



Universidad Del Azuay

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Escuela de Psicología Clínica

*DISEÑO DE UN PLAN DE PSICOTERAPIA INTEGRATIVA GRUPAL APLICADO A
UN GRUPO DE PACIENTES ADICTOS*

*(Estudio realizado con los pacientes en el Centro de Reposo y Adicciones de la ciudad de
Cuenca C.R.A.)*

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Psicólogas Clínicas

Autores: Priscila Gárate Peña

Ximena Guillén Bustamante

Director: Dr. Juan Aguilera

Cuenca, Ecuador

2009

INDICE	Pág.
Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Resumen	iv
Abstract	v
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO 1	
LA ADICCION	
Introducción	3
1.1 Concepto de Adicción	3
1.2 Tipos de Adicción	4
1.3 Perfil del Adicto	29
1.4 Consumo de Sustancias	35
1.5 Dependencia de Sustancias	38
1.6 Abuso de Sustancias	40
1.7 Tolerancia	40
1.8 Trastornos inducidos por Sustancias	43
1.9 Causas de la Adicción	46
Conclusiones	49
CAPITULO 2	
ETAPAS DEL PROCESO DE RECUPERACIÓN DEL ADICTO	
Introducción	50
2.1 Período de Desintoxicación	50
2.2 Período de Negación	50
2.3 Período de Aceptación	51
2.4 Período de Motivación y Deshabitación	52
2.5 Período de Recuperación – Rehabilitación	52
2.6 Sobriedad	53
2.7 Síndrome de Abstinencia	54
Conclusiones	55
CAPITULO 3	
ADICCION Y TERAPIA DE GRUPO	
Introducción	57
3.1 Tipos de Intervenciones terapéuticas	57
3.2 Concepto d Psicoterapia	59
3.3 Tipos de Psicoterapia	61
3.4 Terapia de Grupo	73
3.5 Beneficios de la Terapia de Grupo	75
3.6 Estrategias y Requisitos Grupales	76
3.7 Abordajes tradicionales en Terapia en Adicciones	77
3.8 Comunidad Terapéutica	83

3.9 Perfil del Terapeuta Grupal	83
Conclusiones	85

CAPITULO 4

ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DEL PROYECTO PSICOTERAPÉUTICO INTEGRATIVO GRUPAL

4.1 Objetivos	86
4.1.1 Objetivos Generales	86
4.1.2 Objetivos Específicos	86
4.2 Metodología del Trabajo	86
4.3 Universo y Muestra	91
4.4 Procesamiento y Análisis	92

CAPITULO 5

5.1 Resultados y Análisis de la Investigación	93
5.1.1 Tipo de Sustancia	93
5.1.2 Test de Autoestima	94
5.1.3 Inventario de Depresión de Beck	95
5.1.4 Test de Motivación	96
5.1.5 Cuestionario sobre Información, Creencias y Actitudes con respecto al Consumo	97
5.1.6 Diagnóstico	115

CAPITULO 6

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	128
---------------------------------------	-----

BIBLIOGRAFÍA	121
---------------------	-----

ANEXOS

Anexo 1: Batería de Test	2
Anexo 2: Planificación Terapéutica	12
Anexo 3: Historias Clínicas	53

DEDICATORIA:

Dedico este trabajo primero a Dios,
por permitirme cumplir mis ilusiones.
A toda mi familia, en especial a mis padres,
ya que ellos son mi inspiración, gratitud eterna por su apoyo,
compresión y amor incondicional.
A mis hermanos, Roxana y Christian, quienes con su ejemplo de
fortaleza, trabajo y lucha son modelo y guía para mis
aspiraciones.
Al Dr. William Wallas, quien con su filosofía de vida,
altruismo y nobleza motiva a cada instante mis sueños...

Ximena Guillén B.

Este trabajo en primer lugar le dedico a Dios
por ser el fundamento de mi vida.
También le dedico a mi padre por haber compartido junto a él;
mi niñez, mi juventud y por ser mi guía
en momentos muy importantes de mi vida.
A mi madre por su constante ejemplo, apoyo, cariño y comprensión.
Y a mi hermano a quien admiro mucho por su espíritu de lucha
y constante dedicación para alcanzar sus sueños y metas.

Priscila Gárate P.

AGRADECIMIENTO:

- Al Dr. Juan Aguilera, por la predisposición para dirigir nuestro trabajo y por el apoyo proporcionado para un buen desarrollo de esta investigación.
- Al personal del Centro de Reposo y Adicciones C.R.A., por abrirnos las puertas y brindarnos su apoyo en el trabajo realizado, especialmente a la Lcda. Ana Isabel Estrella por su constante colaboración.
- Al Dr. Saúl Pacurucu, Director del Centro de Reposo y Adicciones C.R.A.
- Al grupo de pacientes internos en el Área de Adicciones del centro, ya que compartiendo su historia y vivencias personales el trabajo realizado ha cumplido sus objetivos.

“Nuestro primer problema es aceptar nuestras circunstancias actuales, tales como son, a nosotros mismos, tales como somos y a la gente alrededor nuestro tal como es. Esto es adoptar una humildad realista, sin la cual no se puede empezar a hacer progresos. Una y otra vez, tendremos que volver a este punto de partida poco halagüeño. Es un ejercicio de aceptación que podemos practicar provechosamente cada día de nuestras vidas.

Estos reconocimientos realistas de los hechos de la vida, siempre que evitemos diligentemente convertirlos en pretextos poco realistas para la apatía y el derrotismo, pueden ofrecernos una base segura, sobre la cual se puede establecer una mas estable salud emocional y por lo tanto, un más amplio progreso espiritual...”

Narcóticos Anónimos

RESUMEN

Al haber presenciado el proceso de recuperación en adictos y basándonos en investigaciones realizadas acerca de las adicciones, decidimos realizar un “Plan de Psicoterapia Integrativa grupal”, aplicado a un grupo de 8 pacientes adictos entre 18 y 50 años de edad, de género masculino, internos en el Centro de Reposo y Adicciones CRA de la ciudad de Cuenca. Los mismo que presentaron consumo en un 43% de alcohol, 29% de marihuana, el 24% cocaína y el 4% benzodeacepinas; se realizó esta investigación, para demostrar la validez de un programa de apoyo psicológico más elaborado dentro de las etapas por las que transita un adicto en recuperación.

Al culminar la investigación, constatamos el cumplimiento de las metas propuestas en la mayoría de pacientes, mejorando su autoestima en un 100%, su estado emocional en un 45% y en lo concerniente a la motivación un 89%; compartiendo su problemática en terapia, encontrando así alternativas para mantener su abstinencia, concienciando el problema de su adicción y responsabilizándose de su recuperación.

INTRODUCCIÓN

Desde los inicios del siglo XXI el problema del uso y abuso de drogas se ha convertido en uno de los fenómenos más serios en la Salud Pública, convirtiéndose en uno de los factores creadores de mayor alarma social, que no se ha detenido en su evolución a pesar de las estrategias que se han trazado para contener esta problemática.

La expectativa mundial de por vida para sufrir en algún momento un problema de salud relacionado con el uso o dependencia de sustancias que afectan el comportamiento llega prácticamente al 10% de la población mundial.

Las conductas adictivas se han convertido en estos años en un grupo de trastornos de gran relevancia, la misma que viene motivada por su alta prevalencia en las personas, tanto sean adultas, como adolescentes.

El tratamiento de las adicciones ha cobrado una enorme preeminencia en las últimas décadas. Con la interrupción de las drogas ilegales, especialmente heroína y cocaína, en los países desarrollados, desde los años 70 hasta el momento presente, la demanda de tratamiento no ha dejado de crecer y los problemas causados por las mismas son hoy de una gran relevancia.

El problema está en que se mantiene en un nivel estable, o en fase de crecimiento en algunos países, cada vez más tenemos que hablar de un trastorno crónico o caracterizado por las frecuentes recaídas, lo que lleva a tener que plantear programas de tratamiento complejos y a largo plazo. Realmente el mejor modo de detener este problema es a través de la prevención, pero en nuestra sociedad no hay una idea preventiva bien asentada y los recursos suelen proporcionarse al tratamiento y a la rehabilitación, ya una vez que el problema existe.

El enfermo adicto es incapaz de identificar las fuentes de placer, de la gratificación y de la felicidad. Un adicto está en una lucha consigo mismo, en contradicción y tensión interna. Por un lado, su ser de valores, necesitado de trascendencia y sentido; por otro lado la pérdida de valores y de virtudes, la insatisfacción y el vacío moral.

En las personas con la enfermedad de dependencia a sustancias químicas, las complicaciones físicas, el mal manejo de la mente y los desórdenes emocionales, van acompañados de manera similar de un deterioro espiritual, razón por la cual ideamos un plan terapéutico estratégico que responda a las diversas necesidades del adicto, y al mismo tiempo brindar herramientas para sobrellevar la enfermedad y así logre adoptar una nueva vida en recuperación.

CAPITULO 1

LA ADICCIÓN

INTRODUCCIÓN

El uso de las drogas estupefacientes es un problema social relativamente moderno, no tanto porque la sociedad haya tomado conciencia por sí misma de que el uso de estas sustancias acarrea problemas sociales y problemas individuales, sino más bien, porque solo hoy, el “vicio” ha adquirido la fisionomía de “fenómeno social del siglo XX”.

De alguna forma, todos estamos implicados, sabemos que a nuestro alrededor existen drogas. Unas se aceptan económica, social y culturalmente y otras se penalizan. Muchas veces no se tienen los conocimientos suficientes al respecto, el verdadero problema al que la sociedad moderna se enfrenta, no son las sustancias en sí, sino, el uso y abuso que de dichas sustancias se hacen, creando diariamente millones de drogadictos en todo el mundo.

1.1 CONCEPTO DE ADICCIÓN

La palabra "adicción" deriva de un término legal romano; "adicionarse" significa "darse a un maestro o esclavo". La palabra fue subsecuentemente usada para describir el comportamiento de un individuo cuando está habituado y obsesivamente ha rendido el control de su vida a una experiencia, a una sensación o actividad particular.

La adicción es una interacción que se establece entre el organismo y una sustancia que da lugar a cambios físicos y/o psíquicos que se traducen en la imperiosa necesidad de consumirla.

Según la O.P.S. sería “todo aquel estado psíquico y algunas veces también físico” resultante del uso de una droga, caracterizada por respuestas del comportamiento y otras que siempre incluyen la compulsión a tomar la droga de manera continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y algunas veces, evitar el malestar producido por la abstinencia”.

Según la Organización Mundial de la Salud, la Adicción es un estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética, caracterizada por una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio, una tendencia al aumento de la dosis, una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos con consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad.

Según Narcóticos Anónimos (Organismo cívico internacional inspirado en Alcohólicos Anónimos) una persona adicta es aquella cuya vida está controlada por las drogas. Miembros de estos grupos argumentan: “Estamos en las garras de una enfermedad crónica y progresiva que nos arrastra invariablemente a los mismos lugares: cárceles, hospitales y la muerte. Sólo tú puedes contestar esta pregunta. Es posible que no te resulte fácil. Mientras consumíamos, siempre dijimos que podíamos controlarnos. Aunque al principio fue cierto, ahora ya no lo es. Las drogas terminaron controlándonos a nosotros. Vivíamos para consumirlas y las consumíamos para vivir. Un adicto es simplemente una persona cuya vida está controlada por las drogas. Quizá admitas que tienes problemas de drogas, pero no te considerabas adicto”.

Según el Modelo Integrativo en adicciones creado por la unidad de adicciones de la facultad de ciencias medicas de la Universidad de Santiago, el Modelo Integrativo de trastornos adictivos considera que la Adicción a Drogas es un fenómeno que involucra aspectos del ambiente, la familia, la personalidad del individuo (aspectos biológicos, conductuales, cognitivos, afectivos y del inconsciente) todos los cuales confluyen para generar el trastorno.

1.2 TIPOS DE ADICCIONES

El término droga como toda aquella sustancia que introducida en el organismo es susceptible de causar una alteración de la conducta de forma inmediata (basándose en la naturaleza psicoactiva del producto) y/o tardía (dado que provocan una necesidad que debe ser satisfecha con nuevas ingestas o administraciones)

Esta peculiaridad para modificar el estado de ánimo es la característica principal por la cual estas sustancias son consumidas, ya que alteran el juicio crítico, producen desinhibición y modifican la percepción del entorno.

El consumo estará en función de:

1. La naturaleza psicoactiva del producto, de las dosis empleadas y de las vías de administración.
2. La personalidad del consumidor.
3. Las características socio culturales del sistema de referencia, en lo que concierne el uso de estas sustancias.

Dicho consumo puede ser realizado en forma experimental, sólo con el ánimo de probar incitados por el envoltente grupal. Pueden ser tomadas con el claro propósito de obtener sensaciones placenteras, aunque con frecuencia ocasional y por último la necesidad puede arraigar e ir aumentando la frecuencia de su uso hasta constituir una verdadera toxicomanía, originando dependencia psíquica y/o física y causando al tiempo una grave alteración de la salud pública con la que se produce una afectación social.

Podemos dividir las drogas, en una forma muy simple y sencilla, en naturales y sintéticas. Entre las primeras las más conocidas y empleadas son el opio y sus derivados (morfina especialmente ya que es su alcaloide principal), la cannabis, la coca y algunos alucinógenos como la ayahuasca, la amanita muscaria, la mezcalina.

Entre los segundos, muy utilizados en la actualidad, se incluyen la heroína y la lisérgida (LSD), así como todas aquellas sustancias farmacológicas utilizadas en la práctica médica que ocasionalmente pueden crear dependencia (barbitúricos, anfetaminas, medicamentos psicótrópos y analgésicos narcóticos).

Drogas Blandas

Se denomina así aquellos productos que no crean dependencia física, aunque sí psíquica. Es el caso de los alucinógenos, la cannabis, la cocaína (aunque algunos autores atribuyen a esta última un ligero síndrome de abstinencia tras la supresión) así como el tabaco.

Drogas Duras

Son denominados así aquellos productos susceptibles de causar una dependencia física. Es el caso de los opiáceos, barbitúricos, alcohol y ciertos tranquilizantes menores.

Las drogas duras y blandas no dependen tanto del substrato químico y de los efectos que producen sino de la forma y frecuencia con la que es consumida.

Drogas Institucionalizadas

Conceptuamos como tales aquellas que tienen tradición cultural y que en cierta forma, son protegidas o apoyadas pues no es castigado su consumo, producción o tráfico. Pueden incluso no ser consideradas como drogas, un ejemplo de estas es el alcohol o el tabaco en la cultura occidental o la cannabis en la India.

Según la O.M.S. “La sociedad acepta de manera variable el uso de drogas según la región, la época, las circunstancias, la naturaleza de la droga y la dosis consumida”.

Paradójicamente acostumbra a darse el caso de que los trastornos físicos, psíquicos y sociales consecutivos al consumo incontrolado de drogas toleradas (integradas o institucionalizadas) son mucho más severos que en el caso del consumo de sustancias no legalizadas. Así ocurre con el uso de bebidas alcohólicas.

Drogas No Institucionalizadas

Son aquellas que no gozan de tradición cultural y su consumo o tráfico está penado por la ley. Ejemplo de ello es la heroína. En criterio de la O.M.S. “cuando las drogas no se utilizan en las modalidades tradicionalmente y socialmente reconocidas, ese consumo anómalo se vincula a menudo con la delincuencia, los peligros para la salud y la improductividad de los consumidores.

Drogas Lícitas

Se denomina como tales todas aquellas sustancias farmacológicas prescritas por un profesional de la salud autorizado, con objeto de reducir las manifestaciones o síntomas de la enfermedad física y/o mental.

El facultativo conoce los posibles efectos secundarios del fármaco susceptibles de incidir en la conducta del paciente (por lo que este deberá ser puesto sobre aviso) pero considera que la necesidad terapéutica aconseja su utilización.

En cualquier caso se efectúa seguimiento del enfermo con objeto de controlar las manifestaciones no deseadas. La dosis prescrita y el tiempo en que debe prolongarse el tratamiento no deben ser en ningún caso modificados por el paciente u otros miembros del equipo de salud sin consentimiento del facultativo que lleva el caso.

Drogas No Lícitas

Todas aquellas sustancias que empleadas, en principio, con fines terapéuticos siguen siendo consumidas con objeto de obtener el beneficio de sus efectos psicoactivos, aún después de haber cesado la necesidad terapéutica. Pero lo usual es que entre las drogas no lícitas se incluyan aquellas que son objeto de persecución legal, siendo castigados por la ley tanto el tráfico como el consumo.

Drogas Psicoactivas

Aquellas sustancias que afectan, cuantitativa o cualitativamente el SNC (sistema nervioso central) Pueden ser empleadas algunas de ellas, con fines terapéuticos dentro de la práctica médica, pero en otras ocasiones es auto prescritas con objeto expreso de inducir cambios en el comportamiento sin una necesidad médica aparente.

Para Kramer y Cameron (s.a.) serían aquellas sustancias que “por estimular o deprimir considerablemente el SNC, o perturbar la percepción, el estado de ánimo, el pensamiento, la conducta o la función motriz, se consideran en general capaces de provocar en determinadas circunstancias de empleo, problema sanitarios y sociales de carácter individual y público”. Las podemos clasificar en psicoanalépticas, psicodélicas y psicolépticas.

Drogas Psicoanalépticas

Son los estimulantes psíquicos o psicotónicos, que aumentan o potencian la actividad mental. Entre ellos se incluyen: anfetaminas, coca, cocaína, antidepresivos, cafeína, tabaco.

Drogas Psicodélicas

También conocidas como psicodislépticas o psicomiméticas. Producen una vivencia alucinatoria y fantástica que provoca el descontrol del sujeto que las consume, es decir los psicodélicos provocan una sensación de extrañeza e irrealdad en la que el sujeto se siente desconocido a sí mismo, en tanto que las otras sustancias aumentan o disminuye la relación con el entorno al incidir en el SNC, pero el sujeto es conciente de esos efectos al no existir sensación de irrealdad.

En este grupo se incluyen: alucinógenos, cannabis, solventes orgánicos (inhalantes) y anticolinérgicos (aunque las drogas antropínicas como la belladona, la mandrágora o la datura suelen ser catalogadas mas como delirógenas que como alucinógenas)

Drogas Psoicolépticas

Son aquellas que deprimen la función del SNC y disminuyen la atención. En este grupo se incluyen: opio y derivados, hipnóticos (barbitúricos y no barbitúricos), tranquilizantes y fenacetina.

Clasificación de las Drogas

Según el CONSEP (2006), las drogas se clasifican en:

- **Depresoras Del Sistema Nervioso:** Disminuyen la actividad del SNC:

- **Opiáceos:** opio, morfina, heroína, metadona.
- **Bebidas alcohólicas:** vino, cerveza, ginebra, etc.
- **Hipnóticos y sedantes:** somníferos y tranquilizantes.

- **Estimulantes del Sistema Nervioso:** Aumentan la actividad del SNC.

- **Mayores:** Anfetaminas, cocaína.
- **Menores:** café, té, cacao, tabaco (nicotina).

- **Las que alteran la percepción:** Modifican el nivel de conciencia y diferentes sensaciones (visuales, auditivas, etc.)

- **Alucinógenos:** LSD, mezcalina
- **Cannabis:** Marihuana, hachís.
- **Drogas de diseño:** Éxtasis, eva, etc.
- **Inhalantes:** disolventes, pegamentos, etc.

Dentro de las drogas más consumidas en nuestro medio se encuentran:

Alcohol



Hace referencia al alcohol etílico ó etanol, presente en distintas proporciones en las bebidas alcohólicas.

Las bebidas alcohólicas son consumidas con objeto de obtener el gratificante estado de euforia que libera inhibiciones y aumenta la sociabilidad, haciendo desaparecer preocupaciones, tensiones y ansiedad dando una sensación de bienestar. Aún siendo una droga institucionalizada, es la más importante de las sustancias capaces de originar dependencia tomando en cuenta su distribución, frecuencia y proporción de uso.

El alcohol es una de las drogas de venta legal que se consumen con más frecuencia en nuestro entorno sociocultural. Es un depresor del SNC y sus efectos dependen de

factores como la edad, el peso, el sexo o la cantidad y velocidad con que se consume. El abuso de alcohol conduce al alcoholismo o dependencia del alcohol, enfermedad crónica producida por el consumo prolongado y en exceso de alcohol etílico. El alcoholismo es un problema muy grave en muchos países, que supone un costo personal, social y sanitario muy elevado. (Enciclopedia Microsoft® Encarta® Online 2008)

Opiáceos



Se denomina analgésicos opiáceos a un grupo de fármacos con gran actividad analgésica, mediada por vías y receptores específicos en el S.N.C. Son derivados naturales o semisintéticos del opio, o bien análogos sintéticos con muchas características farmacológicas comunes, siendo una de ellas la capacidad de generar dependencia.

a) Opio



El opio, es el más antiguo del grupo de los opiáceos, es una resina que se obtiene de la adormidera, proviene del jugo desecado obtenido de las cápsulas de la *papaver somniferum*, planta de la familia de las papavaráceas.

En su forma comercial el opio es una masa redonda de color castaño, pegajosa y blanda, aunque su interior se endurece conforme pasa el tiempo pasando a un estadio de fermentación con lo cual ya se puede consumir en pipa, en el área mediterránea llegó a ser muy popular, sobre todo en infusiones.

Actualmente la mayoría de plantaciones se encuentran en Asia, países como China, Turquía. Pero el opio ha perdido su preponderancia como droga, par dejar paso a sus derivados, la morfina y la heroína. El consumo de opio es poco frecuente ya sea ingerido o fumado. La acción de ingerir opio es conocida como opiofagia, siendo una costumbre realmente peligrosa ya que presenta mayor riesgo que fumando.

- Morfina:



Es el componente principal del opio, es un polvo blanco, cristalino, inodoro y soluble en agua. La acción farmacológica sobre el S.N.C. es la resultante de sus efectos depresores y excitadores. Así en la especie humana, una dosis de 10mg. en individuos con dolor suprime la dolencia, reduce las sensaciones desagradables y produce sedación con sensación de bienestar y euforia, si se aumenta la dosis puede aparecer sopor y sueño, en individuos sin dolor esta misma dosis suele producir disforia, náuseas, vómitos y astenia. Su uso continuo produce tolerancia y dependencia, además de síndrome de abstinencia.

- **Heroína:**



Según el CONSEP (2006) actúa como un depresor del SNC, es relajante. En un principio produce una sensación de intenso placer (flash) y euforia, seguido de apatía y somnolencia. Tras un período de consumo, la sensación es de bienestar, de estar en un sueño alejado de todo.

El individuo que la toma desarrolla una tolerancia y dependencia de forma muy rápida, ya que posee un alto poder adictivo.

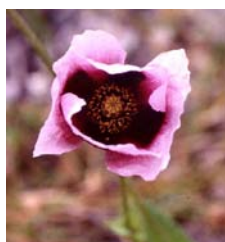
* **Heroína Marrón:** es un tipo de heroína que proviene de África. Se debe calentar antes de disolverle y se acostumbra a usar una cuchilla. Se disuelve en ácido cítrico (zumo de limón) Su utilización es muy engorrosa y además el ácido cítrico puede quemar las arterias. Actualmente se suministra el ácido cítrico en polvo a los heroinómanos, para que su uso sea más higiénico.

* **Heroína Blanca:** es un tipo de heroína de más fácil disolución, ya que se hace con agua destilada u otros líquidos. Se suele disolver en un tapón de botella y se carga con un filtro de cigarrillos pelado para que los grumos de la dilución no pasen a la jeringa. Este filtro es guardado por los heroinómanos porque después de 8 a 9 tomas pueden extraer la droga que ha ido quedando y tienen una dosis extra.

La principal vía de consumo es la endovenosa, aunque últimamente ha ido aumentando el consumo de la heroína esnifada y fumada debido al peligro del contagio del SIDA. Los efectos dependen de la dosis, vía de administración, frecuencia y condiciones higiénicas. Los efectos físicos son la miosis (Pupilas pequeñas), estreñimiento, enlentecimiento de la respiración y pérdida de sensibilidad al dolor.

En el Síndrome de Abstinencia se produce midriasis (Pupilas dilatadas), lagrimeo, sudoración, escalofríos, diarrea, convulsiones e insomnio. Las Consecuencias psicosociales son los trastornos de la memoria y la atención, insomnio, disminución del deseo sexual, estados confusionales, inseguridad, apatía, depresión, deterioro de la personalidad, desadaptación social, problemas legales, sobredosis e intentos de suicidio.

- Codeína:



Es eficaz por vía oral ya que apenas sufre el fenómeno de primer paso hepático; posteriormente se metaboliza en el hígado en su mayor parte a formas inactivas y una pequeña parte sufre desmetilación convirtiéndose en morfina, a la que debe su poder analgésico.

- Metadona:

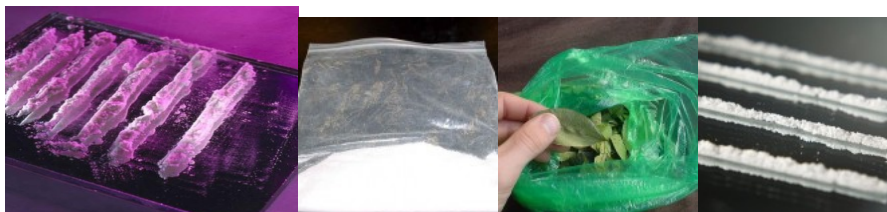


Es un opioide sintético que empezó a utilizarse como sedante y como remedio contra la tos, sin mucho éxito. Hoy en día se comercializa mundialmente en forma de emulsiones, ampolletas y pastillas, se emplea en los programas de desintoxicación y mantenimiento de los farmacodependientes de opiáceos. Es un agonista con propiedades farmacológicas cualitativamente similares a las de la morfina, las dosis terapéuticas de la metadona fluctúan entre los 7 y los 10 mg por vía oral en programas de mantenimiento.

Produce contracción de pupilas, depresión respiratoria, relajación muscular, liberación de la hormona antidiurética, estreñimiento, aumento de la temperatura y de la presencia de azúcar en la sangre; utilizada durante largos periodos puede provocar aumento de peso y entumecimiento.

La tolerancia provocada es alta y se desarrolla con rapidez. Provoca dependencia física y un síndrome abstinencial que demora más en aparecer que el de otros opiáceos, pero tiene una duración mayor (dos semanas, aproximadamente) y es más severo debido a que las concentraciones sanguíneas del psicofármaco permanecen en el organismo durante más tiempo. Vicent Martínez C. (1999- 2006)

Cocaína



Según el CONSEP (2006), es un estimulante que proviene de la planta de la coca, arbusto perenne de América del Sur. De ahí sale la pasta de coca o clorhidrato de cocaína, un polvo blanco que actúa como estimulante del SNC.

Provoca una gran euforia y excitación, con sensación de bienestar. No se siente cansancio físico, ni psíquico, por lo que la persona que la ha consumido sobrevalora sus capacidades.

Muchas personas no consumen de forma habitual, sino ocasionalmente en fiestas o cuando salen de marcha. El tipo de efectos son más parecido al alcohólico. Se presenta una pérdida de control, agresividad, compulsión a tomar la droga, consumo continuado, negación de la existencia del consumo o de los problemas derivados. No produce dependencia física, es psicológica básicamente.

Normalmente se inhala, también puede tomarse de forma oral masticándola o endovenosa. Se vende en papelinas, se corta el polvo para evitar los grumos (muchas veces con el carnet de identidad o tarjetas de crédito), suelen hacerlo encima de un espejo para poder observar como se va inhalando.

Si la cocaína no está preparada para ser inyectada, puede quemar las venas, las deteriora y las hincha, aunque tiene efectos anestésicos locales. Produce sequedad de la boca, lo que provoca un aumento del consumo de alcohol para compensar.

En sus efectos físicos los cocainómanos adictos suelen estar delgados en exceso, da trastornos sexuales por el efecto anestésico, pues se retrasa el orgasmo. Provoca midriasis (mirada cristalina), sequedad de la boca, sudoración, irritabilidad y agresividad.

En el Síndrome de Abstinencia se presenta depresión, apatía, somnolencia, dolores musculares, intranquilidad y crisis afectivas.

Dentro de las Consecuencias psicosociales, produce una falta de apetito, inquietud y agitación, insomnio, alteraciones de las sensaciones, irritabilidad, crisis de angustia, compulsividad, déficit atención y memoria, alteraciones del deseo sexual, apatía, depresión, intentos de suicidio, psicosis aguda, rasgos paranoicos y alucinaciones. Según la edad, clase social y forma de consumo pueden aparecer problemas económicos, laborales, familiares y legales.

- **Crack:**



Es el nombre callejero que se da a los cristales de cocaína (freebase), al procesar la cocaína en polvo para convertirla en una sustancia que se pueda fumar.

Anfetaminas



Son estimulantes del S.N.C., elevan el estado de ánimo, han sido muy empleados como anorexígenos, aunque actualmente son consumidas indiscriminadamente por personas sin problemas de obesidad llegando a la extrema delgadez, al igual que la utilizan los estudiantes y deportistas para disminuir la sensación de fatiga.

La intoxicación produce un estado de euforia que se acompaña de agitación psicomotriz, locuacidad verborreica e insomnio, pérdida del apetito, y dilatación de la pupila, al cesar sus efectos tiene un estado de rebote, pueden generarse manifestaciones depresivas de tipo leve y en ocasiones puede constituir verdaderos cuadros psicóticos denominados: psicosis postanfetamínica.

A nivel psíquico produce labilidad afectiva e irritabilidad que puede evolucionar a conductas agresivas y violentas. También pueden aparecer alucinaciones visuales, auditivas, táctiles y olfativas en las que puede referir sentirse invadido por insectos obligándolo a rascarse incesantemente, pudiendo desencadenar una conducta paranoide, y retraimiento social.

A nivel somático se produce cefaleas, espasmos musculares, temblor, náuseas, vómitos, boca seca, intensa sensación de hambre, sudoración, sensación de vértigo, escalofríos, taquicardia y desnutrición que puede adquirir carácter grave.

Suelen consumirse por vía oral ó en forma de comprimidos y por vía venosa suele producir una intensa sensación de placer comparable a la de la cocaína. Las Anfetas originan tolerancia con rapidez, dependencia psíquica que puede llegar a ser intensa y física con un síndrome de abstinencia tras la supresión.

Dentro de los estimulantes también encontramos los denominados “estimulantes menores”, aquí encontramos la cafeína y la nicotina.

- **Cafeína:**



La intoxicación por cafeína es consecutiva a la ingesta abusiva de sustancias como el café, té, mate o bebidas que contengan cola. Suelen ser sus principales manifestaciones la excitación psíquica (nerviosismo), inquietud, insomnio (cuando el sueño puede ser conciliado se ve sobresaltado por pesadillas), cefaleas, vértigo, disminución de la sensación de fatiga (se retarda sus manifestaciones), conducta hiperactiva, pérdida del apetito, náuseas, diarrea o estreñimiento, espasmos musculares e incluso cuadros de delirio o alucinación.

No suelen presentarse problemas de dependencia física, aunque ocasionalmente puede dar lugar a dependencia psíquica de la personalidad de base del sujeto, esto se puede observar fácilmente en los niños que consumen refrescos de cola.

Se consume buscando la estimulación tratando de conseguir un estado de euforia que contrarreste sensaciones depresivas.

- **Nicotina:**



Es lo que se conoce como una droga institucionalizada, es susceptible de causar una dependencia psíquica e incluso física, dando lugar a un síndrome de abstinencia tras su supresión. La dependencia psíquica suele ser fuerte, mientras que la dependencia física suele ser leve. Entre las manifestaciones del síndrome de abstinencia son frecuentes la ansiedad, irritabilidad (estados de tensión), insomnio (en menor medida somnolencia), cefalea, sensación de fatiga, aumento del apetito, náuseas, diarrea, calambres musculares (especialmente en abdomen), disminución de la frecuencia cardíaca, descenso de la tensión arterial.

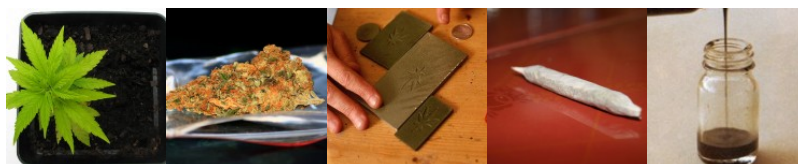
Estas manifestaciones pueden prolongarse hasta quince días y suelen aparecer a pocas horas de la supresión, aunque el síntoma subjetivo más frecuente es la dificultad para realizar tareas que exijan concentración. El consumo de la misma es la responsable de la incidencia de cáncer en los fumadores ya que afecta el aparato respiratorio.

- **Teísmo:**



Estados de intoxicación e incluso dependencia originados por el consumo excesivo de té, que incluso puede dar lugar a estados confusionales y alucinatorios.

Cannabis



Según el CONSEP (2006) las hojas de la planta de cannabis sativa, así como sus sumidades floridas y la resina son los elementos que entran a formar parte, en diversa proporción en las diversas elaboraciones que suelen consumirse fumadas (canuto, petardo, porro) o ingeridas en forma de pasta con las que se elaboran dulces así como bebidas. Como sintomatología física tenemos sudoración, taquicardia, sequedad de boca, cefaleas, congestión conjuntival y aumento de apetito.

La acción de la cannabis es triple ya que altera la percepción produciendo ilusiones y en algunos casos alucinaciones, la afectividad y el pensamiento, comportando todo ello un trastorno de la conducta normal, se la puede definir como una droga psicodélica con una acción psicoactiva de carácter alucinógeno. A dosis bajas la acción es euforizante, a dosis altas la acción es como un alucinógeno. Las

consecuencias psicosociales son la disminución del rendimiento, desmotivación, alteraciones de la memoria y atención, falta de coordinación psicomotora, distorsiones de la percepción (crisis de ansiedad o pánico), riesgo de accidentes.

Las preparaciones elaboradas con hojas tienen menor efecto psicoactivo que las preparaciones que contienen sumidades floridas. Dentro de las cannabis se encuentran:

- Marihuana:



Es la mezcla de hojas, tallos, semillas, flores secas y picadas de la planta conocida como cáñamo (cannabis sativa), y puede ser de color verde, café o gris. Se fuma en forma de cigarrillo (llamado también canuto, churro o moto), en una pipa o en una pipa de agua, también se encuentra en forma de puro, donde a menudo se combina con otra droga como la cocaína crack. Los efectos a corto plazo de su uso son problemas con la memoria y aprendizaje, percepción distorsionada (visual, auditiva, del tacto y del tiempo), dificultad para pensar claramente y para resolver problemas, pérdida de coordinación motriz, aceleración del corazón.

- Hachís:



Es la preparación que contiene, especialmente resina, denominación propia de los países norteafricanos, es conocido como costo, chocolate o goma, se presenta en forma de pastillas para su consumo en forma de cigarrillo, mezclado con picadura de tabaco (porro, canuto o petardo)

Alucinógenos



Son una categoría de drogas que afectan al cerebro de tal manera que la percepción de la persona: su vista, sonidos, sensaciones y su apreciación del tiempo se vuelven muy diferentes e irreales. Los alucinógenos son sustancias que distorsionan la percepción de la realidad, provocan que quienes la usan tengan alucinaciones.

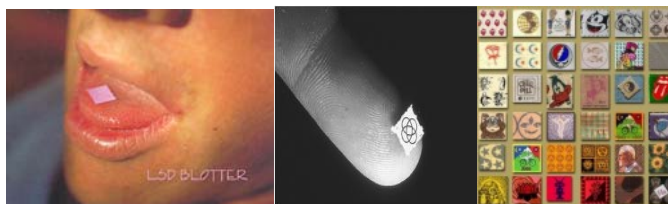
Son sustancias perturbadoras del S.N.C., se trata de drogas que al llegar al cerebro, provocan alteraciones en su funcionamiento neuroquímico que afectan particularmente a la manera de percibir la realidad, pudiendo dar lugar a trastornos sensoriales severos e incluso auténticas alucinaciones, la mayoría de los adictos a los alucinógenos comprenden que las alucinaciones anormales no son reales y están causadas por la droga.

Sus manifestaciones principales son sensación de estar separado o distanciado de los demás, depresión, ansiedad, paranoia, conducta agresiva, confusión y pérdida de control, luego de su supresión puede presentar efectos retardados o flashbacks como el síndrome catatónico (mutismo, apatía, desorientación, movimientos repetitivos)

Existen dos tipos de alucinógenos:

- **Indólicos:** Poseen una estructura que se conoce como anillo indólico y que se encuentran relacionados con las hormonas cerebrales. Estos producen reacciones muy fuertes y rápidas. Los principales son:

a) L.S.D.:



La dietilamida de ácido lisérgico, LSD o LSD-25 es una droga psicodélica semisintética de la familia de la ergolina. Es una de las sustancias psicodélicas más conocidas y potentes. Induce estados alterados de conciencia, comparados en ocasiones con los de la esquizofrenia o la experiencia mística. Coloquialmente, se la conoce como ácido, tripi o tripa (del inglés trip, viaje) Los efectos de la LSD sobre el S.N.C. son extremadamente variables y dependen de la cantidad que se consuma, el entorno en que se use la droga, la pureza de ésta, la personalidad, el estado de ánimo y las expectativas del usuario.

Algunos consumidores de LSD experimentan una sensación de euforia, mientras que otros viven la experiencia en clave terrorífica. Cuando la experiencia tiene un tono general desagradable, suele hablarse de "mal viaje".

Entre los efectos recurrentes están los siguientes: contracciones uterinas, hipotermia, fiebre, niveles elevados de glucemia, erizamiento del vello, aumento de la frecuencia cardíaca, transpiración, pupilas dilatadas, insomnio, parestesia, euforia, hiperreflexia, temblores, sinestesia, hiperestesia, cambios en la percepción del tiempo y de la identidad, cambios en el estado de ánimo, desbloqueo de recuerdos reprimidos.

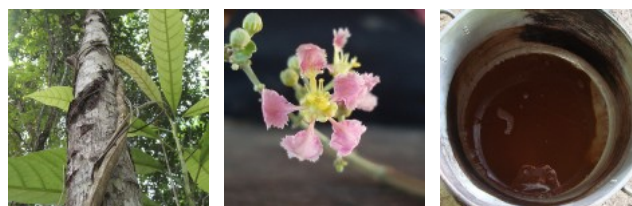
Cuando la sustancia se administra por vía oral, los efectos tardan en manifestarse entre 30 minutos y una hora y, según la dosis, pueden durar entre 8 y 10 horas.²² Más tarde pueden darse flashbacks, durante los cuales el sujeto revive determinados aspectos de la experiencia con la LSD, aun cuando no haya vuelto a consumir la droga. Vicent Martínez C. (1999- 2006)

b) Campanillas Alucinógenas:

Estas plantas producen efectos muy parecidos a los que posee el L.S.D., se utiliza la mayoría de las veces como sustituto del mismo, la más conocida de ellas es la campanilla hawaiana (*argireia nervosa*). La mayoría de ellas no son muy apreciadas porque presentan cierta toxicidad y producen efectos desagradables, como mareos o problemas en el aparato digestivo, sirven también para potenciar los efectos alucinógenos de los hongos.

c) Hongos Mágicos con Psilobicina:

Poseen propiedades similares al L.S.D., aunque sus efectos suelen durar la mitad y son menos intensos que los de aquella droga. Entre los más importantes se encuentran el *Psilobice cubensis* utilizado por los chamanes en sus rituales mágicos.

d) Ayahuasca:

También llamada Yahei o caapi, es muy utilizada por los indios de Amazonas en sus ceremonias rituales, especialmente los ritos de iniciación a la pubertad. Contiene un principio llamado harmina que produce alucinaciones más suaves que el L.S.D.

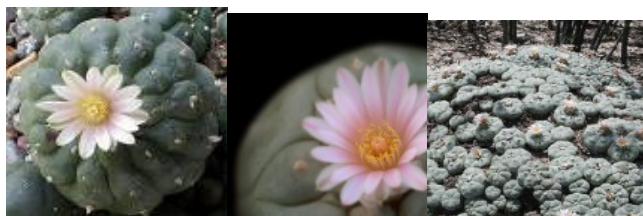
e) DMT (dimetil – triptamina):



Se caracteriza por ser aspirada por la nariz o fumada para obtener alucinaciones de tipo visual muy intensas y de corta duración, que dada su intensidad, no es adecuada para las personas no acostumbradas.

- **No Indólicos:** Son aquellos que no poseen una estructura de anillo indólico y cuya estructura es similar a las anfetaminas y adrenalina, entre estos tenemos:

a) Peyote:



Compuesta por alcaloides, principalmente por mescalina, se ha utilizado como analgésico, contra dolores de muelas, reumatismos, asma y resfriados, los nativos la han utilizado en sus ceremonias religiosas. La toxicidad es baja, sus efectos más perniciosos parecen ser el malestar que produce en muchos casos después de su ingestión, influye en la percepción, fundamentalmente en el sentido de la visión, movimientos convulsivos, que depende fundamentalmente de la personalidad del que ingiere la droga, así como del lugar y ambiente en el que se toma.

Algunos de los efectos negativos son incapacidad de movimiento, dificultad respiratoria, náuseas, temblores en las piernas y anorexia. No crea hábito, ni secuela física, aunque si se produce tolerancia, las sensaciones desagradables desaparecen poco a poco.

b) Alucinógenos Sintéticos: Entre ellos tenemos:

*** MDA (mutilen – dioxi – anfetamina) (droga de amor):**



Está relacionada químicamente con las anfetaminas, tiene propiedades estimulantes que aunque producen inicialmente sensaciones de bienestar físico, conlleva a una falta de vigor y a una sensación de malestar en los músculos, de la mandíbula.

*** MDMA (mutilen – dioxi – meta – anfetamina):**



Se conoce vulgarmente como éxtasis o adán, se consume en forma de pastillas, es una droga muy peligrosa, incluso en dosis normales, por las reacciones cardíacas que conlleva con aumento del ritmo con taquicardias que puede llevar a la muerte del consumidor, es una sustancia de carácter social que se utiliza mucho en las discotecas porque elimina la sensación de cansancio y permite aguantar por mucho tiempo.

También existen otros tipos de alucinógenos como:

- **PCP:**



La fenciclidina o PCP, conocida como polvo de ángel, polvo de estrellas, back, ozono, sherm, jugo, supergrass, es un polvo cristalino blanco que se puede disolver en agua, pero que si se mezcla con otras cosas puede tener diferentes colores, se puede aspirar como polvo, ingerir como píldora o rociar en cigarrillos y fumar. Es una droga muy peligrosa haciendo que el consumidor pierda la conciencia y el control de su cuerpo, distorsionan las percepciones visuales y auditivas y producen sentimientos de aislamiento o disociación del medio ambiente y de sí mismo. Pero estas alteraciones de la mente no son alucinaciones, conocido de manera más adecuada como "anestésicos disociativos".

El tiempo y los movimientos del cuerpo son más lentos, la coordinación muscular empeora y los sentidos se entorpecen, el discurso se bloquea y es incoherente, en etapas posteriores por consumo crónico los usuarios muestran paranoia y alucinaciones; incluso en dosis pequeñas puede provocar incapacidad para hablar y entender lo que sucede, rigidez del cuerpo, en grandes cantidades puede producir vómito, fiebre, convulsiones, coma, muerte, así como deficiencias cardíacas y pulmonares, deprime el cerebro, y los consumidores se en confusos y desorientados un poco después de tomar la droga.

- **Mezcalina:**



Es un alcaloide de origen vegetal con propiedades psicodélicas y alucinógenas. Las formas vegetales suelen tomarse tras secar el cactus, ya que sus principios activos no son volátiles.

La molécula de mezcalina es una fenetilamina, relacionada estructuralmente con el neurotransmisor noradrenalina y la hormona epinefrina. La síntesis química de esta molécula es posible, pero es relativamente costosa.

La mezcalina ha sido utilizada con fines diversos. Tradicionalmente tuvo un rol esencial en rituales religiosos, entre nativos americanos, quienes consideran esta sustancia como promotora de apertura espiritual. Habiendo penetrado en otras culturas, la mezcalina fue utilizada con propósitos recreativos.

Entre los efectos que produce su ingestión están visiones y alucinaciones, distorsión de las coordenadas espacio-temporales, y alteraciones del esquema corporal. Sus efectos varían en función del ánimo del consumidor, sus expectativas, y el medio que le rodea, por lo que tradicionalmente se ha destacado la importancia de que el uso de esta droga fuera unida a preparativos muy concienzudos: los efectos podrían resultar impredecibles.

- **Hipnóticos:** entre estos tenemos:

* **Barbitúricos:**



Son los fármacos con mayor capacidad adictiva utilizados en el tratamiento de la ansiedad y como inductores del sueño, en medicina también se emplea en el tratamiento de la epilepsia.

Algunos adictos consumen grandes cantidades diarias de barbitúricos sin presentar signos de intoxicación, otros consumidores buscan un efecto similar a la borrachera alcohólica y otros potenciar los efectos de la heroína, gran parte de los consumidores obtienen el fármaco de recetas médicas.

Además de tener efectos semejantes al alcohol también producen una intensa dependencia física, su supresión abrupta produce: temblores, insomnio, ansiedad y en ocasiones convulsiones y delirios después de su retirada, puede sobrevenir la muerte si se suspende bruscamente su administración, las dosis tóxicas son solo levemente superiores a las que producen intoxicación, la combinación de los barbitúricos con el alcohol es muy peligroso.

*** Benzodiacepinas:**

Se emplean en el tratamiento de neurosis, sobre todo en casos de ansiedad, tensión emocional, histeria, reacciones obsesivas, estado depresivo con tensión, trastornos emocionales, síndromes de abstinencia producidos por alcohol y barbitúricos y en el control de algunas formas de epilepsia.

El uso prolongado de estos medicamentos, aun a dosis terapéuticas puede causar dependencia. Los efectos secundarios más frecuentes incluyen: somnolencia, vértigo, malestar estomacal, visión borrosa, dolor de cabeza, depresión, temblor, entre otros.

La denominación de estos compuestos, suele peculiarizarse por la terminación –lam o –lan (triazolam, alprazolam) y por la terminación –pam y –pan (diazepam, lorazepam, clonazepam. Su uso prolongado puede causar dependencia, no precisamente se refiere a una adicción, sino a que solamente controlan pero no curan la enfermedad o ansiedad.

- Inhalantes:

Según el CONSEP (2006) son sustancias químicas volátiles que pueden estar presentes en gran cantidad de productos domésticos (gomas, lacas para uñas, acetona...) o de uso industrial (colas, gasolinas...) que tras su aspiración (del vapor o gas) producen un efecto fundamentalmente depresor del SNC y una toxicidad general.

Provoca euforia que recuerda a un estado de embriaguez, excitación psicomotora, sensación de vértigo, habla farfullante, estado confusional, desorientación en tiempo y espacio, reacciones agresivas a consecuencia del estado de embriaguez que dan lugar a desinhibiciones, también pueden surgir alucinaciones de tipo visual que suelen ser muy desagradables al revestir carácter terrorífico, si la inhalación se prolonga puede llegar a causar la muerte; previamente aparecerían manifestaciones convulsivas.

Estas sustancias producen fenómenos de tolerancia, dependencia psíquica así como física, aunque las manifestaciones de la abstinencia no son graves ocasionalmente puede aparecer náuseas, vómitos, dolor abdominal, calambres musculares, trastornos del sueño y reacciones de índole depresiva que se acompaña de irritabilidad.

1.3 PERFIL DEL ADICTO

No existe una estructura definida de personalidad que conduzca a la adicción. La psicodinamia sólo se explica teniendo en cuenta la constelación psíquica que presenta cada caso, cada persona y cada situación particular, lo que resulta importante antes de hacer tratamientos o ir a la remodelación de la conducta, es saber la estructura de la persona, cimientos y situación general de los puntos inestables, mal constituidos o en peligro de derrumbe, cualquier persona puede destruirse en una tentativa fallida de regulación y control de sus conflictos internos mediante las adicciones.

El adicto es el portador del síntoma de una disfunción familiar que resulta enmascarada por las consecuencias de la adicción. El miembro adicto obliga a la familia a realizar un control permanente sobre él. El adicto provoca un desplazamiento del campo de batalla en el que se presentan los conflictos parentales

y familiares y posibilita la postergación o negación de otros problemas preexistentes.

En relación con las características psicológicas de la adicción, mucho se ha escrito sobre los diversos mecanismos de defensa que son utilizados por los adictos para escapar y tratar de negar su realidad, no enfrentar la problemática de su adicción, y no enfrentar las consecuencias que la misma tiene para su vida.

Además de los mecanismos de negación y auto-engaño, el adicto hace uso frecuente de otros mecanismos defensivos entre los cuales se encuentran la proyección, el desplazamiento, la racionalización y la distorsión cuya finalidad sigue siendo el no reconocimiento de su realidad, en relación con el consumo de drogas, y el consecuente escape de la misma.

Otras de las características presentes en los adictos, es la tendencia a la manipulación de las personas que con ellos se relacionan, a las que frecuentemente le provocan sentimientos de culpabilidad y de impotencia. Como se ha señalado por algunos autores, los adictos al manipular a sus familiares y a las demás personas que se encuentran en su entorno, lo hacen porque no pueden tolerar la verdad de su descontrol y además porque se hacen progresivamente menos capaces de llenar sus necesidades de manera sana; se tornan cada vez más dependientes de la manipulación que hacen de las personas que los rodean. Alvarado (1996, página 12)

La invalidación constituye otro mecanismo mediante el que los adictos manipulan a los sujetos de su entorno más cercano, y hacen que estos se sientan incompetentes para cualquier posible intervención de ayuda o confrontación constructiva.

La ambivalencia es otra característica que se encuentra presente en el adicto, este aspira de alguna manera a librarse de las consecuencias de su adicción, pero también desea, simultáneamente, seguir “disfrutando” de los efectos (estimulantes, sedantes, alucinógenos, etc.) que la sustancia consumida le provoca. La solución de este conflicto es algo que resulta de vital importancia para el inicio de un tratamiento efectivo del adicto.

Las características de la personalidad adictiva (personalidad alterada por la adicción) son entre otras las siguientes:

Debilitamiento del Yo, de la voluntad y un aumento de la pérdida de control; una manera particular de conducirse, de sentir y de pensar, a partir del desarrollo de una lógica adictiva que evoluciona lentamente como un sistema de creencias ficticias, engañosas desde el que la vida del adicto será dirigida.

Desarrollo de rituales adictivos a partir de los cuales el sujeto se reafirma en sus nuevas creencias y valores (estilo de vida adictivo); vacío existencial con un predominio de la pérdida o falta de sentido y la ilusión de encontrar un objeto, sustancia o actividad que le proporcione serenidad y satisfacción.

Quebrantamiento emocional lo que hace al adicto vulnerable, susceptible al llanto, a explosiones emocionales, labilidad afectiva, etc.

Según Zaldívar D. (2001) hay un sistema de creencias que subyace a la personalidad adictiva y que explican el proceso hacia la farmacodependencia cuando hay un ambiente favorable:

- La perfección es posible.
- Yo debo tener el poder: éxito, riqueza, etc.
- Yo debería conseguir lo que quiero YA.
- Yo debería estar libre de dolor.
- La vida debería estar libre de esfuerzo.

La imposibilidad de cumplir con ese sistema de creencias hace que se produzcan distorsiones del tipo de:

- Yo no soy bastante.
- Soy incapaz de tener incidencia en el mundo.
- Los sentimientos son peligrosos.
- La imagen lo es todo.
- Yo debería satisfacer mis necesidades indirectamente.

Como resultado, los especialistas proponen los siguientes rasgos que subyacen en la personalidad adictiva:

- Escasa tolerancia a la frustración.
- Dificultades para expresar los sentimientos.
- Adormecimiento emocional.
- Falta de fronteras.
- Sentimientos de soledad y pertenencia.
- Dificultad para ligar presente y futuro, proyectos utópicos.
- Avidéz de poder y control.
- Pseudo-identidad, vacío interior.

Pensamiento Adictivo Abraham J. Twerski (2002)

El fenómeno del pensamiento anormal en la adicción fue reconocido por primera vez por Alcohólicos Anónimos, en donde se inventó el término muy descriptivo de pensamiento desagradable, es decir el adicto se abstiene de consumir pero se comporta de manera muy similar al que se encuentra en consumo activo.

A los adictos los engaña su propio pensamiento distorsionado y del que son víctimas, si no los comprendemos, es posible que nos sintamos frustrados o nos enoje tratar con un adicto, también nos tenemos que dar cuenta de que esa persona padeció mucho durante su adicción activa y de que muchas personas aún están sufriendo de la misma manera.

El pensamiento adictivo no se ve afectado por la inteligencia. Las personas que trabajan en muy altos niveles intelectuales son tan vulnerables a estas distorsiones del pensamiento como cualquier otro, de hecho a menudo las personas con un intelecto inhabitualmente alto presentan grados más intensos de pensamiento

adictivo, por ello, los que son muy intelectuales son los pacientes más difíciles de tratar.

El pensamiento adictivo es diferente del lógico porque no llega a una conclusión con base en evidencias o en los hechos de una situación sino el adicto empieza por la conclusión “necesito un trago” y luego elabora un argumento que justifique esa conclusión, sin importar si es lógico o no lo es, o si está apoyado por hechos.

La gente puede presentar patrones de pensamiento adictivo, que bloquea ciertos hechos, aún antes de caer en el consumo de sustancias químicas, así el pensamiento adictivo no puede ser señalado como único culpable de los efectos de las sustancias químicas en el cerebro.

Otra característica del pensamiento adictivo es que en tanto que distorsiona la percepción de sí mismo, puede no afectar sus actitudes hacia los demás. Así un padre alcohólico activo puede sentirse profundamente frustrado si su hijo, es incapaz de comprender los efectos destructivos de las drogas, de igual manera, el hijo que consume alguna sustancia no podrá entender que su padre vuelva a beber poco después de un riesgo de muerte debido a los efectos del alcohol; es decir, la identificación del pensamiento adictivo debe venir de una tercera persona.

Personalidad y Consumo de Drogas

Según el CONSEP (2006), existe cierta asociación entre trastornos de personalidad y consumo de drogas con riesgo a desencadenar una adicción. Entre los más prevalentes asociados al abuso de sustancias tenemos:

- **Trastornos Perturbadores de Conducta:** Rebeldía con tendencia a transgredir las normas sociales, indisciplina, impulsividad, y/o agresividad, hurtos o tendencia a vínculos con pandillas callejeras, etc. Niños con Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención, muchos de estos niños desarrollan problemas de conducta y con frecuencia estos cristalizan en problemas con alcohol u otras drogas.
- **Trastorno de personalidad Dependiente:** Se deja llevar por el grupo, usualmente pasivo, de poco carácter, que por lo general no asume sus propias decisiones sino deja que otros lo hagan por él; inseguro, con marcadas necesidades

de ser asistidos por los demás. Frecuentemente estas personas son presa fácil de la presión social para el consumo de alcohol y otras drogas.

- **Trastorno de personalidad Evitativa (ansioso):** Es la persona con rasgos de timidez de mucho tiempo con creencias de ser inferior, socialmente inaceptable, con serios problemas para relacionarse a nivel social (especialmente con el sexo opuesto. Por el temor a la crítica, el rechazo a no “caer bien”, muy cohibido, temeroso al fracaso y que con frecuencia usa el alcohol y otras drogas como forma de desinhibirse, relajarse y así poder suplir su deficiencia psicológica personal y enfrentar las situaciones sociales y temores diversos.

- **Trastorno de la personalidad Antisocial:** La característica esencial es un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, que comienza en la infancia o al principio de la adolescencia y continúa en la etapa adulta, además el engaño y la manipulación son características centrales. La angustia es uno de los estados de ánimo en el cual permanece de manera constante, la tranquilidad o desarrollar eventos apacibles les causa aburrimiento, no es raro que ingresen con estas características al consumo.

- **Trastorno Límite de la personalidad:** La característica general es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la auto imagen y la afectividad y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, se caracterizan porque realizan frenéticos esfuerzos para evitar un abandono real o imaginario.

La percepción de una inminente separación o rechazo, o la pérdida de la estructura externa, puede ocasionar cambios profundos en la auto imagen, afectividad, cognición y comportamientos. Son personas que se involucran en apuestas, gasto de dinero irresponsable, abuso de sustancias, prácticas sexuales no seguras o conducir temerariamente, intentos o amenazas suicidas que manifiestan inestabilidad afectiva que es debida a una notable reactividad del estado de ánimo.

- **Trastorno Pasivo Agresivo de la personalidad:** Se caracteriza por presentar un patrón permanente de actitudes de oposición y respuestas pasivas ante las demandas

que exigen un rendimiento adecuado, que se inicia a principios de la edad adulta y se refleja en una gran variedad de contextos.

Manifiestan una resistencia pasiva en sus labores sociales y laborales, constantemente se quejan por incomprensión, son hostiles, manifestando críticas y desprecio irracional por la autoridad, como consecuencia estos comportamientos condicionan modos de protección mediante el consumo de sustancias. Sánchez (1991)

- **Trastorno de personalidad Histriónica:** Trastorno frecuente del género femenino, caracterizado por la tendencia a la exageración en la expresión de sus emociones, con búsqueda constante de ser el centro de atención, con poca tolerancia a la frustración, con tendencia a enfrentar sus problemas o conflictos a través de conductas mal adaptadas: desenfrenos, impulsos, gestos suicidas, manifestaciones conversivas (desmayos, crisis de nervios, cefaleas intensas) o disociativas (estados de trance, desorientación, conductas regresivas) cuya finalidad es manipular su entorno para satisfacer sus necesidades personales.

Este tipo de personalidad con frecuencia usa sustancias para enfrentar sus conflictos de relación y/o sus tensiones extremas, calmando transitoriamente sus angustias para luego cristalizar en la dependencia.

Es necesario plantear que el inicio o mantenimiento de un consumo de sustancias psicoactivas puede no estar asociado necesariamente a una patología específica. A veces, el consumo se deriva de un aprendizaje “accidental”, facilitado por determinadas características de personalidad, particularidad del medio ambiente y propiedades químicas de la sustancia.

1.4 CONSUMO DE SUSTANCIAS

Según en CONSEP (2006) el consumo de sustancias es diverso y se presenta casi siempre a consecuencia de la combinación de factores individuales y ambientales, por experiencia muchas de las personas se inician en el consumo de alcohol y de otras drogas a consecuencia de la desinformación, es curiosidad mal orientada o la

presión que ejercen los amigos; es así que en esta búsqueda de respuestas muchos aceptan consumir drogas, no se debe dejar de lado el factor oportunidad – disponibilidad, que ya que el consumo muchas veces comienza con el uso ilícito de las drogas legales.

Este inicio, bajo cualquier circunstancia, es sumamente peligroso ya que es común comprobar que los usuarios de drogas ilegales se iniciaron en el consumo de drogas legales, las personas tienen su primer contacto con estas sustancias cada vez a edades más tempranas.

Los hábitos y actitudes aprendidos en los primeros años tienen una importante influencia en las decisiones que los individuos tomarán durante su vida. Los niños y adolescentes aprenden a través de la experiencia, necesitan normas e instrucciones para guiar su comportamiento, así como también información adecuada para elegir o decidir correctamente, ven en los adultos modelos a seguir y creen en las decisiones de ellos.

El uso de sustancias es la relación con las drogas, variada tanto por su cantidad como por su frecuencia, y por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, en que no se producen consecuencias negativas en el consumidor ni en su entorno. En la práctica es preciso evaluar minuciosamente antes de calificar como “uso” una determinada forma de consumo, no basta sólo considerar la frecuencia, porque podrían darse consumos esporádicos en los que el sujeto abuse rotundamente de la sustancia, tampoco podemos atender solo a la cantidad, ya que podría haber consumos en apariencia no excesivos, pero repetidos con tanta frecuencia que estarían sugiriendo algunos indicadores de hábito y dependencia.

Es importante tomar en cuenta el estado en que se encuentre el consumidor, ya que por ejemplo, un consumo moderado de alcohol puede derivar en abuso si el sujeto está tomando además tranquilizantes prescritos por su médico, es necesario observar el entorno ya que podría darse un consumo de drogas que no perjudicara al sujeto, pero sí a terceros.

El consumidor de drogas se diferencia secuencialmente por las características que presenta como usuario desde que tiene el contacto inicial con la sustancia:

a) Consumidor Experimental: Inicia el consumo por curiosidad, moda o presión grupal pudiendo continuar el consumo o no, puede que el uso no derive en hábito porque no le gustó o no la requiere, pero la tentación puede arrastrarlo si repite la experiencia con la creencia de que puede controlarse a tiempo.

b) Consumidor Ocasional: El consumo se realiza de forma ocasional o en reuniones sociales, no necesariamente es regular. Inciden los factores de riesgo de tipo social como la presión de los amigos o la disponibilidad de la sustancia, así se repite cada vez que la persona se encuentra bajo circunstancias similares. En esta fase se establece un patrón de consumo de acuerdo a la dosis, hora, lugar de la compra, forma de consumo. El usuario no se percata del incremento de la frecuencia pues su comportamiento se va tornando disfuncional.

c) Consumidor Habitual: Existe un uso regular, con intervalos de tiempos similares. A esta fase se llega después de algún tiempo de permanecer estacionario en el tipo ocasional-social-recreativo de consumo, el tiempo es variable, dependiendo de las diferencias individuales de cada usuario, de la relación entre el sujeto y la sustancia y el correlato social para su uso.

Las características más relevantes son: La configuración típica del encadenamiento y ritual de consumo, el debilitamiento y/o extinción de los mecanismos de autocontrol, la consolidación del comportamiento de consumo y las conductas antisociales, las cuales han producido la interferencia en el aprendizaje de nuevos comportamientos socialmente adaptativos. Esta es una fase de afirmación, es la identificación permanente del individuo con la droga, tiene la información de la sustancia y espera el momento para consumir.

d) Consumidor Perjudicial o Abusador: Según los criterios diagnósticos este es un patrón desadaptativo de abuso de sustancias que conlleva un deterioro o un malestar clínico, expresado por las siguientes características, en un período de doce meses:

- a) Consumo recurrente de sustancias que da lugar al incumplimiento de las obligaciones en el trabajo, la escuela o la casa (ausencia o bajo rendimiento)

- b) Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (conducir un auto bajo efecto de la sustancia)
- c) Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia, (arresto por conducta escandalosa) o,
- d) Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por efectos de las drogas (violencia física y/o psicológica con la pareja)

Estos síntomas se diferencian de los que presenta el consumidor dependiente.

e) Consumidor Dependiente: Este es un patrón en que, a causa del consumo constante de drogas, se ha generado la neuroadaptación en el individuo. Por esta razón la persona centra la atención en la búsqueda (muchas veces por medios ilícitos) de la droga y en su consumo asiduo.

En este tipo de usuarios se presenta el síndrome de abstinencia ante la supresión o disminución de la sustancia. Aquí se determina una etapa de necesidad, cuando el individuo no espera que las circunstancias lo conduzcan al consumo, sino que propicie el contacto, señal que se ha generado la dependencia. La supresión de la sustancia le originaría una serie de trastornos del síndrome de abstinencia.

1.5 DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

Puede ser entendida como una percepción subjetiva de la necesidad de consumir, de intensidad y de generalización variable, es una forma más de abuso, pero no la única, ni en muchos casos la más peligrosa. En la dependencia se prioriza el uso de una sustancia psicoactiva frente a otras conductas consideradas antes como más importantes.

El consumo de drogas, que quizá empezó como una experiencia esporádica, pasa a ser un eje de la vida del sujeto, este dedicará la mayor parte de su tiempo a pensar

en el consumo de drogas, a buscarlas, a obtener dinero para comprarlas, a consumirlas, a recuperarse de sus efectos, etc. El impulso a consumir puede ser más o menos intenso dependiendo de la situación en la que se encuentre el individuo.

Criterios de Dependencia según el DSM-4

Según el CONSEP (2006) basándose en el DSM-4, es un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo expresado por 3 o más de los siguientes ítems en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia
2. Abstinencia
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de esta.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de tener problemas psicológicos o físicos, recidivantes o persistentes que aparecen causados o exacerbados por el consumo.

Según el Prof. Edwin Licones, (2008) básicamente podemos distinguir dos tipos de dependencia:

Dependencia Física: Estado de adaptación fisiológica del organismo a la presencia constante de la sustancia, de tal manera, que necesita mantener un determinado nivel en sangre para funcionar con “normalidad”. Cuando este nivel desciende por debajo de cierto límite, aparece el Síndrome de Abstinencia característico de cada droga.

Dependencia Psíquica o Psicológica: El individuo experimenta compulsión o deseo intenso por consumir periódicamente la droga, para experimentar un estado afectivo agradable (placer, bienestar, euforia, sociabilidad, entre otras) o liberarse de un estado afectivo desagradable (timidez, estrés, náuseas, vómitos, calambres, entre otros).

1.6 ABUSO DE SUSTANCIAS

Según el CONSEP (2006) se produce el abuso cuando hay un consumo en grandes cantidades y circunstancias que se desvían de las pautas sociales o médicas aceptadas en la cultura determinada.

Criterios de Abuso de Sustancias según el DSM-4

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos expresado por uno o más de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o la casa.
2. Consumo recurrente de sustancias en circunstancias en las que hacerlo es físicamente peligroso.
3. Problemas legales repetidos relacionados con las sustancias.
4. Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados por el efecto de la sustancia.

B. Los síntomas nunca han cumplido los criterios para dependencia a sustancias.

1.7 TOLERANCIA

Se caracteriza por disminución del efecto y su duración, por lo que es necesario aumentar la dosis para poder mantener los efectos analgésicos.

Se produce como resultado del fenómeno de “neuroadaptación” neuronal, tras la administración crónica de una droga. Ello explicaría por qué los efectos reforzadores o de recompensa producidos por una droga al principio de su

administración se van haciendo progresivamente menores, por lo que el individuo trata de aumentar la dosis de sustancia inicial de fármaco para conseguir el mismo estímulo reforzador, adquiriendo cada vez dosis más altas para obtener los mismos efectos.

La tolerancia no se desarrolla con igual rapidez para todos los efectos de una droga, incluso no todas las drogas presentan tolerancia, tampoco el organismo se acostumbra de igual manera a los distintos tipos de sustancia.

La relación entre dosis y efectos tan difundida en el caso del alcohol, está condicionada por la tolerancia, por ejemplo en el caso de un adolescente que haya consumido demasiado alcohol o “aguante mucho” no es en absoluto un indicador positivo, no significa que el individuo sea “más resistente” o que el alcohol le haga “menos daño”, por el contrario, se trata de una situación negativa, porque significa que existe un consumo habitual del modo que el organismo sea adaptado y requiere de dosis mayores para conseguir los mismos efectos que tiempos atrás. Según el CONSEP (2006), existen además algunos subtipos de tolerancia:

a) Tolerancia Innata: Es la falta de sensibilidad a un fármaco o droga cuando se administra por primera vez; es variable por factores constitutivos que están en la herencia genética.

b) Tolerancia Adquirida: Es la falta de susceptibilidad a la intoxicación y puede clasificarse en 3 tipos: Farmacocinética, Farmacodinámica y Aprendizida.

c) Tolerancia Conductual: Es un tipo de tolerancia aprendida y se refiere a las capacidades que puede desarrollar el usuario, mediante la experiencia obtenida; le permite desempeñarse adecuadamente a pesar de encontrarse bajo los efectos leves o moderados de las sustancias. En casos de intoxicaciones graves no existe tolerancia.

d) Tolerancia Condicionada: Se analiza el papel del condicionamiento clásico en el de las drogodependencias, fundamentalmente en el caso de las adicciones. En la actualidad está claro que estos mecanismos de condicionamiento, explican en gran medida el fenómeno de la tolerancia condicionada, que consiste en modular los

efectos de una droga por medio de las señales ambientales que están presentes en el momento de su administración.

La respuesta condicionada que se produce es de signo opuesto a los efectos de la droga y se denomina respuesta condicionada compensatoria o tolerancia condicionada, también se ha llegado a demostrar que los síntomas y signos del síndrome de abstinencia se condiciona clásicamente, lo mismo que el deseo. Volkow, N.D. y Ting-Kai, L.(2004)

e) Tolerancia Aguda o Taquifilaxia: Es aquella que se genera de modo muy rápido, por ejemplo en muchos casos una droga se consume de un modo exageradamente abusivo, y se administran dosis repetidas durante una o varias horas y a veces más. En esta forma de dosificación, los efectos de cada dosis subsecuente de la droga disminuirán a lo largo de la misma sesión; esto es lo contrario de la sensibilización, favorecida por un sistema de dosificación intermitente y espaciado.

f) Tolerancia Invertida: También llamada sensibilización. Es una modalidad poco frecuente, en la que el patrón neuroadaptativo se invierte, produciéndose en algunos sujetos al progresar la habituación. Se describe en drogas como la cocaína o el alcohol, por ejemplo; luego de varios años de consumo excesivo se manifiesta una sensibilidad al alcohol mayor que en los primeros años, es decir, la persona que toleraba al inicio cinco a seis botellas, con el pasar de los años con una botella o menos se embriaga.

g) Tolerancia Cruzada: Se presenta cuando se da el uso repetido de dos o más sustancias de una misma categoría farmacológica (por ejemplo el uso simultáneo y continuo de diazepam y alcohol, pues ambos son depresores) o incluso de distinto grupo farmacológico, disminuyendo los efectos al consumir no solo la que se está empleando, sino también otras del mismo mecanismo de acción o similar estructura.

h) Tolerancia Reversible: Cuando se abandona el consumo de la droga, se recupera gradualmente la sensibilidad inicial.

1.8 TRASTORNOS INDUCIDOS POR SUSTANCIAS

Entre los factores de salud mental más reconocidos para el desarrollo de la adicción a sustancias tenemos los siguientes:

* **Depresión:** La depresión que se refiere al estado de abatimiento, tristeza, desesperanza, minusvalía, insomnio, pérdida de apetito e ideas de muerte o intentos suicidas, con variados grados de compromiso funcional en las áreas académicas, laborales o socio familiares de más de dos semanas de duración, desencadenada o no por estresores ambientales (conflictos de pareja, muerte de un familiar, etc.), constituye una de las condiciones que pueden anteceder a la iniciación del uso de sustancias o en su defecto ser secundarias a un consumo excesivo crónico de sustancias.

* **Estrés:** Es una de las condiciones más frecuentes con las que una persona se enfrenta en el diario vivir, es el estado de tensión generados por los múltiples problemas o presiones (personales, familiares, económicos, etc.) que la persona puede estar enfrentando y que es el resultado de la forma como esta aprecia tales estresores y de los mecanismos de afrontamiento que dispone a través de su experiencia de vida. (Goetsch y Fuller, 1993)

Tal situación es con frecuencia el precipitante del consumo de sustancias como forma de aplacar la angustia, la tensión en algunos casos y en otros como forma de olvidar la realidad dura.

* **Ansiedad Generalizada:** Se refiere al estado de ansiedad crónico, la persona se preocupa en demasía por todas las cosas, y tiene tendencia a pensar en las diversas posibles eventualidades negativas de su vida o de sus allegados, por lo general tales personas, dados sus niveles elevados de tensión son candidatos plausibles para el consumo de sustancias como forma de mediar su tensión excesiva.

* **Trastorno de Pánico:** Se refiere a aquella condición que se presenta entre la segunda y tercera década de la vida y que se caracteriza por episodios transitorios (minutos) de crisis de ansiedad, desesperación, falta de aire, sensación de vacío en el estómago, palpitaciones, tensión muscular generalizada, temor a volverse loco o deseos de salir corriendo, que por lo general se acompaña de inseguridad y al repetirse las crisis deviene en un estado de tensión permanente (ansiedad anticipatoria) que hace a la persona muy insegura y limitada con marcadas restricciones, salir por los temores de encontrarse solo.

Es un trastorno que requiere ser reconocido y tratado psiquiátrica y psicológicamente, de manera apropiada dado que se asocia con un curso desfavorable de alcoholismo. Otra consideración es que trae consigo un riesgo elevado de habituación a sedantes por el marcado tinte ansioso.

* **Delirium:** (DSM- 4, 2005; “Seminarios”, Dr. Vega, 2007)

Se puede presentar:

a) alteración de la conciencia:

Baja de la capacidad de: Prestar atención al entorno.

Centrar la atención

Mantener la atención

Dirigir la atención

b) Cambio de funciones intelectivas – cognitivas:

Deterioro de la memoria, de la Orientación, del lenguaje, alucinaciones auditivas y visuales.

- c) Se presenta en un período corto (horas/días) y fluctúa o cambia a lo largo del día.

*** Demencia:** (múltiples deficiencias cognoscitivas)

- a) Deterioro de la memoria – para aprender y retener
- b) Una o más de las siguientes alteraciones:

Lenguaje alterado (afasia)

Deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras (apraxia)

Falla en reconocimiento de objetos (agnosia)

Falla en los procesos de planificación, organización, abstracción, etc.

- c) Los déficits anotados causan deterioro crónicamente significativo
- d) El estado no se debe a otra enfermedad

*** Trastorno Amnésico Persistente:**

- a) Déficit de la capacidad para aprender información nueva o incapacidad para recordar (olvido), información aprendida previamente.
- b) Esto provoca un deterioro significativo en la actividad laboral y social mantenida previamente.
- c) Se mantiene más allá de la intoxicación y la abstinencia
- d) Se demuestra la causalidad de estos límites con la droga consumida.

*** Trastorno Sexual:** (Deseo-excitación-orgasmo-relajación-dolor): Es clínicamente significativo, provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.

*** Trastornos del Sueño:** Alteración prominente del sueño con suficiente gravedad como para merecer una atención clínicamente independiente.

1.9 CAUSAS DE LA ADICCIÓN (Vicent Martínez C, 1999-2006)

Muchas podrían ser las razones que inducen a las personas a drogarse. Entre todas podríamos mencionar las siguientes:

- **La búsqueda del placer:** la necesidad de sentir sensaciones diferentes es uno de los factores que impulsa a las personas a tomar drogas. El vino se ha bebido desde la antigüedad en las comidas o reuniones. Los fumadores describen el placer de fumar un buen después de las comidas o beber un buen coñac. Muchas personas se toman para aumentar el placer en las relaciones sexuales. Los alucinógenos o drogas psicodélicas son las que más se suelen tomar en este sentido.
- **La búsqueda de mayor creatividad:** muchos escritores, pintores o artistas en general han utilizado estas sustancias para incrementar la creatividad. Durante el siglo XIX el opio constituyó la principal fuente de inspiración de muchos escritores. Otros utilizaron habitualmente la cocaína o los hongos alucinógenos como el peyote. En el siglo XX la marihuana junto con la heroína constituyó fuente de creatividad de muchos músicos.
- **En las ceremonias religiosas:** algunas drogas han sido utilizadas como puente con la divinidad en muchas religiones. La misma religión católica utiliza el vino en sus misas. El peyote constituye la base de la religión en muchas tribus americanas.
- **Para superar los problemas personales:** algunas personas se drogan para superar la tristeza, la depresión o la falta de la felicidad personal. Es casi una costumbre de la sociedad más rica recurrir a las pastillas cuando se encuentra nervioso o agitado. El uso desmesurado de ansiolíticos conlleva a

una forma de drogadicción que afecta a la mayoría de las clases sociales de la sociedad occidental. Otras veces el alcohol o los narcóticos pueden constituir una puerta de escape a la infelicidad.

- **Para curar el dolor de la enfermedad:** las drogas pueden tomarse para superar el dolor ante la enfermedad. Al principio el mejor anestésico era el alcohol que fue sustituido con el descubrimiento del opio y sus derivados, la morfina. Aunque las drogas tomadas en este sentido no curan la enfermedad, hacen que la vida del enfermo sea más llevadera. Por ejemplo el uso terapéutico de la marihuana para eliminar los vómitos de los enfermos de cáncer, tratados con quimioterapia esta siendo estudiado con una posibilidad médica aceptable.
- **Como una manera de conectar con los demás:** muchas drogas favorecen la relación social. Es bien conocida la costumbre inglesa de la hora del té, como una excusa para desarrollar la tertulia entre la familia y los amigos. Cada día son más abundantes los cafés donde tomar una copa o una buena taza de café es una buena forma de intimar.

Otras culturas como los nativos sudamericanos, toman coca juntos para sentirse bien consigo mismos y con los otros miembros que forman el grupo. Las drogas cumplen una función social al conseguir que las personas pierdan la inseguridad personal y puedan estar más confiados con su interlocutor. No debemos olvidar aquí que muchos jóvenes entran en el mundo de las drogas precisamente para no sentirse diferente a los demás. Es una manera de sentir que el grupo al que ellos se acercan les acepta.

- **Como una actitud de rebelión:** la prohibición constante a la que se han venido sometiendo las drogas las ha convertido precisamente en algo muy atractivo para los jóvenes que pretenden reafirmar su Yo, oponiéndose a los principios de los mayores. Es la misma prohibición la que determina en los adolescentes el deseo de probar la “fruta prohibida”, que les prohíben los mayores.

- **Como una actitud de experimentación personal:** Otras veces existe una intención individual de probar los efectos que determinadas sustancias ejercen en la mente o en el cuerpo. Este deseo por descubrir es inherente a la mente humana y sería en cierta manera comparable a la inquietud que siente el montañero al llegar a la alta cumbre inexplorada. Muchos personajes célebres quisieron experimentar en su persona los efectos de las drogas como Sigmund Freud, tomaba habitualmente cocaína.

Factores de Riesgo de la Drogodependencia

Según el CONSEP (2006) hay situaciones e vida que van asociados o pueden poner a un individuo vulnerable frente a las drogas estos aspectos pueden ser biológicos, psicológicos, familiares ó sociales. Entre estos factores de riesgo están identificados:

- * Entornos familiares problemáticos, especialmente si en ellos los padres mantienen conductas de abusos de drogas en el desarrollo o sufren alguna patología psiquiátrica.
- * Ineficacia en el desarrollo de las funciones parentales especialmente ante niños que presentan algún tipo de dificultad conductual.
- * Timidez o agresividad en algunos niños ante situaciones cotidianas.
- * Falta de vínculos emocionales entre padres e hijos.
- * Excesivo fracaso escolar.
- * Manejo deficiente de habilidades sociales.
- * Asociación con compañeros problemáticos.
- * Percepción de tolerancia o aprobación hacia el consumo de drogas en el entorno escolar, grupal o comunitario.

CONCLUSIONES

El hombre a lo largo de la historia ha utilizado las drogas como instrumento para contactar con la divinidad, mejorar el rendimiento físico, como elemento lúdico o placentero, agente curativo; para evadirse de la realidad o simplemente pretender superar o soslayar un problema.

En la sociedad actual, las drogas forman parte del entramado del consumo, en lo que se denomina “uso consumista” promovido por las modas, la publicidad y el estilo de vida. La persona, con frecuencia, tiene que decidirse por las diferentes modalidades de consumo que van desde, el consumo moderado, no moderado, el compulsivo, o el uso de forma “responsable”, modalidades que variarán según las circunstancias geográficas, personales, familiares, sociales, laborales, culturales, educativas. Lo cierto es que la persona tiene la capacidad de elegir “libremente” lo que desea consumir y hacerse cargo de las consecuencias.

En la actualidad existe un problema relativamente nuevo de abuso de drogas, planteado por la fabricación ilícita de una gran variedad y en grandes cantidades de sustancias sintéticas (las denominadas “drogas de síntesis”), que copian o refuerzan los efectos de las sustancias fiscalizadas, esto es, que aumentan la probabilidad de problemas derivadas del consumo, ya que normalmente al ser sustancias bastante nuevas no hay una cultura de consumo no perjudicial, y quien las consume suele también consumir otras, dándose interacciones peligrosas.

CAPÍTULO 2

ETAPAS DEL PROCESO DE RECUPERACIÓN DEL ADICTO

INTRODUCCIÓN

La primera tarea en la recuperación es que los adictos reconozcan que tienen una enfermedad que los debilita y que amenaza su vida con el uso de alcohol u otras drogas que alteran el estado de ánimo, deben reconocer que tienen una enfermedad que deteriora su habilidad para permanecer sobrios y vivir una vida productiva.

Otro aspecto importante es el reconocimiento de la necesidad de un programa diario de recuperación que dé apoyo y contención para permanecer sobrio un día a la vez. El proceso de recuperación es evolutivo, es decir, es un proceso de crecimiento y de desarrollo que progresa de tareas básicas a complejas partiendo de la abstinencia hasta llegar a la sobriedad, con la que aprenden a construir un nuevo estilo de vida.

2.1 PERÍODO DE DESINTOXICACIÓN (Saúl Pacurucu Castillo, 1997)

La desintoxicación de sustancias implica una limpieza de toxinas. Consiste en suprimir la sustancia en consumo y tratar las complicaciones, su duración es de una semana, en promedio. La intervención médica es muy importante pues deberá investigarse las características de los síndromes de supresión anteriores, así como del presente episodio y el estado físico y mental del paciente.

2.2 PERÍODO DE NEGACIÓN

Este período según Ana Freud, dentro del libro “Teorías de la Personalidad” (2002) refiere que la negación es un acto inconsciente para aceptar un hecho que altera al Yo. En edad adulta se tiende a “soñar despiertos”, que ciertos sucesos no ocurrieron en realidad. Este vuelo de la fantasía adopta muchas formas, algunas absurdas para

el observador objetivo. La forma de negación más frecuente es recordar los acontecimientos de manera incorrecta.

La negación es el proceso en el cual el sujeto a pesar de formular uno de sus deseos, ideas o sentimientos hasta entonces reprimidos sigue defendiéndose negando que le pertenezca. Dentro de las adicciones la negación es la parte de la enfermedad que dice que una persona no tiene una enfermedad.

Según Narcóticos Anónimos (2000), cuando un adicto está en negación e incapaz de ver la realidad de la misma; minimiza su efecto, culpa a los demás apelando a las expectativas demasiado altas de sus familias, amigos o jefes. Se comparan con otros adictos cuya adicción parece “peor” que la de ellos. Tal vez culpen a una droga en particular y si llevan algún tiempo en abstinencia, quizá comparan la manifestación actual de la adicción, con el consumo de drogas y llegan a la conclusión de que nada de lo que hagan hoy en día será tan malo como “aquello”. Una de las formas más fáciles de saber que un adicto está en negación es ver que dan razones convincentes pero falsas sobre su comportamiento.

2.3 PERÍODO DE ACEPTACIÓN

La adicción lleva a las personas a un lugar en el cual no pueden seguir negando la naturaleza de su problema, cuando observan claramente en que se ha convertido su vida, se derrumban todas las mentiras, justificaciones y fantasías; comprenden que ha estado viviendo sin esperanzas, se dan cuenta que no tienen amigos o mantienen relaciones falsas, parece todo perdido cuando llegan a este estado, pero es necesario que lleguen al mismo para aceptar su problema y embarcarse en su viaje de recuperación.

Una parte importante para la aceptación del problema con las drogas es la rendición, que es lo que sobreviene una vez que se ha aceptado el primer paso (“Admitimos que éramos impotentes ante nuestra adicción y que nuestra vida se había vuelto ingobernable”), como algo cierto para ellos y la recuperación como solución y el no querer que su vida sea como antes y sentirse como se sentían antes.

En el primer paso hay que centrarse en la honestidad, la receptividad, la buena voluntad, la humildad y la aceptación. La práctica del principio de la honestidad

empieza con admitir la verdad sobre la adicción y sigue con la práctica cotidiana de la honestidad.

Practicar la receptividad implica sobre todo estar preparados para creer que puede haber otra forma de vida y que están dispuestos a probar. El principio de buena voluntad empieza cuando las personas piensan en la recuperación. La forma más pura de expresar el principio de humildad es la rendición, la humildad se identifica más fácilmente como la aceptación de lo que en realidad son; ni mejores ni peores de lo que creían ser cuando consumían, tan sólo humanos.

Para practicar el principio de aceptación, deben hacer algo más que limitarse a admitir que son adictos, cuando aceptan su adicción, sienten un profundo cambio interior que se acentúa por una creciente sensación de esperanza, también empiezan a sentir paz, hacen las paces con su adicción, con su recuperación y con el significado que esas dos realidades llegarán a tener en su vida, aceptación es cuando empiezan a ver la recuperación como un don valioso y el trabajo relacionado con ella como algo igual de problemático que cualquier otra rutina de la vida.

2.4 PERÍODO DE MOTIVACIÓN Y DESHABITUACIÓN (Saúl Pacurucu Castillo, 1997)

Fase muy importante que consiste en lograr que el paciente adquiera conciencia de su enfermedad y el deseo de curarse, es decir que rompa el proceso de dependencia. Se tratará de que el paciente vislumbre nuevas formas de vida sin sustancias. Para esto se requiere una terapia de largo alcance que puede ir de algunas semanas a varios meses.

2.5 PERÍODO DE RECUPERACIÓN- REHABILITACIÓN (Saúl Pacurucu Castillo, 1997)

En esta fase se estabilizarán los logros alcanzados en la etapa de motivación y deshabituación, con el objetivo de conseguir la reinserción familiar, laboral y social. Se prolonga por largos años y es básicamente ambulatoria. Tiene importancia el apoyo de los grupos de autoayuda.

2.6 SOBRIEDAD (Gorski, Millar, 2005)

Fase que va ligada a la educación en prevención de recaídas, ya que en esta etapa emergen síntomas los cuales son causantes de recaídas en la recuperación, lo importante es corregir el daño a la salud física, psicológica y social causada por la adicción motivando a la persona a llevar una vida sana y productiva sin la necesidad de drogas y otros comportamientos compulsivos, cuando estos síntomas basados en la sobriedad se vuelven lo suficientemente severos aún sin consumir se denomina “Síndrome de Recaída”, por lo tanto es esencial el manejo de los mismos para mantener la sobriedad, este proceso incluye:

- * Entendimiento y aceptación de que los síntomas interfieren con la habilidad de recordar, pensar con claridad, manejar sentimientos y emociones.
- * Vencer la vergüenza, culpa, miedo de “volverse locos”.
- *Ejercicio, juego, los cuales sirven para reducir y manejar el estrés.
- * Una vida balanceada, es decir incluir tiempo para la relajación, desarrollo de redes sociales nuevas, redefinir roles y reglas del usuario y su familia que se han hecho disfuncionales por el consumo.
- * Solución de problemas familiares, de trabajo y sociales que fueron creados por la adicción activa.
- * Salud, la primera regla para una persona en recuperación para una buena salud incluye abstinencia de toda droga que altera el estado de ánimo, incluyendo drogas prescritas a menos que sean absolutamente necesarias para manejar otros problemas de salud.
- * Alimentación, llevar una dieta balanceada, evitar azúcares concentrados, cafeína, nicotina (las personas en recuperación son sensibles al estrés)
- * Crecimiento espiritual, los adictos son impotentes sobre su condición y no pueden manejar sus vidas hasta que no acepten la ayuda de un poder superior.

El tratamiento más exitoso combina a los 12 pasos de A.A., consejería y terapia profesional. “Un estilo de vida que conduce al uso, no es conductor a la sobriedad”

2.7 SINDROME DE ABSTINENCIA

Cuando existe una situación de dependencia de una sustancia y esa droga se suprime o se reduce, el organismo responde con un conjunto de síntomas físicos y psíquicos que reciben el nombre de síndrome de abstinencia. El síndrome de abstinencia varía con cada droga. Algunos de los síntomas que comparten los distintos síndromes son ansiedad, irritabilidad, insomnio, fatiga o náuseas.

Ciertos síndromes requieren asistencia médica y se controlan con medidas terapéuticas sintomáticas o sustitutivas (sustancias menos nocivas, de efectos parecidos, que se retiran progresivamente).

En una persona adicta, el síndrome de abstinencia aparece entre doce y dieciséis horas después de interrumpir el consumo y se caracteriza por ansiedad e irritabilidad, seguidas de temblores, calambres musculares, sudoración, náuseas y vómitos, que se hacen más intensos entre el segundo y tercer día. A veces, se produce un delirium tremens, un cuadro grave que requiere asistencia médica y se caracteriza por un estado de confusión (delirio) con alucinaciones terroríficas y excitación intensa.

De hecho, el síndrome de abstinencia es el principal obstáculo para recuperarse de la adicción.

CONCLUSIONES

En este capítulo hemos revisado las diversas etapas o fases por las que transcurre el adicto en recuperación, las cuales según el análisis realizado podemos entender más fácilmente partiendo de siete períodos evolutivos.

Inicia con la Desintoxicación siendo su objetivo limpiar las toxinas por el consumo de la sustancia, se refiere a suprimir la ingesta de la misma.

Una vez que la persona está libre de consumo, entra en el período de Negación, en el cual no acepta su problema ni su internamiento, pasando varias semanas antes de aceptar los conflictos que acarrea la sustancia y su impotencia ante la misma, y la manera ingobernable de llevar su vida.

Posteriormente inicia el período de Motivación, en donde la persona empieza a tomar conciencia de su enfermedad y muestra el afán de recuperarse y trabajar en el programa, dando paso a la etapa de Deshabitación en la cual aprende a diferenciar los beneficios de abandonar el consumo, y las desventajas de mantenerse en ello.

Consecutivamente inicia el período de Rehabilitación, donde la persona trabaja en la reinserción familiar, laboral y social, teniendo gran relevancia los grupos de auto ayuda.

Luego se presenta la etapa de Sobriedad, conociendo que la adicción es una enfermedad crónica que nunca se va a ir, las personas en recuperación deben mantener un estilo de vida centrado en la sobriedad que ponga como prioridad el manejo del estrés, resolución de problemas y el ser honestos en las relaciones interpersonales. También deben tener conciencia de su potencial adictivo y evitar cuidadosamente los químicos adictivos y comportamientos compulsivos.

La abstinencia completa es un importante paso para lograr la recuperación a largo plazo. Abstinencia completa se refiere al completo cese del uso de manera sostenida.

Durante la adicción activa la obsesión por el uso, hace difícil para el adicto, concebir la abstinencia completa como una opción. De esa manera se produce el fenómeno de sustitución, durante el cual, el adicto cambia de sustancias pero continúa usando.

Otras veces en sus intentos obsesivos por controlar su adicción, el adicto disminuye la cantidad y/o la frecuencia del uso, pero vuelve al patrón compulsivo, con lo que el uso se hace continuo. La abstinencia es lo opuesto al uso y a la sustitución.

En todas las adicciones se presenta un síndrome de abstinencia cuando se detiene el uso. La naturaleza y la severidad de este síndrome depende del tipo de droga, la gravedad de la adicción, y la personalidad del adicto. A veces es necesario la detoxificación asistida clínicamente para poder lograr la abstinencia inicialmente. Luego de pasado este período, el mantener la abstinencia depende del grado de conciencia y motivación de la persona en recuperación, y de lo efectivo de su plan de cambios.

CAPITULO 3

ADICCIÓN Y TERAPIA DE GRUPO

INTRODUCCIÓN

La psicoterapia es un proceso de comunicación entre un psicoterapeuta (es decir, una persona entrenada para evaluar y generar cambios) y una persona que acude a consultarlo (paciente o cliente que se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida en este último, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos o afectos).

Además, el término psicoterapia no presupone una orientación o enfoque científico definido, siendo considerado denominativo de un amplio dominio científico-profesional especializado, que se especifica en diversas orientaciones teórico-prácticas.

3.1 TIPOS DE INTERVENCIONES TERAPEUTICAS

Según el Dr. Lucio Balarezo Ch. (1998), existen tres tipos de intervenciones terapéuticas:

Psicoterapia: es el método de tratamiento de enfermedades mentales, desajustes emocionales y problemas psíquicos, por medio de recursos psicológicos, sobre todo la palabra, en un marco de interacción personal.

Asesoramiento: Dentro de está se va a señalar los conceptos de algunos autores:

Proceso que tiene lugar en una relación de persona a persona entre un individuo perturbado por problemas que no puede manejar solo y un profesional cuya formación y experiencia lo califican para ayudar a otros a alcanzar soluciones para diversos tipos de dificultades personales. (Hanh & Maclean, 1955).

Es una relación en la que una persona se esfuerza por ayudar a otra a comprender y resolver sus problemas de adaptación. (English & English, 1958).

Proceso que implica relaciones interpersonales entre un terapeuta y uno o más clientes: el primero emplea métodos psicológicos basados en el conocimiento sistemático de la personalidad humana para tratar de mejorar la salud mental de los segundos. (Patterson, 1967).

Proceso mediante el cual la estructura del yo se relaja en el medio seguro de la relación con el terapeuta y se perciben experiencias previamente negadas que se integran entonces en un yo modificado. (Rogers, 1969).

El asesoramiento es un proceso de interacción que facilita una comprensión significativa del yo y el medio y da como resultado el establecimiento y/o esclarecimiento de las metas y los valores con miras a la conducta futura. (Shertzer & Stone, 1972).

Consejería: Es la exposición libre de la opinión propia del psicólogo sobre un tema determinado o una alternativa de solución con un alto componente directivo y que nosotros le consideramos exclusivamente como una forma de comunicación.

Según Lucio Balarezo,(1998) los tres tipos de intervenciones terapéuticas tienen algunas semejanzas y diferencias. Especialmente entre asesoramiento y psicoterapia.

Semejanzas:

- Se refieren en términos generales, a la relación de ayuda que se brinda a una persona o personas con problemas.
- Se encuentran dentro del contexto de la conducta o comportamiento humano.
- Manifiestan criterios sobre salud mental participando en mayor o menor medida en las fases respectivas.
- Persiguen como meta influir en sentido positivo sobre la personalidad.
- En todas se privilegia la acción interpersonal sobre de todo de tipo verbal, como recurso a través del cual se brinda ayuda.

Diferencias:

- La psicoterapia supone el tratamiento de enfermedades psíquicas, hecho que conlleva implícitamente la noción de enfermedad por su propio concepto, mientras que el asesoramiento y la consejería se aplican más a las personas normales con problemas de adaptación o conflictos personales e interpersonales.
- Existe diversa formación académica entre los profesionales que actúan en estas disciplinas; la psicoterapia se relaciona con la psicología clínica y sus ramas afines, mientras que el asesoramiento tiene que ver con la Psicología Industrial, Educativa y otras ramas relacionadas entre sí.
- El contexto de trabajo es diferente; mientras que la psicoterapia se ejerce en servicios de Salud Mental, ya sean hospitales generales o psiquiátricos, el asesoramiento se orienta a instituciones educativas y laborales.
- La intensidad de la relación y el tiempo de contacto es diferente, pues la psicoterapia es un proceso más profundo y de mayor duración que el asesoramiento.

3.2 CONCEPTO DE PSICOTERAPIA

Etimológicamente psicoterapia proviene de las palabras griegas: Psyche: alma y Therapeia: estudio de los medios curativos o alivio de dolencias.

Basándonos en la Enciclopedia de Psicología (1994), la psicoterapia es la interacción, planeada y confidencial, entre un paciente y un terapeuta entrenado y socialmente aprobado, que se unen para combatir los grandes y pequeños males de la mente. La psicoterapia no determina el cambio, sino el paciente o sujeto es la parte activa y el que de verdad lo produce apoyado en la psicoterapia y en el psicoterapeuta.

Irwin G. Sarason y Barbara R. Sarason en su libro “Psicología Anormal (1996), sostienen que la psicoterapia es el intercambio entre un paciente y un terapeuta. Estos intercambios, que son verbales y no verbales, buscan la comprensión de lo que se encuentra en la mente del paciente. Después, esta comprensión se utiliza como base para los esfuerzos por cambiar las formas inadaptadas de pensar, reaccionar ante las situaciones y relacionarse con los demás, que tiene el paciente.

Para Lucio Balarezo (2003), la psicoterapia debe definirse como una técnica de tratamiento psicológico que corresponde “más a la psicología que a cualquier otra ciencia; su raíz misma le ha sido dada precisamente por la psicología”. Se la define como “el tratamiento de desórdenes psíquicos o mentales, ante el empleo de influencias mentales”. Balarezo cita los siguientes conceptos de otros autores:

Eysenck, la define como el intento de alterar el comportamiento y la emoción humanos en una forma benéfica de acuerdo a las leyes del aprendizaje.

Sluchevski manifiesta, “la Psicoterapia es el conjunto de las variadas medidas de acción terapéutica que tienen por objeto ir por medio de la palabra sobre la actividad de la corteza. La psicoterapia se realiza por medio de sugestión, de explicación y de convencimiento”.

Román Toledo y Rodríguez Rivera, la definen como “La rama o modalidad de la terapéutica médica que metódicamente utiliza la comunicación humana, basándose en los aportes de las ciencias que estudian la personalidad, que se desenvuelve en el marco de la relación (equipo-paciente/s), produciendo un aumento, una recodificación, o ambos de la información del sistema nervioso central, que modifica el factor físico existente en toda enfermedad”.

Domínguez, define a la psicoterapia, “como el tratamiento por medios psicológicos de los problemas y trastornos emocionales de la personalidad”.

La definición propuesta por Whitfor Delgadillo, es que la psicoterapia, es una “técnica de tratamiento psicológico cuyo instrumento esencial es la palabra dentro de una relación psicoterapeuta- paciente, cuyo objetivo fundamental es el promover

las transformaciones cuantitativas y cualitativas de la personalidad, transformaciones que encuentran su materialización únicamente en la actividad social”.

El instrumento esencial dentro de la psicoterapia constituye la palabra o la comunicación verbal, son elementos de importancia el uso de técnicas aversivas, la relación terapeuta- paciente, el control de los fenómenos afectivos resultantes de la relación psicoterapéutica. Lucio Balarezo Chiriboga (2003)

3.3 TIPOS DE PSICOTERAPIA

Se utilizan distintos tipos de Terapia, la elección de la terapia depende de la naturaleza y gravedad del desorden y de características del paciente como edad y nivel intelectual. El tipo de terapia empleado refleja el entrenamiento y posición teórica del terapeuta, las posibilidades asequibles y otros factores externos. Distintos tipos de terapia pueden combinarse para tratar a un mismo individuo. Existen muy pocas formas de tratamiento que sean estrictamente específicas para un desorden emocional dado.

El ser humano es bio-psico-social y estas tres estructuras se interrelacionan e interactúan constantemente, es por ello que cuando se expresa algún tipo de alteración, el terapeuta debe considerar cuales son las estrategias más adecuadas para enfrentarse al problema, sean estas farmacológicas, psicoterapéuticas o de rehabilitación psicosocial.

Existen diferentes tipos de intervenciones psicoterapéuticas, dentro de las que se encuentran:

Psicoanálisis

Según la enciclopedia del a Psicología (1994), el psicoanálisis freudiano puede considerarse como la primera de las escuelas de psicoterapia, una psicoterapia que pretendía iluminar los rincones más oscuros de la mente. Aunque parece ser que hoy en día con las nuevas tecnologías, se ilumina cada vez mejor lo desconocido y pierde fuerza el método psicoanalítico.

El psicoanálisis presupone que muchos problemas están alimentados por los residuos de impulsos y conflictos reprimidos en la niñez. Los psicoanalistas tratan de llevar estos sentimientos reprimidos al plano del conocimiento consciente, en donde el paciente podría resolverlos.

Al adquirir gradualmente una percepción de los orígenes del trastorno, la persona sometida al análisis “elabora” los sentimientos sumergidos. El paciente tumbado en un diván empieza a hablar de lo que se le va ocurriendo de una forma franca y sincera, mientras el analista, situado fuera de su campo visual va tomando notas y apenas interviene y solo de vez en cuando interpreta el material que aporta el psicoanalizado. El diván y una cierta distancia entre el psicoanalista y el paciente permiten la relajación de este último y la concentración en la manifestación de sus ideas más íntimas.

En la asociación libre, el paciente expresa los pensamientos y sentimientos en la manera más libre y desinhibida posible, esta expresión da como resultado un flujo de ideas que no se limita con interrupciones, ni explicaciones. El análisis de los sueños y fantasías también es importante en el psicoanálisis.

A lo largo de este proceso el sujeto analizado puede corregir sus pensamientos, omitir material que parece superficial o impertinente, cambiar de tema o quedarse en blanco.

Para el psicoanalista esos obstáculos que impiden la fluidez son resistencias. Las emociones intensas que se desencadenan en el transcurso de la sesión, a veces dan origen a profundos sentimientos y actitudes hacia el terapeuta, identificado con la dependencia, el amor o la cólera que se sintió en el pasado respecto a otras personas, pero que a la vez son referencias de algo nuevo que está ocurriendo, es la denominada transferencia, que puede ser positiva (atracción o enamoramiento hacia el psicoanalista) o negativa, (rencor hacia el mismo). Identificar estas percepciones, discutir las con entera franqueza e integrarlas finalmente en la conciencia del paciente forma parte de la reeducación emocional que el analista efectúa.

En ocasiones, la transferencia actúa en sentido contrario y el terapeuta experimenta fuertes emociones frente al paciente, es la contratransferencia, que afecta la relación terapéutica.

Las sesiones pueden ser de dos a cuatro por semana y se prolonga a lo largo de unos cinco a seis años; el psicoanálisis tradicional es un proceso lento y caro, de ahí arranca los intentos por impulsar el acortamiento del tratamiento psicoanalítico, mediante las denominadas “psicoterapias dinámicas breves”, que hace hincapié en la transferencia que suele ser temprana y se interpreta activamente y el terapeuta adopta una posición más activa dentro de la psicoterapia.

Terapia Dinámica Breve

Por lo general se realiza con el cliente y el terapeuta sentados uno frente al otro o casi frente al otro. Se alienta al cliente para que revise las relaciones anteriores con sus padres y otras personas importantes, pero el terapeuta también dirige la atención a las situaciones que enfrenta el cliente en la actualidad.

Se espera que el cliente lleve la mayor parte de la conversación, mientras que el terapeuta psicodinámico incluye, de manera ocasional, frases aclaratorias para ayudar al cliente en la comprensión de la dinámica del problema que lo llevo a buscar ayuda profesional. Irwin G. Sarason y Barbara R. Sarason, (1996)

Terapia Conductual

Irwin G. Sarason y Barbara R. Sarason en su libro Psicología Anormal (1996), destacan que la terapia conductual es un esfuerzo para cambiar la conducta inadecuada. Los terapeutas de conducta tratan de reemplazar los pensamientos problemáticos y las formas de comportamiento desadaptadas por cogniciones y conductas más constructivas.

El principal criterio terapéutico es el cambio de la conducta manifiesta, para lo cual utiliza técnicas basadas en el condicionamiento operante y clásico. Las técnicas operantes que se emplean en este tipo de terapia llevaron a una corriente que se conoce como modificación de la conducta.

La aproximación del condicionamiento clásico da como resultado una variedad de técnicas de desensibilización que se utilizan para reducir el temor que sienten las personas a situaciones específicas u objetos particulares.

La modificación de conducta se refiere a la aplicación de los principios de aprendizaje operantes para producir un cambio específico en el comportamiento. A pesar que la modificación de conducta se origino como una técnica basada en el condicionamiento operante, en la actualidad, la combinación de aproximaciones conductuales y cognoscitivas constituyen las estrategias que más se utilizan para los programas de cambio conductual. Los métodos de condicionamiento operante emplean programas de reforzamiento y modelamiento para lograr en forma gradual la respuesta deseada.

Se pueden utilizar señales especiales para destacar una situación que requiere de una respuesta en particular. El desvanecimiento se refiere a la eliminación gradual de estas señales especiales cuando ya no son necesarias.

Los reforzadores positivos (como los premios o el dinero), se emplean para reforzar las respuestas deseadas. La economía de fichas es una de las aplicaciones más comunes de los principios operantes para modificar el comportamiento inadaptado; en una economía de fichas, los pacientes, reciben como recompensa fichas por conductas socialmente deseables, las fichas después se pueden intercambiar por artículos o actividades deseados.

Para eliminar las respuestas indeseables se pueden utilizar los procedimientos de extinción y castigo, cuando se emplea el castigo para eliminar una respuesta, es buena idea reforzar positivamente una respuesta alterna más deseable.

Otro desarrollo importante en los últimos años es el uso de procedimientos de biorretroalimentación, en los cuales el individuo es reforzado siempre que tiene lugar un cambio asignado en el funcionamiento corporal, en el que el individuo es capaz de controlar los procesos internos, como la temperatura corporal o el ritmo cardíaco, que se relacionan con la inadaptación.

Terapias Cognoscitivas

La terapia cognitiva tiene sus inicios con el psicólogo Aaron Beck (s.a.). En psicología se utiliza el término “cogniciones”, para referirse a las ideas, pensamientos o creencias que las personas tienen de los acontecimientos reales. Es fácil entender las relaciones existentes entre nuestro modo de apreciar un evento determinado y la emoción que este nos produce; las cogniciones que elaboramos sobre un acontecimiento son los responsables del tipo de emoción que experimentamos.

Las personas no se trastornan por las cosas, sino por la visión que tienen de ellas; hacer interpretaciones negativas y poco realistas de las situaciones que se viven son los que producen estados de depresión y ansiedad. Las interpretaciones negativas y poco acordes con la realidad se presentan automáticamente, de manera casi refleja y al margen de cualquier razonamiento.

La terapia cognitivo- conductual, refleja el interés cada vez mayor por parte de los terapeutas conductuales en las modificaciones cognoscitivas como medio para influir en las emociones y los comportamientos. Esta aproximación a la terapia emplea una variedad de técnicas conductuales, como un programa graduado de actividades, tareas y representación de papeles, junto con un esfuerzo por identificar y modificar las cogniciones irreales. Los terapeutas conductuales dan un planteamiento más directo a los problemas de sus pacientes.

Las intervenciones cognitivo-conductuales se concentran en corregir las malas interpretaciones de las personas, reforzar sus habilidades de afrontamiento y los sentimientos de control de su propia vida y facilitar una conversación constructiva consigo mismo, o las cosas que por lo regular se dicen las personas al enfrentar distintas clases de situaciones. Por ejemplo, en lugar de decir “Nunca podré hacer todo eso”, podría decir, “Lo voy hacer poco a poco”.

Existen cada vez más evidencias de que el entrenamiento cognitivo-conductual puede ser más efectivo para ayudar a las personas a superar sus temores y aumentar sus habilidades de afrontamiento. Un factor importante parece ser la sensación de autoeficacia por parte del paciente; es decir, la creencia del paciente de que es capaz de realizar las tareas. Las sensaciones de autoeficacia aumentan cuando los individuos adquieren nuevas habilidades, que a su vez los alientan a reforzar las propias aún más.

Si las personas poseen las habilidades necesarias y existen incentivos adecuados, las expectativas de eficacia pueden ser determinantes, ya sea para iniciar un comportamiento de afrontamiento, la cantidad de esfuerzo que se va invertir y durante cuánto tiempo se mantendrá ese comportamiento frente a circunstancias que provocan estrés. Las expectativas de auto eficacia se pueden alterar por medio de logros en el desempeño, experiencias vicarias, persuasión verbal o activación emocional; de estos, los logros en el desempeño tienen el efecto más positivo en las sensaciones de autoeficacia (Bandura, 1982- 1986)

Parece ser posible que las expectativas de autoeficacia se encuentran entre los contribuyentes más importantes al cambio conductual.

Otra técnica muy utilizada dentro de la terapia cognitiva es el registro de pensamientos, el cual consiste en cambiar los pensamientos automáticos por otros más realistas, el terapeuta y el paciente deben trabajar juntos durante las sesiones para encontrar pensamientos alternativos adecuados ante las circunstancias del medio ambiente. Ruin G. Sarason y Barbara R. Sarason, (1996)

Terapia de Exposición

Las terapias de exposición se basan en el principio de que la exposición continua a los estímulos que provocan ansiedad, la reduce a niveles controlables, a la vez que disminuyen las respuestas fóbicas. La exposición consiste en un acercamiento gradual hacia una situación que provoca ansiedad. En estas condiciones la ansiedad que se experimenta en la situación se mantiene en un nivel relativamente bajo.

Existe la exposición in vivo, que consiste estar en la situación en realidad, y la exposición fantaseada, que es creer que se está en la situación. Si el tratamiento es efectivo por lo general se puede observar una mejoría en cinco o seis sesiones.

Terapias Humanistas y Existenciales

Las terapias Humanistas dan importancia al deseo por parte de las personas de lograr el respeto de sí mismas. Los terapeutas existenciales, cuyos puntos de vista con frecuencia se superponen con los de los terapeutas humanistas, hacen énfasis en la necesidad de confrontar las preguntas básicas sobre la existencia, como: ¿Cuál es el significado de mi vida?, ¿Me escondo de mí mismo?, etc.

Dentro de este grupo se encuentran varios enfoques terapéuticos, entre los principales, tenemos:

Terapia Centrada en el Cliente

Carl Rogers, el creador de la terapia centrada en el cliente, consideró que el individuo busca el crecimiento personal pero necesita el apoyo de un terapeuta que lo aprecia y lo acepta.

El terapeuta es un facilitador no directivo que alienta la autoexploración del paciente y sus esfuerzos por lograr más madurez y confianza en sí mismo. Dentro de la terapia centrada en el cliente el terapeuta no emite juicios, facilita el proceso de comprensión de sí mismo al servir de espejo al paciente.

El terapeuta que se centra en el cliente cree que las percepciones y cogniciones determinan si un individuo tiene relaciones interpersonales cálidas y positivas o relaciones forzadas que provocan emociones desagradables. Conforme el paciente reestructura su punto de vista del mundo, las emociones problemáticas como la ansiedad y el enojo se vuelven menos fuertes.

Los terapeutas centrados en el cliente suponen que una consideración positiva incondicional aumentará la autoconcepción y el conocimiento de sí mismo por parte del paciente que, a su vez, lo llevará a cambiar su comportamiento.

Terapia Existencial

Las terapias existenciales hacen énfasis en el presente y la necesidad de reconocer la unicidad de cada paciente. El objetivo principal de la terapia existencial radica en ayudar a los pacientes a manejar los aspectos básicos con respecto del significado y dirección de su vida y las elecciones mediante las cuales dan forma a su destino.

Estos terapeutas consideran que su labor principal es ayudar a las personas solitarias a hacer elecciones constructivas y obtener la suficiente confianza para satisfacer su unicidad en lugar de reprimir y distorsionar sus experiencias.

Terapia de la Gestalt

La terapia de la gestalt se centra en las percepciones que los clientes tienen de sí mismo y del mundo. Se basa en el reconocimiento de que las personas organizan de una forma inconsciente sus percepciones como una gestalt (un todo significativo e integral) Un terapeuta de la gestalt emplea varias técnicas, que incluyen la representación de papeles en un esfuerzo por estimular al cliente para que exprese sus emociones fuertes.

Fritz Perls, el creador de la terapia de la Gestalt, hizo énfasis en la relación entre las percepciones distorsionadas, las motivaciones y las emociones.

Los terapeutas de la Gestalt creen que la ansiedad y los trastornos de personalidad surgen cuando las personas disocian de la conciencia partes de sí mismas, en especial la necesidad de la gratificación personal.

Terapia de Pareja

La psicoterapia de pareja se puede considerar un subtipo de la terapia familiar. Las parejas recurren a la terapia conyugal porque una o ambas partes creen que la relación está en problemas y consideran la posibilidad de terminarla por medio del divorcio o la separación. Al consultar juntos al terapeuta, la pareja puede identificar los problemas con mayor facilidad y alterar las formas que se relacionan entre sí.

La ventaja principal de la terapia conyugal es que el terapeuta, como observador imparcial, puede ser testigo de las interacciones de la pareja en lugar de escucharla con una información subjetiva. La terapia de pareja se puede llevar a cabo desde varias perspectivas, este tipo de terapia busca ayudar a la pareja a fomentar la comunicación, expresar los sentimientos, ayudarse entre sí y disfrutar de las experiencias que se comparten.

Los terapeutas conyugales reportan distintos patrones de síntomas entre las parejas. En algunos casos, cada parte del matrimonio exige demasiado del mismo aspecto a la otra parte: servicio, protección, cuidado, etc. En otros casos los cónyuges combinan los problemas de cada uno al complementarse entre sí. Con frecuencia, la terapia conyugal busca revelar lo que está oculto.

Terapia Psicosexual

Para Lucio Balarezo (2003), el manejo de los trastornos sexuales, que comúnmente son la frigidez y la impotencia, merecen una definición y un tratamiento más extenso y general que el sintomático.

Considera que el manejo de estos problemas conlleva necesariamente un asesoramiento matrimonial o de pareja que supere el estricto tecnicismo y mecanismo planteado por orientaciones conductistas, alcanzando resultados satisfactorios.

Kaplan, asevera que la terapia sexual se caracteriza por orientarse en un síntoma sexual específico (anorgasmia, disparemia) y por integrar métodos de la conducta y asesoramiento.

En la frigidez y la impotencia, las sesiones requieren de la participación de la pareja, la misma que interviene durante el proceso revisando los resultados de las tareas asignadas en la sesión anterior, mientras el terapeuta brinda apoyo al progreso conductual, confronta las resistencias en el proceso, interpreta los conflictos intrapsíquicos y asigna nuevas tareas. Otra recomendación puede ser la de descartar el factor orgánico o funcional que puede ser la causa primaria de éstos.

Terapia Sistémica

Hiram Castro López, (s.a) considera al individuo y al grupo como un sistema biopsicosocial al que se puede acceder por dos vías durante el trabajo terapéutico: la entrada A constituida por las características y las actitudes y la entrada B mediante el control de la ansiedad. Ambas confluyen hacia la modificación fina del sistema. Se proponen sesiones semanales de una hora a una hora y media en un total de doce semanas.

La Terapia familiar tiene como objetivo la superación de la crisis del momento acogiendo como estructura básica del tratamiento de la dinámica interaccional y comunicacional; o por el contrario se debe procurar un desarrollo y un nivel más óptimo de crecimiento en el grupo familiar.

Otras orientaciones trasladan el interés de lo familiar hacia lo individual, con la afirmación de que la estructura disfuncional está determinada por las características de personalidad de sus integrantes, buscando en último término una dirección que modifique los rasgos fundamentales de los individuos.

Una de las características fundamentales de esta orientación terapéutica es el hecho de considerarse una terapia de acción, cuyo principal objetivo es el de modificar el sistema familiar, para lo cual el terapeuta se asocia a este sistema y desafía los aspectos y estructuras disfuncionales de la homeostasis familiar.

Un paso previo a la elaboración diagnóstica familiar es pues, la incorporación del terapeuta a este sistema, en este proceso, este se liga y se desliga, de acuerdo a las necesidades que se produzcan en la acción terapéutica, tendiente a liberar al paciente identificado y a modificar las pautas conflictivas de la familia. Durante el proceso se asignará tareas familiares cuya repetición y ejercitamiento va logrando las modificaciones esperadas.

El terapeuta también emplea la retroalimentación para compartir su propia visión y su propia experiencia con la familia y complementar de este modo, la orientación en el cambio terapéutico.

Terapia Aversiva

Es la aplicación de estímulos desagradables con el objetivo de inhibir una conducta indeseable. Los recursos que se emplean en la terapia aversiva son:

- Fármacos
- Estimulaciones eléctricas
- Recursos Sensorio-perceptivos
- Apareamiento Imaginario

Esta terapia ha sido ensayada en el tratamiento de obsesiones, compulsiones, fetichismo, homosexualidad, farmacodependencia, alcoholismo, etc.

Psicoterapia Infantil

La aplicación de las diferentes técnicas psicoterapéuticas en los niños requiere de las mismas pautas de referencia empleadas en el tratamiento de los adultos.

Es fundamental que el abordaje técnico se sustente en un planteamiento teórico determinado, en el cual se planifique la actividad y se busque las medidas auxiliares, que siendo fundamentales van enfocadas al apoyo que la familia tiene en la resolución del problema, al extremo que el tratamiento de los niños se transforma en la mayoría de los casos en tratamiento familiar. En la terapia con niños la conversación se sustituye por el juego. Lucio Balarezo, (2003)

Terapias Psicosomáticas

Todas las terapias son administradas por un médico o bajo la supervisión del mismo, los psicólogos pueden colaborar con los médicos de varias maneras: pueden ayudar a determinar que pacientes tienen más posibilidades de beneficiarse con una terapia en particular y evaluar el progreso en el curso de la terapia. La contribución que pueden hacer los psicólogos para el desarrollo de las terapias somáticas es dentro del campo de la investigación.

Las terapias somáticas son bastante variadas y se agrupan a causa de su naturaleza médica común. En la aplicación práctica de esta terapia se debe considerar la probabilidad de que existan efectos secundarios, indeseables de naturaleza física y psicológica, aunque la incidencia y gravedad de dichos efectos varían según cada paciente, el nivel de dosificación y otras circunstancias.

Psicocirugía: es el nombre que se le da a la aplicación de técnicas quirúrgicas en el tratamiento de los desordenes funcionales, en contraste con los órganos.

Terapia de Choque: Se agrupan una serie de procedimientos para inducir artificialmente estados de coma o convulsivos. Los agentes que se emplean principalmente son la insulina y la electricidad.

Terapia Electro Convulsiva: Se induce mediante el pasaje de corriente eléctrica a través de la corteza cerebral. El paciente no siente dolor, ya que el electrochoque produce inconsciencia inmediata, dura alrededor de un minuto. El paciente por lo general permanece en estado de estupor por cerca de una hora.

Los tratamientos se utilizan varias veces por semana, la duración total depende de la respuesta del paciente al tratamiento y el grado de mejoría; el TEC se emplea principalmente con casos en los cuales la depresión es el rasgo principal o el síntoma fundamental. El efecto inmediato de este tratamiento es un grave deterioro de la memoria, pero esto disminuye gradualmente.

Psicofármacos: Las drogas se han utilizado de muchas formas y durante mucho tiempo en el tratamiento de los desórdenes mentales.

Una aplicación diferente de las drogas se encuentra representada por el narcoanálisis, en el cual las técnicas psicoterapéuticas se introducen mientras el paciente se encuentra en un trance inducido mediante narcóticos, el estado de relajación producido permite que el paciente reviva experiencias traumáticas que de otra manera podría provocar excesiva ansiedad.

Los medicamentos que prescriben medicinas desean aumentar al máximo sus efectos terapéuticos y reducir al mínimo sus consecuencias adversas. (“Seminarios en Clases”, tomado de la Cátedra de Psicopatología, Aguilera ,2004)

3.4 TERAPIA DE GRUPO

Concepto

Según Lucio Balarezo (2003), un grupo consiste en dos o más personas que comparten normas con respecto a ciertas cosas cuyos roles sociales están estrechamente intervinclados”.

“Dos o más personas que entran en contacto voluntario una relación de proximidad y una interacción que producen cambios en cada uno de los individuos”. Shertzer y Stone, (s.a).

“Dos o más individuos ligados por una conciencia común entre quienes existen acciones e interacciones encaminadas a la satisfacción de un objetivo”.

El resultado de la participación en grupo permite que los miembros interactúen o influyan unos sobre otros, produciéndose modificaciones, porque todos participan y comparten con los demás sus experiencias.

Los grupos se clasifican de acuerdo a las categorías y variables empleadas: el tamaño, la naturaleza de la interacción, las metas, propósitos y organización.

Grupo Primario: Es aquel en que la interacción es cara a cara, el tamaño reducido, los lazos emocionales intensos y la conciencia de relación común sentida.

Grupo Secundario: Se caracteriza por sus relaciones frías, impersonales, formales y por la vinculación de sus miembros a través de comunicaciones indirectas.

Endogrupo: Es el grupo con el que el individuo se identifica en virtud de su “conciencia de pertenencia” y que generalmente determina las actitudes subjetivas del sujeto.

Exogrupo: Grupo con el cual no se identifica el individuo y que se lo expresa como “ellos”, “los otros”, para denotar distintos grados de antagonismo, prejuicio, odio o apatía.

Grupo Social: Caracterizado por una meta visualizada, estructura formal, existencia de reglas y reglamentaciones, heterogeneidad y menor carácter voluntario en la incorporación.

Grupo Psíquico: Con propósito poco explicitado, estructura informal, existencia de pocas reglas, homogeneidad y mayor voluntad en la incorporación.

En un grupo terapéutico, es necesario prestar atención tanto al funcionamiento de cada paciente como al del sistema interpersonal. Dentro del grupo sus integrantes comparten en cada sesión, los acontecimientos que pueblan su vida cotidiana, para analizar la dinámica de los procesos y promover cambios adecuados, se requiere manejar la mayor cantidad de puntos de vista sobre la experiencia personal.

La experiencia más generalizada en terapias individuales es que las personas adictas manipulan al terapeuta y abandonan precozmente los tratamientos, en cambio, los grupos de autoayuda, se han mostrado muy eficaces en el proceso terapéutico, es particularmente interesante y exitosa la experiencia de ex adictos que trabajan en la recuperación de personas que inician sus procesos terapéuticos. De León, (1995)

Los grupos terapéuticos son abiertos y en ellos los pacientes más antiguos se desempeñan acogiendo a los más nuevos. En los grupos participan de diez a quince personas como máximo, pero cuando se tratan de grupos focalizados lo más indicado es que sean de seis a ocho integrantes.

3.5 BENEFICIOS DE LA TERAPIA DE GRUPO (Kaplan, 1996)

Algunos autores creen que los pacientes con adicciones pueden beneficiarse desde muy pronto de la terapia, siempre que se de prioridad a la abstinencia.

Las primeras intervenciones deben dirigirse a la disminución de la negación por parte del paciente adicto y deben intentar evitar, al mismo tiempo, la inducción de afectos negativos demasiado pronto, es decir, las personas dependientes de sustancias químicas deberían poder llegar a tener una visión dura y fría de sus defensas y patologías de carácter que les impide percibir de manera adecuada sus patrones conductuales contraproducentes.

Este tipo de pacientes deben aprender a afrontar los conflictos interpersonales sin tener que recurrir al consumo de sustancias para autotranquilizarse o regular sus afectos.

Los beneficios de la terapia de grupo son:

- Apoyo positivo y presión para mantener la abstinencia por parte de los demás participantes.
- Identificación recíproca y oportunidad de experimentar que no se encuentran solos en la lucha en contra de su obsesión compulsiva por el consumo de sustancias químicas.
- Oportunidad de comprender sus propias actitudes y su negación de la adicción al tener la oportunidad de confrontar actitudes y defensas similares en otros pacientes.
- Aprendizaje experiencial e intercambio de información que conlleve la idea de que la abstinencia tiene siempre primacía, potenciando que el paciente asuma su identidad como adicto.
- Identificación, cohesividad, esperanza y apoyo en un encuadre definido y estructurado con unos límites precisos que favorecen la distinción entre las consecuencias que son responsabilidad del paciente (tomarse la primera copa) y aquellas de las que no son responsables (la propia enfermedad de la adicción)
- La oportunidad de tomar conciencia de cómo sus estilos caracterológicos interpersonales obstaculizan su capacidad de establecer relaciones sanas y gratificantes con los demás.

3.6 ESTRATEGIAS Y REQUISITOS GRUPALES

Kaplan y otros autores, han aportado numerosas sugerencias sobre la adaptación y modificación de las estrategias terapéuticas grupales para el abordaje específico de los problemas y características de este tipo de paciente.

Estos autores coinciden en que la abstinencia es un momento crucial, en la recuperación de cualquier individuo que sufra un trastorno por abuso de sustancias. Apoyan la inclusión del paciente en un programa de doce pasos, al tiempo que su participación en una terapia grupal.

Todos utilizan algún tipo de terapia grupal de orientación interpersonal, fundamentada teóricamente en el modelo de terapia grupal interaccional de Yalom (1985)

La mayoría de ellos combinan la teoría de Yalom con una adaptación de los principios de la terapia grupal psicodinámica, realizando algunas modificaciones técnicas relativas a la propensión del paciente adicto a reincidir en el abuso de sustancias cuando no se presta una atención especial a los altibajos de la ansiedad, vergüenza, rabia y culpa, especialmente durante las primeras etapas del tratamiento. Debido a la influencia radical de AA y otros programas de Doce Pasos, los terapeutas grupales deben estar bien familiarizados con el lenguaje y la filosofía de estos programas.

3.7 ABORDAJES TRADICIONALES EN TERAPIA EN ADICCIONES

Doce Pasos de NA y AA

1. - Admitimos que éramos impotentes ante nuestra adicción, que nuestra vida se había vuelto ingobernable.
2. - Llegamos a creer en un poder superior a nosotros mismos podía devolvernos el sano juicio.
3. - Decidimos poner nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios, tal como le concebimos.
4. - Sin miedo hicimos un detallado inventario moral de nosotros mismos.

5.- Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas.

6.- Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios eliminase todos estos defectos de carácter.

7.- Humildemente le pedimos que nos quitase nuestros defectos.

8.- Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos hecho daño y estuvimos dispuestos a enmendarlo.

9.- Enmendamos directamente el daño causado a aquellas personas siempre que nos fuera posible, excepto cuando el hacerlo perjudicaría a ellos u a otros.

10.- Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitimos rápidamente.

11.- Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, tal como lo concebimos, pidiéndole solamente conocer su voluntad para con nosotros y la fortaleza para cumplirla.

12.- Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los adictos y de practicar estos principios en todos los aspectos de nuestra vida.

Los 10 Mandamientos de la Recuperación

1.- La desintoxicación es solo la primera etapa del tratamiento del alcoholismo y la drogadicción.

2.- No existe un “único Tratamiento”, que sirva a todos los individuos.

3.- El tratamiento no necesita ser voluntario para que sea efectivo.

- 4.-La posibilidad de recaídas durante las primeras veces debe ser tomado en cuenta y ser detectado oportunamente.
- 5.- La recuperación del alcoholismo y la drogadicción es un proceso a largo plazo.
- 6.- El uso de medicamentos es un elemento importante en el tratamiento de muchos individuos.
- 7.- La terapia individual, grupal y familiar son los componentes claves de un tratamiento efectivo.
- 8.- El tratamiento debe ser flexible y estar fácilmente disponible para el adicto.
- 9.- El tratamiento debe enfocar aparte del uso d alcohol y drogas, problemas médicos, psicológicos, sociales, laborales y legales asociados.
- 10.- El permanecer en tratamiento por un adecuado período de tiempo es crucial para que este sea efectivo.

¿Es Usted un Adicto?

- ¿Ha notado que una vez que empieza a consumir alcohol o drogas, usted se “pica”, o puede parar?
- ¿Ha usado alcohol o drogas por períodos más largos de los que deseaba?
- ¿Desea ahora o ha deseado en el pasado dejar de consumir o por lo menos controlar el uso de alcohol o drogas?
- ¿Ha dejado de cumplir alguna responsabilidad debido a que ha estado intoxicado, chuchaqui o en abstinencia?
- ¿Ha dejado de hacer algún trabajo o actividades sociales o recreativas debido al uso de alcohol o drogas?

- ¿Ha tenido problemas físicos, psicológicos o sociales causados o empeorados por el uso de alcohol o drogas?
- ¿Ha continuado usando alcohol o drogas a pesar de que le están causando problemas físicos, psicológicos o sociales?
- ¿Ha notado que usted aguanta más cantidad de alcohol o drogas desde que empezó a consumir?
- ¿Ha presentado usted malestar físico o se ha enfermado al día siguiente de haber consumido alcohol u otras drogas?
- ¿Ha usado alcohol o drogas para aliviarse del malestar del chuchaqui o del uso de drogas?

Las Reservas Mentales

¿Qué Son?

Son ideas, actitudes, imágenes equivocadas sobre uno mismo y sobre el alcohol y las drogas, que utiliza el alcohólico y el adicto para no recibir o abandonar un tratamiento, lo que le conduce a continuar en el consumo o las recaídas.

Lista Maestra de Reservas Mentales

- Mi caso es diferente, yo no soy borracho como otros.
- Todo es cuestión de fuerza de carácter.
- Dejar las drogas y/o el alcohol es fácil.
- Yo tomo como cualquiera, de vez en cuando.
- Solo es cuestión de uno, esto de dejar el alcohol y las drogas.
- Yo nunca estuve rodando en las calles.
- Yo he dejado un buen tiempo y cualquiera se toma un trago a veces.
- Voy a fumarme solo dos pistolas.
- Voy a tomarme solo un par de copitas.
- Para mí, suficiente unos cinco días y me recupero.
- Yo tomo cuando quiero y dejo cuando quiero.
- Alcohólicos son los que están durmiendo en las calles.
- Yo tomo, pero trabajo, soy responsable.
- Mi problema es solo la base, yo si puedo tomar un trago.
- Yo tomo todos los días pero poco.
- Yo sólo bebo cerveza.
- Yo bebo porque todo el mundo bebe.
- Yo sólo bebo con doctores, jefes y gente importante.
- El problema es mi familia, no me comprende.
- Yo sólo tomo en las fiestas, para divertirme.
- Ya sería lo último si con esto volviera a beber.
- Ya bebí pues, así es la vida.
- Le prometo que esta es la última vez que estoy en el CRA.
- Con esta experiencia, se necesita ser muy bestia para volver a tomar.
- Bebo porque me hacen tener iras y por despecho.
- Yo sé cuando dejo el trago.
- Yo voy a dejar el trago y las drogas, pero poco a poco.
- Por mi profesión tengo que tomarme un trago con ellos. Yo no bebo todos los días.
- Yo no soy alcohólico, quiero solo un tratamiento desde fuera.
- Volveré a tomar cuando arregle mi vida.
- ¿Cómo no voy a beber, si me encuentro con un amigo a los años?

¿Por Qué Estamos Aquí?

- Por que no existe refugio alguno para escondernos de nosotros mismos.
- Hasta que no nos confrontemos a los ojos y corazón de los demás, seguiremos escapando.
- Quien no permite a los demás compartir sus secretos, no estará libre.
- El que teme ser conocido no podrá conocerse, ni conocer a los demás estará solo.
- ¿Dónde podremos conocernos mejor si no es en nuestros puntos comunes?
- Aquí, juntos podemos manifestarnos claramente, no como el gigante de nuestros sueños, ni el enano de nuestros temores sino como un ser que forma parte de un todo con su aporte a los demás.
- Sobre esta base enraizamos y crecer no solos como en la muerte, sino vivos para ser nosotros mismos y para los demás.

Herramientas para Prevención de Recaídas

1. Quererse a uno mismo.
2. Ser responsable en nuestra recuperación.
3. Practicar en todo momento la honestidad.
4. Ser humilde dejando el falso orgullo.
5. Trabajar en nuestra espiritualidad.
6. Asistir a 90 reuniones, en 90 días de un grupo de ayuda (CRA)
7. Integrarse a un grupo de autoayuda (A.A o N.A.)
8. Practicar los 12 pasos.
9. Aplicar el plan de las 24 horas, solo por hoy no bebo o no consumo drogas.
10. No asistir a reuniones sociales durante un período de 6 meses.

11. Asistir a las consultas con los médicos y terapeutas.
12. No tener enredos emocionales en el primer año.
13. Reconocer sus reservas mentales y desecharlas.
14. No vivir el pasado, ni futurizar, solo el hoy.
15. Ser receptivo, tener mente abierta para aceptar las sugerencias.
16. Acatar las sugerencias como órdenes.

3.8 COMUNIDAD TERAPEUTICA

Las comunidades terapéuticas son centros de internación en los que las personas con problemas adictivos conviven bajo ciertas normas aceptadas por todos los internos y donde los más antiguos o ya rehabilitados contribuyen a facilitar la rehabilitación de los que van incorporándose al tratamiento.

El éxito de las comunidades terapéuticas puede radicar en el hecho de que se forma un vínculo especial entre los ex adictos recuperados y los nuevos que ingresan. Entre estas personas se genera una intensa solidaridad y deseo de ayudarse, considerando que todos han vivido el drama de forma similar, por otra parte el haber vivido las características del proceso adictivo impide que se produzcan conductas o manifestaciones propias del trastorno adictivo.

3.9 PERFIL DEL TERAPEUTA GRUPAL

Héctor Fernández Álvarez y Roberto Opazo, (2004), citan a Guy (1987), el mismo que destacó las siguientes características para llegar a ser un buen psicoterapeuta:

El terapeuta es curioso e interesado en adentrarse en la conducta humana, capaz de escuchar, se siente cómodo en la conversación, es empático y comprensivo, tiene una mentalidad orientada a lo psicológico, es emocionalmente preceptivo y capaz de sentirse cómodo ante una amplia gama de emociones, inclinado a la introspección, es capaz de renunciar a la gratificación personal y puede practicar la autoabnegación, es tolerante ante la ambigüedad, capaz de expresar calidez y preocupación, tolerante con la intimidad, el contacto y la cercanía, maneja el poder con comodidad y puede reír.

Opazo Castro (2001), identificó las siguientes características variables en los terapeutas: disposición a la ayuda, bienestar psicológico, capacidad de empatía, facilidad de motivación y diversidad de experiencias.

Por otro lado hay una cantidad de temas significativos y relacionados con el problema de las habilidades que debería adquirir un aspirante a psicoterapeuta como parte de una experiencia formativa exitosa. Algunos de estos temas son los siguientes: el currículum de la formación, los modelos y métodos de entrenamiento, el uso de manuales en la formación y la efectividad en el entrenamiento.

CONCLUSIONES

Dentro de la psicoterapia existe una gran diversidad de corrientes, enfoques y conceptos teóricos aplicados al ámbito psicoterapéutico, que dan origen a otras tantas maneras de establecer este contexto de comunicación. Sin embargo, dos características que unifican a la psicoterapia son:

1. El contacto directo y personal entre el psicoterapeuta y quien le consulta, principalmente a través del diálogo.
2. La calidad de relación terapéutica del contexto de comunicación, esto es, una relación de ayuda destinada a generar un cambio en quien consulta.

Dentro del tratamiento de las adicciones, la psicoterapia grupal es básica, ya que en este contexto, el adicto presenta la oportunidad de identificarse con el otro, además de compartir sus vivencias y sentimientos, que de manera individual son reprimidos.

La mayoría de terapeutas dentro del trabajo de las adicciones tienen un enfoque cognitivo – conductual, el mismo que es óptimo para el tratamiento. Al realizar el estudio correspondiente concluimos que un enfoque integrativo es mas eficaz , ya que abarca muchos aspectos acorde a las demandas del grupo.

Una psicoterapia no se limita a intentar modificar síntomas sino que está dirigida a cambiar la personalidad, los rasgos que producen sufrimiento, los automatismos en las relaciones interpersonales surgidos desde la infancia que estuvieron fuera del control de la persona y que le ocasionan perturbaciones en su vida cotidiana.

CAPITULO 4

ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DEL PROYECTO PSICOTERAPÉUTICO INTEGRATIVO GRUPAL

OBJETIVOS

Objetivo General

Elaborar y aplicar un plan de psicoterapia grupal a pacientes adictos hospitalizados en el CRA durante un período de tres meses.

4.1.2. Objetivos Específicos

- Elaborar una guía de plan terapéutico en relación a las etapas del proceso de recuperación con pacientes hospitalizados en el CRA.
- Valorar la efectividad de esta modalidad terapéutica, en relación a nivel de adaptación, ansiedad y motivación para la abstinencia e información de la enfermedad.
- Conocer algunas características demográficas con respecto al sexo, edad, tipo de sustancias y diagnósticos.
- Conocer cuáles son las características conductuales del adicto.
- Diseñar una guía de trabajo para los estudiantes que realicen las pasantías en el centro.

4.2 . METODOLOGÍA DEL TRABAJO

Para iniciar nuestro trabajo seleccionamos los integrantes del mismo basándonos en ciertos parámetros necesarios para que la investigación sea válida, revisando las historias clínicas de los pacientes elegidos.

Continuamos con la aplicación de test psicológicos, los mismos que determinan la situación actual del paciente antes de iniciar el proceso terapéutico, estos son:

- o **Test de Autoestima “Cirilo Toro Vargas” (1994).** Este test evalúa la autoimagen, es decir cómo las personas se sienten consigo mismas, la misma que se compone de pensamientos y sentimientos sobre cómo son y actúan las personas. Mientras más positivas sean, mayor será el autoestima, mientras más negativas sean las personas, menor será el autoestima.
- o **Cuestionario de Alcoholismo,** el mismo que es una escala que consta de dieciocho items para evaluar el nivel de conocimiento del sujeto sobre el tema de las adicciones.
- o **Inventario de Depresión de Beck,** el cual fue desarrollado en un primer momento como un instrumento de 21 items que evaluaba la intensidad de la depresión, posteriormente autores desarrollaron una versión paralela, transformando cada item en cuatro o seis frases que van en orden creciente de intensidad, en este inventario se da importancia al componente cognitivo de la depresión.
- o **Test de Motivación,** que tiene un enfoque psicológico el cual solo ofrece orientación y carece de valor diagnóstico.

Informe Psicológico estructurado, permite que la información obtenida de los instrumentos anteriores se sintetice y se ordene adecuadamente.

Posteriormente se realizaron 27 sesiones terapéuticas con 1 hora de duración, 4 días a la semana, en un lapso de tres meses. Cada sesión con una temática diferente basadas en las necesidades a satisfacer del grupo. Este programa planificado según las diferentes etapas de recuperación por las que atraviesa el paciente adicto:

PERÍODO DE DESINTOXICACIÓN

- Tratamiento Médico
- Evaluación Psicológica

PERÍODO DE NEGACIÓN

- Presentación del grupo
- Diálogo socrático
- Confrontación con la realidad
- Evaluación de las pérdidas
- Bote salvavidas
- Aclaración de los valores
- Reconstrucción de periódico
- Retroalimentación
- Autobiografía de valores
- Concienciar sobre los daños que las diferentes sustancias han hecho en sus vidas
- Trabajar con testimonios y personas recuperadas

PERÍODO DE ACEPTACIÓN

- Rol playing
- Historia existencial
- Psicodrama
- Collage
- ¿Cómo podrá ser diferente su vida?
- ¿Qué es lo que ve?
- Línea de la vida
- Quema de culpas

PERÍODO DE MOTIVACIÓN

- Trueque de un secreto
- “Yo soy”
- “Lo que no saben de mi...”
- Dar retroalimentación positiva
- Dinámicas de integración grupal

PERÍODO DE DESHABITUACIÓN

- Psicoeducación

PERÍODO DE RECUPERACIÓN – REHABILITACIÓN

- Reconocimiento de si mismo
- Tipo de personalidad
 - Psicoeducación
 - Cuestionario de diferentes rasgos de Personalidad
 - Trabajos en grupo
 - Manejo más óptimo de si mismo
- FODA
 - Acentuar lo positivo
 - Manijas del reloj
 - Virtudes y defectos
 - Técnica de la piedra y la flor
 - Aceptando nuestras debilidades
 - Descubriendo mis necesidades y motivación
 - Silla caliente
- Autoestima
 - Alabanza: Dando y recibiendo reatrolimentación positiva
 - Collage II
 - Anuncio de periódico
 - ¿ Cómo podría ser diferente su vida?
 - Derechos asertivos

- Autoestima baja y alta
- Jactándose
- Caricias pro escrito
- Metas y logros alcanzados
- Una larga y alegre vida
- Afrontamiento de la frustración
- Feedback
- Silla Vacía
- Niño Herido
- Trabajo con plastilina de situaciones dolorosas
- Control de la Agresividad
- Situaciones que producen enojo
- Explosión de Emociones
- Técnica de la almohada
- Impulsividad
- Técnicas de Relajación
- Técnicas de Respiración
- Técnicas de tensionar y aflojar el cuerpo
- Técnica de visualización
- Técnica de Regresión
- Técnica de Valorar la vida
- Técnica del Perdón
- Técnica de los limones
- Sobriedad
- Elaboración del Plan de Vida
- Área Cognitiva
- Área Conductual
- Área Familiar
- Área Laboral
- Área Social
- Economía
- Salud
- Prevención de Recaídas

ABSTINENCIA

- Psicoeducación

En último lugar aplicamos la batería de test final para medir la evolución del paciente y de esta manera evaluar el programa y sus resultados.

4.3. UNIVERSO Y MUESTRA

La investigación que se va a realizar es de tipo cualitativo, con una muestra de nueve pacientes internos en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA) comprendidos entre la edad de dieciocho y cuarenta años, los mismos que serán seleccionados según el período de internamiento.

Basándonos en los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión:

- ❖ Personas que se encuentren en rehabilitación de consumo de alcohol y drogas durante un período de tres meses en el CRA.
- ❖ Sexo masculino.
- ❖ Edad comprendida entre dieciocho y cincuenta años.

Criterios de Exclusión:

- ❖ Pacientes que no han alcanzado el nivel de instrucción primaria.
- ❖ Paciente con un tipo de internamiento menor a tres meses.
- ❖ Pacientes con deterioro cognitivo.
- ❖ Pacientes con otros trastornos mentales diversos (psicosis, demencia, trastorno bipolar, etc.)

4.4.PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS

La cuantificación y el análisis se realizaron a través del proceso estadístico, lo que nos permitió obtener una información más sintetizada.

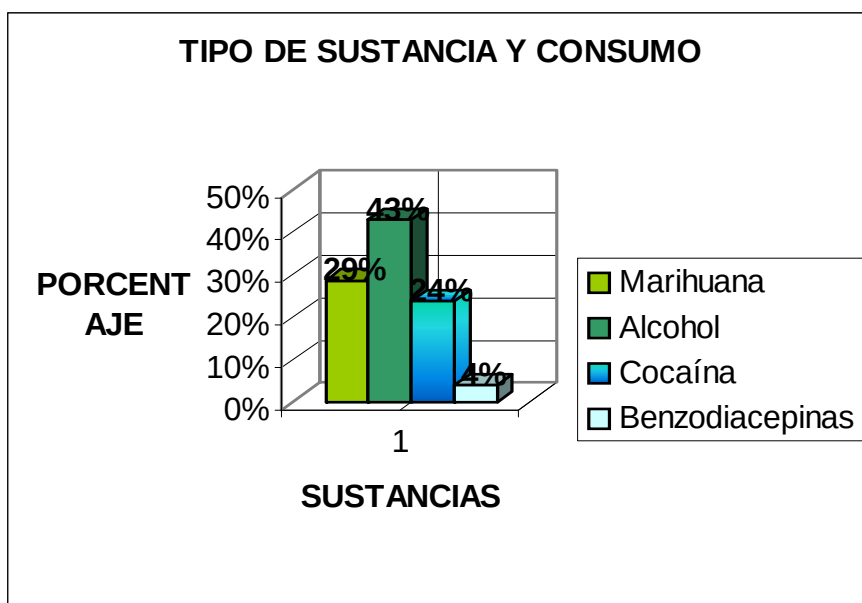
La investigación cualitativa se realizó a través de la evaluación psicológica e informe clínico, el mismo que nos permitió conocer la evolución global de los aspectos de la vida de los pacientes adictos internos en el CRA.

CAPÍTULO 5

5.1 RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1.1. Tipo de Sustancia

TIPO	CANTIDAD	%
Marihuana	6	29%
Alcohol	9	43%
Cocaína	5	24%
Benzodiacepinas	1	4%
total	21	100%



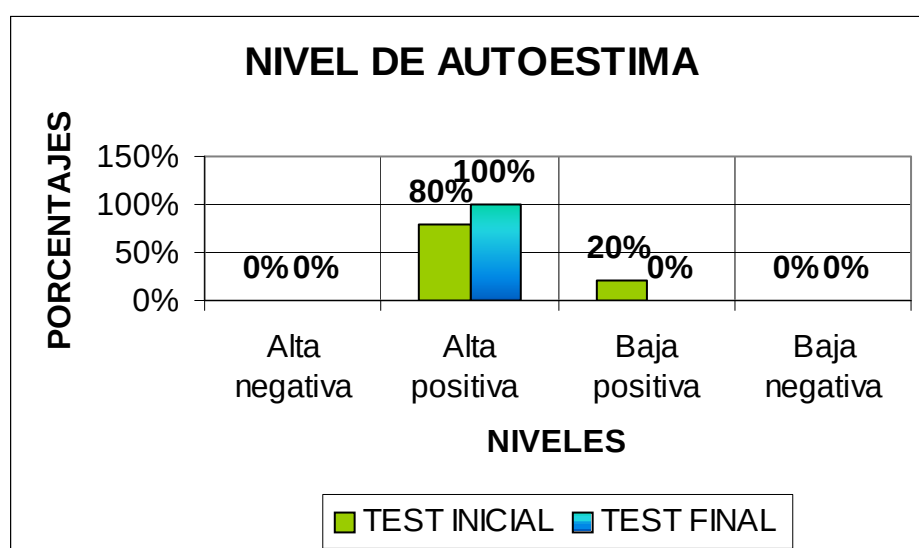
Fuente: Centro de Reposo y Adicciones
CRA

Elaboración: Las Autoras

Según el cuadro estadístico podemos afirmar que la sustancia mayormente consumida en el grupo terapéutico ha sido el alcohol etílico con un porcentaje de 43%, seguido en un segundo lugar el consumo de marihuana con un porcentaje de 29%, en un tercer lugar se encuentra la cocaína con un 24%, y finalmente un 4% consume benzodiacepinas.

5.1.2. Test de Autoestima

NIVEL DE AUTOESTIMA	No. PACIENTES	%	No. PACIENTES	%
	Test inicial		Test final	
Alta negativa	0	0%	0	0%
Alta positiva	6	80%	8	100%
Baja positiva	2	20%	0	0%
Baja negativa	0	0%	0	0%
total	8	100%	8	100%



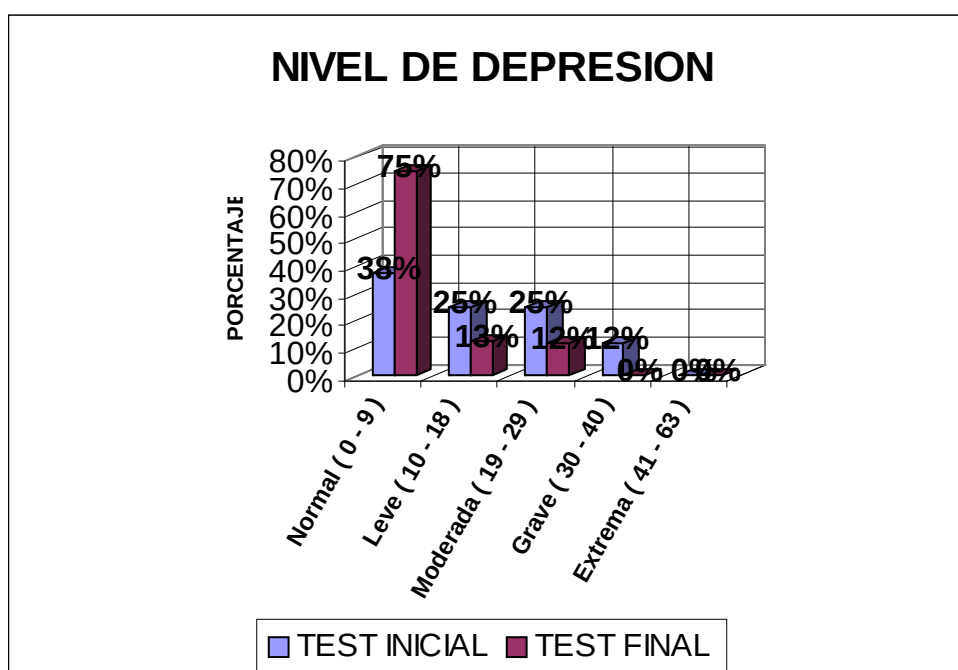
Fuente: Centro de Reposo y Adicciones CRA

Elaboración: Las Autoras

Dentro de la evaluación realizada al grupo de terapia acerca del autoestima podemos verificar lo siguiente: En la evaluación inicial en un 80% los pacientes muestran un nivel de autoestima ALTA POSITIVA, y un 20% los pacientes muestran un nivel de autoestima BAJA POSITIVA, y en la evaluación final los datos muestran una inclinación de un 100% en el nivel de autoestima ALTA POSITIVA, por lo tanto confirmamos que el proceso de terapia ha sido óptimo para tratar y mejorar el autoestima de los pacientes.

5.1.3. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

NIVEL DE DEPRESIÓN	No. PACIENTES	%	No. PACIENTES	%
	Test inicial		Test final	
Normal (0 - 9)	3	38%	6	75%
Leve (10 - 18)	2	25%	1	13%
Moderada (19 - 29)	2	25%	1	12%
Grave (30 - 40)	1	12%	0	0%
Extrema (41 - 63)	0	0%	0	0%
total	8	100%	8	100%



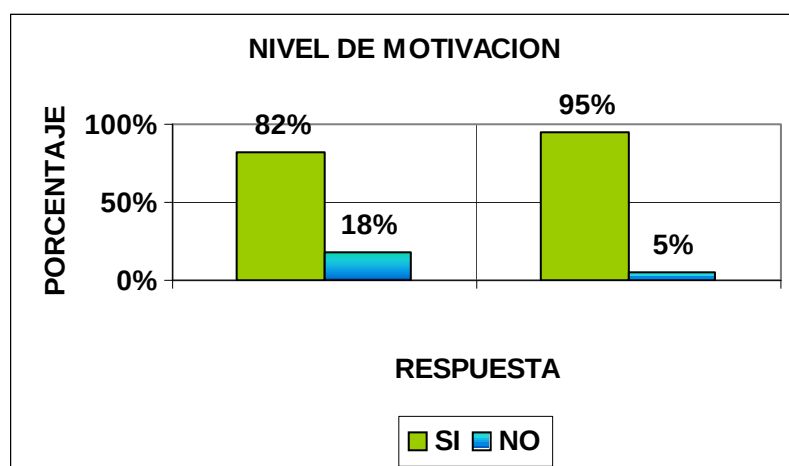
Fuente: Centro de Reposo y Adicciones CRA

Elaboración: Las Autoras

De acuerdo a los datos obtenidos mediante el test aplicado basado en el nivel de depresión, podemos concluir que los pacientes en un inicio muestran un nivel NORMAL con un 38%, en un segundo lugar presentan una depresión LEVE y MODERADA el 22% de pacientes, en la evaluación final los datos nos indican que el 75% de los pacientes se encuentran en un nivel NORMAL, un 13% presentan depresión LEVE, por lo tanto podemos afirmar que el proceso terapéutico ha ayudado a los pacientes a salir de su depresión, y en otros casos con trabajo psicológico pueden eliminar totalmente el nivel LEVE de depresión.

5.1.4. TEST DE MOTIVACIÓN

RESPUESTA	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
	Test inicial		Test final	
SI	46	82%	53	95%
NO	10	18%	3	5%
Total	56	100%	56	100%



Fuente: Centro de Reposo y Adicciones CRA

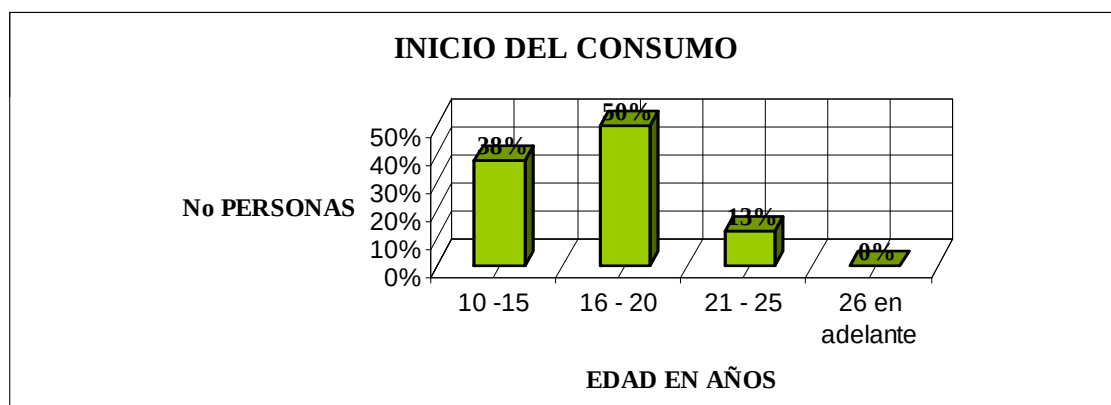
Elaboración: Las Autoras

De acuerdo a los datos recopilados en el test de motivación podemos verificar que en un inicio la disposición hacia el cambio refleja un 82% de respuestas positivas, y un 18% de resistencia o poca predisposición, en la evaluación final nos centramos en un 95% de respuestas positivas y un 5% de respuestas negativas, por lo tanto concluimos que la motivación para el cambio y para trabajar en su enfermedad ha mejorado notablemente mostrando apertura y aceptación de la misma.

5.1.5. Cuestionario sobre Información, Creencias y Actitudes con respecto al Consumo

¿A qué edad inició el consumo de sustancias?

RANGOS DE EDAD (AÑOS)	No. PERSONAS	%
10 -15	3	38%
16 - 20	4	50%
21 - 25	1	13%
26 en adelante	0	0%
TOTAL	8	100%



Fuente: Centro de Reposo y Adicciones

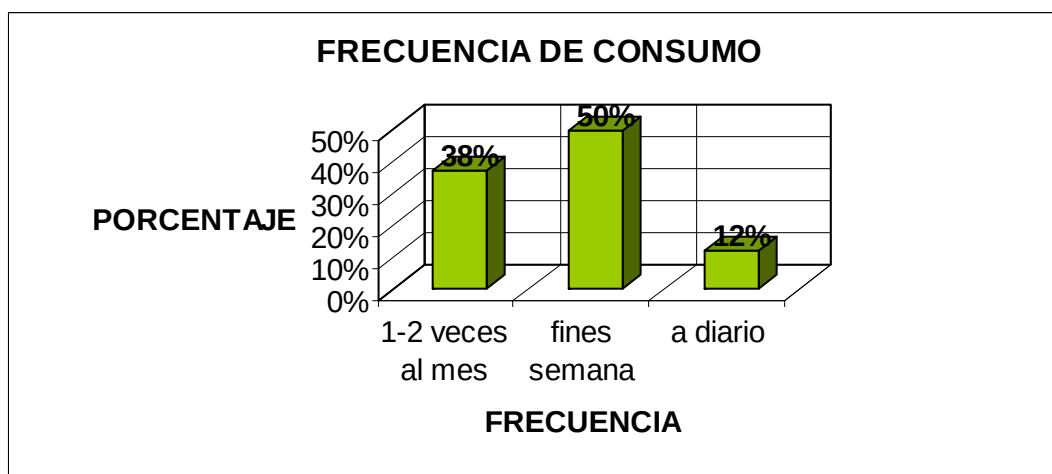
CRA

Elaboración: Las Autoras

En cuanto a los resultados obtenidos en el grupo de estudio, la edad inicial promedio de consumo es de 16 a 20 años con un porcentaje del 50%, en un segundo lugar la edad de 10 a 15 años con un porcentaje de 38%, por lo que se evidencia que la adolescencia es la etapa propensa para el inicio del consumo.

¿Con qué frecuencia consume esta(s) sustancia(s)?

FRECUENCIA	No.PERSONAS	%
1-2 veces al mes	3	38%
fines semana	4	50%
a diario	1	12%
TOTAL	8	100%



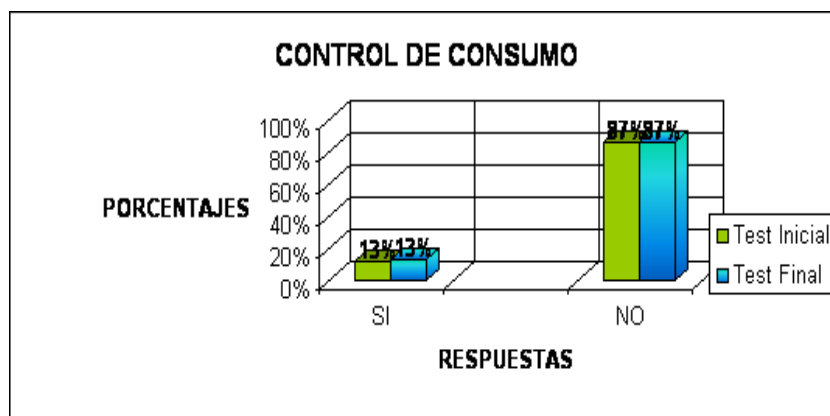
Fuente: Centro de Reposo y Adicciones
CRA
Elaboración: Las Autoras

Se evidencia según los resultados del grupo focalizado que el consumo de la (s) sustancia (s) se realiza en mayor grado los fines de semana representado en un 50%

del total, además se percibe un porcentaje del 38% en donde las personas consumen una o dos veces al mes, por lo tanto indica que el consumo se realiza socialmente.

¿Cree usted que controla el consumo, y lo puede dejar cuando desee?

RESPUESTA	No. PERSONAS	%	No. PERSONAS	%
	Test inicial		Test final	
SI	1	13%	1	13%
NO	7	87%	7	87%
TOTAL	8	100%	8	100%



Fuente: Centro de Reposo y Adicciones

CRA

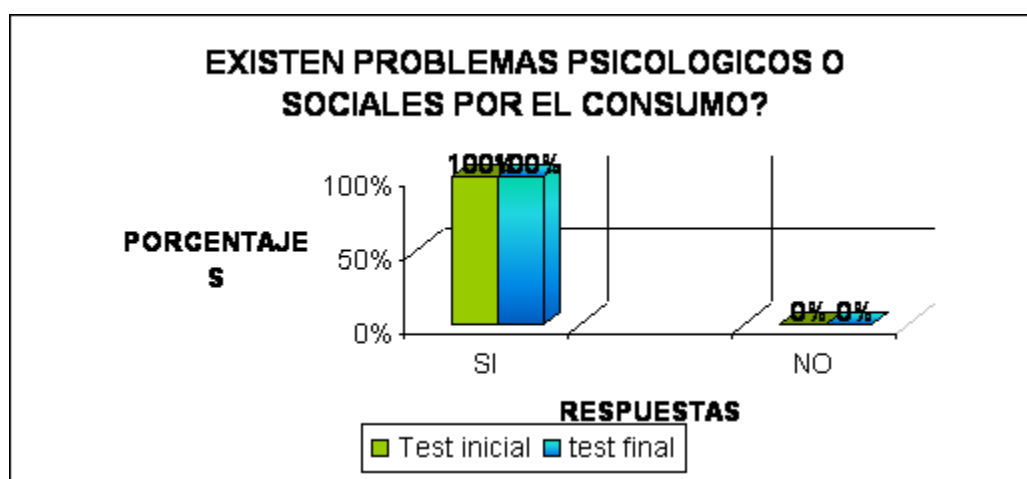
Elaboración: Las Autoras

En cuanto a los niveles de control de consumo de sustancias, la evaluación inicial apunta un 13% de personas que piensan que SI pueden controlar su consumo, y un 87% demuestra que NO lo pueden controlar, en la evaluación final se obtienen los

mismos resultados, por lo tanto existe una buena predisposición para aceptar su enfermedad.

¿Cree que las drogas y el alcohol pueden producir problemas psicológicos ó sociales?

RESPUESTA	No: PERSONAS	%	No: PERSONAS	%
	Test inicial		Test final	
SI	8	100%	8	100%
NO	0	0%	0	0%
Total	8	100%	8	100%



Fuente: Centro de Reposo y Adicciones

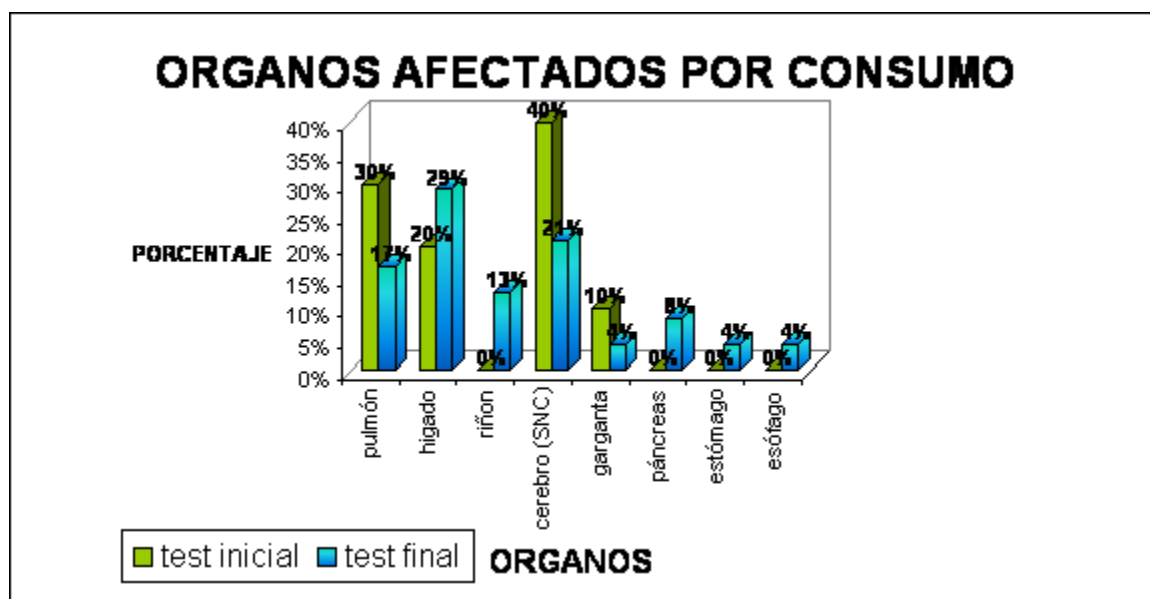
CRA

Elaboración: Las Autoras

Al analizar si existen problemas psicológicos o sociales por el consumo de sustancias, la evaluación inicial y final señalan un 100% que afirman desajustes en estas áreas deterioradas por la influencia de las drogas.

¿Conoce usted qué áreas u órganos del cuerpo son afectados por el consumo de sustancias?

ORGANO	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
	Test inicial		Test final	
pulmón	3	30%	4	17%
higado	2	20%	7	29%
riñon	0	0%	3	13%
cerebro (SNC)	4	40%	5	21%
garganta	1	10%	1	4%
páncreas	0	0%	2	8%
estómago	0	0%	1	4%
esófago	0	0%	1	4%
total	10	100%	24	100%



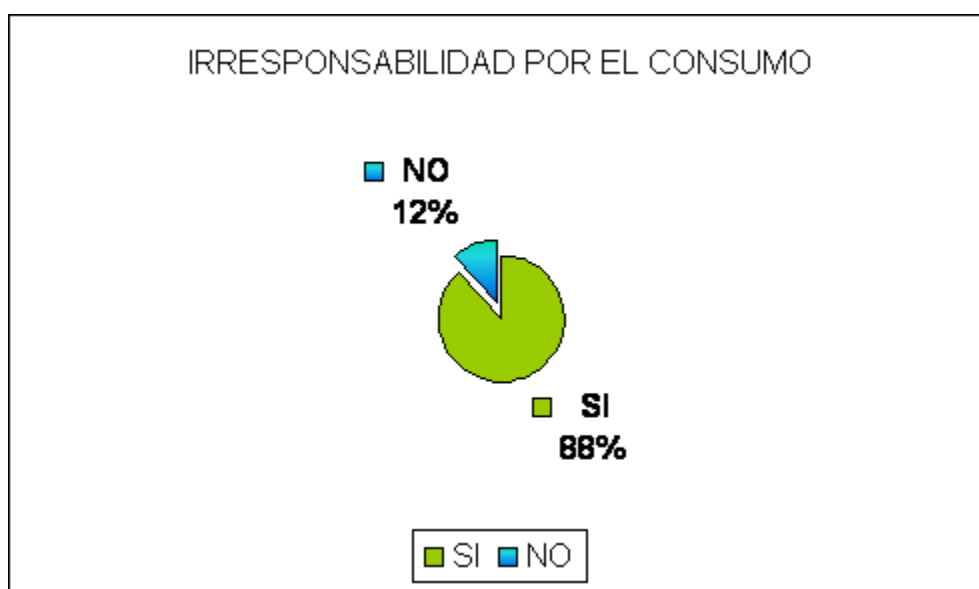
Fuente: Centro de Reposo y Adicciones CRA
Elaboración: Las Autoras

En cuanto al nivel de conocimiento acerca de las áreas afectadas por el consumo de sustancias en la evaluación inicial los pacientes muestran un nivel de un 30%, y en la

evaluación final presenta un 70% de conocimiento, por lo tanto se comprueba que los integrantes del grupo terapéutico han mejorado en cuanto a entendimiento acerca de cómo la sustancia deteriora físicamente al individuo.

¿Ha dejado de cumplir alguna responsabilidad debido a que ha estado intoxicado, chuchaqui o en abstinencia?

RESPUESTA	No. PERSONAS	%
SI	7	88%
NO	1	12%
total	8	100%

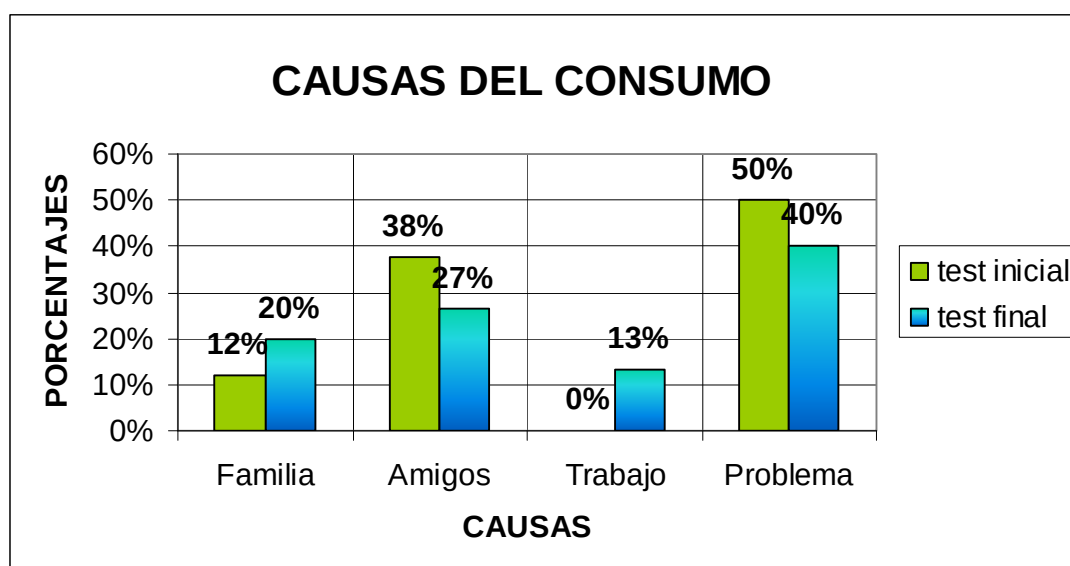


Fuente: Centro de Reposo y Adicciones CRA
Elaboración: Las Autoras

Dentro del grupo terapéutico se observa que el 88% SI ha dejado de cumplir sus obligaciones diarias a causa del consumo de sustancias, y solamente un 12% NO presenta inestabilidad en sus actividades cotidianas. Por lo tanto afirmamos que las drogas causan un gran deterioro dentro del contexto de la responsabilidad en la vida del sujeto adicto.

¿Cuáles cree Ud. que sea generalmente la causa de su consumo?

CAUSAS	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
	Test inicial		Test final	
Familia	1	12%	3	20%
Amigos	3	38%	4	27%
Trabajo	0	0%	2	13%
Problema	4	50%	6	40%
total	8	100%	15	100%

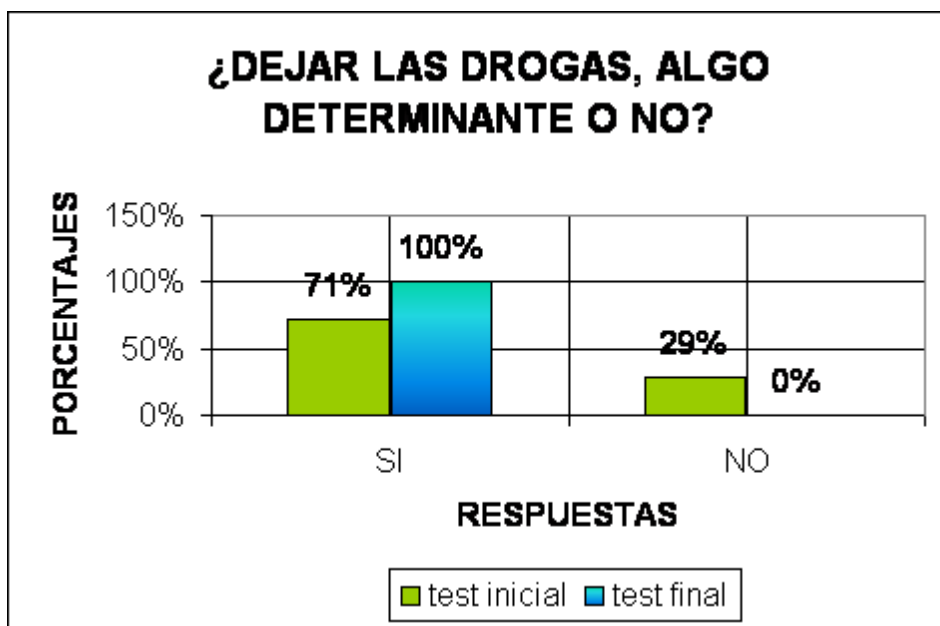


Fuente: Centro de Reposo y Adicciones CRA
Elaboración: Las Autoras

Al examinar las causas de consumo de sustancias al evaluar inicialmente se determina que el 50% se debe a los problemas y conflictos que se presentan en la vida del sujeto, un 38% se debe a influencia de amistades, un 12% a causa del núcleo familiar. En la evaluación final se considera principalmente los problemas como desencadenante del inicio del consumo representado por un 40%, seguido de este se observa un 27% por la influencia de amistades, 20% determinado por la familia y un 13% por temas laborales. Por lo tanto la falta de capacidad para resolver problemas es la mayor fuente de consumo en nuestro medio.

¿Cree que abandonar el consumo de drogas es algo determinante o algo que se deja poco a poco?

RESPUESTA	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
	Test inicial		Test final	
SI	5	71%	8	100%
NO	2	29%	0	0%
total	7	100%	8	100%



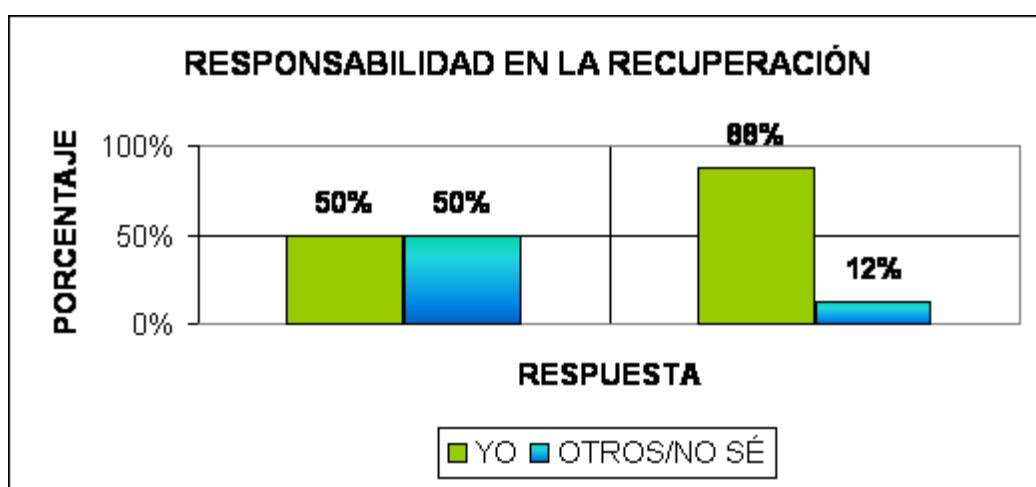
Fuente: Centro de Reposo y Adicciones CRA

Elaboración: Las Autoras

Al cuestionar si dejar las drogas es algo determinante o no, en la evaluación inicial se obtuvo un 70% de que se debe abandonar definitivamente la sustancia para poder iniciar un proceso de recuperación, y un 29% que se inclina por dejar poco a poco la sustancia; en la evaluación final se observa una afirmación del 100% de abandonar el consumo de manera determinante. Por lo tanto podemos concluir que los pacientes han adquirido un mayor conocimiento acerca del proceso de recuperación.

¿Quién cree usted que es el o la responsable de su recuperación?

RESPUESTA	No. PACIENTES	%	No. PACIENTES	%
	Test inicial		Test final	
yo	4	50%	7	88%
otros/ no sé	4	50%	1	12%
total	8	100%	8	100%



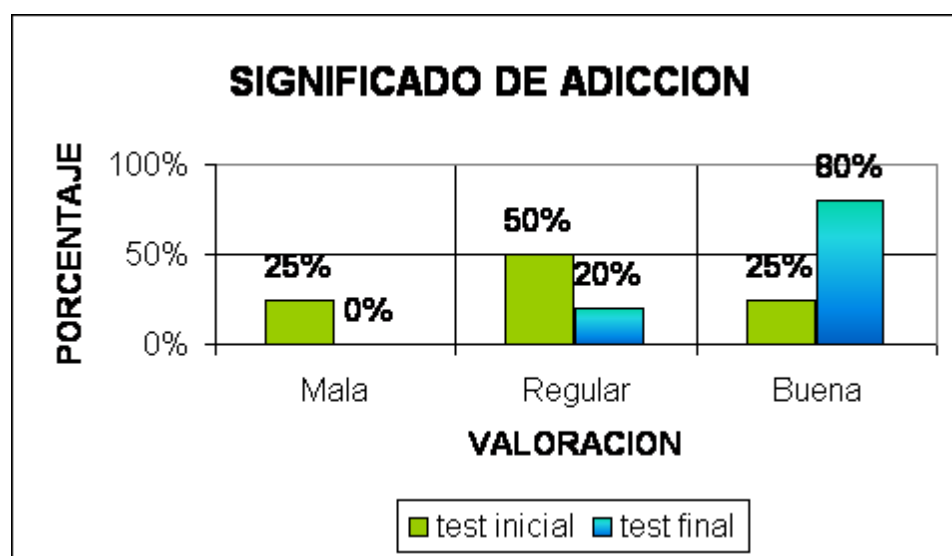
Fuente: Centro de Reposo y Adicciones CRA
Elaboración: Las Autoras

Al indagar dentro del grupo de trabajo acerca de quién es el responsable de la recuperación de la enfermedad de la adicción se obtuvo los siguientes datos, inicialmente el 50% responde que es responsable de su recuperación y el 50% proyecta a otras personas y circunstancias como responsables de estar en consumo.

Al final de la evaluación constatamos que el 88% se responsabiliza de su recuperación, mientras que un 12% atribuye a los demás su responsabilidad.

¿Qué significa para usted la enfermedad de la adicción?

VALORACIÓN	No. PACIENTE	%	No. PACIENTE	%
	Test inicial		Test final	
Mala	2	25%	0	0%
Regular	4	50%	2	20%
Buena	2	25%	6	80%
total	8	100%	8	100%



Fuente: Centro de Reposo y Adicciones CRA

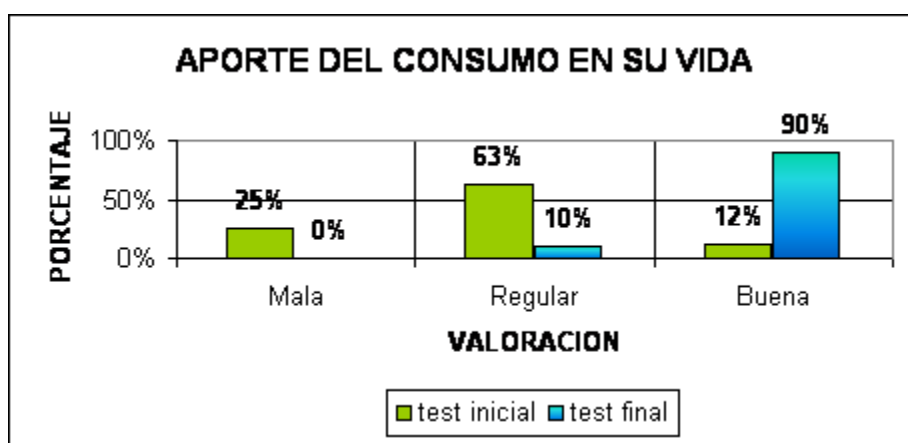
Elaboración: Las Autoras

Los datos de los pacientes acerca de su percepción sobre la enfermedad de la adicción señalan en un inicio un nivel regular de conocimiento acerca del mismo con un porcentaje de 50%, al finalizar la evaluación se destaca un incremento de conocimiento del 80% con respecto al tema, por lo tanto podemos deducir que la

mayoría de pacientes han comprendido de una manera lógica la problemática de la adicción y lo que esto representa en sus vidas.

¿Qué aporta en su vida el consumo de dicha(s) sustancia(s)?

VALORACION	No. PACIENTE	%	No. PACIENTE	%
	Test inicial		Test final	
Mala	2	25%	0	0%
Regular	5	63%	1	10%
Buena	1	12%	7	90%
total	8	100%	8	100%



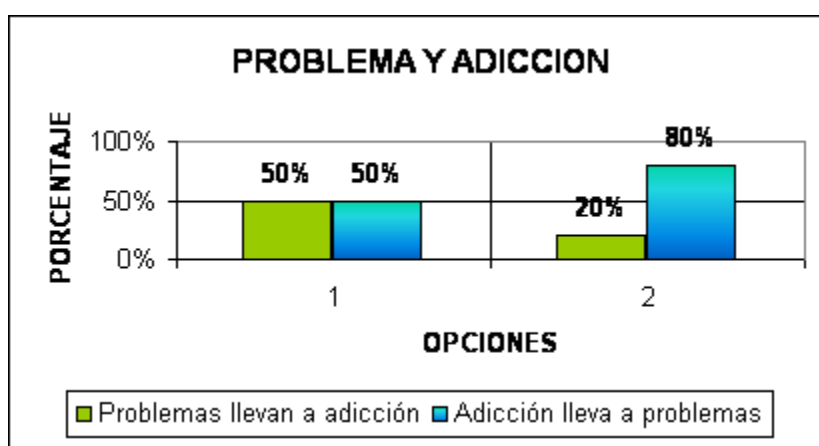
Fuente: Centro de Reposo y Adicciones CRA

Elaboración: Las Autoras

Al evaluar los aportes que el consumo de sustancias ha dado a la vida de los pacientes, se obtiene inicialmente respuestas mediocres ante lo que la sustancia afecta en su existencia representado en un 63%, y en la evaluación final se destaca la diferencia de un 90% de respuestas buenas acerca de cómo las drogas perjudican su entorno.

¿Qué opina usted: la adicción trae problemas, o los problemas llevan a la adicción?

CUESTIONAMIENTO	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
	Test inicial		Test final	
Problemas llevan a adicción	4	50%	2	20%
Adicción lleva a problemas	4	50%	8	80%
total	8	100%	10	100%



Fuente: Centro de Reposo y Adicciones CRA

Elaboración: Las Autoras

Con respecto a la incógnita sobre si los problemas llevan a la adicción o si la adicción lleva a los problemas, podemos concluir que el pensamiento del grupo se inclina en un inicio hacia los problemas como un empuje hacia la adicción en un porcentaje de 50%, mientras que en la evaluación final apoya a la adicción como

causante de conflictos y problemas con un 80%, por lo tanto podemos deducir que han reflexionado sobre la manera en que la droga afecta sus vidas respuestas negativas enfocándose en la manera en que el consumo sólo trae resultados y en su existencia.

¿Qué tan frecuente se ha prometido a usted o a otras personas que va a dejar de consumir, sólo para descubrir que no puede cumplir?

OPCIONES	No. PACIENTE	%
Lo he intentado	5	62%
No lo he intetado	3	38%
total	8	100%

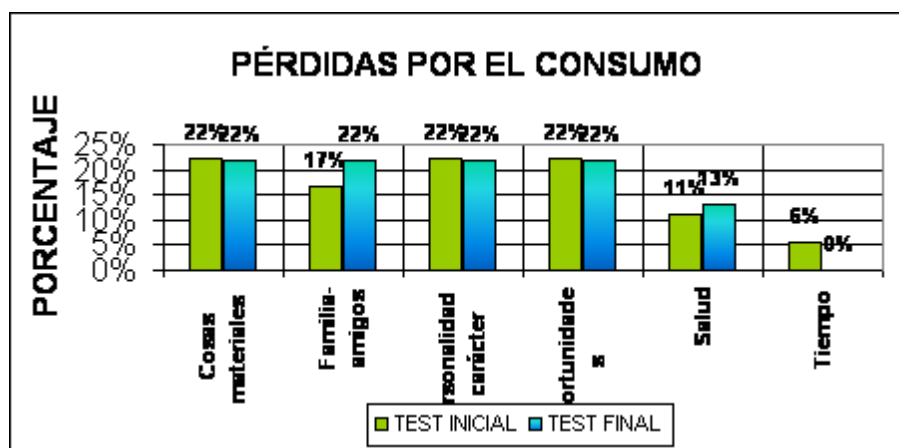


Fuente: Centro de Reposo y Adicciones CRA
Elaboración: Las Autoras

Según el cuestionario aplicado, evaluando si ha existido motivación para el cambio desde el inicio de consumo podemos deducir que el 62% han intentado en algún momento de su vida dejar las drogas, y un 38% que no lo han intentado, no ha existido interés ni motivación por parte del paciente para modificar sus conductas adictivas. Por lo tanto los datos denotan un mayor grado de participación y compromiso para recuperarse dentro del proceso terapéutico.

Enumere lo que ha perdido por el consumo de sustancias

OPCIONES	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
	Test inicial		Test final	
Cosas materiales	4	22%	5	22%
Familia- amigos	3	17%	5	22%
Personalidad - carácter	4	22%	5	22%
Oportunidades	4	22%	5	22%
Salud	2	11%	3	13%
Tiempo	1	6%	0	0%
total	18	100%	23	100%



Fuente: Centro de Reposo y Adicciones CRA

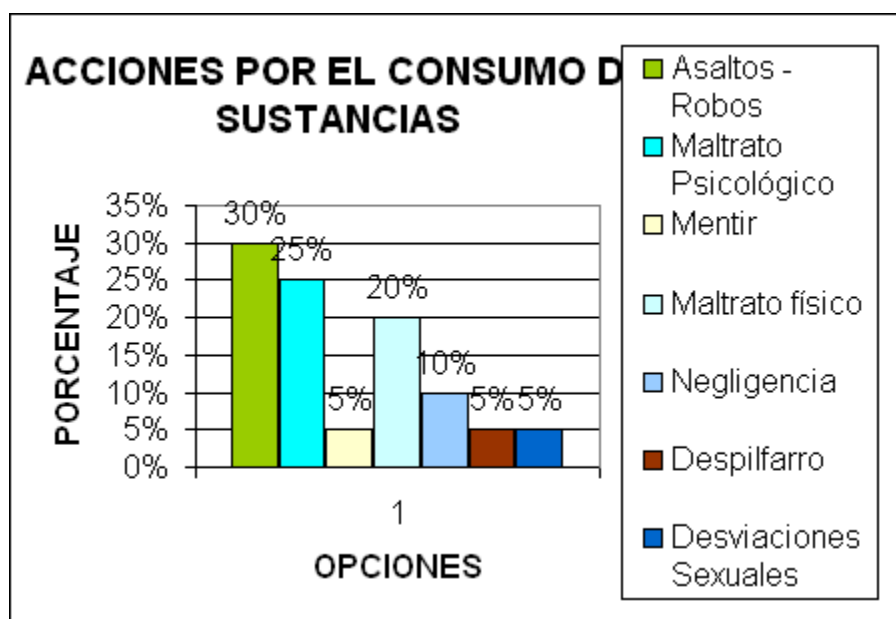
Elaboración: Las Autoras

Dentro de la evaluación de las pérdidas en etapa de consumo podemos resumir que en un inicio la mayor preocupación se centraba en las pérdidas de tipo material, personalidad (dignidad, confianza, valor), además oportunidades de progresar, trabajo, estudios con un porcentaje del 22%. En cambio en la evaluación final los datos señalan en un 22% que las pérdidas significativas se enfocaban en las cosas materiales, pérdida de la familia, amigos y seres queridos, además con lo relacionado a la personalidad (dignidad confianza, valor), y las oportunidades de progresar, trabajo, estudios. Con estos resultados podemos concluir que luego de las sesiones terapéuticas,

los pacientes tomaron en cuenta a sus seres queridos también, mostrando de esta manera mayor sensibilidad ante el daño ocasionado a los suyos a causa de las sustancias.

¿Qué cosas ha hecho durante su adicción activa que que nunca haría en sobriedad?

OPCIONES	CANTIDAD	%
Asaltos - Robos	6	30%
Maltrato Psicológico	5	25%
Mentir	1	5%
Maltrato físico	4	20%
Negligencia	2	10%
Despilfarro	1	5%
Desviaciones Sexuales	1	5%
total:	20	100%



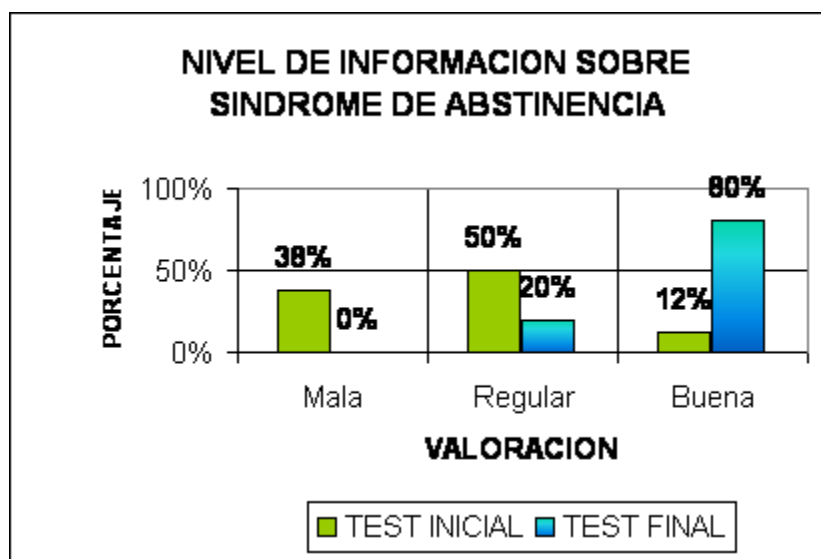
Fuente: Centro de Reposo y Adicciones CRA
Elaboración: Las Autoras

Dentro del estudio sobre las acciones que los pacientes realizaban mientras estaban en consumo, y que en sobriedad nunca lo harían, toman mayor relevancia los asaltos, robos

con un 30%, en un segundo lugar el maltrato psicológico a sus familiares con un 25% , seres queridos con un 25%, en un tercer lugar el maltrato físico con un 20% de importancia. Podemos destacar por lo tanto que la enfermedad de la adicción lleva principalmente a realizar actos antisociales, y a maltrato global a familia, siendo el grupo más cercano al adicto y el mas importante para su recuperación.

¿Qué es el Síndrome de Abstinencia a sustancias?

VALIDACIÓN	No. PACIENTES	%	No. PACIENTES	%
	Test inicial		Test final	
Mala	3	38%	0	0%
Regular	4	50%	2	20%
Buena	1	12%	6	80%
total	8	100%	8	100%



Fuente: Centro de Reposo y Adicciones CRA

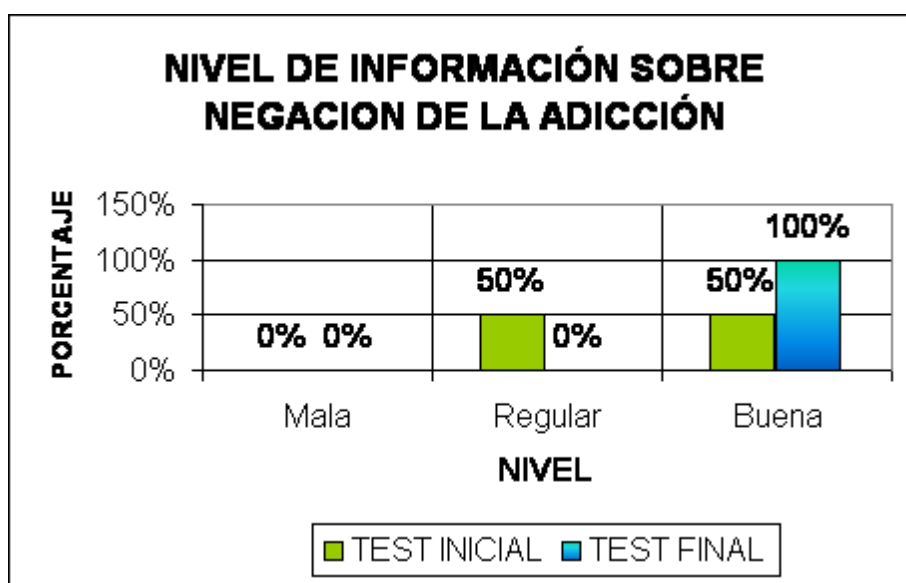
Elaboración: Las Autoras

Dentro del estudio sobre el nivel de conocimiento del paciente sobre el tema de las adicciones, destacamos su comprensión sobre el Síndrome de abstinencia, los

resultados apuntan en un inicio un 50% de respuestas regulares acerca del tema mencionado, un 38% respuestas malas, ignorando totalmente la temática, en la evaluación final los datos toman un giro importante ya que en un 20% las respuestas son regulares, y en un 80% las respuestas son buenas, por lo tanto existe un mayor nivel de conocimiento en los pacientes acerca de lo cuestionado.

¿A qué se refiere la Negación dentro de la enfermedad de la adicción?

VALIDACIÓN	No. PACIENTES	%	No. PACIENTES	%
	Test inicial		Test final	
Mala	0	0%	0	0%
Regular	4	50%	0	0%
Buena	4	50%	8	100%
total	8	100%	8	100%



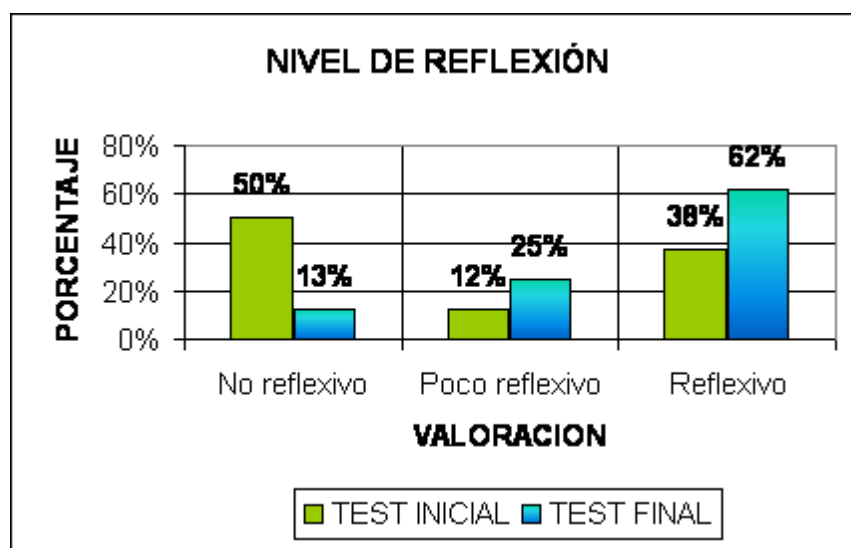
Fuente: Centro de Reposo y Adicciones CRA

Elaboración: Las Autoras

Al cuestionar al grupo de pacientes acerca del tema de la Negación dentro de la enfermedad de la adicción, los datos señalan en un inicio un nivel de 50% en respuestas regulares, y un 50% de buenas respuestas, en la evaluación final el nivel de conocimiento cambia ya que las respuestas buenas apuntan un 100%, dando a conocer que los pacientes muestran buena predisposición para comprender y manejar el tema de las adicciones en su vida.

Reflexione: "La adicción es una enfermedad que abarca más que el consumo de alcohol y drogas"

VALORACIÓN	No. PACIENTES	%	No. PACIENTES	%
	Test inicial		Test final	
No reflexivo	4	50%	1	13%
Poco reflexivo	1	12%	2	25%
Reflexivo	3	38%	5	62%
total	8	100%	8	100%



Fuente: Centro de Reposo y Adicciones CRA

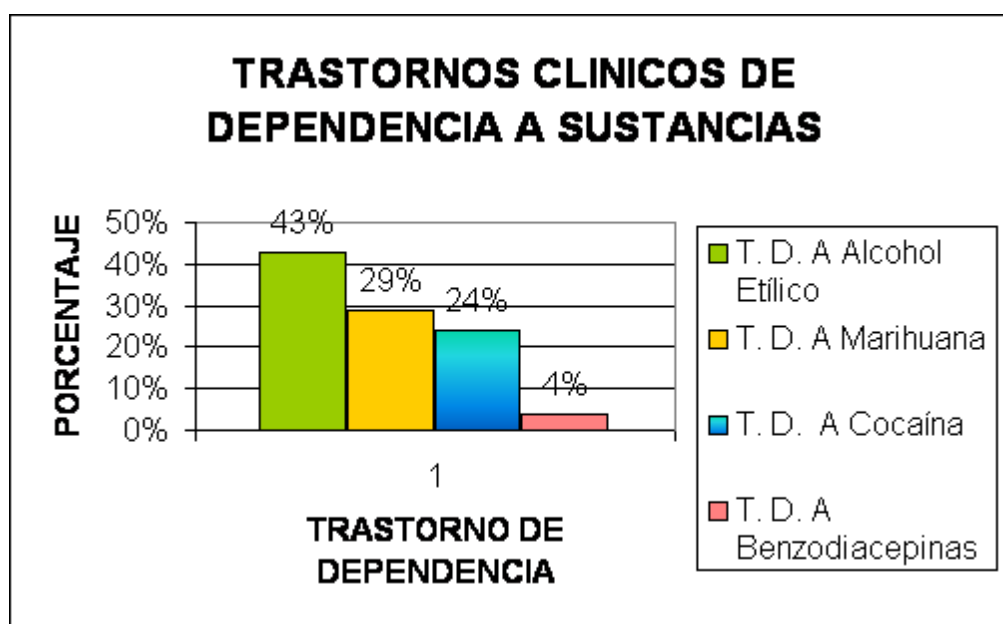
Elaboración: Las Autoras

En el análisis acerca del nivel de reflexión que los pacientes muestran dentro de su recuperación terapéutica, podemos destacar que en un inicio mostraban un nivel de reflexión nula en un 50%, a diferencia que en la etapa final muestran un 62% de nivel reflexivo, por lo tanto podemos decir que las terapias y el proceso terapéutico ha sido eficaz en este aspecto.

5.1.6 DIAGNOSTICO

TRASTORNOS CLÍNICOS

TRASTORNO DE DEPENDENCIA	CANTIDAD	%
T. D. A Alcohol Etílico	6	43%
T. D. A Marihuana	9	29%
T. D. A Cocaína	5	24%
T. D. A Benzodiacepinas	1	4%
Total	21	100%

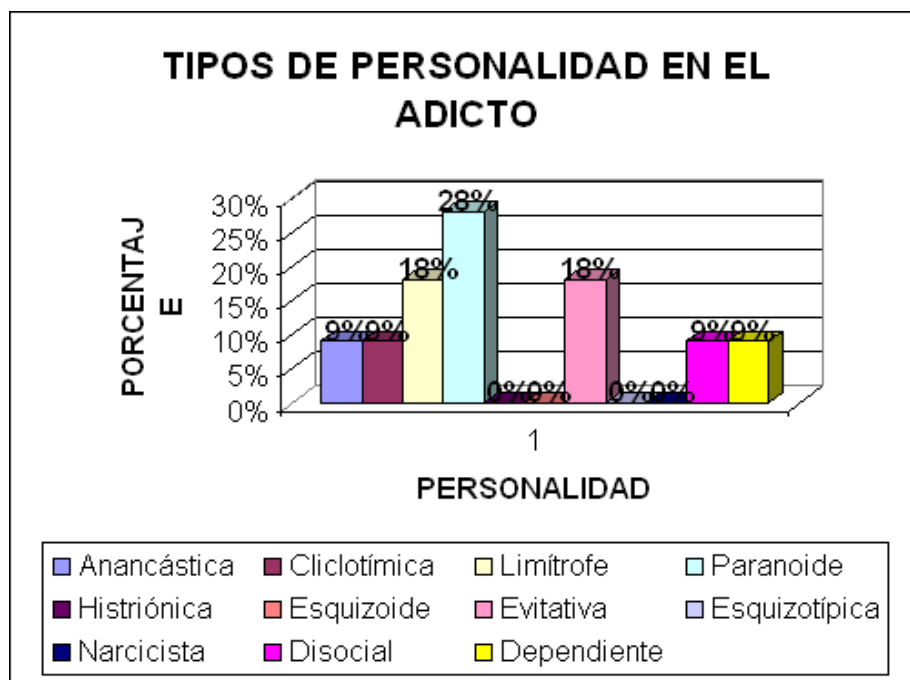


Fuente: Centro de Reposo y Adicciones
CRA
Elaboración: Las Autoras

Según el cuadro estadístico podemos afirmar que el Trastorno de Dependencia a sustancias principal dentro del grupo terapéutico es el Trastorno de Dependencia de alcohol etílico con un porcentaje de 43%, seguido en un segundo lugar se encuentra el Trastorno de Dependencia de marihuana con un porcentaje de 29%, en un tercer lugar se encuentra el Trastorno de Dependencia de cocaína con un 24%, y finalmente un 4% con Trastorno de Dependencia de benzodiacepinas.

Tipos de Personalidad

TIPO	CANTIDAD	%
Anancástica	1	9%
Ciclotímica	1	9%
Limítrofe	2	18%
Paranoide	3	28%
Histriónica	0	0%
Esquizoide	0	0%
Evitativa	2	18%
Esquizotípica	0	0%
Narcicista	0	0%
Disocial	1	9%
Dependiente	1	9%
total	11	100%

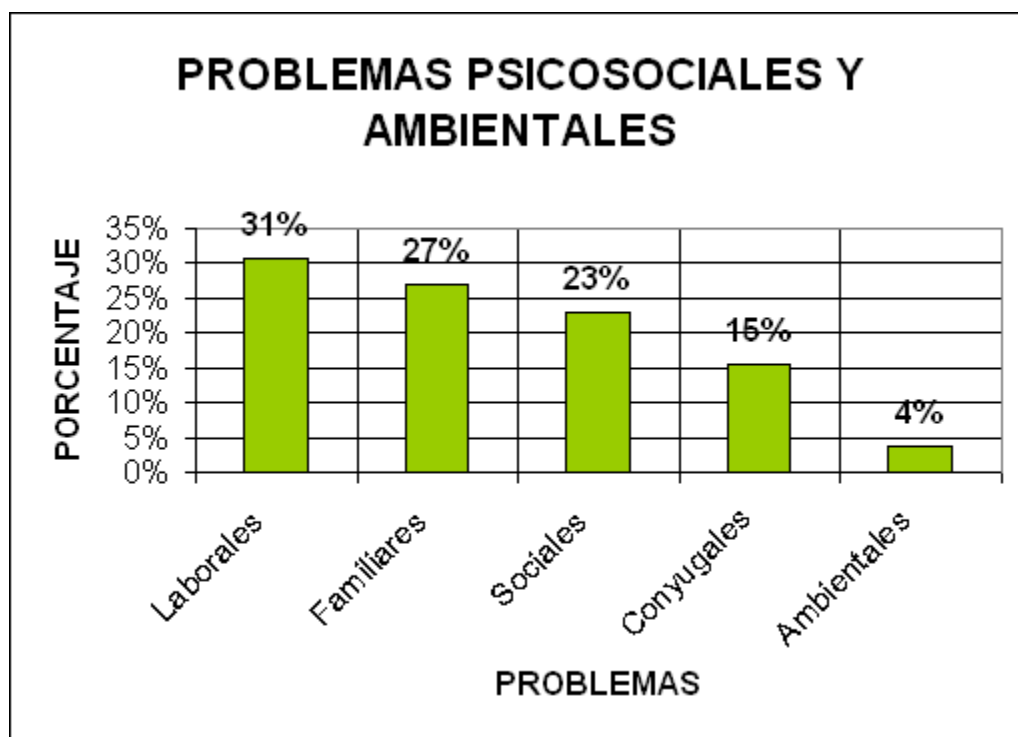


Fuente: Centro de Reposo y Adicciones
CRA
Elaboración: Las Autoras

Según los datos estadísticos podemos concluir que la personalidad más común de un adicto se encuentra la personalidad PARANOIDE con un 28%, en un segundo lugar la personalidad LIMITROFE y EVITATIVA con un 18%, y en tercer lugar la personalidad ANANCASTICA, CICLOTIMICA, DISOCIAL DEPENDIENTE.

Problemas Psicosociales y Ambientales

PROBLEMAS	CANTIDAD	%
Laborales	8	31%
Familiares	7	27%
Sociales	6	23%
Conyugales	4	15%
Ambientales	1	4%
total	26	100%



Fuente: Centro de Reposo y Adicciones
CRA
Elaboración: Las Autoras

Dentro del grupo de terapia evaluamos cuáles son los problemas psicosociales y ambientales que afectan al adictopor lo que comprobamos que el área más afectada es el área laboral con un porcentaje de 31%, seguidamente se encuentra el área familiar con un 27%, en tercer lugar el área social, por lo que podemos afirmar que el adicto descuida su trabajo, estudios por el consumo y muy de cerca tiene problemas con sus familiares y seres queridos

CAPITULO 6

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Durante el proceso de este trabajo hemos comprendido que la adicción es una condición en la cual una persona desarrolla dependencia bio-psico-social de cualquier sustancia que altere el estado de ánimo. Algunos de los síntomas característicos de la adicción son la obsesión, compulsión y pérdida de control; debemos tener presente que toda adicción comienza con el uso de una sustancia, pero no todo uso lleva a una adicción.

Normalmente en el tratamiento de las adicciones se procura brindar una atención integral al individuo enfermo, dentro del área psicológica se trabaja individual y colectivamente, minimizando la oportunidad de profundizar la problemática según las necesidades que cada paciente presenta. Por este motivo conformamos un grupo focalizado logrando que el individuo exprese abiertamente sus vivencias, y pueda identificarse con el otro y así conocer las necesidades psicológicas a trabajar basándonos en las etapas por las que atraviesa el adicto en recuperación, para de esta manera realizar un plan ideal para cubrir las carencias que la situación demanda.

Al realizar esta investigación, encontramos que la edad común de inicio de consumo en nuestro medio oscila entre 16 y 20 años, por lo que es importante recalcar que en esta fase el ser humano se encuentra en la adolescencia, etapa de grandes cambios físicos y psicológicos, podemos afirmar que es un período de vulnerabilidad en donde el consumo de drogas es una oportunidad de desahogue ante dichos conflictos.

Los pacientes adictos presentan un mayor nivel de consumo en actividades sociales, ya que el consumo de sustancias presenta gran influencia del círculo de amistades que frecuentan, siendo más continua la ingesta, deteriorando áreas importantes de la vida del adicto, en este caso la más relevante es la irresponsabilidad en sus obligaciones dentro del trabajo y en el hogar.

Con respecto a la motivación para la recuperación, los pacientes son conscientes de que el primer paso para mantenerse libre de la drogadicción es el abandono determinante de la(s) sustancia (s) que consume, ya que al dejarla paulatinamente, los resultados apuntan hacia una recaída. Además reconocen que ellos mismos son los responsables de su recuperación a través de la integración en grupos de autoayuda y la elaboración constante de un inventario personal.

El adicto en consumo carece de valores, esto se refleja en actos inmorales que perjudican al entorno y a sí mismo, dando como resultado una calidad de vida deteriorada, llevándolos en muchas ocasiones a cárceles, hospitales, y finalmente a la muerte. A más de esto, una baja autoestima acompaña a la enfermedad, presentando vergüenza, inseguridad, sensación de rechazo, etc. A lo largo del internamiento el individuo trabaja en este problema, mejorando la visión de sí mismo y su propia aceptación.

Las personas que integraron el grupo terapéutico presentaron más problemas con la ingesta de alcohol etílico, y en menor grado el consumo de marihuana, cocaína y benzodiacepinas.

Al finalizar la investigación podemos concluir que el grupo seleccionado para aplicar el plan terapéutico propuesto ha mejorado significativamente en la mayoría de áreas planteadas, demostrando un mayor interés por conocer sobre su enfermedad y las herramientas para mantenerse en sobriedad. También se destaca una mayor interacción en las diversas actividades propuestas por el centro afianzando el nivel de confianza.

Este trabajo puede ser tomado como punto de partida o de referencia para los futuros pasantes como una guía para que su trabajo con los pacientes adictos sea más favorable y adecuado a las necesidades que los mismos demandan.

BIBLIOGRAFÍA

- Web de Narcóticos Anónimos México: www.namexico.org.mx

- “Guía clínica de los Trastornos Adictivos” Michael F. Fleming, Kristen Lawton Barry, 1994

- CONSEP (2006)

- "Toxicomanía," Enciclopedia Microsoft® Encarta® Online 2008, <http://es.encarta.msn.com> © 1997-2008 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

- Schultes, R.E. y Hofmann, A.: *Plantas de los Dioses: orígenes del uso de los alucinógenos*, FCE, México, 1993

- Wikipedia, Enciclopedia 1999- 2006 Vicent Martínez C

- Zaldívar D. “ La intervención psicológica. Michoacán, México: Editorial IMCDE; 2001

- “El pensamiento adictivo”, Abraham J. Twerski, 2002

- “Concepto de Droga y su Dependencia” Prof. Edwin Licones ,2008

- “ Drug addiction: the neurobiology of behaviour gone awry. Nature Neuroscience Reviews,” vol 5: 963-970, Volkow, N.D., Ting-Kai, L., 2004

- DSM- 4, 2005; Seminarios Dr. Vega, 2007

- “Alcohol y Alcoholismo”. Saúl Pacurucu Castillo, 1997. Publicación de la Facultad de las Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca

- “Guía para trabajar los pasos de Narcóticos Anónimos, Copyright 2000
- “Sobriedad, una Guía para la Prevención de Recaídas”, Gorski, Millar, Herald House/Independence Press, 2005
- Terapia de Grupo”, Kaplan, 1996
- Ruin G. Sarason y Barbara R. Sarason, “Psicología Anormal”, 1996
- Héctor Fernández- Álvarez y Roberto Opazo, “La Integración en Psicoterapia”, 2004
- Irwin G. Sarason y Barbara R. Sarason, “Psicología Anormal”, 1996
- Enciclopedia de la Psicología, 1994

ANEXOS

ANEXO 1



UNIVERSIDAD DEL
AZUAY
ENTREVISTA PSICOLÓGICA

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre:
Apellidos:
Fecha nacim.:
Edad:
Lugar de Residencia:
Ocupación:
Instrucción:
Estado Civil:
Motivo de Ingreso:
Tiempo de consumo de sustancia (s):
Fecha:

ESFERA GLOBAL DEL PACIENTE

Área Cognitiva
Área Conductual
Área Familiar
Área Emocional
Área Biológica
Área Laboral / Escolar
Inconsciente

DIAGNÓSTICO MULTIAIXIAL

EJE I TRASTORNOS CLÍNICOS
EJE II TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD O RETARDO MENTAL
EJE III ENFERMEDADES MÉDICA
EJE IV PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES
EJE V EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



Edición autorizada de 20.000 ejemplares
Del 353.501 al 373.500

Nº

0353844

**CUESTIONARIO SOBRE LA INFORMACIÓN, CREENCIAS Y ACTITUDES
CON RESPECTO AL CONSUMO**

Nombre:

Edad:

1.- ¿A qué edad inició el consumo de sustancias y que tipo de sustancias ha consumido? ¿Inició con una sustancia y luego asoció o añadió otras sustancias?

- a) de 10 a 15 años
- b) de 16 a 20 años
- c) de 21 a 25 años
- d) de 26 en adelante

2.- ¿Con qué frecuencia consume esta (s) sustancia (s):

- a) Una o dos veces al mes
- b) Fines de semana
- c) A diario

3.- ¿Cree Ud. Que controla el consumo, y lo puede dejar cuando desee?

Si _____ No _____

4.- ¿Cree que las drogas y el alcohol pueden producir problemas psicológicos ó sociales?

Si _____ No _____ No sé _____

5.- ¿Conoce ud. Que áreas u órganos del cuerpo son afectados por el consumo de sustancias?

Si _____ No _____

¿Cuáles? _____

6.- ¿Ha dejado de cumplir alguna responsabilidad debido a que ha estado intoxicado, chuchaqui o en abstinencia?

Si _____ No _____

7.- ¿Cuál cree Ud. Que sea generalmente la causa de su consumo?

Familia _____ Amigos _____ Trabajo _____ Problemas _____

8.- ¿Cree que abandonar el consumo de drogas es algo determinante o algo que se deja poco a poco?

Si _____ No _____ Por qué _____

9.- ¿Quién cree ud. Que es el o la responsable de su recuperación?



- 10.- ¿Qué significa para ud. La enfermedad de la adicción?
- 11.- ¿Qué aporta en su vida el consumo de dicha (s) sustancia (s)?
- 12.- ¿Qué opina Ud.: ¿La Adicción trae problemas ó los problemas llevan a la adicción?
- 13.- ¿Qué tan frecuente se ha prometido a ud. ó a otras personas que va a dejar de consumir, sólo para descubrir que no puede cumplir?
- 14.- Enumere lo que ha perdido por el consumo de sustancias
- 15.- ¿Qué cosas ha hecho durante su adicción activa que nunca haría en sobriedad?
- 16.- ¿Qué es el Síndrome de Abstinencia a Sustancias?
- 17.- ¿A qué se refiere la Negación dentro de la enfermedad de la Adicción?
- 18.- Reflexione sobre la siguiente afirmación:
- “La Adicción es una enfermedad que abarca más que el consumo de alcohol y drogas”

AUTOESTIMA: AUTOEXAMEN

© Cirilo Toro Vargas, Ph.D., 1994
Revisión: 2003

La autoestima es nuestra autoimagen, o sea, cómo nos sentimos sobre nosotros mismos. La misma se compone de pensamientos y sentimientos sobre cómo somos y actuamos. Mientras más positivos seamos, mayor será nuestra autoestima. Mientras más negativos nos mantengamos, menor será la misma.

A partir de una evaluación personal lo más objetiva posible indique con una marca de cotejo en la columna provista a la derecha el número aplicable a su respuesta de acuerdo con la siguiente escala:

	4 Siempre	3 Casi Siempre	2 Algunas Veces	1 Nunca
	4	3	2	1
1. Me siento alegre.				
2. Me siento incómodo con la gente que no conozco.				
3. Me siento dependiente de otros.				
4. Los retos representan una amenaza a mi persona.				
5. Me siento triste.				
6. Me siento cómodo con la gente que no conozco.				
7. Cuando las cosas salen mal es mi culpa.				
8. Siento que soy agradable a los demás.				
9. Es bueno cometer errores.				
10. Si las cosas salen bien se deben a mis esfuerzos.				
11. Resulto desagradable a los demás.				
12. Es de sabios rectificar.				
13. Me siento el ser menos importante del mundo.				
14. Hacer lo que los demás quieren es necesario para sentirme aceptado.				
15. Me siento el ser más importante del mundo.				
16. Todo me sale mal.				

UNIVERSIDAD DEL
AZUAY
FACULTAD DE
FILOSOFÍA
SECRETARÍA

INTERPRETACION DEL AUTOEXAMEN

En cada columna sume las marcas de coitejo y multiplique por el número que aparece en la parte superior de esa columna. Por ejemplo, diez marcas en la primera fila se multiplican por 4 y equivalen a 40. Anote esa cantidad en el espacio correspondiente. Luego sume los totales de las cuatro columnas, y anote ese total. Examine, entonces, la interpretación de los resultados con la tabla siguiente

160-104	Autoestima alta (negativa)
103-84	Autoestima alta (positiva)
83-74	Autoestima baja (positiva)
73-40	Autoestima baja (negativa)

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

NOMBRE _____ EDAD _____ FECHA _____

En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la **ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído bien todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

1. 0 No me siento triste.
 1 Me siento triste.
 2 Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza.
 3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.

2. 0 No me siento especialmente desanimado(a) ante el futuro.
 1 Me siento desanimado(a) respecto al futuro.
 2 Siento que no tengo nada que esperar.
 3 Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

3. 0 No creo que sea un fracasado(a).
 1 Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
 2 Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
 3 Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

4. 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
 1 No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo.
 2 Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada.
 3 Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo.

5. 0 No me siento especialmente culpable.
 1 Me siento culpable una buena parte del tiempo.
 2 Me siento bastante culpable casi siempre.
 3 Me siento culpable siempre.

6. 0 No creo que esté siendo castigado(a).
 1 Creo que puedo ser castigado(a).
 2 Espero ser castigado(a).
 3 Creo que estoy siendo castigado(a).

7. 0 No me siento decepcionado(a) de mí mismo(a).
 1 Me he decepcionado a mí mismo(a).
 2 Estoy disgustado(a) conmigo mismo(a).
 3 Me odio.

8. 0 No creo ser peor que los demás.
 1 Me critico por mis debilidades y errores.
 2 Me culpo siempre por mis errores.
 3 Me culpo por todo lo malo que me sucede.

9. 0 No pienso matarme.
 1 Pienso en matarme, pero no lo haría.
 2 Me gustaría matarme.
 3 Me mataría si tuviera la oportunidad.

10. 0 No lloro más que de costumbre.
 1 Ahora lloro más de lo que solía hacerlo.
 2 Ahora lloro todo el tiempo.
 3 Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.

11. 0 Las cosas no me irritan más que lo de costumbre.
1 Las cosas me irritan un poco más que lo de costumbre.
2 Estoy bastante irritado(a) o enfadado(a) una buena parte del tiempo.
3 Ahora me siento irritado(a) todo el tiempo.
12. 0 No he perdido el interés por otras personas.
1 Estoy menos interesado(a) en otras personas que de costumbre.
2 He perdido casi todo mi interés por otras personas.
3 He perdido todo mi interés por otras personas.
13. 0 Tomo decisiones casi como siempre.
1 Postergo la toma de decisiones más que de costumbre.
2 Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
3 Ya no puedo tomar más decisiones.
14. 0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
1 Me preocupa el hecho de parecer viejo(a), sin atractivos.
2 Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo(a).
3 Creo que me veo feo(a).
15. 0 Puedo trabajar tan bien como antes.
1 Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo.
2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
3 No puedo trabajar en absoluto.
16. 0 Puedo dormir tan bien como siempre.
1 No duermo tan bien como solía hacerlo.
2 Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme.
3 Me despierto varias horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormirme.
17. 0 No me canso más que de costumbre.
1 Me canso más fácilmente que de costumbre.
2 Me canso sin hacer casi nada.
3 Estoy demasiado cansado(a) para hacer algo.
18. 0 Mi apetito no es peor que de costumbre.
1 Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
2 Mi apetito está mucho peor que ahora.
3 Ya no tengo apetito.
19. 0 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
1 He rebajado más de dos kilos y medio.
2 He rebajado más de cinco kilos.
3 He rebajado más de siete kilos y medio.
20. 0 No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
1 Estoy preocupado(a) por problemas físicos como, por ejemplo, molestias estomacales, etc.
2 Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.
3 Estoy tan preocupado(a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21. 0 No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
1 Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estar.
2 Ahora estoy mucho menos interesado(a) en el sexo.
3 He perdido por completo el interés por el sexo.

PUNTUACION TOTAL: _____ NIVEL DE DEPRESION _____

EXAMINADOR _____



TEST DE MOTIVACIÓN

1. Si dejo de consumir drogas ó alcohol, mi vida sufriría menos altibajos?

Si _____ No _____

2. Si dejara el consumo de drogas o alcohol, podría controlar mejor las situaciones y problemas que debo resolver?

Si _____ No _____

3. Pienso que mi vida sin consumo de alcohol y drogas puede mejorar mis relaciones familiares?

Si _____ No _____

4. Estoy convencido que evitando el consumo de drogas y alcohol, puedo tener mayor posibilidad de mantener mi trabajo, o conseguir uno?

Si _____ No _____

5. Si elimino las drogas o el alcohol de mi vida, mis amistades seguirán a mi lado?

Si _____ No _____

6. Si dejo de consumir drogas o alcohol, la seguridad y confianza en mí mismo aumenta?

Si _____ No _____

7. Creo que puedo estar en una fiesta sin alcohol?

Si _____ No _____



ANEXO 2

PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA

PRIMERA SESIÓN

Técnica: Diálogo Socrático

Confrontación con la realidad

Objetivo: Aportar puntos de vista diferentes para percibir la realidad de las situaciones personales y obtener conclusiones grupales.

Desarrollo:

Mantener un diálogo abierto a recibir opiniones sobre determinados temas con la finalidad de lograr una retroalimentación grupal y permitir a cada integrante del grupo reconocer sus fallas e ideas distorsionadas.

Resultados:

Hernán.- Llego tarde a la Terapia, demostrando desinterés, apatía ante la actividad, manteniendo una mala actitud y falta de cooperación durante la sesión terapéutica.

Patricio.- Demuestra una aparente concientización de su problema, aunque la mayor parte del tiempo permanece en silencio, siendo poco comunicativo con el grupo.

Manuel.- Racionaliza y niega su problema con el alcohol, participa dentro de la terapia culpando a los que le rodean de su internamiento y sin conciencia alguna de su enfermedad.

Javier.- Se muestra muy colaborador y aporta con un análisis superficial de las situaciones, aunque se evidencia motivación para el cambio, racionaliza mucho sus experiencias personales. Le resulta más fácil reflexionar sobre la recuperación de sus compañeros, no siendo así con su propia recuperación.

William.- No expresa mucho sus experiencias durante la terapia, pero mantiene una actitud analítica y reflexiva sobre los temas que se compartieron durante la sesión terapéutica.

Oscar.- Al inicio no quiso entrar a la terapia, finalmente lo hace mostrando inicialmente una actitud oposicionista pero posteriormente colabora con sus reflexiones durante el diálogo mantenido en la sesión terapéutica.

Paúl.- Demuestra en la sesión terapéutica: desinterés, pasividad, temor de expresar los conflictos y se evidencia una actitud paranoica y escasa motivación para la recuperación.

José Luís.- Permanece en silencio la mayor parte del tiempo. Es evidente que existe negación de la enfermedad ya que justifica sus actitudes pasadas y actuales durante sus intervenciones.

SEGUNDA SESIÓN

Técnica: Evaluación de las pérdidas

Objetivo: Concienciar sobre los daños que las diferentes sustancias han hecho en sus vidas.

Desarrollo:

Realizar un inventario de lo que se ha perdido en la esfera global del individuo y analizar de manera individual y grupal, intercambiando ideas entre los miembros del grupo.

Resultados:

Hernán.- No tiene conciencia de enfermedad y se siente orgulloso de sus malas acciones, se muestra reacio en indagar sus conflictos a profundidad, manteniendo siempre un análisis superficial ante las experiencias vividas y lo que ha perdido por causa de la adicción.

Patricio.- Reconoce sus errores y tiene una buena disposición para trabajar en su recuperación, reflexionando y analizando sobre su situación actual.

Manuel.- Reconoce haber perdido muchas cosas a causa de la ingesta de alcohol, especialmente su dignidad, proyectando apertura para el cambio y analizando su situación actual.

Javier.- Refleja una actitud analítica ante los conflictos suscitados por el consumo de drogas, buscando soluciones, justificando sus actos y reflexionando sobre su situación actual.

William.- Comparte dentro del grupo e intercambia con sus compañeros experiencias, demostrando sentimientos de culpabilidad y profundizando en su problema con el alcohol.

Oscar.- Demuestra durante la sesión terapéutica una actitud reflexiva, comparte abiertamente sus vivencias y se evidencia un gran deseo de recuperar lo perdido.

Paúl.- Comparte sus vivencias pero carece de una reflexión profunda de su problema. Comenta “que todavía no existe una fuerte motivación para el cambio”, evidenciando de esta manera una escasa conciencia de la enfermedad, y de lo perdido a causa de la misma.

José Luís.- Reconoce que la adicción ha provocado muchos problemas en todos los aspectos de su vida, especialmente en su matrimonio ya que a causa de su enfermedad han surgido muchos desacuerdos dentro del mismo.

TERCERA SESIÓN

Técnica: Bote Salvavidas

Objetivo: Simular tan dramática y claramente como sea posible la experiencia de un valor, en lugar de solo intelectualizarlo.

Desarrollo:

El instructor explica al grupo que visualicen una situación en la que son náufragos y existe un solo bote salvavidas en el que caben solo 9 personas pero ellos en total son 10. Cada participante debe argumentar el por qué debe salvarse y quien deberá sacrificarse.

Resultados:

Hernán.- No toma con seriedad la actividad realizada durante la sesión terapéutica, desvalorizando su vida, se ve a si mismo como víctima de muerte, afirmando que “su futuro no es tan importante como el de los demás”.

Patricio.- Anhela continuar viviendo, para tener una mejor calidad de vida junto a su familia.

Manuel.- Expresa sus deseos de vivir porque tiene “que pedir perdón a todos sus familiares” y llevar de mejor manera su vida.

Javier.- Analiza todas las posibilidades para salvarse junto a sus compañeros y expone los motivos por los cuales debe vivir, dando importancia a su familia y buscando soluciones.

William.- Toma conciencia de la mala manera que ha estado llevando su vida y anhela cambiar y mejorar la misma.

Oscar.- No asiste por enfermedad.

Paúl.- Expresa razones convincentes para salvarse, tomando conciencia de que si tiene motivos para buscar su recuperación.

José Luis.- Busca salvarse y de esta manera toma conciencia de los motivos para continuar su hospitalización y mantener su recuperación diaria.

CUARTA SESIÓN

Técnica: Aclaración de los Valores
Autobiografía de Valores

Objetivo:

- Explorar los valores que una persona ha formado
- Concienciar sobre el problema de los valores diferentes
- Compartir sobre los valores perdidos con el fin de aumentar el desarrollo personal y aumentar la confianza del grupo así como el entendimiento.

Desarrollo:

1.- Pensar en la persona con la cuál ha tenido la relación más satisfactoria y otra con la que lleva la relación menos satisfactoria, dándole tres adjetivos a cada una. Posteriormente se analiza de manera grupal, indicando que los adjetivos dicen más del escritor que de la persona descrita.

2.- A continuación se pide a los participantes que realicen una descripción de la vida familiar, laboral y social, resaltando los valores que el individuo tiene en cada uno de estos aspectos y ulteriormente comparte este análisis guiándose por un cuestionario que le será entregado.

3.- Finalmente se coloca a cada participante una hoja en la espalda en la que los compañeros escribirán valores que han observado en esa persona y se expondrá y evaluará ante el grupo.

Resultados:

Hernán.- Analiza que su manera de actuar y de manejarse en la vida ha causado la pérdida de muchos valores, los cuales no sabe como recuperar, y se percibe fácilmente una falta de interés por hacerlo. Se muestra durante la sesión terapéutica interesado por el tema tratado.

Patricio.- Reconoce que ha sido deshonesto con su familia y consigo mismo, para justificar su manera de actuar a causa la adicción, anhela recuperar los valores perdidos.

Manuel.- Analiza el nunca haber tenido conciencia de que ha causa de la adicción ha perdido muchos valores y comunica en el grupo sus anhelos de buscar la manera de recuperarlos.

Javier.- Analiza minuciosamente cada uno de los valores que ha perdido durante todo este tiempo, manteniendo una actitud positiva y aportando resoluciones a todas la intervenciones realizadas durante la sesión terapéutica, profundizando en la manera que quiere llevar su recuperación.

William.- Comparte con el grupo los valores que anhela recuperar debido a que realmente quiere tomar con seriedad su internamiento.

Oscar.- Refiere que durante la adicción perdió muchos valores que ahora le son importantes recuperar para lograr una mejor calidad de vida y poder compartir con sus seres queridos.

Paúl.- Toma conciencia de que es necesario recuperar los valores perdidos como un componente importante dentro de la rehabilitación y de su vida.

José Luís.- Reconoce que son muchos los valores perdidos ha causa de la adicción, manteniendo una actitud reflexiva y se motiva para recuperar y cambiar lo que perdió durante el tiempo de consumo.

QUINTA SESIÓN

Técnica: Reconstrucción de Periódico

Objetivo:

- Concienciar que todo acto trae una consecuencia.
- Capacidad de resolución de problemas y conflictos.

Desarrollo:

Se entrega periódico a cada uno indicándoles que lo rompan, con la finalidad de reconstruirlo para analizar los objetivos de esta técnica.

Resultados:

Hernán.- Se irrita al inicio porque no sabe como reconstruir el material, demostrando de esa manera una escasa capacidad para afrontar sus problemas; frustrándose y evadiéndolos al no lograr resolverlos.

Patricio.- Realiza concentrado la actividad, siendo impaciente y ansioso al reconstruir el periódico, posteriormente refiere que le “resulta difícil tomar con calma las situaciones que ocurren a diario pero que el ejercicio le ayuda a analizar mejor su manera de actuar en la vida”.

Manuel.- Realiza concentrado su trabajo y analiza sus conflictos y la manera en la que ha estado afrontando los mismos.

Javier.- Realiza la actividad de manera impulsiva, por lo que no logra terminarla. Frustrándose rápidamente al no poder solucionar el conflicto, pero analiza de buena manera el objetivo de la actividad y recapacita la forma impulsiva en la que acostumbra a reaccionar ante las dificultades.

William.- Termina rápidamente la actividad, lo realiza de manera pacífica y colabora con sus compañeros. Se muestra poco efusivo, solidario, pero existe escasa introspección de sus vivencias.

Oscar.- Tiene buena iniciativa para resolver el conflicto expuesto, lo realiza pacientemente, finalizando exitosamente el ejercicio que se le asigno.

Paúl.- Realiza el trabajo tranquilo, analizando todas las posibilidades para solucionar los conflictos que se le han expuesto.

José Luís.- Falta de creatividad para resolver el conflicto, rindiéndose fácilmente ante el mismo.

SEXTA SESIÓN

Técnica: Trabajar con testimonios y personas recuperadas

Objetivo:

- Identificarse
- Expresar fácilmente emociones y experiencias
- Motivación

Desarrollo:

Se dará lectura a vivencias de personas que han pasado por un internamiento y se invitará a personas que están en recuperación y asisten a grupos de seguimiento.

Resultados:

Hernán.- Toma las experiencias compartidas no como algo educativo sino como situaciones de las cuales una persona debe sentirse orgullosa, demostrando escasa capacidad analítica de su enfermedad y desinterés en la recuperación.

Patricio.- Se identifica rápidamente con muchas de las vivencias expuestas, tomando una actitud de apertura para compartir experiencias que anteriormente no lo había hecho por vergüenza y temor.

Manuel.- En esta sesión terapéutica, concientiza la problemática del alcoholismo y reflexiona que requiere más esfuerzo vivir en recuperación.

Javier.- Identifica todas sus vivencias con las expuestas, recapitando en la posibilidad de recuperarse, si se esfuerza y tiene voluntad para hacerlo.

William.- Comparte un poco más sus experiencias al identificarse con otras personas, aunque se muestra tímido y callado en algunos momentos de la sesión terapéutica.

Oscar.- Reflexiona en que existen muchas personas en una situación similar a la suya, motivándose de esta manera a cambiar y a continuar con su recuperación.

Paúl.- Demuestra más apertura y comparte sus experiencias, proyectando alegría y ánimo para continuar con la recuperación.

José Luis.- Se identifico con las personas que ha expuesto sus testimonios, compartiendo experiencias que antes no lo había hecho, sintiendo tranquilidad al finalizar la sesión terapéutica.

SÉPTIMA SESIÓN

Técnica: Rol playing

Psicodrama

Objetivo:

- Ponerse en lugar de las personas que le rodean para experimentar sus sentimientos.

Desarrollo:

Visualización de una situación dolorosa causada por su adicción, dramatizándola e intercambiando roles.

Resultados:

Hernán.- Participa durante la relajación, pero luego se niega a dramatizar su problema, percibiéndose poco interés en afrontar sus dificultades y en trabajar en su recuperación.

Patricio.- Dramatiza su problema, compartiendo con sus compañeros y viendo de otra manera una situación que le resultaba muy difícil de afrontar, adopta una actitud reflexiva al finalizar la sesión terapéutica.

Manuel.- Por medio de dramatizar una situación antes vivida, pudo afrontar su divorcio y tener otra visión de la manera en que se puede relacionar con el núcleo familiar.

Javier.- Por medio de un momento agradable en la dramatización, pudo afrontar conflictos a los que no daba importancia en su vida y marcaron su manera de actuar, reflexionando posteriormente en la manera que puede superar los mismos.

William.- Se muestra tímido y cohibido de contar su experiencia, lo realiza de manera poco expresiva, motivado a continuar con la dramatización por sus compañeros, al final de la sesión terapeuta expresa que, “se siente mas aliviado al haber compartido su problema”.

Oscar.- Se integra rápidamente a la dinámica de la sesión terapéutica, dramatizando su problemática y permitiendo que sus compañeros le brinden diferentes puntos de vista durante la misma. Adopta una actitud reflexiva frente a la actividad expuesta.

Paúl.- Comparte la situación que le resulto muy difícil afrontar en una época de su vida y que le ha producido malestar hasta la actualidad, pero al momento de dramatizar, permanece la mayor parte del tiempo callado y demostrando cierta timidez, Aporta buenas conclusiones al grupo respecto a la actividad.

José Luis.- Se muestra extrovertido y dispuesto a realizar su dramatización, así como la de sus compañeros, aportando al final de la sesión terapéutica, “que los problemas pueden ser más sencillos si vemos el lado positivo de las cosas y que las drogas no son la única solución.

OCTAVA SESION

Técnica: Quema de Culpas

Collage

Objetivo:

- Eliminar cargas emocionales
- Expresión de tensiones, intereses y motivaciones personales.

Desarrollo:

- 1.- Pedir a los participantes que escriban en un papel las situaciones dolorosas y conflictivas, expresando al grupo y quemarlas.
- 2.- Elaboración de un Collage en el que exprese quien es?, posteriormente se comparte con el grupo.

Resultados:

Hernán.- Toma una actitud positiva durante la sesión terapéutica, reconociendo sus errores y aceptando que él es igual al resto de personas y que tiene defectos y virtudes, al final de la terapia proyecta cierta tranquilidad al haber compartido sus actitudes pasadas con los compañeros.

Patricio.- Comparte con el grupo las situaciones que le hacían sentir culpable hasta la actualidad, liberándose de las mismas y tomando una actitud positiva respecto a las observaciones realizadas dentro de la sesión terapéutica. Con la ayuda del Collage empieza a valorarse y aceptarse.

Manuel.- Reconoce que la adicción es algo negativo para su vida y demuestra deseos de salir adelante, por medio del collage aprende a darse a conocer con el grupo y consigo mismo, de manera profunda y ya no tan superficial como reflejaba en las sesiones anteriores.

Javier.- Se muestra muy sensible y reflexivo durante la quema de culpas, realizando una introspección y posteriormente adopta una actitud positiva en la cual comparte con el grupo sus deseos de “remediar las actitudes pasadas con sus seres queridos y explotar sus virtudes, para llevar de mejor manera su recuperación”.

William.- Evidencia una actitud reflexiva, de anhelos de cambiar, de ser más seguro de si mismo para seguir adelante.

Oscar.- Acepta que “ha cometido errores y que nunca es tarde para mejorar”, además comparte en el grupo que “siente rechazo por si mismo y que por primera vez se siente feliz de ser quien es”, motivado para continuar en la recuperación.

Paúl.- Refiere “sentir mucho alivio al quemar culpas que tenía desde muy joven” y se muestra muy integrado en la dinámica terapéutica.

José Luís.- Comparte muchas experiencias que considera negativas para su vida, quemándolas con enojo y refiriendo sentir alivio al quemarlas.

NOVENA SESIÓN

Técnica: ¿Cómo podría ser diferente su vida?

Línea de la Vida

Una Larga y Alegre Vida

Objetivo:

- Pensar más profundamente en los deseos y aspiraciones y lo que se está haciendo para lograrlos.
- Ayudar a planear el futuro e ir en busca de logros
- Descubrir que la felicidad, satisfacción y paz interna es una labor del propio individuo aquí y ahora.

Desarrollo:

En una hoja trazar una línea horizontal, se solicita que al inicio ponga la fecha de nacimiento y al final la fecha aproximada de su muerte y en ese intervalo la fecha actual. En el espacio comprendido entre la fecha de Nacimiento y La Fecha actual describir los logros alcanzados; y a partir de la Fecha actual hasta la Fecha de la Muerte, describir aspiraciones y metas.

Compartir en grupo.

Resultados:

Hernán.- Se ha esforzado por mejorar su comportamiento, pero todavía no tiene conciencia de la enfermedad, ni refleja anhelos de cambiar, minimizando el valor de la rehabilitación.

Patricio.- Valora las oportunidades que su familia le brinda, aunque aporta siempre en el grupo dentro de las sesiones terapéuticas, no profundiza en su recuperación.

Manuel.- El grupo le ha ayudado de gran manera, y en esta actividad se evidencia una mayor conciencia de su adicción y refleja temor por su futuro, el grupo aporta diferentes puntos de vista siendo positivo para los internos.

Javier.- Reflexiona sobre la importancia de la recuperación y la motivación que tiene para no regresar a sus hábitos anteriores.

William.- Desea recuperar el tiempo que a perdido por la ingesta de alcohol, motivándose a continuar en recuperación.

Oscar.- Desea cambiar y continuar en recuperación se evidencia mayor conciencia de la enfermedad.

Paúl.- Valora los esfuerzos realizados por sus familiares y se propone cambiar y continuar con su recuperación.

José Luís.- Ha tomado con seriedad la recuperación y anhela aprender y tomar con responsabilidad la rehabilitación.

DÉCIMA SESIÓN

Técnica: Trueque de un secreto

Objetivo:

- Crear mayor capacidad de empatía entre los participantes
- Descarga de emociones

Desarrollo

Los participantes tienen que elaborar una carta en la cual describan situaciones difíciles de expresar, posteriormente estas cartas son intercambiadas y la otra persona tendrá que asumir como suya la situación expuesta, usando la primera persona “Yo” y proponiendo una solución.

Resultados:

Hernán.- Se le impuso “tiempo fuera” por indisciplina dentro del centro.

Patricio.- Se presentó poco participativo, tímido y únicamente intervino cuando se le asignó el problema mostrándose muy apartado de la terapia.

Manuel.- Se muestra muy participativo, pero todavía está en etapa de negación y presenta una capacidad superficial de análisis de las situaciones, expuso el problema del compañero y proporcionó soluciones al mismo.

Javier.- Se presentó participativo, opinando y aportando soluciones en cada uno de los problemas que los compañeros expusieron y afrontó su propio problema, buscando alternativas para solucionar el mismo.

William.- Se le observó muy callado, y brindó poco empeño al defender el problema asignado, aportando puntos positivos dentro de la resolución de problemas.

Oscar.- Se mostró participativo y expuso muchos argumentos ante la solución del problema que defendió, mostrando capacidad empática e introspección ante su propia situación.

Paúl.- Compartió el problema asignado, aportando posibles soluciones; dentro de la terapia se mostró poco participativo interviniendo sólo cuando se le pidió.

José Luís.- Participó de manera activa en la terapia, defendió de una manera educativa el problema otorgado y tuvo la capacidad de afrontar y compartir su problema con los demás, reconociendo que actuó mal y está dispuesto a remediar los daños causados.

DÉCIMO PRIMERA SESIÓN

Técnica: Yo soy

Lo que no saben de mí

Objetivo:

- Percepción que tienen los demás sobre mí
- Fortalecer la confianza dentro del grupo

Desarrollo:

1.- Un miembro del grupo se sitúa en el centro del grupo y los demás comparten características del mismo, esta situación va variando hasta que todos participen.

2.- Los integrantes del grupo expresan virtudes, defectos, que aún no se han compartido dentro del grupo.

Resultados:

Hernán.- Se le impuso “tiempo fuera” por indisciplina dentro del centro.

Patricio.- Lo consideran una buena persona que tiene muchos anhelos de estar junto a su familia y recuperar el tiempo perdido por el consumo.

En la segunda parte de la terapia, compartió sus vivencias, pero aún guarda muchos “fondos” que hacen que refleje resentimiento, enojo e inseguridad.

Manuel.- Los compañeros lo consideran una persona responsable, trabajadora, aseada, exigente y luchadora.

En la segunda parte de la terapia, compartió muchas experiencias de su vida, pero necesita un mayor nivel de aceptación de la enfermedad y tomar con mayor responsabilidad su recuperación.

Javier.- Los compañeros lo perciben como una persona justa, extrovertida, sincera y que trabaja en la tolerancia.

En la segunda parte de la terapia, compartió muchos secretos y “fondos” que le hacían daño, demostrando mucho arrepentimiento y tranquilizándose por lo relatado.

William.- Considerado por sus compañeros como una persona tranquila, serena, tímida y callada.

En la segunda parte de la terapia compartió con mucho temor sus “fondos”, posteriormente mostrando alivio y tranquilidad, aunque aún es callado y tímido dentro del grupo.

Oscar.- Los compañeros lo consideran un buen amigo, sincero, serio, responsable en su recuperación.

En la segunda parte de la terapia, compartió experiencias muy grandes y difíciles para él, demostró mucho arrepentimiento y sufrimiento al hablar de las mismas.

Paúl.- Los compañeros lo perciben como una buena persona que la mayor parte del tiempo permanece callado, tímido y que razona mucho antes de hablar.

En la segunda parte de la terapia, compartió muchos “fondos”, liberándose de culpas mostrando arrepentimiento y anhelos de seguir adelante.

José Luís.- Los compañeros aportaron opiniones positivas acerca de él, lo ven “como buen amigo”, ya que pone mucho empeño en la recuperación.

En la segunda parte de la terapia, inicialmente no profundizaba en su diálogo, pero posteriormente desfogó muchos “fondos” presentando una actitud positiva ante el ejercicio.

DÉCIMO SEGUNDA SESIÓN

Técnica: Psicoeducación sobre Deshabitación y dinámicas

Objetivo:

- Informar diferentes opciones y posibilidades después del internamiento.

Desarrollo:

Se solicita a los participantes que identifiquen individualmente cuales son los elementos o hechos que les proporcionan seguridad y derechos que tienen dentro de a familia, el trabajo y la sociedad y que lo expresen por escrito. A continuación se forman subgrupos pidiendo que lleguen a conclusiones.

Resultados:

Se impartió psicoeducación sobre la deshabituación, en donde los pacientes compartieron sus sentimientos y miedos relacionados con esta etapa de su recuperación, surgieron diferentes puntos de vista respecto al tema y después de analizar se obtuvo aportes positivos para el grupo.

DÉCIMO TERCERA SESIÓN

Técnica: Psicoeducación sobre personalidad

Objetivo:

- Informar sobre los tipos de personalidad para que los participantes tengan un mayor autoconocimiento.

Desarrollo:

Informar sobre las características generales sobre los tipos de personalidades y aplicación de un test de personalidad.

Resultados:

Dentro de esta sesión terapéutica todos los integrantes del grupo, demuestran mucho interés en conocer el tipo de personalidades que existen y que rasgos de las diferentes personalidades les pertenecen o se identifican, la actividad se realiza de manera exitosa y se obtienen resultados positivos para los pacientes, comprometiéndose a trabajar en los aspectos positivos de su personalidad.

DÉCIMO CUARTA SESIÓN

Técnica: Acentuar lo positivo

Virtudes y Defectos

Objetivo:

- Mejorar la imagen de ellos mismos mediante el intercambio de comentarios y cualidades personales

Desarrollo:

En parejas compartir aspectos positivos (Físicos, de personalidad, cualidades) y reflexionar sobre la dificultad al expresarse.

Se pide a los participantes que busquen una piedra que representa los defectos y una flor que representa las virtudes, cada uno comparte su experiencia con el grupo y se reflexiona.

Resultados:

Hernán.- El paciente refiere tener más virtudes que defectos, adoptando una actitud narcisista, él grupo lo confronta hablándole sobre situaciones en las cuales surgieron defectos, él paciente acepta lo expuesto por sus compañeros y reflexiona lo compartido.

Patricio.- Tiene imagen distorsionada de sí mismo, ya que no observa los puntos positivos de su personalidad sino solo los negativos, el grupo le ayuda aportando actitudes positivas en el período de internamiento, al finalizar la sesión terapéutica el paciente proyecta más tranquilidad consigo mismo.

Manuel.- Analiza los puntos positivos y negativos de su personalidad, aunque falta trabajar en algunos valores que él los percibe como normales, refleja una mayor comprensión de la problemática de su enfermedad.

Javier.- Reconoce a la impulsividad y agresividad como sus mayores defectos y se propone trabajar en los mismos dentro del internamiento, con la ayuda de sus compañeros.

William.- Refiere que la timidez e inseguridad son sus principales defectos, debido a que ha perdido muchas oportunidades por no arriesgarse, se trabaja dentro de la sesión terapéutica sobre este tema con aportes de todo el grupo.

Oscar.- Evidencia al aislamiento y despreocupación como sus principales defectos, enfocándose a trabajar en mejorar sus relaciones sociales y posteriormente las familiares.

Paúl.- Reconoce que su forma de ser es muy pasiva ante todas las situaciones diarias, refiriéndose a que es un problema en su vida porque por esta razón no se fija metas, se compromete a realizar un listado de actividades que quisiera realizar.

José Luís.- Realiza un gran listado sobre sus defectos, y se propone trabajar en cada uno de ellos durante el internamiento, y ha acentuar sus virtudes.

DÉCIMO QUINTA SESIÓN

Técnica: Silla Caliente

Manijas de reloj

Objetivo:

- Destacar actitudes y características que el sujeto ignora sobre sí mismo y de esta manera percibir las como propias.

Desarrollo:

Cada participante se ubica en el centro del grupo y los demás lo catalogan según las características que proyecte. Luego se realizan dos grupos que giran en círculo cara a cara, elogiando a quien se encuentra al frente y se repite la misma actividad con todos los integrantes del grupo.

Resultados:

Hernán.- Los compañeros lo perciben como; “impaciente, vanidoso, inmaduro, buen amigo, sociable, que le gusta aconsejar y habla mucho acerca del programa pero que no lo aplica consigo mismo, que todavía se encuentra en negación, pero que el tiempo fuera le ha servido porque esta mejorando su manera de interactuar”. Refieren también “que todavía debe trabajar los defectos de carácter y que manipula para conseguir lo que desea y que aún mantiene actitudes de la calle”.

Patricio.- El grupo lo percibe: “poco amistoso, intolerante, reservado, que se cree autosuficiente, reprime sus sentimientos y minimiza los problemas de su consumo, creen que toma el programa con apatía y oculta su personalidad”.

Manuel.- El grupo lo considera: “optimista, buena persona, participativo, resentido, rígido, exigente, impulsivo, en ocasiones no trabaja con honestidad, es machista, no tiene apertura para entender el programa, sugieren que debe trabajar más en tolerancia y que habla la mayor parte del tiempo de mujeres. Al inicio del internamiento siempre estaba enojado porque quería salir en dos meses y debe trabajar en aceptación; es muy cerrado porque siempre piensa que tiene la razón”.

Javier.- Los compañeros refieren que el paciente “es una persona justa, honesta, que se encuentra trabajando en gran manera en su proceso de recuperación, y que debe actuar en lugar de solo hablar, le sugieren que debe expresar sus emociones y valorar a su familia. Refieren que es un buen compañero y que personaliza mucho los problemas de los demás y que debe trabajar más en la tolerancia”.

William.- El grupo refiere: “que es una excelente persona pero que debe ser más participativo y que le falta involucrarse más con el programa. Le consideran una persona inteligente y que debería darle más importancia a la vida, es reservado e inseguro”.

Oscar.- Los compañeros refieren “que está trabajando en la recuperación pero que todavía le falta aprender más, opinan que ha transformado su vida y actitudes. Asume problemas ajenos como propios. Es honesto y le gusta hacer las cosas de buena manera, es celoso y debería trabajarse para cambiar este defecto de carácter”.

Paúl.- El grupo lo mira “como una persona callada pero buen amigo, refieren que no expresa sus sentimientos y no comparte sus problemas, piensan que en la mayoría de las terapias parece que está pensando en otras cosas y no se centra en lo verdaderamente importante para la recuperación”.

José Luís.- El grupo de trabajo lo considera “una buena persona, que es molesto y que debería tomarle con seriedad al programa, refieren que asume su internamiento con calma y que debe continuar esforzándose para ganarse la confianza de su familia, debe continuar buscando en que esta fallando que le lleva a recaer constantemente. Ayuda siempre a los demás tomando de manera superficial su problemática”.

DÉCIMO SEXTA SESION

Técnica: Alabanza: Dando y recibiendo retroalimentación positiva

Caricias por Escrito

Objetivo:

- Desarrollar la conciencia de los logros de los participantes al igual que de sus propias respuestas en reconocimiento de otros.

Desarrollo:

En parejas escribir cosas q hago bien, un logro reciente y una frase que me gustaría que se hubiera dicho, esto se intercambia con la pareja y posteriormente se presenta al grupo a la pareja señalando los aspectos positivos de esta, dando a conocer que cada persona proyecta lo que es según la manera que califica al otro.

Resultados:

Se alcanzó las metas aspiradas con esta actividad, ya que cada uno de los pacientes transmitió a los demás sus puntos de vista y lo positivo que ha han observado durante el internamiento los unos de los otros, motivando a continuar con la recuperación al grupo y permitiendo expresar sentimientos, lo cuál los internos no lo realizan comúnmente, reflejan alegría y tranquilidad.

DÉCIMO SÉPTIMA SESIÓN

Técnica: Anuncio de Periódico

Metas y Logros

Objetivo:

- Autoconocimiento para los participantes, motivándoles a desarrollar los puntos fuertes de su personalidad, guiándoles a ensalzar lo positivo de los mismos, disminuyendo lo negativo en lo referente a ganancias obtenidas a lo largo de su vida.

Desarrollo:

Utilizando una cartulina se motiva a los participantes a crear un anuncio publicitario sobre si mismo, buscando la mejor forma de venderse, a continuación exponen ante el grupo, destacando los puntos fuertes de si mismo y en que actividades tiene experiencia.

Resultados:

Hernán.- Tiene una mayor integración dentro de las terapias y del grupo, ha incrementado su conciencia de lo positivo y negativo de su personalidad.

Patricio.- Mejora su autoestima y refleja una mayor aceptación de si mismo.

Manuel.- Reconoce sus habilidades dentro de lo laboral, las cuales dejaban de tener importancia para si mismo y su entorno debido a la ingesta de alcohol.

Javier.- refleja un mayor interés por trabajar en sus virtudes y demuestra anhelos de no perder su trabajo que le motiva a continuar con la recuperación y se propone dar importancia a las actividades que le resultan agradables.

William.- Existe mayor aceptación de si mismo y apertura para continuar trabajando en su rehabilitación.

Oscar.- Mejora su autoestima y refleja mayor tranquilidad consigo mismo.

Paúl.- Se muestra más activo dentro de terapia y reflexiona en sus virtudes.

José Luís.- Trabaja en sus defectos de carácter y mejora su autoestima.

DÉCIMO OCTAVA SESION

Técnica: Autoestima Baja y Alta

Jactándose

Objetivo:

- Hacer conscientes los sentimientos que se tienen cuando se tiene Autoestima Alta y cuando se tiene Autoestima Baja.
- Ayudar a los participantes a identificar, poseer y compartir sus capacidades personales, experimentando el grado de dificultad para realizarlo.

Desarrollo:

Imaginar una situación pasada que le resulto gratificante, un logro, un ascenso y experimentar nuevamente los mismos sentimientos, eso es lo que siente una persona con Alta Autoestima, igualmente imaginar una situación donde se sintió impotente, triste o incapaz y revivir las sensaciones de ese instante, esto es lo que siente una persona con Baja Autoestima. Analizar cuál de los estados predomina en su vida y sacar conclusiones.

Dar una charla sobre el tabú cultural existente al jactarse sobre uno mismo, en parejas se comentan las virtudes que cada uno tiene y al final se analiza la dificultad que existió al realizar esta tarea y los sentimientos existentes.

Resultados:

Hernán.- Se siente mal cuando piensa en la calidad de vida que ha estado llevando, analiza lo difícil que es abandonar a sus amistades, y actividades. Es una persona que piensa “Que todo lo hace bien”, es muy dependiente de sus relaciones interpersonales y cuando no son atendidas sus necesidades tiende a frustrarse.

Patricio.- Relata que en su pasado se sentía bien cuando hacía deportes y se veía bien físicamente, recuerda situaciones vividas con su familia por cuales tiene nostalgia, siente mucho orgullo de su hijo. En la adolescencia tenía baja autoestima lo cual le produjo inseguridad, aislándose de su entorno.

Manuel.- Uno de los episodios más dolorosos de su vida fue la disolución de su matrimonio sintiendo mucha tristeza. Y uno de los más gratos recuerdos es su habilidad para construir puertas y dedicación para cumplir de manera óptima sus metas.

Javier.- Uno de los logros más grandes de su vida y que le causó mucha satisfacción fue el haberle regalado a su madre una silla que construyó el mismo; y el recuerdo más desagradable que tiene es gastar el dinero que no ganó por sus propios esfuerzos.

William.- Se siente mal al recordar que nunca ahorró nada del dinero ganado por los trabajos realizados y un momento agradable de su vida es el haber logrado manejar un carro de transporte lo cual le motivó a tener metas en su vida.

Oscar.- Un momento inolvidable de su vida es el nacimiento de su hija y el evento más doloroso es el no haber estado al lado de su otro hijo por causa del consumo.

Paúl.- Se siente feliz cuando hace obras de arte, ya que siente libertad, belleza, capacidad, seguridad, alegría y se siente mal al recordar las épocas vividas antes del internamiento ya que siente mucha inseguridad y esto le llevó a un mayor grado de consumo.

José Luís.- Uno de los acontecimientos que no olvidará jamás es el nacimiento de su hijo. Y un momento desagradable de su vida es que el día que su hijo nació fue a consumir y no se quedó al lado de su esposa, mintiendo, manipulando para lograrlo.

DÉCIMO NOVENA SESIÓN

Técnica: Silla Vacía

Objetivo:

- Expresión de emociones
- Resolución de problemas
- Desarrollar empatía

Desarrollo:

La persona se sitúa frente a una silla vacía y se imagina sentada a una persona con la que tiene conflictos desahogando palabras y sentimientos no expresados, luego intercambia papeles desarrollando una conversación hasta encontrar una solución o respuesta.

Resultados:

Hernán.- Se concentró en la relajación, al realizar la actividad mantuvo una conversación con su enamorada a la cuál pidió disculpas, la terapia le hizo reflexionar sobre las actitudes que ha tenido hasta ahora, compartiendo la experiencia que le dejó el ejercicio.

Patricio.- Colaboro dentro de la terapia, recordando situaciones que le indignan y molestan, por lo que logro liberar sentimientos que tenía guardado durante mucho tiempo.

Manuel.- En la actividad realizada pudo compartir lo difícil que le resulto ingresar en el Centro, logrando el grupo retroalimentar las vivencias compartidas y obteniendo conclusiones positivas para su vida.

Javier.- Se sintió bien porque pudo expresar muchos sentimientos guardados hacia su esposa, sintiendo tristeza debido a que le mintió mucho, liberándose de culpas y orientándose de una manera positiva para sus futuras relaciones de pareja, dentro de su vida en recuperación.

William.- Por medio de esta sesión terapéutica logró expresar emociones guardadas a sus seres queridos, sintiendo tristeza porque la relación con su madre e hija no ha cambiado, pero se esfuerza para que esta mejore.

Oscar.- Por medio de esta actividad logró superar desavenencias con su madre y le pidió perdón, sintiéndose contento al final de la terapia ya que esta motivado para recuperar el tiempo perdido con su familia a causa de su adicción.

Paúl.- En la sesión terapéutica trabajo con su padre y pudo expresar muchos sentimientos guardados, obteniendo como resultados anhelos de compartir más tiempo junto a él después de su internamiento.

José Luís.- Al finalizar la terapia se sintió reforzado dentro del proceso de su recuperación, reflexionando que la vida no es solo consumo sino el ponerse metas y mantener estable al núcleo familiar.

VIGÉSIMA SESIÓN

Técnica: Niño Herido

Objetivo:

- Resolución de conflictos arrastrados desde la infancia hasta la actualidad.

Desarrollo:

Por medio de relajación preparar a los participantes para indagar su vida desde la infancia hasta la fecha analizando cada etapa con el fin de encontrar conflictos no resueltos, posteriormente realizan una carta para su niño herido la misma que es respondida al adulto y luego se comparte en grupo recibiendo caricias.

Resultados:

Hernán.- Al regresar a la infancia, el paciente recordó sus vivencias junto a su familia, expresando que se alejó del núcleo familiar a causa de la influencia de malas amistades, acostumbrándose a obtener las cosas de manera fácil. Reconsidera la posibilidad de acercarse nuevamente a su familia.

Patricio.- Recordó que dentro de su hogar existía violencia intrafamiliar, compartiendo fondos con sus compañeros y el grupo aportó puntos de vista positivos, para que el paciente pueda continuar con su recuperación.

Manuel.- Valora la inocencia que conservaba en su infancia, lejos del consumo de alcohol, motivándose a continuar con un cambio dentro de su recuperación.

Javier.- Destaca la estrecha relación que mantiene con sus padres y hermanos, valorando el apoyo que aún mantiene por parte de los mismos y que los problemas se ha buscado a causa del consumo de sustancias y malas amistades.

William.- Recuerda con nostalgia su infancia, ya que siempre extrañó la presencia de una figura paterna, anhela mejorar la relación con su madre y responsabilizarse de su hija.

Oscar.- Valora los esfuerzos que su madre ha hecho por brindarle atención y cuidados a lo largo de su existencia, comparte dentro del grupo sus anhelos de mejorar la relación con la figura materna.

Paúl.- Compartió sus vivencias acerca de la niñez con sus compañeros, resaltando la importancia de restablecer los vínculos familiares en la actualidad, como un componente fundamental de su recuperación.

José Luís.- Al analizar los años de infancia resalta que sus padres le han inculcado valores, pero que él por curiosidad se sumergió al mundo de las drogas, destruyéndose a si mismo y a su entorno, comparte sus anhelos de cambiar para poder ser un ejemplo para su hijo.

VIGÉSIMO PRIMERA SESIÓN

Técnica: Trabajo con plastilina

Objetivo:

- Resolución de conflictos

Desarrollo:

Por medio de relajación se prepara a los participantes para recordar situaciones dolorosas que no han sido superadas, luego se materializa la situación por medio de plastilina y se comparte con el grupo la experiencia y los sentimientos implicados.

Resultados:

Hernán.- Por medio del ejercicio de la plastilina, compartió una situación por la cuál se culpabiliza hasta la actualidad, sintiendo mucho enojo y rencor hacia si mismo, pero a medida que progresa la sesión terapéutica, y con ayuda del grupo entiende que no debe estancarse en situaciones del pasado sino reconocerlas para no cometer los mismos errores.

Patricio.- Dentro de esta actividad el paciente continúa trabajando en su intolerancia y agresividad, entendiendo que existen varias maneras de reaccionar ante las situaciones que nos producen malestar, motivándose a trabajar en sus defectos de carácter.

Manuel.- Proyectó en la sesión terapéutica situaciones vividas al lado de su ex esposa, trabajándose todo este tiempo en superar resentimientos y rencores, que le servían de pretexto para continuar con su consumo de alcohol.

Javier.- Con la plastilina representó toda su vida, haciendo hincapié “en que ha sido un círculo vicioso que le ha hecho malgastar su tiempo”, analizando el estilo de vida que quiere llevar en la actualidad.

William.- Reconoce que se siempre se ha sentido inseguro, y abandonado incapaz de mantener relaciones de pareja, por lo que se propone valorarse a si mismo para posteriormente poder interactuar en una relación sentimental.

Oscar.- Reconstruye la experiencia que dejó en su vida una negligencia cometida en su trabajo, la misma que le produjo depresión durante un período largo, le gustaría reparar el daño causado a personas que han sido víctimas de su consumo.

Paúl.- Comparte con él grupo la agresividad que proyectó durante una época de su vida anterior al internamiento, la misma que le llevó a discusiones con su madre, y problemas con su entorno, habla acerca de estas situaciones con la finalidad de recibir opiniones de sus compañeros y obtener conclusiones para llevar de mejor manera su vida.

José Luís.- Proyectó con la plastilina la época en que se quedó solo sin el apoyo de su entorno debido al consumo de sustancias y malas actitudes, queriendo cambiar esta situación en la actualidad y esforzándose diariamente por recuperar la confianza de su esposa y padres.

VIGÉSIMO SEGUNDA SESIÓN

Técnica: Explosión de emociones

Técnica de la almohada

Objetivo:

- Liberación de agresividad.

Desarrollo:

Se entrega un globo a cada participante y cada uno expresa alguna situación significativa y la emoción experimentada, soplando el globo en cada turno hasta que el mismo explote.

Luego se visualizan situaciones que producen enojo y se descarga la agresividad con la almohada.

Resultados:

Hernán.- Al inicio de la terapia, el paciente manifestó enojo al recordar diferentes situaciones vividas, posteriormente libera muchas emociones llegando a sentir tranquilidad y bienestar.

Patricio.- Dentro de esta sesión terapéutica el paciente expresó toda la agresividad que había adquirido a lo largo de su vida, sintiendo al finalizar mucha libertad y paz, para llevar de mejor manera las relaciones con su entorno.

Manuel.- Al inicio de la terapia, se mostró tímido y temeroso de participar, posteriormente se integra a la dinámica de la actividad, compartiendo “fondos” y proyectándose motivado a continuar dentro del grupo focalizado, para aprender una mejor manera de vivir en su recuperación.

Javier.- Percibe a la terapia como un juego, expresando alegría, tranquilidad y sencillez al compartir con sus compañeros de grupo, reconociendo que ha obtenido grandes logros en su trabajo acerca de la tolerancia.

William.- Quiere pasar desapercibido dentro de la sesión terapéutica, pero sus compañeros lo integran rápidamente en la actividad que se está realizando, por lo que el paciente toma un papel activo dentro del mismo, compartiendo vivencias y demostrando alegría y confianza con el grupo.

Oscar.- Al realizar la actividad se evidencia mucha agresividad, la misma que es expresa por el paciente dentro de la sesión terapéutica, logrando sentir al finalizar la sesión, tranquilidad y el haberse liberado de resentimientos que tenía guardados desde hace tiempo atrás.

Paúl.- Disfruta de la actividad de manera más pacífica que el resto del grupo, expresando al finalizar la sesión terapéutica que son numerosas las enseñanzas que se lleva de la misma, motivándole a continuar realizando su inventario personal.

José Luís.- Comparte sus vivencias con sus compañeros integrándose en la dinámica de la terapia, sintiendo alivio al poder comunicar experiencias que las guardaba en su interior.

VIGÉSIMO TERCERA SESIÓN

Técnica: Técnicas de Respiración

Técnicas de tensionar y aflojar el cuerpo

Técnica de Visualización

Objetivo:

Adquirir la capacidad de auto relajación para un mejor control de las sensaciones y emociones.

Desarrollo:

Aprender a respirar adecuadamente para lograr un control del propio cuerpo y de las sensaciones del mismo, a continuación deben imaginar situaciones placenteras para traerlas a la realidad del individuo.

Resultados:

Los pacientes con esta sesión terapéutica aprendieron a respirar de una mejor manera, para lograr relajar su cuerpo en momentos de ansiedad. De igual forma se les enseñó a tensionar y aflojar su cuerpo con el objetivo de que ellos aprendan a manejar de una manera más óptima sus sensaciones corporales. Se realizó trabajos de visualización, en el que los pacientes trataron temas ignorados anteriormente y que son fundamentales para su estabilidad integral.

VIGÉSIMO CUARTA SESIÓN

Técnica: Técnica del Perdón

Objetivo:

- Alcanzar un estado de bienestar por medio del perdonar a otros y a si mismo.

Desarrollo:

Por medio de visualización se imagina a una persona o personas con la que no tiene una buena relación, modificando la situación presente por una situación agradable y armoniosa.

Resultados:

Hernán.- El paciente reconoce que ha hecho mucho daño a sus seres queridos pero principalmente a si mismo, por la vida que decidió llevar, con la actividad terapéutica, visualiza situaciones que para él son importantes superar.

Patricio.- Pide perdón a su familia por haberles mentido y manipulado constantemente, comparte con el grupo sus anhelos de cambiar su situación familiar.

Manuel.- Por medio de la terapia reconoce el daño que se ha estado haciendo todo este tiempo a sí mismo, debido a que por su constante ingesta de alcohol, estaba perdiendo oportunidades laborales.

Javier.- Al transcurso de la terapia reconoce que ha causado mucho daño a su familia por el consumo de drogas, analiza la situación actual y lo que espera de si mismo en el internamiento y en su integración al núcleo familiar.

William.- Reconoce que ha abandonado a su hija, pero se motiva al pensar que todavía tiene la oportunidad de remediar su relación familiar.

Oscar.- Destaca que son numeroso los daños causados por su consumo de sustancias, reconociendo que estuvo ausente en episodios familiares importantes, proponiéndose en trabajar su relación familiar al finalizar el internamiento.

Paúl.- Desea mantener una mejor relación con sus padres, y valora el apoyo que le han brindado al permitir que se recupere de su consumo de drogas.

José Luís.- Considera la posibilidad de prevenir el inicio del consumo activo de sus sobrinos, orientándolos con todo lo que ha aprendido en el internamiento, y se propone cada día fortalecer los lazos familiares.

VIGÉSIMO QUINTA SESIÓN

Técnica: Valorar la Vida

Objetivo:

- Evaluación del estilo de vida que se ha llevado hasta la actualidad y las opciones posibles para mejorarla.

Desarrollo:

Por medio de visualización se pide a los participantes una exploración de toda su vida y evaluar como la ha llevado hasta hoy, posteriormente en grupo se comparte la manera de cambiarla para bien.

Resultados:

Hernán.- Analiza que la vida que ha llevado hasta la actualidad es cómoda, pero que no se ha esforzado por lograr actividades más productivas para su existencia, al contrario todo el tiempo está arriesgándose al exponerse a situaciones peligrosas, todavía no se evidencia un deseo profundo de cambiar.

Patricio.- A lo largo de su vida son muchas las experiencias adquiridas. Expresa dentro del grupo sus anhelos de cambiar, pero todavía debe comprometerse y responsabilizarse de su recuperación.

Manuel.- Reconoce que al inicio del internamiento tenía ideas distorsionadas del consumo y la recuperación, alegrándose de haber alcanzado los conocimientos adquiridos al asistir al grupo terapéutico, debido a que tiene una visión más clara de su vida actual y de sus metas.

Javier.- Percibe a su vida pasada como “vacía”, debido a que su única meta era consumir, pero en la actualidad tiene deseo de prosperar y cambiar su estilo de vida.

William.- Piensa que su vida ha sido siempre manejada por los temores, manteniendo una actitud pasiva ante las diferentes experiencias, pero anhela cumplir sus metas y salir adelante priorizando en todo momento su recuperación.

Oscar.- Reconoce que su vida hasta la actualidad no ha sido manejada de buena manera, porque no ha sabido afrontar a los problemas sino se dejaba llevar por los mismos, queriendo que en su vida de recuperación esto se enfoque de un modo distinto.

Paúl.- Califica a su manera de vivir hasta la actualidad como regular, debido a que ha tenido épocas fructíferas y otras malgastadas, considera que el consumo de sustancias no ha sido un buen compañero, por lo que valora su recuperación.

José Luís.- Asegura que ha perdido grandes oportunidades en su entorno laboral y social, por este motivo anhela involucrarse de una mejor manera con su familia y buscar un trabajo que le ayude a alcanzar satisfacciones laborales, es conciente de que no es una tarea sencilla, pero si se esmera, piensa que lo va a lograr.

VIGÉSIMO SEXTA SESIÓN

Técnica: Elaboración de Plan de Vida

Objetivo:

- Adquirir pautas para llevar una mejor calidad de vida.

Desarrollo:

Planificación de metas y expectativas del sujeto dentro del área familiar, laboral, social y emocional.

Resultados:

Todos los integrantes del grupo realizaron un plan de vida, el mismo que consto de metas dentro del plano familiar, laboral, social, emocional y la manera en la que van a llevar su recuperación priorizando sus necesidades más importantes. La mayoría de los pacientes ubican como la meta principal integrarse a grupos de autoayuda, demostrando que están encaminados a continuar en su recuperación.

VIGÉSIMO SÉPTIMA SESIÓN

Psicoeducación sobre Recaídas y Sobriedad.

Objetivo:

Proporcionar información acerca de componentes importantes dentro del proceso de recuperación.

Desarrollo:

En primer lugar se da información a los internos sobre la recaída y las posibles razones por las que se puede llegar a ella. En segundo lugar se les enseña conceptos básicos acerca de la sobriedad y el significado de la misma.

En tercer lugar se da espacio a diferentes aportes de parte del grupo.

Resultados:

Dentro de esta sesión terapéutica se trabajó acerca de la recaída, lo que es y como puede ser prevenida, y a hablarles acerca de lo que implica vivir en sobriedad. El grupo se mostró muy interesado en lo que se les enseñó, preguntando y aportando con opiniones, y conocimientos adquiridos acerca de la adicción y la recuperación. Debido a que es necesario que las personas adictas aprendan a enfrentarse a la vida de una manera no adictiva.

VIGESIMA OCTAVA SESIÓN

Evaluación final

VIGESIMA NOVENA SESIÓN

Cierre de proceso.

ANEXO 3

HISTORIAS CLINICAS

INFORME PSICOLÓGICO 1

DATOS DE FILIACIÓN

Historia Clínica N. 15780

Nombre: Paciente N. 1

Fecha nacimiento: 16 de febrero de 1978

Edad: 31 años

Lugar de residencia: Cuenca

Ocupación: Profesor pre-escolar

Instrucción: Superior

Motivo de Ingreso: Dependencia a la marihuana, consumo de alcohol

Estado Civil: casado (separado actualmente)

ÁREA COGNITIVA

Paciente que no presenta lesiones a nivel cerebral. Buena capacidad intelectual, es capaz de razonar adecuadamente. En cuanto a su pensamiento el curso se presenta normal, sin embargo se evidencian alteraciones en el contenido del pensamiento, por la negación de la severidad de su consumo, existen pensamientos automáticos relacionados al consumo ya que se han tornado en distorsiones cognitivas muy arraigadas en el paciente, la psicoterapia está en caminata a identificar las mismas e intentar re elaborarlas con el paciente, un obstáculo es la negación del mismo a renunciar a sus esquemas mentales que se relacionan a su vida en consumo.

ÁREA CONDUCTUAL

El paciente antes de la hospitalización ha mantenido un patrón de comportamiento inestable, continuamente ha permanecido bajo atención psiquiátrica, se describe a si mismo como tranquilo, amable, sin rasgos agresivos ni impulsividad incontrolada. Durante la hospitalización se muestra tranquilo, colaborador, sin alteraciones comportamentales.

AREA FAMILIAR

El paciente proviene de un hogar desestructurado y disfuncional. Se anota como antecedente de importancia que la madre es una persona con tratamiento psiquiátrico debido a un cuadro depresivo, según refiere el paciente la psicopatología de la misma ha influido notablemente en la dinámica familiar, porque refiere que ella es la que necesita ayuda mas no él, este pensamiento robustece la negación que el paciente tiene sobre la severidad del consumo.

La relación con la madre no es estable, ni existen acuerdos vivenciales, simplemente el paciente se aleja de controversias, mostrándose únicamente tolerante ante la situación. Con el padre no mantiene un contacto activo.

AREA EMOCIONAL

Tomando como fuente de información a los datos que refiere a la historia clínica del paciente se evidencian múltiples conflictos a nivel emocional, como una predisposición permanente a la depresión, una constante sensación de vacío, desorientado en cuanto a sus planes para el futuro, estos aspectos están siendo tomados como objeto de psicoterapia.

ÁREA BIOLÓGICA

Consumo de marihuana, alcohol etílico.

AREA LABORAL / ESCOLAR

El paciente ha terminado sus estudios superiores en Arte, se ha dedicado a trabajar en un centro educativo pre- escolar. Mantiene inclinaciones hacia la poesía, música, pintura, sin embargo su actividad productiva aún está en proceso de desarrollo, no se encuentra desempeñando una función específica.

INCONSCIENTE

Se evidencia mecanismos de defensa entre los que se anotan: sublimación, negación, proyección, aislamiento, represión.

PSICODIAGNÓSTICO

Eje I

Dependencia a marihuana

Consumo de alcohol etílico

Trastorno Distímico

Eje II

Personalidad de tipo Anancástica en combinación con rasgos Ciclotímicos

Eje III

A determinar

Eje IV

Problemas laborales

Problemas familiares

Problemas sociales

Problemas conyugales

problemas ambientales

Eje V

EEAG: 80%

INFORME PSICOLÓGICO 2

DATOS DE FILIACIÓN

Historia Clínica N. 22819

Nombre: Paciente N.2

Fecha nacimiento: 4 de octubre de 1981

Edad: 27 años

Lugar de residencia: Quito

Ocupación: Técnico Eléctrico

Instrucción: Secundaria

Motivo de Ingreso: Consumo de múltiples sustancias

Estado Civil: Soltero

AREA COGNITIVA

Paciente sin deterioro a nivel cognitivo, presenta buena capacidad de razonamiento debido a que tiene las funciones de atención y concentración en buen estado. Su pensamiento presenta muchos contenidos relacionados con el consumo de sustancias, existen condicionamientos que se traducen en pensamientos automáticos siempre relacionados al consumo, por lo que se deben trabajar intensamente en la modificación de los mismos.

Tiene una inteligencia teórica y práctica de nivel superior, el problema es que utiliza de manera negativa, es decir, para planificar trampas, manipulaciones, entre otras situaciones disfuncionales; la terapia está enfocada a reorientar sus capacidades hacia actitudes y acciones positivas para si mismo y para las personas que le rodean.

AREA CONDUCTUAL

Paciente antes de su hospitalización presenta antecedentes de muchas situaciones problemáticas a nivel conductual, como son el pertenecer a pandillas e involucrarse en sus actividades, falta de remordimientos, poca conciencia de daño a otras personas, falta de cumplimiento de normas y reglas, entre otros múltiples aspectos.

Durante sus primeras cuatro semanas de hospitalización su comportamiento ha sido inadecuado, involucrándose en favorecer fugas a otros pacientes, promover el desorden y alimentar ideas subversivas al grupo, frente a esto fue una decisión terapéutica transferirlo al área psiquiátrica del centro, bajo una programación especial, los primeros días estuvo en franca negación diciendo que todo esto es una “payasada”, sin embargo se trabajó en psicoterapia, el paciente mejoró su razonamiento, se le proporcionaron lecturas adecuadas y material específico logrando estabilizarlo.

Al reingresar al área de adicciones su comportamiento ha sido más estable y se ha involucrado en los contenidos del programa, sin embargo el proceso de psicoterapia es prolongado e intenso.

AREA FAMILIAR

El paciente proviene de un hogar funcional, las figuras de autoridad han cumplido aparentemente bien su función, siendo el paciente el motivo de mayor preocupación dentro del núcleo familiar.

AREA EMOCIONAL

Existen múltiples situaciones problemáticas a nivel emocional, posiblemente la de mayor importancia refiere a la falta de remordimientos que el paciente presenta, se está trabajando en terapia para fortalecer el Súper Yo del paciente, durante la hospitalización han existido logros al respecto.

Mostrándose preocupado y las consecuencias de su inestabilidad, sobre todo a nivel de pareja y en su función de hijo.

AREA BIOLÓGICA

Consumo de múltiples sustancias.

AREA LABORAL / ESCOLAR

Durante su vida laboral el paciente ha cometido faltas, sobre todo relacionado a estafas, sacar provechos inadecuados mediante trampas y acciones negativas. Actualmente mantiene un trabajo estable y se está incluyendo en psicoterapia el cumplimiento de normas y reglas establecidas.

INCONSCIENTE

Los principales mecanismos de defensa son la proyección y la identificación con el agresor.

DIAGNÓSTICO

Eje I:

Trastorno de Dependencia a múltiples sustancias.

Trastorno Disocial del comportamiento de inicio en la infancia.

Eje II:

Personalidad de tipo Inestable o Limítrofe en combinación con rasgos Disociales y Paranoides.

Eje III:

A determinar.

Eje IV:

Problemas laborales

Problemas de pareja

Problemas familiares

Problemas sociales

Eje V:

EEAG: 80%

INFORME PSICOLÓGICO 3

DATOS DE FILIACIÓN

Historia Clínica N. 22807

Nombre: Paciente N. 3

Edad: 45 años

Lugar de Procedencia: Santa Isabel

Ocupación: Ebanista

Escolaridad: Primaria completa

Estado civil: Divorciado

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

Paciente con consumo severo de alcohol lo cual lo ha llevado a deteriorar su función laboral, perdiendo la estabilidad casi total en esta área, se encuentra actualmente divorciado con relaciones familiares deterioradas como consecuencia del consumo de alcohol etílico.

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Paciente que durante el proceso de hospitalización ha cursado por situaciones con dificultades dentro de la convivencia de grupo, su participación no ha sido asertiva, sino que ha parcializado hacia las actitudes disfuncionales, identificando como “víctimas” a las personas que rompen reglas y actúan de manera negativa, el paciente no ha podido discriminar con objetividad las situaciones, se ha necesitado trabajar de manera individual para que su interpretación sea más realista, lo cual presupone falta de comprensión a nivel cognitivo.

PSICODIAGNÓSTICO

Eje I

Trastorno de Dependencia a Alcohol etílico

Eje II

Personalidad de tipo Paranoide

Eje III

A determinar

Eje IV

Problemas laborales

Problemas familiares

Problemas sociales

Eje V

EEAG: 55%

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Debido a las distorsiones en la interpretación de los hechos que el paciente presenta, necesita de una psicoterapia que sobre pase el tiempo de hospitalización para ayudarlo a analizar la realidad con mayor objetividad, el paciente se parcializa con las opiniones vertidas por sus compañeros y su personalidad de tipo paranoide interpreta como acciones destinadas a causar daños a los demás, mas no como intervenciones terapéuticas.

El paciente requiere permanecer integrado a un grupo de ayuda para adictos sin interrupciones durante muchos años.

INFORME PSICOLÓGICO 4

DATOS DE FILIACIÓN

Historia Clínica N. 22815

Nombre: Paciente N. 4

Edad: 47 años

Lugar de Procedencia: Santa Isabel

Ocupación: Chofer

Escolaridad: Secundaria Incompleta

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

Paciente que inicia el consumo de alcohol a los 13 años manteniéndose el mismo en ascenso a medida que pasa el tiempo. Durante su vida el paciente se muestra afectado en varias áreas de funcionamiento, mostrándose irresponsable en el trabajo, con relaciones familiares deterioradas y con un patrón de consumo frecuente. Se anota que el paciente se ha mantenido soltero sin embargo usualmente ha asistido a prostíbulos acompañado siempre de consumo de alcohol, refiere que todo lo ganado mediante su trabajo lo ha desperdiciado en alcohol y mujeres.

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL

El paciente en los primeros días de hospitalización se muestra periférico, poco integrado al programa con actitud muy pasiva. A medida que ha transcurrido la hospitalización se ha involucrado en los contenidos del programa, sin embargo no se ha producido una catarsis de importancia.

Se anota que el estado físico es muy delicado debido al daño hepático que presenta, de lo cual está consciente.

PSICODIAGNÓSTICO

Eje I

Trastorno de Dependencia a Alcohol etílico

Eje II

Personalidad de tipo Evitativa

Eje III

Cirrosis

Eje IV

Problemas laborales

Problemas familiares

Problemas de la actividad global

Eje V

EEAG: 60%

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El paciente debido a sus rasgos de personalidad evitativa, usualmente no ha participado de manera activa en los contenidos del programa, sin embargo conoce los mismos, pero los verbaliza en grupos focalizados y en terapia individual.

Se recomienda que permanezca de manera indefinida asistiendo a grupos de apoyo para personas adictas.

INFORME PSICOLÓGICO 5

DATOS DE FILIACIÓN

Historia Clínica N. 21638

Nombre: Paciente N.5

Edad: 38 años

Lugar de Procedencia: Loja, 27 de mayo de 1968

Ocupación: desocupado

Escolaridad: Superior incompleto

Estado civil: casado

Motivo de ingreso: Dependencia a Benzodiacepinas y alcohol, consumo esporádico de marihuana.

Fobia social.

AREA COGNITIVA

Paciente con alteraciones a nivel cognitivo, presenta fobia social, temor a relacionarse con las personas, miedo a ser criticado y desaprobado, lo cual es significativo para el desarrollo de sus actividades cotidianas.

Ideación de tipo Paranoide: “sensación de que algo malo me va a ocurrir”.

AREA FAMILIAR

Paciente casado, con un hijo de 7 años, aparentemente la vida familiar se ve afectada por la disfuncionalidad del paciente. Sin embargo parece contar con el apoyo de su cónyuge y de su familia ampliada.

AREA AFECTIVA

Paciente con vida familiar estable dentro de lo esperable por el nivel de desajuste que presenta. Sin embargo existen cuadros de incongruencia afectiva en su pasado, por ejemplo relaciones homosexuales y relaciones habituales con prostitutas, lo cual aparentemente es ignorado por su esposa.

INCONSCIENTE

Mecanismos de defensa predominantes: represión, negación y aislamiento.

PSICODIAGNÓSTICO

Eje I

Trastorno de Dependencia a Benzodiacepinas y Abuso de Alcohol

Trastorno de Ansiedad generalizada

Eje II

Trastorno de Personalidad por Evitación

Eje III

Disfunción eréctil

Eje IV

Problemas laborales

Problemas familiares

Problemas sociales

Eje V

EEAG: 60%

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Paciente que presenta conciencia de la enfermedad, sin embargo la fobia social está en proceso de tratamiento mediante psicoterapia grupal y psicoterapia individual con técnica de exposición progresiva al objeto de fobia. A nivel familiar el trabajo aún no se ha iniciado porque no ha existido entrevista familiar, se debe trabajar en la reestructuración a nivel afectivo.

INFORME PSICOLÓGICO 6

DATOS DE FILIACIÓN

Historia Clínica N. 22773

Nombre: Paciente N:6

Edad: 28 años

Ocupación: Ingeniero en Marketing

Escolaridad: Superior

Estado civil: casado

Motivo de ingreso: Consumo de THC, PBC, Alcohol étílico.

AREA COGNITIVA

Funciones en buen estado, no evidencia alteraciones a nivel cognitivo, capacidad de razonamiento excelente, memoria, atención y concentración de igual manera sin deterioro. Lo positivo de su estado mental en algunos momentos se torna negativo debido a que utiliza su razonamiento para planificar manipulaciones y argumenta el entorno a su conveniencia de manera muy estructurada, lo cual está siendo objeto de psicoterapia individual para conseguir mayor honestidad aplicada a su vida.

AREA CONDUCTUAL

Durante su consumo activo ha sido muy irresponsable, hasta el punto de poner en peligro la seguridad de su hijo de 2 años de edad, su comportamiento ha sido del típico adicto: mentiroso, manipulador, sin precaución. En dos años ha pasado por múltiples internamientos anteriores a este, de los cuales no han sido una experiencia formadora, debido a que incluso dentro de las instituciones hospitalarias ha mantenido un consumo activo de sustancias, incluso él mismo se ha encargado de su comercialización.

Durante su permanencia en este centro ha sido confrontado de manera intensa, parece que el trabajo está demostrando reflexión en el paciente, sin embargo, debido a sus comportamientos anteriores permanecerá hospitalizado más de los tres meses que son el promedio.

AREA FAMILIAR

Paciente cuenta con mucho apoyo familiar, inclusive en etapas de su vida se evidencia sobreprotección por parte de sus padres y de sus hermanos. Su familia siempre se ha mantenido firme en ayudarlo en sus procesos de recuperación, incluso han asistido a este centro y se han involucrado en los procesos psicoterapéuticos que han sido solicitados.

Dentro de su vida conyugal existen múltiples conflictos derivados del consumo de sustancias, su esposa es una persona abierta que lo ha apoyado mucho, se trata de una persona abierta al diálogo y al mismo tiempo es firme lo cual es muy positivo porque tomó sus decisiones de manera equilibrada. Su matrimonio está en una situación decisiva, si el paciente demuestra su sobriedad, permanecerá junto a su esposa e hijo, en caso de producirse una recaída, la esposa refiere que el divorcio se tramitará inmediatamente.

Durante la hospitalización el paciente se muestra muy predispuesto al cambio, sin embargo se mantiene alerta de que no se trate de una nueva manipulación para conseguir lo que él se propone.

AREA AFECTIVA

Paciente es muy afectivo con su familia, refiere que la separación es lo que más le afecta a causa del consumo de sustancias.

Dentro de la hospitalización se muestra estable, tranquilo, sin oscilaciones en su estado de ánimo.

AREA BIOLÓGICA

Paciente sufrió un accidente, como consecuencia presenta fractura del fémur que actualmente está en proceso de recuperación.

Consumo de sustancias múltiples.

Se anota que el paciente es hijo de una madre esquizofrénica en remisión parcial de síntomas debido a que está en continuo tratamiento psiquiátrico.

AREA LABORAL / ESCOLAR

Durante su etapa activa, en el área laboral ha trabajado en la empresa de su padre quien tiene una librería y distribución de libros que según refiere el paciente es de importancia dentro de la ciudad de Quito, en este lugar ha trabajado de manera prolongada lo cual es positivo, sin embargo también se ha prestado para que el paciente se comporte de manera irresponsable debido a que en sus períodos de consumo no ha asistido al trabajo, se ha comportado de manera negativa, pero al ser de su padre no ha recibido ninguna sanción que en otro lugar le hubieran impuesto, se evidencia sobreprotección del padre.

INCONSCIENTE

Mecanismos de defensa predominantes: racionalización y sublimación.

PSICODIAGNÓSTICO

Eje I

Trastorno de dependencia a THC, PBC y alcohol etílico.

Eje II

Personalidad de tipo Dependiente

Eje III

Fractura del fémur

Eje IV

Problemas laborales

Problemas conyugales

Problemas con el grupo de apoyo primario

Descenso en la escala social

Eje V

EEAG: 70%

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Paciente muestra integración dentro del plan terapéutico, lógica en sus pensamientos y sentimientos, lo importante es recalcar la manipulación, ya que ha sido el mayor obstáculo para su recuperación, el trabajo se centra principalmente en la honestidad del individuo, para de esta manera reforzar el tratamiento. También enfocarse en su relación con su esposa e hijo, se recomienda que continúe en terapia familiar y de pareja. Además es importante que permanezca de manera indefinida asistiendo a grupos de apoyo para personas adictas.

INFORME PSICOLÓGICO 7

DATOS DE FILIACIÓN

Historia Clínica N. 22790

Nombre: Paciente N. 7

Edad: 26 años

Fecha de nacimiento: 1 de abril de 1982

Escolaridad: Secundaria

Estado civil: unión libre

Motivo de ingreso: Consumo de THC, PBC y alcohol étílico

AREA COGNITIVA

Paciente con un pensamiento estructurado, memoria, atención y concentración sin evidencia de funcionamiento anormal. Es capaz de integrar adecuadamente los contenidos y razonarlos de manera organizada.

No se evidencian alteraciones en esta área, es propenso a la reflexión y al análisis de los contenidos planteados.

AREA CONDUCTUAL

Durante su vida de consumo han existido alteraciones comportamentales como pertenencia a pandillas y a grupos disfuncionales o problemáticos para la sociedad. Sus amistades han sido personas que también consumen, integradas a estratos sociales humildes pero involucrados en actividades de consumo, venta ilícita de sustancias y actividades similares.

Durante la hospitalización al inicio se mostró resistente a los cambios en actitud de oposición, con intención de abandonar el tratamiento, luego ha trabajado en el programa hasta que a mediados del proceso se muestra más relajado, participativo, analítico e interesado en mejorar su situación. Su comportamiento se ha estabilizado, siendo productivas sus actuaciones e intervenciones tanto en psicoterapia grupal como en individual.

AREA FAMILIAR

El paciente es hijo de madre soltera, no ha tenido contacto directo con su padre biológico. Su crianza ha sido únicamente responsabilidad de su madre, con quien mantiene fuertes lazos afectivos. Su madre actualmente vive en Italia, a pesar de la distancia mantiene contacto y buenas relaciones con el paciente.

El paciente también radicó en Italia en donde mantuvo una relación de pareja procreando una hija. En la actualidad mantiene otra relación con la cual tiene otro hijo. Refiere el paciente mantener una relación actual en adecuadas circunstancias, sin embargo asume que durante sus épocas de consumo ha priorizado esta actividad y no a su familia, lo cual está dispuesto a rectificar.

ÁREA BIOLÓGICA

Consumo de marihuana, pasta base de cocaína y alcohol étlico.

AREA LABORAL / ESCOLAR

El funcionamiento laboral del paciente es adecuado, tiene una camioneta con la cual trabaja de chofer, se evidencia responsabilidad en sus actividades a excepción de los días que está imposibilitado como consecuencia del consumo.

INCONSCIENTE

Mecanismos de defensa predominantes: racionalización, desplazamiento.

PSICODIAGNÓSTICO

Eje I

Trastorno de dependencia a múltiples sustancias

Eje II

Personalidad de tipo Limítrofe

Eje III

A determinar

Eje IV

Problemas laborales

Problemas conyugales

Problemas sociales

Eje V

EEAG: 90%

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El paciente al inicio de la hospitalización se mostró en oposición al tratamiento con intención de abandonarlo, luego su actitud se ha flexibilizado hasta llegar a involucrarse activamente en el programa, su comportamiento es adecuado, se ha integrado positivamente al tratamiento.

Mediante psicoterapia se está trabajando para analizar los episodios difíciles de su infancia y esbozar un plan de vida concreto y aplicable.

INFORME PSICOLÓGICO 8

DATOS DE FILIACIÓN

Historia Clínica N. 22837

Nombre: Paciente N. 8

Edad: 36 años

Lugar de Procedencia: Machala

Ocupación: Conserje en el Seguro Social

Escolaridad: Secundaria completa

Estado civil: Casado

Motivo de ingreso: Consumo de PBC

AREA COGNITIVA

Las funciones cognitivas superiores del paciente se encuentran en buen estado. El paciente se encuentra orientado en espacio, tiempo y persona, su lenguaje es normal y congruente, memoria de fijación y evocación son normales, así como también su nivel de razonamiento se encuentra en buen estado de funcionamiento, pensamiento de curso y contenido sin alteración, atención y concentración normal.

AREA CONDUCTUAL

Paciente Aparentemente de carácter fuerte, quien se comporta de manera impulsiva cuando las cosas no son dadas a su gusto. Durante su hospitalización el paciente se muestra colaborador con las actividades que se realizan dentro del centro, mostrando un buen nivel de motivación y participación dentro de la terapia. En ocasiones el paciente ha demostrado irritabilidad cuando se dan situaciones que no son de su agrado.

Se muestran evidencias claras de agresión verbal y psicológica a la familia, las cuales a veces han llegado incluso a la agresión física.

AREA FAMILIAR

El paciente refiere que mantiene buenas relaciones con su padre, madre y hermanas, con las cuales siempre ha mantenido una relación muy cercana desde que eran niños. Con su esposa el paciente ha presentado varios problemas, a consecuencia de su consumo, el paciente se ha mostrado irritable, un tanto agresivo, lo cual lo ha llevado a separarse de su esposa.

AREA AFECTIVA

El paciente muestra conflictos emocionales, debido a la separación de su esposa y familia. El paciente presenta sentimientos de inferioridad.

ÁREA BIOLÓGICA

El paciente presenta trastorno de abuso de alcohol etílico, así como también consumo de PBC.

ÁREA LABORAL

El paciente inicia a los 19 años en el Hospital del IESS de Machala, en el cual tenía un buen desempeño, hasta que empezó a tener problemas por su consumo los cuales fueron dados por ausencias al trabajo llevándolo inclusive a tener amenazas de despido.

INCONSCIENTE

Mecanismos de defensa predominantes: negación.

PSICODIAGNÓSTICO

Eje I

Trastorno de Abuso de Alcohol étílico

Trastorno de dependencia de PBC

Eje II

Personalidad de tipo Paranoide

Eje III

A determinar

Eje IV

Problemas laborales

Problemas familiares

Eje V

EEAG: 90%

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Debido a su agresividad e impulsividad se recomienda que trabaje en control de emociones.