

Juan José Martínez Cobo

**ESTUDIO SOBRE LAS DISTINTAS CORRIENTES
SICOLÓGICAS Y TRATAMIENTOS A APLICAR EN UN
CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA ADICCIONES.**

DIRECTOR: Eco. JORGE ANDRADE

**UNIVERSIDAD DEL PACÍFICO
QUITO, 2012**

MARTÍNEZ COBO, Juan José. Estudio sobre las distintas corrientes psicológicas y tratamientos a aplicar en un centro de rehabilitación para adicciones. Quito: UPACÍFICO, 2012, 74 p. Jorge Andrade(Trabajo de Conclusión de carrera presentado a la Facultad de Negocios y Economía de la Universidad Del Pacífico.

Resumen: Comprende analizar y detallar las diferentes opciones de tratamiento y terapias que se pueden ofrecer en un centro de rehabilitación para personas con problemas de uso conflictivo de drogas y alcohol, todo esto con la intención de ampliar el espectro de posibilidades que se podrían tomar en consideración al momento de implementar un nuevo centro para tratamiento de adicciones.

Palabras claves: Drogas, Centros de Rehabilitación,

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo, Juan José Martínez Cobo declaro ser el autor exclusivo del presente trabajo de conclusión de carrera.

Todos los efectos académicos y legales que se desprendieren de la misma son de mi responsabilidad

Por medio del presente documento cedo mis derechos de autor a la Universidad Del Pacífico para que pueda hacer uso del texto completo de la tesis a título “Estudio sobre las distintas corrientes psicológicas y tratamientos a aplicar en un centro de rehabilitación para adicciones” con fines académicos y/o de investigación

Juan José Martínez Cobo

Quito, 2012

Martínez 2

CERTIFICACIÓN

Yo, Jorge Andrade, docente de la Facultad de Negocios y Economía de la Universidad Del Pacífico, como Director de la presente tesis, certifico que el señor Juan José Martínez Cobo, egresado de ésta institución, es autor exclusivo del presente trabajo, el mismo que es auténtico, original e inédito



Ec. Jorge Andrade
DIRECTOR

Quito, 2012

DOCUMENTO DE CONFIDENCIALIDAD

Al presentar esta tesis como uno de los requisitos previos para la obtención del grado de Ingeniero Comercial de la Universidad Del Pacífico, autorizo a la Biblioteca de la universidad para que haga de esta tesis un documento disponible para su lectura según las normas de la universidad.

Estoy de acuerdo en que se realice cualquier copia de esta tesis dentro de las regulaciones de la universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica potencial.

**Cinco copias digitales, de ésta tesis de grado quedan en custodia de la Universidad Del Pacífico, las mismas que podrán ser utilizadas para fines académicos y de investigación
Para constancia de este compromiso, suscribe**



Dr. Mauricio Basabe
DECANO

Quito, 2012

INTRODUCCIÓN.....	5
CAPITULO I.....	8
LINEAMIENTOS DEL ESTUDIO.....	8
I.A FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	8
I.B OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	9
<i>I.B.1 Objetivo General.....</i>	<i>9</i>
<i>I.B.2 Objetivos específicos.....</i>	<i>9</i>
<i>I.B.3 Justificación del objetivo.....</i>	<i>10</i>
I.C MARCO CONCEPTUAL.....	12
I.D METODOLOGÍA UTILIZADA.....	12
CAPITULO II.....	14
DROGAS Y ADOLESCENCIA.....	14
II.A PSICOLOGÍA DE LAS DROGAS.....	14
II.B DROGAS Y ADOLESCENCIA.....	17
CAPITULO III.....	29
CORRIENTES PSICOLÓGICAS.....	29
III.A CORRIENTES PSICOLÓGICAS.....	29
<i>III.A.1 Terapia Sistémica.....</i>	<i>29</i>
<i>III.A.2 Psicología Conductual.....</i>	<i>33</i>
<i>III.A.3 Psicoanálisis.....</i>	<i>36</i>
<i>III.A.4 Psicología Humanista.....</i>	<i>38</i>
<i>III.A.5 Corriente Cognitiva.....</i>	<i>40</i>
CAPITULO IV.....	44
TRATAMIENTOS, CORRIENTE SUGERIDA Y TERAPIAS.....	44
IV.A TRATAMIENTOS.....	44
<i>IV.A.1 Desintoxicación.....</i>	<i>46</i>
<i>IV.A.2 Rehabilitación y prevención de recaídas.....</i>	<i>48</i>
IV.B CORRIENTE SUGERIDA.....	53
<i>IV.B.1 Área de psiquiatría.....</i>	<i>53</i>
<i>IV.B.2 Área de psicología.....</i>	<i>54</i>
IV.B.2.a Aprendizaje social.....	54
<i>IV.B.3 Terapias Individuales.....</i>	<i>56</i>
IV.B.3.a Psicodiagnóstico.....	57
IV.B.3.b Tratamiento.....	58
IV.B.3.c Terapias Familiares.....	58
IV.B.3.d Grupos de Autoayuda.....	61
IV.B.3.e Terapias ocupacionales.....	63
CAPÍTULO V.....	67
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	67
V.A CONCLUSIONES.....	67
V.B RECOMENDACIONES.....	69

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a estadísticas detalladas en el estudio “Tercera Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media” realizada en el año 2008 por el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP), podemos observar que la problemática referente al consumo de drogas requiere atención inmediata ya que el incremento en los índices de consumo en adolescentes, es cada vez mayor.

La creciente presencia de esta problemática en nuestra sociedad, debe ser tratada lo antes posible tanto por instituciones públicas como privadas en todo ámbito, con el fin de evitar las nefastas consecuencias que el consumo conflictivo de drogas puede traer tanto a jóvenes como a adultos. Diversas instituciones de todo tipo han abierto sus puertas para atender a personas que se han visto involucradas con diferentes adicciones y que buscan tratamiento para salir del mismo.

El objetivo de todas estas instituciones es obviamente el de apoyar a los pacientes a encontrar una nueva estabilidad a través de la rehabilitación y brindarles una nueva oportunidad al procurar reinsertarlos en la sociedad de la manera más adecuada según cada caso.

Ahora bien, independiente de los métodos aplicados por los centros de rehabilitación que actualmente existen en nuestra ciudad, este estudio tiene por objeto

analizar y detallar las diferentes opciones de tratamiento y terapias que se pueden ofrecer en un centro de rehabilitación para personas con problemas de uso conflictivo de drogas y alcohol, todo esto con la intención de ampliar el espectro de posibilidades que se podrían tomar en consideración al momento de implementar un nuevo centro para tratamiento de adicciones.

El análisis será realizado con el fin de sugerir la opción más idónea de servicio (tratamientos y terapias) al “Centro de rehabilitación Renacer”, mismo que se encuentra propuesto en el trabajo de conclusión de carrera titulado “IMPLEMENTACIÓN DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN DE ALCOHOLISMO Y DROGODEPENDENCIA PARA ADOLESCENTES EN EL SECTOR DEL VALLE DE LOS CHILLOS” (Tinajero, 2010); proyecto que demuestra ser muy conveniente y prometedor, pero que no presenta una propuesta de servicio detallada en lo que a tratamientos y terapias se refiere. Considerando que la piedra angular y principal eje de eficacia del negocio es el servicio que reciben los internos, se busca procurar las mejores opciones para que los pacientes puedan experimentar mejorías en sus condiciones y readaptaciones sociales efectivas.

Para el presente estudio se han considerado diversas corrientes psicológicas de tal manera que adicional a las conclusiones que se obtengan, el lector pueda conocer distintos tipos de opciones que bien podrían ser utilizadas en instituciones de características similares a las que fueron propuestas en el trabajo de conclusión de carrera antes mencionado.

Martínez 7

El hecho de que el autor concluya y sugiera una determinada corriente, no descalifica de ninguna manera a cualquier otro tipo de enfoque que pueda ser utilizado en un centro de rehabilitación de adicciones. Es importante tomar en cuenta lo antes expuesto, ya que la intención del autor de este documento es únicamente la de proponer lo que en base a diferentes estudios y experiencias, se considera un método eficaz para tratar a pacientes con problemas de uso conflictivo de drogas y alcohol.

CAPITULO I

LINEAMIENTOS DEL ESTUDIO

I.A Fundamentos teóricos

Tal como indica el documento “Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación” (PNUFID, 2003), en referencia a la elaboración de la guía práctica de planificación y aplicación:

Se parte de una posición filosófica positiva en lo que respecta a hacer frente al abuso de drogas y los problemas conexos. Esa posición está basada en el hecho de que en muchos países existen pruebas científicas fehacientes de que un tratamiento bien organizado, con personal capacitado que preste el apoyo necesario, puede surtir efectos rápidos y duraderos en las personas afectadas.

(7)

Tomando esto en consideración, podemos inferir que el éxito de todo proceso de rehabilitación y reinserción social radica en la correcta aplicación del tratamiento requerido por los pacientes en un ámbito donde la corriente psicológica escogida por el centro sea la más adecuada. Siendo esto así, a continuación se encuentran los principales objetivos de este estudio, mismos que no buscan sino sugerir las directrices más convenientes en materia de métodos a aplicar para una rehabilitación efectiva.

I.B Objetivos del estudio

I.B.1 Objetivo General

Realizar un análisis de las diferentes corrientes psicológicas que pueden ser utilizadas para el tratamiento de adicciones y sugerir la más conveniente en base a su eficacia en aplicación.

I.B.2 Objetivos específicos

En base a información encontrada en el trabajo de conclusión de carrera titulado “IMPLEMENTACIÓN DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN DE ALCOHOLISMO Y DROGODEPENDENCIA PARA ADOLESCENTES EN EL SECTOR DEL VALLE DE LOS CHILLOS” (Tinajero, 2010), se busca sugerir la metodología más acertada para la consecución de los objetivos de servicio de la institución propuesta en el trabajo antes mencionado.

Considerando que los objetivos de servicio propuestos en el trabajo nombrado en líneas anteriores están estrechamente relacionados con la propuesta de servicio y su cadena de valor, se debe destacar que este documento se enfoca en la determinación de las mejores prácticas para obtener un excelente nivel de servicio y una eficacia mayor en los tratamientos que se brindan en centros de rehabilitación para personas con adicciones.

Tomando esto en consideración, a continuación se detallan los siguientes objetivos específicos:

- Estudiar las diferentes corrientes psicológicas utilizadas en centros de rehabilitación de adicciones con el fin de encontrar una que resulte más eficaz tanto para los pacientes como para los tratantes.
- Analizar el esquema básico de tratamiento y desarrollar sus puntos más importantes para que en conjunto con la corriente psicológica que se sugiera, el lector de este documento pueda encontrar un respaldo teórico que será de gran ayuda al momento de implementar un centro de rehabilitación para adicciones.
- Definir y sugerir en base a los resultados del estudio, las mejores opciones para brindar un tratamiento que garantice mayores índices de recuperación y reinserción social.

I.B.3 Justificación del objetivo

A través de la Tercera Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media realizada en el año 2008, el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP), buscó determinar el incremento en consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media.

Los resultados de este estudio demostraron 2 hechos:

- El consumo de drogas inicia a edades cada vez más tempranas a través de los años, siendo 12 años la edad promedio del primer consumo.
- Existe cada vez mayor incidencia de casos donde los adolescentes confirman haber consumido algún tipo de sustancia ilícita.

Estos hechos han fomentado la implementación de diversos centros de rehabilitación a modo de actividad comercial así como medio paliativo de la problemática. Esto puede observarse en el trabajo de conclusión de carrera antes mencionado, ya que en este documento se detalla tanto el fin comercial así como social del proyecto, mas no se detallan a profundidad los diferentes tipos de terapias y tratamientos existentes que deben considerarse previo a generar la propuesta de servicio como tal.

Considerando que en el trabajo de conclusión de carrera antes mencionado, no hay un detalle profundo del servicio que se va a brindar y su efectividad, el autor del presente documento se ve motivado a desarrollar este estudio con el fin de generar recomendaciones para la correcta implementación de una corriente psicológica y sus tratamientos afines dentro de un centro de rehabilitación de adicciones. Mediante estas sugerencias, el autor de este documento espera que todos aquellos interesados en implementar proyectos relacionados con centros de rehabilitación, puedan establecer instituciones de alto nivel con los mejores resultados y la mejor calidad de servicio en el mercado.

I.C Marco conceptual:

- Corriente: Tendencia, opinión. En caso de corrientes psicológicas, se refiere a la tendencia de la escuela de pensamiento que la marca.
- Terapia: Tratamiento para combatir una enfermedad.
- Tratamiento: Sistema o método para curar enfermedades.
- Adicciones: Dependencia del organismo hacia alguna sustancia o droga a la que se ha habituado.
- Centro de Rehabilitación: Lugar en que se desarrolla intensamente una actividad con fines curativos.
- Drogas: Cualquier sustancia de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno cuyo consumo reiterado puede provocar adicción o dependencia.
- Estupefacientes: Sustancia que tranquiliza o deteriora la sensibilidad, o produce alucinaciones cuyo consumo, no controlado médicamente, crea hábito.
- Estimulantes: Que estimula. Se aplica a sustancias que aumentan la actividad de un órgano.

I.D Metodología utilizada

Para la redacción de este documento se ha utilizado a modo de referencia, información detallada en el trabajo de conclusión de carrera titulado “Implementación De Un Centro De Rehabilitación De Alcoholismo Y Drogodependencia Para Adolescentes En El Sector Del Valle De Los Chillos” (Vanessa Tinajero, 2010). Adicional a esto, también se ha recabado información de entidades tales como el OND

(Observatorio nacional de drogas), CONSEP, DINAPEN, PNUFID (Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas). Material Bibliográfico e Internet también han sido importantes fuentes de referencia.

CAPITULO II

DROGAS Y ADOLESCENCIA

II.A Psicología de las Drogas

La psicología de las drogas y su intervención se han ido desarrollando y evolucionando de forma paralela. El psicólogo, a través de su trabajo, ha permitido el desarrollo de la intervención psicológica en el ámbito de la drogodependencia, por lo que se ha encontrado en la posición de dar más respuestas específicas y complejas conforme hay mas demandas sobre la problemática de las drogas.

Por esta razón, para poder generar intervenciones pertinentes por parte de los centros de rehabilitación y sus especialistas, resulta de vital importancia que los psicólogos y psiquiatras tengan un enfoque holístico e integral en cuanto al marco teórico de psicología y drogodependencias se refiere. Es así, que a modo de referencia, a continuación se detalla una breve síntesis referente a la historia de la psicología de las drogas.

Existen pruebas que indican que el hombre ya conocía los efectos de ciertas plantas desde los inicios de las civilizaciones. Durante diferentes épocas de la historia, el hombre ha consumido varios tipos de drogas por diferentes razones: religiosos, rituales, medicinales, costumbre o distracción.

Sin embargo, a partir de la década de 1960, las drogas toman un rol muy importante dentro de la sociedad.

Durante los años 60 y 70, el consumo de drogas se realizaba en grupos limitados y definidos. Sin embargo, comenzó el aumento del consumo de tabaco y alcohol lo cual fomentó que los profesionales de la salud se interesen más por el tratamiento del uso descontrolado de alcohol.

Al abordar el tema del alcoholismo, los profesionales de la salud, entre ellos los psicólogos, comienzan a dar los primeros pasos en cuanto a intervención y tratamiento de adicciones se refiere (tanto alcohol como drogodependencia).

Después de este inicio dentro del campo de la drogodependencia, se crean equipos donde el principal tema de estudio es el uso de drogas. Así, estos equipos llegan a convertirse en escuelas para otros profesionales de la salud que desean profundizar en este campo.

En 1977, se produce un déficit sobre la formación de psicólogos profesionales y una falta de coordinación y recursos entre los profesionales que en ese tiempo trabajaban en este campo, por lo que hasta la década de los 80, la asistencia a pacientes con problemas relacionados con el uso de drogas se basó en el ámbito psiquiátrico y en ciertas instituciones privadas y benéficas.

A principios de los años 80, comienzan a construirse los primeros centros de rehabilitación. Estos se encontraban en ciudades en donde la población era importante. Dentro de los centros, los psicólogos trataban a los pacientes utilizando las técnicas originales del tratamiento del alcoholismo. Esto produce un problema dentro de los centros, pues es clara la falta de formación y experiencia de los profesionales tratantes

ya que no existían cursos ni metodologías específicas para atender la problemática del uso de drogas.

El tratamiento que se brindaba dentro de los centros consistía en: desintoxicación, deshabitación, reinserción, refuerzo sobre distanciamiento de su contexto habitual y absoluta abstinencia.

A medida que crecía la demanda y los índices referentes a la problemática, las intervenciones dentro del campo de las drogas comienzan a fortalecerse, por lo que progresivamente se le empieza a dar suma importancia a algunos conceptos como globalidad, multifactorialidad, interdisciplinariedad, etc.

Conforme se genera más experiencia y conocimiento respecto al tema, para direccionar las intervenciones del psicólogo se utilizan terapias psicosocial y psicodinámica. Estos dos modelos logran un auge importante durante esta época.

En 1985, se hace frente al uso de drogas a través de la planificación y organización de acciones por parte de varias administraciones. Se favorece así la existencia de centros de rehabilitación y se propone ampliar este tipo de servicios de salud e interés público. Dentro de los centros de rehabilitación, se encontrarán más recursos, unidades de reposo, unidades de desintoxicación, pabellones ambulatorios, servicios terapéuticos, etc. Además, la presencia del psicólogo es de suma importancia, pues será él quien controlará los diversos servicios dentro del centro.

El reconocimiento e importancia que se le brinda al tratamiento sobre el uso de las drogas, permite el desarrollo y formación de psicólogos en este campo específico

por lo que enseguida se dan inicio a las primeras maestrías en drogodependencias en diferentes universidades a nivel mundial.

En los años 90, la intervención del psicólogo dentro del campo de las drogas es cada vez más importante y además cuenta con los recursos necesarios para brindar un servicio más pertinente. Las funciones del psicólogo van aumentando en comparación a lo que “tradicionalmente” venía haciendo; se abren programas “libres de drogas”, el riesgo de recaída disminuye, se promueven nuevas terapias para tratar al adicto, la psicología comunitaria fortalece la prevención del uso de drogas, nacen los grupos de autoayuda y terapias ocupacionales, entre otras.

Finalmente, gracias a todo el desarrollo de plazas, educación y evolución de la temática a lo largo de los años, el psicólogo pasa a ser parte fundamental y pieza clave dentro del campo de las adicciones ya que será él quien se encargue de las diferentes tareas de gestión, planificación y evaluación de los diversos programas de tratamiento de adicciones y rehabilitación de drogodependientes.

II.B Drogas y Adolescencia

La adolescencia se considera como una etapa caótica ya que incluye muchos cambios a nivel emocional, físico y cognitivo. Por esta razón, la participación de la familia y de los pares representa algo básico en el desarrollo del individuo a lo largo de esta etapa.

El adolescente, durante este período, se centra en lograr su propia identidad pero también buscar pertenecer a un grupo de iguales para reconocerse en y con sus

pares y tener un espacio en la sociedad. La familia entonces pierde su rol principal como núcleo de las primeras identificaciones ya que los amigos o grupo social se vuelven el foco más importante en la vida del adolescente. De esta manera, las relaciones sociales que tenga el joven en esta etapa de su vida serán de gran importancia para el desarrollo de su personalidad e identidad así como la constitución de relaciones sociales.

Papalia (1997) considera la adolescencia como el cambio de la niñez a la edad adulta. Normalmente esta etapa puede empezar desde los 12 o 13 años hasta los 19 o 20 años, pero la finalización de la misma dependerá de diversos factores individuales de cada persona.

Se afirma también que el inicio de esta transición está marcado por el apareamiento de la pubertad con el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. Estos nuevos elementos del cuerpo y del organismo afectan de cierta manera al sujeto debido al cambio hormonal, además del desequilibrio afectivo y emocional característicos de la adolescencia.

Según el mismo autor, los cambios presentados durante esta transición son los rasgos que marcarán la personalidad del individuo. Se menciona que los varones no adquieren una maduración rápida pero que generalmente son más tranquilos, equilibrados y populares entre el grupo de compañeros; mientras que las mujeres logran una madurez rápidamente pero que su vida social se puede ver afectada por los cambios corporales que atraviesan: presentan timidez, introversión, baja autoestima al no verse igual que sus pares, entre otras.

Por otro lado, el adolescente está en capacidad de adquirir una nueva perspectiva en cuanto a su capacidad intelectual, es decir, el adolescente tiene una nueva visión del mundo que le permite razonar más allá del aquí y ahora. De esta manera, podrá crear hipótesis, imaginar nuevos cambios, entender las consecuencias de sus actos e idealizar metas u objetivos que de una u otra forma modelarán su conducta.

Durante esta etapa, la visión que tenga el adolescente de él mismo es de gran importancia. Según Trianes (2000), la autoestima depende del desarrollo que haya tenido el adolescente, y, su aumento o disminución serán el efecto de los cambios durante este periodo. Sin embargo, es importante mencionar que los pares y la relación con la familia también tienen influencia sobre la autoestima del adolescente.

La autoestima podría bajar debido a la situación que atraviesa el joven en su entorno, pero ésta se estabilizará con el tiempo, mientras se adquiere madurez, seguridad y confianza. La identidad personal se compondrá de tres elementos esenciales:

- La autoestima: el amor propio que el sujeto tenga en su vida, misma que permitirá que logre sobrepasar situaciones que puedan ser emocionalmente difíciles en algún momento. Además, el respeto y la creencia en él mismo incentivan que el sujeto logre éxito en la vida a través de la confianza en sus capacidades, eficacia personal así como la consecución de los objetivos a corto, mediano y largo plazo que se plantee.

- El autoconocimiento: el sujeto tiene la capacidad de reconocer su “yo”, sus cualidades y defectos, está consciente de su comportamiento y conductas. Sabe manejarse a través de decisiones propias en situaciones generales o particulares.
- El autoconcepto: el sujeto forma su imagen a través del otro. Existe una retroalimentación por medio de opiniones o valoraciones sobre la formación de la imagen a través del entorno social en el que se encuentra. Así, el individuo construye una percepción propia sobre él, es decir, apariencia física, capacidad intelectual, capacidad social, etc.

Erikson (1968) menciona que la capacidad de formación de la identidad personal es un objetivo importante para que el adolescente pueda llegar a la edad adulta y ser capaz de crear habilidades, necesidades y deseos que puedan ajustarse a la sociedad. Mientras el adolescente atraviesa este camino, puede experimentar confusión, tener diferentes maneras de ver la vida con respecto a los valores familiares, generar puntos de vista propios que pueden ser cuestionados, etc. Así, los grupos sociales que se encuentren alrededor del adolescente, pueden tener influencia en la búsqueda de la identidad personal.

Sin embargo, para el joven resulta más sencillo inclinarse hacia el lado de los amigos como punto referencial al tener intereses en común, pensamientos afines, corrientes similares, contrariedades e inquietudes de la misma índole, etc.

Para Coleman (2003) el grupo de compañeros o iguales adquiere otra imagen durante la época de la adolescencia. Se vuelve el grupo de relación social más importante que se construye a partir de intereses comunes. Al integrarse el adolescente

a este nuevo círculo, logrará tener soporte, apoyo emocional, ayuda incondicional y aprendizaje social.

Por otro lado, Fernández (2003) define a la relación de iguales como una relación simétrica que se va desarrollando y construyendo desde la infancia hasta la adolescencia. Esta relación puede construirse además a través de una jerarquización que define el rol que tiene cada individuo dentro del grupo. El líder, por ejemplo, será el adolescente más popular entre ellos.

Este grupo social puede desarrollar temas en común como la tecnología, el entretenimiento, la moda, hasta cuestionar ciertas estructuras sociales como la familia, la escuela o la sociedad en general. Así, el adolescente irá construyendo su personalidad a través de conductas personales, aspectos intelectuales, afectos, emociones e inclusive cuestionamientos, mismos que formarán parte de su identidad.

En el origen de la adolescencia (11-14 años), el individuo se encuentra rodeado de varias situaciones y escenarios que aumentan su círculo social. Así, las relaciones sociales nacen por ciertas necesidades personales del adolescente y por la presión social que existe en las diferentes instituciones educativas. Los adolescentes se juntan entonces con compañeros que puedan ser similares en ciertos aspectos como género, cultura, origen, edad.

Otra característica importante de esta relación de amistad formada es la reciprocidad. Los adolescentes crean el concepto de que las actitudes o comportamientos que ha tenido uno por su amigo, se esperará que sea retribuida de la misma forma. Sin embargo, es muy poco probable que esta reciprocidad realmente se

dé por la falta de madurez del adolescente. La solución depende de la manera cómo se desarrollen las habilidades sociales del adolescente para mejorar las relaciones con los otros.

Durante la siguiente etapa de la adolescencia (14-16 años), existe más estabilidad en cuanto a roles y normas sociales. Los intereses del joven cambian radicalmente pues va adquiriendo más madurez. El sujeto decide que no desea aumentar su círculo social porque se siente cómodo y seguro en el grupo en el que se encuentra por el momento. Se ha formado entonces una amistad más genuina con aquellos que comparten lo mismo que él, encuentra interesante que se integren más adolescentes con el mismo patrón. Así, la relación social del adolescente no sólo se caracteriza por la reciprocidad mencionada anteriormente sino también por el cariño, el apoyo, la empatía, la lealtad, etc. Estos grupos: “surgen como entornos importantes para aprender formas apropiadas de conductas, vigilancia del comportamiento, diseño de estrategias de resistencia y para dar y recibir apoyo social” (Bimos, 9).

Finalmente, las relaciones con el mismo sexo serán más importantes al inicio y luego se formarán relaciones con el sexo opuesto, gracias a la identidad personal, los roles y la posición social que dará paso a la formación de relaciones de pareja.

Durante la etapa de la adolescencia, el círculo social es de gran importancia, sobre todo en términos de aceptación e integración del individuo hacia el mismo. Por esta razón, la presión social nació dentro de instituciones educativas como un elemento relevante en la vida del joven que puede tener efectos positivos como negativos. Shucksmith y Hendry (1998) mencionan que la presión social que existe en

el círculo social suele darse para convencer al sujeto de adquirir los valores y normas del grupo. El efecto positivo se evidencia en dos ámbitos: en lo académico, porque puede mejorar el rendimiento escolar y fijar metas educativas claras para un futuro, y en lo social, ya que el adolescente puede desarrollar de manera positiva sus habilidades en cuanto a relaciones interpersonales se refiere. Sin embargo, los efectos negativos de la presión social también están presentes. Esto puede darse, por ejemplo, cuando el adolescente realiza ciertas acciones que no las haría si estuviese solo o con otro grupo. El sujeto puede no estar de acuerdo con lo que hace, pero lo sigue ejecutando como medida de integración y pertenencia a un grupo:

El adolescente, motivado por su permanente inquietud y su gran energía, está en un constante aprendizaje; en un diario experimentar; para él todo es nuevo; está ávido de experiencias, de conocimientos, de vivencias; mas, hasta escoger lo que realmente le conviene y, consecuentemente lo que debe hacer, atraviesa por un periodo de indecisión, que lo lleva a veces a escoger caminos inciertos, incluso aquellos que significan riesgo y desaprobación social.(Argudo, 25)

Para los adolescentes, las normas y reglas impuestas por los adultos se vuelven absurdas y contradictorias. La identificación con los amigos es cada vez más fuerte, provocando de esta manera cierto desafío en la formación familiar que de una u otra forma generarán situaciones incómodas que llevarán al adolescente a buscar aun más soporte y apoyo en su círculo íntimo de amigos. Es así, como dentro de este grupo social, el adolescente se refugia con el fin de experimentar momentos agradables, satisfacciones, aceptación social y prestigio.

Según el psicólogo Rodrigo Tenorio (2009):

La adolescencia es la edad de la fascinación porque en ella todo es nuevo, libre, abierto y expansivo. A diferencia de los otros tiempos de la vida, en la adolescencia los límites están hechos con el material de lo impredecible. Un territorio gobernado por la fantasía, el reino en el que todo es posible (115).

El imaginario es un elemento que rige la adolescencia, es un dominador de la vida, pues este, permite que la adolescencia se inicie cada vez más temprano. En la actualidad, ya no existe esa “llave” de la edad que determinaba el inicio de la adolescencia. Ahora existen otros factores que dan inicio a esta etapa tan significativa en la vida del individuo. Es por esta razón que la adolescencia no debería ser analizada de una manera tan simple, sino mirarla a través de sus propias cualidades, actividades y construcciones ya que tal como menciona el psicólogo Tenorio (2009):

Los adolescentes construyen nuevos horizontes con los materiales proporcionados por los lenguajes, el arte, el color, el ritmo, las cadencias. Estos posicionamientos les proveen de poder y de saber que, si bien pueden en cierta medida ser rechazados por la sociedad de los adultos, les sirven para posicionarse en espacios semióticos únicos (116).

Y es por esta razón que existe la posibilidad de que la droga se haya vuelto una moda para el sujeto adolescente. Una moda donde la droga formaría parte de una nueva forma de significarse del sujeto. En las construcciones de los jóvenes que menciona Tenorio, no existen rupturas y es una demanda vital que exista unión entre forma y color, ritmo y cadencia, lenguajes y significaciones. Esta exigencia permite

que los adolescentes creen una nueva ética en donde ellos mismos son los que juzgan sus creaciones, organizaciones, sus diversiones y su universo.

Por lo general, cuando se le pregunta a un joven cual es la razón por la que probó por primera vez una droga, su respuesta es por curiosidad. Según Tenorio (2009):

La primera vez es más por pura curiosidad, es para saber cómo se siente, y es que así los pequeños se sienten más grandes, mas fuertes, y eso es lo que quieren sentir como si ya fuesen más grandes. Otros quieren sentirse parte de un grupo. (117)

Cuando el individuo habla de curiosidad, es necesario entender que ésta curiosidad forma parte de todos los elementos dentro de esta nueva ética creada por los jóvenes. Este comportamiento no está regido por el bien y el mal de la sociedad; es una conducta clara (aunque inconsciente), que permite la apertura de nuevos caminos, de nuevas puertas, que esta etapa adolescente demanda.

Para estos nuevos jóvenes, la droga proporciona nuevas vías de diversión:

Las nuevas generaciones viven un mundo que se encargan de construir y modificar a su antojo. Si, hace 20 años, un pito de marihuana pudo ser parte de la celebración, ahora, como dicen los informantes, para muchas chicas, la marihuana se encarga de marcar los signos del rito que desaparece en sus sentidos. (Tenorio, 120)

La adolescencia es una etapa que se encarga de construir espacios propios para el uso de droga. No se está hablando solo de un espacio físico o real, pero espacios lingüísticos que se expresarán en ambientes como un concierto por ejemplo. Es dentro de estos espacios de jóvenes, en donde se muestran las órdenes sociales y las conductas que rigen entre los adolescentes.

La palabra consumo es muy utilizada en la actualidad. De hecho, el consumo es parte de las significaciones de la cultura occidental y juvenil de hoy en día. El consumo se ha transformado en una actividad mandatoria en la que casi todos los sujetos están incluidos de alguna forma. Cuando el consumo se desborda, es decir, rompe con satisfacer las necesidades reales del sujeto, se convierte en un círculo de dependencia del cual es muy difícil salir, por lo que en ese momento se genera la necesidad de consumir.

Dentro del consumo, se destaca el concepto del “estar bien” ya que esta actividad brinda satisfacciones que el no consumo no brinda, razón por la cual todo sujeto será más feliz mientras más consuma. Esta felicidad tendría como objetivo entonces, “rellenar” todo vacío o falta, o al menos, tratar de esconderla y no hacerla tan evidente. Al respecto, Tenorio (2009) menciona:

El consumismo prohíbe estar mal. Pretende además cerrar la puerta a toda posible interrogación sobre cualquier malestar. El nuevo hedonismo universalizado prohíbe estar mal porque cualquier malestar sería un atentado ilógico a la propuesta universal de felicidad. (132)

El consumo se tornó muy importante dentro de la sociedad de hoy en día por lo que salieron al mercado al mismo tiempo, varios tipos de drogas con efectos similares. Durante el uso de drogas, el sujeto reconoce una característica lúdica (pues rompe con toda estructura) acompañada por el vértigo (lo inesperado), las caídas y las exaltaciones. Según Tenorio (2009):

Las experiencias esperadas o vividas con las drogas que, como el juego, se propondrían destruir por un instante la estabilidad de la percepción e infringir a la consciencia lúdica una salida de pánico voluptuoso. Además, allí se encuentran presentes el vértigo y el riesgo que, con lo voluptuoso, constituirían los tres elementos fundantes de las experiencias con drogas. (134)

El individuo a través del uso de drogas, rompe toda estructura, pues recrea nuevas realidades, nuevos códigos, nuevos lenguajes. El individuo durante el uso de drogas se auto desafía, pero también desafía a la autoridad del saber, y se ubica en un espacio desconocido, misterioso, inesperado y de sensaciones indescriptibles en donde el goce momentáneo es alcanzado por el sujeto.

Las drogas entonces pertenecen a ese mercado de la felicidad en donde otros, como los niños de la calle, encuentran una medida de supervivencia de la misma sociedad. Para ciertos individuos, el uso de drogas se inicia más temprano. Estos nuevos inicios no se dan por cambios culturales, sino por expresiones de desculturización de la familia y la sociedad. Los valores en los cuales estaban fundamentados el funcionamiento de la familia y la comunidad, se han contagiado de un mal que ha ido destruyendo este sistema poco a poco. Se han producido giros

irreversibles y con ellos aparecieron las drogas como un efecto de estos cambios radicales.

Las drogas se encuentran en cada rincón del mundo y no será posible desaparecerlas creando una guerra contra ellas, sino a través de nuevos discursos que se encarguen de reconstruir nuevas adolescencias en donde el abandono no sea tan latente y fuerte, pero que estén más incluidas en las prácticas sociales de hoy en día.

CAPITULO III

CORRIENTES PSICOLÓGICAS

III.A Corrientes psicológicas

III.A.1 Terapia Sistémica

La terapia sistémica es un modo de psicoterapia que trabaja en trastornos y enfermedades psíquicas que son consideradas como expresión de las alteraciones en las interacciones, estilos racionales y patrones comunicacionales de un grupo de personas que es ubicado dentro de un sistema:

Inicialmente el enfoque se basó en la interacción bidireccional de las relaciones humanas, con fenómenos de retroalimentación constantes que influyen en las conductas de los individuos, siendo el más afectado el llamado miembro sintomático que expresa la patología psiquiátrica y al cual muchas veces se le estigmatiza. Es por eso que en su origen, esta terapia se desarrolló para las familias en cuyo seno había alguien que sufría una enfermedad psíquica grave. Sin embargo, al pasar de los años y con mayor desarrollo teórico, el concepto de "enfermedad" se evidenció como inadecuado para designar fenómenos psíquicos que se definían como producto de patrones comunicacionales y pautas de interacción alteradas.

El "enfermo" resultaba ser bien el portador de los síntomas de una dinámica disfuncional que ocurría en el sistema. (wikipedia.org, párr. 3)

La terapia sistémica se desarrolló desde 1950, teniendo como objetivo estudiar la dinámica familiar, y desde entonces no ha dejado de desarrollarse. Entonces partiendo de este concepto, la terapia sistémica podría aplicarse a diferentes tipos de sistemas: pareja, equipos de trabajo, contextos escolares y también a las personas individuales. Este tipo de psicoterapia se centrara entonces en lo que es la dinámica de los procesos comunicacionales, en las interacciones entre los miembros del sistema y entre los subsistemas que lo componen. Cuando es un caso de terapia individual, el terapeuta se enfocara principalmente en el cambio de los procesos de comunicación e interacción sin dejar de mantener el principal objetivo de la terapia sistémica, es decir, ver a la persona en su entorno, en el contexto del sistema o de los sistemas que puede rodear al individuo.

Para la terapia sistémica, un sistema es:

Un conjunto de elementos en interacción dinámica en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran, de esta manera un sistema puede ser cerrado (cuando no intercambia información con su entorno) o abierto (cuando intercambia información con su entorno, por lo que es modificado y a la vez modifica a ese mismo contexto). (terapiabreve.net, párr. 2)

Cualquier cambio que pueda haber, afecta de cualquier manera al sistema, por lo tanto, al realizar un tipo de acción por ejemplo, el miembro deberá pensar en “totalidad” no en “sumatividad”, ya que las partes del funcionamiento de un sistema no pueden ser expresadas como la suma de los elementos constituyentes.

Otra característica importante de la terapia sistémica se sustenta bajo el concepto de feedback. Al hablar de feedback, nos encontramos con que cualquier tipo de conducta de un miembro del sistema se convierte en información para los demás miembros del grupo. Puede existir un feedback positivo como un feedback negativo.

Otro elemento dentro de la terapia sistémica es la comunicación. Este tipo de terapia dice que “es imposible no comunicar”. Partiendo de este concepto, decimos entonces que cualquier acción, sentimiento o pensamiento de algún miembro del grupo, tiene un valor de mensaje para los demás. Este tipo de mensaje no necesariamente tiene que ser apalabrado, puede ser transmitido a través del silencio, la mirada, la indiferencia, o cualquier tipo de lenguaje no verbal:

Por otra parte la comunicación implica considerar no solo el nivel semántico de una comunicación (nivel digital), sino también el emisor, el receptor, el entendimiento de un mensaje, la interacción, la puntuación de las secuencias comunicacionales entre los participantes, etc. (nivel analógico). Vale destacar que los sistemas abiertos se caracterizan por patrones de circularidad, sin que el comienzo o finalización estén precisados claramente. (terapiabreve.net, párr. 5)

Es decir, todo depende de si la comunicación es pautada, marcada, cómo se dividan las secuencias de comunicación, etc. y de esta manera se verá como se acomodarán todos estos elementos a las causas y efectos de la interacción.

Además de la comunicación, la terapia sistémica tiene también relación con lo evolutivo. Dentro de lo evolutivo, se pueden considerar por ejemplo las diferentes etapas de desarrollo dentro del sistema familiar. Es de esta manera como se le va a dar importancia a todo lo que suceda en las diferentes etapas de desarrollo de igual manera que a las crisis que se pueden presentar con cada una de ellas.

También toman importancia diferentes elementos dentro de lo evolutivo: las pautas de relación en un sistema dado, la finalización de la utilidad de un sistema de relaciones específico y el paso a otros sistemas nuevos, la construcción de los mismos, la modificación de la estructura familiar, de pareja, de relacionarse, las nuevas pautas de organización, etc. Dentro de cada sistema, debe existir una estructura y una organización, ya que así el sistema se destacará por una estabilidad que podrán combatir la desorganización, el caos, las crisis, el desorden, etc. En este sentido la terapéutica se ocupa de los sistemas estructurales de las relaciones, de los subsistemas basados en uno mayor, de la integración de los miembros en él, del respeto hacia cada uno de los miembros (protegiendo la diferenciación de cada uno), de las nuevas y viejas reglas de conducta de cada sistema o subsistema (límites familiares, alianzas internas). El terapeuta entonces podrá trabajar las prioridades dentro del sistema, la jerarquización, la vulnerabilidad de cada miembro del grupo y las diferentes maneras de organizar el sistema.

Dentro de los sistemas, se pueden reconocer dos tipos diferentes: los aglutinados (límites difusos de familias o grupos) y los desligados (límites rígidos). Los sistemas aglutinados se concentran en los roles de cada uno de los miembros, el

sentido de pertenencia, la autonomía personal, y la emoción o sentimiento de uno de los miembros. Por ejemplo si uno de los miembros sufre, entonces todos los miembros del grupo sufren también. Cada modificación que se pueda presentar dentro de la estructura del sistema modifica al grupo. Al contrario, en los sistemas desligados, cada miembro constituye un subsistema, ya que cada persona se relaciona pero de manera mínima. Los miembros del grupo son más independientes y más tolerantes a las diferentes modificaciones que puedan existir.

En conclusión, la terapia sistémica propone el paso del individuo en el sistema, de lo intrapsíquico a lo interpersonal. Se interesa por como el individuo demanda atención dentro del grupo. El terapeuta podrá trabajar esto, a través de la comunicación y la interacción, dentro de las 10 a 14 sesiones que proponen los sistémicos.

Dentro de la terapia sistémica, el terapeuta no atenderá el por qué, pero, se centrará y basará su psicoterapia en cómo el individuo logra manejar las modificaciones en el sistema.

III.A.2 Psicología Conductual

John Watson, en 1913, dio origen a la psicología conductual. Watson rechazó todo concepto tradicional sobre la psicología como “ciencia de los fenómenos de la consciencia” y proclamó una visión más moderna sobre ésta. Watson definió a la psicología conductual como:

La psicología, tal como la ve el conductista, es una rama puramente objetiva de la ciencia natural. Su meta teórica es la predicción y el control de la conducta. La introspección no es parte esencial de sus métodos, ni el valor científico de sus datos depende de la facilidad con la que nos conduce hacia la interpretación desde el punto de vista de la consciencia. El conductista, en su esfuerzo por conseguir un esquema unitario de la respuesta animal, no reconoce la línea divisoria entre hombre y animal. La conducta del hombre, con todo su refinamiento y complejidad, es solo una parte del esquema general de investigación del conductista (Hardey, 380).

El principal objetivo de la psicología conductual era observar patrones de respuesta del individuo o animal, por lo que la mayoría de investigaciones estaban basadas en estímulo-respuesta. La mayor aportación de Watson al conductismo fue en el año 1919 para observar el desarrollo emocional de los niños. Tomó como individuo experimental al bebé de 9 meses, al que se lo llamará Alberto.

Este individuo fue sometido a una serie de experimentos para observar y demostrar la naturaleza aprendida de los miedos infantiles y las técnicas de condicionamiento en las que se apoyaban. Watson dividiría su estudio en 4 etapas:

- Establecimiento de una respuesta emocional condicionada de temor a un objeto, en este caso una rata blanca
- Verificación de la existencia de transferencia a otros objetos
- Análisis del efecto que tiene el tiempo sobre tales respuestas emocionales condicionadas

- Descubrir cómo se puede lograrse la “rotura de vínculo” o la supresión de las respuestas emocionales condicionadas

Cuando el bebé se instaló en el laboratorio, se le acercó una rata blanca, y cuando Alberto trató de agarrarla, se produjo un ruido muy fuerte y el niño retiró la mano. Este proceso se repitió varias veces hasta lograr un efecto intenso de sobresalto y llanto. Después de un período, se realizaron nuevas sesiones con la rata para ver la reacción del niño hasta que finalmente se logró que solo la presencia del animal provoque llanto y temor. Después de cinco días, se obtuvo como resultado final que el miedo ante la rata se había transferido a otras situaciones y objetos (conejo, perro, abrigo de piel, paquete de algodón abierto, cabello, careta de Papá Noel, etc.). Watson mencionó que:

La mayoría de las fobias son en realidad respuestas emocionales condicionadas directamente o por generalización. Las alteraciones emocionales no pueden retrotraerse exclusivamente al sexo. El proceso debe seguir al menos tres líneas colaterales- hasta el conjunto de respuestas condicionadas y generalizadas en los tres tipos de emociones humanas fundamentales, adquiridas durante la infancia y la primera juventud- La organización emocional está sujeta a las mismas leyes que el resto de hábitos, lo que posibilita un estudio de las emociones sobre una base científica natural. (Gil, 307)

Otro autor muy importante del conductismo fue Skinner. El desarrolló la idea de condicionamiento operante que destaca la idea que el individuo se comporta de una manera específica pues este tipo de conducta ha tenido consecuencias en el pasado. Al igual que Watson, Skinner refutaba que la mente o los sentimientos tengan algún tipo de influencia en determinar la conducta. Al contrario, son las experiencias y los refuerzos recibidos los que influyen y determinan la conducta.

Aunque la psicología conductual tuvo un auge muy importante durante su época, ha perdido importancia dentro del campo de la psicología. Esto se debe a que han surgido nuevas corrientes psicológicas que han tenido mejor efecto en cuanto al ambiente terapéutico.

III.A.3 Psicoanálisis

El padre fundador del psicoanálisis fue Sigmund Freud. Para él, la psicología se basaba en observar los procesos mentales anormales y poder quitar la máscara que lleva la consciencia, pues esta se muestra dependiente de varios impulsos primitivos repulsivos que el individuo no es capaz de reconocer. Por esta razón, Freud no realizó ningún tipo de experimentos, pero dedicó sus investigaciones sobre la mente humana a través de la exploración clínica, es decir, indagó los orígenes ocultos de la conducta humana en el inconsciente, en los elementos pasados durante la infancia y evolución. Además, se centró también en el estudio de la personalidad, la motivación, la psicopatología, aspectos sociales y los relativos del desarrollo.

Para Freud, existían dos conceptos básicos dentro del psicoanálisis. El primero es la formación del inconsciente. A través de este concepto, Freud podría explicar la histeria pues, al ser el inconsciente una parte oculta de la mente, tendría antiguos deseos y pensamientos pertenecientes al pasado del individuo que tendrían poco acceso a la consciencia.

Aunque estos elementos se encuentran ocultos, puede tener un medio de expresión: en la histeria se expresan a través de los síntomas y en los individuos “normales” a través de los actos fallidos, los lapsus, el humor y los sueños. Freud mencionó que:

El inconsciente no es simplemente un lugar en el espacio (uso topográfico) que contiene pensamientos fácilmente aceptables (el preconscious) y pensamientos reprimidos (el inconsciente dinámico), sino que también es un sistema mental separado de la consciencia que se rige en función de sus propios principios. En oposición a la consciencia, está exento de las normas de la lógica, es emocionalmente inestable, vive tanto en el presente como en el pasado y está totalmente fuera de contacto con la realidad exterior. (Hardey, 275)

Además, Freud distinguió un sistema estructural que componía tres sistemas mentales diferenciados: a) el Ello, carácter innato, irracional, con tendencia a buscar siempre gratificación; b) el Yo, es un producto del aprendizaje y es orientado hacia la realidad; c) el Superyó, es irracional desde el punto de vista moral (el censor) y estaría compuesto de reglas, valores y normas morales heredadas.

El segundo concepto básico que distingue Freud en el psicoanálisis es que lo reprimido en el inconsciente era de naturaleza sexual. Es decir, los deseos sexuales y sobre todo los deseos sexuales infantiles, eran parte de los síntomas neuróticos y del malestar contemporáneo del individuo. Freud consideraba que el número de necesidades biológicas eran pocas: hambre, sed, auto conservación y sexo. Para él, la sexualidad era “un impulso poderoso cuya satisfacción puede ser retardada o, incluso, abandonada de tal forma que puede producir malestar en el animal, pero sin que se ponga en peligro su vida.” (Hardey, 269)

Para Freud, el sexo juega un rol muy importante en la neurosis ya que las “toxinas nerviosas” (aquellas que producen la neurosis) eran ocasionadas por prácticas sexuales no aceptadas como la masturbación o la abstinencia sexual.

Freud creía que la sexualidad que atraviesa el niño creaba un trauma que en un futuro se convertiría en neurosis.

III.A.4 Psicología Humanista

La psicología humanista se origina como un movimiento cultural en los Estados Unidos alrededor de los años 60. Sus principales autores fueron Carl Rogers y Abraham Maslow. Ellos decidieron retomar ciertas ideas del conductismo, pero al darse cuenta de las limitaciones de esta corriente, decidieron darle otro tipo de alternativas similares.

Rogers decidió que la psicoterapia debía estar centrada en el paciente. Para él, a través de técnicas orientadas fenomenológicamente, la terapia debía basarse en penetrar la visión que el paciente tiene del mundo. De esta manera, a través de la ayuda proporcionada para resolver sus problemas, podría vivir la vida que tanto anhela el paciente.

Este tipo de terapia brindada por Rogers fue vista como una alternativa significativa a los métodos psicoanalistas y tomó un rol importante en la psicología clínica y dentro del asesoramiento psicológico.

Rogers desarrolló cada vez más la teoría de la psicología fenomenológica. Su principal recurso era la empatía y estudiaba la experiencia subjetiva. Para Rogers existían tres modos de conocimiento:

- Modo objetivo: se comprende al mundo como objeto
- Conocimiento subjetivo: propio de cada individuo, experiencias personales (intenciones y sensación de libertad)
- El individuo trata de comprender el mundo interno subjetivo del otro.

Para Rogers, este último punto era de suma importancia y debía ser dominado por el clínico pues, a través de la comprensión del mundo personal y del yo del paciente, el terapeuta podría lograr una guía y una ayuda. Además, Rogers reconocía que las creencias personales, los valores y las intenciones tenían influencia en la conducta y, al conocer de estos elementos, la terapia tendría mejor efectividad.

Abraham Maslow fue el psicólogo que más aportó a la rama de la psicología humanista. Sus investigaciones se fundaron en el estudio de la creatividad en las artes y las ciencias. A través de este estudio, Maslow concluyó que las personas creativas “actuaban sobre la base de necesidades que en la mayor parte de los humanos se encuentran adormecidas y no se ven realizadas” (Hardey, 489).

Este tipo de personas, llamadas “autorrealizadoras” lograban poner en práctica sus habilidades creativas. Se las comparó con el otro grupo de personas, sin creatividad, que trabajan solo en base a la satisfacción de sus necesidades animales: alimentación, cobijo y seguridad. Maslow menciona que:

Los genios creativos no eran seres humanos peculiares, todos poseemos talentos creativos latentes que podrían realizarse si no fuera por las inhibiciones sociales que nos son impuestas. (Hardey, 489)

Los psicólogos humanistas continuaron sus estudios científicos basados en la creatividad, el amor, los valores, la autonomía, la autorrealización, etc. Rechazaron todo concepto conductual, en donde, el individuo era considerado un objeto sin considerar su subjetividad, consciencia y libre albedrío.

III.A.5 Corriente Cognitiva

La psicología cognitiva surgió como corriente psicológica entre los años 50 y 60. Esta corriente estudia “el proceso de pensamiento, la elaboración de información,

de ideas” (psygnos.net, párr. 1), y los mecanismos básicos a través de los cuales se elabora el conocimiento, desde la percepción, la memoria y el aprendizaje, hasta la formación de conceptos y razonamiento lógico.

La Psicología cognitiva surge como alternativa a la concepción conductista de la mente como caja negra inaccesible. Es difícil atribuir su aparición a un único autor, pero sí parece claro que su inicio coincide con la aparición y desarrollo de los ordenadores. “El funcionamiento de estas máquinas sirve como metáfora al investigador para explorar el funcionamiento de los procesos cognitivos internos”. (wikipedia.org, párr. 5)

Es importante notar el doble enfoque que tiene la psicología cognitiva. El primero es estudiar cómo las personas captan y entienden el mundo en el que viven mientras se abordan cuestiones referentes a cómo los seres humanos procesan la información sensorial entrante. Al mencionar un procesamiento de información sensorial entrante, lo que se busca explicar es cómo el individuo transforma la información, la elabora, sintetiza, almacena, recupera y finalmente hace uso de ella. Todo este proceso lleva al individuo a generar un conocimiento funcional, mismo que le permitirá entender o comprender de manera más segura y eficaz cualquier tipo de estímulo o señal que se le presente en su entorno después de haberlo experimentado previamente.

Cuando las personas hacen uso de su conocimiento, elaboran planes o esquemas para procurar un mejor desempeño en su vida cotidiana. Una vez que la persona tiene una expectativa de lo que ocurrirá con determinados acontecimientos, su conducta se ajustará a sus conocimientos.

El segundo interés de la psicología cognitiva es entender cómo el conocimiento se traduce en patrones conductuales:

Desde un enfoque motivacional, la cognición es un "trampolín a la acción". Para los teóricos cognitivistas, la acción está principalmente en función de los pensamientos de la persona y no de algún instinto, necesidad, pulsión o estado de activación (arousal). (wikipedia.org, párr. 5)

Tomando esto en cuenta, se entiende que distintos conocimientos llevan a determinados tipos de acciones en el individuo, y es justamente eso lo que esta corriente psicológica busca modelar en el paciente para asegurar un mejor desempeño conductual.

Resulta importante notar que la psicología cognitiva se desarrolla a través de terapias breves caracterizadas por tener una orientación hacia el problema concreto. De esta manera, el terapeuta trabaja sobre una demanda específica por parte del paciente en base a sus conocimientos sobre su mundo y su entorno. Los fenómenos cognitivos son de gran importancia para el psicólogo que sigue esta corriente, pues son estos quienes describen la sintomatología del paciente y presentan grandes cantidades

Martínez 43

de información sobre la cual el terapeuta desarrollará todo el tratamiento que requiera el interno de cara a un proceso de rehabilitación y reinserción social.

CAPITULO IV

TRATAMIENTOS, CORRIENTE SUGERIDA Y TERAPIAS

IV.A Tratamientos

Según el Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, el término “tratamiento” se aplica al:

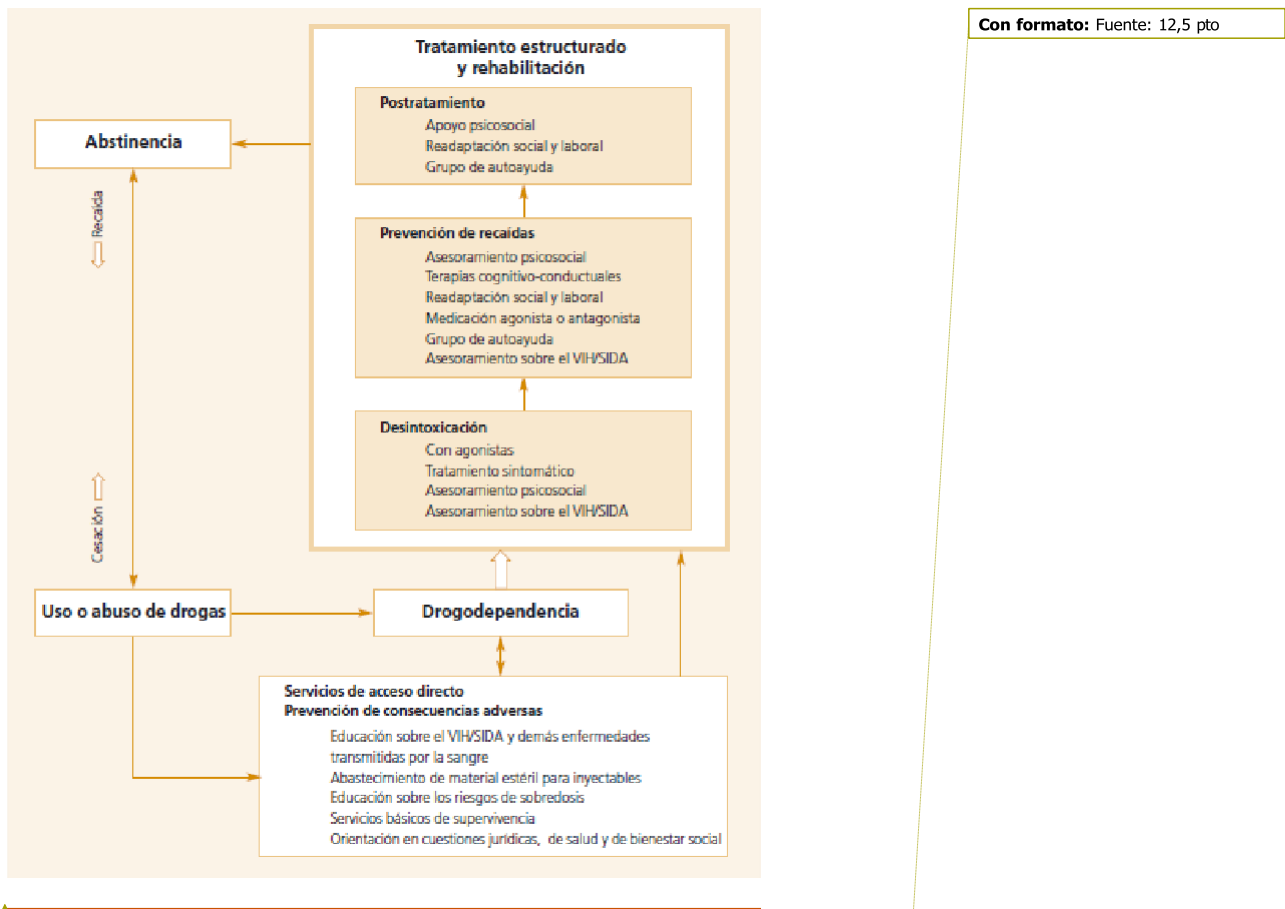
Proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible. (www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf, 12)

Cada institución tiene sus propios métodos de tratamiento y terapia, sin embargo, el proceso “per se”, se maneja de forma similar en cuanto al trato del paciente se refiere. A continuación se detalla el proceso de tratamiento y atención definido en el documento “Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación” (PNUFID, 2003). Este cuadro detalla los componentes de un tratamiento estructurado donde el paciente pasa por su ingreso al centro hasta su salida y post-tratamiento.

Cabe destacar que junto a cada proceso, a modo de referencia, se detallarán diversos niveles de efectividad de los mismos, determinados por diferentes estudios

recopilados por el PNUFID en su documento “Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: Análisis de las pruebas científicas”. (PNUFID, 2003)

Figura 1: Proceso de tratamiento y atención



Fuente: “Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación” (PNUFID, 2003).

IV.A.1 Desintoxicación

La etapa de desintoxicación y estabilización se aplica a las personas que sufren de síntomas de privación tras un abuso de drogas continuo y prolongado. La desintoxicación puede entenderse como un proceso de atención médica que tiene por objeto ayudar al paciente a alcanzar niveles de funcionamiento fisiológicamente normales a través de la abstinencia.

En base a lo expuesto anteriormente, se entiende que los objetivos principales de esta etapa son:

- Tratar sin riesgos las complicaciones médicas
- Lograr la abstinencia.
- Motivar al paciente para que adopte estrategias cognitivas que favorezcan el cambio de comportamiento.

La desintoxicación por sí sola difícilmente ayudará eficazmente a los pacientes a recuperarse a largo plazo por lo que la misma debe considerarse únicamente como una etapa de preparación para continuar el tratamiento, mantener la abstinencia y fomentar la rehabilitación.

Dentro del proceso de desintoxicación, la utilización de ciertos fármacos ha probado ser de utilidad para ayudar al paciente a sobrellevar los síntomas que la privación de las sustancias consumidas anteriormente puede causar.

Según indica la guía elaborada por el PNUFID respecto al tratamiento y rehabilitación de drogas:

La desintoxicación de la heroína y otros opioides ilícitos puede facilitarse utilizando agonistas de opioides en dosis decrecientes (principalmente metadona), buprenorfina, que es un antagonista parcial, y dos drogas no opioides, la clonidina y la lofexidina (las dos agonistas α_2 -adrenérgicos).

Gowing y sus colegas realizaron una revisión Cochrane de 218 estudios internacionales de desintoxicación y calcularon los porcentajes medios de pacientes internados y en régimen ambulatorio que habían terminado el tratamiento de desintoxicación de opioides en el 75% y el 35%, respectivamente, cuando se usaba metadona, y en el 72% y el 53%, respectivamente, cuando se usaba un agonista α_2 -adrenérgico. (8)

De los resultados obtenidos en los estudios realizados, se infiere que la Metadona resulta más eficaz para reducir la gravedad de los síntomas de abstinencia y tener menos efectos adversos.

Adicional a esto, se estima que el período donde se pueden presentar problemas relacionados con la abstinencia, pueden durar aproximadamente entre 3 a 5 días en casos donde los pacientes no presenten problemas médicos o psiquiátricos, mismos que en caso de existir, podrían agravar la situación del interno y alargar el tiempo donde los síntomas del síndrome de abstinencia se hacen presentes.

Parte fundamental del éxito del proceso de desintoxicación, es el entorno terapéutico que tiene el paciente. Según diferentes fuentes, los pacientes que reciben tratamiento con internamiento, tienen mayores posibilidades de culminar el proceso de desintoxicación y rehabilitación que los que llevan un proceso ambulatorio.

Basados en este antecedente, se recomienda llevar un proceso de rehabilitación ambulatorio únicamente cuando se encuentre que la situación familiar del paciente sea estable y ofrezca el apoyo necesario para mantener el trabajo terapéutico. Adicional a esto, existen variables adicionales fuera del entorno familiar y social (como la salud física y mental del paciente), que serán de gran relevancia al momento de sugerir un determinado tipo de proceso de rehabilitación.

IV.A.2 Rehabilitación y prevención de recaídas

Posterior a la etapa de desintoxicación, y una vez que se comprueba que los pacientes ya no sufren los efectos agudos del abuso reciente de sustancias, se da inicio a la etapa del tratamiento que tiene por objeto el evitar que se reanude el consumo activo de sustancias. En esta etapa se busca ayudar al paciente a entender y controlar los impulsos que lo llevaron a abusar de las drogas previo a su ingreso al centro de rehabilitación.

Otro de los objetivos principales de esta etapa es recuperar la salud física y emocional del paciente de tal forma que se puedan ver cambios positivos en su función social a través de las diferentes terapias que serán proporcionadas.

Dentro de los programas de rehabilitación, podemos encontrar los siguientes:

- Residencial de corta duración: por lo general duran de 30 a 90 días. Los pacientes deben ser internados durante ese período para ser tratados de acuerdo a sus necesidades, mismas que generalmente no presentan cuadros muy complejos de solucionar y por eso la corta duración del programa.
- Programas en comunidad terapéutica residencial: suelen prolongarse de tres meses a un año, se aplican a casos de adicciones y problemáticas más complejas que las que se tratan en programas de corta duración.
- Programas ambulatorios de orientación para la abstinencia: duran de 30 a 120 días. Se aplican para pacientes que ya han entrado en la fase de abstinencia y buscan mantener la misma a través del apoyo y soporte terapéutico de los diferentes grupos de ayuda que existen en la comunidad.
- Programas de mantenimiento con metadona: No tienen una duración definida. Pueden aplicarse por períodos determinados o de manera continua según indique el médico tratante.

Adicional a los programas antes mencionados, también podemos encontrar diversas formas de tratamiento ambulatorio, como por ejemplo, la atención ambulatoria intensiva y en hospitales de tratamiento diurno. El proceso en estos tipos de tratamientos comienza con sesiones de un día o medio día, mínimo cinco veces por semana durante aproximadamente un mes. Conforme se ven progresos en la rehabilitación, se reduce la intensidad del tratamiento a sesiones más cortas y menos frecuentes.

La fase final del tratamiento ambulatorio suele llamarse postratamiento, misma que comprende reuniones de apoyo grupales que suelen efectuarse de manera quincenal o mensual con el fin de soportar la gestión realizada durante el tiempo que el paciente recibió tratamiento y mantener los resultados a través de la asesoría continua y autoayuda.

Respecto a los programas de tratamiento residencial y su eficacia, el documento redactado por PNUFID referente al análisis de las pruebas científicas indica: “Existe desde hace bastante tiempo un volumen considerable de pruebas científicas internacionales en relación con los efectos positivos de los programas residenciales” (6). Según la mayor evaluación de programas residenciales de rehabilitación de los Estados Unidos, los resultados de los programas residenciales son los que se citan a continuación:

Las siguientes reducciones en el porcentaje de pacientes que utilizaban sustancias ilícitas al menos una vez por semana durante el año que precedió a su admisión al tratamiento y durante el año siguiente a la suspensión de éste: el porcentaje de los que utilizaban cocaína disminuyó del 66 al 22%; el de los que utilizaban cannabis, del 28 al 13%, y el de los que utilizaban heroína, del 17 al 6%. Los pacientes que terminan el tratamiento también consiguen mejor empleo y es mucho menos probable que se vean involucrados en actividades delictivas. Sin embargo, el abandono de la rehabilitación residencial parece ser un problema común y los estudios suelen registrar niveles de abandono del 25% de los pacientes en las dos primeras semanas, y del 40% al cabo de tres meses. (6)

Considerando los datos antes expuestos, resulta de vital importancia que los centros de rehabilitación mejoren su calidad de servicio para asegurar que los internos terminen su proceso de tratamiento sin abandonar el mismo. Es por esta razón, que se recomienda a la autora del trabajo de conclusión de carrera “IMPLEMENTACIÓN DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN DE ALCOHOLISMO Y DROGODEPENDENCIA PARA ADOLESCENTES EN EL SECTOR DEL VALLE DE LOS CHILLOS” (Tinajero, 2010) que para asegurar una mejor calidad de servicio en el centro de rehabilitación propuesto, se tomen en cuenta los siguientes elementos:

- Correcta selección del equipo de profesionales que brindarán sus servicios: El éxito del proceso de rehabilitación está estrechamente ligado con los conocimientos y experiencia del equipo multidisciplinario tratante.
- Corriente psicológica adecuada. Esto incide directamente en la manera en la que los pacientes serán tratados y por ende su interés en mantenerse dentro del centro. (Véase IV.B)
- Terapias y tratamientos debidamente aplicados: de los mismos se desprende la correcta adaptación de los internos en un entorno terapéutico comunitario.
- Instalaciones cómodas y funcionales: La comodidad de los internos es uno de los elementos más importantes para asegurar que los mismos llevarán su proceso de rehabilitación de manera adecuada en un entorno seguro y con la certeza de que todos sus requerimientos personales serán satisfechos. Esto asegura una adaptación menos traumática al entorno terapéutico en comunidad, lo que a la postre se traduce en resultados más eficaces.

Resulta de suma importancia que los elementos previamente detallados sean tomados en cuenta al momento de implementar un centro de rehabilitación, ya que como se mencionó anteriormente, las probabilidades de obtener una efectividad mayor en los procesos de rehabilitación, están estrechamente ligadas con el tiempo de internación, los progresos terapéuticos individuales y la correcta culminación del tratamiento que recibe cada paciente.

Adicional a esto, es importante entender que más allá del proceso de rehabilitación, existen otros factores externos que afectan directamente a los resultados que se esperan obtener con cada paciente en términos de rehabilitación y prevención de recaídas y que sin duda serán determinantes en el período postratamiento de cada paciente. Algunos de estos factores son:

- Entorno y apoyo social/familiar
- Facilidad o dificultad de conseguir empleo/educación
- Disposición del paciente hacia el tratamiento
- Gravedad inicial de la adicción
- Problemas psiquiátricos del paciente
- Correcta aplicación de la farmacoterapia

Estas variables deben ser observadas con detenimiento a lo largo de todo el proceso de rehabilitación para procurar que todo el trabajo que se realice durante el tiempo que el paciente se encuentre internado, no se vea afectado por un posible vacío no detectado oportunamente y que pueda generar recaídas no esperadas.

IV.B Corriente sugerida

Es muy importante que dentro del Centro de rehabilitación exista la misma filosofía e ideología terapéutica. Esto permitirá que se desarrollen bajo un mismo enfoque las terapias individuales, familiares y grupos de autoayuda por parte de los psicólogos.

Después de haber analizado todas las corrientes que se detallaron en el capítulo III, se ha seleccionado la corriente de la psicología cognitiva ya que la misma permite trabajar con los internos de manera asertiva con un enfoque principal en la rehabilitación a través del aprendizaje, lo que ayuda a modelar el comportamiento del interno de cara a un cambio conductual que le permitirá reinsertarse en la sociedad de forma más efectiva.

A continuación se describen las áreas de trabajo que deberá considerar cada centro de rehabilitación para procurar un servicio efectivo hacia sus pacientes. Es importante destacar que la información que se detallará enseguida está estrechamente relacionada con la corriente psicológica anteriormente sugerida.

IV.B.1 Área de psiquiatría

En caso de ser necesario, el psiquiatra tendrá la responsabilidad de medicar diversos fármacos al paciente. Esta decisión será tomada por el psiquiatra en caso de que el paciente requiera de estos para controlar los estragos causados por la

abstinencia obligatoria. Si el paciente recibe fármacos, éstos serán detallados en su historia clínica.

IV.B.2 Área de psicología

El psicólogo deberá trabajar en la demanda específica del centro. Para esto, deberá también reforzar, a través de la psicología cognitiva, habilidades sociales, valores, conducta, comportamiento, y reinserción social. Dentro del tratamiento terapéutico, se utilizará la teoría del aprendizaje cognitivo social.

IV.B.2.a Aprendizaje social

Dentro del campo de la drogodependencia, la teoría sobre el aprendizaje social se ha vuelto muy importante. Es uno de los modelos más utilizados por los psicólogos cognitivos para trabajar toxicomanías. El objetivo de este planteamiento es trabajar sobre “el aprendizaje, la persona y su cognición junto a los aspectos del ambiente en que lleva a cabo la conducta”. (Iglesias, 21)

La teoría del aprendizaje social fue creada por Bandura. Este autor decidió combinar el aprendizaje social con la técnica de modelado para poder dar una explicación a los cambios de conducta. Bandura, al profundizar su investigación sobre esta teoría, decidió llamarla teoría cognitiva social. Para Bandura existen tres elementos que regulan la conducta:

- Elementos o acontecimientos externos, los cuales tendrían influencia en la conducta del individuo.

- Cada conducta (positiva o negativa) tendrá su consecuencia a través de refuerzos externos.
- Los procesos cognitivos que regulan la conducta del medio determinarán los estímulos a los que se presta atención, la percepción de estos estímulos y como estos podrían influenciar en una conducta futura.

Bandura, después de observar que existen elementos externos que regulan la conducta, decide crear un modelo de aprendizaje a través de la observación. Bandura lo nombró aprendizaje observacional y lo define como:

El proceso de aprendizaje por observación es el que la conducta de un individuo o grupo –el modelo- actúa como un estímulo de pensamientos, actitudes o conductas similares por parte de otro individuo que observa la actuación del modelo. (Iglesias, 21)

El objetivo de este tipo de aprendizaje es que el individuo logre prestar atención al estímulo y logre retener información. De esta manera, es a través de las consecuencias de la conducta escogida, que el individuo logrará adquirir y ejecutar este aprendizaje: si la consecuencia es positiva, las posibilidades de que se ejecute esta conducta son mayores, mientras que si la consecuencia es negativa, las posibilidades son menores.

Esto permitirá que la persona tratada, al tener una conducta y experimentar las consecuencias que vienen con ella (positivas o negativas), logre regular su propio comportamiento a través del análisis de si es una conducta adecuada o no.

IV.B.3 Terapias Individuales

Las terapias individuales serán realizadas entre el paciente y el terapeuta designado. Los siguientes elementos deberán ser cumplidos tanto por el paciente como por el terapeuta:

- El terapeuta establecerá un encuadre terapéutico al inicio: tiempo de terapia, días de terapia, horarios, duración de la terapia, confidencialidad.
- El paciente tendrá la obligación de asistir a las terapias. En caso de emergencia, podrá tener una o dos ausencias como máximo.
- Al inicio del tratamiento, las terapias se realizarán 2 veces a la semana con duración de una hora cada una. Conforme pase el tiempo, y si el psicólogo lo considera oportuno, las terapias se reducirán a 1 vez a la semana con duración de una hora.
- El psicólogo tratante se comprometerá a guardar confidencialidad en cada caso que maneje dentro del Centro. En reuniones multidisciplinarias, se mencionarán los elementos más importantes para el seguimiento del proceso. Sin embargo, no se revelarán más detalles sobre la terapia realizada con el paciente.

Una vez expuestas las condiciones terapéuticas, el psicólogo tendrá como objetivo principal lograr que su paciente tome consciencia de su adicción. Por tanto, se trabajará con el paciente en la discriminación de estímulos internos y externos, apreciar objetivamente la realidad, prevenir riesgos, prever consecuencias, aceptar normas y límites, trabajar sobre mayor tolerancia hacia la frustración, relacionarse sin la necesidad de drogas.

Por otro lado, el paciente a través de las terapias individuales, podrá crear una nueva identidad que se diferencie de su anterior identidad toxicómana, creará nuevos hábitos rutinarios y reforzará sus habilidades sociales. Durante las terapias individuales, el psicólogo profundizará el trabajo dinámico en el Yo del paciente.

A continuación se mencionarán las diferentes etapas de intervención en la terapia individual.

IV.B.3.a Psicodiagnóstico

Es muy importante dar el diagnóstico del paciente al inicio de la terapia, de esta manera, el psicólogo podrá encaminar de manera correcta su terapia. Además, se evaluarán la motivación del paciente hacia el tratamiento, su anhelo de cambio y por último sus fortalezas y debilidades en cuanto a personalidad.

En la etapa de Psicodiagnóstico, es importante que el psicólogo logre visualizar los mecanismos de defensa, las causas del trastorno emocional del paciente y también, deberá reconocer y comprender las características del consumo y sus efectos en el paciente.

IV.B.2.b Tratamiento

El psicólogo deberá seguir la corriente escogida por el centro para poder crear una planificación de la terapia. Se deberán abordar los conflictos de prioridad para el paciente, reconocer mecanismos de defensas y prever momentos de dificultad.

El objetivo del tratamiento será trabajar en solucionar el problema, aumentar las habilidades de adaptación y reforzar las funciones del Yo. Durante las diversas intervenciones del psicólogo, se utilizarán técnicas interpretativas, educativas y de apoyo.

IV.B.2.c Terapias Familiares

La familia es el primer entorno en donde se desarrolla el individuo. Dentro de este ambiente, el sujeto se educa a través de valores y construye identificaciones que serán de gran importancia durante su vida. Por esta razón, se considera muy importante que se realicen terapias familiares dentro del centro, ya que, el nexo familia-paciente también debe ser tratado para poder encaminar positivamente el tratamiento.

La intervención a través de la terapia familiar permitirá que se dé un reordenamiento dentro de las estructuras familiares. Este proceso toma tiempo, y para esto se mencionarán algunas técnicas de intervención que serán claves dentro del encaminamiento de la terapia:

a) Primer contacto y entrevista inicial

En esta etapa, es muy importante especificar si el ingreso al centro fue voluntario de parte del paciente o si fue la familia del paciente la que tomó la decisión, pues esto será el primer contacto y la primera información que se obtenga del paciente y será un factor que deberá ser tratado dentro de la terapia.

En cuanto a la entrevista inicial, esta se dará en la primera sesión terapéutica. El psicólogo se ubicará al frente del paciente y sus familiares, se manejará la capacidad del terapeuta para conseguir información, mediará las intervenciones del paciente y familia.

Durante la entrevista inicial, el psicólogo deberá tratar diversos puntos como: inserción familiar como elemento vital y colaborador dentro de la terapia, definición del problema por parte de cada familiar, re-elaboración de la problemática y creación de hipótesis sobre la situación, objetivos planteados por el psicólogo para poder observar resultado concretos en el paciente y concluir sobre la importancia de la intervención familiar dentro del tratamiento.

b) Elaboración de los Objetivos del Tratamiento

- Los objetivos serán caracterizados por crear conductas concretas y observables. Esto es importante, pues así se evitarían confusiones o futuras negociaciones durante el tratamiento.
- Ciertos objetivos serán tratados según su prioridad.

- Los objetivos serán construidos con la familia. De esta manera, sentirán una integración durante el proceso.
- Los objetivos elaborados deberán seguir la estructura de los tres puntos siguientes: abandono de las drogas, adquirir y mantener abstinencia, planificación de actividades diarias y simples.
- Una vez logrado la superación de consumo, los objetivos tendrán una nueva dirección. Estos serán encaminados hacia crear nuevas relaciones, reforzar habilidades sociales, comunicación familiar, reinserción social, nuevas oportunidades de trabajo o profesionales.
- Al igual que en la terapia individual, el terapeuta deberá estar preparado para encaminar situaciones en donde se presenten conflictos, mecanismos de defensa, confrontaciones del paciente en cuanto a su problema, entre otras. Para lograr mediar, el psicólogo utilizará connotaciones positivas y redefiniciones de conceptos o expresiones. Así se construirán alianzas más sólidas entre el paciente y su familia.

c) Finalización de la terapia. Evaluación de los Resultados

Esta etapa indica que los objetivos planteados al inicio de la terapia familiar han sido cumplidos. Cuando comienza la etapa de cierre de terapia, el psicólogo deberá retomar toda la información adquirida durante todo el periodo terapéutico y dar un breve resumen sobre lo trabajado y señalar lo adquirido tanto por el paciente como por la familia.

Durante el cierre, es muy importante también que el psicólogo haga una apertura, es decir, posibles situaciones futuras como conflictos o discusiones. Para tratar este aspecto, es muy importante que tanto el paciente como su familia, asistan a una próxima entrevista para dar seguimiento al proceso.

IV.B.2.d Grupos de Autoayuda

Los grupos de autoayuda se caracterizan por ser:

Grupos pequeños y voluntarios, estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico. Estos grupos están integrados habitualmente por iguales que se reúnen para ayudarse mutuamente en la satisfacción de una necesidad común, para superar un hándicap común o problemas que trastornan la vida cotidiana, y conseguir cambios sociales y/o personales deseados. (Katz y Bender, 1976)

Estos grupos son formados con el objetivo de que el paciente a través de la identificación, sea por historias o situaciones similares, logre compartir sus vivencias con los otros participantes y pueda aprehender factores de cambio a través de la unión.

Por lo general, los miembros y fundadores de estos grupos, no suelen sentir que lo recibido dentro de las instituciones es suficiente, por lo que la interacción social cara a cara y la responsabilidad personal de los miembros se vuelven ejes fundamentales dentro del grupo. Los miembros del grupo ofrecen ayuda material y apoyo emocional a los nuevos integrantes. Su objetivo principal es la orientación sobre

la causa del problema, donde logran crear valores comunes como medio de identificación grupal.

Los grupos de autoayuda tienen diferentes características que se mencionarán a continuación:

- Misma experiencia: todos los miembros del grupo comparten el mismo problema
- Ayuda mutua y soporte: los miembros se reúnen regularmente con el objetivo de promover una ayuda mutua.
- La ayuda como terapia: los miembros del grupo se ayudan entre ellos a través de un problema común. Mientras se proporciona ayuda, cada miembro aprenderá y se beneficiará de esto.
- Asociación diferencial: el sujeto a través del refuerzo de auto percepción de normalidad, logra dejar de lado su anterior identidad.
- Creencias y fuerza de voluntad colectiva: a través de las conversaciones sostenidas, los miembros del grupo encuentran validación en sentimientos y actitudes.
- Intercambios de información: se promueve una comprensión concreta sobre los hechos y el problema. No existen las interpretaciones.
- Acción constructiva hacia metas compartidas: los miembros del grupo buscan soluciones en conjunto. A través de sus historias, los individuos buscan acción y aprenden de ellas.

Los grupos de autoayuda son muy importantes dentro del centro. Los pacientes logran encontrar comprensión, apoyo, ayuda y acciones. De esta manera, el servicio social brindado por el centro será abarcado desde todos los ángulos posibles. El

interno logrará poder hablar desde su perspectiva y con más confianza dentro del grupo de autoayuda pues, ahí, no se sentirá etiquetado por otro.

IV.B.2.e Terapias ocupacionales

Terapia ocupacional se entiende por todas aquellas actividades alternas que pueden realizarse dentro de una institución para promover la salud del individuo. Además, la terapia ocupacional previene la incapacidad, al mismo tiempo que valora y mejora las conductas de personas con disfunciones físicas o problemas psicosociales. Este tipo de terapia permite que el individuo logre integrarse y adaptarse a su entorno social.

Tomando en consideración lo antes expuesto, se sugiere que el centro brinde diferentes talleres dentro de esta área donde cada taller tenga un profesional asignado. Para lograr este propósito, se puede buscar generar convenios con diferentes instituciones que se encuentren interesadas en participar en programas de voluntariado y responsabilidad social, de tal manera que sus empleados (profesionales en el área de acción de cada terapia ocupacional) acudan al centro para brindar apoyo y compartir sus conocimientos con los pacientes en rehabilitación. Dado que los talleres sugeridos se desarrollan en áreas técnicas y académicas, los contactos que se deberán realizar para conseguir participación voluntaria deberán ser enfocados a instituciones directamente relacionadas con cada taller.

Las terapias ocupacionales y talleres que se sugieren para los internos son los siguientes:

- **Taller de carpintería:** Donde los internos aprenderán sobre carpintería a través de diferentes módulos de aprendizaje. El profesor encargado hablará sobre el tipo de maderas, los materiales que se necesitan, las herramientas utilizadas, los objetivos de la carpintería y los beneficios de este trabajo en la sociedad.

- **Taller de pintura:** Donde los internos aprenderán sobre la historia del arte, técnicas utilizadas para pintar y para dibujar, pintores famosos, entre otros. Se deberá brindar un espacio en donde puedan realizar diferentes bocetos. Al final de cada mes, se deberán exponer los trabajos de los internos dentro del Centro para motivar a cada uno de los pacientes a dar lo mejor de sí en cada trabajo.

- **Taller de música:** Donde los internos aprenderán sobre la historia de la música, autores importantes, lectura y teoría musical. Además, deberán estar a su disposición diferentes instrumentos para que puedan tener una parte práctica en el taller, la cual también será dictada por distintos voluntarios.

- **Taller de teatro:** En este taller, los internos hablarán sobre las obras teatrales más importantes dentro de su historia, realizarán ejercicios de respiración, monólogos e improvisaciones. Además, harán diferentes “sketches” durante su período de internamiento y podrán presentarlos a su familia y al resto de internos del Centro. Esto ayudará al proceso de reinserción social ya que progresivamente encontrarán interrelación con los asistentes a cada obra.

- **Taller de escritura y literatura:** los internos aprenderán sobre la importancia de la escritura, tipos de escritura, tipos de narración, literatura importante, poesía, etc. De esta manera, a través de la escritura y la literatura, los internos también podrán sentirse identificados con situaciones y lograr poner en papel sus emociones y vivencias, en caso que se les sea difícil expresarlo en otros grupos.
- **Nivelación académica:** Considerando que el grupo objetivo de pacientes detallado en el trabajo de conclusión de carrera “IMPLEMENTACIÓN DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN DE ALCOHOLISMO Y DROGODEPENDENCIA PARA ADOLESCENTES EN EL SECTOR DEL VALLE DE LOS CHILLOS” (Tinajero, 2010) está conformado por adolescentes de sexo masculino y, que al estar internados en el centro de rehabilitación no están recibiendo ningún tipo de educación académica como en cualquier institución educativa, se sugiere que el centro ofrezca a sus pacientes “microciclos” de nivelación académica en diferentes asignaturas. Esto con el fin de que al momento que los pacientes terminen su proceso de rehabilitación, puedan regresar de manera menos conflictiva a continuar sus estudios académicos ya que una reinserción problemática y con obstáculos podría ser el desencadenante de una recaída en el paciente.

A través de las terapias psicológicas, grupos de autoayuda y terapias ocupacionales, el interno logra trabajar en límites, reglas, problemas personales, conductas y consecuencias, trabajo individual, trabajo colectivo y habilidades sociales.

El centro y su staff, al lograr en el interno los objetivos planteados desde un inicio, están asegurando una reinserción social positiva ya que el interno se mostrará motivado por tener una pertenencia a un grupo sin la necesidad de una droga.

Además, la asistencia a los grupos de autoayuda y a los talleres ofrecidos, permiten que el interno logre encontrar un sistema de apoyo y de acción, en el cual permanecerá por mucho tiempo. Logrará también encontrar algo que le guste hacer, algo en lo que se destaque y pueda abrir un camino para trabajar o para estudiar. Estos nuevos elementos y aprendizajes, serán las nuevas motivaciones en la vida de este individuo.

Para cumplir con una reinserción social exitosa, el interno debe pasar por todas estas etapas en donde aprenderá a vivir en comunidad, en donde logrará resolver sus conflictos familiares y su conducta toxicómana, en donde encontrará algo en lo que se destaca y algo que le apasiona, en donde explotará el aprendizaje sobre las habilidades sociales, y en donde podrá demostrar su autonomía y su trabajo en grupo.

El interno, al demostrar que ha dominado todo esto, logrará manejar su reinserción social de manera adecuada, pues tendrá la capacidad de utilizar en su vida cotidiana, todas las herramientas que le fueron brindadas dentro del centro.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V.A Conclusiones

Habiendo realizado el estudio referente a las diferentes corrientes y terapias que pueden ser aplicadas en un centro de rehabilitación para atender a sus pacientes, se ha llegado a las siguientes conclusiones.

La problemática actual referente al incremento de consumo de drogas requiere atención urgente tanto de parte de las autoridades como de padres de familia e instituciones académicas ya que año tras año se registran mayores índices de consumo de drogas en jóvenes de edades cada vez menores.

La implementación de centros de rehabilitación son sin duda acciones que ayudan a paliar la problemática del consumo de drogas en personas que ya han consumido las mismas. Ahora bien, no solo la implementación es necesaria para hacer frente a este tipo de situaciones que afectan negativamente al nivel de vida de los ciudadanos. Se espera mayor acción y apoyo de diferentes instituciones para poder trabajar en materia de prevención y no solo en materia de rehabilitación.

Es de vital importancia que los pacientes cumplan con todo su proceso de rehabilitación para obtener mejores resultados del mismo, ya que como se mencionó en capítulos anteriores, la no culminación de los tratamientos lleva a grados de

efectividad considerablemente menores en cuanto a abstinencia y reinserción social se refieren. Elementos importantes que se deben tomar en consideración para evitar el abandono de los tratamientos residenciales son la comodidad de los pacientes y una correcta aplicación de la corriente psicológica y terapéutica que se implementará en el centro de rehabilitación.

Si bien no hay una corriente que pueda determinarse como la única efectiva para el tratamiento de adicciones, se ha encontrado que la corriente cognitiva tiene efectos sumamente positivos en los pacientes ya que busca modelar su comportamiento a través del aprendizaje de diferentes asignaturas ya sea de manera individual o en terapias de grupo e inclusive familiares.

Resulta imperativo que el entorno íntimo del paciente le pueda brindar equilibrio emocional, afectivo, económico, etc para asegurar que una vez que el paciente ha salido del centro, el mismo vivirá en un ambiente cómodo y seguro que le permitirá mantenerse abstinentes y lejos de posibles recaídas por vacíos emocionales o carencias de diversos tipos.

V.B Recomendaciones.

Debido a su alto grado de efectividad, se recomienda implementar la corriente psicológica cognitiva en el centro de rehabilitación “Renacer”, mismo que fue propuesto en el trabajo de conclusión de carrera titulado “IMPLEMENTACIÓN DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN DE ALCOHOLISMO Y DROGODEPENDENCIA PARA ADOLESCENTES EN EL SECTOR DEL VALLE DE LOS CHILLOS” (Tinajero, 2010). Se recomienda a la autora del mencionado trabajo que tome en consideración los elementos expuestos en este estudio para garantizar un mejor servicio en su proyecto de negocio.

Adicional a aplicar la corriente sugerida y todos sus tratamientos y terapias, es aconsejable que todo centro de rehabilitación enfoque sus esfuerzos en garantizar la comodidad y seguridad de sus pacientes, al mismo tiempo que se les brinda educación de alta calidad en diferentes campos (como los detallados en la sección dedicada a Talleres Ocupacionales), mismos que permitirán que los internos puedan demostrar sus habilidades, lo que a la postre ayudará a consolidar su autoestima y por ende sus ganas de superación y reinserción social efectivas.

Bibliografía

- Argudo Chejin, Mariana, *Pandillas juveniles en Guayaquil*, Ecuador, 1991.
- Bimos Ochoa, José María, “*Características del maltrato escolar entre iguales en adolescentes de 12 a 16 años, un estudio desde la teoría del aprendizaje social*”. Tesis de Grado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Psicología Educativa, 2009.
- Fernández, Isabel, *Escuela sin violencia*. Madrid: Alfaomega, 2003
- Gil Tortosa, Francisco, *Una historia de la psicología moderna*. Madrid, 2000
- Hardey Leahey, Thomas, *Historia de la psicología: principales corrientes en el pensamiento psicológico*. Madrid: 2000.
- Iglesias Becoña, Elisardo, *Procesos Psicológicos Básicos*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela
- Papalia, Diane, *Desarrollo Humano*. México: McGraw-Hill, 1997
- PNUFID, “*Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: Análisis de las pruebas científicas*”, 2003
- Tenorio, Rodrigo, *El sujeto y sus drogas*. Quito: Ed. El conejo, 2009.
- En Internet, <http://psygnos.net/psicologiacognitiva/>. Acceso: Viernes 9 de diciembre del 2011
- En Internet, http://es.wikipedia.org/wiki/Psicolog%C3%ADa_cognitiva
Acceso:Viernes 9 de diciembre de 2011
- En Internet. www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf . Acceso: Viernes 9 de Diciembre de 2011
- En Internet, http://es.wikipedia.org/wiki/Terapia_sist%C3%A9mica. Acceso : Martes 27 de Diciembre del 2011

- En Internet, <http://www.terapiabreve.net/terapia-sistemica.htm>. Acceso: 27 de Diciembre del 2011
- En Internet, <http://www.terapiabreve.net/terapia-sistemica.htm>. Acceso: 27 de Diciembre del 2011