

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE POSGRADO

**Maestría en Psicología Clínica con Mención en Psicoterapia
MANEJO PSICOTERAPÉUTICO DE LA RECAÍDA EN PERSONAS
ADICTAS A LA COCAÍNA**

**INFORME DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON
MENCIÓN EN PSICOTERAPIA**

AUTOR: MARCO TULIO PALOMEQUE BUENO

DIRECTOR: VIVIANA FABIOLA NARVAEZ PILLCO

CUENCA - ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Certificado del Asesor

Se certifica que:

El informe de investigación Manejo de la Recaída en Personas Adictas a la Cocaína, de autoría del Sr. Marco Tulio Palomeque Bueno, con número de identidad 0106133564, con nacionalidad Ecuatoriano, previo a la obtención del Título de Cuarto Nivel o Posgrado correspondiente a Magister en Psicología Clínica mención Psicoterapia, cumple con la caracterización y estructura (parte protocolaria y parte expositiva) y se sujeta a la normativa pertinente exigida por el Consejo de Educación Superior, CES y la Universidad Católica de Cuenca, en consecuencia se autoriza su presentación para los trámites pertinentes.

Santa Ana de los Ríos de Cuenca

22 de septiembre de 2025



VIVIANA
FAVIOLA
NARVAEZ
PILLCO

Validar únicamente con FirmsEC

Asesor Científico

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Marco Tulio Palomeque Bueno portador de la cédula de ciudadanía N° 0106133564. Declaro ser el autor de la obra: “Manejo psicoterapéutico de la recaída en personas adictas a la cocaína”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 19 de agosto del 2025.

F:

Marco Tulio Palomeque Bueno

C.I. 0106133564

Agradecimiento

En primer lugar, expreso mi más profundo agradecimiento a mi familia, por su apoyo incondicional, paciencia y confianza, pilares fundamentales que me acompañaron a lo largo de este proceso.

A la Universidad Católica de Cuenca, por brindarme la oportunidad de formarme en la Maestría en Psicología Clínica con mención en Psicoterapia y por abrirme un espacio de crecimiento académico y profesional.

De manera especial, agradezco a la Dra. Viviana Narváez, tutora de este trabajo de investigación, por su guía, compromiso y valiosos aportes que orientaron el desarrollo de este estudio. Asimismo, a la Dra. Jessica Jaramillo, coordinadora de la maestría, por su liderazgo, acompañamiento y apoyo constante en el proceso formativo.

Finalmente, a los docentes de la maestría, quienes con sus enseñanzas, experiencia y dedicación contribuyeron significativamente a mi formación profesional y al logro de este trabajo de investigación.

Reconozco en este logro no solo es mi esfuerzo, sino también el respaldo de quienes me acompañaron, con la convicción de que la gratitud es el fundamento para seguir construyendo nuevos caminos.

Dedicatoria

A mis padres, Marco y Raquel, por haberme enseñado con su ejemplo el valor del esfuerzo, la perseverancia y la honestidad. Su apoyo incondicional y sus consejos han sido la base sobre la cual he construido este camino académico y personal.

A mi esposa, Paula, compañera de vida, por su comprensión, paciencia y aliento permanente en cada etapa de este proceso. Su presencia ha sido invaluable para culminar este logro.

A mi hija, Emilia, fuente de amor e inspiración, con la esperanza de que este trabajo sea un legado de superación y dedicación, y que encuentre en él una motivación para perseguir siempre sus sueños.

Resumen

El trastorno por consumo de cocaína es una adicción severa con importantes implicaciones neurobiológicas, psicológicas y sociales. Su tratamiento se ve obstaculizado por las altas tasas de recaída durante los primeros meses posteriores a la desintoxicación, lo que exige intervenciones psicoterapéuticas eficaces que promuevan la abstinencia y mejoren la adherencia al tratamiento. **Objetivo.** Analizar las estrategias psicoterapéuticas para el manejo de recaídas en personas adictas a la cocaína. **Metodología.** Se realizó una revisión de la literatura de manera sistemática y descriptiva. Se identificaron las palabras clave: cocaína, trastorno por consumo de cocaína, recaída, intervenciones psicológicas, adultos. Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión priorizando aquellos artículos publicados con los últimos diez años, comprendidos entre 2014 y 2024, escritos en español o inglés, en población adulta y enmarcadas dentro del ámbito de la Psicología clínica, la Psicoterapia o la Psiquiatría. La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en tres bases de datos: Scopus, PubMed y Redalyc. Para la gestión, cribado y eliminación de duplicados se utilizó el software Rayyan, para la sistematización PRISMA y finalmente, la calidad metodológica de los estudios seleccionados fue evaluada con las guías CASPe, garantizando la rigurosidad de los estudios utilizados. **Resultados.** Los hallazgos muestran que las intervenciones con mejores resultados para el manejo de la recaída en consumidores de cocaína son la terapia cognitivo-conductual asistida por computadora (CBT4CBT) y el manejo de contingencias (CM), destacando por su efectividad en reducir el craving, mejorar el autocontrol y prolongar la abstinencia. **Conclusión.** Se concluye que la integración de enfoques psicoterapéuticos con alto respaldo empírico, como CBT4CBT y manejo de contingencias, resulta clave para mejorar el abordaje de la recaída en personas con trastorno por consumo de cocaína. Estas terapias permiten intervenir tanto en factores cognitivos y emocionales como en la motivación conductual, logrando reducir la reincidencia y mejorar la adherencia al tratamiento.

Palabras Clave: cocaína, trastorno por consumo de cocaína, recaída, intervenciones psicológicas, salud mental, adultos.

Abstract

Cocaine use disorder is a severe addiction with significant neurobiological, psychological, and social implications. Its treatment is hampered by high relapse rates during the first few months after detoxification, requiring effective psychotherapeutic interventions that promote abstinence and improve treatment adherence. **Objective.** To analyze psychotherapeutic strategies for managing relapse in people addicted to cocaine. **Methodology.** A systematic and descriptive review of the literature was conducted. The following keywords were identified: cocaine, cocaine use disorder, relapse, psychological interventions, adults. Inclusion and exclusion criteria were applied, prioritizing articles published in the last ten years, between 2014 and 2024, written in Spanish or English, in the adult population, and within the field of clinical psychology, psychotherapy, or psychiatry. The literature search was conducted in three databases: Scopus, PubMed, and Redalyc. Rayyan software was used for management, screening, and removal of duplicates, PRISMA for systematization, and finally, the methodological quality of the selected studies was evaluated using CASPe guidelines, ensuring the rigor of the studies used. **Results.** The findings show that the interventions with the best results for relapse management in cocaine users are computer-assisted cognitive-behavioral therapy (CBT4CBT) and contingency management (CM), which stand out for their effectiveness in reducing craving, improving self-control, and prolonging abstinence. **Conclusion.** It is concluded that the integration of psychotherapeutic approaches with high empirical support, such as CBT4CBT and contingency management, is key to improving the approach to relapse in people with cocaine use disorder. These therapies allow intervention in both cognitive and emotional factors as well as behavioral motivation, reducing recidivism and improving treatment adherence.

Keywords: cocaine, cocaine use disorder, relapse, psychological interventions, mental health, adults.

Índice de Contenido

1.1 Problema.....	3
1.2 Problema Científico	4
1.3 Línea de investigación.....	4
1.4 Objeto de estudio de la investigación	4
1.5 Campo de acción	4
1.6 Objetivo general.....	4
1.7 Objetivos específicos	5
1.8 Pregunta de investigación.....	5
1.9 Hipótesis.....	5
1.10 Justificación de la investigación.....	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 Fundamentación teórica.....	8
2.2 Adicción a la cocaína	11
2.3 Recaída en el consumo de cocaína.....	13
2.4 Importancia del tratamiento psicológico en el proceso de la recaída.....	15
2.5 Estrategias psicoterapéuticas para el manejo de la recaída.....	17
2.5.1 Terapia Cognitivo-Conductual (TCC).....	18
2.5.2 Manejo de Contingencias (CM).....	19
2.5.3 Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).....	19
2.5.4 Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP)	20
2.5.5 Entrevista Motivacional (EM)	20
2.5.6 Terapia grupal.....	20
CAPÍTULO III: LA METODOLOGÍA	21
3.1 Tipo de investigación	21
3.2 Métodos, técnicas e instrumentos de investigación	21
3.2.1 Estrategia de búsqueda.....	21
3.2.2 Criterios de selección	22
3.2.3 Extracción de datos.....	22
3.2.4 Análisis de datos	23
3.3 Universo de estudio y resultados de búsqueda	23
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y PROPUESTA.....	28
4.1 Resultados de los estudios.....	28
4.2 Propuesta	32

5. Conclusiones	40
6. Recomendaciones	41
7. Referencias bibliográficas	43

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 Problema

La adicción es un trastorno crónico y recurrente caracterizado por la búsqueda compulsiva y el consumo descontrolado de sustancias a pesar de las consecuencias negativas que este comportamiento genera en la vida del individuo. Este trastorno afecta múltiples áreas del funcionamiento personal, incluyendo la salud física, mental, las relaciones interpersonales y el desempeño social y laboral (Koob & Volkow, 2016). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) define la adicción como una enfermedad que altera la estructura y función neuronal, especialmente en los circuitos de recompensa, motivación y memoria, haciendo que el abandono del consumo sea particularmente difícil y propenso a recaídas.

Además, la adicción no es simplemente un problema individual, sino que se inserta en un contexto social, cultural y económico que influye en su aparición y mantenimiento, factores como la pobreza, la exclusión social, la violencia y la falta de acceso a servicios de salud adecuados actúan como determinantes sociales que potencian el riesgo de desarrollar adicción y dificultan el proceso de recuperación. La interacción entre predisposiciones genéticas, vulnerabilidades psicológicas y ambientes de riesgo configura un escenario complejo que requiere abordajes multidisciplinarios y personalizados para su tratamiento efectivo (Marmot, 2015).

La recaída en el consumo de cocaína representa uno de los principales desafíos en el tratamiento del trastorno por consumo de esta sustancia, limitando significativamente la efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas. A pesar de la existencia de diversas terapias validadas, como la Terapia Cognitivo-Conductual, el Manejo de Contingencias y las intervenciones basadas en Mindfulness, la alta tasa de recaída evidencia la complejidad multifactorial del trastorno y las dificultades para mantener la abstinencia a largo plazo (Carroll et al., 2014).

El Ministerio de Salud Pública (2023) manifiesta que, en Ecuador, la disponibilidad y calidad de servicios psicoterapéuticos especializados para personas con adicción a la cocaína es limitada y las estrategias de prevención de recaídas suelen ser poco adaptadas a las necesidades individuales y culturales de los pacientes. Esta situación genera una brecha importante entre la evidencia científica internacional y la práctica clínica local, lo que repercute

en la persistencia de recaídas frecuentes, el deterioro en la calidad de vida de los afectados y el aumento de costos sociales y sanitarios. Por lo tanto, resulta urgente investigar y fortalecer el manejo psicoterapéutico de la recaída, con el fin de diseñar protocolos efectivos, sostenibles y culturalmente pertinentes que mejoren la recuperación y reduzcan la reincidencia en el consumo.

1.2 Problema Científico

El trastorno por consumo de cocaína constituye un problema de salud pública debido a su alta prevalencia y al impacto negativo en la calidad de vida de los afectados. Uno de los principales retos en el tratamiento es la recaída, un fenómeno frecuente que dificulta la sostenibilidad de la abstinencia y afecta la efectividad de las estrategias psicoterapéuticas. Por ello, es necesario profundizar en el análisis y evaluación del manejo psicoterapéutico de la recaída en personas con trastorno por consumo de cocaína, para identificar estrategias más efectivas que contribuyan a mejorar la recuperación y reducir la tasa de recaídas (Jhanjee, 2014).

1.3 Línea de investigación

Línea 12: Salud y Bienestar en los ciclos de vida.

Sublínea 7: Salud Mental y Neurociencias.

1.4 Objeto de estudio de la investigación

El manejo de la recaída en personas con TCCo.

1.5 Campo de acción

Psicología Clínica y Psicoterapia.

1.6 Objetivo general

Analizar sistemáticamente las estrategias psicoterapéuticas para el manejo de recaídas en personas adictas a la cocaína.

1.7 Objetivos específicos

Seleccionar los estudios relacionados con las estrategias psicoterapéuticas utilizadas para el manejo de la recaída en personas adictas a la cocaína.

Evaluar la calidad metodológica de los estudios incluidos en la revisión sistemática, considerando aspectos como el diseño de investigación, tamaño de muestra y validez de los resultados.

Elaborar un programa de intervención basada en la evidencia científica recopilada, orientadas a optimizar las estrategias psicoterapéuticas para el manejo de la recaída en personas adictas a la cocaína.

1.8 Pregunta de investigación

¿Qué terapias son las más utilizadas para el manejo de la recaída en personas con Trastorno por Consumo de Cocaína?

P (Población): Personas adictas a la cocaína

I (Intervención): Intervenciones psicológicas

O (Resultados): Manejo de la recaída

1.9 Hipótesis

Los datos basados en la evidencia científica permitirán identificar estrategias terapéuticas que podrían reducir significativamente la tasa de recaída en personas con trastorno por consumo de cocaína.

Variables

Independiente: Estrategias psicoterapéuticas

Dependiente: Manejo de la recaída

Tabla 1

Variables de investigación

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Independiente Estrategias Psicoterapéuticas	Conjunto de procedimientos y técnicas basadas en teorías psicológicas validadas empíricamente, que tienen como objetivo promover el cambio en el comportamiento, el pensamiento, las emociones o las relaciones interpersonales de una persona, con el fin de mejorar su salud mental, su funcionamiento general y su calidad de vida.	Enfoques psicoterapéuticos aplicados por profesionales de la salud mental, con base empírica y orientación clínica, cuyo propósito específico es prevenir, reducir o manejar las recaídas en personas diagnosticadas con trastorno por consumo de cocaína. Estas intervenciones se implementan de forma individual, grupal o combinada, y están orientadas a modificar patrones cognitivos y conductuales asociados a la recaída en el uso de la sustancia, mejorar la regulación emocional, aumentar la motivación para el cambio, y fortalecer habilidades de afrontamiento ante situaciones de alto riesgo.
Dependiente Manejo de la recaída	El manejo de la recaída se refiere al conjunto de estrategias teóricas y prácticas destinadas a prevenir, identificar, abordar y reducir la probabilidad de que una persona retome el consumo de una sustancia tras un periodo de abstinencia.	El manejo de la recaída al conjunto de Estrategias psicoterapéuticas estructuradas implementadas con personas diagnosticadas con trastorno por consumo de cocaína, que tienen como objetivo principal prevenir el retorno al consumo tras un periodo de abstinencia, o minimizar su impacto cuando este ocurre.

Nota: Elaboración propia.

1.10 Justificación de la investigación

La presente investigación reviste especial importancia en el ámbito de la psicología clínica y la salud pública, dado que aborda uno de los mayores desafíos en el tratamiento de las adicciones que es la recaída en personas con trastorno por consumo de cocaína. Marlatt y Donovan (2005), señalan que la recaída no debe entenderse como un fracaso del tratamiento, sino como parte de un proceso dinámico de cambio, que requiere estrategias específicas para su prevención y abordaje. La alta prevalencia de recaídas representa un obstáculo crítico para la continuidad terapéutica, la adherencia al tratamiento y la recuperación sostenida (Hendershot et al., 2011).

Frente a este escenario, es necesario contar con una base de evidencia sólida y actualizada que oriente la elección de estrategias psicoterapéuticas de intervención eficaces y contextualizadas, a diferencia de estudios individuales que analizan intervenciones específicas de forma aislada, esta revisión sistemática permite reunir, analizar y contrastar los hallazgos de diversas investigaciones, generando un panorama integral sobre el manejo de la recaída. Este enfoque no solo enriquece el conocimiento científico sobre el fenómeno, sino que también tiene un impacto práctico directo, ya que ofrece al profesional clínico una herramienta basada en evidencia para optimizar los resultados del tratamiento (Carroll et al., 2014).

Así mismo, el estudio responde a una demanda clínica urgente, dada la complejidad psicológica, emocional y social de las personas con adicción a la cocaína, quienes frecuentemente, presentan comorbilidades, déficits en habilidades de afrontamiento, estigmatización y escasos recursos de apoyo. La literatura actual ha destacado la necesidad de tratamientos integrados que aborden tanto el uso de sustancias como los factores psicológicos subyacentes, mejorando significativamente los resultados terapéuticos (De Crescenzo et al., 2018).

Por otro lado, esta investigación adquiere relevancia en contextos como el ecuatoriano, donde los sistemas de salud mental aún presentan limitaciones estructurales, falta de protocolos unificados para el tratamiento de las adicciones y escaso acceso a tratamientos integrales de calidad. Según datos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP, 2023), menos de la mitad de los centros de atención a personas con consumo problemático de sustancias cuentan con acreditación formal (UNODC, 2022).

Finalmente, esta revisión aspira también a impulsar nuevas líneas de investigación, fomentar la evaluación crítica de los modelos de intervención actuales y abrir el camino hacia enfoques más humanizados, sostenibles y basados en la comprensión profunda del fenómeno adictivo y sus múltiples determinantes. Generando conocimiento aplicado y útil para los profesionales de salud mental, y constituyendo un aporte sustancial al bienestar de la población marginada tanto por el sistema como por la sociedad.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Fundamentación teórica

La Adicción

Es un fenómeno biopsicosocial complejo, caracterizado por un patrón compulsivo y persistente de uso de sustancias el cual genera un deterioro significativo en el funcionamiento social, familiar y laboral de los individuos. Desde una perspectiva clínica, *el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición (DSM-5)*, define el trastorno por uso de sustancias como un conjunto de criterios diagnósticos que incluyen la

tolerancia, el síndrome de abstinencia, la pérdida de control sobre el consumo y el deseo persistente de dejar la sustancia sin éxito (American Psychiatric Association, 2013).

Koob y Volkow (2016) mencionan que, desde el modelo neurobiológico, se sostiene que las drogas psicoactivas, incluida la cocaína, actúan sobre el sistema de recompensa, específicamente en el circuito mesolímbico dopaminérgico, que comprende estructuras clave como el área tegmental ventral y el núcleo accumbens. Este sistema regula la motivación, el placer y el aprendizaje basado en la recompensa, cuando una persona consume cocaína, se produce una liberación masiva e inmediata de dopamina, un neurotransmisor que genera sensaciones intensas de placer y euforia convirtiéndose en un refuerzo positivo.

Este aumento abrupto de dopamina supera los niveles normales que el cerebro puede generar con estímulos naturales como la comida, el ejercicio o el afecto. Como consecuencia, la cocaína adquiere una valencia motivacional sobredimensionada, llevando al cerebro a priorizar la búsqueda de la droga por encima de otras actividades gratificantes, estableciendo un patrón de conducta compulsiva y desadaptativa, clave en la génesis de la adicción (Koob & Volkow, 2016).

Por otro lado, Marlatt y Donovan (2005) consideran que la teoría del aprendizaje social es fundamental para comprender el desarrollo y mantenimiento de las conductas adictivas. Esta teoría, basada en los postulados de Bandura (1977), sostiene que las personas aprenden nuevas conductas no solo a partir de la experiencia directa, sino también por medio de la observación de modelos significativos, como familiares, amigos o figuras sociales. En el contexto del consumo de sustancias, si un individuo observa que otros obtienen gratificación o alivio emocional mediante el uso de cocaína, es más probable que internalice esa conducta como una estrategia válida de afrontamiento. Así mismo, la teoría incorpora los mecanismos del condicionamiento clásico y operante. Por un lado, las señales ambientales (lugares, música, personas) asociadas al consumo se convierten en estímulos condicionados que generan respuestas automáticas de deseo. Por otro, el consumo se mantiene porque proporciona consecuencias reforzantes, como la reducción del malestar psicológico, la evasión de emociones negativas o la obtención de una gratificación inmediata.

Además, el modelo destaca el papel del entorno social como modulador de riesgo. Factores interpersonales como relaciones sociales, normas culturales y actitudes familiares hacia el consumo pueden facilitar o inhibir su uso. Así, un individuo que convive en un

ambiente donde el uso de cocaína es tolerado o incluso reforzado, tendrá mayor probabilidad de desarrollar un patrón de consumo problemático. Por otro lado, aquellos con redes de apoyo que promueven la abstinencia tienen mayores recursos para resistir las presiones contextuales (Newcomb & Harlow, 1986).

Otro elemento clave es el papel de las creencias cognitivas sobre el consumo, refiere a que muchas personas con trastorno por consumo de cocaína mantienen esquemas distorsionados, como pensar que "necesitan la droga para funcionar" o que "no pueden relajarse sin consumirla", estas creencias, que suelen estar profundamente arraigadas, influyen en la interpretación de situaciones de riesgo y favorecen decisiones impulsivas. Además, los estilos de afrontamiento disfuncionales, como evitar problemas, reprimir emociones o recurrir al aislamiento, dificultan la gestión de situaciones estresantes sintiendo la necesidad de disminuir los factores de estrés, lo cual incrementa el riesgo de recaída (Witkiewitz et al., 2014).

Desde una mirada humanista y contextual, la adicción se comprende no solo como una enfermedad o trastorno conductual, sino como una forma de sufrimiento humano expresado a través del consumo. Lejos de ser una falla de voluntad o una alteración neuroquímica, puede entenderse como un intento disfuncional de sobrellevar el dolor emocional, los traumas no resueltos o la desconexión afectiva. En muchos casos, las personas recurren a sustancias como la cocaína para anestesiar experiencias de abandono, violencia, vacío existencial o marginación social. Este enfoque, defendido por terapeutas y autores como Jhanjee (2014), considera el consumo como búsqueda de alivio, conexión o sentido de vida.

A través de esta perspectiva, el consumo problemático de sustancias se inserta en una narrativa vital marcada por experiencias previas de sufrimiento, donde la adicción no es solo un síntoma individual, sino también una respuesta contextual, como señala Como señala Maté (2008), "la pregunta no debe ser por qué la adicción, sino por qué el dolor" (p. 20), esto implica reconocer que la adicción no surge en el vacío, sino en contextos donde se han acumulado carencias afectivas, desigualdades sociales o ausencias de espacios seguros para procesar emociones difíciles.

Finalmente, este enfoque plantea que la recuperación no puede limitarse a la abstinencia, sino que debe centrarse en fortalecer el sentido de vida, reparar vínculos con uno mismo y con los demás y construir entornos que validen la experiencia del individuo sin juicio ni estigmatización. Por tanto, las estrategias psicoterapéuticas efectivas, requieren no solo

procedimientos clínicos estructurados, sino también una actitud terapéutica empática, cálida y respetuosa, que permita resignificar el sufrimiento y devolver al sujeto la dirección y dominio sobre su vida (Jhanjee, 2014).

2.2 Adicción a la cocaína

La cocaína es una sustancia estimulante del sistema nervioso central con alto potencial adictivo, actúa principalmente bloqueando la recaptación de neurotransmisores como dopamina, noradrenalina y serotonina, lo que produce un aumento inmediato de estas sustancias en el espacio sináptico y genera sensaciones intensas de placer, energía y euforia. Sin embargo, este efecto es breve y suele ir seguido de un estado de disforia, lo que conduce al deseo repetido de consumir, favoreciendo patrones compulsivos de uso (Goldstein & Volkow, 2002).

Según Kosten y George (2002) el uso crónico de cocaína está asociado a múltiples consecuencias negativas a nivel físico, emocional y social, incluyendo daños cardiovasculares, deterioro cognitivo, trastornos del estado de ánimo, psicosis inducida por sustancias, aislamiento social, desempleo y conflictos legales enfatizando que estas consecuencias agravan el curso del trastorno y dificultan la recuperación.

Históricamente, el uso de la cocaína se remonta a las culturas andinas, donde se consumía en forma de hoja con fines rituales y medicinales. Sin embargo, su consumo recreativo y problemático se intensificó en el siglo XX, especialmente a partir de los años 1970 y 1980, cuando se consolidó el tráfico internacional de cocaína hacia Estados Unidos y Europa. Este aumento del consumo ha sido paralelo al desarrollo de formas más potentes y accesibles como el crack, y la proliferación de carteles y rutas del narcotráfico (Gootenberg, 2019).

En las últimas dos décadas, la producción global de cocaína ha crecido de manera sostenida. El Informe Mundial sobre Drogas de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2023) advierte que los niveles de producción alcanzaron un récord histórico, con más de 2.300 toneladas anuales de cocaína pura. Este incremento se atribuye, entre otros factores, a mejoras en la tecnología de cultivo y procesamiento, al debilitamiento de controles estatales en ciertas regiones y al aumento de la demanda en países consumidores. Así mismo, se calcula que aproximadamente 22 millones de personas en el mundo consumieron

cocaína al menos una vez en el último año, con una prevalencia particularmente alta en América del Norte, Europa Occidental y algunas regiones de América del Sur.

En el contexto latinoamericano los datos emitidos por el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP, 2014) en América Latina, países como Colombia, Perú y Bolivia se mantienen como principales productores, mientras que Brasil, Chile, Argentina y Ecuador sirven como rutas de tránsito para el traslado de sustancias ilícitas y puntos de consumo intermedio.

Según datos del ministerio de salud pública (MSP, 2023), en Ecuador el consumo de cocaína ha tenido un repunte especialmente entre jóvenes de entre 15 y 24 años de edad, siendo la segunda droga ilegal más consumida en el país, después del cannabis. Este aumento se atribuye a diversos factores como mayor disponibilidad de la sustancia, el descenso en el precio por gramo, la escasa percepción de riesgo, la violencia asociada al narcotráfico y la debilidad de las políticas de prevención y rehabilitación, condiciones hacen urgente fortalecer el sistema de salud mental y adicciones en Ecuador.

Es importante destacar la ausencia de datos oficiales recientes que actualicen estas cifras, lo que indica una falta de estudios sobre el consumo en Ecuador y limita la comprensión real del fenómeno en el país.

Por otra parte, el MSP (2023) regula la red de tratamiento para el consumo problemático de sustancias, hasta 2023 se contabilizaron 132 unidades para atención en salud mental y tratamiento de consumo de drogas tanto públicos como privados, aunque menos de la mitad cuenta con acreditación oficial. El MSP, junto con la Organización de las Naciones Unidas, promueve programas de prevención comunitaria, campañas de sensibilización, capacitación a profesionales y apoyo técnico para intervención temprana.

Según datos del MSP (2023), en Ecuador existen 11 Centro Especializado en el Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD) de gestión pública, distribuidos en diferentes provincias del país y administrados por el MSP. Estos centros forman parte de la red oficial de atención integral en salud mental y adicciones. A nivel privado, se contabilizan 55 CETAD autorizados que cuentan con licenciamiento vigente otorgado por la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud (ACCESS). Aunque en años anteriores el número de centros informales era considerablemente

mayor, el incremento de controles y regulaciones ha permitido que solo aquellos establecimientos que cumplen con los requisitos técnicos, humanos y éticos sigan operando. Esta cifra refleja una tendencia hacia la regularización y profesionalización del tratamiento en adicciones, lo que garantiza una atención más segura para las personas que enfrentan trastornos por consumo de sustancias.

Sin embargo, el sistema de atención a las adicciones en Ecuador enfrenta grandes desafíos que se enmarcan en la necesidad de regular los centros existentes, mejorar la formación de profesionales e incorporar modelos de intervención más efectivos e integrales. La falta de presupuesto ha limitado la expansión de servicios públicos gratuitos y ha llevado a muchas familias a acudir a centros privados, no siempre idóneos, perpetuando el estigma y la exclusión.

2.3 Recaída en el consumo de cocaína

La recaída constituye uno de los retos más significativos en el tratamiento del Trastorno por Consumo de Cocaína no solo por su alta frecuencia, sino por las implicaciones clínicas y emocionales que conlleva para el paciente, su entorno y el equipo terapéutico. Tradicionalmente, la recaída ha sido interpretada de manera simplista como un “fracaso” del tratamiento o como una señal de debilidad personal. Sin embargo, los enfoques contemporáneos, basados en modelos científicos e integradores han permitido resignificarla como una etapa previsible del proceso de recuperación, más que como un punto final del mismo (Witkiewitz et al., 2014).

Desde una mirada más integradora, la recaída se define como el retorno al patrón de consumo problemático tras un periodo de abstinencia o reducción significativa del uso. Diversos autores han insistido en que este retorno no ocurre de forma abrupta, sino que se gesta a través de un proceso gradual, influido variables internas y externas. En este sentido, Marlatt y Donovan (2005), referentes clásicos en su comprensión, propusieron el Modelo de Prevención de Recaídas, el cual plantea que la recaída no es como un evento único, sino como una secuencia de fases que van desde la desestabilización emocional hasta el uso de la sustancia.

En relación con su definición la determinación de cuándo ocurre una recaída varía según los criterios clínicos. Generalmente, se considera que hay recaída cuando el paciente vuelve a

consumir una cantidad significativa de la sustancia tras haber alcanzado un estado de abstinencia clínica, lo cual suele medirse en periodos de varios días a semanas sin consumo (Miller & Rollnick, 2013). En estudios longitudinales, por ejemplo, se han usado marcos temporales de 30 días consecutivos de abstinencia como línea base, tras los cuales cualquier consumo se clasifica como recaída (Gossop et al., 2002). Además, algunas investigaciones distinguen entre lapso (en inglés slip) y recaída completa, considerando al primero como un evento aislado y al segundo como un retorno sostenido al patrón anterior de consumo (Marlatt & Donovan, 2005).

Respecto a los factores desencadenantes de la recaída, la literatura científica indica que son multicausales, interactivos y, en muchos casos, difíciles de anticipar. Se reconoce que no existe un único factor que provoque una recaída, sino que esta resulta de la combinación de vulnerabilidades personales, presiones contextuales y elementos neurobiológicos que convergen en un momento determinado. Entre los factores intrapersonales, destacan la ansiedad, la depresión, el ansia intensa (en inglés craving), la baja autoeficacia y la ausencia de estrategias de afrontamiento adecuadas. Estas variables no solo incrementan la probabilidad de consumo frente a situaciones de estrés, sino que también interfieren en la regulación emocional, uno de los pilares para mantener la abstinencia a largo plazo (Witkiewitz et al., 2014).

Además, la presencia de síntomas afectivos no tratados, como episodios depresivos o trastornos de ansiedad, puede debilitar la motivación para el cambio, favoreciendo conductas impulsivas y la búsqueda de alivio inmediato a través del consumo de sustancias. Desde una perspectiva contextual o ambiental, los factores más relevantes incluyen la alta disponibilidad de la sustancia en el entorno, el contacto con antiguos pares de consumo, la presión social para retomar hábitos previos y condiciones de vida marcadas por la inestabilidad económica, el desempleo o conflictos familiares actúan como precipitantes del retorno al consumo. Muchos pacientes reportan que, tras períodos de progreso, un conflicto interpersonal o crisis económica reactivan el ciclo adictivo (Sinha, 2011).

Desde la neurociencia, lo más relevante es que las adaptaciones cerebrales no desaparecen completamente con la abstinencia. El sistema de recompensa se mantiene hipersensible a estímulos asociados al consumo como lugares, personas, emociones o incluso pensamientos vinculados al uso de la sustancia. Este fenómeno, conocido como sensibilización del incentivo, implica que el solo hecho de ver o imaginar un entorno asociado al consumo

puede reactivar los circuitos neuronales de la adicción, desencadenando intenso craving y aumentando el riesgo de recaída, incluso después de meses o años de abstinencia (Robinson & Berridge, 2008).

Así mismo, el hipocampo y la amígdala, estructuras implicadas en la memoria emocional, almacenan con alta carga afectiva las experiencias placenteras asociadas al consumo, lo que refuerza el deseo condicionado, por ello, la recaída no siempre responde a una decisión racional o consciente, sino que puede emerger de una activación automática de circuitos inconscientes, convirtiendo al craving en una experiencia abrumadora y difícil de controlar (Higgins et al., 2000).

En conjunto, estos hallazgos permiten entender que la recaída no es solo un problema de falta de voluntad o falta de motivación, sino una consecuencia de cambios neurobiológicos persistentes que afectan la capacidad del individuo para regular su comportamiento. Esta perspectiva permite reducir el estigma y enfatizar la necesidad de intervenciones integrales que no se limiten a lo conductual o psicológico, sino que también incluyan componentes neurobiológicos, como estrategias para regular el craving, mejorar el autocontrol y en algunos casos, incorporar tratamiento farmacológico cuando sea necesario.

Finalmente, Sinha (2011) destaca que las recaídas son más frecuentes durante los 90 días posteriores al tratamiento, período crítico en el que los pacientes aún están consolidando habilidades de regulación emocional y afrontamiento sin un sistema de apoyo sólido o estrategias estructuradas de prevención, el riesgo de retorno al consumo es considerablemente elevado. Por ello muchos programas modernos incluyen seguimiento post-tratamiento, sesiones de refuerzo y redes de apoyo para incrementar la probabilidad de éxito a largo plazo.

2.4 Importancia del tratamiento psicológico en el proceso de la recaída

La recaída en el Trastorno por Consumo de Cocaína no solo representa uno de los desafíos clínicos más frecuentes, sino también uno de los más críticos. En contraste con la visión tradicional que asume la recaída como un indicador de fracaso terapéutico, los enfoques contemporáneos la entienden como una fase esperada y potencialmente beneficiosa en el proceso de recuperación. En este sentido, el tratamiento psicológico adquiere un papel fundamental no solo para prevenir la recaída, sino también para manejarla de forma adecuada cuando ocurre (Marlatt & Donovan, 2005).

Desde un enfoque integrador, la función de la psicoterapia en el manejo de la recaída incluye componentes preventivos, restaurativos, educativos y motivacionales. Las técnicas terapéuticas no actúan únicamente como mecanismos para suprimir el consumo, sino que buscan comprender y modificar los procesos internos y externos que mantienen el patrón adictivo. El tratamiento psicológico permite identificar, analizar y desactivar los factores que desencadenan la recaída, como emociones intensas pensamientos disfuncionales, presión social, exposición a contextos asociados al consumo, y craving. Estas variables, que muchas veces interactúan de forma silenciosa, solo pueden ser comprendidas desde un trabajo psicoterapéutico profundo que involucre introspección, aprendizaje emocional, reestructuración cognitiva y mecanismos de afrontamiento funcionales (Hendershot et al., 2011).

Así mismo, una de las funciones más valiosas de la intervención psicológica es cambiar la narrativa interna del paciente respecto a la recaída. Muchos consumidores la interpretan como un colapso del tratamiento, lo que genera vergüenza, desesperanza y abandono. La psicoterapia ayuda a resignificar la recaída como una señal de alerta, como un momento que requiere ajustes en el plan terapéutico y que puede fortalecer el compromiso si se maneja correctamente. Este enfoque permite que la recaída no sea el final de un proceso, sino un punto de inflexión para el crecimiento personal y clínico, evitando que el paciente quede atrapado en un círculo de culpa y autodesprecio (Miller & Rollnick, 2013).

Por otro lado, la capacidad de manejar situaciones de alto riesgo como conflictos familiares, presión social o estados emocionales negativos es una de las variables más estudiadas en la prevención de recaídas. Las estrategias psicoterapéuticas se centran en fortalecer estas habilidades, incluyendo el entrenamiento en resolución de problemas, asertividad, gestión del estrés, autorregulación emocional y toma de decisiones (Carroll et al., 2014). De igual manera, tras una recaída, muchos pacientes presentan una disminución en su motivación, o una sensación de fracaso que afecta la continuidad del tratamiento. Aquí, técnicas como la entrevista motivacional permiten reconectar al paciente con sus valores, metas y razones personales para el cambio. Este tipo de intervenciones son especialmente útiles para evitar el abandono terapéutico y promover una reincorporación rápida y sin juicio al proceso clínico (Stein et al., 2009).

Cabe señalar que las recaídas pueden producirse en diferentes etapas del proceso terapéutico, y cada una requiere una respuesta distinta, el Modelo Transteórico de Prochaska y

DiClemente (1983) ha sido ampliamente utilizado para adaptar las estrategias clínicas según el momento en que se encuentra el paciente (pre contemplación, contemplación, acción, mantenimiento o recaída), esta psicoterapia permite modular la intervención y utilizar los recursos adecuados en cada fase, lo cual es clave para evitar recaídas repetidas.

Muchos pacientes recaen debido a la presión de sus entornos sociales, la falta de apoyo familiar, o la persistencia de entornos donde se consume la sustancia. Las intervenciones psicológicas de corte sistémico o familiar tienen como objetivo trabajar con las personas significativas en la vida del paciente, no solo para reducir riesgos, sino para crear entornos protectores y favorables a la recuperación. El involucramiento de la familia o red cercana reduce significativamente la probabilidad de la recaída (Sinha, 2011).

Finalmente, el tratamiento psicológico contribuye a que la recaída sea vista y tratada desde un enfoque empático, compasivo y libre de estigma, la adicción sigue siendo un fenómeno altamente estigmatizado, y este estigma interno y externo incrementa el riesgo de recaída. La psicoterapia ayuda a reconstruir la identidad del paciente desde una visión de dignidad, capacidad de cambio y responsabilidad compartida.

2.5 Estrategias psicoterapéuticas para el manejo de la recaída

El manejo de la recaída en personas con Trastorno por Consumo de Cocaína representa uno de los desafíos clínicos más persistentes y complejos en el ámbito de la salud mental y las adicciones. La recaída no debe entenderse como un simple retorno al consumo, sino como un fenómeno multifactorial en el que convergen variables neurobiológicas, psicológicas, conductuales y contextuales. Este enfoque comprensivo permite superar la visión reduccionista de la recaída como un fracaso terapéutico y, en cambio, interpretarla como una etapa crítica, aunque esperada, dentro del proceso de recuperación.

En este contexto, Morgenstern & McKay (2007) mencionan que las intervenciones psicológicas que han demostrado mayor eficacia se caracterizan por su capacidad de abordar no solo los síntomas visibles del consumo, sino también las raíces profundas del problema como el sufrimiento emocional, los déficits en habilidades de afrontamiento, la baja regulación afectiva y la exposición continua a contextos de alto riesgo.

Entre las estrategias más respaldadas por la evidencia científica y recomendadas en guías clínicas internacionales se encuentran la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), el Manejo de Contingencias (CM), la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP), la Entrevista Motivacional (EM) y la Terapia Grupal. Cada una de estas intervenciones ofrece un abordaje complementario que, al ser integrado de forma adecuada, potencia la eficacia del tratamiento y permite una adaptación flexible a las necesidades particulares de cada persona. Es importante subrayar que no existe una terapia única para todos los casos, por el contrario, la elección del enfoque terapéutico debe basarse en la evaluación clínica individual, el estadio motivacional del paciente, los recursos disponibles y las posibles comorbilidades presentes (Dutra et al., 2008).

Además, un abordaje eficaz del manejo de la recaída debe contemplar tanto la prevención como la intervención posterior al episodio de recaída. En la etapa de prevención, se entrena al paciente en habilidades para anticipar y afrontar situaciones de riesgo, gestionar el craving y consolidar la autoeficacia. Mientras que, en caso de que ocurra una recaída, las intervenciones deben centrarse en evitar que esta derive en una recaída total o en el abandono del proceso psicoterapéutico, utilizando enfoques no punitivos, compasivos y basados en la validación (Marlatt & Donovan, 2005).

2.5.1 Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

Es uno de los abordajes psicológicos más ampliamente utilizados y validados para tratar el TCCo. Esta intervención parte del Modelo Cognitivo de Beck, que plantea que los pensamientos automáticos disfuncionales influyen en las emociones y conductas (Beck et al., 1993). Se enfoca en identificar y modificar patrones de pensamiento que conducen al consumo, entrenar en habilidades de afrontamiento, prevenir situaciones de alto riesgo y mejorar la regulación emocional. La TCC puede incorporar tareas conductuales, como registros de consumo, ejercicios de exposición y entrenamiento en solución de problemas. Diversos estudios muestran que esta intervención mejora la autoeficacia del paciente y reduce la probabilidad de recaída (McHugh et al., 2010).

Carroll et al. (2014) han señalado que la TCC puede ser aún más efectiva cuando se entrega mediante plataformas digitales, como en el caso del programa Terapia Cognitivo-Conductual Asistida por Computadora (CBT4CBT), que facilita el acceso, la comprensión y la adherencia al tratamiento.

2.5.2 Manejo de Contingencias (CM)

Basado en el condicionamiento operante utiliza reforzadores positivos inmediatos (como vales, recompensas o incentivos monetarios) para aumentar la probabilidad de conductas deseadas, como la abstinencia comprobada a través de pruebas biológicas (Higgins et al., 2000). Genera resultados rápidos y medibles, actuando como puente motivacional hacia otras terapias.

Lo que distingue al CM es su capacidad para generar resultados rápidos y medibles, lo que lo convierte en una herramienta clave para motivar cambios conductuales tempranos. A través del reforzamiento de conductas saludables, se logra interrumpir el patrón adictivo, facilitando una mayor implicación del paciente en otras modalidades terapéuticas. De hecho, han señalado que el CM al enfocarse en la contingencia inmediata del refuerzo puede actuar como puente motivacional para mantener la abstinencia mientras se desarrollan habilidades más complejas en otras terapias (Higgins et al., 2000).

2.5.3 Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Pertenece a las Terapias Basadas en Tercera Generación, la ACT enseña a los pacientes a aceptar pensamientos y emociones negativas sin juzgarlos utilizando defusión cognitiva, atención plena, clarificación de valores y compromiso con acciones congruentes (Hayes et al., 1999).

En el tratamiento de la adicción a la cocaína, ACT es especialmente útil para ayudar a los pacientes a tolerar el malestar emocional que puede surgir durante la abstinencia o en situaciones de craving. Además, fortalece el vínculo con los valores personales, lo que contribuye a una recuperación más significativa y sostenida a través de técnicas experienciales y metafóricas, también la ACT fomenta una relación más saludable con los pensamientos, evitando que estos controlen el comportamiento (Luoma et al., 2007).

2.5.4 Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP)

Combinan técnicas de la terapia cognitiva tradicional con prácticas de meditación mindfulness, por lo que esta intervención se orienta a mejorar la regulación emocional y a reducir la reactividad automática ante estímulos internos o externos. La MBRP enseña a reconocer y aceptar las emociones difíciles sin actuar sobre ellas, disminuyendo craving y estrés (Bowen et al., 2006).

La práctica regular del mindfulness ha demostrado efectos positivos en la disminución del craving y el estrés, factores todos relacionados con el riesgo de recaída, fortalece la capacidad de observar sin reaccionar, facilitando una mayor toma de decisiones conscientes, subrayando que esta intervención también puede tener efectos duraderos en la prevención de recaídas, especialmente cuando los pacientes integran estas habilidades en su vida cotidiana (Hendershot et al. 2011).

2.5.5 Entrevista Motivacional (EM)

Finalmente, la EM es una estrategia centrada en el paciente que busca aumentar su motivación intrínseca para el cambio, fue desarrollada en 1980 por Miller y Rollnick (2013) y se basa en una relación terapéutica empática, colaborativa y no confrontativa a través del uso de preguntas abiertas, reflexión y evocación de discurso de cambio, permitiendo que los pacientes exploren su ambivalencia respecto al consumo de cocaína.

Aunque su objetivo principal no es el mantenimiento de la abstinencia en sí, sino la preparación para el cambio, la EM es especialmente eficaz en las fases iniciales del tratamiento y como complemento de otras estrategias más estructuradas, esta técnica promueve una mayor adherencia y reduce las tasas de abandono terapéutico, lo que indirectamente disminuye el riesgo de recaída (Hettema et al., 2005).

2.5.6 Terapia grupal

Constituye una estrategia complementaria y eficaz en el abordaje del trastorno por consumo de cocaína, especialmente en fases de mantenimiento y prevención de recaídas. Esta modalidad terapéutica reúne a personas con problemáticas similares en sesiones facilitadas por un profesional, lo cual fomenta la identificación mutua, la validación emocional y el sentido de pertenencia. En el contexto del tratamiento de adicciones, los grupos terapéuticos permiten

trabajar aspectos como el control del impulso, el manejo de emociones y el desarrollo de habilidades sociales, todo en un entorno de apoyo estructurado (Weiss et al., 2005).

Según Weiss (2005) desde un enfoque cognitivo-conductual, los grupos permiten reforzar la adquisición de estrategias de afrontamiento, identificar patrones disfuncionales de pensamiento relacionados con el consumo y practicar respuestas adaptativas ante situaciones de riesgo. Además, el formato grupal proporciona una fuente de retroalimentación constante, donde los miembros pueden observar el progreso de otros, aprender de experiencias compartidas y generar compromisos conductuales más sólidos.

CAPÍTULO III: LA METODOLOGÍA

3.1 Tipo de investigación

Se realizó una revisión sistemática y descriptiva de la literatura científica.

3.2 Métodos, técnicas e instrumentos de investigación

3.2.1 Estrategia de búsqueda

Para la búsqueda bibliográfica se consideraron estudios escritos en idioma español e inglés, publicados entre 2014 y 2024. Se utilizaron descriptores MeSH (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud), aplicando operadores booleanos como: “Cocaine Use Disorder” OR “Cocaine Dependence” OR “Cocaine Relapse” AND “Psychological Intervention” OR “Relapse Prevention” OR “Cognitive Behavioral Therapy”. Las bases de datos consultadas fueron Scopus, PubMed y Redalyc, accediendo a través de la biblioteca digital de la Universidad Católica de Cuenca.

3.2.2 Criterios de selección

Se establecieron criterios de inclusión y exclusión con el fin de garantizar la pertinencia metodológica y temática de los estudios seleccionados. Se incluyeron artículos publicados en los últimos diez años, escritos en español o inglés, que abordaron intervenciones psicológicas orientadas a la prevención de la recaída en personas con diagnóstico de trastorno por consumo de cocaína.

Se eligieron estudios como: Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA) y Revisión sistemática. Así mismo, se priorizó que las investigaciones fueran realizadas en población mayores de 18 años de edad y enmarcadas dentro del ámbito de la Psicología clínica, la Psicoterapia o la Psiquiatría.

En cuanto a los criterios de exclusión, se descartaron estudios de caso, investigaciones con diseño cualitativo no sistemático, artículos sin revisión por pares, publicaciones sin acceso al texto completo y estudios centrados únicamente en intervenciones farmacológicas o en poblaciones mixtas donde no se especifica de forma clara la inclusión de personas con Trastorno por Consumo de Cocaína.

3.2.3 Extracción de datos

Se empleó el software Rayyan (Ouzzani et al., 2016) como herramienta de apoyo para la gestión de referencias, la detección de duplicados y la clasificación de artículos según su relevancia. Una vez eliminados los duplicados, se clasificaron artículos según su relevancia. En una primera fase, se realizó una revisión de los títulos y resúmenes de los estudios para descartar aquellos que no eran pertinentes. Posteriormente, se procedió a la lectura completa de los textos preseleccionados con el fin de verificar su cumplimiento con los criterios de elegibilidad establecidos para la revisión.

Se siguieron las directrices PRISMA (Page et al., 2021) en todas las etapas del proceso de revisión, desde la identificación inicial mediante palabras clave hasta la inclusión final de artículos.

Para garantizar la rigurosidad y la validez de los estudios incluidos en esta revisión, la calidad metodológica de cada investigación fue evaluada utilizando las guías CASPe (Critical Appraisal Skills Programme). Este proceso permitió asegurar que las conclusiones del presente

trabajo se fundamentaran en estudios con una metodología confiable, optimizando así la solidez de los hallazgos (Cabello, 2022).

3.2.4 Análisis de datos

La información extraída de los estudios incluidos en la revisión de literatura se analizó mediante una síntesis descriptiva. Se resumieron y compararon las características metodológicas y clínicas de los estudios, incluyendo el tipo de intervención psicoterapéutica aplicada, las tasas de recaída reportadas, las muestras estudiadas y los criterios empleados para definir la recaída. Se examinaron frecuencias, porcentajes y medidas de efectividad en los artículos que presentaron esos datos, para identificar el nivel de efectividad entre los enfoques psicoterapéuticos.

Se describieron los principales resultados en relación con la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas para la prevención de recaídas en personas con Trastorno por Consumo de Cocaína, resaltando tanto las intervenciones individuales como las grupales y comunitarias. Además, se analizó la heterogeneidad en la definición y medición de la recaída, así como las limitaciones metodológicas presentes en los estudios, tales como el tamaño muestral y el seguimiento temporal.

Finalmente, se llevó a cabo una síntesis descriptiva que integró los hallazgos de los estudios, enfatizando las similitudes y diferencias en resultados, y aportando una visión crítica sobre el respaldo empírico de las distintas estrategias psicoterapéuticas.

3.3 Universo de estudio y resultados de búsqueda

El universo de estudio para esta revisión sistemática comprendió estudios publicados entre 2014 y 2024, en idioma inglés y español, y que se centraron en adultos con trastorno por consumo de cocaína. Se incluyeron un total de 6 estudios con diseños rigurosos, tales como ECA y una revisión sistemática.

Tabla 2

Tratamiento de datos y representación gráfica de los registros identificados en la búsqueda bibliográfica

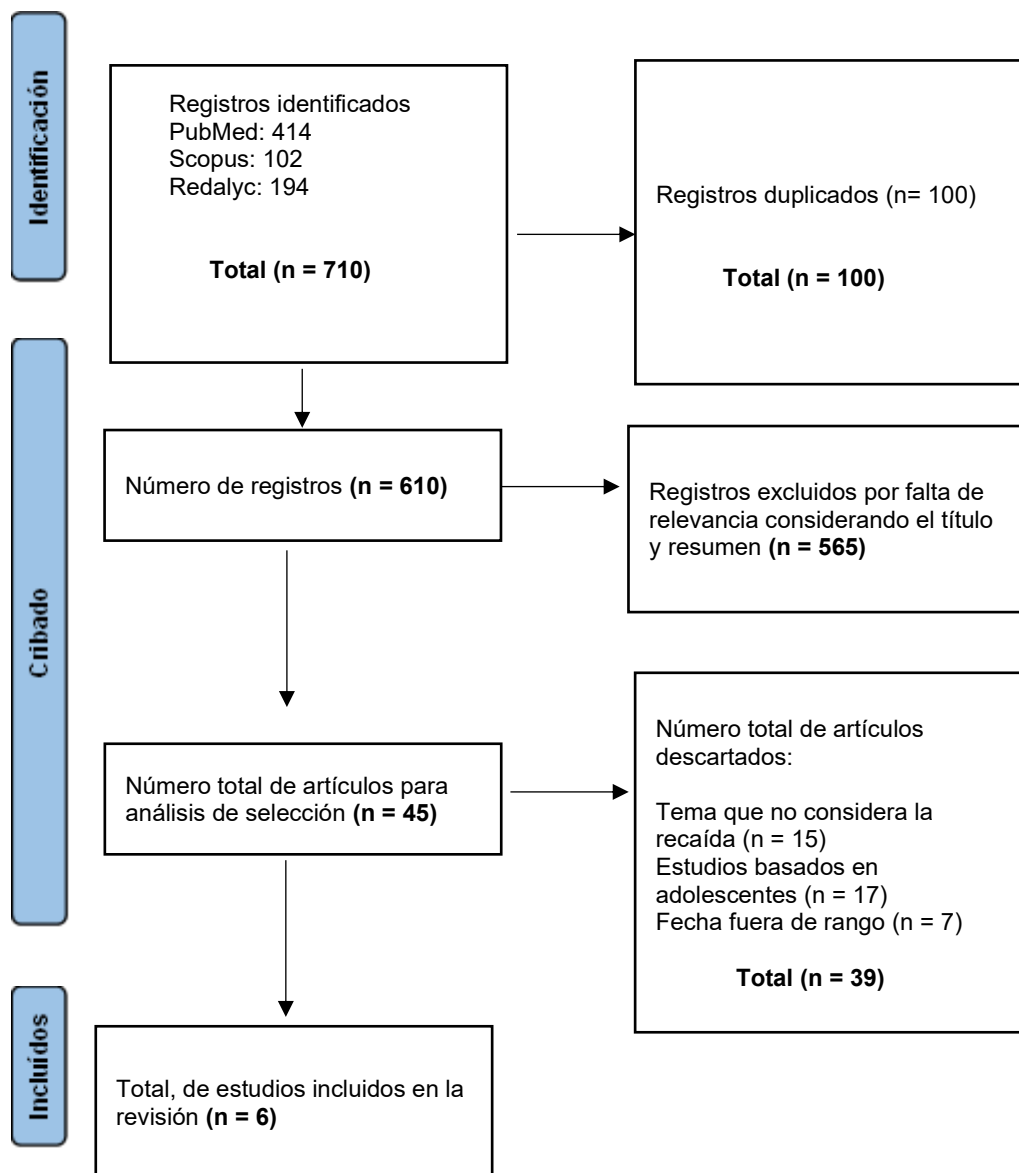
Etapa / Base de datos	Scopus	PubMed	Redalyc	Total
Registros iniciales	102	414	194	710
Duplicados excluidos	14	58	28	100
Registros cribados	88	356	166	610
Excluidos por título/resumen	70	334	161	565
Evaluados a texto completo	18	22	5	45
Tras revisión por texto completo excluidos por: Tema que no considera la recaída. Estudios basados en adolescentes. Fecha fuera de rango.	17	19	3	39
Incluidos finales	1	3	2	6

Nota. La tabla 2 presenta el flujo de selección de estudios desde la identificación inicial hasta la inclusión final en el análisis cualitativo.

Figura 1

Diagrama de flujo de resultados de búsqueda según criterio PRISMA

Identificación de estudios vía bases de datos y registros



Nota: Elaboración propia.

El diagrama de flujo PRISMA detalla el proceso sistemático de selección de estudios para esta revisión, iniciado con la identificación de 710 registros de las bases de datos utilizadas. Tras la eliminación de 100 duplicados, 610 registros fueron cribados por título y resumen, excluyéndose por diversos motivos: 310 por su año de publicación, 120 población fuera del rango considerado, y 70 por escasa calidad metodológica, descartando un total de 565 artículos. Así, 45 reportes fueron evaluados en texto completo para determinar su elegibilidad. Finalmente, 39 reportes fueron excluidos por razones como tema que no considera la recaída, estudios basados en adolescentes, fecha fuera de rango, resultando en un total de 6 estudios incluidos en la revisión.

Tabla 3*Evaluación de calidad metodológica CASPe para los 6 estudios incluidos*

Estudio	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	Total “Sí”	Errores en preguntas críticas (P1, P2, P4, P5)	Puntaje CASPe	Calidad CASPe
Carroll et al. (2014)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10	Ninguno	10/10	Alta
Witkiewitz et al. (2014)	Sí	Sí	Sí	Sí	Parcial	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	9	1 Parcial P5	9/10	Alta
Decker et al. (2016)	Sí	Sí	Sí	Sí	Parcial	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	9	1 Parcial P5	9/10	Alta
De Crescenzo et al. (2018)	Sí	Parcial	Sí	Sí	Parcial	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	8	1 Parcial P2, 1 Parcial P5	8/10	Alta
DeVito et al. (2019)	Sí	Parcial	Sí	Sí	Parcial	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	8	1 Parcial P2, 1 Parcial P5	8/10	Alta
Schmitz et al. (2024)	Sí	Sí	Sí	Parcial	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	8	1 Parcial P4, 1 No en P5	8/10	Alta

La tabla 3 presenta una evaluación de la calidad metodológica de 6 estudios incluidos en la revisión de la literatura. Se utilizaron criterios de la herramienta CASPe para valorar diferentes aspectos de cada estudio, incluyendo la claridad de la pregunta de investigación, la adecuación del diseño, la validez de los resultados y la aplicabilidad clínica.

Según el reporte de las guías CASPe, los 6 estudios fueron calificados con una calidad alta, lo que sugiere un rigor metodológico sólido. Estos estudios son ECA y una Revisión Sistemática, considerados diseños fuertes para establecer relaciones de causalidad o sintetizar la evidencia existente.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y PROPUESTA

Tabla 4

4.1 Resultados de los estudios

N o.	Autor(es) / Año/ Tema	País / Cuartil	Diseño metodológico / Muestra / Población	Síntomas	Modelo Psicoterapéutico y Técnica	Resultados
1	Carroll et al. (2014) "Terapia cognitivo-conductual asistida por ordenador: Eficacia y durabilidad de CBT4CBT entre individuos dependientes de cocaína mantenidos con metadona."	Estados Unidos. Q1	ECA n=101 adultos.	Dificultad para manejar emociones. Euforia. Hiperexcitabilidad. Agitación. Pérdida de apetito.	Terapia Cognitivo-Conductual Asistida por Computadora (CBT4CBT). Se trabajaron pensamientos disfuncionales relacionados con el consumo. Adquisición de habilidades para la evitación de recaídas con módulos interactivos.	CBT4CBT duplicó las semanas de abstinencia continua de cocaína. Exámenes de orina indican reducción de metabolitos o toxinas derivados de la cocaína.
2	Witkiewitz et al. (2014) "Eficacia relativa de la prevención de recaídas basada en mindfulness, la prevención de recaídas estándar y el tratamiento habitual para los trastornos por uso de sustancias: un ensayo clínico aleatorizado."	Estados Unidos Q1	ECA n=286 adultos.	Incapacidad para contener emociones sin acudir a la sustancia. Patrones de sueño alterados. Letargo. Craving. Dificultad para la regulación emocional.	Terapia de Tercera Generación Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP): Meditaciones guiadas y prácticas grupales de mindfulness.	La MBRP mejoró el manejo de emociones difíciles: tristeza, enojo o estrés sin recurrir al consumo. Reducción del número de días de uso de sustancias. Mayor conciencia emocional y regulación del craving.

3	Decker et al. (2016) "No basta con presentarse: Adherencia a las tareas y resultados en la terapia cognitivo-conductual para la dependencia de la cocaína."	Estados Unidos Q1	ECA n=158 adultos.	Pensamientos distorsionados de dependencia a la droga. Emociones mal gestionadas. Craving.	Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) Reestructuración de creencias negativas relacionadas con la abstinencia. Desarrollo de habilidades de regulación emocional. Tareas escritas para reforzar los aprendizajes.	Las Tareas Intercesión mantuvieron periodos prolongados de abstinencia.
4	De Crescenzo et al. (2018) "Eficacia comparativa y aceptabilidad de las intervenciones psicosociales para personas con adicción a la cocaína y las anfetaminas: una revisión sistemática y un metanálisis en red."	Reino Unido, Estados Unidos Q1	revisión sistemática. n=6942 adultos.	Craving Angustia durante la abstinencia.	Terapia Conductual CM + CRA La CM: Trabajó con sistema de reforzamiento positivo en base a las pruebas de abstinencia. El CRA: Reemplazó reforzadores asociados al consumo con reforzadores sociales, familiares y laborales positivos.	La combinación de CM con CRA redujo considerablement e los síntomas de la recaída. Mejoró áreas de habilidades sociales y la toma de decisiones.
5	DeVito et al. (2019) "Resonancia magnética funcional (fMRI) para observar la actividad cerebral durante la realización de una tarea Stroop y tratamiento conductual	Estados Unidos Q1	ECA n=19 adultos.	Craving activado por imágenes o palabras vinculadas al consumo. Deterioro Cognitivo. Hiperactividad . Insomnio.	Terapia Cognitivo-Conductual y Prueba Neuropsicológica CBT4CBT: Módulos interactivos para entrenar habilidades cognitivas y de autocontrol. Prueba Stroop: Computarizada para evaluar y monitorear el sesgo atencional hacia estímulos relacionados con el consumo.	CBT4CBT mejoró el control del impulso y la atención selectiva, reduciendo riesgo de recaída.

	para la dependencia de la cocaína.”					
6	Schmitz et al. (2024)	Alemania	ECA n=118 adultos.	Intolerancia al malestar. Dificultad para regular emociones negativas. Craving intenso en situaciones de alto riesgo.	Terapia Conductual y Terapia de Tercera Generación. CM+ACT vs CM+consejería. CM: Reforzamiento de conductas de abstinencia mediante recompensas y contratos de refuerzo. ACT: Ejercicios de defusión. Metáforas clínicas. Escalas de valores. Mindfulness.	La combinación de CM + ACT duplicó las semanas de abstinencia continua mostrando mayor eficacia para el manejo de recaídas en comparación con CM + Consejería.
	“Manejo de contingencias más terapia de aceptación y compromiso para el trastorno por consumo de cocaína: un ensayo aleatorizado de asignación múltiple secuencial.”	Q1				

Nota: CBT4CBT= Terapia Cognitivo-Conductual Asistida por Ordenador, ECA= Ensayo Clínico Aleatorizado, MBRP= Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness, TCC= Terapia Cognitivo-Conductual, CM= Manejo de Contingencias, CRA= Enfoque de Refuerzo Comunitario, ACT= Terapia de Aceptación y Compromiso.

Carroll et al. (2014) evaluaron la eficacia de la terapia cognitivo-conductual asistida por computadora (CBT4CBT) en combinación con tratamiento habitual en pacientes con dependencia a la cocaína que estaban siendo mantenidos con metadona. La muestra incluyó a 101 individuos aleatorizados quienes recibieron CBT4CBT o consejería tradicional. Los resultados indicaron que aquellos que participaron en el grupo CBT4CBT presentaron un mayor número de semanas consecutivas de abstinencia verificadas mediante análisis de orina, en comparación con los participantes que solo recibieron consejería tradicional.

Según Witkiewitz et al. (2014) compararon la eficacia de tres condiciones terapéuticas en personas con trastorno por consumo de cocaína, la prevención de recaídas basada en mindfulness (MBRP), la prevención de recaídas estándar (RP) y el tratamiento habitual (TAU). Participaron 286 individuos que habían completado un tratamiento intensivo y fueron asignados aleatoriamente a uno de los tres grupos de seguimiento. Los resultados mostraron que el grupo MBRP tuvo una mayor probabilidad de mantener la abstinencia en el seguimiento de 6 meses, en comparación con los grupos RP y TAU.

Decker et al. (2016) encontraron que la adherencia a las tareas terapéuticas influye en los resultados del tratamiento en personas con dependencia a la cocaína que estaban recibiendo terapia cognitivo-conductual (TCC). La muestra estuvo compuesta por 158 personas que asistieron a terapia y a quienes se evaluó la adherencia a la tarea. Los resultados mostraron que los participantes que completaron al menos la mitad de sus tareas asignadas tuvieron una mayor reducción en el consumo de cocaína y más semanas de abstinencia, lo cual fue verificado con pruebas de orina para cocaína durante el tratamiento y hasta 12 meses después del seguimiento.

En su revisión sistemática y metaanálisis, De Crescenzo et al. (2018) analizaron 50 ensayos controlados aleatorizados con un total de 6,942 participantes adultos con diagnóstico de adicción a la cocaína o anfetaminas, el objetivo fue comparar la eficacia y aceptabilidad de distintas intervenciones psicosociales. Mediante un metaanálisis de red se encontró que la combinación de manejo de contingencias (CM) y enfoque de reforzamiento comunitario (CRA) esta combinación mostró mayores tasas de abstinencia, lo que indica una probabilidad 54% mayor de lograr la abstinencia en comparación con otras intervenciones. Además, su aceptabilidad también fue la más alta, mostrando una probabilidad de abandono del tratamiento 35% menor. Estos resultados fueron evidentes al final del tratamiento, a las 12 semanas y en seguimientos posteriores.

DeVito et al. (2019) exploraron la relación entre la actividad cerebral evaluada mediante fMRI durante una tarea Stroop y los resultados de un tratamiento conductual en individuos con dependencia de cocaína mantenidos con metadona. Se incluyó una muestra de 19 participantes, quienes recibieron el mismo tratamiento. Su objetivo era determinar si la actividad cerebral al inicio del tratamiento podría predecir resultados clínicos posteriores, para ello, 10 de los 19 participantes completaron una segunda evaluación fMRI después del tratamiento. Los resultados indicaron que una mayor activación en la corteza prefrontal dorsolateral al inicio del tratamiento se asociaba con mejor rendimiento en el autocontrol y mayor probabilidad de abstinencia durante el seguimiento.

Finalmente, Schmitz et al. (2024) evaluaron la efectividad de combinar el manejo de contingencias (CM) con terapia de aceptación y compromiso (ACT) en personas con trastorno por consumo de cocaína a través de un ensayo clínico aleatorizado secuencial de asignación múltiple (SMART). En la primera fase, el grupo de CM + ACT mostró una tasa de respuesta superior (24.5%), definida como seis orinas consecutivas negativas, en comparación con el grupo de CM + consejería estándar (17.5%). Sin embargo, en una segunda fase, los

participantes que no respondieron al tratamiento conductual inicial y fueron reasignados para recibir modafinilo o un placebo no mostraron diferencias significativas en las tasas de abstinencia, lo que sugiere que el modafinilo no fue una estrategia efectiva para mejorar los resultados en este subgrupo de pacientes.

4.2 Propuesta

Con base en la revisión realizada, se plantea el diseño de un programa de intervención psicoterapéutica estructurado con las estrategias que han demostrado mayor eficacia en el manejo de la recaída en personas con trastorno por consumo de cocaína, que permitan no solo reducir la frecuencia de recaídas, sino también mejorar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida del paciente. Este programa se basa en la evidencia que respalda la efectividad de combinar el manejo de contingencias y el enfoque de reforzamiento comunitario (De Crescenzo et al., 2018), así como en la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso para promover la abstinencia (Schmitz et al., 2024). Esta iniciativa busca responder a la necesidad de intervenciones adaptadas al contexto ecuatoriano, considerando las limitaciones del sistema de salud.

Esquema de la propuesta

1. Justificación de la Propuesta

- Alta prevalencia de recaídas tras tratamientos convencionales.
- Brecha entre la evidencia científica y la práctica clínica en Ecuador.
- Necesidad de intervenciones personalizadas, integradoras y culturalmente pertinentes.

2. Objetivo General

Proponer un programa psicoterapéutico basado en las intervenciones más efectivas con la finalidad de reducir la recaída en personas con adicción a la cocaína.

3. Objetivos Específicos

- Integrar estrategias psicoterapéuticas con mayor respaldo empírico.
- Adaptar las intervenciones a las características individuales y contextuales de la población.

- Fortalecer la adherencia al tratamiento y prevenir la recaída a corto, mediano y largo plazo.

4. Estructura del Programa de Intervención

Nombre: *Programa Integrado para la Prevención de la Recaída en Cocaína (PIPREC)*

Duración: 12 semanas (sesiones individuales y grupales).

5. Modalidad:

- Presencial, con apoyo digital mediante CBT4CBT instalado en equipos del centro o accesible por dispositivos personales supervisados. (módulos temáticos, ejercicios conductuales, retroalimentación estructurada), aplicados por el terapeuta en consulta presencial.
- Terapia grupal: Implementada en sesiones semanales, orientadas a fomentar la cohesión, el aprendizaje observacional, el afrontamiento compartido y el refuerzo mutuo entre pares.

Desarrollo de la propuesta

El manejo psicoterapéutico de la recaída en personas con trastorno por consumo de cocaína representa uno de los mayores desafíos en el campo de la salud mental y las adicciones. A pesar de los avances en el conocimiento neurobiológico y psicológico de la adicción, la recaída continúa siendo un fenómeno frecuente que compromete los procesos de recuperación, incrementa el riesgo de complicaciones médicas y sociales, y reduce la efectividad de los programas de tratamiento (Marlatt & Donovan, 2005).

En el contexto ecuatoriano, los servicios de tratamiento especializados enfrentan limitaciones significativas en términos de acceso, continuidad y adaptación cultural, lo que contribuye a una alta tasa de recaídas y a una atención fragmentada (INEC, 2022). Esta realidad demanda propuestas terapéuticas estructuradas, basadas en la evidencia científica y ajustadas a las necesidades del entorno local.

Por ello, se plantea el diseño de una propuesta de intervención psicoterapéutica que combine enfoques validados empíricamente con estrategias adaptables y

sostenibles. Esta propuesta toma como base dos de las terapias con mayor respaldo en la literatura científica: la Terapia Cognitivo-Conductual Asistida por Computadora (CBT4CBT) y el Manejo de Contingencias (CM), las cuales han demostrado eficacia significativa en la reducción del craving, el fortalecimiento del autocontrol y la prolongación de la abstinencia.

Esta propuesta se basa en diseñar un programa psicoterapéutico estructurado, aplicable en centros de atención a las adicciones, que articule sesiones individuales y grupales, integrando tecnología, refuerzo conductual y acompañamiento terapéutico continuo. Esta iniciativa pretende no solo reducir la frecuencia de recaídas, sino también mejorar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes, ofreciendo herramientas viables para el sistema de salud ecuatoriano.

6. Frecuencia:

- 1 sesión individual semanal (60 min)
- 1 sesión grupal semanal (90 min)

Tabla 5

Terapias y técnicas utilizadas

Terapia	Técnicas principales	Modalidad
Terapia Cognitivo-Conductual Asistida por Computadora	- Reestructuración cognitiva. - Identificación de distorsiones. - Manejo del craving. - Regulación emocional. - Exposición gradual. - Solución de problemas.	Individual (digital + acompañamiento)
Manejo de Contingencias	- Contrato conductual. - Reforzamiento positivo por abstinencia. - Registro de conducta.	Individual
Psicoeducación grupal	- Dinámicas de reflexión. - Role playing. - Análisis de casos.	Grupal

Nota: Elaboración propia.

7. Etapas del Programa

1. Evaluación inicial (semana 1): entrevistas clínicas, pruebas de consumo, escalas de motivación.
2. Intervención intensiva (semanas 2–10): aplicación de módulos terapéuticos.
3. Consolidación (semanas 11–12): revisión de avances, planificación de prevención de recaída.
4. Seguimiento (a los 3 y 6 meses post-programa): refuerzo, monitoreo y ajustes post-tratamiento.

7. Planificación de sesiones

Semanas 1–2

Modalidad: Individual + grupal

Objetivo general: Establecer alianza terapéutica, evaluar riesgo de recaída y brindar comprensión inicial del trastorno.

Actividades:

- **Individual**

Aplicación inicial de CBT4CBT Módulo 1: “Entendiendo el consumo de sustancias”.
Contrato de contingencias.

- **Objetivo:**

- Reconocer el patrón individual de consumo y sus consecuencias.

- Acuervo de metas conductuales específicas y los reforzadores por alcanzarlas.

- **Grupal:** Psicoeducación sobre la adicción y la recaída.

- **Objetivo:** Comprender el proceso adictivo y reducir estigmas.

Semanas 3–4

Modalidad: Individual + grupal

Objetivo general: Trabajar sobre pensamientos automáticos y craving.

Actividades:

- **Individual**
Módulo 2 CBT4CBT: “Pensamientos que llevan al consumo” y “Manejo del craving”.
Reforzamiento inmediato (ej. mantenerse en abstinencia o asistir puntualmente).
 - **Objetivo:**
Identificar distorsiones cognitivas y aprender estrategias de regulación.
Reforzar verbal y simbólicamente los logros del paciente.
- **Grupal:** Role playing relacionado a cómo enfrentar situaciones de presión social.
 - **Objetivo:** Desarrollar habilidades de afrontamiento ante riesgos.

Semanas 5–6

Modalidad: Individual

Objetivo general: Fortalecer autorregulación emocional.

Actividades:

- **Módulo 3 CBT4CBT: “Emociones y consumo”.**
 - **Objetivo:** Relacionar estados emocionales con el consumo y fortalecer alternativas de manejo.
- **Revisión de reforzadores obtenidos por pruebas de abstinencia.**
 - **Objetivo:** Reforzar logros conductuales con estímulos positivos.

Semanas 7–8

Modalidad: Grupal

Objetivo general: Consolidar habilidades sociales y resolución de conflictos.

Actividades:

- **Dinámica grupal: “Resolviendo situaciones difíciles”.**
 - **Objetivo:** Reforzar la toma de decisiones y el control de impulsos.
- **Discusión guiada sobre experiencias personales de recaída.**

- **Objetivo:** Promover apoyo mutuo y aprendizaje compartido.
- **Retroalimentación reforzante**
 - **Objetivo:** Reconocer públicamente los logros individuales dentro del grupo como parte del refuerzo social.

Semanas 9–10

Modalidad: Individual + grupal

Objetivo general: Preparar para el alta y prevenir futuras recaídas.

Actividades:

- **Individual:** Módulo 4 CBT4CBT: “Prevención de recaídas”.
 - **Objetivo:** Diseñar un plan personal de prevención.
- **Grupal:** Elaboración de red de apoyo y plan de acción grupal.
 - **Objetivo:** Fortalecer estrategias de seguimiento y compromiso colectivo.

Semana 11–12

Modalidad: Individual + grupal

Objetivo general: Cerrar el programa terapéutico y proyección futura.

Actividades:

- **Individual:** Evaluación de avances, retroalimentación y plan post-programa.
- **Grupal:** Ceremonia simbólica de finalización y expresión emocional.
 - **Objetivo:** Reforzar el sentido de logro y pertenencia.

8. Resultados esperados

- Disminución de recaídas.
- Aumento en semanas de abstinencia continua.
- Mejor regulación emocional y afrontamiento.

- Mayor adherencia y compromiso con el tratamiento.
- Mejor calidad de vida reportada por los participantes.

9. Evaluación del Programa

La evaluación del programa psicoterapéutico propuesto tiene como objetivo medir la efectividad de la intervención en la prevención de recaídas en personas con trastorno por consumo de cocaína, así como valorar el impacto sobre variables asociadas como el craving, la autorregulación emocional, la adherencia al tratamiento y la calidad de vida. Para ello, se plantea un proceso de evaluación sistemática de carácter cuantitativo y cualitativo, que permita valorar los resultados desde una perspectiva integral y contextualizada.

9.1 Evaluación pre y post intervención

Para medir la efectividad del programa de intervención propuesto, se utilizarán instrumentos psicométricos estandarizados, validados y pertinentes al contexto clínico de personas con Trastorno por Consumo de Cocaína. La selección de cada instrumento responde a su relevancia teórica y empírica respecto a las variables de interés del estudio: craving, autoeficacia, sintomatología psicológica y calidad de vida. A continuación, se describen los instrumentos seleccionados, su propósito, momentos de aplicación y justificación:

Cuestionario de Craving por Cocaína (CCQ): mide la intensidad del deseo o urgencia por consumir cocaína, considerado uno de los principales predictores de recaída. Se utilizará la versión breve (CCQ-Now), validada para poblaciones clínicas. Este cuestionario será administrado en tres momentos: preintervención, postintervención y seguimiento a un mes, permitiendo valorar cambios inmediatos y la sostenibilidad de los efectos (Tiffany et al., 1993).

Escala de Autoeficacia para la Abstinencia (ASES): evalúa la confianza percibida por parte del paciente para resistir el consumo de sustancias en situaciones de alto riesgo (emocionales, sociales o contextuales). La autoeficacia es un constructo clave en el mantenimiento de la abstinencia. Será aplicada en tres momentos: preintervención, postintervención y seguimiento. (DiClemente et al., 1994).

Inventario de Síntomas SCL-90-R: detecta la presencia e intensidad de síntomas psicológicos y emocionales asociados, tales como ansiedad, depresión y hostilidad, que pueden actuar como factores de vulnerabilidad para la recaída. Esta escala será aplicada en dos

momentos: antes y después de la intervención, con el objetivo de evaluar cambios en el estado psicológico general del participante. (Derogatis, 1994).

Cuestionario de Calidad de Vida (SF-36): instrumento ampliamente utilizado que evalúa el impacto de la salud física y mental sobre la calidad de vida. Incluye dimensiones como funcionamiento social, vitalidad y dolor corporal. Dado su carácter más estable, se aplicará únicamente en dos momentos: preintervención y postintervención, permitiendo observar mejoras generales en la funcionalidad y bienestar subjetivo. (Ware & Sherbourne, 1992).

Registros semanales de consumo (autoinforme estructurado) y análisis de orina: permitirán verificar de forma objetiva los períodos de abstinencia durante la intervención. Se utilizarán semanalmente como indicadores de eficacia conductual del tratamiento, especialmente vinculados al componente de Manejo de Contingencias (CM).

Esta estrategia evaluativa busca triangular información cuantitativa con datos conductuales objetivos, estableciendo así una medición integral del impacto del programa y su relación directa con los objetivos planteados en esta investigación.

10. Seguimiento

Se propone un seguimiento a los 3 y 6 meses posteriores a la finalización del programa, con la finalidad de evaluar el mantenimiento de los cambios conductuales y emocionales. Este seguimiento incluirá nuevas mediciones con los instrumentos previamente aplicados y entrevistas telefónicas o presenciales.

A pesar de los hallazgos prometedores en las investigaciones revisadas, la práctica clínica actual enfrenta importantes limitaciones y vacíos. Primero, aunque estudios como el de Decker et al. (2016) resaltan la importancia de la adherencia a la tarea, la evaluación sistemática y la incentivación de esta en contextos clínicos cotidianos siguen siendo un desafío. Segundo, la implementación de intervenciones complejas y basadas en evidencia como la combinación de Manejo de Contingencias y Enfoque de Reforzamiento Comunitario (De Crescenzo et al., 2018) o la Terapia de Aceptación y Compromiso (Schmitz et al., 2024) puede ser limitada por la falta de capacitación del personal y los recursos económicos. Finalmente, como se evidencia

en la segunda fase del estudio de Schmitz et al. (2024), aún existe un vacío considerable en la búsqueda de tratamientos farmacológicos efectivos para los pacientes que no responden a las intervenciones psicoterapéuticas, lo que deja a un subgrupo significativo de personas sin opciones de tratamiento adicionales.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5. Conclusiones

Esta investigación tuvo como objetivo analizar las estrategias psicoterapéuticas relacionadas al manejo de la recaída en personas con trastorno por consumo de cocaína, mediante una revisión sistemática y descriptiva de la literatura científica y la propuesta de un programa de intervención adaptado al contexto ecuatoriano. A lo largo del proceso, se logró identificar las estrategias psicoterapéuticas más efectivas para prevenir y manejar la recaída.

Uno de los hallazgos clave fue que las terapias con mayor respaldo empírico en el abordaje de la recaída son la terapia cognitivo-conductual asistida por computadora (CBT4CBT) y el manejo de contingencias (CM), las cuales, de forma complementaria, permiten intervenir tanto en los aspectos cognitivos y emocionales del consumo como en la motivación a través de refuerzos conductuales. Ambas estrategias mostraron efectos positivos en la reducción del craving, el fortalecimiento del autocontrol, el incremento de la adherencia terapéutica y la prolongación de la abstinencia.

En respuesta a la pregunta principal de investigación se concluye que las intervenciones más efectivas son aquellas que combinan un abordaje estructurado, evidencia empírica confiable y adaptabilidad clínica. En particular, la CBT4CBT y la CM representa una alternativa viable para mejorar los resultados terapéuticos en contextos donde los recursos son limitados y la atención especializada es escasa.

A partir de estos hallazgos, se diseñó una propuesta de intervención psicoterapéutica aplicable a centros especializados en adicciones, la cual contempla sesiones individuales y grupales, con objetivos específicos y actividades terapéuticas guiadas. Esta propuesta no solo busca reducir la tasa de recaídas, sino también mejorar la calidad de vida de los pacientes y facilitar una recuperación sostenida.

Esta investigación invita a repensar los enfoques actuales sobre adicción y recaída, reconociendo la necesidad de fortalecer las políticas de salud mental con base en evidencia y pertinencia cultural.

6. Recomendaciones

Con base en los hallazgos obtenidos, se recomienda implementar programas psicoterapéuticos integrales en centros especializados en adicciones, priorizando aquellos que incluyan la Terapia Cognitivo-Conductual Asistida por Computadora (CBT4CBT) y el Manejo de Contingencias (CM), ya que estas han demostrado resultados significativos en la reducción del craving, la prolongación de la abstinencia y la mejora del autocontrol. Además, se sugiere adaptar estos programas al contexto ecuatoriano, considerando tanto las características culturales como las limitaciones del sistema de salud, con el fin de asegurar su sostenibilidad.

De igual manera, es indispensable capacitar a los profesionales en el uso de estrategias con eficacia empírica comprobada, promoviendo la actualización continua y el desarrollo de competencias clínicas especializadas en el tratamiento del consumo problemático de cocaína. Así mismo, se recomienda incorporar herramientas tecnológicas, como plataformas digitales terapéuticas como un recurso que refuerce y complemente las intervenciones presenciales. Estas herramientas permiten mantener la continuidad del proceso terapéutico fuera del espacio clínico, reforzar habilidades aprendidas, brindar recordatorios conductuales, monitorear avances y ofrecer apoyo inmediato en momentos de alto riesgo. En este sentido, la tecnología se convierte en una aliada estratégica que potencia la adherencia al tratamiento, mejora la autorregulación del paciente y reduce la probabilidad de recaídas, optimizando así los resultados clínicos a mediano y largo plazo.

Por otra parte, es necesario incluir en los programas componentes psicoeducativos, grupales y familiares, dado que la red de apoyo y el entorno social cumplen un rol decisivo en el proceso de recaída y recuperación. También se sugiere fomentar investigaciones futuras que evalúen la implementación y efectividad del programa propuesto, de modo que se generen evidencias locales que sustenten su permanencia y mejora continua.

Finalmente, se insta a que las políticas públicas de salud mental integren el manejo de la recaída como un eje estructural del tratamiento de las adicciones, superando enfoques

punitivos o moralistas, y adoptando una visión clínica, empática y basada en la evidencia, que reconozca la recaída como parte del proceso de cambio y no como un fracaso.

7. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: Past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 194–198. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.2.194>
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M., Chawla, N., Simpson, T. L., Ostafin, B. D., Larimer, M. E., & Marlatt, G. A. (2006). Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(3), 343–347. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.20.3.343>
- Carroll, K. M., Kiluk, B. D., Nich, C., Gordon, M. A., Portnoy, G. A., Marino, D. R., & Ball, S. A. (2014). Computer-assisted delivery of cognitive–behavioral therapy: Efficacy and durability of CBT4CBT among cocaine-dependent individuals maintained on methadone. *American Journal of Psychiatry*, 171(4), 436–444. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070987>
- Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP). (2014). *Encuesta Nacional sobre Consumos y Prácticas de Cuidado, 2014*. Quito: CONSEP. <https://www.gob.ec/consep>
- Decker, S. E., Kiluk, B. D., & Carroll, K. M. (2016). Just showing up is not enough: Homework adherence and outcome in cognitive–behavioral therapy for cocaine dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(5), 391–396. <https://doi.org/10.1037/ccp0000126>
- De Crescenzo, F., Ciabattini, M., D’Alò, G. L., De Giorgi, R., Del Giovane, C., Cassar, C., ... & Cipriani, A. (2018). Comparative efficacy and acceptability of psychosocial interventions for individuals with cocaine and amphetamine addiction: A systematic review and network meta-analysis. *PLOS Medicine*, 15(12), e1002715. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002715>
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: Administration, scoring, and procedures manual* (3.^a ed.). NCS Pearson. DOI: [10.29375/01237047.2807](https://doi.org/10.29375/01237047.2807)

- DiClemente, C. C., Carbonari, J. P., Montgomery, R. P. G., & Hughes, S. O. (1994). The Alcohol Abstinence Self-Efficacy scale. *Journal of Studies on Alcohol*, 55(2), 141–148. <https://doi.org/10.15288/jsa.1994.55.141>
- Jhanjee S. (2014). Evidence based psychosocial interventions in substance use. *Indian journal of psychological medicine*, 36(2), 112–118. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.130960>
- DeVito, E. E., Kober, H., Carroll, K. M., & Potenza, M. N. (2019). fMRI Stroop and behavioral treatment for cocaine-dependence: Preliminary findings in methadone-maintained individuals. *Addictive Behaviors*, 89, 10–14. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.09.005>
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S. L., Leyro, T. M., Powers, M. B., & Otto, M. W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 179–187. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06111851>
- Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: Neuroimaging evidence for involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1642–1652. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.10.1642>
- Gootenberg, P. (2019). *Cocaine: A global history*. Routledge. <https://www.taylorfrancis.com/books/edit/10.4324/9780203026465/cocaine-paul-gootenberg>
- Gossop, M., Stewart, D., Marsden, J., & Williamson, S. (2002). Factors predicting abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: Protective effect of coping responses. *Addiction*, 97(10), 1259–1267 <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00227.x>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press. <https://www.guilford.com/books/Acceptance-and-Commitment-Therapy-Second-Edition/9781462528943>
- Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Use & Misuse*, 46(1), 87–97. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-6-17>

- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 91–111. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143833>
- Higgins, ST, Wong, CJ, Badger, GJ, Ogden, DEH y Dantona, RL (2000). El refuerzo contingente aumenta la abstinencia de cocaína durante el tratamiento ambulatorio y un año de seguimiento. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68* (1), 64–72. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.1.64>
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry, 3*(8), 760–773. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8)
- Kosten, T. R., & George, T. P. (2002). The neurobiology of drug addiction: A neurobiological basis for treatment. *Journal of Clinical Psychiatry, 63*(Suppl 3), 3–5. ID de producto: PMC2851054
ID de producto: [18567959](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18567959/)
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists. New Harbinger. <https://www.newharbinger.com/9781572244986/learning-act/>
- McHugh, R. K., Hearon, B. A., & Otto, M. W. (2010). Cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 33*(3), 511–525. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.012>
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed.). Guilford Press. <https://www.guilford.com/books/Relapse-Prevention-Second-Edition/Marlatt-Donovan/9781593851767>
- Marmot, M. (2015). *The health gap: The challenge of an unequal world*. Bloomsbury. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00150-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00150-6)
- Maté, G. (2008). *In the realm of hungry ghosts: Close encounters with addiction*. North Atlantic Books. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2426971/>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3^a ed.). Guilford Press. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt010>

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2023, 14 de septiembre). *MSP cuenta con 132 unidades para atención en salud mental y tratamiento de consumo de drogas*. <https://www.salud.gob.ec/msp-cuenta-con-132-unidades-para-atencion-en-salud-mental-y-tratamiento-de-consumo-de-drogas/>
- Morgenstern, J., & McKay, J. R. (2007). Rethinking the paradigms that inform behavioral treatment research for substance use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors, 21*(2), 185–195. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.01882.x>
- Newcomb, MD, y Harlow, LL (1986). Life events and substance use in adolescents: Mediating effects of perceived loss of control and lack of meaning in life. *Journal of Personality and Social Psychology, 51* (3), 564–577. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.3.564>
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews, 5*(1), 210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... Moher, D. (2021). *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. *BMJ, 372*(n71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2008). Review. The incentive sensitization theory of addiction: Some current issues. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 363*(1507), 3137–3146. <https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0093>
- Schmitz, J. M., Stotts, A. L., Vujanovic, A. A., Yoon, J. H., Webber, H. E., Lane, S. D., Weaver, M. F., Vincent, J., Suchting, R., & Green, C. E. (2024). Contingency management plus acceptance and commitment therapy for initial cocaine abstinence: Results of a sequential multiple assignment randomized trial (SMART). *Drug and alcohol dependence, 256*, 111078. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.111078>

- Sinha R. (2011). New findings on biological factors predicting addiction relapse vulnerability. *Current psychiatry reports*, 13(5), 398–405. <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0224-0>
- Stein, M. D., Herman, D. S., & Anderson, B. J. (2009). A motivational intervention trial to reduce cocaine use. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(2), 118–125. [Doi: 10.1016/j.jsat.2008.05.003](https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.05.003)
- Tiffany, S. T., Singleton, E., Haertzen, C. A., & Henningfield, J. E. (1993). The development of a cocaine craving questionnaire. *Drug and Alcohol Dependence*, 34(1), 19–28. [https://doi.org/10.1016/0376-8716\(93\)90042-O](https://doi.org/10.1016/0376-8716(93)90042-O)
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2022). *World Drug Report 2022*. Vienna: UNODC. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2022.html>
- Volkow, N. D., & Morales, M. (2015). The brain on drugs: From reward to addiction. *Cell*, 162(4), 712–725. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2015.07.046>
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483. <https://doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002>
- Weiss RD, Griffin ML, Gallop RJ, Najavits LM, Frank A, Crits-Christoph P, Thase ME, Blaine J, Gastfriend DR, Daley D, Luborsky L. The effect of 12-step self-help group attendance and participation on drug use outcomes among cocaine-dependent patients. *Drug Alcohol Depend*. 2005 Feb 14;77(2):177-84. [Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2004.08.012](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.08.012).
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Harrop, EN, Douglas, H., Enkema, M. y Sedgwick, C. (2014). Tratamiento basado en la atención plena para prevenir la recaída en conductas adictivas: Modelos teóricos y mecanismos hipotéticos de cambio. *Uso y abuso de sustancias*, 49 (5), 513–524. <https://doi.org/10.3109/10826084.2014.891845>