anfetamínica). El abandono después de un uso prolongado produce una reacción de abstinencia, con humor deprimido, fatiga y trastornos del sueño (Sanz, 2004, p. 20).

La anfetamina (alfa-metil-fenil-etil-amina) se introdujo en el mercado europeo a principios de los años 30 con el nombre de Bazedrina, como una alternativa a la efedrina en el tratamiento del asma y la narcolepsia. Hasta los años 80 las especialidades farmacéuticas conteniendo anfetaminas fueron ampliamente consumidas en occidente como fármacos para combatir la fatiga y el sobrepeso, a menudo sin prescripción médica, así como con fines recreativos. Paralelamente, otro derivado -la metanfetamina o "speed"- ha sido la principal anfetamina sintetizada en los laboratorios clandestinos (Sanz, 2004, p.20).

Actualmente las anfetaminas han sido sustituidas por otros medicamentos más eficaces y seguros en clínica (Sanz, 2004, p. 20).

- **Cocaína:**

Sustancia que se obtiene a partir de la coca (*Erythroxylum Coca*), planta abundante en las regiones montañosas de Sudamérica. A partir de ella se obtiene el clorhidrato de cocaína, el cual se presenta como un polvo cristalino blanco de sabor amargo que centellea a la luz (Sanz, 2004, p. 45).

Es un poderoso estimulante del sistema nervioso central que produce euforia o insomnio, y cuyo uso repetido produce dependencia. Su consumo proporciona un período de intenso bienestar, regocijo y euforia. A dosis más altas puede producir efectos indeseables como temblor, labilidad emocional, intranquilidad, irritabilidad, paranoia, pánico y conductas estereotipadas repetitivas. A dosis todavía más altas, puede producir ansiedad intensa, paranoia y alucinaciones, junto con hipertensión, taquicardia, irritabilidad ventricular, hipertermia y depresión respiratoria. En sobredosis la cocaína puede causar insuficiencia cardíaca aguda, apoplejía y convulsiones (Sanz, 2004, p. 45).

La forma más común de administrar el clorhidrato de cocaína es “esnifar” la droga por las fosas nasales, absorbiéndola en el flujo sanguíneo a través de las membranas mucosas de la nariz. Esnifar durante un largo período de tiempo puede causar ulceraciones y perforación del tabique nasal por el efecto anestésico / vasoconstrictor de la cocaína. Durante los años 80 aparecieron formas fumables de cocaína (base libre o crack). Mientras la sal de cocaína (clorhidrato) prácticamente se destruye en la combustión cuando se fuma mezclada con tabaco, la cocaína base (crack) se vaporiza cuando se calienta a temperaturas elevadas y así puede ser inhalada. El cambio en la forma de administración, de la vía intranasal (esnifada) a la vía pulmonar (fumada) ha sido determinante de una mayor adicción y toxicidad. La vía pulmonar garantiza que llegue casi inmediatamente al cerebro tras ser aspirada, lo que le asemeja en su consumo a la vía intravenosa, pero sin el riesgo y las molestias que supone inyectarse (Sanz, 2004, p. 45).

- **Consumo experimental:**

Generalmente se refiere a los primeros consumos de una determinada droga. También se utiliza este término para referirse a consumos muy poco frecuentes de una sustancia (Sanz, 2004, p. 50).

- **Consumo habitual:**

Supone una utilización frecuente de la droga. Esta práctica puede conducirle a las otras formas de consumo, dependiendo de la sustancia que se trate, la asiduidad con que se emplee, las características de la persona, el entorno que le rodea, etc.

El sujeto amplía las situaciones en las que recurre a las drogas, que se usan tanto en grupo como de manera individual; sus efectos son perfectamente conocidos y buscados por el usuario (Coruña, 2002).

- **Consumo ocasional:**

Corresponden al uso intermitente de la sustancia, sin ninguna periodicidad fija y con largos intervalos de abstinencia.

El sujeto continúa utilizando la sustancia en grupo. Aunque es capaz de llevar a cabo las mismas actividades sin necesidad de mediar droga alguna; ya conoce la acción de la misma en su organismo y por ese motivo la consume (Coruña, 2002).

- **Dependencia:**

Necesidad compulsiva de alguna sustancia, como alcohol, tabaco o drogas, para experimentar sus efectos o calmar el malestar producido por su privación.

- **Depresor:**

Cualquier agente que suprime, inhibe o reduce algún aspecto de la actividad del sistema nervioso central (SNC). Las principales clases de depresores del SNC son los sedativos/hipnóticos, opiáceos y neurolépticos. Ejemplos de drogas depresoras son el alcohol, barbitúricos, anestésicos, benzodiacepinas, opiáceos y sus sintéticos análogos (Sanz, 2004, p. 58).

Los anticonvulsivos son incluidos a veces en el grupo de los depresores a causa de su acción inhibidora de la actividad neuronal anormal. Tomado de: OMS, 1994. Ver: Alcohol;

Barbitúrico; Benzodiacepinas; Hipnótico; Sedante (Sanz, 2004, p. 58).

- **Drogas:**

Término de uso variado. En varias Convenciones de las Naciones Unidas y en la declaración sobre Reducción de la Demanda de Drogas se refiere a sustancias que son objeto de control internacional. En medicina se refiere a cualquier sustancia con capacidad para prevenir o curar enfermedades o mejorar el bienestar físico o mental. En farmacología, el término droga

se refiere a cualquier agente químico que altera los procesos fisiológicos bioquímicos de tejidos u organismos. En el uso común, el término se refiere a menudo a drogas psicoactivas y, con frecuencia, incluso más específicamente a drogas ilícitas. Sin embargo, la cafeína, el tabaco, el alcohol, y otras sustancias de frecuente uso no médico son también drogas en el sentido de que son tomadas básicamente por sus efectos psicoactivos (Sanz, 2004, p. 64).

- **Drogas ilícitas:**

Son aquellas sustancias psicoactivas cuya producción o venta (no necesariamente su consumo) está prohibido por la legislación con carácter general. Una droga incluida en las listas de los acuerdos internacionales sobre control de drogas, sólo puede ser denominada ilegal (o ilícita) si su origen es ilícito. Si su origen es legal, entonces la droga en sí misma no es ilícita, sino sólo su producción, venta o uso en determinadas circunstancias. Las drogas que aparecen en dichas listas de acuerdos internacionales están bajo control y sólo pueden utilizarse legalmente para fines científicos. Basado en: UNDCP, 2000. Ver: Droga (Sanz, 2004, p. 64).

- **Drogas legales:**

Son aquellas sustancias psicoactivas cuya producción, venta y consumo no están prohibidos por la legislación con carácter general (por ejemplo, el tabaco o el alcohol). En algunos casos, estas sustancias, su comercialización o su uso, pueden estar sometidos a restricciones en función de determinadas circunstancias (horarios o tipos de establecimiento de venta, edad de los consumidores, etc...). En el caso de los fármacos, generalmente su venta legal está sometida a la prescripción facultativa (Sanz, 2004, p. 64).

- **Farmacodependencia:**

Es definida por La Organización mundial de la Salud (O.M.S) en 1969 como; “El estado psíquico y a veces también físico resultante de la interacción entre un organismo vivo y un medicamento, que se caracteriza por unas modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre una compulsión a tomar el medicamento de un modo continuo o periódico a fin de obtener sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar de la privación. Este estado puede ir acompañado o no de tolerancia. Un mismo sujeto puede ser dependiente de varios medicamentos” (O.M.S.).

- **Heroína:**

La heroína (diacetylmorfina) fue producida por primera vez por la compañía farmacéutica Bayer a finales del siglo XIX tratando de encontrar una sustancia con las propiedades calmantes de la morfina pero sin su potencial adictivo. Es el analgésico de origen natural más poderoso que se conoce y pronto se comprobó que era aún más adictiva que la morfina (Sanz, 2004, p. 97).

La heroína normalmente es impura y contiene una mezcla de diversas sustancias, algunas de las cuales proceden del opio y otras del proceso de fabricación. En ocasiones se han incluido drogas como fenobarbital, metacualona, paracetamol y cafeína. Además, generalmente se “corta” cuando se vende en la calle, es decir, se añaden otras sustancias para aumentar los beneficios de su venta, entre las que se pueden citar glucosa, sacarosa, lactosa, manitol, polvo de curry, polvos para salsas, harina, levadura en polvo, efedrina, talco, etc. (Sanz, 2004, p. 97).

La heroína produce una sensación de euforia placentera con un alivio total de todas las tensiones y ansiedades. Con el uso regular, se produce tolerancia que lleva a incrementar el

consumo para mantener el funcionamiento habitual y evitar las molestias asociadas al síndrome de abstinencia. El síndrome de abstinencia se caracteriza por inquietud, irritabilidad, bostezos, temblores, secreción de moquillo y lágrimas, sudoración y estornudos incontrolados, dolores en las extremidades y dilatación pupilar, escalofríos y “carne de gallina”, fiebre, calambres, espasmos musculares, diarrea, vómitos, etc. Su duración varía con el individuo y el grado de dependencia, aunque puede superarse sin demasiadas dificultades (Stockley et al., 1997, citado por Sanz, 2004, p. 97).

- **Ideas irracionales:**

Para Albert Ellis lo irracional va a ser aquello que es falso, ilógico, que no está basado en la realidad y que dificulta o impide que la gente logre sus metas y propósitos más básicos. Lo irracional es aquello que interfiere con nuestra supervivencia y felicidad (Ellis, 1976).

- **Licor:**

Bebida espirituosa obtenida por destilación, maceración o mezcla de diversas sustancias, y compuesta de alcohol, agua, azúcar y esencias aromáticas variadas (Drogas, 2013).

- **Marihuana:**

La marihuana es una de las drogas más usadas en el mundo. Existe una brecha cada vez mayor entre los últimos descubrimientos científicos sobre la marihuana y los mitos que la rodean. Algunas personas creen que ya que es legal en algunos lugares, debe ser segura. Pero tu cuerpo no sabe distinguir entre una droga legal y una droga ilegal. Sólo sabe el efecto que la droga crea una vez que la has tomado. El propósito de este folleto es aclarar algunos de los malentendidos acerca de la marihuana (Drogas, 2013)

- **Neurosis:**

La neurosis podría definirse como la estrategia que desarrolla la persona para eludir lo inaceptable (decepción, frustración, ira...), aunque con frecuencia lo que más trata de evitar el mecanismo neurótico es el sentimiento de angustia existencial o ansiedad. En pocas palabras, la personalidad neurótica es aquella que mantiene elevados mecanismos de defensa para no enfrentarse a emociones, pensamientos, o instancias de la realidad (tanto interna como externa) que le resultan amenazantes.

La Característica principal del neurótico es que rechaza de la conciencia aspectos de su realidad interna, tomando distancia de sus sentimientos, pensamientos o deseos, mediante pautas rígidas de acción o estrategias psicológicas que tiene automatizadas y por lo tanto utiliza sin darse cuenta, pese a que en algún grado es consciente de que hay algo en su interior que no acaba de salir a la luz y que le dificulta desarrollar una vida más plena (EU). (Sanz, 2004, p. 173).

- **Prevalencia:**

La prevalencia de una enfermedad es el número total personas que presentan síntomas o padecen una enfermedad durante un periodo de tiempo, dividido por la población con posibilidad de llegar a padecer dicha enfermedad. La prevalencia es un concepto estadístico usado en epidemiología, sobre todo para planificar la política sanitaria de un país. (Sanz, 2004, pág. 173).

- **RET:**

Terapia Racional Emotiva

- **Sobredosis:**

Dosis excesiva de un medicamento o de una droga.

- **SPA:**

Sustancias psicoactivas

- **Sustancias psicoactivas:**

Droga o sustancia psicoactiva es una sustancia que, ingerida, que afecta a los procesos mentales, por ejemplo la cognición o los afectos. Este término es equivalente a droga psicotrópica y es el término más neutral y descriptivo para toda la clase de sustancias, tanto legales como ilegales, que son de interés para la política sobre drogas.

El término “psicoactivo” no implica necesariamente que produzca dependencia, y en el lenguaje común, se deja como tácito o no expresado, por ejemplo en expresiones como “uso de drogas” o “abuso de sustancias”. (Sanz, 2004, p. 173).

- **Tabaco / cigarrillo:**

Sustancia psicoactiva elaborada a partir de la planta “Nicotina tabacum”, admite diferentes preparaciones y formas de consumo (fumar las hojas enrolladas o en pipa, mascado o aspirado en forma de “rapé”), si bien fumar cigarrillos es la más extendida (Sanz, 2004, p. 173).

La nicotina es la responsable directa de la dependencia del tabaco. Forma parte del humo y, tras su absorción pulmonar, llega rápidamente al cerebro donde ejerce una acción farmacológica que afecta a determinadas funciones cognitivas y emocionales (Sanz, 2004, p. 173).

Cuando se fuma tabaco por primera vez, generalmente la experiencia es desagradable, con aparición de lipotimia, náuseas y vómito. Si se continúa fumando se desarrolla una rápida tolerancia a los efectos subjetivos y a los efectos fisiológicos, como la aceleración de la frecuencia cardiaca. Sobre todo al principio del día, el tabaco parece mejorar la atención, el

aprendizaje, el tiempo de reacción y la vigilancia para la realización de tareas repetitivas, pero estos efectos no son más que la reversión de la sintomatología abstinencial que padece el fumador al levantarse (Sanz, 2004, p. 173).

El síndrome de abstinencia máximo se produce entre las 24 y 48 horas después del cese del consumo y desciende paulatinamente durante las dos semanas siguientes. Se caracteriza por irritabilidad, impaciencia, pereza, alteraciones del sueño, trastornos gastrointestinales, somnolencia, cefalea, amnesia y deterioro de la capacidad de concentración, de la memoria inmediata y del rendimiento psicomotor. El deseo de fumar, sobre todo en situaciones estresantes, puede persistir durante años (Sanz, 2004, p. 173).

Entre los componentes del humo de tabaco que contribuyen a la aparición de problemas de salud destacan, además de la nicotina, el monóxido de carbono y los compuestos presentes en el alquitrán. El consumo de tabaco aumenta enormemente el riesgo de padecer cáncer y es la principal causa de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (bronquitis crónica o enfisema). Además, fumar es uno de los principales factores de riesgo de enfermedad coronaria e infarto de miocardio, así como de accidente cerebrovascular y agrava también la isquemia periférica (Camí, 2000, citado por Sanz, 2004, p. 173).

6.2 MARCO HISTÓRICO

Todas las culturas a lo largo de la historia han utilizado sustancias variadas que producían modificaciones de la conciencia y de los estados afectivos y perceptivos. La sustancia psicoactivas más utilizada ha sido el alcohol, pero otras drogas, como el hachís, el opio o la mescalina, también han desempeñado un papel importante en los ritos y costumbres de distintas sociedades. Sustancias hoy consideradas peligrosas, no lo fueron tanto en el

contexto de las culturas en las que utilizaron originalmente. Por ejemplo, el uso de las hojas de coca, en determinados países andinos, por los incas y los aymaras no ha tenido nunca las características de una conducta drogodependiente, ni tampoco el uso recreativo del opio por los chinos dio lugar a graves consecuencias psicoorgánicas y comportamentales hasta que se obtuvieron derivados purificados (morfina) o más potentes (heroína) y, además, empezaron a administrarse dichos productos por vía endovenosa (Fernández, 2009, p. 27 - 28).

De acuerdo a lo anterior, se puede evidenciar que la costumbre de drogarse no es nueva; Históricamente, el hombre siempre ha consumido sustancias que alteran el funcionamiento normal del sistema nervioso central. El alcohol y los opiáceos fueron los primeros psicoactivos empleados con esta finalidad ya alrededor de año 5.000 a.C. Se estima que el cáñamo se cultiva en China desde hace 4.000 años. En América, el imperio incaico (andino) sacaba tres cosechas anuales de hoja de coca las cuales se utilizaban como analgésico y energizante de uso diario, especialmente, en virtud de la fatiga producida por la altura. En la sociedad Azteca, igualmente se empleaba la ingestión del hongo llamado teonanacati y el consumo de peyote con fines religiosos. Con fines mágico-religiosos, para huir de la realidad, para hacer frente a los problemas o por la incapacidad para ello, por simple placer o con fines médicos el hombre ha hecho uso de plantas y productos químicos hoy incluidos en el concepto de drogas; han sido muchas las sustancias psicoactivas empleadas, pero las más difundidas son la cafeína, el tabaco, el alcohol, el cannabis, la cocaína y los opiáceos; Probablemente, el alcohol sea el más antiguo de todos, las pesquisas históricas no son concluyentes, pero indican que la fermentación de algún fruto o de la miel es el origen remoto del primer psicoactivo (Correa, 2007, p. 1).

En este mismo orden de ideas; al uso o adicción a las drogas se le ha llamado comúnmente “drogadicción” y, en razón de la carga peyorativa que significaba señalar a alguien como “drogadicto”, se le conoció después y por un tiempo en términos científicos como “farmacodependencia”, esto es, dependencia, tanto física como psíquica, a los fármacos de los cuales se abusa, definición que no consideraba otras sustancias naturales, por ejemplo, que no son precisamente fármacos (Villalobos, 2003, p. 62).

En este mismo sentido, expertos prefirieron utilizar la idea de “problemas causados por el consumo de drogas”, que pueden ir desde un vómito hasta la propia muerte. Así, recordamos que se entiende por “farmacodependencia” el estado físico y psíquico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, en la que se presentan modificaciones del comportamiento y un impulso por ingerir el fármaco o droga de manera periódica, para evitar el malestar sufrido por la privación, por lo cual una droga viene a ser “cualquier compuesto químico o natural que cambia o altera un sistema, o cualquier sustancia no infecciosa o no alimenticia que, a través de procesos químicos, produce cambios en los estados físico y/o mental” (OMS, 1964)

En la actualidad los cannabinoides son consumidos en gran escala en occidente en tres principales presentaciones distintas, la marihuana, el hachís y el aceite de hachís. La primera se presenta como hojas y flores secas de la planta y su concentración de THC varía de 0,5 a 5%. Hay sin embargo algunas modalidades de plantas modificadas genéticamente que ya presentan concentración de THC entre 7 y 34%. El hachís, por su parte, se obtiene de la resina extraída de las plantas y flores desecadas. Su concentración en los procesos actuales de fabricación varía de 10 a 20%. Por último, el aceite de hachís se obtiene de la destilación de

la planta por solventes orgánicos y su concentración de THC varia de 15 a 50%, pero hay muestras que llegan a presentar 85% de THC (Correa, 2007, p. 3)

Siguiendo con este lineamiento, En América, las antiguas civilizaciones indígenas también tenían la costumbre de utilizar las plantas alucinógenas en sus ceremonias. A partir del siglo X, a.C. hay piedras-hongo entre los monumentos de la cultura de Izapa, en la actual Guatemala, en la región de Perú también se encontraron pipas de cerámica del siglo IV A.C. con una figura del peyote, un cactus alucinógeno que contiene mescalina. De igual manera, el uso de la coca como estimulante en América es tan antiguo como el uso del alcohol, del opio y del cannabis en el viejo continente y Asia. Se estima que las hojas de coca ya eran mascadas en la región andina desde aproximadamente 5.000 A.C. (Correa, 2007, p. 6).

La planta de la coca crecía al principio de manera silvestre, pero empezó a ser cultivada, en el siglo X a.C., por los indios Chibcha de Colombia, que después la difundieron hacía el sur. En la cultura Inca era usada como planta sagrada en rituales, para hacer regalos especiales o como medicamento. Como poderoso estimulante que era, la hoja de coca era mascada por los trabajadores para mitigar los efectos derivados de la altitud, el hambre y la fatiga; también la empleaban como medicina para las molestias gastrointestinales, los catarrros y las contusiones. Antes de las grandes navegaciones del siglo XVI la coca no era conocida en otros lugares del mundo. Cuando llegaron los españoles, se sorprendieron con los efectos de las hojas mascadas por los obreros. En un primer momento, por motivos religiosos, intentaron prohibirla, pero después la utilizaron como estimulante en la explotación de las minas de platas (Correa, 2007, p. 3).

Con base a lo anterior, los usos más prevalentes corresponden a sustancias legales, con mayor aceptación social del alcohol y tabaco (cigarrillo), seguidas por una ilegal, la

marihuana. De esta manera, se puede evidenciar en la cultura colombiana un alto grado de aceptación de las sustancias legales (cigarrillo y alcohol), gracias al alto consumo de estas en diferentes contextos; este tipo de actos se pueden llegar a considerar un problema, cuando la persona que consume se da cuenta de un uso desmedido de esta sustancia (Herrera, 2015, p. 3).

En Colombia, según el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas, realizado por la Dirección Nacional de Estupefacientes y el Ministerio de la Protección Social (2008), se ha evidenciado que ciudades como Bogotá, Medellín, Barranquilla y Cali, tienen prevalencias más altas de consumo de sustancias psicoactivas, debido a que son ciudades con alta población (Herrera, 2015, p. 1).

Respecto al uso del consumo de sustancias de tipo ilegal (marihuana, cocaína, entre otras), se estigmatiza en gran medida en este contexto, debido al posible desconocimiento de las personas sobre sus implicaciones desfavorables, teniendo en cuenta que este trastorno por abuso se convierte en un problema, en reiteradas ocasiones, por la predisposición a la dependencia de estas últimas sustancias mencionadas (Herrera, 2015, p. 1).

Así mismo como la drogadicción ha pasado por diversas etapas y procesos con el pasar de los años, el hombre se ha encargado de estudiar continuamente sus pensamientos, percepciones y comportamientos, en una ardua búsqueda de la felicidad y el equilibrio, por lo cual a medida que experimenta el mundo surgen nuevas necesidades que requieren ser atendidas como lo son las adicciones a sustancia psicoactivas y sus consecuencias, desarrolla métodos y estrategias de contrarrestar sus efectos como por ejemplo las psicoterapias entre las que encontramos, la terapia racional emotiva y sus ideas irracionales; las cuales salen como un concepto desarrollado por Albert Ellis en su terapia racional emotiva; Ellis desarrollo su

teoría lo hizo en base diferentes aspectos como lo menciona el documento "terapia racional emotiva" muchos de los aspectos filosóficos de la terapia racional-emotiva proceden del pensamiento de los filósofos estoicos griegos y romanos, y de pensadores orientales budistas y taoístas. También se halla de acuerdo con ideas del moderno neo-racionalismo, que aplica la lógica y la razón a la ciencia. Así mismo se halla de acuerdo con diferentes aspectos del existencialismo moderno.

Considera al ser humano, como uno capaz de comportarse racional e irracionalmente, y solamente cuando se actúa y se piensa de manera racional, es cuando en verdad nos sentimos felices y efectivos.

Se tiene, que la orientación racional-emotiva está compuesta de una teoría de personalidad, un sistema filosófico y una técnica para el tratamiento psicológico.

Entre los aspectos fundamentales del enfoque se encuentran el supuesto de que el pensamiento y la emoción no son dos procesos por completo diferentes, sino que más bien están sobrepuestos de manera significativa y que a menudo la emotividad desordenada puede mejorarse cambiando la forma en que pensamos (Narvas, 1981).

Al principio, la terapia racional-emotiva se llamó "terapia racional" (RT) porque Ellis enfatizó sus aspectos cognitivos y filosóficos y quería diferenciarlo claramente de las otras terapias de los 50 (Ellis, 1975b, 1958 y 1975^a). Sin embargo, se identificó la RT con el racionalismo del siglo XVIII, lo cual era realmente opuesto. Siempre tuvo muy marcados los componentes conductuales y evocativo-emotivos y desde el comienzo se favoreció la asignación de tareas, la desensibilización en vivo, y el entrenamiento en habilidades (Ellis, 1956^a y 1962). Era también sumamente confortativo, bastante diferente al análisis clásico y a la terapia centrada en el cliente rogeriana. De este modo Ellis en colaboración con su

principal asociado en este nuevo modo de tratamiento, (Rober A. Harper), decidieron al principio de los 60 cambiar el nombre de la terapia – emotiva (RET).

Desde el principio la RET fue sumamente filosófica y debatidora, debido a que Ellis desde los 16 años tuvo como principal interés y hobby el seguimiento de la filosofía y defendía que si la gente adquiría una sana filosofía de vida raramente estaría “trastornada emocionalmente”. La RET estaba influida por los escritos de muchos filósofos, especialmente Epíteto, Marco Aurelio, Baruch Spinoza, Jhon Dewey; Bertrand Russell; A. J. Ayer, Hanas Reichenbach. Y Karl Popper. Psicológicamente, se incorporaron algunas de las visiones de los terapeutas cognitivos importantes, tales como Adler (1927, 1929), Cové (1923), Dubois (1907), Frankl (1959), Herzberg (1945). Horney (1939), Johnsin (1946), Kelly (1955), Low (1952) y Rotter (1954), aunque Ellis, no leyó a algunos de estos cognitivistas (tales como Dubois, Frankl, Kelly y Low) hasta después de que ya había creado la teoría y práctica básica de la RET.

La RET fue la primera escuela importante de psicoterapia que casó el debate filosófico y la reestructuración cognitiva tanto para la terapia conductual como para la terapia experimenta. Al principio se emplearon unos pocos métodos conductuales básicos, tales como asignar tareas, fomentar la desensibilización in vivo, usar métodos de refuerzo y el entrenamiento de habilidades (Ellis, 1990).

En base a lo anterior A. Ellis desarrolla las ideas o creencias irracionales a partir de la terapia racional emotiva según el libro patología, también denominada habitualmente teoría ABC, donde A serían los acontecimientos activadores, B las creencias y los pensamientos del individuo y C las consecuencias de estos en la realidad inmediata.

De la inadecuación del conjunto de creencias (B) es de donde proviene la mayoría de los problemas mentales, y por ello Ellis, durante el trabajo terapéutico, enfrentaba al cliente con estas distorsiones, con sus pensamientos irracionales sobre él y su entorno.

En el caso de la teoría de Ellis, el modelo clásico del conductismo E-R se ve transformado en E-O-R, en el que la variable "organismo", interpretada por Ellis como las creencias (la B de su modelo⁹), juega un papel muy importante y en algún caso, definitivo en la presencia o no del trastorno (Espacia, 2006).

6.3 MARCO CONTEXTUAL

El centro de salud mental y adicciones donde se llevó a cabo este trabajo de investigación, se encuentra ubicado en el Valle de Aburra, más exactamente entre los límites de la ciudad de Medellín y el municipio de Envigado, en el sector las Palmas.

El Valle de Aburra es una subregión que se encuentra dentro del departamento de Antioquia y que está constituida por los municipios de Barbosa, Girardota, Copacabana, Bello, Medellín, Itagüí, Envigado, Sabaneta, La Estrella y Caldas, cuenta con una longitud de 60 kilómetros aproximadamente de acuerdo a la gobernación de Antioquia, quien además indica que su altura oscila entre los 1.300 y 2.800 metros sobre el mar (Gobernación de Antioquia, 2010)

Dicho centro de salud mental y adicciones cuenta con un grupo interdisciplinario de profesionales entre los que se encuentran psicólogos, trabajador social, enfermera, psiquiatra, medico de farmacodependencia, entre otros, que profetizan la ética, la honestidad, la responsabilidad y el trato humanizado a la hora de atender todos los usuarios o pacientes que pasan por el establecimiento, con la misión de orientar los procesos de cambio

y transformación en las personas y familias con dificultades de adicción, problemas psicosociales y de salud mental.

Entre los servicios que prestan a sus usuarios se poseen grupos de apoyo a familia, internamiento, asesorías, talleres de promoción y prevención y tratamientos ambulatorios; servicios que se les facilitan puesto cuentan con un espacio físico, amplio, tranquilo, rodeado de naturaleza que les favorece la estadía y permanencia de los usuarios puesto que se convierte en un lugar acogedor y armonioso.

6.4 MARCO LEGAL

El tema de las sustancias psicoactivas, (el consumo, abuso y adicción a sustancias, lícitas o ilícitas), se ubica en la ley 1566 de 2012 en el artículo 1º, dentro del derecho a la salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos. Por lo tanto, el abuso y la adicción deberán ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado, conforme a la normatividad vigente y las políticas públicas nacionales en Salud Mental y para la Reducción del consumo de Sustancias Psicoactivas y su impacto, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social. (Garzón, 2012, p. 1).

El congreso de Colombia en su artículo 2º de la ley 1566 plantea, que toda persona que sufra trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas, tendrá derecho a ser atendida en forma integral por las Entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud y las instituciones públicas o privadas especializadas para el tratamiento de dichos trastornos (Garzón, 2012, p. 1).

Por tanto en el párrafo 1° del artículo 2°, La Comisión de Regulación en Salud afirma que se incorporará, en los planes de beneficios tanto de régimen contributivo como subsidiado, todas aquellas intervenciones, procedimientos clínico -asistenciales y terapéuticos, medicamentos y actividades que garanticen una atención integral e integrada de las personas con trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas, que permitan la plena rehabilitación psicosocial y recuperación de la salud (Garzón, 2012, p. 1).

Por otra parte, en el párrafo 2° del artículo 2° indica que, el Gobierno Nacional Colombiano y los entes territoriales garantizarán las respectivas provisiones presupuesta para el acceso a los servicios previstos en este artículo de manera progresiva, dando prioridad a los menores de edad y a poblaciones que presenten mayor grado de vulnerabilidad. En el año 2016 se debe garantizar el acceso a toda la población mencionada en el inciso primero de este artículo (Garzón, 2012, p. 1 - 2).

Por otro lado, el artículo 5° revela, que Los Centros de Atención en Drogadicción (CAD), y Servicios de Farmacodependencia y demás instituciones que presten servicios de atención integral a las personas con consumo, abuso o adicción a sustancias psicoactivas que incumplan las condiciones de habilitación y auditoría, se harán acreedores a la aplicación de las medidas y sanciones establecidas por la Superintendencia Nacional de Salud para tal efecto (Garzón, 2012, p. 3).

De igual manera el ministerio de salud en la resolución número 196 de 2002 en el artículo 1°, dice que los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral a las instituciones públicas o privadas encargadas de brindar a la población servicios integrales de salud, a través de acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación,

reinserción social, integración sociolaboral, investigación, formación y capacitación y docencia únicamente en el campo del consumo de sustancias psicoactivas y los problemas asociados a éste (Dueñas, 2002, p. 1).

De acuerdo con lo anterior, el artículo 2° de la presente ley, indica que los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas, funcionarán como Instituciones Prestadoras de Servicios de salud especializadas en el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas, debiendo cumplir el régimen vigente que corresponda a su naturaleza jurídica, así como los requisitos mínimos esenciales contemplados en la presente Resolución. El control y vigilancia de los recursos se ejercerán por los diferentes organismos competentes establecidos por las leyes vigentes y a través de los mecanismos internos de cada Centro de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas (Dueñas, 2002, p. 2).

Ahora bien, el párrafo 1° considera, que los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas, podrán funcionar como unidades integradas a una institución prestadora de servicios de salud, hospitales psiquiátricos o a servicios de salud mental en hospitales generales (Dueñas, 2002).

Por consiguiente el párrafo 2° refiere, que Los Centros de Atención Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas, podrán asociarse con otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o privadas, grupos de práctica profesional o profesionales independientes, universidades y centros de investigación nacionales e internacionales, para complementar los servicios que prestan a sus usuarios (Dueñas, 2002).

Adicionalmente, el artículo 3° certifica que la acreditación de los servicios ofrecidos por los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas será expedida por la Secretaría de Salud Municipal, Distrital o Departamental o por el órgano regulador que haga sus veces, de conformidad con la Resolución 4252 de 1997 del Ministerio de Salud o las normas que la modifiquen, adicionen o aclaren (Dueñas, 2002).

Por su parte, el párrafo del artículo 3 expone que cuando los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas, adopten la forma de Comunidad Terapéutica deberán estar inspiradas por la filosofía y principios del movimiento mundial de comunidades terapéuticas y deberán cumplir, además de los requisitos mínimos contemplados en la presente Resolución, los códigos de ética de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas y los derechos de los usuarios (Dueñas, 2002).

Los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas, que deseen llamarse comunidad terapéutica deberán presentar una solicitud ante la Junta Directiva de la Federación Colombiana de Comunidades Terapéuticas (FECCOT), la cual, previa evaluación, hará las recomendaciones que sean del caso tanto a la institución solicitante, como a las entidades encargadas de su acreditación (Dueñas, 2002).

No obstante, en el artículo 4° se expone que, los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas son de baja, mediana y alta complejidad según sea el grado de especialización y complejidad de los servicios que presten de acuerdo con el proceso de salud – enfermedad, de la infraestructura y del grado de cualificación de los equipos profesionales que los atienden, conforme con la normatividad vigente (Dueñas, 2002).

El primer nivel estará conformado por las instituciones que desarrollan actividades de promoción de la salud y de prevención del consumo de sustancias psicoactivas (Dueñas, 2002).

El segundo nivel lo conformarán las instituciones que desarrollan actividades de tratamiento de menor complejidad y que no comprometan la integralidad del usuario. Podrán además desarrollar las actividades del primer nivel si acreditan las condiciones requeridas (Dueñas, 2002).

El tercer nivel comprenderá a las instituciones que desarrollen actividades de una mayor especialización y complejidad requeridas para tratamiento de personas con adicción al consumo de sustancias psicoactivas. Podrá prestar servicios del primer y segundo nivel si cumple con los requisitos esenciales mínimos de prestación de servicios establecidos en la presente Resolución (Dueñas, 2002).

En el artículo 5° se afirma que, los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas, atenderán a cualquier persona natural o jurídica sin consideración de raza, creencias políticas o religiosas, edad, sexo o clase social que requiera información o atención sobre programas de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, reinserción social, integración sociolaboral, investigación, formación, capacitación y docencia relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (Dueñas, 2002).

Así mismo resulta importante mencionar los requisitos de ingreso establecidos en el artículo 7°, los usuarios de los Centros de Atención y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas suscribirán un contrato terapéutico en el cual la persona que desea

ingresar expresa su consentimiento por escrito y se debe especificar como mínimo lo siguiente:

- a) Responsabilidad en el ingreso de quien firma la solicitud.
- b) Causas por las que puede ser excluido del programa.
- c) Medidas disciplinarias.
- d) Condiciones económicas para la estadía del usuario.
- e) Lista de contactos.
- f) Régimen de comunicación con el exterior.
- g) Obligaciones del usuario y del programa terapéutico.
- h) Compromiso de las familias a participar en el programa.
- i) Síntesis del programa terapéutico y reeducativo a que será sometido (Dueñas, 2002).

6.5 MARCO TEÓRICO

El CIE10 define la farmacodependencia como enfermedad; conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de sustancias, adquiere la máxima prioridad para el individuo. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo de ingerir sustancias. La recaída en el consumo de sustancias psicoactivas después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes (García, 1994).

Así mismo el libro *“Drogas, escuela, familia y prevención”* menciona que las drogas que generan dependencia perturban de una manera reversible y se le llama a esto efecto de neuropsicotoxicidad, el cual altera la función cerebral en distintas áreas:

- a. Alteración de la atención y la vigilancia afectando la concentración y las distractibilidad de las personas a través de un efecto de dispersión y también la conciencia vigil desde el adormecimiento hasta llegar al coma en sus estadios más críticos.
- b. Alteración y deterioro de los ritmos del sueño.
- c. Alteración de los rendimientos psicomotrices hasta llegar a la torpeza motriz; algo bastante coincidente en el consumo de opiáceos, depresores (como el alcohol) y hasta el cannabis.
- d. Deterioro de la memoria y de la capacidad de aprendizaje.
- e. Deterioro de la voluntad y capacidad de sentir placer. El efecto crónico del uso de drogas lleva desde la abulia, la apatía y la amimia hasta la anhedonia (incapacidad de sentir placer).
- f. Deformación de las percepciones sensoriales, que van desde las alucinaciones hasta las ilusiones.
- g. Deformación del pensamiento, que va desde la desorganización y desestructuración con fuga de ideas, bradipsiquia (enlentecimiento del curso) o taquipsiquia (velocidad exagerada) hasta llegar a los delirios como fuga máxima de la realidad.
- h. Toxicidad del comportamiento que va desde la pérdida de la conciencia vigil y la pérdida de la motivación hasta llegar al síndrome amotivacional o que la única motivación sea el consumo de drogas. El último estadio de la toxicidad del comportamiento es la marginación social y el aislamiento (Yaria, 2005, p. 41).

Por consiguiente el proceso de adicción atraviesa por una serie de etapas, según mencionan escritos en el libro *“Drogas, escuela, familia y prevención”*; el ciclo está compuesto por 4 fases.

Inicialmente se encuentra la fase de *consumo experimental*, que corresponde a las situaciones de contacto inicial con una o varias sustancias. Cuanto menor es la edad de contacto con las sustancias mayor es la posibilidad de un consumo problemático y dependiente, máxime cuando esto se une a dificultades familiares y faltas de apoyo social.

Hay un porcentaje alto de consumidores en la población general que no reincide en el consumo, aunque desde un punto de vista médico y psicológico todo uso es problemático ya que el stress del contacto de la sustancia con el organismo en una circunstancia determinada es imprevisible en sus consecuencias. Las sobredosis no implican necesariamente un abuso. Una sola dosis puede generar una sobredosis: por ejemplo, en la actualidad el uso de drogas de síntesis y su mezcla con el alcohol pueden traer consecuencias no deseadas. El Consumo experimental se da en situaciones donde se desconocen los efectos de la sustancia y su consumo se realiza en un marco grupal por invitación y/o por curiosidad.

La segunda fase es el *consumo ocasional*, que corresponde al uso intermitente de las sustancias, sin ninguna periodicidad y con largos intervalos de abstinencia. Habitualmente se utiliza la sustancia en grupo. Puede trabajar, aunque hay ya una de la droga, conoce sus efectos y por este motivo la consume.

Como tercera fase se encuentra el *consumo habitual*, en donde ya hay utilización frecuente de la droga. Los riesgos del consumo aumentan, dependiendo esto de la sustancia de que se trate, la asiduidad con que se emplea, las características de la persona, su edad y los lazos sociales que tenga. Es habitualmente el paso previo al consumo compulsivo. Se amplían los momentos que se usan drogas, ya en forma grupal como individual. Como cuarta y última la *Dependencia*, cuando se llega a esta situación el individuo necesita la sustancia y toda su vida gira entorno a esta (Yaria, 2005, p. 34).

En relación a las Sustancias psicoactivas o drogas cuando se ingieren, afecta a los procesos mentales, p. ej., a la cognición o la afectividad. Este término y su equivalente, sustancia psicotrópica, son las expresiones más neutras y descriptivas para referirse a todo el grupo de sustancias, legales e ilegales, de interés para la política en materia de drogas. “Psicoactivo” no implica necesariamente que produzca dependencia sin embargo en el lenguaje corriente, esta característica está implícita, en las expresiones “consumo de drogas” o “abuso de sustancias” (Organización Mundial de la Salud, 1994 p. 58).

En muchos países europeos y de habla inglesa se entabló un debate político-cultural en las décadas de los 60 y 70 en relación con el LSD y otras drogas parecidas acerca de si los términos descriptivos generales darían connotaciones positivas o negativas a los efectos sobre la mente. Los términos “psicoticomimético” y “alucinógeno” (este último pasó a ser el nombre aceptado para designar este grupo de sustancias) expresaban una connotación negativa, mientras que “psicodélico” y “psicolítico” tenían connotaciones más positivas. “Psicodélico” se utilizaba además en el mismo sentido general que “psicoactivo” (El Journal of psychedelic drugs empezó a usar “psicoactivo” en su título en 1981.) (Organización Mundial de la Salud, 1994, p. 59).

Respecto a la clasificación de las sustancias psicoactivas se puede observar que estas se categorizan de acuerdo a sus efectos en el SNC como lo son los *estimulantes*, excitan la actividad psíquica y del sistema nervioso central y adicionalmente incrementan el ritmo de otros órganos y sistemas orgánicos; las *depresoras*, disminuye el ritmo de las funciones corporales, de la actividad psíquica y del sistema nervioso central. Estas sustancias son también llamadas psicolépticas; las *alucinógenas*, capaz de alterar y distorsionar la percepción sensorial del individuo, interferir su estado de conciencia y sus facultades cognitivas, pueden generar alucinaciones (Organización Mundial de la Salud, 1994)

Pasando a los procesos terapéuticos que se les brindan a las personas que consumen sustancias psicoactivas, es relevante abordar su dimensión cognitiva y una de las formas de abordarla es por medio de las ideas irracionales planteadas por Albert Ellis.

De acuerdo al libro *Manual teórico práctico de psicoterapias cognitivas (2009)* para Albert Ellis lo irracional va a ser aquello que es falso, ilógico, que no está basado en la realidad y que dificulta o impide que la gente logre sus metas y propósitos más básicos. Lo irracional es aquello que interfiere con nuestra supervivencia y felicidad (Ellis, 1976). La conducta irracional tendría, pues, los siguientes aspectos:

- 1) El individuo cree, la mayoría de las veces de forma muy firme, que está ajustado a lo que es real o no.
- 2) Las personas que presentan una conducta irracional suelen rebajarse o no aceptarse a ellas mismas.
- 3) Interfiere con nuestro funcionamiento satisfactorio dentro de nuestros grupos de referencia.
- 4) Bloquea, de forma muy clara, lograr el tipo de relaciones interpersonales que nos gustaría tener.
- 5) Impide que trabajemos de forma madura y productiva.
- 6) Interfiere con nuestros mejores intereses en muchos campos (Gabalda, 2009)

Mientras que en el *manual de la terapia racional-emotiva volumen 2* expresa que los pensamientos racionales (o ideas o creencias racionales) se definen en la RET como aquellos pensamientos que ayudan a las personas a vivir más tiempo y más felices, particularmente por presentar o elegir por si mismas ciertos valores, propósitos, metas o ideales (presumiblemente)

productores de felicidad; y utilizar formas eficaces, flexibles, científicas y lógico-empíricas. Se asume que para la mayoría de la gente casi todo el tiempo el empleo de pensamientos científicos les ayudara a elegir y conseguir los propósitos productores de felicidad, pero también se asume que esto es una hipótesis, no un hecho probado, y que podría no ser cierto para algunas personas en algunas ocasiones (Ellis, 2006).

Los sentimientos convenientes se definen en la RET como aquellas emociones que ocurren cuando las preferencias y deseos humanos se bloquean y frustran, y esto ayuda a las personas a minimizar o eliminar tales bloqueos y frustraciones (Ellis, 1990).

Así mismo en el artículo *“la terapia racional emotiva de Albert Ellis”* expone como una de sus tesis principales: “la neurosis consiste en un comportamiento inútil, irracional y estúpido” provocado por emociones perturbadoras que tienen su origen en construcciones de pensamiento falsas e irracionales. Estos pensamientos “falsos e irracionales”, caracterizados por un fuerte componente moralizador y culpabilizante, constituyen la herencia directa en el individuo del ideario de la tradición, transmitido por la familia, la sociedad y las instituciones (Ellis, 2006).

Con respecto a las ideas o creencias irracionales; se agrupan en un listado de doce las cuales en son planteadas en el libro *Manual teórico – práctico de psicoterapias cognitivas* que cuenta que Ellis en su estudio de la irracionalidad humana, Ellis se dio cuenta de que existían una serie de ideas irracionales básicas introducidas, en todos sus trabajos, y que vamos a exponer a continuación (tomadas de Ellis, 1958, 1980; Dryden & Ellis, 1987). Las marcadas con un asterisco, serían las principales ideas irracionales según Ellis (1973):

1. Es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de su comunidad.*

2. Para considerarse a sí mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa, en todos los aspectos posibles.*
3. Cierta clase de gente es vil, malvada e infame y deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad.*
4. Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.*
5. La desgracia humana se origina por causas externas y la gente tiene poca capacidad o ninguna de controlar sus penas y perturbaciones.*
6. Si algo es o puede ser peligroso o temible se deberá sentir terriblemente inquieto por ello, deberá pensar constantemente en la posibilidad que esto ocurra.
7. Es más fácil evitar, que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida.*
8. Se debe depender de los demás y se necesita alguien más fuerte en quien confiar.
9. La historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual y algo que ocurrió alguna vez y nos conmocionó debe seguir afectándonos indefinidamente.*
10. Uno deberá sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás.
11. Invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos y que si esta solución perfecta no se encuentra sobreviene la catástrofe.
12. Es muy importante para nuestra existencia lo que las demás personas hacen, y debemos hacer muchos esfuerzos por lograr que vayan en la dirección que queramos.

A pesar de disponer de estas ideas irracionales básicas, podemos considerar que dado que el pensamiento irracional se refiere a una visión absolutista y dogmática sobre la vida, los demás y uno mismo (la filosofía irracional), los pacientes van a expresarla de múltiples maneras. Por ello,

y para simplificar la cuestión del pensamiento irracional, en la mayoría de los textos sobre la terapia racional emotiva conductual nos aparecen encuadradas estas ideas irracionales sobre la base de tres debos absolutistas o de tres tipos de demandas (Ellis, 1979a; Ellis, 1997b; Dryden & DiGiuseppe, 1990). El primer tipo de demanda se refiere a una demanda sobre el sí mismo. El segundo a demandas o exigencias sobre los otros y la tercera se refiere a exigencias sobre el mundo o las condiciones de vida.

En relación a la exigencia sobre el sí mismo los pacientes asumen o pueden asumir lo siguiente: “estoy absolutamente obligado a hacerlo bien y a conseguir la aprobación de los demás o si no, yo soy, toda mi persona lo es, un inútil”. Este debo absolutista estaría detrás de enunciados como el siguiente, “debo hacerlo todo bien y ser aprobado por las personas significativas de mi alrededor y si no lo consigo es horrible”. Creencias de este tipo nos conducen, a menudo, a experimentar ansiedad, depresión, culpabilidad o vergüenza.

El segundo debo absolutista se refiere a las exigencias sobre los otros. Por ejemplo, cuando un paciente piensa: los demás tienen que tratarme absolutamente de forma amable y justa o si no ellos son detestables. Creencias de este tipo se asocian con sentimientos de cólera y rabia así como con rasgos pasivo-agresivos y actos de violencia.

El tercer debo absolutista se refiere a las exigencias sobre las condiciones o lo que debemos tener en nuestra vida, y se puede manifestar de la siguiente manera: las condiciones de mi vida deben ser absolutamente confortables y sin dolor ni sufrimiento o si no el mundo es tremendo y terrible y no puedo resistirlo. Tales creencias se asocian con sentimientos de pena y de estar heridos, así como, con problemas de disciplina, tales como dejar para mañana lo que tenemos que hacer hoy o con conductas adictivas (Dryden & DiGiuseppe, 1990).

Uno de los aspectos en los que más ha insistido Ellis se refiere a la base biológica del pensamiento irracional. De hecho, Ellis (1976) ha llegado a argumentar con más de trescientos ejemplos esta base biológica del pensamiento irracional (Gabalda, 2009).

7. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Como se observa en la tabla, la conducta de consumo en los Hombres padecen un mayor nivel con un (81%), más frecuente que en las mujeres.

Sexo	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
FEMENINO	5	19%
MASCULINO	21	81%
TOTAL	26	100%

Tabla número 1 distribución de consumo según sexo.

En la tabla número 2 se observa que la edad promedio de consumo, según entrevistados es 16 a 42 años.

Edad	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
De 16 a 20	7	27%
De 21 a 25	5	19%
De 26 a 35	7	27%
De 36 a 42	7	27%
TOTAL	26	100%

Tabla numero 2 distribuciones de consumo según edad.

La mayoría de la población evaluada indica, que inicio su consumo de SPA en Básica Secundaria o en el Nivel profesional (Universidad).

Escolaridad	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Profesional	9	35%
Tecnólogo	1	4%
Técnico	1	4%
Básica Primaria	1	12%
Básica Secundaria	14	54%
Total	26	100%

Tabla numero 3 distribuciones según escolaridad.

En Cuanto al Estado Civil, el 12% de los encuestados manifestaron estar casados, otro 12% divorciados, un 4% Unión libre; el dato más significativo se encontró en los Solteros con un 73%.

Estado Civil	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Soltero	19	73%
Casados	3	12%
Unión Libre	1	4%
Divorciados	3	12%
Viudos	0	0%
Total	26	100%

Tabla numero 4 distribuciones según Estado Civil.

Con el fin de detectar el consumo de SPA según el estrato, se calcula el nivel de cada uno de los participantes. En la tabla 5 se encontró un aumento representativo, el 54% de los encuestados se encuentran en el Nivel 3.

Estrato	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Nivel 3	14	54%
Nivel 4	6	23%
Nivel 5	4	15%
Nivel 6	2	8%
TOTAL	26	100%

Tabla numero 5 distribuciones según Estrato

La prevalencia de Vida de consumo de SPA, (Tabla 6), indica que la práctica totalidad de los entrevistados “probaron o conocen” el Cigarrillo (23%), la marihuana (19%), el alcohol (19%), la cocaína (15%), más de tres cuartas partes diseño, Heroína y Estaxis (16%),. En cambio el bazuco y el Popper solo un (8%).

Prevalencia de Vida	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Cigarrillo	6	23%
Marihuana	5	19%
Alcohol	5	19%
Cocaína	4	15%
Heroína	2	8%

Éxtasis	2	8%
Bazuco	1	4%
Popper	1	4%
TOTAL	26	100%

Tabla numero 6 distribuciones según Prevalencia de Vida

Uno de los indicadores que se utilizan para dimensionar el consumo, es el consumo global; haber consumido o estar consumiendo una o más de las sustancias psicoactivas ilegales. En la (Tabla 7) se observa que las SPA con mayor impacto en los participantes es, la Marihuana con un (23%), Cigarrillo (19%), Alcohol (19%), y Cocaína (15%).

Sustancia de Impacto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Marihuana	6	23%
Cigarrillo	5	19%
Alcohol	5	19%
Cocaína	4	15%
Heroína	2	8%
Éxtasis	2	8%
Bazuco	1	4%
Popper	1	4%
TOTAL	26	100%

Tabla numero 7 distribuciones según Mayor Impacto.

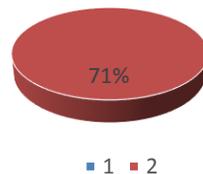
CUESTIONARIO IBT MODIFICADO.

Necesidad de aprobación

Las ideas irracionales evaluadas en el cuestionario IBT Modificado y su Análisis.

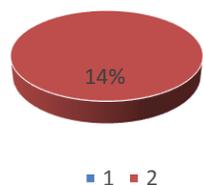
En la gráfica número 1, se puede evidenciar que para los participantes la necesidad de aprobación se convierte un factor muy importante en cada aspecto de desarrollo en sus vidas, lo que genera por sí mismo un gran desgaste a nivel físico, mental y emocional, puesto que se tiende a estar en la constante búsqueda de ser aceptados y aprobados por todas las personas que les rodean, siendo aún más valiosa la opinión de aquellas personas que para ellos mismos tenga mayor grado de importancia en sus vidas.

GRAFICA #1. NECESIDAD DE APROBACIÓN



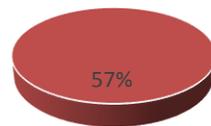
En la gráfica número 2, se evidencia que las auto-expectativas no tienen mayor relevancia en los participantes.

GRAFICA # 2. ALTAS AUTO-EXPECTATIVAS



En la gráfica número 3, se observa un porcentaje considerable ya que para los participantes el castigo es importante y quien comete un error debe asumir las consecuencias.

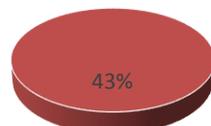
GRAFICA # 3.
CULPABILIZACIÓN



■ 1 ■ 2

Sobre la indefensión acerca del cambio en la gráfica número 4, se contempla que un 43% de la población de estudio no tiene tolerancia a la frustración ante la situación.

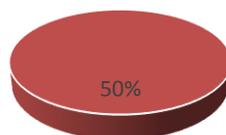
GRAFICA # 4. INDEFENSIÓN
DEL CAMBIO



■ 1 ■ 2

En cuanto a la evitación de problemas en la gráfica número 5, se percibe en los participantes que evitar los problemas logra ser una tendencia común entre los mismos, siendo propensos aludir las responsabilidades y consecuencias como una salida más fácil y menos dolorosa para ellos.

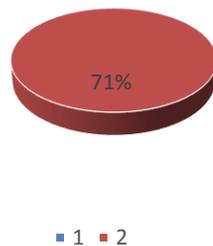
GRAFICA # 5. EVITACIÓN DE
PROBLEMAS



■ 1 ■ 2

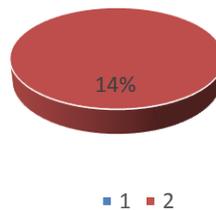
En la gráfica número 6 considerando la dependencia, se observa que en los participantes se promueven niveles elevados de sumisión a personas, situaciones, comportamientos o sustancias que produzcan sensación de aceptación, tranquilidad o armonías consigo mismo.

GRAFICA # 6. DEPENDENCIA



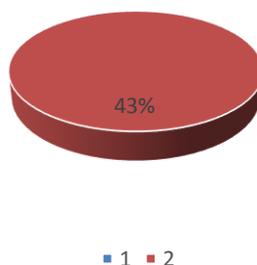
En la gráfica número 7, se encuentra que la influencia del pasado no afecta de manera significativa el presente de los participantes.

GRAFICA # 7. INFLUENCIA DEL PASADO



En la gráfica número 8 en lo que refiere el perfeccionismo, se aprecia que los encuestados presentan un porcentaje significativo en ser competentes. cuanto a

GRAFICA # 8. PERFECCIONISMO



7.1 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Al comparar los resultados obtenidos en este trabajo de investigación con otro previamente hecho por Carbonero, .; Martín-Antón, Luis J.; Feijó, en el 2010, en su investigación sobre creencias irracionales en relación con ciertas conductas de consumo se puede observar, como las ideas irracionales que se obtienen a partir de las experiencias vividas por cada individuo influyen de forma determinante en el comportamiento y el actuar de las personas, puesto que al igual que dicho estudio, en el presente trabajo de investigación se comparten resultados equivalente a los altos niveles que obtienen la presencia de algunas ideas irracionales como lo es la fuerte tendencia a necesitar la aceptación de quienes lo rodean, para así lograr la aprobación de los mismos (Carbonero, 2010)

De igual forma, se encuentra que la tendencia a eludir los problemas como solución de los mismos, es una creencia irracional bastante común en las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, evitando responsabilizarse de ellos. Otras creencias irracionales que parecen ser de mutua presencia son la culpabilización o tendencia a requerir castigos o sanciones para todo que pueda tomar una elección equivocada, o que puede ser relacionado a la poca tolerancia a la frustración que pueden llegar a presentar en cuanto a los errores propios y los obstáculos que se presenten en diversos momentos o circunstancias.

Por lo anterior se puede concluir que así como los contextos culturales poseen gran influencia en los comportamientos que adoptan las personas, hay grandes similitudes que pueden desencadenar conductas frecuentes como la dependencia, así mismo como en la terapia racional

emotiva desarrollada por Albert Ellis entre su postulado de las ideas irracionales, también habla sobre como las adicciones pueden ser el resultado de problemas emocionales no resueltos o elaborados adecuadamente, es decir así como informa The Albert Ellis Institute “El abuso de drogas es una conducta desadaptada relacionada con una persona en la que predominan una serie de dificultades psicológicas “crónicas” que impiden afrontar de una forma madura las situaciones de la vida, no tolerar o soportar el malestar producido por ellas y que en última instancia le comporta un sufrimiento. Todo ello debido a cómo la persona vive o interpreta dichos conflictos y/o situaciones cotidianos” (Trujillo, 2010).

Confirmando así que al adoptar en el día a día creencias distorsionadas o irracionales se podrían generar patrones de comportamiento en base a ellos, debido a que estas van a contener gran fuerza en los pensamientos de cada individuo, por lo cual al obtener en los estudios realizados y mencionados con anterioridad niveles altos en cuanto a ideas como necesidad de aceptación o gran perfeccionismo pueden desencadenar otras como la dependencia o las altas expectativas en cuanto a resultados.

8. CONCLUSIONES

Con el presente trabajo de investigación, se ha logrado obtener alguna hipótesis y conclusiones en cuanto a las ideas irracionales en personas consumidoras de sustancias psicoactivas:

- Las principales características sociodemográficas que presentan en común las personas consumidoras de sustancias psicoactivas adscritas a un centro de salud mental y adicciones son:
 - 1- Los hombres padecen un mayor nivel de consumo con un (81%), más de frecuencia que en las mujeres
 - 2- Entre los 21 y 25 años de edad se presenta menor prevalencia de consumo frente a otras edades.
 - 3- El mayor índice de consumo se presenta en personas con escolaridad básica secundaria como primer lugar con un puntaje del 54% y profesionales como segundo lugar con un puntaje del 35%.
 - 4- El 73% de las personas encuestadas adscritas al centro de salud mental y adicciones son solteras.
 - 5- Las sustancias psicoactivas que reflejaron mayor consumo entre los encuestados se encuentran el cigarrillo con un 23% y el alcohol y la marihuana con un 19% cada uno.
- Las ideas irracionales, que mayor prevalencia presentan en las personas consumidoras de sustancias psicoactivas se encuentran la necesidad de aprobación, la culpabilización y la dependencia.
- Las adicciones pueden ser ocasionadas como respuesta a problemas emocionales latentes, que no han sido elaborados debidamente.

- Las ideas irracionales son creencias distorsionadas de las situaciones que se presentan en el día a día.
- En Colombia las sustancias psicoactivas que tiene mayor consumo son el alcohol, la cocaína y la Marihuana.
- Las principales ideas que se presentan en las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, de acuerdo al trabajo de investigación realizado son las relacionadas con la necesidad de aceptación, la culpabilización y la dependencia a los demás.
- De acuerdo al estudio realizado el sexo masculino, son quienes adoptan con mayor regularidad conductas adictivas.
- De acuerdo al estudio realizado el alcohol y la marihuana son las sustancias que mayor prevalencia de vida poseen y las sustancias de mayor impacto en los participantes.
- En el país hace falta mayor información y estudios de investigación acerca de la farmacodependencia y sus factores de riesgo.
- Los participantes han logrado detectar en ellos mismos como las creencias o ideas que tienen del mundo y su dinámica logra afectar sus conductas de forma tanto positiva como negativa.
- Las ciudades con mayor prevalencia de consumo en el país son Bogotá, Medellín, Barranquilla y Cali.
- En Colombia se han diseñado e implementado leyes que exigen que las EPS, realicen tratamientos correspondientes a las personas que poseen adicción a sustancias psicoactivas.

9. RECOMENDACIONES

Realizar recomendaciones a un centro de salud que se encuentra bien estructurado, organizado, totalmente reglamentado, que cuenta con un equipo interdisciplinario profesional y ampliamente capacitado para brindar una atención integral a todos sus usuarios, se convierte en una tarea con gran dificultad, debido a que al observarlo minuciosamente se evidencia que han realizado un arduo trabajo en todos sus años de experiencia, logrando complementar sus labores de forma adecuada en pro de lograr en sus pacientes cambios conductuales favorables, que es permitan mejorar su calidad de vida.

Pero al observar detenidamente los resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario IBT modificado, se evidencia en los participantes la presencia de varias ideas irracionales que poseen un alto nivel de dominio e influencia, en cuanto a sus pensamientos, interpretaciones y comportamientos, por lo cual como recomendación general se sugiere que entre sus tratamientos terapéuticos, logren hacer énfasis en el trabajo de las creencias racionales e irracionales, haciendo uso de la Terapia Racional Emotiva como herramienta, con lo cual, los participantes e usuarios puedan reconocer en sus procesos individuales cuales son las ideas irracionales que le afectan negativamente, y al identificarlas brindarles estrategias y habilidades para que puedan manejarlas, controlarlas y dominarlas, teniendo conciencia además de cuáles son sus factores desencadenantes o activadores.

10. BIBLIOGRAFÍA

Jarne, A. (2006). Psicopatología. Eureka Media, SL. Recuperado el 19 de 08 de 2017

Albert Ellis, N. L. (2006). La Terapia Racional Emotiva. (A. d. Comunitaria, Ed.) Dialnet, 126.

Recuperado el 19 de 08 de 2017

Albert Ellis, N. L. (2006). La Terapia Racional Emotiva. Norte De Salud Mental, 6(25), 126.

Recuperado el 19 de 08 de 2017

Albert Ellis, R. G. (2003). Manual De Terapia Racional – Emotiva Décima Edición. España:

Desclee De Brouwer S.A. Recuperado el 28 de 08 de 2017

Albert Ellis, R. G. (1990). Manual De La Terapia Racional Emotiva (Vol. 2). España: Desclee De

Brouwer S.A . Recuperado el 19 de 08 de 2017

Alfonso Velasco Martin, J. A. (1988). Compendio de psiconeurofarmacología. Madrid, España:

Diaz De Santos, S.A. Recuperado el 22 de 08 de 2017

Alococer, A. (1998). El Alcohol Y Su Abuso Impacto Socioeconomico. Madrid, España: Medica

Panamericana S.A. Recuperado el 24 de 08 de 2017

Andres Gonzales Garrdo, E. M. (2013). Cerebro Y Drogas . Bogota, Colombia: Manual

Moderno. Recuperado el 28 de 08 de 2017

Clombia, O. D. (s.f.). [http://www.odc.gov.co/problematika-drogas/consumo-drogas/situacion-](http://www.odc.gov.co/problematika-drogas/consumo-drogas/situacion-consumo)

consumo. Recuperado el 28 de 08 de 2017

Economica, F. D. (2015). Marihuana Y Salud. Mexico: Fondo De Cultura Economica.

Recuperado el 24 de 08 de 2008

Ecuador, D. N. (2017). Modulo 1 Conocimiento De Drogas. Quito. Recuperado el 25 de 08 de

2017

(2009). Estudio De Consumo De Sustancias Pscoactivas En Medellin. Secretaria Distrital De Salud, Medellin. Recuperado el 28 de 08 de 2008

Gabalda, I. C. (2009). Manual Teoric - Pactico de Psicoterapias Cognitivas. España: Desclee de Brouwer S.A. Recuperado el 19 de 08 de 2017

Gabalda, I. C. (2009). Manual Teorico – Practico De Psicoterapias Conitivas. Sevilla, España: Desclee De Brower S.A. Recuperado el 22 de 08 de 2008

Pedro Garcia Parajua, M. M. (1994). CIE10. Madrid, España: Medica Panamericana S.A. Recuperado el 18 de 08 de 2017

R., J. J. (1981). Teapia Racional Emotiva. Revista Latinoamericana De Psicologia, 13(1), 76. Recuperado el 19 de 08 de 2017

Salud, O. M. (1994). Glosario De Terminos De Alcohol Y Drogas. Madrid: Ministerio De Sanidad Y Consumo. Recuperado el 22 de 08 de 2017

Salud, O. M. (2004). Neurociencia Del Consumo Y Dependencia A Sustancias Psicoactivas. OMS. Recuperado el 25 de 08 de 2017

Yaria, J. A. (2005). Drogas, escuela, familia y prevencion. Buenos Aires, Argentina: Bonum. Recuperado el 18 de 08 de 2017

Carbonero, A. F. (2010). *Las Ideas Irracionales en relación con ciertas conductas de Consumo en Adolescentes* (Vol. 3). España, Madrid: Cenfint.

Correa. (2007). *Historia De Las Drogas Y De La Guerra De Su Difusión*. Noticias Juridicas.

Coruña, A. D. (2002).

Drogas, F. P. (2013).

Dueñas. (2002). *Ministerio De La Salud*. Bogotá.

EU, P. E. (s.f.).

Fernandez, Q. H. (2009). *Drogodependencias, Farmacologia, Patologia, Psicologia, Legislación*. Madrid, España: Panamericana.

Garzòn, S. (2012). *Republica De Colombia - Gobierno Nacional*. Bogotá, Colombia.

Herrera, F. M. (2015). La Reeducción En Farmacodependencia: Antes Y Despues De La Historia. *Poiesis*, 30-145-150.

OMS. (1964). *OMS*.

Sanz, L. M. (2004). *Glosario Sobre Prevenciòn De Abuso De Drogas*. Centro De Estudios Sobre Promociòn De La Salud.

Trujillo. (2010). *Drogodependencia Y Adicción*. The Albert Ellis Institute.

Villalobos. (2003). *Drogadicción, Farmacodependencia Y Drogodependencia: Definiciones, Confusiones, Y Aclaraciones*.

11. ANEXOS

1. Datos generales

- Sexo F M
- Edad _____ Estado Civil _____
- Escolaridad _____ Estrato _____

2. ¿Marque con una X, cuál de las siguientes sustancia ha consumido alguna vez en la vida?

- Marihuana _____ Cocaína _____ Cigarrillo _____ Popper _____
- Heroína _____ Alcohol _____ Bazuco _____ Éxtasis _____
- Otra(s) ¿Cuál(es)? _____

2.1 De acuerdo con la pregunta anterior: ¿qué sustancia han tenido mayor impacto en su vida?

Marihuana _____ Cocaína _____ Cigarrillo _____ Popper _____

Heroína _____ Alcohol _____ Bazuco _____ Éxtasis _____

Otra ¿Cuál? _____

Test de creencias irracionales TCI

Calvete y Cardeñoso (1999)

Validación en la población de la ciudad de Medellín Chaves y Quiceno (2009)

Instrucciones: A continuación encontrará una serie de frases que una persona podría emplear para describirse a sí misma. Por favor lea cada frase y decida qué tan bien lo describen a usted, luego evalúe qué grado de acuerdo o desacuerdo tiene usted sobre las frases y señale la opción adecuada según la siguiente escala.			
1 No estoy de acuerdo	2 Desacuerdo moderado	3 Acuerdo moderado	4 Estoy totalmente de acuerdo
2. Me gusta el respeto de los otros pero no necesito tenerlo.			1 2 3 4
3. Quiero agradecerle a todo el mundo.			1 2 3 4
4. Me siento bien conmigo mismo, aunque no le caiga bien a otras personas.			1 2 3 4 *
5. Si no le agrado a otras personas es su problema, no el mío.			1 2 3 4 *
6. Aunque me gusta la aprobación, no es una real necesidad para mí.			1 2 3 4 *
7. Es molesto pero no insoportable que me critiquen.			1 2 3 4 *
8. Odio fallar en cualquier cosa.			1 2 3 4
9. Me gusta tener éxito en cualquier cosa, pero no siento que lo tenga que lograr.			1 2 3 4 *
10. Para mí es extremadamente importante tener éxito en todo lo que hago.			1 2 3 4
11. No me importa realizar cosas que sé que no puedo hacer bien.			1 2 3 4 *
12. Las personas que actúan mal merecen que les vaya mal.			1 2 3 4
13. Muchas personas malas escapan al castigo que merecen			1 2 3 4
14. Aquellos que actúan mal deben ser castigados.			1 2 3 4
15. La inmoralidad debería castigarse drásticamente.			1 2 3 4
16. Todo el mundo es esencialmente bueno.			1 2 3 4 *

17. Es injusto que se trate por igual a buenos y a malos.	1 2 3 4
18. Nadie es malo, incluso cuando sus actos lo sean.	1 2 3 4 *
19. Si una persona quiere, puede ser feliz bajo cualquier circunstancia.	1 2 3 4
20. Las personas no se ven afectadas por las situaciones sino por la forma en que las ven.	1 2 3 4 *
21. Yo soy la causa de mis propios estados de ánimo.	1 2 3 4
22. Las personas que son infelices se han hecho a sí mismas de esa manera.	1 2 3 4
23. Una persona permanecerá mucho tiempo enojada o triste si se mantiene a sí misma de esa manera.	1 2 3 4 *
24. Las cosas son insoportables dependiendo de cómo las interprete.	1 2 3 4 *
25. La persona hace su propio infierno dentro de sí misma.	1 2 3 4 *
26. La gente es más feliz cuando tiene problemas que superar.	1 2 3 4 *
27. Una vida fácil rara vez es recompensante.	1 2 3 4
28. Todo el mundo necesita alguien de quien depender para que los ayuden o aconsejen.	1 2 3 4
29. Considero adecuado resolver mis propios asuntos sin ayuda de nadie.	1 2 3 4 *
30. Finalmente soy yo quien realmente puede afrontar mis problemas.	1 2 3 4 *
31. Me disgusta que otros tomen decisiones por mí.	1 2 3 4 *
32. Necesito que otras personas me aconsejen.	1 2 3 4
33. Me disgusta tener que depender de otros.	1 2 3 4 *
34. Necesito que otros se preocupen por mi bienestar.	1 2 3 4
35. Siempre nos acompañarán los mismos problemas.	1 2 3 4
36. Es casi imposible superar las influencias del pasado.	1 2 3 4 *
37. Si algo me afectó en el pasado, no significa vaya a afectarme nuevamente.	1 2 3 4 *
38. Pienso que experiencias del pasado me afectan ahora.	1 2 3 4
39. Somos el resultado de nuestras experiencias pasadas.	1 2 3 4
40. Una vez que algo afecta mi vida, siempre lo hará.	1 2 3 4
41. La gente nunca cambia.	1 2 3 4
42. Existe una forma correcta de hacer cada cosa.	1 2 3 4
43. No hay una solución perfecta para las cosas.	1 2 3 4 *
44. Es difícil encontrar la solución ideal a las dificultades de la vida.	1 2 3 4 *
45. Todo problema tiene una solución correcta.	1 2 3 4
46. Rara vez hay una solución ideal para las cosas.	1 2 3 4 *

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio sobre creencias irracionales

Yo: _____

He sido informado(a) ampliamente sobre los objetivos de esta investigación y acepto participar en ella para facilitar un mayor entendimiento sobre las creencias irracionales entre personas que tienen problemas por consumo de sustancias.

Acepto investigar en la investigación de la siguiente manera:

1. Contestando objetivamente una serie de preguntas formuladas en los cuestionarios.
2. Aceptando que los resultados de las evaluaciones serán utilizadas en la preparación de publicaciones científicas, siempre y cuando se conserve en el anonimato de mi identidad.
3. En caso de detectarse diversas dificultades en torno a la salud mental o psicológica, seré informado por los investigadores y estos me recomendarán el tratamiento más adecuado, pero no asumirán los costos del mismo.
4. No se recibirá dinero por parte de los investigadores.
5. Se conserva el anonimato así los estudios no sean publicados.

Esta investigación contempla parámetros establecidos en la resolución N° 008430 de 1993 del 4 de octubre, emanada por el Ministerio de Salud, en cuanto a investigaciones con riesgo mínimo, realizadas en seres humanos.

He sido informado(a) sobre las incomodidades que se pueden presentar en este estudio, como son:

1. Pueden existir preguntas que me molesten o me causen vergüenza, las cuales no estaré obligado a responder o puedo solicitar que me las expliquen.
2. Puedo retirarme del estudio cuando lo desee.
3. Todas las evaluaciones clínicas realizadas serán gratuitas.

Participante (firma)

Documento de identificación.

Investigador (firma)

Documento de identificación

