UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

NIVEL DE PREGRADO

TEMA:

“IMPLEMENTACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y FUNCIONES EN INTERVENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN TERAPÉUTICO MUNICIPAL “POSADA SOLIDARIA” EN LA CIUDAD DE LOJA PERIODO MAYO – OCTUBRE 2010”

TESIS DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA

AUTORAS:

ANDREA ESTEFANÍA GRANDA VILLAVICENCIO

MARÍA PIEDAD MOROCHO AMBULUDI

DIRECTORA:

Dra. Mgs. LORENA CELI DE AGUIRRE.

LOJA–ECUADOR
2010

CERTIFICACIÓN

Dra. Mgs. Lorena Celi de Aguirre

CERTIFICA:

Que ha supervisado el presente trabajo titulado “Implementación de procedimientos y funciones en intervención secundaria y terciaria en el Centro de Rehabilitación Terapéutico Municipal “Posada Solidaria”, en la ciudad de Loja, periodo Mayo-Octubre 2010”, el mismo que está de acuerdo con lo establecido por la reglamentación de la U.N.L. Área de la Salud Humana por consiguiente autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Loja, noviembre de 2010

Dra. Mgs. Lorena Celi de Aguirre
DIRECTORA

AUTORÍA

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en el presente trabajo es responsabilidad de las autoras.

Loja, noviembre de 2010

Andrea Estefanía Granda

María Piedad Morocho A.

DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado con todo mi amor a mis padres, hermanos, a mi esposo Byron Godoy, a mi hijo Alejandro, ya que sin su apoyo, comprensión y cariño no hubiese podido alcanzar esta gran meta.
En especial dedico este trabajo a mi Dios que con su guía y fuerza me dieron soporte para lograr este sueño.

Andrea Estefanía.

Dedico esta tesis a las personas que de forma incondicional han sabido entregarme su comprensión, paciencia y apoyo para poder culminar con éxito el presente proyecto.

Al Ser Supremo quien me ha brindado su protección, sabiduría y fortaleza para vencer todos los obstáculos que se presentaron y ha sido mi inspiración para ser mejor ser humano.

A mi esposo, Ing. Byron Ramiro Mendoza M, quien siempre me apoyo y me enseño que con la perseverancia y el trabajo lograré mis metas y aspiraciones como profesional.

A mis queridos hijos Jéssica, Mayra, Byron, Pablo a los que amo inmensamente por permitirme desarrollarme como mujer y quienes me brindaron todo su amor, su compresión.

María Piedad.

AGRADECIMIENTO

Nuestro agradecimiento muy sincero a todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron para culminar con éxito el presente trabajo de investigación denominado Implementación de procedimientos y funciones en intervención secundaria y terciaria en el Centro de Rehabilitación Terapéutico Municipal “Posada Solidaria” en la ciudad de Loja periodo Mayo-Octubre/2010.

A la Dra. Mgs. Lorena Celi de Aguirre directora de nuestra tesis quien nos orientó en forma activa con excelente criterio, experiencia, durante el desarrollo del presente proyecto convirtiéndose en una verdadera fuente de inspiración y ayuda en el presente trabajo.

A la Dra. Cecilia Moscoso de Bailón Presidenta del Centro de Apoyo Social Municipal, al Dr. Nelson Lanchi León Jefe de Salud Municipal quienes nos brindaron todas las facilidades para obtener la información para el desarrollo de cada una de las fases de nuestra investigación.

ÍNDICE

PORTADA…….. I

CERTIFICACIÓN…….. II

AUTORÍA…….. III

DEDICATORIA……. IV

AGRADECIMIENTO……... V

ÍNDICE…..……. VI

TEMA……..……. 7

RESUMEN…….. 8

INTRODUCCIÓN…….....12

REVISIÓN LITERARIA ……..…….....15

PREVENCIÓN SECUNDARIA…..……..…. 15

PREVENCIÓN TERCIARIA……..……..... 57

MATERIALES Y MÉTODOS……..……..... 73

RESULTADOS…….…… 75

DISCUSIÓN…….. 87

CONCLUSIONES……...… 90

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA……91

BIBLIOGRAFÍA……..……..160

ANEXOS……..……162

TEMA

¨Implementación de procedimientos y funciones en intervención secundaria y terciaria en el Centro de Rehabilitación Terapéutico Municipal "Posada Solidaria" en la ciudad de Loja periodo Mayo-Octubre del 2010. ¨

RESUMEN

La presente investigación fue desarrollado en el Centro de Rehabilitación Terapéutico Municipal “Posada Solidaria” en la ciudad de Loja, centro en el cual su actividad principal es la rehabilitación de pacientes con diferentes tipos de adicciones, siendo este su principal objetivo el mismo que se encuentra integrado a la misión de la Institución. Nuestro tema seleccionado es la implementación de procedimientos y funciones en intervención secundaria y terciaria en el Centro de Rehabilitación Terapéutico Municipal “Posada Solidaria” en la ciudad de Loja. Para conseguir que el trabajo este mas apegado a la realidad se logró la participación de los diferentes actores involucrados pacientes internos y funcionarios de Posada solidaria con esto se pudo tener un conocimiento claro acerca de cómo se esta trabajando en el centro y como intervienen los diferentes funcionarios en todo el proceso de tratamiento.

Para poder cumplir con nuestro objetivo, y una vez logrado la colaboración y los respectivos permisos de las diferentes autoridades que representan al Centro “Posada Solidaría”, se realizó la revisión de literatura valiéndonos en algunos textos de autores reconocidos en intervención secundaría y terciaría, que nos dieron las primeras pautas para poder delimitar nuestra investigación. Una vez delimitado la investigación, el siguiente trabajo que se realizó, fue interactuar con los diferentes actores del Centro Terapéutico Municipal Posada Solidaria con el propósito de conseguir las variables necesarias que nos permitan identificar los campos que podríamos intervenir, y poner mayor énfasis en las debilidades y mejorar de alguna manera las fortalezas, esto se logró con la ayuda de los pacientes y funcionarios de la institución.

Concluida la investigación de campo, se procedió a tabular dicha información, con la finalidad de obtener los resultados que nos permitieran proponer y desarrollar nuestro trabajo investigativo, siendo estos resultados la base para el desarrollo de las diferentes etapas de nuestro trabajo, y que consentirán incrementar nuevas alternativas de intervención debidamente probadas con base sólida y científica la misma que ayudará a mejorar la calidad de vida de los pacientes internos. La investigación se ejecutó al 100% de los pacientes y se realizó entrevistas a todo el personal que intervienen en el proceso de recuperación y que labora en dicha institución, permitiéndonos conocer las causas que afectan el buen desarrollo y las actividades de este Centro.

Se planteo un modelo de intervención secundaria, en la que se trabaja los primeros síntomas de un problema de salud que van apareciendo en la persona. En el campo de la adicción, es detener el consumo de la droga en la persona adicta, mediante un tratamiento adecuado. Incluye formas de acción que apuntan a evitar el desarrollo del problema una vez que aparece. Implica el diagnóstico precoz y la asistencia para evitar la cronicidad y secuelas propias de la enfermedad.

En intervención terciaria se actúa cuando las lesiones patológicas son irreversibles y la enfermedad está establecida. Su objetivo es volver al individuo afectado a un lugar útil en la sociedad y utilizar las capacidades de funcionamiento. La rehabilitación contiene elementos físicos, psicológicos y sociales. El éxito de ella dependerá de adecuados recursos dentro de la institución familiar, hospitalarios, industriales y la comunidad. Se orienta fundamentalmente a la rehabilitación de los sujetos que ya presentan disfunciones individuales y/o sociales poniendo énfasis en el trabajo multidisciplinario, prevención de recaídas y reinserción social aplicando el tratamiento correspondiente en cada caso, se plantea además el trabajo no solo con el paciente sino también con la familia y la pareja que son parte fundamental para su recuperación y prevenir las recaídas, planteado desde el modelo de intervención integrativa el mismo que busca ayudar al paciente y armonizar los contenidos de sus estados del Ego, disminuir los mecanismos de defensa, eliminar el guión de vida y volver a conectarse plenamente con el mundo, con la integración de diferentes teorías y abordajes psicoterapéuticos efectivos, desarrollados por las más importantes corrientes psicoterapéuticas para conseguir una integración de la personalidad y por ende devolver a la sociedad un ser humano recuperado con las herramientas necesarias para logra una vida optima y en completo estado de sobriedad y útil a la sociedad.

SUMMARY

The present investigation was developed in the Municipal Therapeutic Center of Rehabilitation "Solidary Inn" in the city of Loja, center in which its main activity is the rehabilitation of patient with different types of addictions, being this its main objective the same one that is integrated to the mission of the Institution. Our selected topic is the implementation of procedures and functions in secondary intervention and third in the Municipal Therapeutic Center of Rehabilitation "Solidary Inn" in the city of Loja, topic that was chosen with much care, with the purpose of avoiding possible conflicts to the internal of the institution. To get that the work this but attached to the reality it was achieved the participation of the different actors involved internal patients and officials of solidary Inn with this one could have a clear knowledge about how you this working in the center and like the different officials intervene in the whole treatment process.

To be able to fulfill our objective, and once achieved the collaboration and the respective permits of the different authorities that represent to the center "Inn Solidaría", he/she was carried out the literature revision being worth us in some texts of grateful authors in intervention it would second and it would arbitrate that gave us the first rules to be able to define our investigation and of which we have obtained our concepts that we attach report presently.

Once defined the investigation, the following work that was carried out, was interactuar with the different actors of the Center Therapeutic Municipal Solidary Inn with the purpose of being able to get the necessary variables that allow us to identify the fields that we could intervene, and to put bigger emphasis in the weaknesses and to improve the strengths somehow, this was achieved with the help of the patients and officials of the institution.

After the field research, we proceeded to tabulate this information, in order to obtain results that allow us to propose and develop our research, these results being the basis for the development of different stages of our work, and consent to increase intervention alternatives properly tested and scientifically sound basis it will help improve the quality of life of the inpatient. The research was carried out at 100% of the patients and conducted interviews with all personnel involved in the recovery process and working in this institution, allowing us to know the causes that affect the successful development and activities of the Centre.

Model was used a second operation in which one works the first signs of health problems that are appearing in person. In the field of addiction, is to stop drug use in the addict, by appropriate treatment. Includes forms of action aimed at preventing the development of the problem once it appears. Involves early diagnosis and assistance to prevent chronicity and sequelae of the disease itself.

Tertiary intervention works when the pathological lesions are irreversible and the disease is established. His goal is to return the affected individual to a useful place in society and use performance capabilities. Rehabilitation includes physical, psychological and social. The success of it depends on adequate resources within the family institution, hospital, industrial and community. Is mainly focused on the rehabilitation of individuals who already have individual dysfunction and / or social emphasis on multidisciplinary work, relapse prevention and social reintegration applying the corresponding treatment in each case, the work also raises not only the patient but also with the family and the couple who are key to their recovery and prevent relapse, raised from the integrative model of intervention which aims to help the same patient and harmonize the contents of their states of ego defense mechanisms reduce, eliminate the script of life and reconnect fully with the world, with the integration of different theories and effective psychotherapeutic approaches developed by the major tendencies in psychotherapy to achieve integration of the personality and therefore return to society a human being recovered the tools necessary to achieve optimum life and in complete sobriety and useful to society.

INTRODUCCIÓN

Las adicciones, son un problema muy serio en hombres y mujeres de diferentes edades y condiciones sociales, el CONSEP* señala que en el Ecuador la edad del primer consumo de alcohol es de 13.6 años, por otro lado el consumo de drogas ilícitas es de 13. 4 años para los inhalantes y 14.4 para la cocaína. La mayor parte de países en el mundo están tomando conciencia comunitaria y evidenciándose cómo las adiciones están impactando nuestra sociedad, nuestras familias y a las personas que las padecen. Las diversas manifestaciones del desorden adictivo tales como adicción a drogas ilegales, alcohol, nicotina, medicamentos, sexo, relaciones, codependencia, juego, internet, comida, están siendo atendidos y tratados con mayor importancia en las diferentes sociedades a nivel del mundo, con la creación de instituciones y organismos que regulan tanto los proyectos de investigación en este tema así como a los centros que se dedican al tratamiento para mejorar la calidad de vida de las personas.

En nuestro país, en las ciudades principales ya se observan centros estructurados, con personal calificado para ejecutar los diferentes tratamientos que están rindiendo sus frutos tanto a nivel social como económico, además están prestando sus servicios a la comunidad. En la provincia de Loja, podemos observar la existencia de algunas entidades de apoyo y rehabilitación, las cuales ya están autorizados por el CONSEP, para su funcionamiento, a pesar de esto, considerando que no abastecen la demanda que existe y que ésta siempre va en aumento, debido; ya sea, por problemas sociales o de diferente índole, por lo cual es pertinente apoyar en la restructuración y creación de centros especializados para lograr erradicar estas enfermedades, que no permiten a futuro avanzar a las familias y por ende a la sociedad de nuestra provincia.

Los centros hospitalarios de recuperación, fueron creados con el fin de prestar la atención más adecuada a las características personales de cada usuario.

Visto el diagnóstico y el grado de adicción, se fija un proceso terapéutico específico que se aplica y se revisa periódicamente para adaptarlo a las nuevas situaciones. La intervención secundaria y terciaria permite la adecuada recuperación y reinserción social, laboral y familiar.

*CONSEP: Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas

En nuestro medio es fácil evidenciar que la mayor cantidad de pacientes con problemas de adicción, se sitúa en el alcoholismo, pudiendo certificar lo expuesto con el trabajo de campo ya que de 27 pacientes encuestados todos son adictos al alcohol. Para tratar este tipo de enfermedad, existen técnicas desarrolladas por diferentes profesionales los cuales están dando resultados excelentes y efectivos en la recuperación de los pacientes, por lo cual a largo de nuestro trabajo investigativo hemos podido proponer uno de los métodos de intervención mas eficientes conocido.

La Psicoterapia Integrativa ha desarrollado como resultado un conjunto de instrumentos y técnicas psicoterapéuticas en las que prima el proceso de reconocimiento de los signos verbales y no verbales del paciente, en esta modalidad de tratamiento se busca ayudar al paciente y armonizar los contenidos de sus estados del Ego, disminuir los mecanismos de defensa, eliminar el guión de vida y volver a conectar plenamente con el mundo, en segundo lugar la integración de teorías, aunando los abordajes psicoterapéuticos efectivos, desarrollados por las más importantes corrientes psicoterapéuticas. Nuestro trabajo de investigación fue desarrollado en el centro Terapéutico Posada Solidaria Municipal ubicado en el sector de Lavanda en la ciudad de Loja, es una Institución que brinda un sistema de rescate, hospedaje y asistencia higiénica, alimentaria y médica. Este Centro coordinado técnicamente por el CASMUL* sirve como eje de atención especializada a los adictos y pretende retomar los programas de terapia ocupacional. El equipo técnico tiene una composición multidisciplinaria y esta conformado por médico, trabajadora social, psicólogo rehabilitador, terapista vivencial. Los usuarios a los que va dirigido el programa de intervención secundaria y terciaria son la sociedad en general, los internos de posada solidaria, sus familiares quien en su mayoría presenta un acentuado consumo de alcohol y drogodependencia.

El punto de encuentro es la inquietud de buscar formas alternativas de intervención, basadas en un trabajo multidisciplinario y en donde el trabajo de la psicología clínica, y distintas formaciones psicoterapéuticas desde el modelo de intervención integrativa, técnicas cognitivo conductuales o la psicodinámica confluyan en una tarea común y desarrollen un formato de intervención en adicciones donde los enfoques teóricos sirvan para aportar herramientas terapéuticas eficaces del momento y de la situación.

*CASMUL: Centro de Apoyo Social Municipal

El tipo de ayuda que se realiza en esta entidad terapéutica es familiar, grupal e individual respectivamente; habiendo en este sentido limitantes que hemos podido observar, siendo estas una motivación para programar una reestructuración en la función e intervención terapéutica y social mediante un trabajo interdisciplinario para lograr eficiencia y efectividad en los tratamientos.

Para que los procedimientos, método y terapias den los resultados esperados, es importante que el ambiente administrativo y técnico este perfectamente estructurado dentro de las instituciones de recuperación de adiciones, para esto existe instituciones de control que regulan, auditan, proporcionando lineamientos que permitan un mejor funcionamiento de los centros evitando así situaciones o intereses que desvíen los principales objetivos de los mismos, por tales motivos es importante incorporar a nuestro trabajo una propuesta de funciones que deben cumplir el personal técnico del centro en estudio, y enfatizar en lo posible que los profesionales deberán realizar las funciones que mas se apeguen a su perfil profesional.

Finalmente este trabajo será propuesto ante las autoridades del centro Terapéutico Posada Solidaria Municipal, con la finalidad de poder llegar a su aplicación, tratando en lo posible de que se cumpla con lo descrito e investigado en este trabajo.

REVISIÓN LITERARIA

PREVENCIÓN SECUNDARIA

La prevención secundaria, por otra parte, es ponerle remedio a los primeros síntomas de un problema de salud que van apareciendo en la persona. En el campo de la adicción, es detener el consumo de la droga en la persona adicta, mediante una intervención secundaria.

Incluye formas de acción que apuntan a evitar el desarrollo del problema una vez que aparece. Implica el diagnóstico precoz y la asistencia para evitar la cronicidad y secuelas propias de la enfermedad.

La prevención secundaria, la cual propone reducir el número de personas que consume drogas, delimita un campo de trabajo dentro del cual la clasificación de la O.M.S. integra daño somático e incluye la alteración del juicio o la conducta (en estos casos se establece como condición para considerarlo consumo perjudicial, la persistencia o presencia reiterada de tales síntomas).
Este campo de prevención se encuentra condicionado a la representación de salud y enfermedad que tiene una comunidad en estos tópicos, y que excluye comportamientos que no estén involucrados en estados de necesidad, pero que implican el deterioro personal y social.[1]

Definición de adicción

La adicción es el abuso de sustancias y más bien abuso compulsivo, que afectan el estado de ánimo y la conciencia del individuo. Una persona con una adicción a substancias que alteran su percepción es una persona enferma, reconocida como tal por la O.M.S. y las más recientes investigaciones y descubrimientos médicos confirman esta posición.

Conductas adictivas

El progresivo y beneficioso interés que la psiquiatría y la psicología están mostrando en los últimos años por las drogodependencias, unido a los

espectaculares avances de neurociencias, ha permitido delimitar nexos psicológicos y neurobiológicos comunes entre los trastornos por abuso y dependencia de sustancias químicas y un heterogéneo grupo de conductas patológicas altamente

[1] http://www.drogaconsulta.com.ar/marcos-prevencion.htm

destructivas para el individuo que las padece-ludopatías, sexo compulsivo, ejercicio físico extenuante, compras sin control, búsqueda patológica de sensaciones extremas, etc. Se caracteriza por la necesidad imperiosa de ser repetidas, a pesar del evidente daño psíquico y físico que generan.

No parece descartable la posibilidad de que un paciente puede pasar de un tipo de trastorno adictivo a otro, tanto químico como comportamental, si las circunstancias personales y medio ambientales varían.

Muchos de los que consumen sustancias psicótropas no se limitan a una sola. No obstante la clasificación diagnóstica del trastorno debe hacerse, cuando sea posible de acuerdo con las sustancias (o de la clase de sustancias) consumidas mas importantes. Por ello, en caso de duda, hay que tener en cuenta la sustancia o el tipo de sustancia que causa el trastorno presente en el momento y aquella que se consume con más frecuencia, en especial cuando se trata de un consumo continuo o cotidiano.

Pensamiento adictivo

Este sistema psicopatológico forma el núcleo de la enfermedad de la adicción en su parte psicológica. Se compone de una serie de creencias, mecanismos de defensa, negación, autoengaño y otras distorsiones del pensamiento que en conjunto son conocidas como el Pensamiento Adictivo

Negación o Autoengaño cuya función es la de separar al adicto de la conciencia que las consecuencias que la adicción tienen en su vida. De esta manera se reduce la ansiedad y además se protege el sistema adictivo, estableciéndose un equilibrio enfermo, del cual el adicto se mantiene atrapado, y que además es la razón por la que el adicto insiste en volver a usar aún luego de una crisis.

- Negación: La negación simple de las situaciones negativas producto de la adicción
- Minimización: Restarle importancia o significado a los eventos relacionados con las consecuencias de la adicción.
- Racionalización: Asignar una razón lógica a algo que no la tiene o que es por naturaleza irrazonable.
- Justificación: Justificar el uso en virtud de algo que ocurrió en el pasado o por la forma en que lo tratan o por cualquier otra condición existente en la vida del adicto

- Proyección: Ver en los demás los problemas que el adicto está pasando en su propia realidad, de modo que puede culpabilizar a otros de su problema.
- Futurización: Salirse de la realidad presente y vivir en el futuro como una manera de no ponerse en contacto con su realidad presente.

Distorsiones del Pensamiento propias de la adicción, que son generadas por las creencias adictivas. La función de estas distorsiones es producir sufrimiento de modo que se justifique el uso de sustancias o conductas adictivas para "aliviar" ese dolor de manera enferma. Sumadas a la negación y el autoengaño, estas distorsiones tienden a facilitar el proceso adictivo y despegan al adicto de la realidad de su enfermedad.

- Catastrofización: Asignarle una categoría de catástrofe aún al mas leve inconveniente de la vida personal. Es una manera de auto-sabotearse el crecimiento con el fin de justificar finalmente el uso. El adicto desarrolla una visión catastrófica que lo coloca en una actitud de víctima frente al mundo.
- Mortificación: La preocupación constante ante cualquier problema hace de la vida cotidiana, una constante ansiedad y sufrimiento que se usan como justificativo para continuar el uso.
- Rigidez: Dificultad para abrir la mente y considerar otros puntos de vista. El adicto se aferra a sus percepciones con una fuerza tal, que puede hacer la comunicación muy difícil, sobre todo en el área del uso y el comportamiento adictivo.
- Control: El miedo es la emoción fundamental en la personalidad del adicto y para manejar ese miedo, que muchas veces es desproporcionado, el adicto desarrolla relaciones basadas en el control interpersonal. Esto causa dolor en las relaciones y muchas veces termina produciendo violencia.
- Pensamiento Blanco y Negro: La incapacidad para ver los grises es muchas veces un fuerte componente de la mentalidad adictiva, dificultando la comprensión mutua y animando a los juicios severos.
- Impaciencia e Intolerancia: El adicto desarrolla una intolerancia marcada por situaciones que involucra incomodidad o es y más bien actúa por impulsividad siguiendo la regla de "quiero lo que quiero, cuando lo quiero y como lo quiero"
- Soberbia y grandiosidad: La personalidad del adicto regresiona en cierta manera a la adolescencia, aflorando muchas veces conflictos no resueltos con la autoridad y, conducta de reto permanente. Esto se debe a una hipertrofia del

ego como compensación al deterioro en la autoimagen que se produce por el impacto de la adicción en la vida de la persona.

Sistema de Creencias Adictivo. Todas estas distorsiones provienen del sistema de creencias adictivo que conforman la raíz del desorden adictivo en el plano mental. Para poder recuperarse de la adicción es necesario detectar y cambiar dichas creencias adictivas.

Patrón desadaptativo de consumo de alcohol

Consiste en consumir alcohol en demasía o en situaciones inadecuadas.

Algunos alcohólicos se emborrachan muy raramente, pero carecen de capacidad de abstinencia y no consiguen dejar de beber nunca del todo. Otros se mantienen abstinentes durante días, pero no tienen capacidad de control, cada vez que beben y entonces sufren graves intoxicaciones. A veces se observa una combinación de los dos patrones.

Intoxicación.

La intoxicación suele ser un síntoma de dependencia o abuso. Otras veces, la intoxicación se produce en personas que no sufren de alcoholismo.

Si la cantidad de alcohol ingerida supera la capacidad de tolerancia se produce la intoxicación. En algunos pacientes se ha descrito cuadros de intoxicación después de ingerir cantidades de alcohol que se juzgaron insuficientes para superar la tolerancia del individuo.

Este trastorno se denomina “intoxicación alcohólica idiosincrática” o “embriaguez patológica” La intoxicación puede ser episódica y auto limitada, por cese del consumo o crónica,

Aunque el alcohol se considera un depresor del sistema nervioso central, al principio de la intoxicación se observa una activación del comportamiento. Si la ingesta continúa, se produce, en primer lugar, agresividad y posteriormente, sedación e incluso la muerte (CIE 10)

Diagnóstico del alcoholismo

El diagnóstico de alcoholismo es fundamentalmente clínico, ninguna prueba de laboratorio puede sustituir al juicio clínico lo más importante para el diagnóstico es una buena historia clínica, recogiendo todos los datos pertinentes. Es esencial preguntar por el consumo de alcohol a todos los pacientes, siempre con tacto, sin adoptar un tono moralista, de modo que el paciente entienda que no le estamos juzgando sino preguntándole por temas de salud. Hay que comenzar preguntando por hábitos socialmente bien vistos (beber vino en las comidas) y continuar indagando el posible consumo en otros momentos del día (aperitivos, licores ”digestivos”); en todos los casos hay que dejar para el final la pregunta sobre la ingesta de alcohol poco después de levantarse: probablemente avergüence al paciente porque represente un dato prácticamente inequívoco de dependencia (bebe para evitar síntomas de abstinencia).

Una vez recogida la información relevante, hay que distinguir entre bebedor moderado, consumo de riesgo, consumo perjudicial y alcoholismo. Se llama bebedor moderado a aquel cuyo consumo es inferior al considerado “de riesgo” (<40 g/día para los hombres y < 24 g/ para las mujeres). Cantidades mayores de las referidas que no han provocado problemas se denominan consumo de riesgo.

Consumo perjudicial significa problemas físicos o psíquicos relacionados con el consumo de alcohol, independientemente de la cantidad ingerida. El término del *alcoholismo* debe emplearse como sinónimo de dependencia, no en las otras tres situaciones mencionadas: su diagnóstico se basa no tanto en la cantidad consumida como en la presencia de tolerancia, abstinencia, y otros problemas, que constituyen los criterios diagnósticos de alcoholismo establecidos en las clasificaciones más utilizadas.

Una arma muy útil en la detección del alcoholismo es el empleo de cuestionarios, los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades, test y aplicación de reactivos que complementen el diagnostico.

Criterios diagnósticos.

Los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición (CIE-10) son breves y sencillos, con una versión clínica corta y de fácil manejo.

Así, define el alcoholismo como la presencia de tres o más de los siguientes criterios:

Tolerancia(necesidad de ingerir cantidades crecientes para conseguir intoxicación o bien disminución del efecto conseguido con la misma cantidad), síntomas de abstinencia (temblor en las manos, insomnio, nauseas y vómitos, alucinaciones, ansiedad…), disminución de la capacidad de controlar lo que bebe, abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, seguir bebiendo a pesar de las consecuencias perjudiciales y deseo intenso o vivencia de una compulsión (necesidad imperiosa que el sujeto no puede controlar) a beber. La CIE-10 también define el consumo perjudicial de alcohol como una forma de consumo que, aun no cumpliendo criterios de dependencia, está afectando ya la salud física y mental (no se consideran las intoxicaciones agudas ni las resacas como suficiente evidencia por si mismas de daño para la salud).

Criterios diagnósticos de dependencia de la cie-10

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ta edición (DSM-IV), realizado por la Asociación Americana de Psiquiatría, propone unos criterios muy similares para la dependencia, pero no recoge el diagnóstico de consumo perjudicial, incluyen incumplimiento de obligaciones laborales, escolares o domésticas por consumir alcohol, problemas legales, interpersonales y sociales repetidos relacionados con el consumo y que éste tenga lugar en situaciones en las que pueda ser peligroso, como conducir bajo los efectos del alcohol.

F1X2 Síndrome de dependencia. CIE-10

Se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comporta mental y cognoscitiva en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo(a menudo fuerte y a veces es insuperable) de ingerir sustancias psicótropas (aún cuando hayan sido prescritas por un médico) alcohol o tabaco. La realidad en el consumo de una sustancia después de un periodo de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

Pautas para el diagnóstico.

El diagnostico de dependencia solo debe hacerse si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.

b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.

c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia, cuando el consumo de las sustancias se reduzca o cese, cuando se confirme por: El síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.-

d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de las sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia.

e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.

f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimos depresivos, consecutivos a periodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia. Debe investigarse a fondo si la persona que consume la sustancia es consciente, o puede llegar ha serlo de la naturaleza y gravedad de los perjuicios.

También se ha descrito como una característica esencial la reducción progresiva de las distintas formas de consumo de la sustancia o alcohol (por ejemplo tendencia a ingerir bebidas alcohólicas entre semana y los fines de semana al margen de las normas sociales aceptadas por un consumo adecuado de alcohol).

Una característica esencial del síndrome de dependencia es que debe estar presentes el consumo de una sustancia o el deseo de consumirlo, La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia.

Incluye: Alcoholismo crónico

Dipsomanía

Adicción a fármacos

El diagnostico de síndrome de dependencia se puede especificar con los siguientes códigos de cinco caracteres:

F1 x.20 En la actualidad en abstinencia.

F1x.21 En la actualidad en abstinencia en un medio protegido (hospital, comunidad terapéutica, prisión, etc.)

F1x.22 En la actualidad en un régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisada (por ejemplo, con metadona, con chicles o parches de nicotina) (dependencia controlada)

F1x.23 En la actualidad en abstinencia con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes por ejemplo disulfiran o naltrexona)

F1x.24 Con consumo actual de la sustancia (dependencia activa)

F1x.25 Con consumo continúo.

F1x.26 Con consumo episódico (dipsomanía)

F1x.3 Síndrome de abstinencia.

Se denomina síndrome de abstinencia al conjunto de signos y síntomas que aparecen al dejar de consumir una droga de la que el sujeto es dependiente.

Se describe el síndrome de abstinencia agudo, el síndrome de abstinencia tardío y el síndrome de abstinencia condicionando.

El síndrome de abstinencia agudo es un conjunto de signos y síntomas orgánicos y psíquicos que aparecen inmediatamente después de interrumpir el consumo e una sustancia psicoactiva de la que sujeto es dependiente. Cada grupo de sustancias psicoactivas produce un característico síndrome de abstinencia agudo fácilmente diferenciable de los dos restantes. La intensidad y gravedad de este síndrome depende del tipo y de la cantidad de sustancia habitualmente consumida. Si bien los síndromes de abstinencia agudos producidos por el alcohol y los barbitúricos son extremadamente peligroso debido a las regulaciones orgánicas que genera, el síndrome de abstinencia agudo inducido por los opiáceos, a pesar de ser muy espectacular, no acostumbra poner en peligro la vida del paciente, distinguiéndose claramente un componente orgánico no controlable y un componente psicológico fácilmente modificable.

El síndrome de abstinencia aguda dura normalmente de 4 a 12 días y da paso al síndrome de abstinencia tardío.

El síndrome de abstinencia tardío puede describirse como un conjunto de desregulaciones del sistema nervioso neurovegetativo y de las funciones psíquicas básicas, que persisten largo periodo de tiempo, meses o años, después de conseguir la abstinencia. Este cuadro causa múltiples trastornos psíquicos y físicos al paciente, le dificulta enormemente el desarrollo de una vida saludable y autónoma, y contribuye a precipitar los procesos de recaída en los hábitos tóxicos.

El síndrome de abstinencia tóxico. Acostumbra a crear un gran desconcierto en el paciente, provocándole cuadros de gran ansiedad y miedo que puede propiciar un nuevo consumo de tóxico como forma de evitar la situación displacentera en que se encuentra.

Pautas para el diagnostico.

Se trata de un conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de la sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia del síndrome de dependencia por lo cual este diagnostico también debe ser tomado en consideración.

El diagnostico de síndrome de abstinencia debe tener prioridad si es el motivo de la consulta y si tiene una gravedad suficiente como para requerir a si mismo atención médica.

Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (por ejemplo ansiedad, depresión o trastornos del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es característico que los enfermos cuenten que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelve a consumir la sustancia.

Es necesario recordar que los síntomas del síndrome de abstinencia pueden inducirse por estímulos condicionados o aprendidos aún en la ausencia de un uso

previo inmediato de la sustancia en estos casos el diagnostico de síndrome de abstinencia solo se hará si lo requiere su gravedad.

Diagnostico diferencial.

Hay que tener en cuenta que muchos síntomas del síndrome de abstinencia pueden ser consecuencia de otros trastornos psiquiátricos, por ejemplo de trastornos de ansiedad o depresión. La simple "resaca" o un temblor de otra etiología no deben confundirse con los síntomas de un síndrome de abstinencia.

El diagnostico de síndrome de abstinencia puede concentrarse más como un quinto carácter F1x.30 no complicado.

F1x.31 con convulsiones.

F1x.4 síndrome de abstinencia con delirium.

Se trata de un trastorno en el que un síndrome de abstinencia se complica con un delirium.

Codificar aquí el delirium tremens inducido por alcohol. Es un estado toxico – confucional acompañado de trastornos somáticos, de corta duración y que a veces pone en peligro la vida suele ser consecuencia de la abstinencia absoluta o relativa de alcohol en personas con una grave dependencia y con largos antecedentes de consumo de alcohol, aunque puede ser provocado por otros factores (traumatismos o infecciones). En algunos casos se presenta durante episodios de consumo muy elevado de alcohol, en este caso debe codificarse aquí.

Los síntomas prodrómicos típicos son insomnio, temblores y miedo. A veces el comienzo esta precedido por convulsiones de abstinencia. La triada clásica de síntomas consiste obnubilación de la conciencia y estado confucional, alucinaciones e ilusiones vividas en cualquier modalidad sensorial y temblor intenso. Pueden aparecer también ideas delirantes, agitación, insomnio, inversión del ciclo, sueño-vigilia y síntomas de exaltación del sistema nervioso vegetativo

El diagnostico de síndrome de abstinencia con delirium puede concentrarse más con cinco caracteres:

F1x.40 Sin convulsiones

F1x.41 Con convulsiones

F1x.5 Trastorno psicótico.[2]

[2] CI 10 Pág. 104-105-106

Cuestionarios

Los cuestionarios o test consisten en un número variable de preguntas, según la respuesta se asigna una puntuación prefijada, de modo que el resultado del cuestionario es la suma de las puntuaciones de todas las preguntas. Para hallar el *punto de corte,* es decir el valor de la suma que indica la existencia del problema tratado por el cuestionario, es necesario pasar el test a un gran número de personas y cotejar sus resultados con otros métodos diagnósticos bien establecidos (proceso conocido como validación). De esta forma se obtiene no solo el valor del punto de corte, sino también otros datos valiosos como la sensibilidad y especificidad de la prueba. Además, hay tener en cuenta que muchos cuestionarios están creados en lenguas distintas de la castellana, por lo que es preciso validar una traducción adecuada antes de que este cuestionario pueda ser empleado como herramienta eficaz de detección. Otro dato importante a tener en cuenta cuando se emplean cuestionarios auto-aplicados (aquellos que el paciente contesta solo) es averiguar con tacto si el individuo sabe leer antes de entregarle el test. Si no es así, se introduce un factor de confusión: por ejemplo, si alguien de su familia le lee las preguntas el sujeto puede mentir acerca del problema porque le avergüenza reconocerlo. Así mismo es importante valorar el grado de veracidad de las respuestas del paciente, el cuestionario puede arrojar fácilmente falsos negativos en caso de que el paciente mienta o minimice su consumo de alcohol, pero también falsos positivos cuando el individuo entiende mal o tiene problemas de memoria, por ejemplo. Una puntuación por debajo del punto de corte nunca puede anular una alta sospecha clínica.

Los cuestionarios son útiles como herramientas de detección, para cribar a un gran número de sujetos. Sin embargo, no son diagnósticos en si mismo y no pueden sustituir al diagnóstico clínico. Aquellos individuos que puntúen por encima del punto de corte requieren entrevistas clínicas más extensas y detalladas para recoger los datos relevantes a los criterios diagnósticos anteriormente explicados.

Existen muchos cuestionarios de detección del alcoholismo. Aunque sólo algunos están validados en España. En este capítulo solo nos referimos a dos de ellos, el CAGE y el AUDIT, que es a nuestro juicio son los más apropiados para su empleo.

CAGE.

Su nombre corresponde a las siglas (en inglés) de las palabras claves de las cuatro preguntas que lo forman (Cut, Annoyed, Guilty and Eye-opener): se recomienda que

éstas sean incluidas en una entrevista más extensa, pues el tipo de preguntas puede inducir al entrevistado a no responder o a mentir. Fue creado en 1970 para la detección de alcoholismo y es probablemente el más conocido en nuestro medio.

Sus ventajas son la rapidez (< 1 minuto), bajo coste y que no requiere personal cualificado, junto con una alta sensibilidad (65-100%) y especificidad (88.100%). Aunque su mayor inconveniente es su alto número de falsos positivos. Resulta muy valioso como aproximación diagnostica al problema de alcoholismo. (Ver anexo1)

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Es un cuestionario auto-aplicado que consta de diez preguntas (ver anexo 2), creado conjuntamente por investigadores de seis países con distintas características culturales a instancias de la Organización Mundial de la Salud. Está diseñado para la detección precoz de consumo de riesgo (>4 U/día para varones; >2,4 U/día para mujeres. 1 Unidad = 10 g de alcohol puro) y consumo perjudicial. Sus principales ventajas son la brevedad (1-2 minutos), sencillez y alta sensibilidad (80%) y especificidad (90%)

Las respuestas se puntúan de 0 a 4 para cada pregunta. El punto de corte para detección de problemas relacionados con el alcohol es de 8; una puntuación mayor de 20 indica dependencia.

Su diseño, orientado hacia la detección precoz de problemas relacionados con el alcohol, y sus características de brevedad y sencillez hacen que el AUDIT sea probablemente el cuestionario más útil en la práctica clínica.[3]

Los anexos 1,2 y 3 incluyen instrumentos de evaluación frecuentemente utilizados en este campo.

Drogodependencia.

Existen múltiples definiciones del término drogodependencia, siendo una de las primeras la formulada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1964. Estado psíquico y a veces físico , resultante de la interacción de un organismo vivo y una droga, caracterizado por un conjunto de respuestas comporta mentales que incluyen la compulsión a consumir la sustancia de forma continuada con el fin de experimentar sus efectos psíquicos o en ocasiones de aliviar la sensación

[3] Mario Martínez Ruiz y Gabriel Rubio Valladolid, 2002 pg. 78-79-80

desagradable que su falta ocasiona. Los fenómenos de tolerancia pueden estar o no presentes. Un individuo puede ser dependiente de más de una droga.

En 1981, la misma OMS completa esta definición indicando que debe contemplarse la dependencia como un conjunto de fenómenos cognitivos, comporta mentales y fisiológicos que exigen la utilización de una serie de criterios de referencia para su delimitación y diagnostico incluye entre estos criterios la evidencia subjetiva de conductas compulsivas dirigidas a consumir la droga o drogas, mientras se hace intentos de interrumpir o moderar su uso, el deseo de cesar el consumo: la presencia de conductas de administración muy estereotipadas: la evidencia de neuroadaptación con fenómenos de de tolerancia y abstinencia: el predominio de las conductas tendentes a la búsqueda de droga por encima de otras necesidades más prioritarias y finalmente una gran facilidad para la reinstauración del consumo compulsivo después de un periodo de abstinencia.

El abuso de sustancias psicoactivas se lo considera cuando no se llegue a cumplir los criterios de dependencia para el diagnostico se requiere que el consumo de la sustancia haya sido efectuado repetidamente durante el periodo de doce meses, un modelo des adaptativo de uso de sustancias psicoactivas vendría definido por el consumo continuado de alguna de ellas a pesar de que el individuo sabe que le producen consecuencias físicas, psicológicas o sociales que pueden ser consideradas como dañinas o bien cuando su uso repetitivo implique riesgos físicos importantes.

Los trastornos por uso de múltiples sustancias psicoactivas el DSM-IV lo define como el consumo repetido durante un periodo de seis meses, de un mínimo de tres sustancias psicoactivas-excluyendo nicotina y cafeína-sin que el uso de ninguna de ellas predomine sobre las demás. Se exige que se cumplan los criterios para efectuar el diagnóstico de dependencia considerando el conjunto de todas las sustancias consumidas por el individuo como un grupo y sin que este diagnóstico pueda hacerse pueda hacerse para ninguna de ellas en particular.

Tolerancia.

Proceso farmacolocinético y farmacodinámico que obliga a aumentar progresivamente la cantidad de sustancia consumida con el fin de conseguir un determinado efecto psicoactivo.

El término tolerancia cruzada, como la que se desarrolla entre alcohol y los barbitúricos, describe la disminución del efecto de una determinada dosis de sustancia psicoactiva como consecuencia del consumo continuado de otra distinta.[4]

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

La Psicoterapia Integrativa ha venido siendo desarrollada a lo largo de las tres últimas décadas como un nuevo y potente instrumento de tratamiento psicoterapéutico.

Inicialmente fue desarrollada por Richard G. Erskine, Rebecca Trautmann y Janet Moursund en el Institute for Integrative Psychotherapy en New York City. En la actualidad existe la International Association for Integrative Psychotherapy de ámbito internacional y en Europa existe la European Association for Integrative Psychotherapy.

El aspecto integrativo de esta corriente psicoterapéutica se refiere en primer lugar al proceso de integración de la personalidad. En esta modalidad de tratamiento se busca ayudar al cliente a asimilar y armonizar los contenidos de sus estados del Ego, disminuir los mecanismos de defensa, eliminar el guión de vida y volver a conectar plenamente con el mundo. En definitiva, se busca reconectar con los aspectos no integrados de la personalidad. El proceso de integración personal aumenta la capacidad personal para contactar con uno mismo, con los demás y con el mundo.

En segundo lugar el aspecto integrativo de esta corriente se refiere a la integración de teorías, aunando los abordajes psicoterapéuticos afectivos, cognitivos, conductuales, fisiológicos y sistémicos. Los conceptos teóricos son utilizados dentro de una perspectiva del desarrollo evolutivo según la cual cada etapa de la vida presenta tareas madurativas cruciales, crisis, y oportunidades para nuevos aprendizajes.

La Psicoterapia Integrativa tiene en cuenta muchos puntos de vista del funcionamiento humano desarrollados por las más importantes corrientes psicoterapéuticas: Análisis Transaccional, Psicoanálisis del Self, Teoría de las Relaciones Objetables, Terapia Centrada en el Cliente, Tratamiento Conductual, Terapia familiar, Terapia Gestalt, Bioenergética, etc. Cada una de estas teorías suministra una explicación válida de la conducta, y cada una de ellas se ve potenciada cuando se integra con las otras. La Psicoterapia Integrativa ha

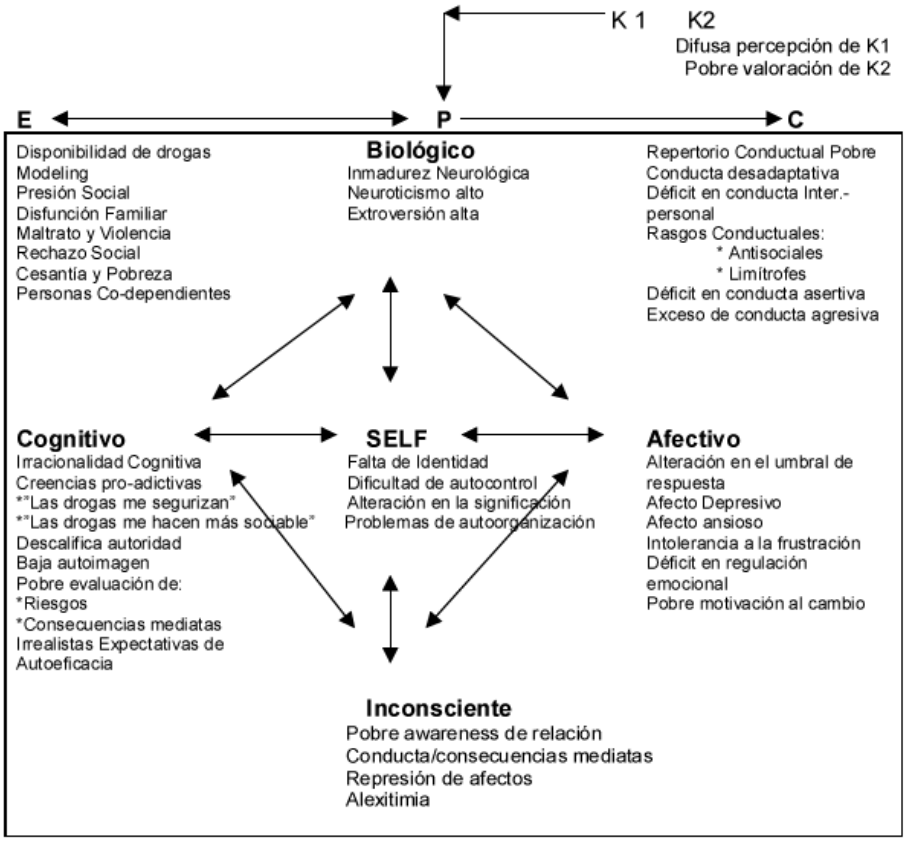
[4] Introducción a la psicopatología y psiquiatría pág. 653

desarrollado como resultado un conjunto de instrumentos y técnicas psicoterapéuticas en las que prima el proceso de reconocimiento de los signos verbales y no verbales del paciente, el proceso de sintonía con su estado interno en el tratamiento y la implicación y presencia del terapeuta en el proceso. [5]

Etiología de los trastornos adictivos desde la perspectiva del modelo integrativo supraparadigmático

Gráfico # 1

Consecuencias inmediatas positivas: Relax; intensidad afectiva; energización



Fuente: Psicoterapia integrativa en trastornos adictivos

Autor: Dr. Humberto Guajardo

La motivación para el cambio.

Los esfuerzos que se realizan para analizar el tratamiento de las adicciones son incompletos sino se considera el tema de la motivación. Miller y Rollinik (1991) se centraron en este tema, explicando que muchos adictos tienen pensamientos auténticamente contradictorias acerca se cambias (antes de ejercer poca resistencia, tener poca voluntad o problemas de carácter. Los autores consideran la motivación

[5] *International Integrative Psychotherapy Association*

como un estado de predisposición o anhelo apremiante de cambiar que fluctuaría de un momento a otro y de una situación a otra.

Pochaska y DiClemente Y Norcross (1992) han proporcionado un modelo exhaustivo para la conceptualización de la motivación de los pacientes para cambiar. En su trabajo Prochaska y otros (1992) han identificado cinco estadios de cambio, pre contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

Pre contemplación los individuos están menos implicados en superar sus problemas y están menos motivados a cambiar sus conductas problemáticas. En el estadio de contemplación, los individuos desean examinar los problemas asociados con su abuso de sustancias y tienen en consideración las implicaciones del cambio, aunque no hagan aún ninguna acción constructiva para ello. También existe mayor probabilidad de que respondan más positivamente a enfrentarse con los problemas y la educación, aunque todavía estarán ambivalentes.

En el estadio de preparación a los pacientes les gustaría hacer cambios reales y por tanto desean ayuda para sus problemas, aunque se sientan perdidos a saber lo que es necesario para poder estar al margen de la droga.

En el estadio de acción. Los individuos han tomado un compromiso para cambiar y han empezado ya ha modificar sus conductas. Prochaska y otros 1992) hay señalado que este es un estado especialmente estresante, que requiere de bastante apoyo y aliento terapéutico.

En el estadio de mantenimiento, los individuos intentan continuar el proceso que ya han empezado en los estadios de contemplación y acción. En los últimos años, durante los que se ha puesto mucho énfasis en la prevención de las recaídas, el estadio de mantenimiento ha recibido una atención especial.

Recaída. Una recaída ocurre cuando las estrategias de estabilización y mantenimiento de la abstinencia fallan. En este sentido, una recaída puede producirse, pues, tanto en el estadio de acción como en el de mantenimiento provocando una vuelta a los estadios previos frecuentemente al de contemplación, o al de preparación, y en el peor de los casos al de pre contemplación.

Finalización. Este estadio implicaría la total extinción de la conducta adictiva y que el mantenimiento del nuevo patrón conductual no supusiera ningún esfuerzo significativo “extra” de tiempo.

El procedimiento terapéutico

1. Orientación general, consiste en aprender a identificar y manejar las situaciones problema, al mismo tiempo que a inhibir la tendencia a actuar impulsivamente. Su idea fundamental consiste en detener la cadena conductual que comporta la respuesta impulsiva y casi automática cuando el individuo se enfrenta a un problema provocador de un estado emocional negativo.

2. Definición y formulación del problema en términos de conducta.

3. Generación del mayor número posible de alternativas de respuesta frente a una situación definida anteriormente.

4. Toma de decisiones. Comporta la elección de aquella alternativa más útil entre las generadas teniendo en cuenta las consecuencias individuales y sociales a corto, medio y largo plazo.

5. Verificación. Se constata la eficacia de la alternativa una vez aplicada y adopta como estrategia general para situaciones similares.

Mas tarde D'Zurilla y Nezu (1987) reformulan dos de estas etapas y a la primera añaden un nuevo elemento el de "control percibido" según el cual el individuo tiene la creencia de que es capaz de solucionar un problema dado de forma eficaz.

Hay algunos estudios que indican su eficacia en la aplicación a trastornos clínicos pero siempre combinados con otras técnicas. Así Mariatt (1979) aplico con éxito un tratamiento multimodal en adicciones a drogas y alcohol en el que la solución de problemas era un elemento potencial eficaz.[6]

Técnicas utilizadas en terapia integrativa

Psicoterapia individual

En la psicoterapia individual un terapeuta establece un contacto profesional con un paciente y lleva a cabo intervenciones terapéuticas verbales y no verbales con el objetivo de aliviar el malestar psicológico, cambiar el comportamiento o estimular el crecimiento y el desarrollo de la personalidad.

[6] Introducción a la psicopatología y psiquiatría pág. 750

La primera entrevista y el establecimiento de la primera relación terapéutica.

Independientemente del esquema que guie nuestra intervención en la recolección de información o elaboración de la historia clínica, debemos clarificar en primer término el tipo de contacto que se está estableciendo. Bien puede tratarse de todo un proceso terapéutico o puede ser simplemente una entrevista de consulta. En la primera o primeras entrevistas, no directivas preferentemente, en las que recoge información pertinente y se establecen deducciones diagnosticas, se emplean recursos terapéuticos, que sin constituirse sistemáticamente en proceso, sirven para disminuir o atenuar los síntomas y para establecer una relación terapéutica apropiada.

Establecimiento del rapport.

La necesidad de establecer rapport durante la entrevista es un punto sobre el cual nadie discute, implica una cualidad, un entendimiento mutuo, un respeto y un interés sostenido que deberá comunicarse desde el primer contacto hasta el último. El rapport se forma en base al interés demostrado por el terapeuta, a la capacidad de respuesta emocional que poseen paciente y terapeuta y a la actitud amistosa que implica una delicada relación humana.

Esta condición de confianza, tranquilidad, comodidad, solidaridad y libertad en la que debe sentirse el paciente es establecida por el terapeuta. La actitud del terapeuta debe ser permisiva, comprensiva, respetuosa, cordial y de aceptación. Se expresará tanto las comunicaciones verbales como las no verbales, cuidándose en detalles que ocasionalmente pasan desapercibidos en la gesticulación posturas, atención brindada, signos de intranquilidad.

Algunas de las tácticas que se emplean al inicio de la relación constituyen la conversación sobre temas diferentes, la recolección de datos informativos que suelen ser fáciles en sus respuestas, la cordialidad con que se recibe al paciente, la evitación de esperas largas, el tono de voz amable del terapeuta.

Aproximación diagnostica

Indudablemente la primera entrevista cumple con este propósito. Seria deseable inclusive que se pueda delinear en este primer contacto un esbozo de la historia clínica psicológica; esto sin embargo, no siempre es posible ni conveniente. El interrogatorio rígido o inquisidor, cumple si con fines investigativos, pero puede ser observables.

No obstante, el individuo afectado regularmente orienta su exposición hacia el tema que considera central de su problemática aunque no lo haga en la forma más sistematizada y busque en ocasiones hacer historias innecesarias remontadas a etapas muy tempranas de su vida. Por esta circunstancia, la recolección de información debe conducirse de tal manera que cumpla con algunos objetivos fundamentales en este trabajo.

- Diagnostico Clínico y etiopatogénico. A través de una búsqueda selectiva que exija un trabajo analítico –sintético del terapeuta y que atienda a los síntomas principales, a la estructura del grupo familiar, a las formas adaptativas del sujeto, estructura del grupo familiar, a las formas adaptativas del sujeto en una evolución evolutiva y a los aspectos interacciónales de la entrevista. Inclusive este trabajo se puede condensar en una interpretación panorámica inicial", o en una recapitulación introductoria que mejore la jerarquía del especialista.

- Diagnostico de la personalidad, actitudes y motivaciones para el tratamiento. La apreciación panorámica de la estructura de la personalidad del paciente en la primera entrevista, vislumbra las estrategias del contacto y las posibilidades terapéuticas del caso. Entre los aspectos que se tendrán en cuenta señalaremos el reconocimiento del carácter psicógeno de sus trastornos, la capacidad de introspección, la disposición para trasmitir la información honestamente, el deseo de comprenderse, la actitud de participación activa, el interés por el tratamiento, la flexibilidad y la disposición al esfuerzo.

- Diagnostico del entorno del paciente. Se refiere a la definición de las condiciones de la vida del paciente en lo relacionado a los factores físicos, económicos, socioculturales los cuales pueden impedir o favorecer el tratamiento. Se clarificarán de este modo todos aquellos factores patogénicos y aquellos que tengan potencial terapéutico para ser empleados como medidas adjuntas.

Estructuración y afianzamiento de la relación terapéutica.

Esta supone a una confrontación entre expectativas del paciente y del psicólogo- en ocasiones participan además los familiares para buscar reajustes y acuerdos comunes sobre el tratamiento. El terapeuta estará abierto a las posibles objeciones o racionalizaciones que presenta el enfermo en esta etapa. Luego de reforzar la alianza terapéutica se explicitará (o no) detalles que complementan el contexto; así, frecuencia, duración de las entrevistas, el paciente habrá aclarado los siguientes aspectos.

Una visión general sobre la psicoterapia como forma de tratamiento.

Los roles u conductas del paciente y terapeuta.

La presencia de fenómenos afectivos durante el trascurso de la terapia.

La formulación realista sobre las expectativas de la psicoterapia y las limitaciones de la misma.

La duración aproximada de las sesiones y del tratamiento.

Las técnicas factibles de emplearse en psicoterapia.

Planificación.

El segundo instante que, aunque no depende de la relación directa con el paciente, resulta imprescindible para evitar las improvisaciones y aplicaciones subjetivas e intuitivas.

Conduce a clarificar las metas u objetivos que se perseguirán con el paciente y estos a su vez determinaran las técnicas o procedimientos más eficaces.

Formulación etiopatogénica.

Constituye la interrelación del cuadro del paciente, con los factores desencadenantes determinantes, predisponente y mantenedores de la patología. Esta comprensión se hará con una postura objetiva para entender la causalidad y la patología del trastorno. Con la formulación etiopatogenia nos contestamos a interrogantes, ¿Cuál es el padecimiento fundamental de paciente); ¿Que factores han predispuesto y determinado la personalidad en su desarrollo personal para que surja dicho trastorno? ;¿Por qué razones y cuales causas motivaron el aparecimiento del cuadro?; ¿Que factores impiden o impedirán la restauración de su equilibrio o curación?; ¿Cómo actúa el desequilibrio de la actividad nerviosa superior en la patología?

Descripción de la personalidad.

Resulta valiosa la orientación que nos puede brindar el análisis de las manifestaciones del paciente en lo relacionado a sus funciones intelectivas y cognoscitivas, su nivel de integración, el grado de flexibilidad, la capacidad para reaccionar efectivamente ante el contacto la motivación al tratamiento, etc.

Formulación de objetivos.

Estará de acuerdo a los aspectos anteriores. El terapeuta clarificará consiente mente sus limitaciones en cuanto al tratamiento impuesto. Las metas y objetivos, que pueden ser de variada índole, conviene discutirlos con el paciente-cuando esto es factible-, a objeto de establecer las posibilidades reales que el terapeuta y la psicoterapia le ofrecen y adecuar las expectativas del paciente y de las personas que le rodean.

Los objetivos se centran usualmente en la búsqueda de alivio sintomático, modificación de rasgos de personalidad, cambio de estructuras cognitivas patológicas, apoyo emocional, adquisición de nuevas formas de conducta, resolución de conflictos.

Estos objetivos específicos concentran a su vez la actividad y el interés, en el cumplimiento de una meta común que constituye la curación del paciente.

APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

Luego de precisar las técnicas se efectivizará su aplicación y ejercicio durante el resto del proceso. Sugerimos la evolución pertinente y cuando sea factible, el seguimiento del caso que confirmara el éxito del tratamiento y evitara las recidivas del cuadro.

Durante este momento pueden darse rectificaciones, tanto en el planteamiento de objetivos como en el señalamiento de técnicas cuando el caso así lo requiera.

Muchos elementos de la relación terapéutica solamente son ostensibles al cabo de algunas sesiones por lo que el terapeuta mantendrá siempre una postura crítica, abierta y flexible ante el tratamiento. Estos pasos pueden superponerse, modificarse o suprimirse de acuerdo a múltiples contingencias.[7]

Técnicas conductuales

Cambio de actitudes.

El procedimiento más adecuado para utilizar esta técnica se basa en la persuasión que, generalmente, se realiza confrontando la actitud inadecuada del paciente para lograr una más adaptativa. El objetivo principal de la confrontación consiste en lograr

[7] Psicoterapia Lucio Balarezo pág. 22,23

que cada uno de los miembros del grupo sea más receptivo a cambio, disminuyendo el nivel de sus resistencias. Generalmente, los miembros del grupo suelen ser menos tolerantes con las actitudes negativas de sus compañeros que el terapeuta sobre todo cuando estas actitudes les recuerdan las suyas.

Instrucción.

El objetivo de la instrucción consiste en demostrar o explicar al paciente como hacer algo que necesita aprender. Esta técnica, generalmente forma parte de otras más complejas, como el ensayo conductual o el role playing, que se utilizan en los programas de entrenamiento en habilidades sociales.

En el tratamiento de las drogodependencias, la instrucción hace referencia a determinados conceptos, sugerencias y otras formas de información que son importantes para ilustrar la sesión. El terapeuta, mediante esta técnica, trata de centrar la atención de los miembros del grupo en esos aspectos relevantes, siendo esta más relevante si lo que se instruye puede practicarse dentro del grupo y obtener un feedback inmediato sobre la conducta desarrollada (por ejemplo aprender a decir no a la oferta de droga)

Aportación de información

Consiste en entregar material de forma verbal o por escrito sobre el contenido a desarrollar en ciertas sesiones. Pueden entregarse artículos divulgativos sobre determinados aspectos teóricos de las drogodependencias como, por ejemplo efectos fisiológicos y psicológicos de las distintas drogas y el papel del deseo en la recuperación de las drogodependencias.

Esta información se proporciona para que el paciente pueda aprender sus problemas y también sirve para ayudarle a corregir creencias erróneas sobre su propio proceso de recuperación.

La aplicación de esta técnica permite elaborar conceptos clave de forma resumida dentro de cada sesión y aportar sugerencias u otras formas de información necesarias para ilustrar la sesión. El terapeuta trata de centrar la tensión en estos puntos o refuerza la participación de los miembros del grupo para que elaboren alternativas exponiendo sus experiencias concretas.

Feedback diferencial

Es un término que se refiere tanto al reforzamiento diferencial de determinadas conductas dirigidas a la abstinencia y al cambio de estilo de vida como al castigo

diferencial de otras que llevan a la recaída. Para ello, el terapeuta debe definir claramente en el grupo cuales son las conductas que se van a reforzar y a castigar y, mediante un proceso de modelado dirigido por el terapeuta, los miembros del grupo aprenderán a aplicar ellos mismos el auto refuerzo y el autocastigo de forma diferencia. Por ejemplo, si un miembro del grupo habla de las tentaciones de recaída que ha experimentado durante la semana, el terapeuta, al preguntarle en la sesión que conductas concretas realizo para afrontarlas, reforzara positivamente todas aquellas que promuevan, la abstinencia, pedirá a los demás miembros del grupo que hagan lo mismo y por último entrenará al apaciente a aplicarse un auto refuerzo. En caso contrario aplicara un castigo si ha realizado conductas que propician la recaída.

El terapeuta debe estar seguro de lo que se utilice como recompensa/castigo (elogio o censura) se ha recibido por el paciente como tal.

Una aplicación práctica del feedback diferencial consiste en modelar las discusiones en el grupo, entretanto a sus miembros a planear libremente las preguntas ante un tema común de todos ellos. El terapeuta refuerza la atención puesta en la discusión, estimula la participación y la inter acción.

Ensayo de conducta.

Es un método apropiado para modelar respuestas alternativas en un proceso educativo y terapéutico con drogodependientes. Dado que es un procedimiento basado en la representación. Deben elegirse las situaciones adecuadamente. Así, cuando la terapeuta intenta que los miembros del grupo aprendan a desarrollar conductas adaptativas ante situaciones problemáticas relacionadas con el consumo de drogas, se produce la situación en la sesión y se ensayan respuestas alternativas que pueden ser eficaces para afrontar esas situaciones. Aquellos miembros del grupo que tienen mayor experiencia en afrontarlas hacen de modelo y, a continuación los que tienen mayor dificultad realizan uno o varios ensayos de conducta hasta que adquieran la habilidad necesaria para ponerla en práctica ellas mismas en su propio medio. [8]

[8] Intervención conductual grupal en drogodependencia Pág. 203*

Reestructuración cognitiva.

Bajo este título se agrupan una serie de técnicas cuyo objetivo es proporcionar a los individuos habilidades para la toma de decisiones. D'Zurilla y Goldfried (1871) diseñaron su técnica basada en un modelo cognitivo-conductual. Consiste en dotar al individuo de una gran variedad de alternativas potencialmente eficaces para afrontar situaciones problemáticas y seleccionar entre estas alternativas aquella que pueda resultar más eficaz en un momento dado. Para D'Zurilla y Golfried, la solución de problemas y la modificación de conducta son procesos similares según los cuales el individuo produce consecuencias positivas (reforzadores positivos) y evita las consecuencias negativas (castigo) adoptando una conducta eficaz.

El objetivo de este procedimiento (Goldfried y Golfried, 1975-1980) es enseñar a las personas a pensar de forma más adaptativa y lógica tiene una mayor sistematización que la T.R.E. de Ellis y se estructura en las siguientes fases.

- Proporciona al paciente una información general que le ayude a darse cuenta el importante papel de las cogniciones en la actividad emocional.
- Reconocimiento de la irracionalidad de ciertas creencias y discusión con el paciente para que encuentre pruebas convincentes que sustenten lo irracional de sus actitudes.
- Análisis de diversas situaciones ansiogenas y registro de los pensamientos no realistas provocados por dichas situaciones que determinan sus emociones des adaptativas.
- Sustitución de los pensamientos irracionales por pensamientos más adaptativos en la situaciones registradas. Ello significa romper la asociación entre la situación desencadenante y la cognición previa. El paciente va imaginando las situaciones que producen ansiedad, introduciéndolas de forma gradual, al aparecer la tensión, terapeuta y paciente reestructuran cognitivamente la experiencia.

Como puede observarse, existe gran similitud entre este procedimiento y la de sensibilización sistemática, pero en lugar de utilizar la técnica de relajación para disminuir la ansiedad, se realiza una reestructuración cognitiva. De hecho los dos métodos se utilizan a menudo combinados.[9]

[9] Introducción a la psicopatología y psiquiatría pág. 742

Terapia de habilidades de afrontamiento des stress.

Esta modalidad de terapia para el afrontamiento del estrés, inoculación de estrés, pretende desarrollar la habilidad y competencia para adaptarse a los hechos estresantes de forma para la reducción del estrés permitirá conseguir los objetivos personales. El término inoculación indica la progresiva exposición de dosis manejables de un estrés. Esta exposición gradual provoca excitación en el individuo, pero no agota su capacidad para hacerle frente. Este tipo de terapia, con ligeras variantes, fue diseñado por Metchenbaum (1977) y Novaco (1978)

El procedimiento consta de tres pasos o fases básicas.

- Preparación cognitiva que incluye una evaluación de las situaciones que provocan ira o cólera, e información por parte del terapeuta de los principios que conforman la terapia así como los correspondientes auto registros.
- Adquisición de las habilidades cognitivas a través del uso de las auto instrucciones o auto verbalizaciones y de las habilidades conductuales como la adquisición de habilidades para obtener respuestas incompatibles con la ansiedad (relajación)
- Aplicación práctica, que se lleva a cabo mediante inducciones de cólera imaginaria o realizando un ensayo de conducta. Previamente se habrá construido una jerarquía de situaciones parecidas a las que el paciente se enfrentará en su vida diaria.

La inoculación de estrés se ha aplicado como técnica preventiva y para afrontar problemas de ansiedad.

2.3.2 Modalidades terapéuticas grupales Las terapias de grupo se han desarrollado como una alternativa en la búsqueda de mayores ventajas sobre el tratamiento psicoterapéutico individual.

Sus mejores logros explican en el mayor número de pacientes atendidos con un solo terapeuta y en el manejo de las fuerzas grupales descritas en el beneficio de los logros individuales.

Muchos de los componentes grupales son irremplazables e imposibles de conseguir en el tratamiento individual. El grupo facilita el intercambio más verídico entre las personas que no son necesariamente el terapeuta, superando las limitaciones que esta relación plantea. El paciente se ubica con mayor propiedad en una realidad social y de intercambio humano, sabiéndose que es allí donde se expresa la mayoría

de los trastornos individuales. Es posible que con mayor facilidad y prontitud se exterioricen los reales componentes de personalidad y el comportamiento espontáneo del paciente Actúa en vez de referir; siente y expresa sentimientos antes que tratar de explicarlos frente al terapeuta.

Una aclaración necesaria en este aspecto es la recalcada en la terapia individual. el psicoterapeuta grupal debe ubicarse en una escuela o modalidad específica para efectivizar su que hacer . El delineamiento teórico que le brinda una orientación, respalda su actividad y guía su trabajo. No puede sustraerse de esta realidad. Por esta razón, el terapeuta grupal usualmente se acoge a la doctrina psicológica que emplea en su trabajo individual.

A continuación exponemos algunas consideraciones generales sobre las orientaciones grupales que tiene aplicación en los momentos actuales.

Terapia psicodinámica

La actividad fundamental del terapeuta se dirige en este caso hacia las reminiscencias del pasado tratando de explicar cómo aquellas experiencias influyeron en el comportamiento actual de los miembros del grupo. Como se supone que todos los individuos atraviesan por las mismas fases psicosexuales, todos ellos se someterán a las mismas experiencias infantiles aunque con una variabilidad en cuanto a las influencias derivadas del medio.

Como en esta modalidad se prefiere una selección del grupo en base a problemas o trastornos comunes, factible que las experiencias tempranas sean semejantes y consecuentemente los comportamientos actuales comparables y por lo tanto vivenciados afectivamente por el grupo.

Los elementos emocionales que surgen tanto hacia el terapeuta como hacia los demás miembros del grupo, constituyen los terrenos propicios para que se desenvuelvan tanto el proceso de insight como las reestructuraciones emocionales de los sujetos.

En esta modalidad terapéutica, como se observa de nuevo el énfasis esta en el pasado para entender los síntomas actuales, los cuales se expresan motivados por una serie de experiencias reprimidas a nivel inconsciente.

El terapeuta concentra su atención en concientizar esas experiencias utilizando primordialmente la interpretación como instrumento básico de su trabajo. Al respecto los procesos grupales tienden a facilitar el auto reconocimiento de las experiencias

individuales, de tal modo que, los pacientes aceptan cada vez más la naturaleza iterativa de sus comportamientos actuales.

En esta terapia no se asignan directrices extra consultoriales, dando su importancia al proceso de larga duración como requisito para que, cada individuo crezca evolucione y se desarrolle, antes que para buscar el alivio sintomático o la solución del problema planteado.

La frecuencia con que se atiende a los grupos puede variar ligeramente aunque se prefiere la consulta semanal. El contenido del mensaje que se acoge es aquel que asoma con un contexto simbólico desechando la expresión digital de la comunicación.

El esquema en general mantiene coherencia dentro de la escuela psicoanalítica.

Orientación existencial.

Un aspecto fundamental de diferenciación con la escuela psicodinámica es la mayor atención que se da al presente y a la resolución de los problemas actuales. También se introducen nuevas experiencias en las sesiones para estimular el trabajo y las participaciones de los integrantes del grupo.

No interesan las interpretaciones causales que se remontan al pasado del sujeto, se estimula el autoconocimiento de sus emociones y sentimientos y las formas como se interrelacionan con los demás.

En esta orientación se utiliza interpretaciones que tiende a confrontarle al individuo frente a sus problemas y a las referencias verbales de los sujetos son catalogadas como analógicas por el hincapié que ponen en el significado de las experiencias antes que los actos individuales.

Orientación conductista.

Como ya es conocido, la actividad terapéutica se basa en los principios del aprendizaje, considerando al individuo como unidad. Pone mayor interés en el presente y la modificación de las conductas observables.

Los presentes van sometiéndose a un trabajo sobre todo técnico para manejar problemas similares bajo dirección del terapeuta. Como no interesa mucho el crecimiento o desarrollo de la persona, se busca con mayor propiedad el alivio sintomático o la resolución del problema actual: Mientras que en los dos esquemas anteriores, los pacientes en los grupos se someten a una metodología estándar con

iguales procedimientos generales para todos; en esta orientación se especifican técnicas para cada problema determinado, de tal manera que la selección de pacientes es una tarea fundamental para manejar grupos homogéneos.

Terapia sistémica.

Considera al individuo y al grupo como un sistema biopsicosocial al que se puede acceder por dos vías durante el trabajo terapéutico, la entrada A constituida por las características y las actitudes y la entrada B mediante el control de la ansiedad. Ambas confluyen hacia la modificación final de las predisposiciones.

Se propone sesiones de una hora y una hora y media en un total de doce semanas y manejado simultáneamente 40 o 50 pacientes. En la primera parte de las sesiones (45 min) se emplea la técnica de la modificación de predisposiciones y luego de 10 minutos de descanso se emplea el entrenamiento autógeno seguido por hipnosis colectiva.

La primera técnica consta de 5 etapas resumidas de la siguiente manera.

Primera etapa.

En esta etapa se estructura el grupo y se van dando las iníciales indicaciones sobre el trabajo del mismo, sus responsabilidades y se informa sobre el método general poniéndolo en práctica. Se cera la motivación al tratamiento y se incrementa el autoconocimiento sobre sus características personales como causa fundamental de sus problemas.

Segunda etapa

Se va abandonado el conocimiento de las características de los pacientes hasta lograr un entendimiento integral de sus actitudes y las consecuencias que éstas tienen en la conducta. Constituye un proceso de real concientización de las características inconscientes.

Tercera etapa.

Abarca la formulación de las hipótesis acerca de las predisposiciones anormales y la comprobación de las mismas para que se torne consientes y se puedan discutir en su significado, peculiaridades y nivel de formación.

Cuarta etapa

Se dirige a la modificación de las predisposiciones inadecuadas sobrellevando las propias características que impiden un cambio por la persecución fisiológica y psicológica que contienen.

Quinta etapa

Se orienta a la consolidación y afianzamiento de las metas conseguidas y la preparación de los sujetos para su desenvolvimiento posterior en la vida diaria lo cual supone un reforzamiento permanente.

Dentro del proceso general se recomienda una gran actividad del terapeuta sobre todo en las primeras etapas, mediante comunicaciones verbales y no verbales para señalar características, estimular la participación de los miembros y precisar los aspectos que son necesarios en la estrategia general.

Se advierte la presencia de una "barrera cognoscitiva emocional "que enquista al paciente en una determinada actitud e impide tanto el auto reconocimiento de sus características como su posterior cambio. Estas barreras se expresan como predisposiciones de huida de búsqueda de apoyo y de reafirmación. El manejo que se hace de esta barrera supone recursos de generalización de los problemas individuales al colectivo, e incremento de la ansiedad hasta límites apropiados para superar esta barrera, la escenificación o dramatización de las experiencias antes que él solo relato de ellas, el enfrentamiento sorpresivo con el núcleo o esencia del problema, la dinámica grupal interna y sobre todo la dirección verbal y no verbal que otorga el terapeuta a las sesiones.

La integración al sistema terapéutico

Posición cercana.

En la que el terapeuta entra en filiación, coalición y hasta identificación con uno de los miembros de la familia a través de reconocimiento o confirmaciones.

Posición mediana

Estimulando la participación de los miembros, pero manteniéndose en el papel del de oyente activo y neutral. Generalmente se logra con técnicas de rastreo.

Posición desligada.

Es aquella en la que el terapeuta actúa como un experto, dirigiendo la creación, diseño de ambientes terapéuticos para que la familia logre los cambios esperados.

Las técnicas específicas de unión y acomodación son las siguientes:

- Mantenimiento.

Es una técnica de acomodación en la que el terapeuta respeta y mantiene la estructura de la familia a pesar de que en ocasiones no esté de acuerdo en la misma. Esta circunstancia estratégica le permite incorporarse al sistema familiar sin resistencia.

- El rastreo

Denominada también Tracking, consiste en una búsqueda que el terapeuta realiza del contenido y el proceso de las interacciones y conducta de la familia a través del facilitamiento del interrogatorio, adoptando una actitud descentralizadora del núcleo familiar.

- Mimetismo

Es un ajuste al estilo de vida familiar y a su clima afectivo- emocional adoptando, con la mayor espontaneidad posible, los comportamientos y actitudes de la familia o comportamiento y actitudes de la familia o compartiendo las experiencias con los miembros familiares

El diagnostico del sistema familiar.

Uno de los prejuicios de debemos sobrepasar en esta terapia es el criterio de que la única persona que requiere ayuda es el paciente identificado. El diagnóstico se orienta básicamente a la evaluación de las pautas interacciónales y transacciones familiares para juzgar los siguientes aspectos:

La estructura

Se refiere al contexto y la composición familiar tomando en cuenta las pautas transaccionales, los subsistemas existentes, los integrantes de los mismos, el liderazgo y la jerarquía, las alianzas, los patrones de comunicación, las demarcaciones de los subsistemas, el control de comportamiento, las reglas, los mitos y creencias.

La flexibilidad del sistema

El criterio de flexibilidad individual se acoge al sistema familiar. Mientras más flexible sea el sistema existen mayores condiciones favorables. Se la aprecia a través de la capacidad de reestructuración, la factibilidad de alianzas y coaliciones, la forma de responder ante situaciones cambiantes, las modificaciones en el flujo comunicativo, entre otras.

La resonancia

Es la respuesta emocional o la sensibilidad del sistema familiar ante las acciones y sentimientos de los otros miembros. Equivale a la respuesta empática de los mismos. Las familias se ubican en un continuo que va, en el un polo, desde el aglutinamiento (sensibilidad extrema con un umbral mínimo para el balance y la estabilidad), hasta el desligamiento expresado en una sensibilidad reducida y un umbral de activación demasiado alto, en el otro. Se debe medir pues la permeabilidad de las fronteras entre los subsistemas y la sensibilidad de cada miembro con relación al otro.

Contexto de vida.

Se refiere a los otros sistemas que pueden constituirse en fuentes de apoyo o tensión para la familia en cuestión. Se incluyen las familias extendidas, los sistemas religiosos, educativos, laborales, amistades, etc.

El nivel de desarrollo.

Es el juzgamiento de la adecuación de los roles, papeles e interacciones familiares de acuerdo a las edades y obligaciones de los miembros. Como en los elementos anteriores, se tomaran en cuenta los factores culturales que influyen en estas circunstancias para llegar a conclusiones acertadas.

El papel de los síntomas del paciente identificado en la familia.

De acuerdo a la teoría sistémica la familia tiende a mantener su estatus que le impide cualquier intento de cambio o modificación propuesto desde afuera o desde adentro porque existe una fuerza homeostática positiva o enfermiza en la cual el sujeto enfermo cumple un papel especifico que mantiene el balance familiar. Los síntomas que expresan el compromiso mantener al paciente identificado son:

- Culpabilizar al paciente identificado a todas las dificultades familiares.
- Centralizar las conversaciones familiares e interacciones hacia el paciente identificado.
- Sobreproteger al paciente identificado y sus síntomas.
- Negar la importancia del paciente identificado.
- Excluir y desatender al paciente identificado y sus síntomas.

Los patrones para la resolución de conflictos.

Cada familia atiende a un modo particular de resolver los problemas y conflictos, detonando una tendencia o preferencia por alguno de los procedimientos que se

señala a continuación y que requiere una identificación adecuada por parte del terapeuta:

- Negación. (Ignorar el conflicto)
- Evasión (Deslindarse del conflicto)
- Difusión (Movilizarse entre varios conflictos sin resolver ninguno)
- Evolución sin resolución (Discusiones del problema sin solucionarlo)
- Evolución con solución (Discusiones y confrontaciones con solución)

Los procedimientos de reestructuración.-

Estas tareas se diferencias de las de unión, por el desafío que se plantea a la familia a fin de promover los cambios terapéuticos. Las operaciones reestructurantes son:

- Captar las pautas transaccionales

Son recursos empleados para conseguir actuación y no descripción de los miembros frente a los problemas. Se evitara la posición de liderazgo terapéutico que centraliza las referencias y los pedidos de ayuda al especialista para que la familia tome las resoluciones. El terapeuta debe promover diálogos para observar los mensajes verbales y no verbales que se producen entre los integrantes siéndole permitido emplear cualquier estrategia activa de su parte.

- Manipulación del espacio.

La forma en que se ubican en la primera sesión los integrantes nos indican aspectos de coaliciones, aislamiento o centralidad de los miembros. El especialista maneja los recursos para redistribuirlos de acuerdo a las conveniencias terapéuticas para estimular el dialogo por asignarles tareas interacciónales.

- Señalamiento de límites.

La tarea terapéutica esta, en estas circunstancias, dirigida a crear los límites y demarcaciones apropiadas entre los miembros y subsistemas para evitar el excesivo aglutinamiento o rigidez de su resonancia.

- Intensificación de la tensión (estrés)

La creación de un ambiente de tensión es necesaria para establecer nuevas pautas de organización familiar. Este recurso de logra bloqueando las pautas transaccionales existentes acentuando las diferencias entre los miembros,

desarrollando y explicitando un conflicto implico o aliándose temporalmente aún miembro a un subsistema.

- Asignación de tareas.

El terapeuta puede crear responsabilidades de actuación entre los miembros, sea dentro del consultorio, en cuyo caso estimula diálogos transacciones, cambio de posiciones o con tareas o deberes para la casa con el objeto de trasladar algunos aspectos de la terapia a la convivencia diaria.

- Utilización de los síntomas.

Dados que la expresión del síntoma refleja una estructura contextual de la familia, el terapeuta tiene varias opciones para iniciar su trabajo manteniendo la tendencia a contrarrestar la dirección familiar o siguiendo la misma pauta familiar para concentrarse en el problema por ella planteada. Las propuestas al respecto son las siguientes:

- Enfoque centrado en el síntoma.
- Exageración del síntoma.
- Desasentuación del síntoma.
- Adopción de un nuevo síntoma.
- Re etiquetamiento del síntoma.
- Modificación del afecto del síntoma.

- Manipulación del humor. Consiste en manejar el humor predominante de la familia a través de la exageración o control del humor del terapeuta o la redesigación de los afectos de los integrantes.

- Apoyo, educación y guía.

Son actividades directrices que el terapeuta asume en un momento determinado cuando las necesidades así lo requieren.

- El empleo de las paradojas.

Son todas las intervenciones del terapeuta que buscan un cambio o modificación a través de lo extraño, opuesto o contradictorio, expuesto a los miembros familiares.

La aplicación de esta técnica supone medir apropiadamente las condiciones de la familia, los sujetos o pacientes y del propio terapeuta. Las intervenciones paradójicas pueden corresponder o redefiniciones como el cambio del marco de referencia, la reedificación y la connotación positiva; o prescripciones paradójicas, como el doble

vínculo terapeuta la prescripción del síntoma y la prescripción de las reglas del sistema.[10]

Técnicas de intervención en terapia familiar sistémica.

A continuación vamos a comentar técnicas de intervención dentro de la sesión.

Estas son:

Clarificar y Recapitular.

Preguntas circulares.

Escultura familiar.

Narración de cuentos metafóricos.

Clarificar y recapitular.

La clarificación es una técnica de intervención verbal que consiste en una pregunta que el terapeuta dirige a la familia o a algún miembro de ella, con intención de comprobar que se ha comprendido correctamente el mensaje de los participantes.

La forma enunciativa propia de la clarificación consiste en una pregunta del tipo: "¿Quieres decir que...?" o "¿Lo, que tratan Vds. de decirme es que...?"

La recapitulación consiste en transmitir un resumen elaborado del contenido "cognitivo" y/o "afectivo" del mensaje de la familia o de algún miembro de ella.

Los contenidos de la recapitulación pueden tener como objeto toda una entrevista, algunos momentos de ella o incluso una serie de entrevistas. Los contenidos recogidos por una recapitulación pueden sintetizar la comunicación digital y analógica de la familia y/o de algún miembro.

Una recapitulación aglutina los temas, las redundancias o las consistencias de la comunicación de la familia y, además, actúa como un "feedback" que tiende a estructurar los mensajes imprecisos o ambiguos. Es aconsejable emplear la recapitulación, siempre que sea necesario cerrar una etapa de la entrevista o del tratamiento y siempre que deseemos comprobar, que una larga exposición del paciente ha sido comprendida correctamente; en este último caso, cumple una función muy próxima a la técnica de la "clarificación".

[10] Psicoterapia de Lucio Balarezo pág. 293-300. 308-316.

Preguntas circulares.

En las "PREGUNTAS CIRCULARES" se pide a cada participante en la sesión de terapia que exprese sus puntos de vista sobre las relaciones y las diferencias existentes entre otros miembros de la familia, mediante las preguntas circulares cada integrante de la familia contribuye en un meta nivel (meta comunicación) al desarrollo de una imagen de la estructura familiar y a la compresión del carácter circular de las relaciones de la familia.

Así pues, la comunicación, en las preguntas circulares, adopta en gran medida la forma de una meta comunicación sobre la conducta de los demás; por consiguiente, se evitan los peligros de la "auto referencia" en las respuestas.

Mediante preguntas circulares se pueden detectar coaliciones encubiertas entre miembros de la familia de una manera poco problemática; por ejemplo: "¿Quién quede consolar mejor a mamá cuando está triste, el padre o la hija?"

La técnica de las preguntas circulares permite lograr un rápido acceso a una rica fuente de información y constituye un instrumento terapéutico eficaz. Además, la transmisión indirecta de información bloquea la formación de una posible "resistencia" de la familia y la constitución de un frente unido contra el terapeuta.

Escultura familiar.

La "escultura familiar" es una técnica por medio de la cual se recrean en el espacio las relaciones entre los miembros de la familia, á través de la formación de un cuadro físico.

La técnica fue ideada por Kantor y Duhl ("Boston Family Institute") y desarrollada por Papp ("Family Institute" de Nueva York) y por Virginia Satir.

La escultura familiar es un instrumento de diagnóstico y una técnica terapéutica: se visualizan y se experimentan, espacial y concretamente, las configuraciones relacionases de la familia. En la escultura familiar queda simbolizada la posición emocional de cada miembro de la familia respecto de los otros, una escultura familiar es una "metáfora" espacial: se obtiene y se transmite información sobre la familia sin requerir comunicación lingüística.

Narración de cuentos metafóricos.

La metáfora sirve al terapeuta como obtención de claves para entender algo más de la familia, y a los miembros del sistema familiar como aportación de visiones nuevas sobre la situación.

Una vez narrado el cuento, el objetivo no será tanto el "analizarlo" racionalmente, sino "dejarlo ahí" como semilla que dará su fruto más adelante. A veces, algún miembro querrá hacer algún comentario sobre el cuento; ese comentario lo podrá utilizar el terapeuta como elemento para la interacción familiar.

Prescripciones: rituales curativos.

La vida ritual de la familia con frecuencia refleja temas centrales de la relación. Celebraciones como las Navidades, Reyes, cumpleaños, tradiciones especiales, etc. nos adentran en un mundo repleto de metáforas, símbolos y relatos de profundo dolor y profunda alegría.

Toda vida humana incluye pérdidas y toda pérdida requiere de cicatrización a fin de que el desarrollo humano continúe desplegándose en lugar de estancarse. Para las personas, pérdidas particulares pueden plantear luchas profundas para recobrar un sentido de equilibrio y de integridad. Se observa que las soluciones, aparentemente protectoras, y el sentido común que adoptan los miembros de las familias surgen como patrones rituales que funcionan paradójicamente para impedir la misma cicatrización que los miembros anhelan.[11]

Terapia de pareja

Técnicas de intervención en terapia de pareja

1. Dos modelos cognitivos de las disfunciones de la relación de pareja:

El modelo de Ellis (1987) .-Este modelo lo distingue entre la insatisfacción de la pareja y perturbación de la pareja.

Uno o ambos miembros de la pareja, a partir de ciertas experiencias personales (modelos familiares de sus padres como pareja, otros modelos sociales, historia de relaciones de parejas anteriores, etc.) desarrolla una serie de expectativas no realistas sobre como tiene que funcionar una pareja (MITOS) y/o bien lleva a las relaciones sus propias características personales, que pueden ser incompatibles con la del otro miembro. Este proceso produciría el resultado cognitivo –emocional de

[11] Introducción a la terapia familiar sistémica tema 12

“Deseos no satisfechos” e Insatisfechos de la pareja. A partir de esta insatisfacción uno o ambos miembros de la pareja pueden producir una perturbación de la relación de la pareja; esto se desarrollaría al valorar el estado de insatisfacción anterior de modo irracional (creencias irracionales implicadas seria: 1 Exigencias de trato justo: “Tu no deberías actuar como lo haces porque está mal o amenaza mi autoestima” y 2. Catastrofismo: “Si se expresan las cosas que me insatisfacen de la relación puede ocurrir algo horrible y no debo hacerlo”. Ambas creencias irracionales producirían un estado de perturbación de la pareja en concreto la primera llevaría una respuesta emocional de ira intensa y conducta aversiva hacia el otro miembro (menos gratificación o refuerzo, más conducta de castigo) y la segunda creencia irracional produciría una respuesta emocional de ansiedad o temor intenso y una conducta inhibida (no asertiva). El resultado final de todo proceso sería que la conducta de cada miembro produciría un feedback que es distorsionado cognitivamente por el otro en función de sus propias creencias irracionales.

El modelo de BecK (1988)

La relación de pareja suele pasar por dos fases generales 1. “enamoramiento”: en general se trata de una relación íntima sana apenas problemas prácticos, donde se activan una serie de creencias y expectativas románticas (MITOS, de fase de idealización de la relación” y 2. “Cotidianidad”: se producirá una frustración de expectativas y creencias románticas (“Desilusión”), irrumpirían una serie de problemas prácticos (hijos, finanzas, toma de decisiones, etc.) y se “activarían “el “Pacto matrimonial” (perspectivas personales, supuestos personales o esquemas cognitivos latentes; que mientras más egocéntricos sean, más disfunción se va a generar). Estos esquemas cognitivos suelen girar en torno a dos sentidos temáticos: ¡.Interés afectivo y 2 valoración personal. Se habría desarrollado a partir de modelos familiares (relaciones parentales y otras experiencias (p.ejm historia de pareja).

La conducta de cada miembro de la pareja lo podría activar, y esa activación produciría una serie de distorsiones cognitivas que llevaría a una serie de círculos viciosos de estilos personales de relación inflexibles, sobretodo en tres áreas: comunicación; expresión afectiva y resolución de problemas.

La codependencia en la familia.

La coadicción de la familia se manifiesta y se refuerza a lo largo de las crisis periódicas y/o explosivas del adicto, donde los familiares logran mantener una “estabilidad” estructural y “funcional", a pesar de lo que podría entenderse como un

estado desestabilizante. Y no sólo esto, sino que también al clínico le interesará conocer cuál es el precio que la familia, cada uno de sus miembros, a corto, mediano y largo plazo, ha pagado por incorporar un estado crónico (alcoholismo-coadicción) como uno de los temas de su vida.

La presencia de una enfermedad como el alcoholismo en la familia no puede dejar de modificar también la conducta interaccional, el tono afectivo y el auto concepto de cada uno de sus miembros.

Aunque el impacto de la enfermedad en cada familia varía, el enfoque más conveniente para el estudio y tratamiento consiste en ver a la familia como un grupo de personas interrelacionadas que actúan juntas y producen una unidad social única que cambia en forma predecible a lo largo del tiempo.

El diagnóstico y tratamiento de la familia coadicta debe contemplar que el impacto psicológico y conductual del alcoholismo es con frecuencia mucho mayor para los miembros no alcohólicos de la familia que para los que han desarrollado la dependencia al alcohol.

También señala la relación entre los efectos del alcoholismo en el sistema familiar y las consecuencias físicas o de historia alcohólica del enfermo.
La familia, como parte especialmente importante del entorno individual, puede promover el crecimiento de sus miembros proporcionando un ambiente que promueva el desarrollo, donde la autoestima es alta, se promueve la confianza, se ofrece reconocimiento, comunicación clara y abierta, donde existe la libertad y apoyo para expresar emociones y límites claros que dan estructura y seguridad.
La familia constituye así un sistema de supervivencia especialmente emocional en el que cada miembro participa.

El sistema familiar coadicto, al reaccionar a la conducta del enfermo y tratar de controlarlo, justificarlo, sobreprotegerlo, se convierte en un sistema de supervivencia del alcohólico, organizando su vida alrededor del enfermo y descuidando y abandonando la vida propia. Esta organización familiar se caracteriza por relaciones interpersonales dependientes que son síntoma de la coadicción y la inmadurez emocional. A medida que la enfermedad familiar progresa, la familia se va involucrando en un patrón destructivo y autodestructivo, de situaciones negativas repetitivas (crónicas). A medida que la enfermedad del alcohólico, su dependencia al alcohol y comportamiento adicto se mantienen y agudizan, la familia aumenta su

dependencia al alcohólico, crece su sentimiento de impotencia y refuerza la baja autoestima, progresando así el estado crónico del sistema familiar coadicto.

El alcohólico bebe para aliviar su ansiedad, y la ansiedad de la familia crece y se refuerza frente a la forma de beber del enfermo; este proceso repetido y continuo crea una espiral que se convierte en un patrón crónico coadicto. Desde una perspectiva sistemática, el alcoholismo y la coadicción son causa y efecto de un sistema que refuerza conductas dependientes. La pregunta que surge es: ¿el alcohólico bebe porque la familia es difícil, o la familia es difícil porque el alcohólico bebe?

La coadicción familiar es un problema de fusión en las relaciones interpersonales, donde se confunden las responsabilidades, las emociones y la posibilidad de ser de cada miembro. La fusión emocional y la no-diferenciación de los individuos, promueve que unos a otros se cancelen y se nulifiquen en la familia. Con este patrón de descalificación mutua, se sostienen la coadicción de la familia, la disfunción es cada vez mayor y los individuos son cada vez más vulnerables.

Consecuencias de la adición en el codependiente

La codependencia progresa y surgen síntomas como enfermedades físicas, enfermedades emocionales, sociales, uso de drogas y comportamiento irresponsable en los miembros coadictos del sistema.

Cuando un miembro logra iniciar un cambio, todo el sistema se mueve y la coadicción familiar puede empezar a “romperse”.

Por lo tanto, cualquier cosa que pueda ayudar al coadicto a bajar su ansiedad será un factor positivo para iniciar una terapia familiar. Los objetivos específicos de la terapia familiar de los coadictos necesitan dirigirse a un desprendimiento emocional del alcohólico y pueden resumirse como sigue:

- Tranquilizarse, quitar del adicto el foco de atención, y ampliarlo hacia sí mismos y hacia la interacción familiar.
- Conocer acerca de la enfermedad (alcoholismo, coadicción) y del impacto de ésta en sus vidas
- Identificar los patrones enfermos en sí mismos.
- Aprender nuevas formas de comunicarse, relacionarse, sentir y expresar emociones.

Identificar recursos y aprender estrategias para encontrar formas sanas y una mejor calidad de vida[12]

Terapia ocupacional

La Terapia Ocupacional se basa en el estudio de la ocupación humana y la utiliza como instrumento de intervención para el logro de sus objetivos, siendo el básico y fundamental conseguir la independencia de la persona

Cuando la enfermedad, trauma o condición social ha afectado a la salud biológica o psicológica de una persona, la ocupación es un medio efectivo de organizar el comportamiento.

Este sistema considera al ser humano como sistemas abiertos y dinámicos que analizan los estímulos procedentes del entorno (físicos, sociales y culturales) elaboran la información y a partir de ello organizan su conducta ocupacional La modalidad de abordaje es grupal y se instrumentan diversas actividades de tipo artesanal. La frecuencia es semanal y durante dos horas.

Se requiere de una aula de terapia ocupacional, se combina con actividades del entorno natural (deportes), con actividades de carácter e interés general, el espacio que permita la observación directa y desempeño individual.

Este espacio de aprendizaje, ensayo, y modificación de la actividad permite el feedback terapéutico inmediato y también el que proporcionan los iguales.[13]

Terapia espiritual

La logoterapia es una técnica psiquiátrica desarrollada por Viktor Frankl. La técnica es una variación del método psicoanalítico que intenta sobrepasar la clásica interpretación del inconsciente que se nutre del ello o impulsividad ciega, y colocar en correcta relación la vida orgánica con la vida espiritual o responsable.

Frankl incluye otro elemento del inconsciente: el espiritual, haciendo énfasis en la búsqueda de significado de la existencia, lo cual no necesariamente se refleja en la búsqueda de dios u otro ser sobrenatural. No solamente subsisten en el interior de la conciencia humana una impulsividad natural sino también una espiritualidad natural. La cura de muchos traumas estaría dada por el reconocimiento de tal sustrato y la posterior toma de conciencia es decir, de responsabilidad frente a esa condición.

[12] Libérate de la Codependencia por Melody Beattie Pág. 7

[13] Rojo Mota G Terapia ocupacional en el tratamiento de las adicciones pág. 89

Para Frankl la espiritualidad no tiene que ver sólo con un ejercicio tautológico de búsqueda de refugio, es un "modo de existir humano".

En la arquitectura profunda de la psiquis humana, se encuentra una espiritualidad inconsciente que pretende siempre la trascendencia. Aquí la teoría de la logoterapia, que pretende la sanidad en función de la recuperación de sentido, expone funciones profundas de la conciencia y la toma de decisiones ante las formas cotidianas del existir. Los sueños son aún piezas claves para entender los procesos psíquicos que pugnan en el interior de todo hombre.

La Logoterapia se convierte en un instrumento de conexión para el ser humano, puente entre su vida inconsciente y su manera de vivir. No habría nada más enfermizo en el humano que una vida incoherente. Pero no se trata de una incoherencia puramente discursiva, se trata pues de un conflicto mucho mayor entre la conciencia y la responsabilidad. Son las decisiones las que resultan en fracaso o triunfo, y no meramente la voluntad como creía Nietzsche. La fuerza de las decisiones radica en la propia existencia, de tal modo que jamás se puede renunciar a ella. Se trata entonces de una elección consciente o inconsciente, pero decisión al fin y al cabo.

Consta de tres partes que son fundamentales para su desarrollo:

- La libertad de voluntad (Antropología): que explica que todo hombre es capaz de tomar sus propias decisiones, por lo que es libre de escoger su propio destino y no convertirse en una marioneta a merced del mismo, o del inconsciente colectivo.
- La voluntad de sentido (Psicoterapia): expresa la preocupación de Frankl ante los métodos psicológicos enfocados en la percepción del “componente exterior”, desvirtuando la idea del animatismo presente en el ser humano que lo hace único ante el reino vegetal y animal.
- El sentido de vida (Filosofía): que para la Logoterapia es un factor incondicional que no se pierde bajo ninguna circunstancia, pero puede escaparse de la comprensión humana. La Logoterapia es una percepción positiva del mundo (Reduccionismo).[14]

[14] Seidner, Stanley S. (June 10, 2009) "A Trojan Horse: Logotherapeutic

PREVENCIÓN TERCIARIA

Concepto.

Actúa cuando las lesiones patológicas son irreversibles y la enfermedad está establecida. Su objetivo es volver al individuo afectado a un lugar útil en la sociedad y utilizar las capacidades de funcionamiento. La rehabilitación contiene elementos físicos, psicológicos y sociales. El éxito de ella dependerá de adecuados recursos dentro de la institución familiar, hospitalarios, industriales y la comunidad. Se orienta fundamentalmente a la rehabilitación de los sujetos que ya presentan disfunciones individuales y/o sociales aplicando el tratamiento correspondiente en cada caso. Una vez instaurado un consumo problemático de consumo de drogas, intenta impedir que la situación o el acontecimiento se agraven y persigue la disminución de las posibles secuelas asociadas al consumo. [15]

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

Entrenamiento en habilidades de afrontamiento

Los procedimientos de entrenamiento en habilidades sociales y en estrategias de afrontamiento están basados en el entrenamiento de determinadas habilidades consideradas como deficitarias en los sujetos con adicción, porque no son capaces de ponerlas en práctica debido a los mecanismos inhibitorios relacionados con la elevada activación de sus niveles de ansiedad ante situaciones de posible consumo (Chaney, O'Leary y Marlatt, 1978; Marlatt, 1978; Sobell y Sobell, 1978; Miller y Hester, 1980). Este grupo de técnicas, basadas en la teoría del aprendizaje social, tienen por objetivo aumentar y reforzar las habilidades del paciente para enfrentar situaciones de alto riesgo -ambientales e individuales- que inician y mantienen las conductas de consumo. Las más extendidas en la práctica clínica son: entrenamiento en prevención de recaídas, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en manejo del *craving* y entrenamiento en manejo de los estados de ánimo. Pueden desarrollarse en contexto individual o grupal y ser utilizadas por separado o, lo que es más común, en combinación dentro de un mismo tratamiento.

Se parte de la existencia de determinantes que aumentan la vulnerabilidad del sujeto a las recaídas, provocando limitaciones en el automanejo y gestión adecuada del estrés, emociones, ambiente, expectativas sobre los efectos de las sustancias y auto-eficacia. Por lo común, se continuará con el trabajo de habilidades sociales que

[15] (Extraído del Reglamento de Funcionamiento de Gabinetes Psicopedagógicos para Establecimientos del Nivel Medio. Resolución D.E.M.E.S. 527/91)

ayuden a mejorar las relaciones familiares y profesionales del sujeto, disminuyendo así el malestar asociado y aumentando el soporte social y la percepción de eficacia personal (Monti, Colby, Barnett, Spirito, Rohsenow y Myers, 1999). Se ha incluido en muchos de estos programas el entrenamiento en conductas incompatibles, sobre todo en los programas para dependientes a alcohol. Entre los componentes de la mayoría de estos programas se incluye el entrenamiento en habilidades de comunicación, asertividad y rechazo de consumo.

Los programas que utilizan las técnicas de entrenamiento en habilidades y estrategias de afrontamiento, parten generalmente del análisis funcional de la conducta y más concretamente de la vulnerabilidad de cada sujeto y del análisis de otras variables relacionadas con el cambio (diagnóstico psicopatológico, factores intra e interpersonales, historia de vida y condiciones de vida) con el objetivo de aprender y desarrollar recursos específicos para el manejo adecuado de la gestión de su vida para alcanzar y mantener la abstinencia o la reducción de consumo de drogas. En personas dependientes al alcohol (Monti, Abrams, Kadden y Cooney, 1989; Monti, Rohsenow, Colby y Abrams, 1995) describen que en el entrenamiento en habilidades (CSST) y en trabajos realizados en formato grupal, es conveniente trabajar los siguientes módulos: rechazo de bebida, ofrecer respuestas positivas, realizar críticas, recibir críticas acerca del uso de alcohol, habilidades de escucha y de conversación, apoyos a la abstinencia, resolución de problemas, comunicación no verbal, expresión de sentimientos, asertividad, rechazo de peticiones y manejo de críticas en general. Bottlender, Kohler y Soyka (2006) sugieren que un amplio espectro de pacientes podrían retrasar significativamente el primer episodio de recaída post-tratamiento y doblar el número de días que permanecen abstinentes respecto al grupo control, aunque no parecen conseguir la abstinencia total ni reducir la intensidad de la recaída.

Entrenamiento en asertividad

Como cualquier otra habilidad humana, la asertividad es susceptible de aprenderse, entrenarse y mejorarse. Esto se consigue mediante las Técnicas denominadas Entrenamiento Asertivo.

Las habilidades sociales y más concretamente la asertividad son habilidades básicas para nuestro desenvolvimiento en la vida diaria. Las personas tenemos intereses y formas de ver el mundo distinto, por lo cual el conflicto interpersonal está a la orden del día. Cuando estas habilidades no están lo suficientemente desarrolladas o se

emplean de forma equivocada surge la frustración y la insatisfacción. Con respecto a la salud mental es una técnica que se ha demostrado efectiva en el tratamiento de la depresión, ansiedad y estrés provocados por las relaciones interpersonales. Nos ayuda a respetar a los demás, y por ende a nosotros mismos.

Hay varios métodos de Entrenamiento Asertivo, a continuación le mostramos un procedimiento estructurado en 6 etapas:

1º Identificar los estilos básicos de la conducta interpersonal: Estilo agresivo, pasivo y agresivo. La función de esta etapa es distinguir entre cada uno de los estilos, reconociendo la mejor forma de actuar de acorde con el estilo asertivo. Nos ayudará también a reconocer nuestros errores en este ámbito.

2º Identificar las situaciones en las cuales queremos ser más asertivos. Se trata de identificar en qué situaciones fallamos, y cómo deberíamos actuar en un futuro. Se analiza el grado en que nuestra respuesta a las situaciones problemáticas puede hacer que el resultado sea positivo o negativo.

3º Describir las situaciones problemáticas. Se trata de analizar las situaciones en términos de quién, cuando, qué y cómo interviene en esa escena, identificando nuestros pensamientos negativos y el objetivo que queremos conseguir.

4º Escribir un guión para el cambio de nuestra conducta. Es un plan escrito para afrontar la conducta de forma asertiva. Aquí se intenta poner por escrito las situaciones problema y clarificar lo que queremos conseguir. El entrenador moldea junto al paciente el guión para que este sea expresado de forma específica.

5º Desarrollo de lenguaje corporal adecuado. Se dan una serie de pautas de comportamiento en cuanto a lenguaje no verbal (la mirada, el tono de voz, la postura, etc.), y se dan las oportunas indicaciones para que la persona ensaye ante un espejo.

6º Aprender a identificar y evitar las manipulaciones de los demás. Las demás personas utilizan estratagemas para manipularle, haciéndole sentir culpable, evadiéndose de la conversación o victimizándose. Se dan una serie de técnicas para resistirnos al influjo de los demás. [16]

[16] http://www.psicologia-online.com/autoayuda/hhss/HHSS5.htm

TERAPIAS COGNITIVO CONDUCTUALES

Las terapias cognitivo-conductuales representan la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva (Finney, Wilbourne y Moos, 2007). Suponen

el enfoque más comprensivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias y consisten básicamente en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que la persona tiene sobre sí misma. La filosofía de la intervención está basada en la consideración del paciente como un científico, en el sentido de que se le anima a recurrir al método científico para contrastar empíricamente sus ideas o creencias. Entre las características generales de las terapias cognitivo-conductuales se incluyen: centrarse en el abordaje de:

a. los problemas actuales,

b. establecer metas realistas y consensuadas con el paciente,

c. buscar resultados rápidos para los problemas más urgentes,

d. utilizar técnicas empíricamente contrastadas para incrementar la capacidad de los pacientes para manejar sus propios problemas.

Prevención de recaídas

Un caso especial de entrenamiento en habilidades de afrontamiento, que por su especificidad en las conductas adictivas requiere un espacio propio, lo constituye el modelo teórico de prevención de recaídas propuesto por Marlatt (Marlatt, 1993; Marlatt y Donovan, 2005; Marlatt y Gordon, 1985). La recaída se produce cuando el sujeto se expone a una situación de riesgo y no es capaz de responder con las estrategias de afrontamiento adecuadas para garantizar el mantenimiento de su abstinencia. Si ante una situación de riesgo el sujeto puede emitir una respuesta de afrontamiento adecuada, la probabilidad de recaída disminuirá significativamente, ya que el afrontamiento satisfactorio a la situación de riesgo se percibe por el sujeto como una sensación de control que incrementa la auto eficacia percibida. A medida que aumente la duración de la abstinencia y el individuo pueda afrontar eficazmente cada vez más situaciones de riesgo, la percepción de control se incrementará de forma acumulativa y la probabilidad de recaída disminuirá. Pero, si por el contrario, el sujeto no es capaz de afrontar con éxito una situación de alto riesgo, la probabilidad de recaer en posteriores situaciones aumentará, por una parte porque disminuirá su percepción de auto eficacia y, por otra, porque le será mucho más sencillo, por su

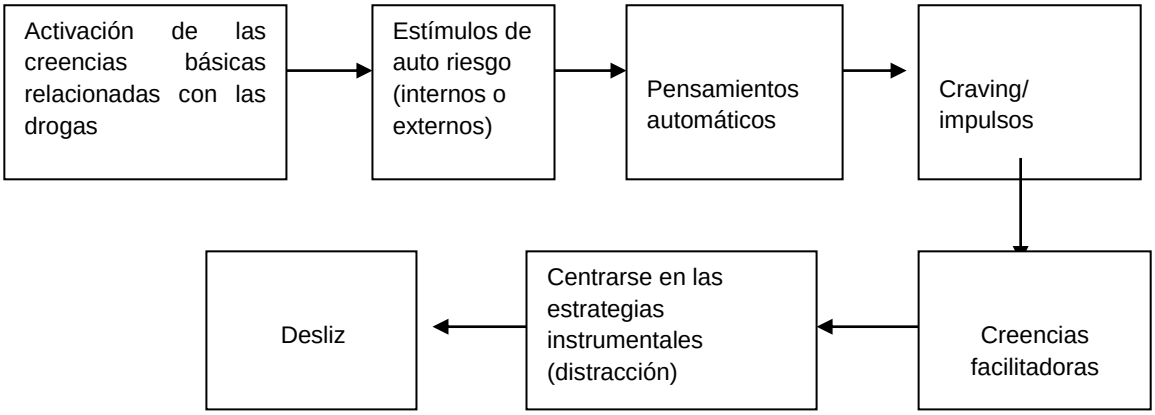
experiencia previa y por su patrón de conducta habitual, anticipar la expectativa positiva derivada del consumo de la sustancia que el anticipar las consecuencias negativas derivadas de la conducta de consumo. A partir de este planteamiento teórico, que ofrece un referente para que cualquier persona pueda comprender y analizar su conducta de consumo, se identifican algunas claves importantes a tener en cuenta en la intervención:

- Aprender a identificar qué situaciones, pensamientos y/o estados emocionales pueden acercar al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente utilizando determinadas técnicas.
- Aprender a identificar las claves y señales que anuncian la posibilidad de una recaída.
- Aprender a enfrentarse a una recaída antes y después de que se produzca un consumo.[17]

Terapia cognitiva para la prevención de recaídas

El modelo cognitivo de recaídas

Gráfico # 2



Fuente: Terapia Conductiva de las Drogodependencias
Autor: Aaron Beck

La persona adicta es vulnerable a los estímulos de alto riesgo (Marlatt y Gordon. 1985). Estos son “disparadores” internos y externos que estimulan el apetito de drogas de la persona adicta. Los estímulos internos incluyen factores emocionales y físicos como la depresión, la soledad, el aburrimiento, la ira, la frustración y el dolor físico (Mackay y otros, 19991). Los estímulos externos incluyen lugares, personas y

[17] GUÍA CLÍNICA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ADICCIONES
http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/GuiaClinicaIntPsicologica.pdf

cosas que estén relacionados de alguna forma con la utilización de las drogas (Shulman, 1989).

La importancia de los estímulos de alto riesgo es que se pueden activar por medio de las *creencias básicas asociadas a la droga* que han asimilado el paciente. Presentamos algunos ejemplos de estas creencias:

- “Las drogas son un problema para muchas personas, pero no lo serán para mi”
- “Las drogas enriquecen mi vida haciéndola más divertida”
- “las personas que están en contra de las drogas, realmente no me comprenden”
- “En la medida en que sea cuidadoso las drogas no me harán daño”
- “Sin las drogas la vida sería aburrida”
- “Cundo tengo problemas la droga alivian mi dolor”

A partir de estas creencias básicas los *pensamientos automáticos* pueden ser estimulados (p. ej. “¡Necesito una dosis!”). Los pensamientos automáticos están asociados con los impulsos y los *craving*, y al igual que otros sentimientos, los impulsos y los craving pasan a ser estímulos de alto riesgo internos.

En respuesta a los craving e impulsos, el paciente puede tener algunas *creencias facilitadoras*. Las creencias facilitadoras son un subtipo de creencias básicas relacionadas con las drogas que dan “permiso” a los pacientes para utilizarlas. Veamos algunos ejemplos:

- “Puedo tomar solo una vez más”
- “Nadie lo descubrirá”
- “No pasa nada si consumo de nuevo, lo tendré controlado”

Las creencias facilitadoras incrementan la probabilidad de que la persona adicta busque y eventualmente consuma drogas.

Las *estrategias instrumentales* son las conductas reales y las actividades implicadas en la búsqueda, adquisición y consumo de drogas. Estas estrategias, al igual que las creencias básicas relacionadas con las drogas pueden variar entre las personas y en función del momento vital. Para algunos el craving de cocaína es tan intenso que la persona adicta se obsesiona con la búsqueda de la droga, hasta el punto de que excluye cualquier otra consideración.

Si el paciente ha seguido los pasos anteriores es muy probable que acabe teniendo un *desliz* que conducirá a un estimulo de alto riesgo que dispare de nuevo el deseo de usar drogas. Es decir, al drogarse, el adicto se centrará en su creencia básica de que "drogarse una vez supone que esta fuera de control". Esta creencia se ve acompañada por una cascada de pensamientos automáticos auto despectivos y sentimientos negativos. Los impulsos finales llegaran a ser más fuertes y el consumo de drogas se intensificará hasta que el paciente tenga una recaída completa.

Técnicas para predecir y controlar la recaída

Identificación de los estímulos de alto riesgo

La identificación de los estímulos de alto riesgo internos y externos es un componente extremadamente importante del proceso de prevención de recaídas. Si se incrementa la capacidad del paciente para ser consciente de estos estímulos se reducirá la probabilidad de que la persona adicta se exponga a ellos y se incrementará la posibilidad de reaccionar reflexivamente ante ellos..

En las sesiones se anima a los pacientes a revisar cuidadosamente los recuerdos recientes y remotos de consumos para poder descubrir el alto rango de los estímulos de alto riesgo que conducirán a recaídas futuras.

Gorski y Miller (1982), resaltaron una serie de signos reveladores que señalan el inicio del camino del paciente hacia la recaída, es decir, tener tendencia a exponerse a situaciones de alto riesgo y estar poco preparado para manejar sus pensamientos, sentimientos impulsos y acciones resultantes. Por ejemplo estos indicios incluyen:

- Una actitud de indiferencia acerca de mantenerse involucrado en las actividades de auto ayuda que realiza (p. ej. Asistir a terapia o a las reuniones con grupos de apoyo o realizar las tareas asignadas en la sesión de terapia)
- Volver a mostrar labilidad afectiva e hipersensibilidad
- Pocas ganas de hablar a cerca de los problemas y las preocupaciones
- Aislamiento social
- Romper con las rutinas diarias saludables y su estructura
- Toma de decisiones impulsiva.

Se recomienda que el terapeuta cognitivo evalúe cuidadosamente los estímulos de alto riesgo para cada paciente de manera individual. Un método útil para hacerlo es

auto controlar la asignación de tareas y pedir al paciente que planifique estrategias de afrontamiento.

Estrategias cognitivas para afrontar los estímulos de alto riesgo

La importancia de los estímulos de alto riesgo es que incitan creencias básicas relacionadas con las drogas que incrementan la probabilidad de tener un desliz o una recaída. Por tanto, una estrategia cognitiva fundamental para prevenir la recaída es desarrollar creencias de "control" que reduzcan la vulnerabilidad de las recaídas y los deslices. Ejemplos:

- "No necesito drogas para divertirme"
- "Mi vida mejoraría sin las drogas"
- "Puedo afrontar las emociones negativas sin tener que tomar drogas"
- "Tengo control sobre mis conductas, incluyendo el abuso de droga"
- "Aunque tenga un desliz no tengo por qué seguir tomando drogas"
- "Un desliz no equivale a fracasar"

Otra estrategia útil para tratar con los estímulos de alto riesgo es la distracción (Carroll, Rounsaville y Keller, 19991). Específicamente se anima al paciente a reunir una lista de actividades distractoras que se puedan utilizar cuando se encuentran estos estímulos. Las actividades de distracción pueden incluir cualquier actividad no relacionada con las drogas por ejemplo: cantar, ejercicio, jugar con un niño o escribir). Aunque las técnicas de distracción solamente son una estrategia de afrontamiento a corto plazo, realizan una labor muy importante al proporcionar un periodo de tiempo entre el inicio del craving y el acto de buscar y tomar drogas. Dicho retraso puede proporcionar a los pacientes el tiempo suficiente para pensar en las consecuencias negativas de tomar drogas, así como una oportunidad de ser testigo de cómo disminuye el craving si no se consume (Carroll, Rounsaville y Keller, 1991; Horvath 1988).

Estrategias conductuales para afrontar los estímulos de alto riesgo

Cuando los pacientes identifican los estímulos de alto riesgo sobre las drogas, se les ayuda a practicar (es decir repasar) estrategias para afrontar algunos estímulos de alto riesgo. Se le puede animar a pensar en formas en que pueda ofrecer y demandar más apoyo emocional. También se le debe estimular en que piense en alternativas para salir solo, especialmente en áreas donde están sus amigos o compañeros de drogas, y a decir "no" cuando le ofrezcan drogas a pesar de su

craving o impulso. Se debe enseñar a examinar sus creencias que le conducen a conductas de alto riesgo, creencias que disparan tanto los impulsos de consumir como la creencia anexa de que ceder ante las drogas es la única forma de ser poderoso. Otra estrategia de prevención de la recaída conductual comprende la exposición gradual a los estímulos de alto riesgo (Mackay y otros, 1991). Es decir el terapeuta y el paciente construyen una jerarquía de estímulos elicitantes de alto riesgo cada vez más intensos, y en las sesiones de terapia el paciente se expone realmente ante ellos y mediante las tareas asignadas entre sesiones. La eficacia de esta técnica se puede atribuir a los cambios cognitivos en los pacientes, ya que sienten que son capaces de manejar de manera más efectiva estas situaciones. En otras palabras, los pacientes consiguen un incremento de su sensación de autoeficacia, ya que afrontan con éxito las situaciones de alto riesgo, cada vez más intensas.

Evitar que un desliz acabe siendo una recaída

Los deslices proporcionan al adicto la oportunidad de aplicar habilidades cognitivas y de promover más comprensión de los mecanismos implicados en la recaída. Por tanto un desliz no se percibe necesariamente como malo en su lugar, hay que considerarlo como una “caída” que nos ayuda a conseguir mucha experiencia. Un tema importante en la prevención de recaídas es ayudar al paciente a evitar que los deslices acaben convirtiéndose en recaídas. (Mackay y Marlatt, 1991). Hay muchas razones que indican por qué ocurren los deslices. Por ejemplo, los adictos pueden escoger “tener un resbalón” para poder probar su habilidad para controlar su abuso de sustancias, también pueden exponerse a estímulos de alto riesgo sin estar preparados a responder cognitiva o conductualmente a estos estímulos. Dadas la cantidad de razones posibles para tener un desliz, un componente importante en la prevención de recaídas implica la identificación de una serie de aspectos decisivos en el modelo cognitivo de la recaída. Una estrategia importante para prevenir la recaída es por tanto, desafiar los pensamientos dicotómicos acerca de los deslices de manera que no lleguen a ser recaídas.

Cuando un adicto tiene un desliz las técnicas de imaginación son útiles para reconstruir la secuencia de estímulos, creencias básicas, pensamientos automáticos y conductas que llevan al desliz. Además, es importante utilizar el recuerdo apropiado de técnicas en cada decisión que se tome para preparar al adicto para circunstancias futuras similares.

Análisis de ventajas y desventajas

Marlatt y Gordon (1985) explican que las expectativas de resultados positivos contribuyen a la recaída. Explícitamente, las personas que son adictas al abuso de sustancias perciben ventajas positivamente sustanciales de consumir dicha sustancia. De hecho, esas personas suelen minimizar o ignoran las desventajas de tomar drogas, especialmente en situaciones de alto riesgo. El análisis de ventajas y desventajas es una técnica utilizada frecuentemente en la terapia cognitiva. Esta técnica es muy útil en la prevención de recaídas, donde los adictos perciben de manera selectiva las ventajas de tomar la droga. El papel del terapeuta consiste en estimular a los pacientes a que aporten datos objetivos, en relación con las ventajas y desventajas. Además se anima a los pacientes a comprender que sus puntos de vista suelen ser exagerados acerca de las ventajas, al igual que los puntos de vista minimizados de las desventajas, que contribuyen a su adicción. Carroll, Rounsaville y Keller (1991) sugirieron un método que facilita recordar el análisis de las ventajas y desventajas. Sugieren que el adicto haga una lista de ventajas a tomar cocaína u otra sustancia por una cara de la tarjeta. Entonces, el terapeuta ayuda al paciente a ver las consecuencias negativas que pueden acabar provocando las ventajas que ha mencionado. En la otra cara de la tarjeta, el paciente escribe las desventajas, entonces se pone la tarjeta de manera que sea visible para el paciente en especial en periodos de mucha vulnerabilidad.

Terapia Individual y Familiar en Prevención de Recaídas.

En la terapia individual puede observarse cualquier tema específico del adicto, como son las características psicológicas, la personalidad, la psicopatología, los rasgos psico-sexuales o interpersonales que pueden haber existido antes de la adicción o como resultado de ella.

En síntesis, es una terapia orientada hacia metas y centrada en la conducta concreta del adicto y los miembros de su familia. Una terapia que ayude a la familia a enfrentar las crisis en las que intervengan las drogas y las conductas relacionadas con ellas, y las crisis interpersonales (sobre todo en los progenitores) ajenas a la adicción.

Los temas tratados son:

- Entrevistas a nivel individual y familiar
- Resolución de conflictos
- Diagnóstico psicopatológico.

- Elaboración de hipótesis y objetivos
- Seguimiento familiar
- Prevención de Recaídas.[18]

Técnicas de autocontrol para el fortalecimiento del self

Una de las estrategias en el tratamiento de las distintas adicciones, tanto en un programa orientado a la abstinencia como al jugar controlado o a la reducción de daños es entrenarlos en técnicas de autocontrol (Hester, 1995). Esto puede hacerse una vez que la persona ha aceptado participar en un tratamiento orientado a la abstinencia, cuando tiene dificultades en conseguirla o cuando su objetivo es el juego controlado o la reducción de daños. En ocasiones el autocontrol se pone en marcha en la parte media del tratamiento cuando ya se han conseguido los objetivos mínimos para que mantenga la adherencia al tratamiento.

Las técnicas de autocontrol se orientan a que la persona conozca su conducta problema y sea capaz de afrontar la misma mediante técnicas que ha aprendido sin llevarla a la práctica. Con el autocontrol se enseña a la persona estrategias para controlar o modificar su propia conducta a través de distintas situaciones, con el propósito de alcanzar metas a largo plazo. Para ello se entrena a la persona en distintas técnicas para que no realice la conducta o, en caso de que se produzca la conducta, que lo haga de un modo poco problemático, y con la idea de poder llegar a conseguir la abstinencia total de la misma.

El terapeuta le ayuda a establecer condiciones favorables para el cambio, le entrena en técnicas para conseguirlo y le refuerza por los avances conseguidos. También le entrena en la aplicación de autor refuerzos, en buscar apoyo en otras personas para mantener las ganancias conseguidas y que las personas de su ambiente le refuercen su abstinencia. Existen una serie de técnicas que se utilizan sistemáticamente cuando se aplica un programa de autocontrol (ej., autor registros, cambio de estímulos discriminativos, técnicas encubiertas). Para el buen diseño del mismo hay que hacer una evaluación conductual adecuada del problema que tiene la persona y adaptar el tratamiento a los avances que se van produciendo a lo largo del mismo y a la consecución de los objetivos iníciales e intermedios. También, las técnicas de autocontrol dan una gran importancia al mantenimiento de los cambios, especialmente a través de la utilización del autor refuerzo, cuando la conducta la

[18] Resumen de la memoria del programa de rehabilitación. Estuario para adictos y familias. Año 2006.

realiza en la dirección esperada, y el auto castigo, cuando se lleva a cabo la conducta indeseada.

Finalmente, cada vez cobran más importancia los procedimientos cognitivos dentro del autocontrol, especialmente por las ideas, creencias, pensamientos o atribuciones erróneas que la persona tiene sobre su juego y el ambiente de juego, así como sobre el resultado del mismo.[19]

Reinserción social

La mayoría de los pacientes que se ponen en Tratamiento, debido su adicción a sustancias psicoactivas tienen su vida social, familiar y laboral desajustada. Muchos llevan años sin trabajar o no lo han hecho nunca y algunos se encuentran en situación de desempleo. Además del tiempo ocioso que dicha situación provoca, tan peligrosa en un tratamiento de rehabilitación de estas características, resaltamos la importancia del trabajo para el desarrollo personal además de ser la vía idónea para alcanzar independencia económica y poder así reencauzar sus vidas. Para subsanar este déficit, se debe ofrecer:

- Orientación profesional
- Entrenamiento en Técnicas de Búsqueda de Empleo

Pero el laboral no es el único déficit que esta población presenta. Han perdido el contacto con una red social normalizada (en el caso de que alguna vez la hayan tenido), tienen perdidos los hábitos de higiene, baja la Autoestima etc. Para intentar resolver todo esto se debe impartir terapias enfocadas en:

- Entrenamiento en Habilidades Sociales
- Educación para la salud.
- Desarrollo y potenciación de la Autoestima[20]

Estilos de vida saludable

La recuperación no es solo abstinencia, sino además debe acompañarse de cambios, que promuevan y sostengan un estilo de vida saludable y de mejor calidad. Estos cambios incluyen, además de la abstinencia completa, una serie de transformaciones internas y externas.

---

[19] http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-76-6-adicciones-y-salud.html

[20] Resumen de la memoria del programa de rehabilitación. Santuario para adictos y familias, año 2006.

Cambios Internos

Los cambios internos son aquellos producidos en la forma de pensar, sentir y actuar del adicto en recuperación.

- **Aceptar la adicción como un problema:** La negación es parte de la adicción, y nadie dedica tiempo ni energía a resolver un problema que no piensa que existe. La aceptación del problema es un proceso a lo largo del tiempo.
- **Reconocer las distorsiones del juicio:** El pensamiento adictivo y todas las distorsiones del juicio en la adicción, son parte del problema. Reconocer y manejar estas distorsiones es una tarea fundamental de la recuperación. **- Perder la preocupación por el uso:** Los pensamientos obsesivos y la preocupación por el uso, disminuye rápidamente con la aceptación del problema y la práctica de actividades de recuperación. Aun así puede haber sueños y pensamientos repetitivos que sean incómodos.
- **Desarrollar y nutrir una actitud de recuperación**, que es útil para enfrentar el diario vivir con humildad y prudencia, manejando las situaciones de riesgo sin retarse, y buscando la ayuda necesaria de manera proactiva y asumiendo responsabilidad de sus propios pensamientos, emociones, conductas y decisiones.
- **Detectar y manejar los deseos y pensamientos de uso**, así como la conducta de búsqueda adictiva, es un proceso que puede llevar algún tiempo. Tanto estos deseos como los patrones de conducta de búsqueda, son automáticos y tienden a perder fuerza con el tiempo.
- **Aprender a manejar los sentimientos:** Las emociones pueden ser incómodas en la recuperación temprana, debido al fenómeno de "amplificación emocional", causado por la química cerebral desordenada. Al retirarse la "anestesia emocional" que produce el uso o comportamiento adictivo, de pronto existen muchas emociones libres. La culpa y la vergüenza pueden ser sentimientos muy fuertes y potenciar conductas de auto sabotaje.
- **Desarrollo de la asertividad y comunicación**, de modo que pueda haber una mayor conexión con las relaciones importantes, que seguramente han sido impactadas debido al comportamiento adictivo anterior. Aprender a poner límites adecuados, así como expresar las necesidades de manera simple y directa, son habilidades valiosas para una recuperación sostenida.

- **Mejoramiento espiritual:** El área espiritual es una de las más afectadas en el desorden adictivo. El crecimiento espiritual es un factor clave en el mejoramiento de la calidad de vida. Es necesario entender la espiritualidad como: la actividad del espíritu interior y no necesariamente como práctica religiosa.

Cambios Externos

Los cambios externos están dirigidos a cambiar el entorno inmediato, produciendo un medio ambiente acorde con el proceso de recuperación. Muchas veces las recaídas ocurren por no tomar con la seriedad que amerita, esta área de los cambios.

- **Evitar personas, lugares y cosas relacionados con el uso:** Todos los disparadores de los deseos y pensamientos de uso, son instancias de riesgo que deben ser evitadas de manera enérgica. Se entiende que es difícil lograr no exponerse alguna vez, pero no se trata de "retar" al riesgo, sino de evitarlo. Cambiar las relaciones interpersonales puede ser una tarea difícil, especialmente el poner límites con aquellas personas significativas para el adicto que todavía están usando.

- **Desarrollar una nueva red de contactos**, asistiendo a reuniones de autoayuda o nutriendo relaciones antiguas que sean sanas, o alejadas del uso, y libres de riesgo. Establecer una relación con un profesional de tratamiento, asistir a servicios religiosos, involucrarse en servicio voluntario, son todas actividades que pueden aumentar la nueva red de contactos.
  - Elaborar un plan de actividades de recuperación, que pueda servir de guía para el diario vivir y para acomodar el tiempo necesario para las actividades de recuperación. Además es más fácil darse cuenta cuando uno está fallando o descuidando la recuperación si existe un plan concreto.

- **Mejorar la alimentación y hábitos de higiene**, es oportuno en el proceso de recuperación, no solo porque es positivo para la salud en general, sino que además produce una mayor lucidez mental y una mayor resistencia a los deseos de uso, así como una mayor autoestima.

- **Descansar y dormir adecuadamente**, son cambios que ayudan a que nuestro cuerpo y mente tenga el restablecimiento necesario, luego de cada día en recuperación. Al principio existe estrés que proviene de toda la energía que se invierte en los cambios personales.

- **Leer y estudiar sobre la adicción y la recuperación**, es una necesidad que nunca acaba, debido a la amplitud de los cambios que se realizan. Conseguir literatura y un libro de pensamientos diario, para poder comenzar el día con una lectura inspiradora, se podría convertir en un hábito saludable para la mente y el alma.
- **Ordenar las finanzas**, que pueden haber quedado en déficit producto de la adicción. Estar dispuestos a pagar las cuentas pendientes, de hecho saldar las que sean posibles, evitar tener mucho dinero en el bolsillo, son necesidades comunes en la recuperación. Es tan importante esta área que algunas veces se plantea la necesidad de rehacer la relación con el dinero, especialmente en las adicciones de juego o gasto compulsivo.

Todas estas necesidades de cambio plantean una situación que puede generar confusión o estrés, debido a que se están abandonando las viejas costumbres, que todavía no se extinguen, y se están desarrollando nuevos patrones de conducta, que todavía no se establecen. Esta sensación es temporal y se hace menos intensa con el pasar del tiempo y con el avance de la recuperación. Es sumamente recomendable que el adicto en recuperación tenga apoyo y asesoría cualificada para poder llevar estas tareas adelante. [21]

Seguimiento

Al egresar del establecimiento por haber cumplido con los objetivos del tratamiento el usuario no termina con el mismo; se encuentra en un proceso de rehabilitación y de reinserción a la sociedad, el establecimiento deberá apoyarlo y en este proceso brindarle diferentes opciones de rehabilitación, como pueden ser los grupos de ayuda, las diferentes terapias de apoyo, así como actividades educativas y deportivas que ayudan a prevenir la recaída de los adictos.

Desarrollo de redes de apoyo social

La familia y los amigos que no toman drogas pueden suponer un gran apoyo para el paciente. Muchos adictos han evitado a los miembros de su familia y a los amigos que no consumían drogas por miedo a ser criticados o rechazados. Los programas de los 12 Pasos y Narcóticos Anónimos son un apoyo importante para el paciente. Por tanto se debe animar a los pacientes a que utilicen la ayuda de estos programas. Al hacerlo experimentarán, beneficios múltiples desde el apoyo social, la

[21] www.Adicciones.org .Dr. Saúl Alvarado

colaboración y un ambiente que favorece la abstinencia. Es evidente que los terapeutas también se esfuerzan por formar parte de la red de apoyo de sus pacientes, pero lo que es vital es que los pacientes con abuso de sustancias tengan amigos que estén al margen de las drogas en su vida cotidiana y durante su "trayecto".

Grupos de autoayuda

Uno de los recursos más valiosos y disponibles para promover y sostener la recuperación de las adiciones son los grupos de autoayuda.

Estos grupos son formados por adictos en proceso de recuperación que sostienen reuniones regulares, donde se comparten experiencias, fortalezas y esperanzas relativas al proceso de recuperación de los integrantes.

El objetivo de los grupos es el de proveer una red de apoyo para mantener la recuperación de sus miembros. Usualmente estos grupos forman parte de fraternidades internacionales que operan como organizaciones sin fines de lucro, auto sostenida por sus integrantes. De todas estas fraternidades la más conocidas son las basadas en los *Doce Pasos y las Doce Tradiciones* tales como *Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos*. Los grupos de Doce Pasos se sostienen con sus propios recursos y mantienen la adherencia a principios espirituales, entre los que está el del anonimato. El único requisito para ser miembro es el deseo de entrar en abstinencia o de recuperarse.

Los grupos de autoayuda, al proveer la capacidad de tener acceso a una red a ayuda mutua de manera instantánea y presente en muchos países del mundo, es un recurso inigualable tanto para las personas en recuperación, como para los que quieren dejar de usar y recuperarse, así como para todos los profesionales que trabajan en el área de tratamiento de las adicciones.[22]

[22] http://elmistico.com.ar/autoayuda.htm

MATERIALES Y MÉTODOS

A continuación exponemos los materiales y métodos que nos permitieron llevar a cabo la presente investigación:

Material y Método 1:

La observación: Consiste en poner atención sobre los hechos, cosas o fenómenos de la realidad, para captar sus características más notables, se caracteriza por ser un examen de fenómenos o acontecimientos actuales, tal como se producen en el momento presente y no sobre hechos del pasado.[23]

Material y Método 2:

Encuesta: Es una investigación realizada sobre una muestra de sujetos representativa de un colectivo más amplio, se recoge información por escrito sobre el tema de la investigación para lo cual se vale de un cuestionario debidamente estandarizado y esquematizado, que es entregado a las personas para ser llenado libremente,[24] esta técnica fue aplicada en forma colectiva al total de la población que en ese momento contaba la clínica; en un tiempo de duración de 40 minutos se utilizaron preguntas categorizadas o de elección múltiple con preguntas cerradas que, dentro de los extremos de una escala permiten una serie de alternativas de respuestas cuyos matices son fijados de antemano.

Material y Método 3:

Entrevista:

La entrevista que según Ander-Egg (1986) consiste en una conversación entre dos personas por lo menos, en la cual uno es el entrevistador y otro u otros son los entrevistados; estas personas dialogan con arreglo a ciertos esquemas o pautas acerca de un problema en cuestión determinada, teniendo un propósito profesional [25] . La entrevista fue focalizada se utilizaron preguntas abiertas en las que el entrevistado construyo las respuestas con su propio vocabulario, expresando todo cuanto desea sobre la cuestión planteada y sin tener ningún límite para su respuesta. Es uno de los instrumentos más utilizados fue dirigidas a los funcionarios de esta institución y al personal que labora dentro de la clínica con la finalidad de conocer algunos aspectos relacionadas con el proceso terapéutico y las

[23] Texto metodológico de la investigación Pág. 64
[24] Texto metodológico de la investigación Pág. 93
[25] Texto metodológico de la investigación, Pág.193.

intervenciones en los adictos para de acuerdo a esto lograr hacer la interpretación adecuada de los fenómenos de estudio encontrados.

Luego de realizar la correspondiente evaluación de las diferentes etapas del proyecto, procederemos a la presentación de las conclusiones que se elaborarán de acuerdo a la información teórica, técnica y práctica asimiladas durante el período de nuestro trabajo.

RESULTADOS

ENCUESTA APLICADA A LOS PACIENTES DEL CENTRO TERAPÉUTICO "POSADA SOLIDARIA"

1. ¿Usted ingreso de forma voluntaria?

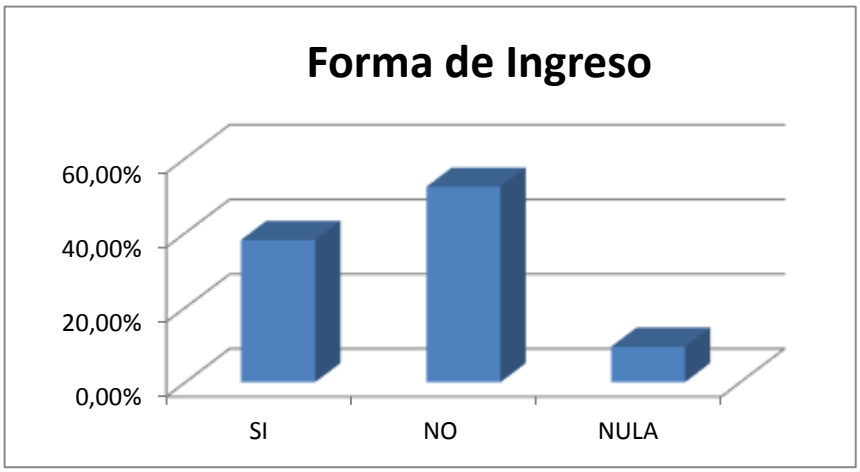
Cuadro # 1

SI	NO	NULA	TOTAL
8	11	2	21
38,10%	52,38%	9,52%	1

Fuente: Encuesta a pacientes de posada solidaria

Elaboración: Las autores

Grafico # 3



Fuente: Encuesta a pacientes de posada solidaria

Elaboración: Los autores

El 52% de los pacientes ingresan de forma obligada por parte de sus familiares, frente al 38% que si lo hacen de forma voluntaria y están conscientes de su problema, también tenemos un porcentaje menor de 10% que no manifestó su forma de ingreso.

2.- De manera acertada señale su problema:

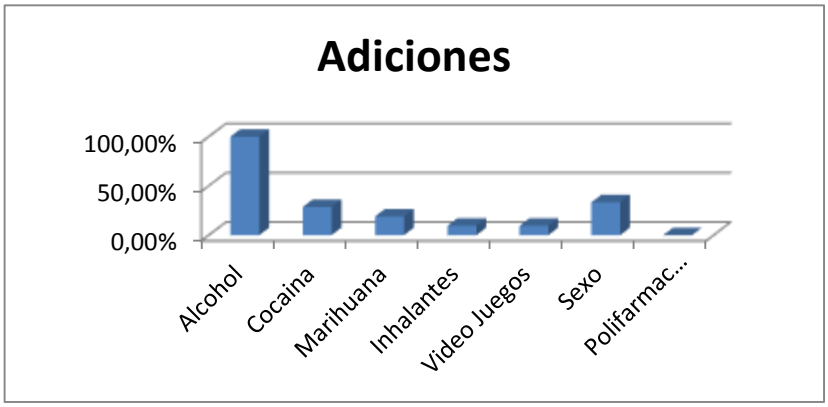
Cuadro # 2

Adicción	Frecuencia	%
Alcohol	21	100,00%
Cocaína	6	28,57%
Marihuana	4	19,05%
Inhalantes	2	9,52%
Video Juegos	2	9,52%
Sexo	7	33,33%
Polifarmacodependencia	0	0,00%
Total Encuestados	21	

Fuente: Encuesta a pacientes de posada solidaria

Elaboración: Los autores

Grafico # 4



Fuente: Encuesta a pacientes de posada solidaria

Elaboración: Los autores

El 100% de ellos tienen problemas de alcohol, adicionando el 33% con adiciones sexuales, 28% con problemas de conducta, el 28% de estos pacientes poseen adición a la cocaína y el 19% también con marihuana, y en un bajo porcentaje del 9% a los inhalantes y juegos.

3. ¿Señale los profesionales de los cuales recibe atención?

Cuadro # 3

Profesionales	Frecuencia	%
Psicólogo Clínico		0,00%
Terapista Vivencial	21	100,00%
Médico Psiquiatra	11	52,38%
Médico General	19	90,48%
Trabajadora Social	19	90,48%
Psicorehabilitador	15	71,43%
Enfermera	18	85,71%

Fuente: Encuesta a pacientes de posada solidaria

Elaboración: Los autores

Grafico # 5

Fuente: Encuesta a pacientes de posada solidaria

Elaborado: Los autores.

El 100% son atendidos por el terapista vivencial, seguido con el 90% por el médico general y la trabajadora social, mientras que le psicorehabilitador atiende al 71% y el psiquiatra al 52%, como podemos observar no existe atención por parte del psicólogo clínico, debido a que no existe este profesional en este centro.

4. ¿Cree usted que la atención que recibe en el centro le ayuda a superar su problema?

Cuadro # 4

SI	NO	NULA	TOTAL
20	1	0	21
95,24%	4,76%	0,00%	100%

Fuente: Encuesta a pacientes de posada solidaria

Elaborado: Los autores.

Gráfico # 6

Fuente: Encuesta a pacientes de posada solidaria

Elaborado: Los autores.

Un 95% de los pacientes que se encuentran internos están satisfechos con la atención en el centro, solamente existiendo el 4% no se encuentra conforme con el desempeño del centro.

5. ¿Cuántos ingresos ha tenido en este centro?

Cuadro # 5

Profesionales	Frecuencia	%
Una vez	13	61,90%
Dos veces	7	33,33%
Tres veces	1	4,76%
Total Encuestados	21	100,00%

Fuente: Encuesta a pacientes de posada solidaria

Elaborado: Los autores.

Grafico # 7

Fuente: Encuesta a pacientes de posada solidaria

Elaborado: Los autores.

El 61% de los pacientes su ingreso es por primera vez, pacientes que han ingresado por segunda vez son el 33% y un bajo porcentaje de ellos por tercera vez que es el 4%.

6. ¿Recibe tratamiento farmacológico que le ayude a sentirse mejor?

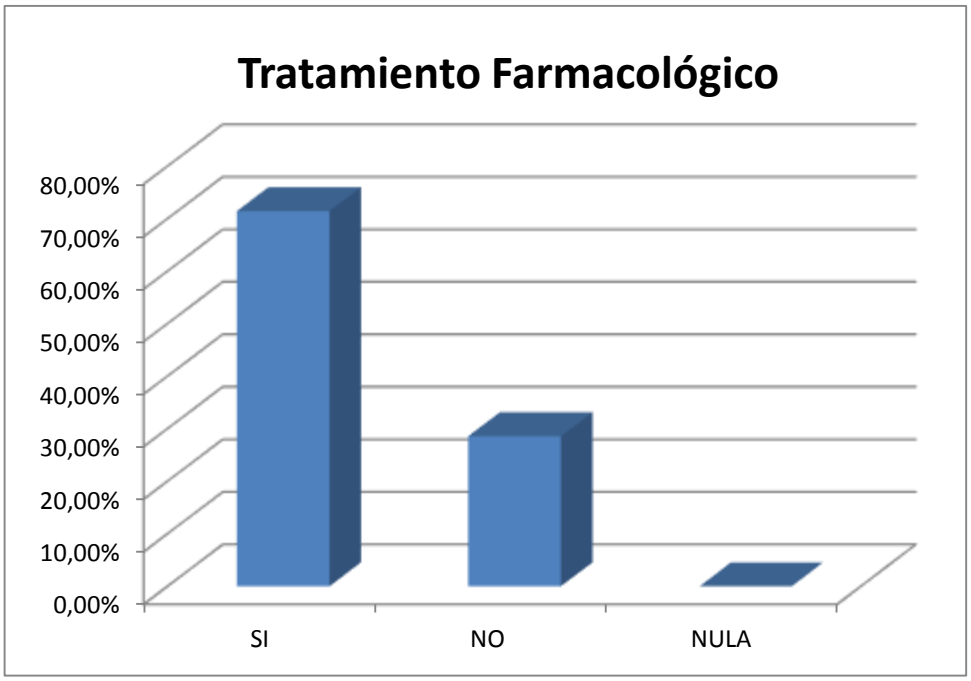
Cuadro # 6

SI	NO	NULA	TOTAL
15	6	0	21
71,43%	28,57%	0,00%	1

Fuente: Encuesta a pacientes de posada solidaria

Elaborado: Los autores.

Grafico # 8



Fuente: Encuesta a pacientes de posada solidaria

Elaborado: Las autores.

De los pacientes encuestados el 71% reciben tratamiento farmacológico, y un menor porcentaje el 28%, no necesitan ningún tipo de medicamentos.

7. ¿Le parece que la atención actual que brinda el centro, tiene errores que deben corregirse?

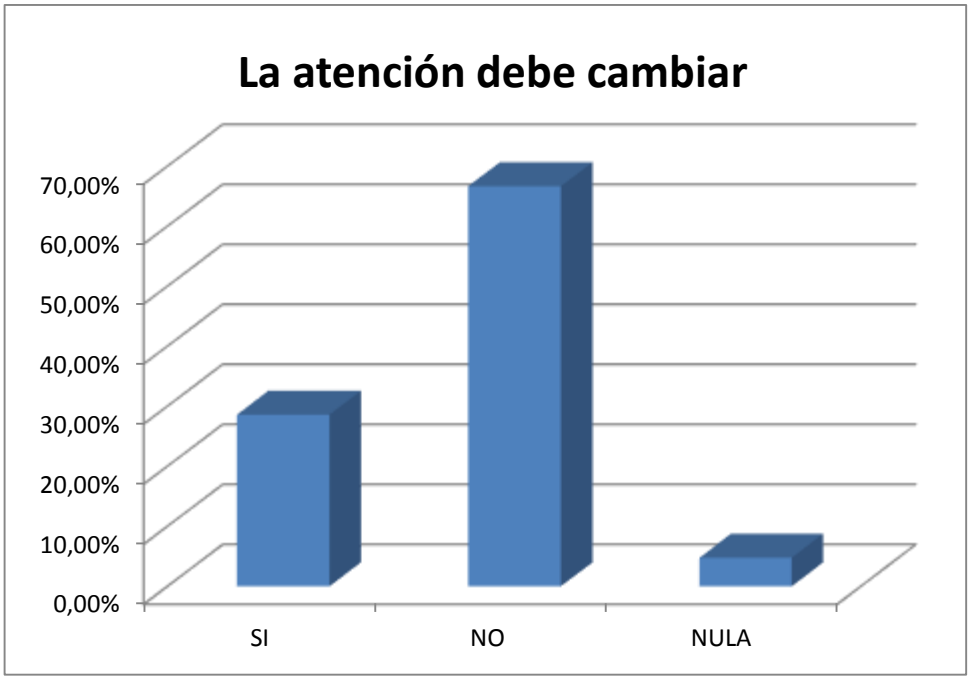
Cuadro # 7

SI	NO	NULA	TOTAL
6	14	1	21
28,57%	66,67%	4,76%	100%

Fuente: Encuesta a pacientes de posada solidaria

Elaborado: Las autoras.

Gráfico # 9



Fuente: Encuesta a pacientes de posada solidaria

Elaborado: Las autoras.

Según los pacientes encuestados el 66% de ellos manifiestan que la atención es adecuada y que se debe mantener, mientras que el 28% de pacientes manifiestan que el centro debe manifestar cambios en sus procesos de atención.

8 ¿Ha recibido terapia conjuntamente con miembros de su familia?

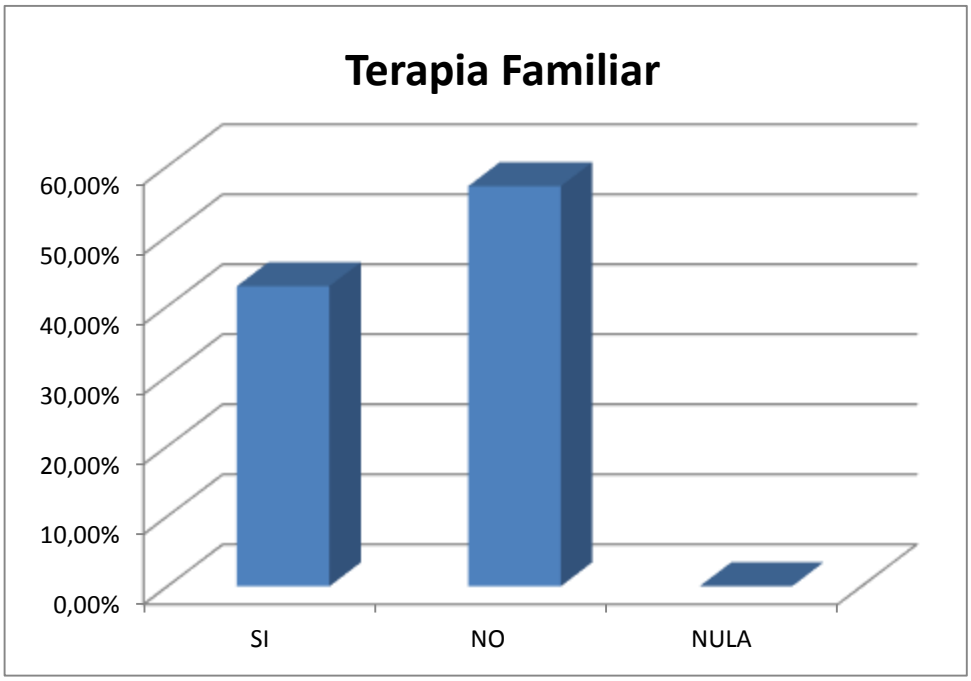
Cuadro # 8

SI	NO	NULA	TOTAL
9	12	0	21
42,86%	57,14%	0,00%	100%

Fuente: Encuesta a pacientes de posada solidaria

Elaborado: Las autoras.

Gráfico # 10



Fuente: Encuesta a pacientes de posada solidaria

Elaborado: Las autoras.

En cuanto a la terapia familiar el 57% de los encuestados manifiestan que esta terapia no la han recibido y el 42% manifiestan que si han tenido intervención familiar.

9. ¿Cree usted que el centro brinda e apoyo suficiente para que luego del internamiento pueda sentirse en un ser útil e independiente de su adicción?

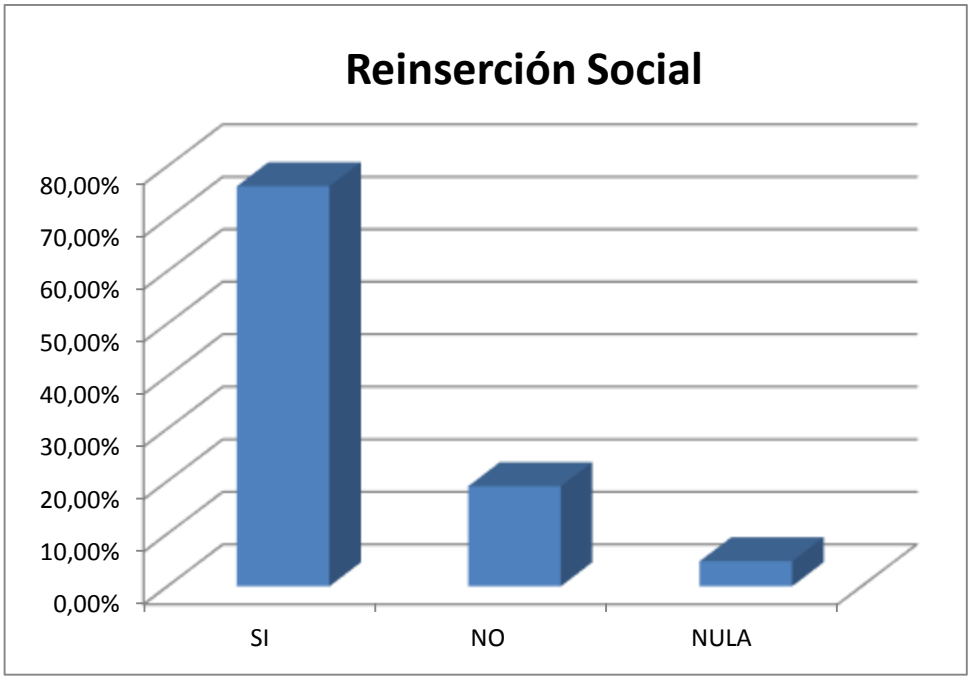
Cuadro # 9

SI	NO	NULA	TOTAL
16	4	1	21
76,19%	19,05%	4,76%	100%

Fuente: Encuesta a pacientes de posada solidaria

Elaborado: Las autoras.

Gráfico # 11



Fuente: Encuesta a pacientes de posada solidaria

Elaborado: Las autoras.

El 76% de los encuestados manifiestan que han recibido apoyo para su reinserción a la vida social y que están capacitados y preparados para integrarse a la vida normal, mientras el 19% expone que no tiene la capacidad para poder reintegrarse y solamente el 4% no contesta.

10. ¿El Centro brinda ayuda mediante terapia para que usted pueda desarrollar sus habilidades las mismas que pueden ser utilizadas en su ámbito laboral?

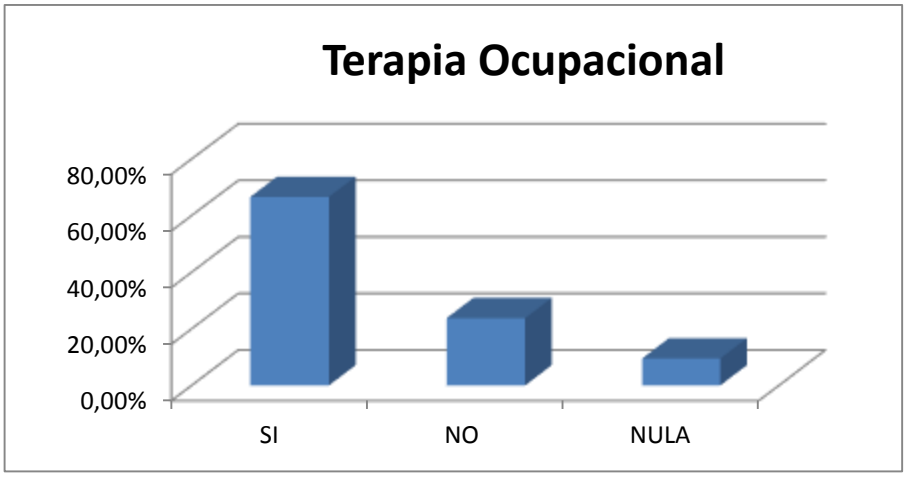
Cuadro # 10

SI	NO	NULA	TOTAL
14	5	2	21
66,67%	23,81%	9,52%	100%

Fuente: Encuesta a pacientes de posada solidaria

Elaborado: Las autoras.

Gráfico # 12



Fuente: Encuesta a pacientes de posada solidaria

Elaborado: Las autoras.

El 66%, manifiesta que ha tenido la preparación para ejercer una ocupación cuando sea reintegrado a la sociedad y el 23% no han recibido este tratamiento, el 9% de los pacientes no contestan.

ENTREVISTA A LOS PROFESIONALES DEL CENTRO TERAPÉUTICO "POSADA SOLIDARIA"

La presente entrevista permitió conocer la forma de intervención de cada uno de los profesionales que laboran en el centro, las preguntas fueron realizadas de acuerdo al perfil de cada uno de ellos. Ver Anexo 2.

-Terapista Vivencial:

Su recuperación ha sido hace dos años durante los cuales no ha tenido recaídas, su función principal es la de compartir sus experiencias con la finalidad de que los pacientes no cometan los errores que para él fueron graves y lo llevaron a perder su familia y su trabajo, las herramientas que utiliza son videos, charlas y terapias físicas, con lo que quiere conseguir: reinsertar a los pacientes, llevar un mensaje positivo sin aplicar fuerza ni maltrato, basándose siempre en la parte espiritual, está convencido que los pacientes que salen del centro salen a formar parte de otros grupos y a brindar su apoyo a otros enfermos que lo necesitan.

La terapia vivencial cubre la mayor parte del tiempo en todo el proceso de recuperación.

- Psicorrehabilitador :

Manifiesta que los pasos que realiza son la conceptualización del proceso y la observación, luego define el problema re-conceptualizar la intervención, y la auto observación del paciente, luego genera alternativas y por último el mantenimiento, generalización y prevención de recaídas. Dentro de los procesos generales manifiestan que son adaptación, determinación y prevención. Manifiesta también que el tratamiento que está siendo aplicado en el centro está dando resultados porque se trabaja las áreas afectadas como pensamiento afecto y conducta, resalta también que las terapias familiares no son las adecuadas, por ellos no se ha logrado en algunos pacientes su verdadera reinserción. Cree que el falta personal calificado para completar ciertos procesos o terapias que serán de mejor ayuda para la rehabilitación de los pacientes. El principal método que se utiliza en la rehabilitación de los pacientes es la filosofía de los doce pasos y la terapia vivencial.

- Médico General:

Manifiesta que solamente da apoyo farmacológico cuando un paciente lo requiere, pero trabaja fuera del centro Posada Solidaria, refiere también que hay una falta de capacitación en los operadores terapéuticos y técnicas, dentro de los instrumentos de

valoración psicológica se cuenta con historia clínica, test psicométricos y registro de los datos personales de los pacientes.

- Enfermera:

Su labor profesional es la de cumplir instructivos de parte del médico y proporcionar el medicamento al paciente, llevar control de signos vitales, brinda al paciente los primeros auxilios en caso que se requiera informando de todas estas actividades al médico en caso de que el paciente se complique.

- Trabajadora Social:

Manifiesta que su trabajo lo realiza en intervención, aliviar las necesidades, limitaciones y, en definitiva, presiones mencionadas como factores desencadenantes de situaciones problemáticas o de malestar social. Se trata de un proceso que transcurre desde el exterior hacia el interior de las personas que solicitan la ayuda social.

DISCUSIÓN

En la presente investigación hemos llegado a concretar que el Centro de Rehabilitación Terapéutica “Posada Solidaria” en un gran porcentaje los ingresos de los pacientes son involuntarios esto se debe a que no se ha fomentado un plan de intervención primaria para crear en los internos y en sus familiares la conciencia de enfermedad con lo cual resultaría más exitoso el plan de recuperación.

El centro cuenta con profesionales y terapistas vivenciales, que ayudan en parte en su recuperación, pero no en su totalidad, notándose esto en las continuas recaídas y reingresos de los pacientes, esto es debido a la falta de técnicas apropiadas de intervención secundaria y terciaria. Podemos observar según los resultados cuantitativos que todos los pacientes no son atendidos por el total de los profesionales que laboran en el centro, pudiendo afirmar que la mayor atención la reciben por parte del terapista vivencial, el médico y la psicorrehabilitadora, existiendo una total ausencia en la atención de un psicólogo clínico el mismo que tiene el perfil adecuado para llevar la terapia de forma exitosa, siendo esta una de las debilidades más trascendentales de la institución. Hemos analizado que lo importante sería un trabajo interdisciplinario que permita con psicoterapia de apoyo y relajación disminuir síntomas de abstinencia, y evitar de esta forma una dependencia farmacológica en lo posterior.

Se debería fomentar la implementación de las terapias familiares, que de acuerdo al estudio se la realiza de forma esporádica y sin la importancia adecuada, debiéndose esto a diversos inconvenientes ya sea por problemas emocionales del paciente hacia sus familiares o porque los familiares no consideran que son parte fundamental en la recuperación, esto se podría lograr con un compromiso de los familiares los mismos que tienen que ser parte activa en el proceso de aplicación del tratamiento para la recuperación del paciente. Del mismo modo el centro debe incentivar a la asistencia a estas terapias y programar sesiones de forma continua.

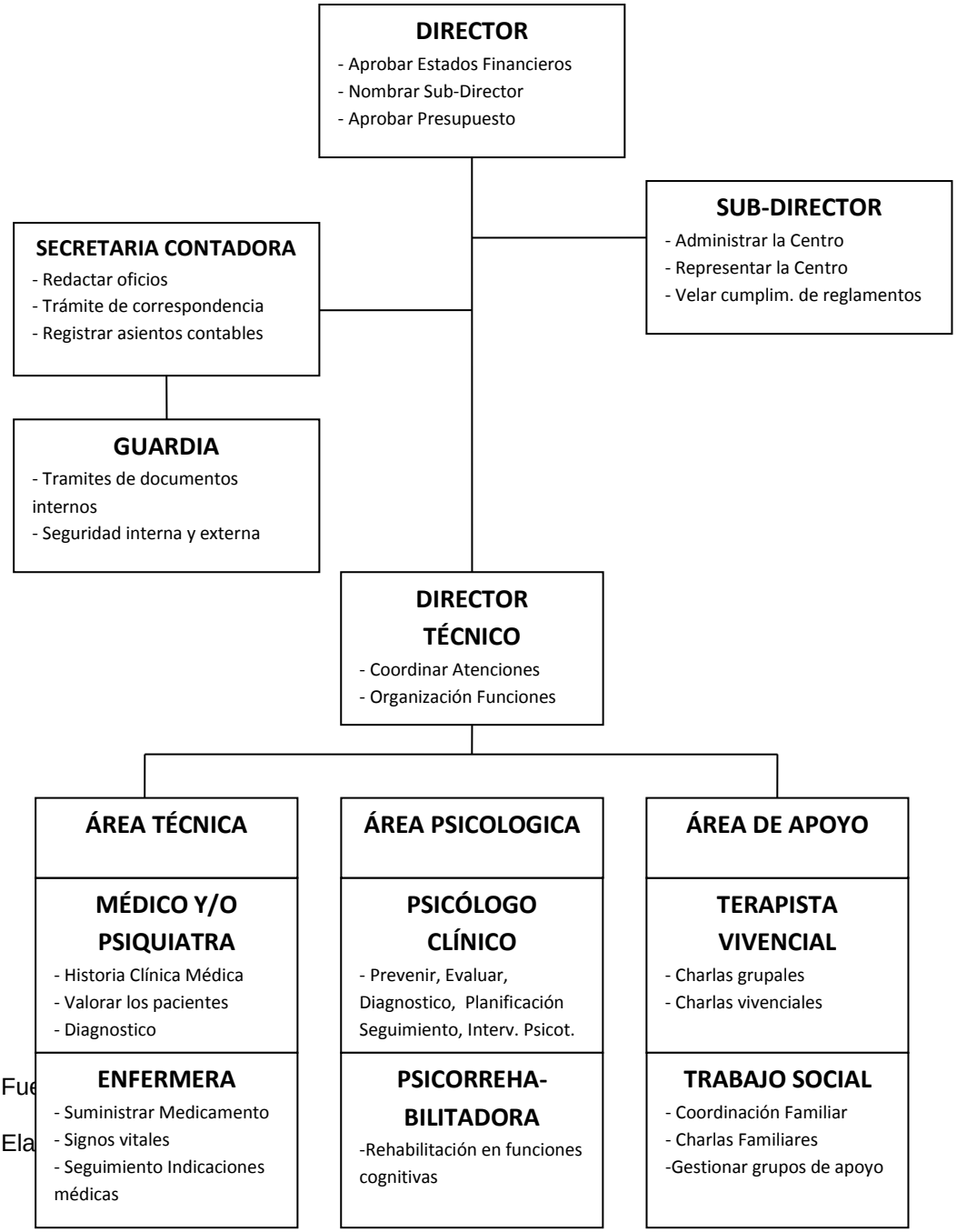
Es primordial afianzar los tratamientos de prevención de recaídas, en lo posible se tendrá que modificar técnicas y terapias para conseguir resultados más aceptables en este proceso. La mayor parte de los pacientes manifiestan que si están preparados para la reinserción social, datos que se observan contradictorios pues, hay un alto porcentaje de reingresos de dos y hasta tres veces, por lo cual se debe insistir en crear una planificación en intervención terciaria de forma estructurada la misma que permitirá reinsertar a los internos de forma efectiva.

Otro espacio significativo que tiene una perspectiva insuficientemente orientada es la terapia ocupacional, pues no está encausada en la salud mental ni en las habilidades individuales del paciente como debería ser, sino por el contrario estaría orientándose a una actividad grupal que en lo posterior puede servir para generar ingresos económicos al salir del centro en caso de que la actividad que realizaron dentro del proceso de rehabilitación sea de su agrado y cumpla sus expectativas, caso contrario se convierte en una acción para el tiempo libre que no se enfoca en generar una actividad laboral en la mayoría de los casos. Por ello es necesario tener en consideración el cambio al verdadero objetivo de la terapia ocupacional, tratando de que el paciente se sienta útil para sí y para la sociedad, logrando siempre elevar el autoestima.

Finalmente es necesario desarrollar un organigrama funcional del centro como resultado del estudio realizado, el mismo que presentamos a continuación:

Organigrama funcional del Centro (propuesto)

Gráfico # 13



Fue

Ela

CONCLUSIONES

- ✓ El Método aplicado para la recuperación del adicto en el centro “Posada Solidaría”, en intervención secundaria y terciaria, está dando resultados insatisfactorios para los pacientes que ingresan en esta Institución, y no cumplen con el objetivo principal del centro, que es la de rehabilitar al adicto, esto se debe a la falta de personal con el perfil adecuado para llevar a cabo las terapias de forma efectiva.
- ✓ La ausencia de profesionales como el psicólogo clínico no permite la aplicación de las diferentes técnicas de intervención, supliendo estas funciones el terapista vivencial, el cual no logra realizarlas en su totalidad.
- ✓ Faltan planes de intervención secundaria y terciaria definidos los cuales sirvan de guía para que los profesionales puedan evaluar al paciente de acuerdo a su progreso y las terapias aplicadas a él.
- ✓ Los métodos utilizados en el paciente para la reinserción social y prevención de recaídas son efectuados sin un plan concreto de intervención, esto se puede constatar con las continuas recaídas.

PLAN DE INTERVENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA

INTERVENCIÓN SECUNDARIA

INTRODUCCIÓN.

La adicción es un problema bio-psico-social que afecta todas las áreas de un paciente, comprender que la adicción a cualquier sustancia psicoactiva son enfermedades crónicas, progresivas, que genera compulsión a las recaídas, pérdida de control y el uso continuo a pesar de las consecuencias negativas requiere una intervención eficaz puesto que el individuo ha sobrepasado las barreras de la intervención primaria.

El abordaje se lo realizará con el modelo de psicoterapia integrativa, esta intervención constara no solo en el contexto individual si no también con la familia.

Vencer la negación, identificar los mecanismos de defensa que son barreras para su propia recuperación son una base fundamental en el proceso de cambio. La instauración terapias grupales junto los grupos de auto ayuda bien orientados en donde la interacción sea continua conducirá al paciente a una recuperación más eficaz.

El trabajo con la familia desde el punto de vista de la codependencia será desarrollado para proporcionar la recuperación de la misma, el trabajo con la pareja estará enfocado en la recuperación emocional, mantener la relación saludable y corregir una serie de cogniciones disfuncionales.

La terapia ocupacional promoverá la independencia en todas las áreas de la vida, teniendo en cuenta la intervención terciaria que se enfocara en la reinserción social y la prevención de recaídas devolviendo a la sociedad entes predispuestos y con las herramientas necesarias para que su calidad de vida se desarrolle en óptimas condiciones.

OBJETIVO GENERAL:

Implementar procedimientos y funciones en intervención secundaria en el Centro de Rehabilitación Terapéutico Posada Solidaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Intervenir en el grupo vulnerable detectado por prevención primaria para lograr la reducción del número de personas con problemas de consumo de drogas evitando el avance en el deterioro de la Salud.

2. Generar un clima propicio para la aceptación de las medidas diagnósticas y terapéuticas precoces y encauzar correctamente los casos detectados.
3. Brindar pautas para un tratamiento efectivo que permita la recuperación integral de los pacientes.
4. Desarrollar los planes de intervención para las terapias individuales, grupales, de familia, pareja y grupos de autoayuda.

Estructura general de sesiones

Cuadro # 14

Estructura general	Estrategias participativas
TERAPIA	**INDIVIDUAL**
Sesión I	Fase I: Motivación.
Sesión II	**FASE DE DESINTOXICACIÓN**: Intervención psicoterapéutica
Sesión III	Iniciar la evaluación psicológica
Sesión IV	Finalizar la realización de la historia clínica
Sesión V	Lograr una abstinencia estable.
Sesión VI	Trabajar en reestructuración cognitiva en los pacientes.
Sesión VII	Reestructuración de pensamientos automáticos
Sesión VIII	**FASE DE DESHABITUACIÓN**: Instaurar hábitos saludables.
Sesión IX	Instaurar hábitos saludables
Sesión X	Ver intervención terciaria.
Sesión XI	Ver intervención terciaria.
Sesión XII	Ver intervención terciaria.
TERAPIA DE	**GRUPO**
Sesión I	1.- Etapa de formación 2.- Etapa de inicio. 3.- Fase de normalización.
Sesión II	Confrontación.
Sesión III	Conciencia de enfermedad

Sesión IV	Socialización de los procesos de abstinencia.
Sesión V	1. Deseo y deshabituación psicológica 2. Intervención terciaria.
Sesión VI	Efectos negativos asociados al consumo. Manejo de la Frustración
Sesión VII	La afectividad.
Sesión VIII	Control de impulsos.
Sesión IX	Baja tolerancia a la frustración e impulsividad
Sesión X	Estilos de vida saludable.
Sesión XI	Autoestima
Sesión XII	Vida familiar
TERAPIA FAMILIAR	
Sesión I	La codependencia
Sesión II	Elementos de la codependencia.
Sesión III	Disminuir las barreras del tratamiento
Sesión IV	Los roles de la familia
Sesión V	La sobreprotección al adicto
Sesión VI	Mejorando mí autoestima.
Sesión VII	Estilos de vida saludable.
Sesión VIII	Posición emocional de cada miembro de la familia.
TERAPIA DE PAREJA	
Sesión I	Evaluación y conceptualización de los problemas de pareja
Sesión II	Manejo de la hostilidad personal y

	del cónyuge.
Sesión III	Evaluación diagnostica de la pareja.
Sesión IV	Resolución de problemas en la pareja.
Sesión V	Reestructuración cognitiva.
Sesión VI	Mejorando nuestra comunicación.
Sesión VII	La conciliación.
TERAPIA OCUPACIONAL	
Sesión I	Área ocupacional de mantenimiento
Sesión II	Área ocupacional productiva
Sesión III	Área ocupacional de ocio
GRUPO DE APOYO	
Sesión 1…12	Trabajo de los doce pasos

Fuente: Investigación

Autor: Las Autoras

DESARROLLO

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

En la psicoterapia individual un terapeuta establece un contacto profesional con un paciente y lleva a cabo intervenciones terapéuticas verbales y no verbales con el objetivo de aliviar el malestar psicológico, cambiar el comportamiento o estimular el crecimiento y el desarrollo de la personalidad.

En la primera fase se tratara de motivar al paciente, brindar psicoterapia de apoyo.

En la fase de desintoxicación de acuerdo a la estabilidad del paciente, superados síntomas de abstinencia se trabajara con la historia clínica.

En la fase de deshabituación se llevara un registro de las sesiones trabajadas individualmente.

De acuerdo a la investigación en la cantidad de pacientes que ingresan se ha tomado un aproximado y se atenderá de forma individual tres pacientes en la mañana y tres en la tarde por día una vez a la semana, llevando el registro de historia clínica y el numero de sesiones correspondientes.

Aumento de la autoconciencia en un ambiente de privacidad. Despliegue de la intimidad y poder compartirlo con otro. Desarrollo de una intensa y directa relación transferencial. Intensifica la atención durante períodos de crisis.

En el internamiento con el trabajo individual se logrará romper el ciclo de la adicción, establecer abstinencia temprana, iniciar cambios positivos en su actitud, logrando cambios en su estilo de vida y conducta.

SESIÓN I

PRIMERA SEMANA: FASE DE MOTIVACIÓN.

Objetivo general: Lograr conciencia de enfermedad.

Objetivos específicos:

- Motivar a pacientes para que su ingreso a la clínica se de preferentemente por su propia voluntad.
- Trabajar en aceptación, orientación y canalización de su problema.
- Diagnosticar adicción
- Organizar grupos para el trabajo de las siguientes intervenciones.

INFORMACIÓN

Este trabajo se realiza antes del internamiento con las personas identificadas dentro de intervención primaria trabajo que se lo realizara individual.

Aquí se aplicara un cuestionario para la detección del consumo, se motivara a que el paciente acepte su problema e ingrese preferentemente por su propia voluntad.

Mediante la entrevista se obtiene una visión global del problema adictivo, de los recursos con los que contamos para el tratamiento, de la motivación del individuo.

Se aplicara el cuestionario de evaluación CAGE, AUDI.

SESIÓN II

SEGUNDA SEMANA: FASE DE DESINTOXICACIÓN.

Objetivo general: Intervenir en el proceso psicoterapéutico

Objetivo especifico:

- Establecer una relación terapéutica apropiada
- Disminuir o atenuar los síntomas brindado psicoterapia de apoyo en el proceso de abstinencia.

Información de la terapia: En este proceso no se podrá intervenir directamente en la evaluación ya que los síntomas presentados por abstinencia estarán presentes en algunos casos y dificultaría la intervención. Seria deseable inclusive que se pueda delinear en este primer contacto un esbozo de la historia clínica psicológica; esto sin embargo, no siempre es posible ni conveniente. El interrogatorio rígido o inquisidor, cumple si con fines investigativos, pero puede ser observables. Indudablemente la primera entrevista cumple con este propósito.

No obstante, el individuo afectado regularmente orienta su exposición hacia el tema que considera central de su problemática aunque no lo haga en la forma más sistematizada y busque en ocasiones hacer historias innecesarias remontadas a etapas muy tempranas de su vida. Por esta circunstancia, la recolección de información debe conducirse de tal manera que cumpla con algunos objetivos fundamentales en este trabajo.

SESIÓN III

TERCERA SEMANA: FASE DE DESINTOXICACIÓN

Objetivo general: Iniciar con la Evaluación psicológica.

Objetivos específicos:

- Manejar historia clínica psicológica
- Manejar rapor.
- Estructuración y afianzamiento de la relación terapéutica.
- Llegar a una aproximación diagnóstica tomando en cuenta la etiopatogenia, diagnostico de personalidad.
- Planificación.

INFORMACIÓN:

Para el manejo del rapport: el terapeuta demostrara interés, un entendimiento mutuo, un respeto y un interés sostenido que deberá comunicarse desde el primer contacto hasta el último.

Algunas de las tácticas que se emplean al inicio de la relación constituyen la conversación sobre temas diferentes, la recolección de datos informativos que suelen ser fáciles en sus respuestas, la cordialidad con que se recibe al paciente, la evitación de esperas largas, el tono de voz amable del terapeuta.

En la estructuración y afianzamiento de la relación terapéutica se analizara con el paciente una visión general sobre la psicoterapia como forma de tratamiento, los roles u conductas del paciente y terapeuta, la presencia de fenómenos afectivos durante el trascurso de la terapia, la formulación realista sobre las expectativas de la psicoterapia y las limitaciones de la misma, la duración aproximada de las sesiones y del tratamiento, las técnicas factibles de emplearse en psicoterapia.

Aproximación diagnóstica

Dentro de la elaboración de la historia clínica se tendrá en cuenta la etiopatogenia del trastorno a través de una búsqueda selectiva que exija un trabajo analítico –sintético del terapeuta y que atienda a los síntomas principales, a la estructura del grupo

familiar, el diagnóstico de personalidad, actitudes y motivaciones para el tratamiento. Una visión general sobre la psicoterapia como forma de tratamiento.

Planificación.

La planificación la realizara sin la relación directa para evitar las improvisaciones y aplicaciones subjetivas e intuitivas, esto le ayudara a clarificar sus metas u objetivos que se perseguirán con el paciente.

SESIÓN IV

CUARTA: FASE DE DESINTOXICACIÓN

Objetivo general: Finalizar la realización de la historia clínica psicológica.

Objetivos específicos:

- Aplicar reactivos, test, cuestionarios.
- Llegar a un diagnostico definitivo
- Determinar las técnicas o procedimientos más eficaces.

Información de la terapia:

De acuerdo a la valoración del paciente se aplicara un h.t.p, escala de depresión, escala de ansiedad etc.

Para el diagnostico definitivo se tomara en cuenta el comportamientos durante la evaluación, la relación establecida con el entrevistador, su historia familiar, los aspectos cognitivos e intelectuales, los aspectos afectivos, las relaciones interpersonales, los reactivos psicológicos, la impresión diagnostica

SESIÓN V

QUINTA SEMANA: FASE DE DESHABITUACIÓN

Objetivo general: Lograr una abstinencia estable.

Objetivos específicos:

- Superar la negación.
- Realizar el seguimiento de los pacientes.
- Aplicar técnicas de intervención.

Información de la terapia:

El psicólogo clínico se fundamentara en los objetivos que se persiguen en el tratamiento y en las condiciones del paciente.

Se puede aplicar la técnica de reestructuración cognitiva.

Esta técnica pretenden modificar las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas que influyen sobre el proceso de recuperación terapéutica. Ej.: “superado el síndrome de abstinencia ya estoy curado", etc.

Los pasos son: identificar los pensamientos negativos, evaluar el contenido de los pensamientos, plantear esos pensamientos como hipótesis y ponerlos a prueba mediante el diálogo socrático y las pruebas de realidad.

SESIÓN VI

SEXTA SEMANA: FASE DE DESHABITUACIÓN

Objetivo general: Trabajar en restructuración cognitiva con los pacientes.

Objetivos específicos:

- Analizar los diferentes pensamientos, que provocan deseo de consumo.
- Generar respuestas saludables ante las situaciones que provocan el deseo.

Información de la técnica. Este tipo de procedimiento tiene como finalidad modificar creencias irracionales y las distorsiones cognitivas que presentan las drogodependientes y que median en su proceso de recuperación terapéutico.

TÉCNICA DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA El terapeuta analizara junto con el paciente algunas situaciones que pueden incrementar el craving estas pueden ser situaciones en las que se ha consumido en el pasado, situaciones desagradables para el sujeto, estados emocionales negativos, disponibilidad de dinero, soledad, etc. Algunas de estas situaciones son estímulos externos y otras son estímulos internos.

Cuadro # 15

Situación	Pensamiento	Emoción	Acción

Describir la situación que desencadena el deseo	Anotar los pensamientos automáticos	Especificar las emociones	Generar respuestas racionales alternativas

Fuente: Conductas adictivas

Autor: José Graña Gómez

SESIÓN VII

SÉPTIMA SEMANA: FASE DE DESHABITUACIÓN

Objetivo general: Reestructurar pensamientos automáticos.

Objetivos específicos:

- Detectar los pensamientos automáticos para cambiarlos por pensamientos más saludables.
- Cambiar pensamientos automáticos por pensamientos alternativos, mejores adaptados

Información de la terapia

El Modelo considera los pensamientos nucleares (ej. "para ser feliz debo tomar drogas") como los pensamientos fundamentales en la adicción. Estas creencias junto a los estímulos internos o externos desencadenarían los pensamientos automáticos (ej. "Voy a comprar coca"). Los pensamientos automáticos estarían directamente relacionados con el deseo o craving.

TÉCNICA: Tarjetas Flash

– Explicar: pensamientos automáticos, permisivos y pensamientos de control

- Encontrar pensamientos de control en los que pueda reflexionar cuando le aparezca el deseo de consumir (Ej. "Puedo vivir sin drogas", "Voy a mantener mi abstinencia solo por hoy", "Puedo aprender a vivir sin drogas".
- El terapeuta instiga al sujeto para que proponga frases

SESIÓN VIII

OCTAVA SEMANA: FASE DE DESHABITUACIÓN

Objetivo general: Instaurar hábitos saludables.

Objetivos específicos:

- Generar cambios de actitud y cambio en estilos de vida.
- Expresar emociones negativas, resentimientos, conflictos no resueltos para modificar la misma.
- Identificar emociones no resueltas en la niñez para mejorar comunicaciones afectuosas

Información de la terapia. El autocontrol se refiere a una serie de técnicas conductuales en las que el mismo individuo deliberada y racionalmente, maneja las circunstancias anteriores y posteriores a una conducta para modificar la misma.
En este caso se produce una modificación desde el control externo hasta el cambio interno automático.

TÉCNICAS DE AUTOCONTROL.

EL CONTROL DE ESTÍMULOS.

El terapeuta ayudara a identificar los eventos a modificarse para disminuir, aumentar o cambiar los estímulos.

LA AUTO OBSERVACIÓN

El paciente tomara conciencia de sus propias conductas inconscientes y automáticas que requieren un cambio de control.

AUTO INSTRUCCIÓN

Se instruirá al paciente a la inducciones de cambios conductuales a través de instrucciones, reafirmaciones o apoyos que el mismo se deba dar en las

circunstancias criticas, primero se modelara la conducta pensando en voz alta, tares que luego esta será efectuada por el mismo paciente dándose instrucciones en voz alta hasta que finalmente la instrucción se hará susurrando y en forma encubierta.

Entrenamiento de respuestas alternativas.

El terapeuta aleccionara en una serie de acciones opuestas o por lo menos diferentes tendientes a remplazar o interferir a las conductas indeseables.

TERAPIA DE GRUPO

El trabajo en grupo permite una participación continuada en la terapia, es crucial a largo plazo, contrarresta los patrones de pensamiento y de conducta que se observan en pacientes adictos, es la enfermedad de la negación, decepción, desilusión, va acompañado de aislamiento, vergüenza y deterioro de funcionalismo social, el trabajo en grupo le permitirá aceptar su falta de control, confiar en los demás para superar el problema.

SESIÓN I

Primera semana

LUNES

TEMA: Etapa de formación.

Objetivos específicos:

- Crear grupos de cohesión.
- Organizar los diferentes grupos de actividades, tanto para la designación de tareas como para el trabajo en terapia de grupo.
- Información acerca de la organización y la planificación dentro de la clínica.
- Estructuración y afianzamiento de la relación terapéutica.

INFORMACIÓN:

Esta es la primera semana de internamiento se enfocara en trabajos grupales durante toda la semana, para lograr el afianzamiento de la relación terapéutica, y socialización entre todos los internos en donde la interacción es la prioridad, se

realizara la elección del coordinador del grupo, el reconocimiento del área física y la designación de tareas.

Las actividades como la realización de periódicos murales enfocados a la conciencia de enfermedad, lecturas orientadas, recreación, hacer ejercicio físico y deporte será parte de esta primera semana de internamiento. La primera etapa generalmente no es terapéutica, pero sirve como base para crear cohesión y que el paciente este activo todo el día.

MIÉRCOLES

Tema: Etapa de Inicio.

Objetivos específicos:

- Trabajar por grupos afines se tomara en cuenta para los grupos situaciones específicas que estén relacionadas.

INFORMACIÓN:

En la etapa de inicio suele ser la más difícil y se caracteriza por la lucha de sus miembros por encontrar un lugar en el grupo. En esta etapa se trabajara el grupo con delicadeza para que pueda usarse el grupo de forma productiva, fácil para sus miembros e identificarse con otros cuyos problemas y características socio demográficos sean similares, se recomienda por ejemplo formar grupos cuyos miembros abusen de distintas drogas.

Se realizara la estructuración de la disciplina y la fijación de límites.

VIERNES

TEMA: FASE DE NORMALIZACIÓN.

OBJETIVOS

- Promover interacciones que logren la auto revelación.
- Instruir al grupo para las siguientes sesiones.

INFORMACIÓN:

En esta etapa es fundamental que los distintos miembros del grupo logren la auto revelación para promover que las interacciones surjan de forma espontánea que se puede definir como una revelación intencional de información personal y privada por

parte de un miembro para desarrollar expresiones de afecto, así como el insight, la autoaceptación y las habilidades para construir relaciones. (Lynn y Frauman).

SESIÓN II

TEMA: Confrontación

OBJETIVOS:

- Mantener abstinencia
- Identificar y controlar sentimientos negativos a través de la confrontación
- Motivar y estimular a los pacientes a manejar estrés y deseo de consumo.

Información:

En esta sesión psicoterapéutica se tratara específicamente de crear conciencia de enfermedad, prepararlo para la sinceridad, tolerancia y honestidad.

Aplicación de la técnica: Técnicas de cambio de actitud

El terapeuta tendrá en cuenta la forma empática con la que interviene en la terapia, interés cuidado y respeto.

Debe hacerse tomando como referencia una conducta inapropiada, aportando un ejemplo de otro miembro del grupo que se comporta de forma más apropiada en una situación similar.se presentara hechos objetivos , presentando al miembro del grupo una descripción detallada de la conducta inadecuada, excluyéndose de la averiguación, las explicaciones, las interpretaciones,, consejos y críticas sobre las otras características de la persona.

SESIÓN III

TEMA. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD.

OBJETIVO:

- Mecanismos de defensa
- Vencer la negación.

Información de la terapia.

La negación es un mecanismo de defensa que consiste en enfrentarse a los conflictos negando su existencia en un amplio rango de maniobras psicológicas

diseñadas para reducir la conciencia del hecho de que el uso es el motivo de los conflictos del individuo, más que una solución a estos conflictos. La negación se convierte en una parte integral de la enfermedad y un obstáculo importante para la recuperación.

Aplicación de la técnica: Instrucción.

El terapeuta explicara al paciente como hacer algo que necesita aprender, mediante esta técnica trata de centrar la atención de los miembros del grupo en esos aspectos relevantes , siendo esta mas relevante si lo que se instruye puede practicarse dentro del grupo y obtener un feedback inmediato sobre la conducta desarrollada(e. ej. Reconocer que tiene un problema.

Se lograra además a reconocerse como adicto.

Se le pide al paciente que indique cuáles son las características de un adicto (en general).

Una vez obtenida una amplia lista de características se le pide que indique una a una si él se ajusta a esa característica.

SESIÓN IV

FASE DE DESINTOXICACIÓN

TEMA: SOCIALIZACIÓN DE LOS PROCESOS DE ABSTINENCIA

OBJETIVO:

- Ilustrar el proceso de salida de las drogas.
- Utilizar el modelo de cambio en las adicciones
- Pedir que se especifique su caso concreto.

Información de la terapia.

Se tomara en cuenta los estadios del modelo de cambio en adicciones de Prochaska y DiClemente (1992) en los que considera el pre contemplación, contemplación, preparación, actuación, mantenimiento, recaída.

Aplicación de la técnica: Aportación de información

Este modelo es útil para alcanzar este objetivo se lo analiza en grupo para lograr la identificación con cada uno de los pacientes.

El terapeuta enseñara al grupo que la abstinencia es un proceso de desarrollo y de cambio global que tiene implicaciones en todas las facetas del individuo , el terapeuta describirá una serie de etapas convencionales para ilustrar a los integrantes del grupo el proceso de la salida de la droga, se le entregara de forma verbal o por escrito sobre el contenido a desarrollar en las sesiones que fueren convenientes acerca de los procesos de abstinencia .Esta información se proporciona para que el paciente pueda aprender a afrontar sus problemas y también sirve para ayudarle a corregir creencias erróneas sobre su propio proceso de recuperación.

El terapeuta refuerza la participación del los miembros del grupo para que especifiquen su caso concreto y evidencie en que etapa de cambio se encuentra, exponiendo sus experiencias concretas.

SESIÓN V

TEMA: DESEO Y DESHABITUACIÓN PSICOLÓGICA.

OBJETIVO: Entrenar a los miembros del grupo a discriminar el proceso de extinción del deseo.

Información de la terapia:

El proceso de extinción de cualquier conducta adictiva se caracteriza por la presencia del deseo que va a estar presente durante todo el proceso de recuperación terapéutica aunque su intensidad va a ir disminuyendo de forma gradual.

Tipo de deseo: deseo reforzado, interoceptivo, encubierto, condicionado a señales externas

Aplicación de la técnica: Restructuración cognitiva

El terapeuta presentara al grupo el aspecto de la terapia: el deseo como una respuesta predecible que se puede controlar favorablemente., se enfatiza sobre el deseo reforzado que al dejar de consumir los primeas semanas en el internamiento ya se ha roto el circulo por lo tanto ya es un logro.

Se entrena a los miembros del grupo sobre el deseo interoceptivo a que cada vez que experimenten el deseo lo puedan verbalizar, categorizar y procesar con la ayuda del terapeuta y de los demás miembros y que a medida que va desapareciendo este deseo se hace evidente el deseo encubierto siempre que se de este tipo de deseo se

instruirá al paciente para que no tome ningún tipo de decisión referente a su proceso terapéutico mientras se encuentre bajo su influencia.

Restructuración cognitiva en grupo.

La revelación de los pensamientos automáticos y las creencias irracionales puede hacerse de forma grupal.

Asignación de tarea para la semana:

Una vez elaborado el cuadro se le pide al sujeto que lo lea y reflexione sobre esos aspectos durante la semana. Sentimientos y pensamientos

Cuadro # 16

Situación	Emoción	Pensamiento automatico	Respuesta racional.

Fuente: Conductas adictivas

Autor: José Graña Gomez

El terapeuta circulo vicioso puede romperse sino se dispone de la droga osi el adicto decide dejar de consumir en forma temporal o definitiva.

SESIÓN VI

TEMA: Efectos negativos asociados al consumo

Objetivos: Entrenamiento en solución de problemas

Manejo de la frustración.

Información de la terapia:

Mas temprano que tarde su conducta empieza a tener consecuencias negativas en su vida. Las conductas adictivas producen placer, alivio y otras compensaciones a corto plazo,. Este técnica servirá para generar alternativas más viables.

Aplicación de la técnica: “Torbellino de ideas”

El terapeuta incentivara al grupo a “dar rienda suelta” a las ideas para generar alternativas de solución apropiadas, dejando aún lado el enjuiciamiento de las mismas, de esta manera se lograra que todos los miembros del grupo en forma individual generen todas las posibles soluciones a este problema sin pensar en si son o no factibles, a continuación se exponen las alternativas generadas, haciendo un listado de todas ellas.

Se aplicara también en esta sesión la técnica de instrucción para abordar el tema de los efectos negativos asociados al consumo y una breve introducción acerca del manejo de la frustración que será abordado en sesiones posteriores con más especificidad.

SESIÓN VII

Tema: La afectividad

Objetivo:

Canalizar de forma adecuada las emociones

Mejorar las expresiones negativas, resentimientos, conflictos no resueltos.

Información de la terapia:

Los sentimientos desagradables son producto de pensamientos negativos, por consiguiente si aprendemos a pensar correctamente, percibiremos la vida con más realismo y nuestra vida emocional será más equilibrada.

Mediante esta técnica se adquiere dominio mediante la imaginación.

Aplicación de la técnica:

Imagen emotiva:

Se utiliza elementos o circunstancias (persona, personajes, ambiente) que se opongan a las respuestas de ansiedad en una situación imaginaria en la que se van jerarquerizando los estímulos. En forma paulatina las respuestas condicionadas van tomando el lugar de las respuestas de ansiedad. Se la puede catalogar también como una forma de sugestión indirecta por la asociación del estado de calma con alguna circunstancia o persona tranquilizadora que se combina con la desensibilización sistemática.

Técnicas de imaginación.

Contiene reenfoque con imaginación, sustitución de imagen negativa por sustitución de imagen positiva, repaso mediante imagen, adquirir dominio mediante imaginación. Imaginar situaciones positivas en las que nos gustaría encontrarnos.

SESIÓN VIII

TEMA: Control de impulsos.

Objetivo: Manejo de la Ira

Información de la terapia.

La ira es una emoción muy fuerte, descontrolada es un patrón de vida. No es fácil superar la ira, se requiere un compromiso determinado. Se requiere honradez, valentía y una increíble fuerza interior. Mediante la siguiente técnica se ensayaran respuesta alternativa

Aplicación de la técnica: Ensayo de conducta.

Se reproduce la situación en la sesión y se ensayan respuestas alternativas que puedan ser eficaces para poder afrontar esas situaciones. Aquellos miembros que tengan mas experiencia en afrontarlos hacen de modelo y a continuación los que tienen mayor dificultad realizan uno o varios ensayos de conducta hasta que adquieran la habilidad necesaria para ponerlo en práctica en ellos mismos y en su propio medio.

Luego se aplicara ejercicios de relajación o música.

SESIÓN IX

TEMA: Baja tolerancia a la frustración e impulsividad

Objetivo: Interrumpir el auto diálogo interno negativo que está generando emociones desagradables.

Información de la terapia:

Dejar un hábito es difícil y frustrante, significa dejar de hacer algo hacia lo que nos sentimos impulsados. Significa, en definitiva controlar un impulso que puede estar siendo provocado por muchos desencadenantes ambientales.

Por este motivo, la baja tolerancia a la frustración suele estar presente en problemas relacionados con la dificultad en el control de los impulsos.

Aplicación de la técnica: Parada de pensamiento

Procedimiento:

1.- Identificar nuestro malestar: cuando noto emociones negativas las utilizo como señal de aviso de que estoy pensando en cosas negativas y pensamientos autodestructivos.

2.- Me doy cuenta de los pensamientos o secuencias de pensamientos que estoy teniendo. Verbalizarlos en voz alta tal y como los estamos produciendo: “no puedo entender por qué me ha hecho esto” “ahora se reirán de mí”…

3.- Seleccionar el estímulo de corte. Un estímulo intenso que se pueda usar producir a voluntad y que sea capaz de atraer inmediatamente la atención: un ruido fuerte como una palmada, las palabras ¡Basta! ¡Stop!, colocar una goma en la muñeca y tirar de ella…

4.- Con los ojos cerrados generar la cadena de pensamientos expresándolos en voz alta. Un momento después se interrumpe con el estímulo que hayamos elegido. Si es suficientemente intenso se interrumpirá la cadena de pensamientos.

5.- Cambio de actividad: busco una ocupación que requiera mi atención, por ejemplo generar recuerdos agradables. Basta con 30-40 segundos para conseguir que el pensamiento anterior no vuelva. Este paso se debe repetir varias veces (8-10) hasta que resulte fácil generar la cadena y cortarla.

6.- Ahora se genera sólo mentalmente (sin verbalizar en voz alta) la secuencia.

7.- Aplicación mental del estímulo de corte. Únicamente se visualizará el estímulo de corte para la parada de pensamientos. Inmediatamente después se centra la atención en otro tipo de actividad

Una vez aprendida la técnica (se puede lograr en unos 30 minutos) se debe practicar de forma sistemática durante, al menos, 15 días a fin de dominarla (5-10 aplicaciones diarias pueden ser suficientes.

El aprendizaje de la parada de pensamiento requiere práctica y alcanza su eficacia tras un cierto tiempo de aplicación. Al principio los pensamientos no deseados pueden aparecer. No obstante la aplicación sistemática de la técnica hará que rápidamente comience a disminuir su frecuencia e intensidad.

SESIÓN X

TEMA: Estilos de vida saludable.

Objetivos:

Realizar plan de vida.

Hacer que la persona plasme sus objetivos y compromisos de recuperación, permite la reorganización de su vida en todas las áreas donde se desenvuelva el sujeto

Información de la terapia:

El crear un proyecto de vida marca la diferencia entre lograr o no los objetivos Al definir un proyecto de vida las personas podrán defender lo que piensan, sus intereses y formarse un carácter menos vulnerable al medio.

Aplicación de la técnica

Se proporcionará hojas de papel, regla y esferográfico, se explicará al paciente como ejecutar su Plan de Vida, se establecerán cuadros con las áreas de su Vida Personal, Familiar, Laboral, Social, Espiritual y de Salud, junto a cada área pondrá sus objetivos a corto, mediano y largo plazo, las acciones que va a ejecutar para cumplir cada objetivo y el tiempo u horario en que va a cumplir estos objetivos y acciones.

SESIÓN XI

Tema: Reforzar la autoestima.

Objetivo:

- Analizar la imagen que se tiene de si mismo.
- Reflexionar sobre sus logros y sus cualidades.
- Consolidar y retroalimentar el tema propuesto.

Información de la terapia.

Es una técnica sencilla de aplicar que sirve para evaluar de forma gráfica nuestras cualidades y logros en la vida y que ayudara a valorarse más de forma inmediata, permitirá reflexionar sobre tus logros y cualidades positivas, analizar la imagen que se tiene de sí mismo y centrarse en las partes positivas.

Con esta técnica podrás evaluar en un momento tu nivel de autoestima ya que ilustra muy bien tu estado de ánimo.

Técnica: el árbol de los logros:

El ejercicio consiste en una reflexión sobre sus, cualidades positivas y logros que se han desarrollado desde la infancia a lo largo de toda la vida. Se debe tomarlo con calma y dedicarle al menos una hora para poder descubrir todo lo positivo que hay en cada individuo.

Lo primero que se debe hacer es elaborar una lista de todos los valores positivos, ya sean cualidades personales (paciencia, valor…), sociales (simpatía, capacidad de escucha…), intelectuales (memoria, razonamiento…) o físicos (atractivo, agilidad…). Intenta hacer una lista lo más larga posible tomándose todo el tiempo que necesite.

Una vez acabada la primera lista, elabora otra con todos los logros que se haya conseguido en la vida. Da igual si esos logros son grandes o pequeños, lo importante es que se sienta orgulloso de haberlos conseguido. Al igual que antes, reflexione y apunte todo lo que pueda.

Cuando ya se tenga las dos listas, se dibuja su propio “árbol de los logros”. Que haga un dibujo grande, que ocupe toda la hoja y dibuje las raíces, las ramas y los frutos. Haga raíces y frutos de diferentes tamaños. En cada una de las raíces debes ir colocando uno de tus valores positivos (los que apunto en la primera lista). Si consideras que ese valor es muy importante y le ha servido para lograr grandes metas, colóquelo en una raíz gruesa. Si por el contrario no ha tenido mucha influencia, colóquelo en una de las pequeñas.

En los frutos se irán colocando de la misma manera los logros (los apuntados en la segunda lista). Se pondrán los logros más importantes en los frutos grandes y los menos relevantes en los pequeños.

Una vez que se tenga acabado, contémplelo y reflexione sobre él. Es posible que se sorprenda la cantidad de cualidades que tiene y todas las cosas importantes que ha conseguido en la vida. Si quiere, puede enseñárselo a alguien de confianza para que le ayude a añadir más raíces y frutos que él haya visto y que no seas consciente.

Dinámicas de autoestima. Proyecto de superación personal

SESIÓN XII

TEMA: Vida familiar

Objetivo:

- Fortalecer relaciones favorables haciendo hincapié en la recuperación de la confianza entre
- Paciente y entorno mas cercano.

Información de la terapia: Esta técnica busca que el paciente exteriorice lo interno que se de cuenta de cosas que posiblemente llevó en sí toda su vida pero que no percibía, se busca expresar lo no expresado, terminar o completar la expresión, buscar la dirección y hacer la expresión directa. Tiene un enfoque Gestáltico.

Aplicación de la técnica: Técnica Expresiva:

El terapeuta trabajara con situaciones desconocidas imaginarias para maximizar la expresión para que aflore temores, situaciones inconclusas, pedir ir al paciente que exprese lo que está sintiendo. Luego hacer la ronda para que el paciente exprese lo que quiera a cada miembro del grupo o se le da una frase para que la repita a cada uno y experimente lo que siente.

Psicoterapia familiar

Este trabajo se lo realiza con los familiares de la persona que va a ingresar a la clínica, se orientara a la toma de conciencia del problema y de dar el primer paso en búsqueda de ayuda y que su participación sea activa ene l proceso terapéutico.

Se diagnostica codependencia, se incentiva a su propia recuperación personal como codependientes.

Observación y cambios en las habilidades comunicativas de la familia. Incrementa las competencias parentales en la crianza de los hijos. Permite reunir más datos para entender el origen y mantenimiento del problema y generar alianza con toda la familia lo cual reduce la deserción en el proceso de internamiento del paciente.

SESIÓN # 1

TEMA: LA CODEPENDENCIA

OBJETIVOS:

- Crear conciencia de enfermedad.
- Motivar a la familia su implicación activa en el proceso de cambio.
- Asesorar para que el ingreso del familiar sea voluntario.
- Concienciar los efectos negativos producido por el adicto.
- Motivar a la familia a creer en la recuperación para mejorar calidad de vida

Información de la terapia.

Se trabajara principalmente de manera introductoria la motivación a crear conciencia de enfermedad y su recuperación. El punto principal a trabajar será la aceptación de que existe un problema no solamente del adicto sino que también la familia requiere una intervención.

La técnica de "narración de cuentos" cumple una doble función, tanto si el cuento es narrado entre todos los miembros de la familia, como si es el terapeuta quien lo cuenta a la familia. En el primer caso, su función será más diagnostica que terapéutica, y en el segundo caso, a la inversa.

TÉCNICA

Narración de cuentos metafóricos.

La familia narra el cuento:

El terapeuta propone a todos los miembros de la familia que se coloquen en posición relajada y se les recomienda cerrar los ojos. Se les pide que uno de ellos empiece el cuento con la frase "Erase una vez..." continuando con algo más. El siguiente miembro deberá continuar con otra frase, más o menos larga. Así, sucesivamente, y entre todos irán construyendo un cuento en el que, sin salirse del tema, cada miembro lo va enriqueciendo con nuevos personajes y situaciones. Después de varias vueltas, cada miembro habrá aportado cinco o siete frases, dependiendo, lógicamente del número de miembros que esté compuesta la familia. Es evidente la carga metafórica que tiene esta narración. La metáfora sirve al terapeuta como obtención de claves para entender algo más de la familia, y a los miembros del sistema familiar como aportación de visiones nuevas sobre la situación. Una vez narrado el cuento, el objetivo no será tanto el "analizarlo" racionalmente, sino "dejarlo ahí" como semilla que dará su fruto más adelante. A veces, algún miembro querrá hacer algún comentario sobre el cuento; ese comentario lo podrá utilizar el terapeuta como elemento para la interacción familiar.

SESIÓN # 2

TEMA: ELEMENTOS DE LA CODEPENDENCIA

OBJETIVOS:

- Reconocer elementos de coa dicción.

- Clarificar la influencia que la familia ejerce en el adicto
- Formas de enfrentar problemática

Información de la terapia.

En esta sesión se trabajara específicamente con el desprendimiento emocional, se desenganche de su obsesión por el control de los patrones de conducta compulsivos que le causa dolor, este desprendimiento no es desentendimiento sino la vía más razonable de enfrentar el problema de la adicción, y de enfrentar las intensas manipulaciones que recibe del adicto.

La CLARIFICACIÓN es una técnica de intervención verbal que consiste en una pregunta que el terapeuta dirige a la familia o a algún miembro de ella, con intención de comprobar que se ha comprendido correctamente el mensaje de los participantes

La RECAPITULACIÓN consiste en transmitir un resumen elaborado del contenido cognitivo" y/o "afectivo" del mensaje de la familia o de algún miembro de ella.

TÉCNICA

CLARIFICAR

El terapeuta La forma enunciativa propia de la clarificación consiste en una pregunta del tipo: "¿Quieres decir que...?" o "¿Lo, que tratan Vds. de decirme es que... ?"

El empleo de la técnica de la "clarificación" se aconseja, lógicamente, siempre que no estemos seguros de haber captado el sentido del mensaje del paciente y siempre que deseemos evitar el riesgo de formular hipótesis basadas en presuposiciones o conclusiones erróneas.

LA RECAPITULACIÓN

Los contenidos de la recapitulación pueden tener como objeto toda una entrevista, algunos momentos de ella o incluso una serie de entrevistas. Los contenidos recogidos por una recapitulación pueden sintetizar la comunicación digital y analógica de la familia y/o de algún miembro.

Una recapitulación aglutina los temas, las redundancias o las consistencias de la comunicación de la familia y, además, actúa como un "feedback" que tiende a estructurar los mensajes imprecisos o ambiguos. Así, pues, los objetivos que permite alcanzar esta técnica son: enlazar diversos elementos dispersos a lo largo de la

comunicación de algún miembro de la familia; identificar un tema o estructura común a una serie de enunciados; interrumpir una divagación excesivamente larga.

Es aconsejable emplear la recapitulación, siempre que sea necesario cerrar una etapa de la entrevista o del tratamiento y siempre que deseemos comprobar, que una larga exposición del paciente ha sido comprendida correctamente; en este último caso, cumple una función muy próxima a la técnica de la "clarificación".

SESIÓN # 3

TEMA: DISMINUIR LAS BARRERAS DEL TRATAMIENTO.

OBJETIVOS:

- Proporcionar educación farmacológica básica, sobre los efectos de la cocaína y de otras sustancias psicotrópicas.
- Principios básicos de enfermedad adictiva y recuperación.
- Evitar la estigmatización de los trastornos psicológicos para disminuir las barreras para el tratamiento.

Información de la terapia.

Debido a que, con frecuencia, es difícil para los miembros de la familia y para el paciente aceptar el diagnóstico la psi coeducación es una opción para disminuir barreras a través de una opinión mejorada de las causas y efectos de la enfermedad, a menudo ensancha el punto de vista del los familiares acerca de la enfermedad y este mayor entendimiento puede afectar al paciente de manera positiva.

TÉCNICA:

El terapeuta proporciona información y educación que se ofrece los miembros de la familia, se debe considerar el apoyo emocional que se tiene que brindar logrando de esta manera un entendimiento de manejar las diferentes situaciones que se presentan a los largo de la intervención. La meta es que el paciente o familiar entienda y sea capaz de manejar la enfermedad presente. De igual manera, se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente La teoría es, entre mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición.

SESIÓN # 4

TEMA: LOS ROLES EN LA FAMILIA DEL ADICTO

OBJETIVOS:

- Analizar la dinámica familiar que se establece en la adicción permisividad y codependencia.
- Evidenciar los roles disfuncionales para establecer la reestructuración de la dinámica familiar funcional.

Información de la terapia.

La técnica de las preguntas circulares permite lograr un rápido acceso a una rica fuente de información y constituye un instrumento terapéutico eficaz. Además, la transmisión indirecta de información bloquea la formación de una posible "resistencia" de la familia y la constitución de un frente unido contra el terapeuta.

TÉCNICA

PREGUNTAS CIRCULARES.

En las "PREGUNTAS CIRCULARES" se pide a cada participante en la sesión de terapia que exprese sus puntos de vista sobre las relaciones y las diferencias existentes entre otros miembros de la familia, mediante las preguntas circulares cada integrante de la familia contribuye en un meta nivel (meta comunicación) al desarrollo de una imagen de la estructura familiar y a la compresión del carácter circular de las relaciones de la familia.

Así pues, la comunicación, en las preguntas circulares, adopta en gran medida la forma de una meta comunicación sobre la conducta de los demás; por consiguiente, se evitan los peligros de la "auto referencia" en las respuestas.

Mediante preguntas circulares se pueden detectar coaliciones encubiertas entre miembros de la familia de una manera poco problemática.

SESIÓN # 5

TEMA: LA SOBREPROTECCIÓN AL ADICTO

OBJETIVOS:

- Romper con el círculo de sobreprotección al adicto.
- Reestructurar el sentido de armonía e integridad en la familia.

Información de la terapia.

La adicción en el familiar genera distorsión en los sentimientos del grupo familiar generando sobre protección.

Se observa que las soluciones, aparentemente protectoras, y el sentido común que adoptan los miembros de las familias surgen como patrones rituales que funcionan paradójicamente para impedir la misma cicatrización que los miembros anhelan, esta técnica ayuda a recuperar un sentido de equilibrio y de integridad.

TÉCNICA DE COPARTICIPACIÓN.

El terapeuta y la familia buscaran el objetivo en común entrando en coparticipación, para adaptarse de tal manera que sientan la confianza para poder provocar los cambios.

El terapeuta buscará en su sí mismo elementos que le permitan la adaptación con la familia, pero coparticipará dejando libertad para la oposición. El terapeuta debe haber experimentado el estadio de desarrollo en que se encuentra la familia, de lo contrario deberá ser modesto pidiendo que lo ayuden a comprender, así ambos sistemas se desarrollarán.

1. Posición de cercanía:

El terapeuta valida la realidad en que coparticipa mediante la confirmación, así dispone al sistema para experimentar nuevas miradas. Por ejemplo, el terapeuta puede buscar aspectos positivos, reconocerlos y premiarlos, esto genera una fuente de autoestima positiva, también puede buscar aspectos negativos e ignorar por completo los negativos.

2. Posición intermedia:

El terapeuta coparticipa como un oyente activo y neutral, es un método que recopila datos para poder ensayar nuevas conductas, va del contenido al proceso y del proceso al contenido.

3. Posición distante:

El terapeuta coparticipa como director, por tanto aumenta su liderazgo. El terapeuta acepta y apoya determinados valores y mitos familiares, pero también evita e ignora algunos, entonces intenta aprender el modo en que los miembros de la familia experimentan.

Técnicas de terapia familiar.

SESIÓN # 6

TEMA: MEJORANDO MI AUTOESTIMA

OBJETIVOS:

- Elevar la autoestima concentrándose en sus talentos, sentido del humor y creatividad.
- Sea asertivo, exprese sus pensamientos y sentimientos de manera saludable.
- Tomar conciencia que tiene su propia vida que vale y que sus necesidades son importantes.

Información de la terapia.

Es una técnica sencilla de aplicar que sirve para evaluar de forma gráfica nuestras cualidades y logros en la vida y que ayudara a valorarse más de forma inmediata, permitirá reflexionar sobre tus logros y cualidades positivas, analizar la imagen que se tiene de si mismo y centrarse en las partes positivas.

Con esta técnica podrás evaluar en un momento tu nivel de autoestima ya que ilustra muy bien tu estado de ánimo.

TÉCNICA: EL ÁRBOL DE LOS LOGROS:

Se utilizará la técnica empleada de la sesión # 11 de la Psicoterapia de Grupo.

SESIÓN # 7

TEMA: LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

OBJETIVOS:

- Indagar sobre estilos de vida.
- Analizar ambiente represivo
- Plantear estilos de vida saludable.

Información de la terapia.

McAlister (1981) entiende por conductas saludables aquellas acciones realizadas por un sujeto, que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y

fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y en su vida.

TÉCNICA: Autoevaluación:

Esta tarea consiste en pedir a cada miembro que se auto califique, de 0 a 10, sobre aquel "aspecto" que se esté considerando en la sesión.

Ampliando esta tarea, también se les puede pedir que valoren, de 0 a 10 la conducta del otro. La forma concreta de hacerlo es colocar las fechas a la izquierda y las puntuaciones a la derecha. Se les dice que no podrán mostrarse, entre ellos, las puntuaciones, hasta que no estén en la próxima sesión. Es en ese momento, cuando el terapeuta les pide que le entreguen las "puntuaciones" y el terapeuta lee en voz alta las de un miembro pidiendo, a continuación, el comentario al otro miembro.

Esta tarea no tiene como objetivo, solamente, el que el terapeuta tenga un registro informativo sobre las conductas de los miembros de la familia, sino que su mayor eficacia radica en el cambio de perspectiva que supone en cada miembro, el tener que "centrarse" en uno mismo para evaluarse; el " poder" evaluar al otro, y el "saber" que lo están evaluando. Todo esto hace que se produzcan cambios en las pautas interacciónales, flexibilizándose las posiciones.

Sesión # 8

TEMA: POSICIÓN EMOCIONAL DE CADA MIEMBRO DE LA FAMILIA.

OBJETIVOS:

- Mejorar las relaciones de los miembros de la familia.
- Aprender nuevas formas de comunicarse, relacionarse, sentir y expresar emociones.
- Identificar las relaciones entre los miembros de la familia.

Información de la terapia.

La "escultura familiar" es una técnica por medio de la cual se recrean en el espacio las relaciones entre los miembros de la familia, á través de la formación de un cuadro físico, en esta técnica terapéutica se visualizan y se experimentan, espacial y concretamente, las configuraciones relacionases de la familia. En la escultura familiar queda simbolizada la posición emocional de cada miembro de la familia respecto de los otros. Se obtiene y se transmite información sobre la familia sin requerir

comunicación lingüística. La "comunicación analógica" de la escultura familiar sirve para abordar directamente el plano experimental sin la intervención del lenguaje.

ESCULTURA FAMILIAR.

La forma de llevar a cabo esta técnica es la siguiente: el terapeuta pide a un miembro de la familia que sea "escultor", mientras que el resto del grupo constituye su "arcilla" humana. La invitación a esculpir puede dirigirse a cualquier miembro de la familia que al terapeuta le parezca que responde más espontáneamente. Por ejemplo, puede pedir al paciente identificado que sea el escultor teniendo en mente la capacidad que este miembro a menudo tiene para captar niveles profundos de la dinámica familiar. 0 puede elegir a uno de los niños, tal vez porque como el resto de la familia no lo identifica con "el problema", no participa demasiado en las sesiones. También es posible que sean todos y cada uno de los miembros los que en la misma sesión hagan su escultura".

Una vez seleccionado el escultor, el terapeuta pide al resto del grupo que se ponga de pie y que realice los movimientos que el escultor indique. Después de haber establecido las reglas básicas, el terapeuta deja lugar al escultor, quien inicia la construcción del cuadro; en adelante, el terapeuta toma la posición de observador y comentarista. Debe dejarse que la escultura se desarrolle a su propio ritmo y luego se pide a los participantes que compartan algunos de los sentimientos acerca de las posiciones físicas en que se encuentran. Cuando se pide a los miembros de la familia compartir dichos sentimientos con el escultor, es útil que el terapeuta los oriente a que expresen cómo se sienten en ese preciso momento, respecto de su posición física; esto evita que los miembros de la familia se vuelvan a sumergir en una discusión intelectual sobre sus relaciones.

Cuando el escultor ha terminado, el terapeuta puede pedirle que encuentre una posición para sí mismo en la escultura, ubicándose él mismo dentro del cuadro.

Se puede solicitar a los miembros que esculpan su visión "idealizada" de la familia; de esta manera el terapeuta utiliza esta técnica con el fin de elucidar los objetivos familiares del tratamiento

La técnica fue ideada por Kantor y Duhl ("Boston Family Institute") y desarrollada por Papp ("Family Institute" de Nueva York) y por Virginia Satir.

PSICOTERAPIA DE PAREJA

El trabajo en esta primera semana antes del internamiento estará dirigida hacia la motivación de aceptar ayuda y trabajar en pareja para lograr conciencia de enfermedad, la resolución de conflictos que haya ocasionado su adicción tomando en cuenta la intervención activa de la pareja como parte de la solución y el acompañamiento emocional que representa a lo largo de todo el internamiento del paciente.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Teniendo en cuenta el modelo de miller y el modelo de beck

1. Que los miembros de la pareja tomen conciencia de cómo se trastornan emocionalmente y perturban la relación al mantener una serie de cogniciones disfuncionales; y trabaja en su modificación

2. Mantener una alianza de trabajo con la pareja, procurando la participación de ambos cónyuges (aunque también se puede trabajar con uno solo de ellos)

3. Aumentar el nivel de satisfacción de la relación, produciendo modificaciones en sus conductas de comunicación, expresión afectiva y la resolución de problemas.

EN EL PROCESO DE INTERVENCIÓN

Dentro del internamiento se trabajara en pareja una vez por semana en la fase de deshabituación los temas a tratar serían la resolución de conflictos de pareja (problemas de comunicación, problemas afectivos, sexuales, comportamiento hostil, estabilidad, compromiso, separaciones, divorcios, consecuencias negativas que han acarreado el consumo adictivo.

SESIÓN 1

TEMA: EVALUACIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS EN PAREJA.

OBJETIVO:

- Analizar las áreas problema
- Clarificar las expectativas terapéuticas.
- Analizar las perspectivas personales.

Información de la terapia:

Se afrontara las resistencias al cambio detectadas: Es frecuente que uno o ambos miembros mantengan creencias rígidas de cómo debe efectuarse el cambio, o expectativas negativas sobre el mismo (expectativas derrotistas, "auto-justificación": el comportamiento de uno es normal para la situación, argumentos de reciprocidad rígidos: "No haré nada a menos que comience mi cónyuge" y culpar al otro: "A mí no me pasa nada, el otro es el problema"). El terapeuta utiliza dos técnicas cognitivas generales para afrontar estos problemas:

APLICACIÓN DE LA TÉCNICA:

1.- El terapeuta da información de las posibles ganancias de modificar esas actitudes y 2. Puede realizar un "balance" de las ventajas (pocas) frente a las desventajas (muchas) de mantener esas actitudes. Pide feedback a la pareja sobre ello.

SESIÓN 2

TEMA: MANEJO DE LA HOSTILIDAD PERSONAL Y DEL CÓNYUGE

OBJETIVOS:

- Analizar las resistencias al cambio.
- Manejar creencia rígida.
- Manejo de pensamientos automáticos.

Información de la terapia:

Se afrontara las resistencias al cambio detectadas: Es frecuente que uno o ambos miembros mantengan creencias rígidas de cómo debe efectuarse el cambio, o expectativas negativas sobre el mismo (expectativas derrotistas, "auto-justificación": el comportamiento de uno es normal para la situación, argumentos de reciprocidad rígidos: "No haré nada a menos que comience mi cónyuge" y culpar al otro: "A mí no me pasa nada, el otro es el problema").

APLICACIÓN DE LA TÉCNICA:

El terapeuta trabajara los niveles de hostilidad elevados si aparecen: Durante las sesiones o fuera de ellas la pareja puede mantener un intercambio extremadamente aversivo (voces, interrupciones continuas, insultos, etc.). Antes de abordar otros problemas, es necesario disminuir o eliminar esta hostilidad, pues con ella se hace improductivo otros focos terapéuticos

El terapeuta utiliza dos técnicas cognitivas generales para afrontar estos problemas:

1.- El terapeuta da información de las posibles ganancias de modificar esas actitudes

2. Puede realizar un "balance" de las ventajas (pocas) frente a las desventajas (muchas) de mantener esas actitudes. Pide feedback a la pareja sobre ello.

El terapeuta puede realizar sesiones por separado si la hostilidad es muy alta, también muestra a cada cónyuge la relación cognición-afecto-conducta en la ira, y el manejo de la ira personal (cambio de pensamientos automáticos, balance de ventajas/ desventajas y alternativas asertivas a la petición de deseos) y la del cónyuge (enfoque asertivo, cortar y sugerir otras oportunidades más tranquilas para exponer diferencias, etc.). Igualmente se pueden trabajar "sesiones de desahogo" con ambos cónyuges.

SESIÓN III

TEMA: EVALUACIÓN DIAGNOSTICA DE LA PAREJA

OBJETIVOS:

- Delimitar las áreas afectadas en la relación.
- Enfocar la prioridad en el problema de la pareja

Información de la terapia.

La evaluación se aplicara con el fin de revisar las aéreas más afectadas y trabajar en ella (ver anexo v).

APLICACIÓN DE LA TÉCNICA:

El terapeuta trabajara de acuerdo al área afectada.

1.- Comunicación: Se modelan modos de escuchar a la pareja de modo empático, como expresar desacuerdos y negociar soluciones. Se programan tareas al respecto con la pareja y (a veces) también individualmente.

2.- Expresión afectiva: A cada miembro se le pide que recoja (p. ej. auto-registro) a aspectos percibidos que le han sido gratificantes por parte de su cónyuge. El terapeuta con esta información, puede modelar alternativas de cómo expresar esas satisfacciones, y sugiere tareas para casa al respecto.

3.- Otros problemas generales: Se establecen sesiones de conciliación (similares a la resolución de problemas) se ensayan y se practican como tareas para casa.

SESIÓN IV

TEMA: RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN PAREJA

OBJETIVO:

- Mejorar la escucha empática.
- Detección de pensamientos automáticos.
- Manejo de asertividad.

INFORMACIÓN DE LA TERAPIA.

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS: Se trata de modelar con la pareja la definición operacional y concreta de problemas, generar alternativas posibles y seleccionar una poniéndola en práctica, valorando sus resultados e iniciado el proceso nuevamente si no se considera satisfactorio.

Se enseñara a detectar los pensamientos automáticos sus ventajas y desventajas de mantener ese pensamiento automático y generar alternativas racionables a los mismos.

Modelado de expresiones asertivas de malestar personal.

1. Aclarar el problema: No contestar a las ofensas e intentar aclarar los motivos. Escuchar

2. Calmar a cónyuge (Decirle que se está enojando, que así no podemos entenderle e invitarle a sentarse y a expresarse más calmadamente.

3. Concentrarse en solucionar el problema: desviarse del contraataque y centrarse en generar soluciones.

4. Distraer la atención de la pareja: cambiar de tema y cuando esté más calmado, volver al tema.

APLICACIÓN DE LA TÉCNICA: ESCUCHA EMPÁTICA.

Se establece un lugar y horario preciso donde cada cónyuge por turnos expone un problemas durante un tiempo determinado; el otro debe de escucharle sin interrumpirle y devolverle al final de ese turno de modo resumido lo que ha captado del problema, el exponente le da feedback sobre el grado de entendimiento, se repite el proceso hasta un feedback satisfactorio, y comienza el turno del otro.

El terapeuta puede modelar el proceso.

SESIÓN V

TEMA: RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

OBJETIVO GENERAL:

- Reforzar los aspectos positivos.
- Mejorar relación afectiva en la pareja.
- Desarrollar herramientas para enfrentarse a sus problemas.

Información la terapia.

Se suele comenzar por un seguimiento conjunto de conductas positivas percibidas en el otro cónyuge, de modo que aumente los puntos positivos de la relación (no se minimicen frente a la maximización de las dificultades.

Aplicación de la técnica: SEGUIMIENTO DE ASPECTOS POSITIVOS

Cada cónyuge lleva un registro de actividades que ha realizado su pareja y le ha resultado agradable. Se establece un tiempo para intercambiar información de estos registros y se manifiestan peticiones o agradecimientos.

El terapeuta incentivara a llevar un auto registro para generar respuestas alternativas.

Cuadro # 17

Situación	Pensamiento	Emoción	Acción
Describir la situación positiva.	Anotar los pensamientos automáticos	Especificar las emociones	Generar respuestas positivas para la relación

Fuente: Conductas adictivas

Autor: José Graña Gómez

SESIÓN VI

OBJETIVO GENERAL: MEJORANDO NUESTRA COMUNICACIÓN

OBJETIVO:

- Modelar modos de escuchar a la pareja de modo empático, como expresar desacuerdos y negociar soluciones.
- Desarrollar herramientas para enfrentar sus problemas.
- Mejorar autoestima.

Información de la terapia.

El punto clave es que haya creatividad e iniciativa en la vida de pareja y eso se contagiará a toda la familia. Las mejores horas deben ser para compartir con el esposo o esposa. Por el contrario, si la pareja va bien, los hijos aprenden su "educación sentimental" simplemente viendo cómo se tratan papá y mamá, viendo que se admiran, se halagan, se alaban, son cómplices. Hay que conocer y aceptar las limitaciones, las del cónyuge, las de los hijos. Pero es importantísimo no criticar al otro ante la familia, no criticar al cónyuge ante los niños, o a un niño ante los hermanos, comparando a un hermano "bueno" con uno "malo".

Reconocer y reafirmar lo que vale la otra persona, ser sinceros.

Estimular la autonomía personal

Diseñar un proyecto personal

Tener un nivel de aspiraciones alto, pero realista

Elijamos buenos amigos y amigas

APLICACIÓN DE LA TÉCNICA: NORMAS DE ETIQUETA COLOQUIAL

El terapeuta analizara los problemas de comunicación.

1. Estilo de comunicación.- la forma que el sujeto percibe su propia conducta y la de su pareja en cuanto a la manera de comunicarse.

2. Los problemas psíquicos en la comunicación se relaciona con las consecuencias emocionales y conductuales percibidas de la conducta comunicativa de la pareja.

Una vez resuelto el conflicto se produce crecimiento y madurez en la pareja y fortalecen la relación.

Enfocar los conflictos como medio de desahogo emocional si se trabajan constructivamente sin culpar al otro.

El terapeuta presenta y modela pautas para establecer una conversación más agradable y eficaz.

1. sintonizar el canal del cónyuge (si el otro desea apoyo y comprensión emocional o soluciones/consejo práctico).

2. Dar señales de escuchar (verbales y no verbales)

3. No interrumpir (retenerse de expresar las opiniones personales hasta que no acabe el otro), 4. Formular preguntas con habilidad (p. ej. al iniciar una conversación pedir la opinión del cónyuge sobre un tema; evitar preguntas "¿por qué?)

5 Emplear el tacto y diplomacia (no comenzar temas espinosos de manera imprevista sin pedir antes permiso al cónyuge). Todas estas normas se suelen utilizar ante conversaciones ocasionales; ya que son más inefectivas para el manejo de la hostilidad alta, donde es preferible el uso de las nueve opciones.

SESIÓN VII

TEMA: POSICIÓN EMOCIONAL DE CADA CÓNYUGE

OBJETIVOS:

- Expresar sentimientos negativos que afectan a la relación
- Comprensión y aceptación de los sentimientos negativos del otro.
- Aprender nuevas formas de comunicarse, relacionarse, sentir y expresar emociones.
- estilo de expresión de afecto,

Información de la terapia:

Cuando somos adultos tratamos de controlar estas emociones negativas, evitándolas. Nuestras adicciones pueden utilizarse para silenciar los dolorosos reclamos de nuestros sentimientos y de nuestras necesidades insatisfechas.

Irónicamente, el acto mismo de evitar nuestras emociones negativas les da el poder de controlar nuestras vidas. Al aprender a escuchar y estimular nuestras emociones

internas, éstas pierden gradualmente su dominio. Cuando uno se siente muy perturbado, es difícil comunicarse en forma tan efectiva como desearía. En esos momentos regresan los sentimientos no resueltos del pasado.

Cuanto más seamos capaces de comunicarnos con nuestra pareja con el amor que merece, tanto mejor será nuestra relación, Cuando uno es capaz de compartir sus sentimientos perturbadores en forma afectuosa, a la pareja le resulta mucho más fácil apoyarlo.

Aplicación de la técnica: SESIONES DE DESAHOGO

Se establece un lugar y horario preciso donde cada cónyuge expresa durante un tiempo limitado de antemano, y por turno, sin ser interrumpido, una serie de quejas de forma no ofensiva y expresando sus sentimientos respecto a una situación dada. Se pueden establecer pausas si aumenta la ira. Si se hacen más de dos pausas se aconseja suspender la sesión para otra ocasión.

SESIÓN VIII

TEMA: LA CONCILIACIÓN.

OBJETIVOS:

- Expresar sentimientos negativos que afectan a la relación.
- Motivar a descubrir los beneficios internos del perdón generadores de salud mental.

INFORMACIÓN DE LA TERAPIA

Existen técnicas para que cada uno de nosotros logre el perdón y crezca. El sufrimiento que ha de ser aliviado mediante dichas técnicas psicoterapéuticas tiene que ver con la ira, el resentimiento, los pensamientos rumiantes, la incapacidad de “dejar ir” y sobre todo el deseo impotente de perdonar. En general, con todo el enojo que produce un pasado insuperable, irresistiblemente atrapador, al que se le culpa de los fracasos del presente. De ahí la importancia de que un proceso psicoterapéutico ayude a perdonar.

APLICACIÓN DE L A TÉCNICA: SESIONES DE CONCILIACIÓN

Se establece un tiempo y lugar donde cada cónyuge habla de un problema por turno, el que escucha asume un papel de investigador y hace preguntas tendentes a obtener información (p. ej. pedir ejemplos ante una queja vaga o general); y además hace un resumen de las quejas del otro, dándole primero feedback de entendimiento; después le toca al otro, para finalizar con un proceso de resolución de problemas.

El terapeuta hará énfasis en cambiar la forma en que se concibe el dolor, el sufrimiento, quien le ha afrentado y las heridas sufridas,.

Se trabajara los pensamientos rumiantes.

TERAPIA OCUPACIONAL

La modalidad de abordaje es grupal y se instrumentan diversas actividades de tipo artesanal. La frecuencia es semanal y durante dos horas.
Se requiere de un aula de terapia ocupacional, se combina con actividades del entorno natural (deportes), con actividades de carácter e interés general, el espacio que permita la observación directa y desempeño individual.
Este espacio de aprendizaje, ensayo, y modificación de la actividad permite el feedback terapéutico inmediato y también el que proporcionan los iguales.

SESIÓN I

TEMA: ÁREA OCUPACIONAL DE AUTO MANTENIMIENTO

Objetivos:

- Mejorar estilos de vida saludable.
- Mejorar la capacidad de vivir en forma autosuficiente en su entorno habitual.
- Favorecer el desarrollo de habilidades emocionales (autoconocimiento autocontrol empatía auto motivación) que permitan a la persona asumir un rol activo en su relación con los demás.
- Destrezas finas (coordinación y movimiento).
- Conocimiento de su aspecto físico y sus cualidades personales
- Autoconstrucción y auto cuidado de la autoestima

Información de la terapia

En las actividades de la vida cotidiana se realizan muchas tareas que implican movimientos, que precisan de coordinación motora gruesa. Así, otra forma de

trabajarla es realizando tareas habituales como: vestirse, asearse, poner la mesa, etc.

En las actividades de la coordinación motora fina se realizara pendientes, collares et. Para mejorar destreza, presiones y agarres.

Todas las sesiones empezaran con una introducción teórica sobre el tema tratado.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Este programa de Terapia Ocupacional promoverá la independencia en todas las áreas de la vida. En la primera etapa se trabajara en adquirir habilidades: como las actividades de la vida diaria: alimentación, vestido, higiene el mismo que se ira modelando a lo largo de todo el internamiento mediante la asignación de tareas, incrementando las actividades de la vida diaria avanzada las que están en relación con el estilo de vida del sujeto estas actividades permitirán al individuo desarrollar sus papeles, de ocio, participación en grupo, contactos sociales, deportes.

SESIÓN II

ÁREA OCUPACIONAL PRODUCTIVA

OBJETIVO:

- Adquirir mejorar y potenciar las capacidades y destrezas necesarias para un desempeño ocupacional lo mas satisfactorio y funcional posible.
- Desarrollar habilidades de procesamiento con secuencias lógicas de la acción, modificando acciones ineficaces.
- Trabajar su ocupación en objetivos terapéuticos
- Entrenamiento Cognitivo y del desarrollo motor, estimulación sensorial.

Información de la terapia.

La terapia ocupacional productiva son actividades remuneradas o no que proporcionan un servicio a la comunidad estas actividades, proporcionan sentimientos de utilidad de confianza personal e identidad social.

La modalidad de abordaje es grupal y se instrumentan diversas actividades de tipo artesanal, tales como modelado, tejido en nudos, pintura, tallado en madera, construcción de velas, restauración de elementos de la casa, actividades con papel. La frecuencia es semanal y durante dos horas.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Se plantearan momentos dentro de cada encuentro, en un principio se planeara cuál va a ser la actividad y cuál la tarea, se tomara en cuenta qué se necesita para su realización y si lo propuesto es viable. Luego está el momento del desarrollo de la actividad, aquí se generan situaciones muy valiosas ya que (por ejemplo), los materiales les imponen con sus peculiares características un determinado orden de ejecución y un tiempo que no pueden obviar si quieren llegar al objetivo predeterminado. Al finalizar, (una vez restaurado el orden del lugar), se genera un espacio de "comentarios", en el cual la consigna es que se ponga en palabras cómo estuvieron con la tarea, qué pasó con lo que planearon en un primer momento y lo que lograron, algún comentario sobre la tarea de los demás, con la finalidad de que reparen en la actividad de los otros y puedan también servir de soporte, de confrontación en el grupo. Se promueve también que proyecten qué van a realizar en el próximo encuentro, y que se organicen para procurarse lo necesario para tal fin. Desde la coordinación se hace una devolución de lo acontecido "aquí y ahora", intentando que puedan ver en este "hacer" modalidades propias ó frecuentes, y si las mismas son favorecedoras ó por el contrario resultan obstaculizantes tanto en el ámbito y en el momento actual, como en su vida cotidiana.

Sugerencia de actividades para realizar en terapia ocupacional pueden ser actividades de tipo artesanal, tales como modelado, tejido en nudos, pintura, tallado en madera, construcción de velas, restauración de elementos de la casa, actividades con papel.

Se desarrollara una sesión enfocada en prevenir algún deterioro cognitivo mediante la estimulación se trabajara las funciones cognoscitivas básicas utilizando las fichas de entrenamiento cognitivo.

SESIÓN III

ÁREA OCUPACIONAL DE OCIO

OBJETIVO:

- Involucrarse en una ocupación significativa
- Valorar el perfil ocupacional del paciente y un análisis de desempeño ocupacional.
- Desarrollara actividades de componente creativo, intelectual, deportivo.
- Intervención, previa elaboración de un plan individualizado para el logro de objetivos
- Evaluación de resultados

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

1.- Técnica para desarrollar capacidades cognitivas.

En una estancia se desarrollara un taller de prensa el mismo que consiste en: Se ve un informativo televisivo y se toma nota sobre la noticia, luego se efectúa una descripción y análisis grupal de cada noticia.

2.- Técnica para desarrollar capacidades cognitivas.

Los pacientes confeccionan un periódico con las noticias de la semana. Se les proporciona una noticia y ellos elaboran un resumen y anotan los datos más significativos y representativos. Seguidamente exponen su resumen al grupo.

Composición de collage (libres o estructurados).

3. Técnica para estimular el pensamiento simbólico

Composición de dibujos pinturas, murales con diversos materiales pictóricos.

Dibujo artístico.

TERAPIA ESPIRITUAL.

Objetivo general:

- Información de la terapia:

APLICACIÓN DE LA TÉCNICA:

Técnica de Intención paradójica: el terapeuta induce al paciente a intentar voluntariamente aquello que trata de evadir de manera ansiosa; el resultado suele ser la desaparición del síntoma

Técnica de la de reflexión se anima al consultante a olvidarse de su padecimiento para superar la tendencia a la preocupación y a la hiperreflexión

Técnica de auto distanciamiento. el "compañero existencial" -como se le llama al cliente o paciente- aprende a verse a sí mismo más allá de su padecimiento, con la posibilidad de separar a su neurosis para así apelar a la propia voluntad de sentido para -mediante la fuerza de oposición del logos- dirigirse a él. En la *modificación de actitudes* se hace énfasis en comportamientos claves a practicar mediante una cierta disciplina para más tarde dejar de atender a las actitudes dañinas y poder ver a las nuevas, como motivadores del cambio. Y en el *diálogo socrático*, se usa el estilo de la mayéutica para guiar a la persona hacia el autoconocimiento y la precisión de su responsabilidad en sus acciones.

INTERVENCIÓN TERCIARIA

INTRODUCCIÓN:

Las recaídas se producen ante situaciones emocionales perturbadoras. Beck (1999) señala la presencia de factores internos, como depresión, soledad, aburrimiento, ira, frustración, así como estímulos externos, como personas, lugares, cosas. Así mismo, el estado físico de una persona, su situación emocional, los conflictos interpersonales, la presión social, la exposición a señales asociadas con la droga, la pérdida de trabajo, las discusiones intrafamiliares, y las crisis serían elementos que predisponen a una recaída. Por otra parte en la órbita familiar también habrá que adaptarse a la inserción. La reinserción en el sistema familiar y en el social, implica moverse en libertad, a expensas del control interno; entrenando al individuo que ante las dificultades habrá que salir a buscar ayuda, situación que antes era mediatizada por las sustancias. Es por esto muy importante la continuidad y seguimiento del tratamiento familiar, a lo largo de todas las etapas del proceso de rehabilitación, pues una recaída puede estar denunciando aspectos no resueltos.

Creemos que una óptima reinserción social, juega un papel preponderante a la hora de prevenir recaídas, actuando como factor de protección. Protección que no sería posible sin la articulación y fortalecimiento de las redes sociales que rodean al sujeto y su familia. Se impone entonces el desafío de recrear activamente las redes sociales como forma de constituir medidas de protección ante los riesgos.

El presente plan terapéutico brinda las terapias adecuadas para prevención de recaídas y reinserción social, preparando al individuo para ser un sujeto seguro de sí mismo y de su entorno social, laboral y familiar lo que permite la abstinencia y recuperación.

JUSTIFICACIÓN:

Este trabajo intenta pensar el concepto de prevención de recaídas en drogodependencia, dentro de una estrategia preventiva y de promoción de salud, desde un abordaje comunitario.

Habiendo analizado la intervención en procesos de recaída y reinserción que realiza el centro posada solidaria, hemos llegado a la conclusión que es necesario elaborar un plan terapéutico estructurado de tal forma que los pacientes internos en este centro, al salir del mismo , tengan bases suficientes para evitar una recaída , la familia y pareja sean un soporte para contribuir a que la abstinencia sea prolongada;

de esta manera tendremos individuos preparados para una reinserción laboral y social.

OBJETIVO GENERAL:

Implementar procedimientos y funciones en intervención terciaria en el Centro de Rehabilitación Terapéutico Municipal Posada Solidaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Elaborar un plan de intervención terciaria que permita al paciente permanecer en abstinencia.
2. Brindar a la familia y pareja del paciente pautas mediante técnicas de intervención que modelen actitudes negativas las mismas que conllevan al consumo de sustancias.
3. Lograr mediante el plan terapéutico la adherencia del paciente a grupos de autoayuda.

ESTRUCTURA GENERAL DE LAS SESIONES

FASE 1: En la etapa de deshabituación, se realizará una sesión por semana en terapia familiar, grupal, individual y de pareja; las mismas que tendrán una duración de aproximadamente de 45 minutos enfocadas en prevención de recaídas.

FASE 2: En la etapa de reinserción social, es decir en el tercer mes se trabajara con terapias diarias en trabajo grupal, individual, familiar y de pareja en estilos de vida saludable, logro de una vida estable sin droga y adherencia a un grupo de autoayuda, entre otros; los mismos que tendrán una duración de 45 minutos aproximadamente.

FASE 3: Dentro del proceso de seguimiento, se planificará con un grupo de autoayuda las sesiones correspondientes a esta etapa, siendo en un inicio la asistencia una vez por semana al grupo de autoayuda y luego cuando amerite según el análisis de cada caso de forma personalizada asistirá una vez al mes; de igual forma se debe asistir a terapia al centro de rehabilitación. Dentro de esta etapa y viendo las características de la familia, pareja y grupo social del paciente se identificará a los posibles grupos vulnerables al consumo los mismos que se los

remitirá a intervención primaria, la que analizará si es necesario empezar nuevo tratamiento.

TODO EL PLAN DE INTERVENCIÓN ESTA SUJETO A CAMBIOS DE ACUERDO A COMO EL TERAPEUTA LO CREYERA CONVENIENTE Y A LAS NECESIDADES DEL PACIENTE.

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	**SEGUNDO MES**
Estructura general	**Estrategias participativas**
Sesiones de Terapia grupal	1. Educación sobre las consecuencias de las drogas 2. Información sobre el proceso de recaída. 3. Entrenamiento en asertividad 4. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento
Sesiones de Terapia individual	1. Identificación de estímulos de alto riesgo 2. Estrategias cognitivas para afrontar los estímulos de alto riesgo 3. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento 4. Análisis de ventajas y desventajas de consumir drogas
Sesiones de Terapia familiar	1. Educación sobre drogas

	2. Resolución de conflictos 3. Prevención de recaídas 4. Importancia de la familia en la recuperación
Sesiones de Terapia de pareja	1. Educación sobre adicción 2. Prevención de recaídas. 3. Resolución de conflictos. 4. Entrenamiento para mantenerse alejado del consumo de alcohol y situaciones que incentiven a su pareja a consumir.
REINSERCIÓN SOCIAL	**TERCER MES**
Sesiones de terapia grupal	1. Estrategias cognitivas para afrontar los estímulos de alto riesgo. 2. Estrategias conductuales para afrontar los estímulos de alto riesgo 3. Importancia de la inserción en un grupo de autoayuda 4. Adiestramiento para cambiar hábitos y amistades 5. Identificación de estímulos de alto riesgo para las recaídas 6. Estilos de vida saludable 7. El autoestima dentro del proceso de recuperación 8. Entrenamiento en asertividad

	9. Vida estable sin drogas 10. Evitar recaídas 11. Poder controlar períodos difíciles sin recurrir a la droga 12. Superación personal 13. Control de emociones 14. Aumento de la relación con los grupos de autoayuda 15. Mantener la abstinencia 16. Cambios de estilos de vida internos y externos 17. Alejamiento del pensamiento adictivo 18. Evitar que un desliz cabe siendo una recaída 19. Técnicas de autocontrol 20. Asistencia a grupos de autoayuda
Sesiones de Terapia Individual:	1. Charla educativa, “Información acerca de las consecuencias de las drogas” 2. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento 3. Adiestramiento para cambio de amistades y hábitos 4. Establecimiento de metas realistas 5. Importancia de la asistencia a grupos de apoyo 6. Estilos de vida saludable 7. Factores de riesgo para las

	recaídas 8. Entrenamiento en asertividad 9. Reajuste al fracaso 10. Información de los grupos de autoayuda 11. Autoestima 12. Importancia de la reinserción social 13. Identificación de estímulos de alto riesgo 14. Entrenamiento en habilidades sociales 15. Desarrollo de redes de apoyo social 16. Resolución de conflictos interpersonales. 17. Toma de decisiones 18. Tiempo libre 19. Importancia del trabajo para la recuperación 20. Programación de asistencia al grupo de apoyo
Sesiones de Terapia Familiar:	1. Información sobre la enfermedad de la adicción 2. Identificación de posible grupo vulnerable 3. Resolución de conflictos familiares 4. Estilos de vida saludable
Sesiones de Terapia de Pareja:	1. Prevención de recaídas 2. Estilos de vida saludable 3. Resolución de conflictos 4. Toma de decisiones

De manera detallada de la misma forma, procedo a dar indicaciones precisas de cada una de las sesiones:

Estructura específica

SEGUNDO MES

Sesiones de terapia grupal:

1.- Información sobre el proceso de recaída.

- **Objetivo**:

Informar a los pacientes sobre que es una recaída, cuando se genera y sus factores de riesgo.

-**Técnicas a utilizarse**:

Psicoeducación

Técnicas participativas de grupo: pregunta-respuesta

2.- Educación sobre las consecuencias de las drogas

-**Objetivo:**

Concientizar al paciente las consecuencias del consumo de drogas a nivel personal, familiar y social.

.

-Técnicas a utilizarse:

Confrontación de las experiencias en forma gradual.

Psicoeducación sobre los síntomas de abstinencia

Psicoeducación sobre la enfermedad de la adicción

3.- Entrenamiento en asertividad

-Objetivo:

Entrenar en habilidades para comunicar a los demás el hecho de no consumir e imponer límites a las actuaciones de los demás si fuese necesario.

-**Técnicas a utilizarse:**

-“Sencillamente di no”: los entrenamos para que con toda seguridad puedan decir “no” a todas las peticiones que no les agrade, evitando que sean manipulados

-“Disco rayado”: consiste en la repetición de las palabras que expresan nuestros deseos, pensamientos, emociones etc. Sin enojarnos ni levantar la voz y sin hacer caso de las presiones o intentos de desviación por parte de otra persona.
-“Ofrecer alternativas”: consiste en proponer algo positivo, que guste a la gente. Cambiando el tema.
-“Para ti-para mi”: es una técnica que se emplea cuando al manifestar nuestra negativa, podemos ser objeto de presiones, agresiones verbales o críticas injustas para intentar manipularnos
-“Banco de niebla”: consiste en reconocer la razón o posible razón que pueda tener la otra persona, pero expresando la decisión de no cambiar nuestra conducta.

-Psicodrama: el uso de esta técnica nos ayudará a analizar la conducta y actitud de los pacientes hacia el consumo y como deben reaccionar de forma asertiva.

4.- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento

-**Objetivo:**

Aumentar y reforzar las habilidades del paciente para enfrentar situaciones de alto riesgo ambientales e individuales que inician y mantienen las conductas de consumo.

-Técnicas a utilizarse:

Entrenamiento para rechazar la bebida

Ofrecer respuestas asertivas

Entrenar en habilidades de escucha y de conversación

Manejo de críticas

Sesiones de terapia individual:

1.- Identificación de estímulos de alto riesgo

-Objetivo:

Incrementar la capacidad del paciente para identificar los estímulos de alto riesgo internos y externos para evitar recaídas.

-Técnicas a utilizarse:

En las sesiones se anima a los pacientes a revisar cuidadosamente los recuerdos recientes y remotos de consumos para poder descubrir el alto rango de los estímulos

de alto riesgo que conducirán a recaídas futuras. Gorski y Miller (1982), resaltaron una serie de signos reveladores que señalan el inicio del camino del paciente hacia la recaída, es decir, tener tendencia a exponerse a situaciones de alto riesgo y estar poco preparado para manejar sus pensamientos, sentimientos impulsos y acciones resultantes.

2.- Estrategias cognitivas para afrontar los estímulos de alto riesgo

-Objetivo:

Desarrollar creencias de “control” que reduzcan la vulnerabilidad de las recaídas y los deslices.

-Técnicas a utilizarse:

Específicamente se anima al paciente a reunir una lista de actividades distractoras que se puedan utilizar cuando se encuentren estos estímulos. Las actividades de distracción pueden incluir cualquier actividad no relacionada con las drogas por ejemplo: cantar, ejercicio, jugar o escribir etc.

3.- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento

-Objetivo:

Aumentar y reforzar las habilidades del paciente para enfrentar situaciones de alto riesgo ambientales e individuales que inician y mantienen las conductas de consumo.

-Técnicas a utilizarse:

Entrenamiento para rechazar la bebida

Ofrecer respuestas asertivas

Entrenar en habilidades de escucha y de conversación

Manejo de críticas

4.- Análisis de ventajas y desventajas de consumir drogas

-Objetivo:

Analizar las ventajas frente a las desventajas de consumir drogas.

-Técnicas a utilizarse:

El papel del terapeuta consiste en estimular a los pacientes a que aporten datos objetivos, en relación con las ventajas y desventajas. Además se anima a los pacientes a comprender que sus puntos de vista suelen ser exagerados acerca de las ventajas, al igual que los puntos de vista minimizados de las desventajas, que contribuyen a la adicción.

Sesiones de terapia familiar:

1.- Educación sobre las drogas

-Objetivo:

Informar a la familia en qué consiste la adicción y los efectos sobre la vida familiar y social

-Técnicas a utilizarse:

Psicoeducación: Se trabaja sobre los aspectos cognitivos-conductuales, sobre las consecuencias que se derivan a mediano y largo plazo de la adicción.

2.- Resolución de conflictos

-Objetivo:

Definir nuevas formas de comportamiento en los miembros de la familia, lo que llevará a la adecuada forma de resolver conflictos.

-Técnicas a utilizarse:

Revisar sesión 4 de psicoterapia de pareja en intervención secundaria.

3.- Prevención de recaídas

-Objetivo:

Aprender a identificar que situaciones, pensamientos y/o estados emocionales pueden acercar al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente utilizando determinadas técnicas.

-Técnicas a utilizarse:

Se debe enfocar la terapia en 3 aspectos:

Entrenamiento en habilidades de afrontamiento: cognitivas y conductuales.

La reestructuración cognitiva.

El reequilibrio del estilo de vida.

4.- Importancia de la familia en la recuperación

-Objetivo:

Demostrar la importancia de la familia en la recuperación del paciente y en la abstinencia.

-Técnicas a utilizarse:

Preguntas Circulares: se pide a cada participante en la sesión de terapia que exprese sus puntos de vista sobre las relaciones y las diferencias existentes entre otros miembros de la familia, mediante las preguntas circulares cada integrante de la familia contribuye al desarrollo de una imagen de la estructura familiar y a la comprensión del carácter circular de las relaciones de la familia.

Sesiones de terapia de pareja:

1.- Educación sobre adicción

-Objetivo:

Informar a la pareja en qué consiste la adicción y los efectos sobre la vida familiar y social.

-Técnicas a utilizarse

Psicoeducación: informar a la pareja acerca de la adicción como enfermedad. Se puede realizar un video informativo o una exposición educativa.

2.- Prevención de recaídas

-Objetivo:

Aprender a identificar que situaciones, pensamientos y/o estados emocionales pueden acercar al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente utilizando determinadas técnicas.

-Técnicas a utilizarse

Adiestramiento para que la pareja evite situaciones de consumo personal que puedan llevar al consumo de la pareja.

3.- Resolución de conflictos

-Objetivo:

Definir nuevas formas de comportamiento en la pareja que evite el consumo y recaídas.

-Técnicas a utilizarse

Dar pautas para mejorar la comunicación, incentivar a situaciones de diversión familiar alejadas del consumo. Inculcar valores y reglas claras.

4.- Entrenamiento para mantenerse alejado del alcohol.

-Objetivo:

Entrenar a la pareja para mantenerse alejada del alcohol, lo que permitirá evitar recaídas en el paciente.

-Técnicas a utilizarse

Psicoeducación.
Adherencia al tratamiento.

TERCER MES

Sesiones de Terapia Grupal:

1. **Estrategias cognitivas para afrontar los estímulos de alto riesgo.**

   -Objetivo:

   Entrenar al grupo en habilidades cognitivas para afrontar los estímulos de alto riesgo.

   -Técnicas a utilizarse

   Psicoterapia explicativa

2. **Estrategias conductuales para afrontar los estímulos de alto riesgo**

-Objetivo:

Entrenar al grupo en habilidades conductuales para afrontar los estímulos de alto riesgo.

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia explicativa.

3. **Importancia de la inserción en un grupo de autoayuda**

-Objetivo:

Brindar al grupo información acerca de los grupos de autoayuda y de la importancia de adherirse a uno de ellos.

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia explicativa

4. **Adiestramiento para cambiar hábitos y amistades**

-Objetivo:

Adiestrar al grupo en la importancia de cambiar hábitos y amistades y explicar la influencia de los mismos en prevención de recaídas.

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia explicativa.
Psicoeducación en estilos de vida saludable.

5. **Identificación de estímulos de alto riego para las recaídas**

-Objetivo:

Adiestrar al grupo en habilidades que les permitan reconocer un estímulo de alto riesgo que los lleva a una recaída, de esta forma estarán preparados para evitar el estímulo o saber manejar la situación.

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia explicativa.

6. **Estilos de vida saludable**

-Objetivo:

Manifestar al grupo información necesaria acerca de los estilos de vida saludable que deben adoptar para mantenerse en abstinencia.

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia explicativa.

7. **El autoestima dentro del proceso de recuperación**

-Objetivo:

Indicar la importancia del autoestima para prevenir recaídas y lograr la reinserción social, laboral y familiar

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia motivacional.

8. **Entrenamiento en asertividad**

-Objetivo:

Entrenar al paciente en asertividad de tal forma que sea una arma clave para evitar recaídas

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia explicativa
Psicodrama.

9. **Vida estable sin drogas**

-Objetivo:

Indicar al grupo la importancia de llevar una vida sin drogas, y como debe sustituir el consumo en caso de presentarse un conflicto

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia explicativa
Técnicas de grupo.

10. **Evitar recaídas**

-Objetivo:

Indicar en que consiste la prevención de recaídas, la importancia y conceptos básicos de esta etapa.

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia explicativa.

11. **Poder controlar períodos difíciles sin recurrir a la droga**

-Objetivo:

Indicar actividades alternativas a l consumo, elaborar un plan de vida.

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia explicativa
Técnicas de grupo

12. **Superación personal**

-Objetivo:

Realizar una terapia motivacional, que permita al paciente analizar las formas de superación personal.

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia motivacional.

13. **Control de emociones**

-Objetivo:

Indicar la importancia del control de la emociones para evitar recaídas y se logre la reinserción social alejado del consumo.

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia explicativa
Técnicas de grupo

14. **Aumento de la relación con los grupos de autoayuda**

-Objetivo:

Incentivar al grupo a la asistencia de grupos de autoayuda recalcando la importancia de los mismos en la recuperación.

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia explicativa

15. **Mantener la abstinencia**

-Objetivo:

Recalcar la importancia de mantener la abstinencia, indicar además como lograrlo y lo que se debe evitar en el proceso.

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia explicativa

16. **Cambios de estilos de vida internos y externos**

-Objetivo:

Indicar un nuevo estilo de vida que le permita analizar su interior y exterior y se hagan cambios para lograr la abstinencia.

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia explicativa
Psicodrama.

17. **Alejamiento del pensamiento adictivo**

-Objetivo:

Indicar alternativas que permitan permanecer alejados de la idea de consumo.

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia explicativa

18. **Evitar que un desliz cabe siendo una recaída**

-Objetivo:

Evitar una recaída.

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia explicativa

19. **Técnicas de autocontrol**

-Objetivo:

Proporcionar técnicas que le permitan al grupo auto controlarse y mantenerse alejado del consumo.

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia conductual.

20. **Asistencia a grupos de autoayuda**

-Objetivo:

Incentivar a la asistencia a un grupo de autoayuda, planificando las sesiones fuera del centro de rehabilitación.

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia explicativa
Elaboración de agenda de asistencia.

Sesiones de Terapia individual:

1. **Charla educativa, "Información acerca de las consecuencias de las drogas**

-Objetivo:

Manifestar mediante una charla educativa las consecuencias del uso de drogas a nivel personal, familiar y social, creando conciencia de ello.

-Técnicas a utilizarse

Psicoeducación.

2. **Entrenamiento en habilidades de afrontamiento**

-Objetivo:

Entrenar al individuo para que sea un ente capaz de afrontar los deseos de consumir las drogas.

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia conductual.

3. **Adiestramiento para cambio de amistades y hábitos**

-Objetivo:

Adiestrar al paciente para que su nuevo estilo de vida incluya un cambio a nivel personal y social, dejando atrás los amigos y lugares de consumo, e incluya nuevos hábitos que lo ayuden a insertarse socialmente.

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia cognitivo-conductual.

4. **Establecimiento de metas realistas**

-Objetivo:

Elaborar una lista de virtudes y defectos, los mismos que irán enfocados en plantearse metas realistas de su futuro, sin dar planes concretos que no se puedan cumplir para evitar recaídas por ello y lograr la reinserción social de individuo.

-Técnicas a utilizarse

Elaboración de lista de virtudes y defectos.
Análisis de metas posibles.

5. **Importancia de la asistencia a grupos de apoyo**

-Objetivo:

Incentivar a la asistencia a un grupo de autoayuda, dando información oportuna y verás de los mismos lo que le permitirá aclarar dudas y establecer comentarios.

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia explicativa

6. **Estilos de vida saludable**

-Objetivo:

Analizar el estilo de vida actual del paciente y concientizar para que exista un cambio y adopte estilos de vida saludable que incluyan cambios internos y externos lo que le permitirá mantenerse alejado del consumo.

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia explicativa
Psicoterapia conductual.

7. **Factores de riesgo para las recaídas**

-Objetivo:

Analizar los factores de riesgo a los que van a estar expuestos fuera del centro, para que este preparado ante las circunstancias de vulnerabilidad.

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia cognitiva-conductual.

8. **Entrenamiento en asertividad**

-Objetivo:

Entrenar al paciente para que reaccione de forma asertiva ante los factores de riesgo para las recaídas.

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia conductual.

9. Reajuste al fracaso

-Objetivo:

Analizar la forma en la que el paciente reacciona al fracaso y enseñar las maneras adecuadas de hacerlo sin que sea necesario el consumo de drogas.

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia cognitivo-conductual.

10. Información de los grupos de autoayuda

-Objetivo:

Expresar al paciente información verás acerca de los objetivos, misión y visión de los centros de autoayuda.

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia explicativa.

11. Autoestima

-Objetivo:

Realizar un análisis de autoestima, e incentivar al paciente con charlas motivacionales para la adecuada reinserción social.

-Técnicas a utilizarse

Motivación.

12. Importancia de la reinserción social

-Objetivo:

Demostrar la importancia de la reinserción social para la adecuada recuperación del paciente, brindando información acerca de sus objetivos.

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia explicativa.

13. Identificación de estímulos de alto riesgo

-Objetivo:

Identificar los factores de riesgo a los que el paciente está expuesto lo que permitirá evitar una recaída.

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia conductual.

14. Entrenamiento en habilidades sociales

-Objetivo:

Entrenar al paciente en habilidades sociales enfocadas a prevenir recaídas y alejarse del consumo.

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia conductual.

15. Desarrollo de redes de apoyo social

-Objetivo:

Incentivar al paciente a que desarrollo una red de apoyo social, con amistades y entorno nuevo lo que le permitirá mantenerse alejado del consumo.

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia conductual.

16. Resolución de conflictos interpersonales.

-Objetivo:

Realizar un análisis de los conflictos personales del paciente, y buscar alternativas que contribuyan a superarlos.

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia racional-emotiva.

17. Toma de decisiones

-Objetivo:

Enseñar al paciente a tomar decisiones de manera acertada y sin miedo al prejuicio.

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia cognitivo-conductual.

18. Tiempo libre

-Objetivo:

Realizar un análisis de cómo debe administrar el tiempo libre fuera del centro , de manera que evite factores de riesgo y si estos se presentan reacciones de forma asertiva y tome decisiones que lo alejen del consumo.

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia cognitivo-conductual.

19. Importancia del trabajo para la recuperación

-Objetivo:

Demostrar mediante información verás la importancia de la reinserción laboral para la recuperación del paciente, además de la administración adecuada del dinero.

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia conductual
Psicoeducación.

20. Programación de asistencia al grupo de apoyo

-Objetivo:

Realizar una programación semanal para la asistencia a grupos de apoyo de forma que el paciente se sienta comprometido directamente con ello.

-Técnicas a utilizarse

Realizar agenda de asistencia personalizada.

Sesiones de Terapia Familiar:

1. **Información sobre la enfermedad de la adicción**

-Objetivo:

Informar al familiar del paciente acerca de la enfermedad de la adicción: causas, efectos, proceso y recuperación de la misma, logrando concientizar la importancia de su intervención para la recuperación.

-Técnicas a utilizarse

Psicoeducación.

2. **Identificación de posible grupo vulnerable**

-Objetivo:

Analizar el grupo familiar, e identificar a los miembros que puedan ser un grupo vulnerable al consumo; lo que permitirá enviarlos a intervención primaria.

-Técnicas a utilizarse

Entrevista familiar.

3. **Resolución de conflictos familiares**

-Objetivo:

Analizar la problemática familiar, y dar pautas para la resolución de conflictos actuales y futuros, enfocándonos en prevenir recaídas.

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia racional emotiva

4. **Estilos de vida saludable**

-Objetivo:

Informar a la familia acerca de estilos de vida saludable que deben adoptar cada miembro enfocados en evitar el consumo y evitar situaciones de riesgo.

-Técnicas a utilizarse

Psicoeducación.

Sesiones de Terapia de Pareja:

1. **Prevención de recaídas**

-Objetivo:

Informar al familiar del paciente acerca de los efectos del consumo de alcohol y del proceso de recaída; enfocándonos en la importancia de la familia para evitar el consumo.

-Técnicas a utilizarse

Psicoeducación.

2. **Estilos de vida saludable**

-Objetivo:

Informar a la pareja sobre el estilo de vida saludable que debe adoptar frente a l paciente en proceso de recuperación, y la importancia de mantenerse alejado de las situaciones de consumo y de riesgo para el paciente.

-Técnicas a utilizarse

Psicoeducación.

3. **Resolución de conflictos**

-Objetivo:

Resolver conflictos actuales y pasados que puedan ser causantes del consumo o que conlleven a una futura recaída, además dar técnicas de resolución de conflictos futuros que generen un posible consumo.

-Técnicas a utilizarse

Psicoeducación.
Psicoterapia racional emotiva.

4. **Toma de decisiones**

-Objetivo:

Dar pautas para que la pareja pueda tomar decisiones acertadas frente a los estímulos de alto riesgo y evite estas situaciones.

-Técnicas a utilizarse

Psicoterapia explicativa

BIBLIOGRAFÍA.

MORALES A, Rubio G., **Diagnostico y tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol en atención primaria**, 1era Edición, Medicina de familia, Argentina, 1977

GRAÑA GÓMEZ, José, **Conductas adictivas. Reoría, Evaluación y tratamiento**, 1era Edición O Donnell, 1994

MARTÍNEZ, Rubio G, **Utilidad de la trasferrina deficiente de carbohidratos en los problemas por uso de alcohol**, 2da Edición An Med. Intern., 1997.

RUBIO VALLADOLID Y SANTO-DOMINGO-CARRASCO, J. **Guía practica de intervención de alcoholismo. Madrid, DuPont Pharma, Agencia Antidroga e Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid**, 2000.

RUIZ MARTÍNEZ ,Mario, **Manual de drogodependencias para enfermería** 1era Edición Díaz de Santos, 2002

BALAREZO, Lucio, **Psicoterapia** 2da Edición (EDIPUCE), 1995.

BECK T, **Aron Terapia Cognitiva de las drogodependencias** 3era Edición Paidós, 1999.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD DE GINEBRA, **Trastornos mentales y del comportamiento, Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. CIE 10 1992.**

J. VALLEJO Y RUILOBA**, INTRODUCCIÓN A LA PSICOPATOLOGÍA Y A LA PSIQUIATRÍA,** Quinta Edición 2002, MASSON S.A.

BALAREZO CHIRIBOGA, Lucio .**GUÍA PARA EL DIAGNOSTICO PSICOLÓGICO CLÍNICO Y NEUROPSICOLÓGICO.**

ESPINOSA CARPIO, Cesar, **TEXTO METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**, Primera edición, 1989.

http://www.psicología-online.com/autoayuda/hhss/HHSSS.htm

http://www.pnsd.msc.es/categoría2/pública/pdf/GuiaClinicaIntPsicológica.pdf

http://www.psicologíacientifica.com/bv/psicología 76-6adicciones-salud.html

http://www.Adicciones.org.Dr.SaulAlvarado

http://www.aep-taray.org/portal/images/pdf/ocupacional.pdf

http:// *www.consep.gov.ec/index.php?option=com_docman&task=doc*

ANEXOS

Anexo 1.

MODELO DE LA AGENDA DEL DÍA PARA UN MES

PRIMERA SEMANA DE INTERNAMIENTO

LUNES

1. BIENVENIDA
2. DINÁMICA GRUPAL
3. INFORMACIÓN: Objetivos del tratamiento

    3.1 Periódico mural

    3.2 Diario personal

    3..3 Lecturas orientadas

    3..4 Relajación

    3..5 Charlas

    3..6 Deportes

    3.2.7 Recreación

    3.2.8 Trabajo de grupo- Interacción

    3.2.10 Películas

    3.2.11 Horario de actividades.

    3.2.12 Elección del coordinador

    3.2.13 Reconocimiento del área física de la clínica.

    4. Terapia de grupo.

    MARTES MAÑANA

    1. Abordaje psicoterapéutico: Evaluación médica
    2. Organización de actividades dentro de la clínica:

        2.1 Asignación de tareas.

        2.1.1 Grupo de barrido

        2.1.2 Grupo de cocina.

        2.1.3 Grupo de aseo.

MARTES TARDE

3. Informe de novedades.

4. Trabajo de grupo: Charlas.

5. Trabajo en Grupo

6. Lectura orientada.

NOCHE

7. Cine Foro

7.1 Comentario

7.2 Vivencias Personales y Familiares.

MIÉRCOLES MAÑANA

1. Abordaje psicoterapéutico: Elaboración de historia clínica médica

2 .Realización de las diferentes actividades por grupos

3. Trabajo en grupo

    3.1 Dinámica grupal

    3.1 Elaboración de periódico mural

TARDE

2. Informe de novedades

3. Trabajo en grupo.

4. Objetivos de internamiento de cada paciente: Informe escrito

5. Lectura orientada.

NOCHE

6. Diario personal

7. Cine foro.

7.1 Película.

7.2 Comentario

7.3 Vivencias personales y familiares.

JUEVES MAÑANA

1. Proceso psicoterapéutico.

1.1 Psicoterapia de apoyo

TARDE

3. Terapia Grupal: Reconocerse como adicto

4. Objetivo de internamiento 2 parte.

5. Motivación

6. Lectura Orientada.

NOCHE

7. Diario personal

8. Lectura comentada.

VIERNES

MAÑANA

1. Reporte de novedades.

2. Charla.

3. Re análisis de tema

4. Recreación

6. Lectura comentada.

NOCHE.

7. Diario personal.

8. Evaluación.

SÁBADO

1. Grupo de auto ayuda: Vivencial.

2. Ejercicio físico

DOMINGO

1. Grupo de auto ayuda: Vivencial.

2. Ejercicio físico

SEGUNDA SEMANA

Superar síntomas de abstinencia

LUNES

MAÑANA

1. Trabajo en grupo: Lecturas espirituales

1. Interconsulta Medico-Psiquiatra

2. Terapia individual: Evaluación

4. Terapia de grupo: Etapa de inicio

TARDE

1. Informe de novedades.

2. Autoconocimiento: Errores, limitaciones y potencialidades.

3. Trabajo en grupo: Psi coeducación

4. Periódico mural

5. Lectura comentada.

NOCHE.

6. Diario personal.

7 Cine foro

8 Comentario

9 Vivencias personales.

MARTES

MAÑANA

1. Terapia individual: Evaluación

2. Terapia de grupo

TARDE

3. Terapia de grupo

4. Relajación.

6. Lectura comentada.

NOCHE.

7. Diario personal.

8. Cine foro

8.1 Comentarios.

8.2 Vivencias personales y familiares.

MIÉRCOLES.

MAÑANA

1. Informe de novedades.

2. Terapia de grupo.

TARDE

3. Terapia de grupo: Técnica para ayudar al sujeto a reconocer los efectos negativos asociados al consumo.

4. Relajación.

5. Lectura comentada.

NOCHE

DIARIO PERSONAL.

JUEVES

MAÑANA

1. Informe de novedades.

2. Terapia de grupo:

TARDE

1. Informe de novedades.

2. Terapia grupal: Sentimientos de culpa.

3. Análisis de la problemática laboral.

4. Lectura comentada.

NOCHE

5. Diario personal

6. Película.

6.1 Comentario

6.2 Vivencias personales y familiares.

VIERNES

MAÑANA

1. Informe de novedades.

2. Psi coeducación: Salud física y cambio de imagen

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

TARDE

1. Informe de novedades

2. Terapia de grupo.

    2.1 Análisis de la problemática familiar (informe)

3. Relajación.

4. Lectura comentada

NOCHE

1. Diario personal.

SÁBADO

1. Grupo de auto ayuda: Vivencial.

2. Ejercicio físico

DOMINGO

1. Grupo de auto ayuda: Vivencial.

2. Ejercicio Físico

TERCERA SEMANA

LUNES

1. Terapia individual.-

    1.1 seguimiento sesión IV

    1.2 Mecanismos de defensa.

2. Terapia de grupo: Fase de normalización

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

REINSERCIÓN SOCIAL

TARDE

1. Informe de novedades.

2. Terapia de grupo:

4. Relajación.

5. Lectura comentada.

NOCHE.

6. Diario personal.

7. Periódico mural: Tema: La rehabilitación.

MARTES

MAÑANA

1. Informe de novedades.

2. Objetivos y metas a corto plazo

TARDE

3. CHARLA: marginación y auto marginación.

4. Objetivos y metas a corto plazo.

5. Relajación.

6. Lectura comentada.

NOCHE

7. Diario personal.

8. Película. Tema: Complicaciones cerebrales. Comentario

9. Vivencias personales y familiares.

MIÉRCOLES

MAÑANA

Terapia de grupo: Motivación

Tratamiento espiritual.

TARDE.

1. Informe de novedades.

2. Objetivos y metas a mediano plazo

3. Relajación.

4. Lectura comentada.

NOCHE

5. Diario personal.

6. Continuación de metas a mediano plazo.

JUEVES.

MAÑANA

1 Informe de novedades.

2. Terapia de grupo.

3. Relajación.

TARDE

1. Informe de novedades

2. Terapia de grupo: Lectura comentada.

3. Terapia ocupacional

4. Reuniones familiares.

NOCHE.

7. Diario personal.

8. Película.

9. Vivencias personales e individuales.

VIERNES

1. Trabajo multidisciplinario.

1.1. Estudio de caso

1.2 Revisión bibliográfica

TARDE

TERAPIA GRUPAL

REINSERCIÓN SOCIAL.

SÁBADO

1. Grupo de auto ayuda: Vivencial.

2. Ejercicio físico

DOMINGO

1. Grupo de auto ayuda: Vivencial.

2. Ejercicio Físico

CUARTA SEMANA

LUNES

MAÑANA

1. Informe de novedades.

2. Terapia individual

2. Mañana de espiritualidad.

3. Terapia de grupo: Confrontación.

TARDE

3. Reforzamiento de áreas no bien trabajadas.

4. Relajación.

5. Lectura comentada.

NOCHE.

6. Diario personal.

7. Periódico mural: Tema: Mi futuro

MARTES

MAÑANA

1. Reuniones familiares.

TARDE

2. Análisis definitivo de metas y objetivos.

3. Reinserción Laboral.

4. Relajación.

NOCHE

5. Lectura comentada.

6. Película.

7. Vivencias personales y familiares.

VIERNES

MAÑANA

1. Acupuntura.

2. Terapia de grupo: Relajación

TARDE.

3. Importancia de futuros controles: Médico-Psicológicos

4. Visión Antropológica de las toxicomanías.

5. Relajación.

6. Lectura comentada.

NOCHE

7. Diario personal.

SÁBADO

1. Grupo de auto ayuda: Vivencial.

2. Ejercicio físico

DOMINGO

1. Grupo de auto ayuda: Vivencial.

2. Ejercicio Físico

Anexo 2.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CENTRO DE RECUPERACIÓN TERAPÉUTICA POSADA SOLIDARIA

ENTREVISTA

Dirigida a las autoridades y funcionarios del Centro De Recuperación Terapéutica Posada Solidaria.

Muy buen día:

Dígnese colaborar con las siguientes preguntas acerca del desenvolvimiento del Centro Posada Solidaria en el cual de manara muy acertada usted labora.

1.- Cuál es el cronograma de tratamiento para la recuperación del paciente?

……
……
…….

2.- Que función tienen los terapistas del centro, y que terapias utilizan para la recuperación del paciente?

……
……
……
……

3.- Cómo son manejados los síntomas de abstinencia en el Centro de Recuperación Posada Solidaria?

……
……
……
……
……
……
……..

4.- Cree usted que el tipo de tratamiento que se brinda en este centro ayuda de manera integral a la recuperación del paciente. Si, No, ¿Por qué?

……
……

5.- Que opina usted acerca de las actividades que se realizan en el Centro, para la adecuada reinserción social de los pacientes.

……
……
……

6.- Con qué frecuencia se brinda atención en intervención familiar, y que procura el Centro conseguir con ello?

……
……
……

7.- Cómo maneja el Centro la intervención para la prevención de recaídas?

……
……
……

8.- Se brinda seguimiento a los casos de pacientes recuperados?

……
……
……

9.- El médico psiquiatra brinda tratamiento farmacológico, que ayude a los pacientes con el síndrome de abstinencia.

……
……
……

10.- El Centro mediante las terapias brinda según el tipo de adicción, atención especializada?

……
……

11.- Cree usted que el Centro cuenta con todos los recursos humanos y materiales para el adecuado funcionamiento e intervención que permitan una apropiada recuperación?

……
……
……

Anexo 3.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CENTRO DE RECUPERACIÓN TERAPÉUTICA POSADA SOLIDARIA

ENCUESTA

Dirigida a los pacientes del Centro De Recuperación Terapéutica Posada Solidaria.

Muy buen día:

Dígnese colaborar con las siguientes preguntas acerca del desenvolvimiento del Centro Posada Solidaria en la que usted se encuentra en recuperación.

1.- De manera acertada señale su problema:

- Alcohol ( )
- Cocaína ( )
- Marihuana ( )
- Inhalantes ( )
- Video juegos ( )
- Sexo ( )
- Otros:

  ……
  ……

2.- Señale los profesionales de los cuales recibe atención:

- Psicólogo clínico ( )
- Terapista vivencial ( )
- Médico Psiquiatra ( )
- Médico General ( )
- Trabajadora Social ( )
- Psicorehabilitador/a ( )
- Enfermera ( )
- Otros:

  ……
  ……..

3.- Cree usted que la atención que recibe en el Centro le ayuda a superar su problema?

- Si ( )
- No ( )

Por Que?.....

4.- Cuantos ingresos ha tenido en este centro?

……
……

5.- Cómo calificaría la atención que recibe en el Centro?

- Excelente( )
- Bueno ( )
- Malo ( )
- Regular ( )

6.- Recibe tratamiento farmacológico que le ayuda a sentirse mejor?

- Si ( )
- No ( )

7.- Le parece que la atención actual que brinda el Centro, tiene errores que deben corregirse?

- Si ( )
- No ( )

Cuales?.....
.....
.....

8.- Ha recibido terapia conjuntamente con miembros de su familia?

- Si ( )
- No ( )

9.- Cree usted que el Centro brinda el apoyo suficiente para que luego del internamiento pueda sentirse un ser útil e independiente de su adicción?

- Si ( )
- No ( )

Por qué?.....

Anexo 4.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CENTRO DE RECUPERACIÓN TERAPÉUTICA POSADA SOLIDARIA

ENCUESTA

Dirigida a los pacientes del Centro De Recuperación Terapéutica Posada Solidaria.

Muy buen día:

Dígnese colaborar con las siguientes preguntas acerca del desenvolvimiento del Centro Posada Solidaria en la que usted se estuvo en recuperación. Se ruega de la forma más comedida se responda estas preguntas con sinceridad y de forma anónima, puesto que esto ayudará al mejoramiento en funciones del centro. Gracias.

1.- Usted acudió a recibir tratamiento de forma voluntaria o involuntaria?

……

……

……

……..

2.- Cuántas veces ha estado internado en este centro de recuperación?

……

……

……

……..

3.- De que manera ayudó el centro a su reinserción social?

……

……

……..

4.- Cómo cree usted que la intervención familiar que realiza el centro le ayuda a su recuperación, explique?

……

……

……

5.- Señale de que profesionales recibió usted atención en el centro Posada Solidaria.

- Psicólogo clínico ( )
- Terapista vivencial ( )
- Médico Psiquiatra ( )
- Médico General ( )
- Trabajadora Social ( )
- Psicorehabilitadora/o ( )
- Enfermera ( )
- Otros:

  ……
  ……..

6.- La terapia ocupacional que usted recibió, le ha dado facilidades fuera del centro?

……
……
……
……
……..

7.- Le parece que la atención brindada en el Centro es la adecuada para su recuperación?

……
……
……

Anexo 5.

HISTORIA CLÍNICA UTILIZADA BASADA EN EL MODELO DEL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES CRA (Cuenca – Ecuador)

DATOS PERSONALES

NOMBRE: …….

HISTORIA CLÍNICA: ……..

ÁREA: ……

FECHA DE NACIMIENTO:…… **EDAD:**…….

ESTADO CIVIL: …….

INSTRUCCIÓN: ……

OCUPACIÓN: ……..

LUGAR DE RESIDENCIA:……

TELÉFONO:…….

RELIGIÓN: …….

FECHA DE INGRESO: …….

NUMERO DE INTERNAMIENTOS:……..

FECHA DE ELABORACIÓN: …….

FUENTE DE INFORMACIÓN: ……..

MOTIVO DE INGRESO:

……..

……..

COMPORTAMIENTO DURANTE LA EVALUACIÓN Y RELACIÓN ESTABLECIDA CON EL ENTREVISTADOR

……

……

……

BREVES DATOS DE SU HISTORIA

……
……
……
……
……

ASPECTOS COGNITIVOS E INTELECTUALES

……
……

ASPECTOS AFECTIVOS, DE LA AUTOIMAGEN Y LAS RELACIONES INTERPERSONALES

……
……

ASPECTOS DE EVOLUCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN

……
……
……

REACTIVOS PSICOLÓGICOS UTILIZADOS

……
……
……

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

……
……

ID PERSONALIDAD:……

RECOMENDACIONES:

……
……

……
……

……

PSICÓLOGO CLÍNICO.

Anexo 6.

INFORME PSICOLÓGICO CLÍNICO

NOMBRE: ……..

EDAD: ……..

H:C:L: ……..

FECHA DE EVALUACIÓN: …….

MOTIVO:……

……

……

……

…….....

CONCLUSIONES……

……

……

RECOMENDACIONES.

……

……

…….....

…….

PSICÓLOGO CLÍNICO.

Anexo 7.

CUESTIONARIO PARA DETECCIÓN DEL ALCOHOLISMO.

CAGE

El entrevistador realiza las siguientes preguntas:

Alguna vez…

- ¿Ha pensado que debería reducir su consumo de alcohol?
- ¿Se ha molestado porque la gente ha criticado su manera de beber'
- ¿Se ha sentido culpable o mal por haber bebido?
- ¿Se ha tomado una copa por la mañana al despertarse para aliviar la resaca o calmar los nervios?

Una respuesta positiva indica la posibilidad de que exista un problema por alcohol. Dos o mas respuestas positivas señalan una alta probabilidad de alcoholismo.

AUDIT (Alcohol use disorders identifications test)

A continuación encontrará unas preguntas sobre como es su consumo de bebidas alcohólicas. En ella se entiende que una bebida alcohólica es equivalente a una caña de cerveza, un vaso de vino o media copa de licor (brandy, ginebra, whisky).

1) ¿Con qué frecuencia toma alguna bebida alcohólica?

Nunca menos de una al mes

2 o 3 veces al mes

2 o 3 veces por semana

4 o más veces por semana

2) ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

1 o 2 3 o 4 5 o 6 7 o 9 10 o más

3) ¿Con que frecuencia toma seis o más bebidas en una sola ocasión?

Nunca menos de una al mes

una vez al mes

una vez a la semana

A diario, o casi a diario

4) ¿Con qué frecuencia en el curso del último año se ha sentido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?

Nunca menos de una al mes

una vez al mes

una vez a la semana

A diario, o casi a diario

5) ¿Con que frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que esperaba de usted porque había bebido?

Nunca menos de una al mes

una vez al mes

una vez a la semana

Diariamente o casi

6) ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho en el día anterior?

Nunca menos de una al mes

una vez al mes

una vez a la semana

A diario, o casi a diario

7) ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

Nunca menos de una al mes

una vez al mes

una vez a la semana

A diario, o casi a diario

8) ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que le sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

Nunca menos de una al mes

una vez al mes

una vez a la semana

A diario, o casi a diario

9) ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?

No

Sí, pero no en el curso del último año

Sí, en el último año

10) ¿Algún pariente, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?

No

Sí, pero no en el curso del último año

Sí, en el último año

Las 8 primeras preguntas se puntuarán 0, 1, 2, 3 o 4; las dos últimas preguntas se puntuarán 0, 2 o 4.

Una puntuación superior a 8 indica que existe un riesgo de que el paciente tenga trastornos por uso de alcohol.

Anexo 8

Escala de intensidad de la dependencia alcohólica (EIDA)

Intente recordar un periodo de tiempo en los últimos seis meses en los que usted haya bebido mucho.

Ahora marque (X) en la casilla correspondiente la frecuencia con que las siguientes manifestaciones le ocurrieron durante este periodo.

Durante ese periodo de tiempo que bebí mucho:

Frecuentemente: 1

Casi siempre: 2

A veces: 3

Casi nunca:4

1. Me despertaba sudando

2. Me temblaban las mano a primera hora de la mañana

3. Tenía náuseas a primera hora de la mañana

4. Todo mi cuerpo temblaba violentamente, sino bebía algo

5. Me despertaba completamente bañado en sudor.

6. Temía que llegase la hora de levantarme.

7. Temía encontrarme con alguien a primera hora de la mañana

8. Me sentía próximo a al Desesperación al despertarme.

9. Me sentía muy nervioso al despertarme

10. Me sentía asustado al despertarme

11. Me gusta beber por las mañanas

12. Tenía ganas de beber alcohol al despertarme.

13. Me tomaba lo antes posible y de un trago las primeras copas de la mañana.

14. Bebía por la mañana para

calmar los temblores.

15. Sentía una fuerte necesidad de beber alcohol al despertarme. ☐ ☐ ☐ ☐

16. Bebía más de 4 copas de licor al día (el equivalente es una botella de vino o 8 cañas de cerveza) ☐ ☐ ☐ ☐

17. Bebía más de 8 copas de licor al día (El equivalente son dos botellas de vino o 16 cañas de cerveza). ☐ ☐ ☐ ☐

18. Bebía más de 16 copas de licor al día (El equivalente son 3,5 botellas de vino o 32 cañas de cerveza). ☐ ☐ ☐ ☐

19. Bebía más de 32 copas de licor al día (El equivalente son siete botellas de vino o 64 cañas de cerveza). ☐ ☐ ☐ ☐

20. Llegaba a beber en menos de una hora 8 copas de licor (El equivalente son dos botellas de vino o 18 cañas de cerveza). ☐ ☐ ☐ ☐

21. Después de haber tomado algunas copas me apetecía seguir bebiendo. ☐ ☐ ☐ ☐

22. Cuando comenzaba a beber me resultaba difícil parar hasta que no estaba bastante bebido ☐ ☐ ☐ ☐

23. No bebía alcohol hasta después de haber finalizado mis tareas (Trabajo, estudio, reuniones, etc.). ☐ ☐ ☐ ☐

24. Si bebía alcohol, no sobrepasaba el límite que me había propuesto ☐ ☐ ☐ ☐

25. Había días en los que conseguía no beber en absoluto. ☐ ☐ ☐ ☐

Imagínese la siguiente situación:

1) Ha conseguido dejar de beber durante algunas semanas.

2) Y tiene una recaída en la que bebe bastante durante dos días consecutivos.

¿Cómo se sentiría por la mañana, después de haber pasado esos dos días bebiendo bastante?

Frecuentemente: 1

Casi siempre: 2

A veces: 3

Casi nunca:4

	1	2	3	4
26. Por la mañana comenzaría a sudar	☐	☐	☐	☐
27. Tendría temblor en las manos.	☐	☐	☐	☐
28. Tendría nauseas.	☐	☐	☐	☐
29. Mi cuerpo temblaría.	☐	☐	☐	☐
30. Mis deseos por beber serían.	☐	☐	☐	☐

Subescalas:

1. Síntomas físicos:

2. Síntomas psicológicos.

3. Conductas para disminuir la sintomatología:

4. Consumo:

Control:

6. Sintomatología tras recaídas:

TOTAL

Todas las preguntas se puntúan de 0-3 según intensidad (desde nunca hasta Casi siempre), excepto las preguntas 23 y 25 que lo hacen en sentido inverso. Una puntuación inferior a 21 indica dependencia leve, entre 21-29 moderada y superior a 37 grave.

Anexo 9.

MODELO DE ELLIS (1987) -

HISTORIA PERSONAL DE CADA MIEMBRO

DE LA PAREJA (1) ------- EXPECTATIVAS NO REALISTAS (MITOS). INCOMPATIBILIDAD (2)

.Modelos parentales

.Otros modelos

.Historia de la pareja

RELACIÓN ACTUAL DE LA PAREJA (3) ---------- DESEOS NO SATISFECHOS (4)

** INSATISFACCIÓN DE PAREJA (5)

(I.P)

CREENCIAS IRRACIONALES (6)

B-1: Justicia: "Tu no debes actuar como lo haces porque amenazas mi autoestima" "Es horrible que lo hagas...no lo soporto...eres despreciable"

B-2: Catastrofismo: "Si se expresan las insatisfacciones puede ocurrir algo horrible y no se debe hacer"

CONSECUENCIAS: PERTURBACIÓN DE LA PAREJA (P.P) (7) **

C-1: Ira irracional/ Inhibición asertiva

C-2: Ansiedad/ Inhibición asertiva

CIRCULO VICIOSO:

SUJETO-1: Acontecimiento (A)------- Creencia irracional (B)--------- Consecuencia (C)

SUJETO-2: Acontecimiento (A) ------ Creencia irracional (B) -------- Acontecimiento (A)

Anexo 10.

MODELO DE BECK (1988) : FIGURA 40-

HISTORIA PERSONAL DE CADA

MIEMBRO DE LA PAREJA (1) ---------- ESQUEMAS COGNITIVOS/PERSPECTIVAS

PERSONALES LATENTES (2)

.Modelos familiares

.Egocentrismo: Interés afectivo /Valoración personal

.Identificación con los modelos

.Historia de la pareja

RELACIÓN ACTUAL DE PAREJA COMO

CONJUNTO DE ACONTECIMIENTOS

ACTIVADORES (3) ---------- DISTORSIONES COGNITIVAS (4)

.Conducta de cada conyugue .Abstracción selectiva

.Fases de la relación: .Polarización

-Enamoramiento .Sobre generalización, etc.

"Intimidad sin problemas prácticos.

Idealización-Mitos"

-Cotidianidad

"Frustración de expectativas y creencias

románticas (desilusión)

. Irrupción de problemas prácticos (hijos, finanzas, toma

de decisiones..) Activación del sistema

primitivo de significados: Pacto matrimonial

o perspectivas personales"

CÍRCULOS INTERACTIVOS DISFUNCIONALES: ESTILOS PERSONALES DE RELACIÓN RÍGIDOS (5)

.Comunicación

.Expresión afectiva

.Resolución de problemas

SUJETO-1: Acontecimiento---------- Pensamiento automático/Significado personal---- Emoción y conducta

SUJETO-2: Emoción y conducta ---- Pensamiento automático/Significado personal --- Acontecimiento.