

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**TESIS DE GRADO PARA ASPIRAR AL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**“ANÁLISIS DE LAS CREENCIAS DE LOS PSICOTERAPEUTAS
HACIA LAS ADICCIONES”**

ALUMNA: Trentacoste Melisa Vanesa

DIRECTORA: Mgter. Lic. Agrelo Andrea

Mendoza, 2011.

HOJA DE EVALUACIÓN

TRIBUNAL

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado: **Mgter. Lic. Andrea M. Agrelo**

Nota:

AGRADECIMIENTOS

- Quiero agradecer por este trabajo a mi Directora, Lic. Andrea Agrelo, por la Tolerancia, Predisposición, Preocupación, Dedicación y Buena Onda, sin ella esto hubiese sido imposible.
- A Leonardo por la Paciencia, el Amor y el Apoyo que me brinda día a día.
- A mi Familia (Norma, Jorge, Franco, Marisol y Juan Pablo) por la tolerancia y el Apoyo en estos 6 años de carrera.
- A mis Ahijadas (Guadalupe y Lourdes) por todo el amor que me brindan día a día.
- A mis amigos/as por ayudarme siempre y estar siempre conmigo.

RESUMEN

El propósito de esta investigación es explorar y analizar las creencias de los psicoterapeutas hacia las adicciones y describir los rasgos particulares y generales de psicoterapeutas que trabajen con pacientes adictos. Para esto debemos relacionar las variables que se encuentran inmersas en esta investigación, siendo tres las variables a estudiar: Conceptualización Básica sobre Drogadependencia, Postura Epistemológica de Psicoterapia y Creencias acerca del concepto de cambio en la conducta adictiva.

Entendemos por Adicción como *“la relación que se establece entre una persona y un objeto, que genera un cumulo de tensión en la persona, que es aliviada con la obtención de dicho objeto; se da en un contexto cultural y familiar y va produciendo una progresiva pérdida de grados de libertad¹”*

Según Beck² *“el concepto de “creencias” se define como “estructuras cognitivas que se desarrollan a partir de experiencias tempranas del individuo así como de factores ambientales, culturales y biológicos”.*

Entonces es posible relacionar las creencias de los psicoterapeutas con esta temática tan amplia y compleja como lo son las adicciones.

En primer lugar, las instituciones seleccionadas para aplicar el instrumento son organizaciones no gubernamentales, ya que son la de más fácil acceso. La muestra fue de 16 participantes psicólogos.

Esta investigación tiene un enfoque cualitativo. Siendo su alcance descriptivo. El instrumento de evaluación utilizado fue el cuestionario y el diseño de la Investigación es no experimental. La muestra seleccionada es no probabilística.

En el perfil de terapeutas, el género predominante fue el sexo femenino, el rango predominante de edad fue de 25-30 años. La línea psicológica que prevaleció fue la línea psicoanalítica. El rango que predominó en el tiempo como psicoterapeutas y tiempo como psicoterapeutas de Adicciones fue 0-5 años.

Las creencias que más consenso obtuvieron, plantean que: El origen de una adicción se produce por una multicausalidad de factores. No siempre los hábitos adictivos involucran únicamente el consumo de sustancias. La Drogadependencia casi siempre está acompañada por otra adicción. Siempre es necesario un Equipo Interdisciplinario y la intervención psiquiátrica para trabajar con estos pacientes. La mayoría, cree que el cambio logrado en un tratamiento es definitivo.

Por otro lado, se observa que no hay una tendencia clara en relación a qué tratamiento es más eficaz, si los tratamientos ambulatorios o los de internación. Ni en relación a si es posible la efectividad total en el tratamiento

¹ Adicciones, P. P. (2009). *Contenidos Basicos sobre adicciones*. Mendoza.

² Cardeñoso, E. C. (2001). Creencias, Resolución de Problemas y Correlatos Psicológicos. *Psicothema*, 13, 95.

SUMMARY

The purpose of this research is to explore and analyze the psychotherapists beliefs about addictions and to describe the particular and general psychotherapists features that work with addicted patients. For this we have to relate the variables that can be found in this investigation, being three to consider: basic conceptualization on drug addiction, epistemological position on psychotherapy and beliefs about the concept of change in addictive behavior.

We understand by addiction: “the relation established between a person and an object, that generates tension in the person, which is relieved by the acquisition of such object; it happens in a cultural and familiar context and is a progressive loss of freedom degrees³”

According to Beck⁴ “the meaning of “beliefs” is defined as “cognitive structures that are developed from early experiences of the individual, as well as environmental, cultural and biological facts”.

Then it is possible to relate the psychotherapist beliefs with this wide and complex topic as the addictions are.

In the first place, the selected institutions to apply the instrument are not governmental organizations, as they are easily reached. The sample was of 16 psychologists.

This research has a qualitative approach. Being descriptive scope. The evaluation instrument used was the questionnaire and the investigation is not experimental. The pattern selected is not probabilistic.

In the therapists profile, the predominant gender was the female, the predominant age was from 25 to 30 years old. The prevailing psychological line was the psychoanalytic. The predominant range in time as psychotherapists was 0-5 years old.

The most accepted beliefs, state that: the origin of an addiction is produced by multicausality factors. Not always the addictive habits involved only consuming substances. Drug addiction almost always goes together with other addictions. It is always necessary an interdisciplinary team and a psychiatric intervention to work with these patients. Most of the people think that the change achieved in a treatment is definitive.

On the other hand, it is observed that there is not a clear tendency as to which treatment is more effective, if the ambulatories treatments or the interment one. Or in relation to whether an overall effectiveness in treatment.

³ Addictions, P.P. (2009). Basic contents on addictions. Mendoza.

⁴ Cardenoso, E.C. (2001). Beliefs, Psychological Resolution of Problems and Correlates. *Psicothema*, 13, 95.

INDICE

Universidad del Aconcagua, Facultad de Psicología	1
Titulo y Nombre del Autor	2
Hoja de Evaluación	3
Agradecimientos	4
Resumen	5
Summary	6
Indice	7
Marco Teórico	9
1. Adicción	10
1.1. Antecedentes Históricos	10
1.2. Teoría sobre la Etiología de las Drogas	11
1.3. Formas de Consumo de las Drogas	13
1.4. Multicausalidad de las Adicciones	13
1.5. Factores de Riesgo y de Protección	15
1.6. Trastornos Relacionados con las Adicciones	16
1.6.1. Trastornos Relacionados con Sustancias	16
1.6.1.1. Trastornos por Consumo de Sustancias	17
1.6.1.2. Trastornos Inducido por Sustancias	20
1.6.2. Trastornos Relacionados con el Alcohol	21
1.6.3. Trastornos Relacionados con Alucinógenos	23
1.6.4. Trastornos Relacionados con Cannabis	24
1.6.5. Trastornos Relacionados con Cocaína	25
1.7. Adicción al Juego	27
2. Psicoterapia	28
2.1. Las Raíces de la Psicoterapia	28
2.1.1. La Psicoterapia en Sociedades Tribales	28
2.1.2. La Psicoterapia en Grecia y el Mundo Antiguo	29
2.1.3. La Aportación del Cristianismo	30
2.1.4. El Renacimiento y la Humanización de la Diferencia	31
2.2. La Aparición de la Psicoterapia	32
2.2.1. Del Magnetismo Animal a la Hipnosis: El Largo camino de la Psicogenia ³²	32
2.2.2. Del Método Catártico al Psicoanálisis	34
2.3. El Desarrollo de la Psicoterapia	35
2.4. Efectividad del Tratamiento	39
2.5. Delimitando los Factores No específicos	40
2.6. Condiciones Básicas para el Cambio	41
2.7. El Cambio Auto Inducido	41
2.8. La Atmosfera del Cambio	42
2.9. Modelo Transteorico de Diclemente y Prochaska	43
2.9.1. Orígenes y Objetivos	43
2.9.2. Estadios de Cambio	44
2.9.3. Procesos de Cambio	46

2.10.	Integración de los Estadios y Procesos de Cambio	47
2.11.	Niveles de Cambio	48
2.12.	Integración de Estadios, Procesos y Niveles	48
2.13.	Dispositivos Terapéuticos de las Adicciones	49
3.	Adherencia al Tratamiento	53
4.	Creencias	55
4.1.	Componentes de los Sistemas de Creencias	56
4.2.	Contenido de las Creencias	57
4.2.1.	Los Estereotipos	57
4.2.2.	Las Metáforas	57
4.3.	Características de la Creencias	58
5.	Objetivos y/o Hipótesis del Trabajo	61
6.	Marco Metodológico	62
6.1.	Tipo de Estudio	63
6.2.	Diseño de la Investigación	64
6.3.	Descripción de la Muestra	64
6.4.	Sujetos o Participantes	64
6.5.	Instrumentos de Evaluación	64
6.6.	Procedimiento	65
	Presentación y Análisis de los Resultados	66
7.	Caracterización de la Muestra	67
7.1.	Distribución de Frecuencias de Variables Demográficas	67
7.2.	Edad	67
7.3.	Genero	68
7.4.	Línea Psicológica	68
7.5.	Tiempos como Psicoterapeutas	69
7.6.	Tiempos como Psicoterapeutas de Adicciones	70
8.	Conceptualización Básica sobre Drogadependencia	72
8.1.	Concepción acerca de las Causas de la Adicción	72
8.2.	Concepción acerca de los Distintos Tipos de Adicciones	73
8.3.	Concepción acerca del Desarrollo de la Adicción	74
9.	Postura Epistemológica de Psicoterapia/Tratamiento	76
9.1.	Creencias del Terapeuta en relación al Tratamiento	76
9.2.	Creencias acerca de los Dispositivos Terapeuticos	78
9.3.	Efectividad del Tratamiento	80
10.	Creencias acerca de la Posibilidad de Cambio en la Conducta Adictiva	82
10.1.	Creencias del Terapeuta en relación al concepto de cambio en la conducta adictiva	82
10.2.	Creencias en relación a la Efectividad del Cambio	84
10.3.	Creencias en relación al Proceso de Cambio Terapéutico	86
	Discusión de Resultados	89
	Conclusiones	94
	Bibliografía	97
	Anexos	98

MARCO TEORICO

1. ADICCION

Existen numerosas explicaciones de porque la gente utiliza y llega a ser adicta a determinadas sustancias psicótropas. El Proceso de la Adicción queda explicado por medio de un pequeño número de formulas simples y bastantes obvias. Entendemos por Adicción “*a la relación que se establece entre una persona y un objeto, que genera un cumulo de tensión en la persona que es aliviada con la obtención de dicho objeto; se da en un contexto cultural y familiar y va produciendo una progresiva pérdida de grados de libertad*”⁵

La razón básica para empezar con las drogas y el alcohol es conseguir placer, experimentar la euforia de sentirse colocado y compartir la excitación con la compañía de alguien que también lo esté utilizando (Stimmel, 1991)⁶.

Con el paso del tiempo hay una serie de factores adicionales que contribuyen a que la persona llegue a ser dependiente de la droga. Las personas con circunstancias vitales adversas tienen más probabilidad de llegar a ser adictos, que aquellos con mayor fuente de satisfacción (Peele,1985)⁷. Por un momento los problemas diarios reales se convierten en insignificantes y la vida, en sí misma, parece más atractiva. Las personas con poca confianza en sí mismas pueden considerar que las drogas o el alcohol refuerzan su moral, al menos a corto plazo.

El problema de toda adicción es que la droga u objeto de satisfacción, consigue controlar a los individuos adictos. Sus objetivos, sus valores y sus lazos de unión pasan a estar subordinados por la utilización de la droga. No pueden controlar su vida con eficacia.

1.1. ANTECEDENTES HISTORICOS

Psicopatología de la Drogadicción

Los estudios centrados en la psicopatología de la drogadicción se pueden separar en dos fases distintas:

Hasta 1950⁸, la adicción salvo el alcoholismo, era considerada como una condición rara que se encontraba en personas tales como doctores y enfermeras, quienes tenían el acceso a opiáceos como la morfina u otras personas que habían experimentado el valor terapéutico de esas sustancias durante el tratamiento de una enfermedad o afecciones corporales graves, tales como heridas de guerra o tumores.

Los estudios psicopatológicos revelaban un trastorno grave de personalidad, situado entre la frontera de la neurosis y psicosis.

⁵ Adicciones, P. P. (2009). *Contenidos Basicos sobre adicciones*. Mendoza.

⁶Cito en Aaron Beck, F. D. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. Barcelona: Paidós Iberica S.A(Pag: 45)

⁷ Cito en Aaron Beck Op. Cit.(pag.46)

⁸ Ltda., C. d. (2001). *Manual de Operadores Terapeuticos en Adicciones*. Mendoza: Ediciones del Canto Rodado.

Desde 1950 en adelante, el mercado creciente de narcóticos ilegales, junto con el desarrollo de una sociedad próspera y los cambios relacionados con esta en cuanto a normas culturales, crearon una epidemia de consumo y dependencia de drogas entre la gente joven. Además la prevalencia de políticas de intervención basadas en modelos médicos-farmacológicos o en modelos pedagógicos-rehabilitadores, llevaron al descuido las investigaciones psicopatológicas.

De este modo, se favorecería la tendencia a centrar la atención sobre los efectos de los narcóticos, más que sobre las dificultades propias del individuo.

El origen de la dependencia se atribuía a una “predisposición” genética o a una “fragilidad” personal.

De 1970⁹ datan los primeros estudios que focalizaron la atención en la variedad de razones personales subyacentes al consumo repetido de drogas, entre la gente joven, e igualmente importante, en la reacción de sus familias inmediatas. Sobre la base de estos resultados iniciales de principios de los ochenta, se comenzó a correlacionar sistemáticamente datos pertinentes del historial del caso del adicto, con características de su interacción con su familia, las drogas y los servicios terapéuticos. La atención se centró en:

- La Organización Psicológica
- Mecanismos de Defensa, Síntomas y Rasgos de Carácter de los jóvenes adictos.
- Modelos de Organización y Patrones de Comunicación prevalecientes en sus familias inmediatas.
- Características relativas al riesgo de sobredosis y otras consecuencias físicas y sociales de su hábito.
- La tendencia a dramatizar o bien minimizar el consumo de drogas.
- Habilidad de reconocer, apreciar y disfrutar de los efectos de las sustancias individuales.
- Modos de Consumo de las Drogas
- Búsqueda y Establecimiento de contacto, individual o familiar, con servicios terapéuticos.
- Resultados de programas terapéuticos diferentes.

1.2. TEORIAS SOBRE LA ETIOLOGIA DE LAS ADICCIONES

TEORIAS BIOLÓGICAS

Las Teorías biológicas concentran su foco de atención sobre la posible existencia de condiciones fisiológicas innatas o adquiridas que hacen vulnerable al individuo para su adicción. El descubrimiento de un componente hereditario de adicción al alcohol apoya esta teoría.

⁹ Ltda., C. d. (2001). *Manual de Operadores Terapéuticos en Adicciones*. Mendoza: Ediciones del Canto Rodado.(pag.32)

TEORIAS PSICODINAMICAS

La Literatura Psicoanalítica centraba su foco de atención sobre la relación que se percibía entre el abuso de drogas y la libido.

Freud consideraba el uso de narcóticos como sustituto de la satisfacción sexual; sus seguidores lo consideraron como resultado de una infancia trastornada.

Algunas partes de su personalidad no habían tenido un desarrollo normal y se fijaba a las distintas fases de desarrollo durante los primeros años de vida.

TEORIAS CONDUCTUALES O DE CONDICIONAMIENTO

Las respuestas conductuales y emocionales lo mismo se pueden aprender que olvidar. Respecto de este enfoque, lo importante es preguntar que es lo que refuerza la conducta adictiva. En las Terapias, de lo que se trata es de desaprender la conducta adictiva reemplazándola con otro comportamiento. Desempeñan un papel central los factores tanto del condicionamiento clásico como del operante.

TEORIAS DE ORIENTACION SISTEMICA

Otro enfoque de la adicción tiende a considerarla como resultado de un equilibrio patológico en un sistema de relaciones o sistema familiar. En una relación el adicto crea la posibilidad de que el otro sea el más fuerte de los dos. En un sistema familiar distrae la atención de la familia de otros problemas y la mantiene unida convirtiéndose en el foco de atención.

Con los drogadictos adolescentes parece darse el problema del “abandono del hogar”. Aparece por ambas partes un intenso miedo a la separación, ya que a medida que el hijo trata de mantener fuertes lazos de unión con la familia, al mismo tiempo se prepara para abandonar la casa paterna. La drogadicción resulta de una solución para conseguir una pseudo independencia, una pseudoindividuación.

TEORIAS SOCIALES

El abuso de Drogas puede contemplarse como resultado de una sociedad que funciona mal. La gente consume drogas con el fin de escapar de la presión ejercida por la sociedad o como protesta de contra las normas establecidas por ella.

Los consumidores de sustancias son estigmatizados y eliminados de esta sociedad. Estos adictos son utilizados por quienes están adaptados, como chivo expiatorio de todo lo que va mal en ella (por quienes están adaptados). Algunos defensores de la teoría social arguyen que resulta mejor no tratar a ningún drogadicto puesto que no cambiaría la causa real de la adicción; el mal funcionamiento de la sociedad.

LA TEORIA DE LA AUTOMEDICACION Y OTRAS TEORIAS PSIQUIATRICAS

A los adictos se los puede considerar pacientes psiquiátricos. Cuando consumen alcohol o drogas sus síntomas disminuyen. Esta teoría explica, porque pueden aparecer tras la desintoxicación, síndromes psiquiátricos.

Esto es en relación a pacientes en los que existe una patología dual.

MODELOS INTERACTIVOS

Ninguna de las teorías hasta ahora descriptas es capaz de justificar por completo la existencia de la adicción, pero, explicar parte de ella; ya que todos los puntos de vista son validos en sí mismos. Estos centran su atención sobre diversas causas que pueden desempeñar, en mayor o menor medida, una función parcial en el origen de la adicción de ciertas personas. Estos factores son también interactivos. Un modelo interactivo de la drogodependencia fue propuesto por la Organización Mundial de la Salud. En el mencionado modelo, se considera la dependencia como un síndrome psico-fisiológico-social, determinado por un sistema complejo de reforzamientos.

1.3. FORMAS DE CONSUMO DE LAS DROGAS

Existen muchas formas de consumo que caracterizan a las adicciones. Estas son:

- ✓ **Experimental:** Consumo fortuito durante un periodo de tiempo muy limitado. La droga se puede probar una vez y en ocasiones varias veces, pero ya no se vuelve a consumir. Podrían postularse como motivos de este consumo: curiosidad, sentirse adulto o sentirse parte de un grupo.
- ✓ **Ocasional:** Consumo intermitente, cuya principal motivación es obtener mayor desinhibición para lograr una más amplia integración. En este consumo la persona discrimina bien el tipo de droga que quiere y donde usarla.
- ✓ **Habitual:** Consumo que tiene lugar a diario, con doble propósito: por un lado aliviar el malestar psicoorganico (dependencia física y/o psíquica) y por otro mantener un rendimiento determinado. Presenta menores alteraciones de comportamiento.
- ✓ **Compulsivo:** Consumo muy intenso durante varias veces al día. Presenta un que consecuencias sociales.

1.4. MULTICAUSALIDAD DE LAS ADICCIONES

Las adicciones no responden a una sola causa, sino a los diversos aspectos en los que se encuentra implicado el sujeto.

En general estas personas tienen baja autoestima y dificultades para comunicarse y en algún sentido se encuentran alineados. También se identifican con estereotipos y carecen de proyectos de vida. Además entablan vínculos artificiales y cambiantes con las demás personas.

Por otro parte tienen padres que no ponen límites y en algunos casos los abandonan, no solo físicamente sino también afectivamente. Por esto y otras causas no hay que olvidar que el debilitamiento de las relaciones familiares, por cualquier motivo que fuese, favorece las adicciones.

La problemática de las Adicciones constituye un problema “MULTICAUSAL”, su abordaje exige miradas amplias y criterios flexibles. Por lo cual se incluye una serie de factores, cuya interrelación aumenta la posibilidad de aparición de la misma.

Si bien cada uno de ellos no actúa como causa única, la interacción de los mismos puede aumentar la probabilidad de desencadenar diversas situaciones conflictivas de consumo. Entre ellos se destaca:

✓ **Factores Psicológicos:**

Existen variables que constituyen zonas vulnerables asociadas a la problemática del consumo. Una de ellas se relaciona con los Rasgos de Dependencia que, cuando se presentan de un modo excesivo en un trastorno de personalidad, lleva a los sujetos a establecer relaciones de dependencia con diferentes objetos de la realidad para la satisfacción de sus propias necesidades. En momentos de mayor vulnerabilidad, transformación y desajuste en la forma acostumbrada de funcionar, cuando los recursos habituales con que cuenta el individuo le resultan insuficientes o poco adecuados, aumenta la angustia incrementándose las conductas de búsqueda de objetos que la calmen.

Otros factores son: La Baja Tolerancia a la Frustración, la dificultad para comunicar Sentimientos y Pensamientos con Palabras; y la Imposibilidad de Sostener Proyectos, Expectativas y Metas Propias.

✓ **Factores Familiares:**

La Falta de Límites Claros puede considerarse el elemento nodal de estos factores. Esto se origina por la falla en las funciones que debe cumplir cada miembro y que permite regular intercambios; situación que puede manifestarse tanto por conductas sobre protectoras como de abandono o indiferencia. Los modelos adultos propuestos, en lugar de ser previsible, firmes, coherentes aparecen inconsistentes, confundidos o ausentes.

Otros factores son: La estructura de comunicación inexistente o deficitaria, el maltrato físico y/o psíquico, modelos paternos consumidores de drogas.

✓ **Factores Sociales**

Las sociedades actuales tienden a desarticular los vínculos de pertenencia, lo que lleva a los individuos a realizar permanentes esfuerzos de re acomodación para sentir que pertenecen a las diferentes instituciones o grupos y no quedar excluidos de sus ámbitos habituales.

La fuerza que tiene el grupo puede “arrastrar” a sus miembros sobre todo a los más débiles al consumo de sustancias.

Ante la situación socio económica, los adultos se sumergen en la desesperanza y falta de proyectos y esto lleva a que tampoco aparezcan como modelos definidos y atractivos.

✓ **Factores Culturales**

La Cultura valoriza y significa de modo especial determinadas interacciones entre los hombres y entre estos y los objetos. En nuestro medio se desarrolla la creencia de que la mayoría de las necesidades pueden ser aliviadas en plazos cortos y con mínimos esfuerzos.

✓ Factores Económicos y Políticos

La Burocratización, conduce al aislamiento progresivo, al desarraigo afectivo-ideológico, todas formas de exclusión. Esto trae como correlato que los tiempos para la acción política se retardan a favor de la velocidad propia de los grupos de poder económico que operan en el mercado de sustancias lícitas e ilícitas.

El aumento del consumo por ejemplo de la cerveza ha aumentado en los últimos diez años y especialmente en la franja joven de la sociedad.

Esto contribuye a que las adicciones se posicionen como salida frente a los modelos económicos-políticos que sobre estimulan determinados valores de consumo por un lado y por otro reducen al máximo su posibilidad de alcanzarlos. Aparece como respuesta una serie de soluciones mágicas, instantáneas, que no postergan la satisfacción como las tarjetas de crédito, la compra telefónica, los aprendizajes a medida, la competencia laboral en pos de la eficacia y el éxito que no mide medios ni fines. La reflexión y la palabra ceden lugar a la inmediatez de la imagen y a la acción sin reflexión previa.

1.5. FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCION

La evaluación verdadera de ambos permite conocer la situación real en donde habrá que desarrollar el trabajo preventivo, ya que los factores de riesgo nos muestran el camino conveniente a seguir y los factores de protección nos dan la pauta acerca del cómo y con que lo haremos.

✓ FACTORES DE RIESGO

Son elementos que presentan una alta probabilidad de desencadenar un suceso indeseable. Ej: a mayor velocidad mayor posibilidad de tener un accidente de tránsito.

-Factores Individuales:

- *Baja Autoestima
- *Escasa Tolerancia a la Frustración y Poca Capacidad de Espera
- *Dificultades en la Comunicación
- *Falta de Proyectos de Vida
- *Sensación de Vacío e Intrascendencia
- *Bajo rendimiento escolar
- *Uso precoz de sustancias adictivas
- *Personalidad Dependiente
- *Rebeldía. Dificultad para aceptar la autoridad
- *Actitud permisiva hacia el consumo

-Factores Familiares e Interpersonales

- *Inestabilidad. Desintegración Familiar.
- *Maltrato Físico y/o Sexual
- *Violencia en el Grupo Familiar

- *Dificultad en la Integración, Contacto y Expresión de Afectos
- *Disciplina Laxa o muy autoritaria
- *Actitud de sobreprotección o de abandono
- *Presencia de conductas de abuso o adicción a sustancias en algún integrante de la familia
- *Falta de normas y límites
- *Dificultades de integración al grupo de pares
- *Grupo de amigos consumidores
- *Capacidad recreativa generada a partir del consumo

✓ **FACTORES PROTECTORES**

Definen el terreno de los Recursos con que se contara a la hora de llevar a cabo las acciones de prevención.

-Factores Individuales:

- *Tener Sensación de Logro y Valoración frente a lo que uno hace
- *Tener una buena capacidad para comunicarse
- *Tener proyectos personales y sociales
- *Poseer una escala de valores que canalice las inquietudes y otorgue un sentido a la propia vida
- *Sentido de Pertenencia y Compromiso con diferentes grupos e instituciones
- *Dan lugar al Placer en la vida cotidiana.

-Factores Familiares e Interpersonales:

- *Grupo Familiar Estable, Contenedor, que tiene capacidad para resolver conflictos que se presentan.
- *Buen nivel de comunicación entre los miembros de la familia.
- *La disciplina Familiar es consistente, flexible y con permanencia en el tiempo
- *Constituye un núcleo donde se expresan los afectos y permite el intercambio afectivo.
- *Protagonismo y Compromiso Social
- *Existencia de una red social de apoyo
- *Buena utilización del tiempo libre (deportes, artística, culturales)
- *Grupo de pares que favorezca actitudes de solidaridad y ayuda mutua.

1.6. TRASTORNOS RELACIONADOS CON LAS ADICCIONES

1.6.1. “TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS”

Los trastornos relacionados con sustancias incluyen los trastornos relacionados con la ingestión de una droga de abuso (incluyendo el alcohol), los efectos secundarios e un medicamento y la exposición a tóxicos. El término “Sustancia” hace referencia a una droga de abuso, a un medicamento o a un toxico. Las sustancias incluidas en esta sección se agrupan en 11 clases:

- 1- Alcohol
- 2- Alucinógenos
- 3- Anfetaminas o simpaticomiméticos de acción similar
- 4- Cafeína
- 5- Cannabis
- 6- Cocaína
- 7- Fenciclidina
- 8- Inhalantes
- 9- Nicotina
- 10- Opioides
- 11- Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos

Muchos de los medicamentos prescritos o tomados por iniciativa propia pueden causar también trastornos relacionados con sustancias.

El deterioro cognoscitivo o del estado de ánimo son los síntomas más frecuentes asociados a las sustancias tóxicas, aunque también pueden dar lugar a la ansiedad, alucinaciones, ideas delirantes o crisis comiciales. Los síntomas suelen desaparecer cuando el sujeto deja de estar expuesto a la sustancia, pero pueden mantenerse semanas o meses y requerir tratamiento médico.

1.6.1.1. TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

-DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

La característica esencial de la *Dependencia de Sustancias* consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida auto administración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia.

Según la Organización Mundial de la Salud la *Dependencia de Sustancias* se puede conceptualizar como “Aquella Situación en la que se prioriza el uso de una determinada sustancia psicoactiva frente a otras conductas consideradas antes como más importantes”.

El diagnóstico de dependencia puede ser aplicado a toda clase de sustancias a excepción de la cafeína. Los síntomas de la dependencia son similares para todas las categorías de sustancias, pero con alguna de ellas los síntomas son menos patentes e incluso pueden no aparecer.

La necesidad irresistible del consumo (craving) se observa en la mayoría de los pacientes con dependencia de sustancias.

Dependencia Física: La droga se ha incorporado al metabolismo del sujeto. El organismo se ha habituado a la presencia constante de la sustancia, de tal manera que necesita mantener un determinado nivel en sangre para funcionar con normalidad. Cuando este nivel desciende por debajo de cierto umbral, aparece el síndrome de abstinencia característico de cada droga.

La dependencia física es relativamente fácil de romper tras un periodo de desintoxicación que, con ayuda o no de fármacos, puede prolongarse como máximo durante quince días, en función de cada droga.

Dependencia Psíquica: Es la compulsión a consumir periódicamente la droga de que se trate para experimentar un estado afectivo positivo (placer, bienestar, euforia, sociabilidad) o librarse de un estado negativo (aburrimiento, timidez, estrés).

Este es el aspecto más trabajoso ya que hay que desactivar la dependencia psíquica, propiciando cambios en la conducta y emociones del sujeto que le permitan funcionar psíquicamente (obtener satisfacción, superar el aburrimiento, afrontar la ansiedad, superar la frustración, establecer relaciones sociales) sin necesidad de recurrir a las drogas.

CRITERIOS PARA LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

1- Tolerancia: definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- b) El efecto de las mismas cantidades de sustancias disminuye claramente el consumo continuado.

2- Abstinencia: definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia
- b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

- 3- La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- 4- Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
- 5- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (ej: visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (ej: fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
- 6- Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia
- 7- Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (ej: consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol cuando se sabe que empeora una úlcera).

Especificar si:

- **Con Dependencia Fisiológica:** Signos de Tolerancia o abstinencia(ej.: si se cumplen cualquiera de los puntos 1 y 2)
- **Sin Dependencia Fisiológica:** No hay signos de Tolerancia o abstinencia(ej.: si no se cumplen los puntos 1 y 2)

-ABUSO DE SUSTANCIAS

La característica esencial del *Abuso de Sustancias* consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionado con el consumo repetido de sustancias.

La categoría de Abuso de sustancias no es aplicable a la nicotina ni a la cafeína. El término de “*Abuso*” debería aplicarse solamente a un patrón de consumo de sustancias que cumple con los criterios para este trastorno, el término no debería utilizarse como sinónimo de “consumo”, “mal uso” o “consumo peligroso”.

Es un concepto ambiguo porque hace referencia a las costumbres propias de cada cultura. Lo que una sociedad considera normativo en un momento de su historia, puede parecer abusivo para otra civilización, o para la misma en un momento diferente.

No obstante puede entenderse como “Abuso de Drogas” su uso inadecuado, a tal punto que pueda comprometer física, psíquica y/o socialmente la evolución del sujeto, ya sea por la cantidad consumida (abuso cuantitativo), ya sea por las circunstancias en que se produce el consumo (abuso cualitativo).

CRITERIOS PARA EL ABUSO DE SUSTANCIAS

- A- Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno(o más)de los ítems siguientes durante un periodo de 12 meses:
 - 1- Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o la casa (ej: ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o obligaciones de la casa)
 - 2- Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso(ej: conducir un auto o accionar una maquina bajo los efectos de la sustancia)
 - 3- Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia(ej: arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)
 - 4- Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia(ej: discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación o violencia física)
- B- Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancias.

1.6.1.2. TRASTORNOS INDUCIDOS POR SUSTANCIAS

-INTOXICACION POR SUSTANCIAS

Cuando el consumo de una droga es superior en cantidad o frecuencia a la capacidad del organismo para eliminarla. Esto se puede manifestar a través de una sobredosis puntual o mediante efectos indeseables de la acción antagónica o sinérgica de dos o más sustancias.

La característica esencial de la intoxicación por sustancias es la aparición de un síndrome reversible específico de la sustancia debido a su reciente ingestión (Criterio A).

- **Intoxicación Aguda:** Puede estar vinculada a un episodio único de uso de droga.
- **Intoxicación Crónica:** Cuando la sustancia es de uso continuo o mezclada con otras drogas. Supone una alteración biológica, psicológica y social en un sujeto permanentemente impregnado de sustancias adictivas.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA INTOXICACION POR SUSTANCIAS:

- A- Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente(o a su exposición).Nota: Diferentes sustancias pueden producir síndromes idénticos o similares
- B- Cambios psicológicos o de comportamiento desadaptativo clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (ej: irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social),que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.
- C- Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

-ABSTINENCIA DE SUSTANCIAS

La característica esencial de la abstinencia de sustancias consiste en la presencia de un cambio desadaptativo de comportamiento, con concomitantes fisiológicos y cognoscitivos, debido al cese o la reducción del uso prolongado de grandes cantidades de sustancias (criterio A).

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA ABSTINENCIA DE SUSTANCIAS:

- A- Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de consumo prolongado y en grandes cantidades.
- B- El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C- Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

1.6.2. TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

Alcohol

El alcohol es una sustancia química, un brebaje y una droga que modifica intensamente el funcionamiento del sistema nervioso (Levin, 1990).

Al principio el alcohol actúa como un anestésico general, interfiriendo sutilmente con algunas funciones como el pensamiento, el razonamiento o el juicio (Miller y Muñoz, 1976). Sin embargo a medida que la concentración del alcohol en sangre va aumentando, los efectos se hacen más intensos hasta que incluso se afecta la función motriz básica. Ante niveles elevados de alcohol en sangre, aparece el sueño y en último término se puede producir la muerte como resultado de la anulación de la respiración.

Su descubrimiento, probablemente accidental, se remonta a más de 5.000 años antes de Cristo. Se cuenta que en un recipiente quedaron por olvido uvas, que fermentaron y produjeron un líquido. Esto se considero como un regalo de los dioses, por lo que el alcohol comenzó a ser omnipresente en fiestas y celebraciones en épocas pasadas. Se le otorgaban virtudes medicinales. Además provocaba estados de trance por lo que se utilizaba para reforzar ciertos ritos sagrados.

En el Siglo pasado se constato muy rápidamente el fracaso de las medidas prohibicionistas en el plano preventivo. En efecto, lejos de impedir el consumo de alcohol, favorecieron la clandestinidad de su fabricación, venta y consumo. Este alcohol era a menudo de dudosa calidad (alcohol adulterado) y podía contener productos nocivos que provocaban intoxicaciones de plomo, así como problemas de ceguera. Igualmente, se asistió a la eclosión de la corrupción y el crimen organizado alrededor de la venta de alcohol.

Existen dos tipos de bebidas alcohólicas:

- **Bebidas Fermentadas:** Que son aquellas que proceden de un fruto o de un grano y que por acción de levaduras microscópicas, sufren un proceso de fermentación (vino, cerveza, sidra...)
- **Bebidas Destiladas:** Que se obtienen a través de la destilación de una bebida fermentada, es decir, la eliminación por el calor de una parte del agua que contiene. Este tipo de líquido tiene mayor graduación alcohólica que una bebida fermentada (bebidas blancas).

La amplia Tolerancia Social y su fácil adquisición lo convierten en una sustancia “domestica”, el alcohol es una droga con alto poder adictivo. Con el tiempo se establece una fuerte dependencia que se transforma, finalmente, en adicción y que al dejar el consumo puede producir un fuerte síndrome de abstinencia.

-DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

La dependencia fisiológica del alcohol se reconoce por la demostración de tolerancia o de síntomas de abstinencia. En especial si se asocia a antecedentes de abstinencia, la dependencia fisiológica constituye una indicación de un curso clínico en general más grave (ej: inicio temprano, ingesta elevada, más problemas relacionados con el alcohol).

-ABUSO DEL ALCOHOL

El abuso de sustancias requiere menos síntomas y por lo tanto puede ser menos grave que la dependencia. La actividad escolar y el rendimiento laboral pueden verse afectados por los efectos de la bebida o de la intoxicación. El sujeto puede beber en situaciones peligrosas (conduciendo, manejando). Beber alcohol puede causar problemas legales (detenciones por intoxicación o conducir bajo los efectos del alcohol). Los sujetos con abuso del alcohol pueden continuar bebiendo a pesar de que saben los problemas sociales o interpersonales que ellos les acarrearán.

-INTOXICACION POR EL ALCOHOL

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE INTOXICACION POR EL ACOHOL:

- A- Ingestión reciente del alcohol
- B- Cambios psicológicos del comportamiento desadaptativos clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol.
- C- Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo del alcohol:
 - 1-lenguaje farfullante
 - 2-incoordinacion
 - 3-marcha inestable
 - 4-nistagmo
 - 5-deterioro de la atención o la memoria
 - 6-estupor o coma
- D- Los síntomas no se deben a una enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

-ABSTINENCIA DEL ALCOHOL

La abstinencia del alcohol se caracteriza por la aparición de síntomas de abstinencia unas 4 a 12 horas después de disminuir la ingesta de grandes cantidades de tras un consumo prolongado.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA ABSTINENCIA DEL ALCOHOL:

- A. Interrupción o disminución del consumo del alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- B. Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el criterio A:
 - 1-hiperactividad autónoma

- 2-temblor distal de las manos
- 3-insomnio
- 4-nauseas o vómitos
- 5-alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias o ilusiones
- 6-agitacion psicomotora
- 7-ansiedad
- 8-crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas)

C- Los síntomas del criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social laboral o de otras areas importantes de la actividad del sujeto.

D-Los síntomas no se deben a una enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

1.6.3. TRASTORNOS RELACIONADOS CON ALUCINOGENOS

ALUCINOGENOS

Son sustancias que distorsionan las impresiones sensoriales. Dan lugar a ilusiones, alucinaciones, visiones. La persona que la consume puede percibir objetos que no existen en la realidad.

***LSD (Dietilamida del Acido Lisérgico):** Es la sustancia más conocida y una de las drogas más importantes incluida en la familia de los alucinógenos. Esta se extrae químicamente de un hongo llamado “Comezuelo de Centeno”. Se consume en forma oral, tragando los micropapeles (papel secante) impregnados con LSD.

***Mescalina:** Procede del cactus del peyote originario de México. Era utilizado por los indios mexicanos en sus ceremonias religiosas y se conoció en Europa después de la conquista española. Normalmente se mastica o se cuece en un líquido que luego se bebe.

***Fenciclidina (PCP):** Se fabrica y se emplea como anestésico veterinario, tomado por los seres humanos tiene efectos alucinógenos, se fabrica ilegalmente y es conocido por “polvo de ángel” o “píldora de la paz”.

-INTOXICACION POR ALUCINOGENOS

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO POR INTOXICACION POR ALUCINOGENOS:

- A- Consumo reciente de alucinógeno
- B- Cambios psicológicos y de comportamiento desadaptativos clínicamente significativos (ej.: ansiedad, depresiones marcadas, ideas de referencia, miedo a perder el control, ideaciones paranoides, deterioro del juicio o de la actividad social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo del alucinógeno.
- C- Cambios perceptivos que tienen lugar, en un estado de alerta y vigilia totales (ej.: intensificación subjetiva de las percepciones, despersonalización,

desrealización, ilusiones, alucinaciones) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alucinógenos.

D- Dos o (mas) de los siguientes signos que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alucinógenos:

- 1-Dilatación Pupilar
- 2-Taquicardia
- 3-Sudación
- 4-Palpitaciones
- 5-Visión Borrosa
- 6-Tembloras
- 7-Incoordinación

E-Los síntomas no son debido a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

1.6.4. TRASTORNOS RELACIONADOS CON CANNABIS

CANNABIS

La Cannabis Sativa probablemente es originaria de las estepas que comprenden desde Asia Central hasta el Norte del Himalaya, África y Europa Meridional (donde fue difundida por los griegos y especialmente por los romanos).

Su cultivo se extendió para la producción de fibra (el cáñamo). Esta era empleada para hacer cuerdas, alpargatas, sacos, tejidos. Además de la semilla se extraía un aceite secante utilizado para hacer pintura, jabón o para quemar.

Pero al mismo tiempo, se ha ido seleccionando una variedad de la planta que se caracteriza por tener una riqueza especial en sustancias psicoactivas.

De hecho la producción industrial de cáñamo, que alcanzó su máximo hacia la segunda mitad del siglo XIX, ha ido disminuyendo gradualmente a causa de la competencia de las fibras artificiales. Por el contrario, actualmente, en determinadas zonas se ha incrementado el cultivo de la variedad rica en principios psicoactivos para su consumo como droga.

Como medicina el cannabis y sus derivados se mantuvieron en diversas farmacopeas de todo el mundo, hasta principios del siglo XX.

Su reconocimiento en diversas farmacopeas prosiguió hasta que en 1915 se produjo el primer intento internacional de control del cannabis y su consideración como elemento terapéutico desapareció a partir de la Segunda Guerra Mundial.

El despegue importante en el consumo del cannabis, en Europa Occidental y sobre todo en EEUU, se produjo a partir de 1960. Así cambian totalmente los patrones de su utilización: el cannabis se introduce de forma masiva entre la juventud. Inicialmente se asocia a actitudes contestatarias, marginales, a los denominados movimientos contraculturales y a la "subcultura de la droga", para luego pasar a ser una droga más para el consumo y entretenimiento.

-INTOXICACION CON CANNABIS

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE INTOXICACION POR CANNABIS:

- A- Consumo reciente de cannabis
- B- Cambios psicológicos o de comportamiento desadaptativos clínicamente significativos (ej: deterioro de la coordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de que el tiempo transcurre lentamente, deterioro de la capacidad de juicio, retraimiento social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cannabis.
- C- Dos o más de los siguientes síntomas que aparecen a las dos horas del consumo de cannabis:
 - 1-inyeccion conjuntival
 - 2-aumento del apetito
 - 3-sequedad de la boca
 - 4-taquicardia
- D- Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

1.6.5. TRASTORNOS RELACIONADOS CON COCAINA

COCAINA

La cocaína es un estimulante del Sistema Nervioso Central (SNC) que produce euforia, alerta y sensación de bienestar. También disminuye la ansiedad y las inhibiciones sociales incrementando la energía, la autoestima y la sexualidad. La cocaína es un alcaloide (como la cafeína y la nicotina) que se extrae de la hoja de coca. En su estado puro, las hojas de coca se pueden masticar, aunque esta práctica esta casi restringida a las poblaciones nativas en los países productores de cocaína (APA, 1987).

Se extrae la hoja de la planta “Eritroxylon Coca” que se cultiva en la zona occidental de América del Sur. Esta comprende el Norte de Colombia, la región de Cochabamba en Bolivia y Perú. En este último país es donde se cultiva el 80% del total de la coca del mundo. Para obtener un kilo de Pasta de Coca se precisan aproximadamente unos 125 kilos de hoja.

El uso de la Coca fue descubierto por los Incas-Estos Indios de Los Andes construyeron un verdadero imperio del que se encuentran vestigios que remontan al Siglo XII. Sin embargo, hasta el Siglo XVI, con la conquista española, no se descubrió el Imperio Inca. Ya para esta época los indígenas hacían uso de la hoja de un arbusto llamado “coca”. Masticaban las hojas en pequeñas cantidades para combatir la fatiga o por placer.

Al principio la Coca fue utilizada por los miembros de la casa de los reyes, como símbolo de divinidad. Luego En los siglos XIV Y XV, el nombre Mama Coca fue la denominación de varias reinas Incas y algunas princesas lo adoptaron como nombre medio. Al cabo de un tiempo, mucha gente masticaba hojas de coca y la veneraban.

-INTOXICACION CON COCAINA

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE INTOXICACION POR COCAINA

- A. Consumo reciente de Cocaína
- B. Cambios psicológicos o de comportamiento desadaptativos clínicamente significativos (ej.: euforia o afectividad embotada, aumento de la sociabilidad, hipervigilancia, sensibilidad interpersonal, ansiedad, tensión o cólera, comportamientos estereotipados, deterioro de la capacidad de juicio, o deterioro de la actividad laboral, o social) que se presenta durante, o poco tiempo después, del consumo de cocaína.
- C. Dos o más de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cocaína:
 - (1) Taquicardia o Bradicardia
 - (2) Dilatación Pupilar
 - (3) Aumento o Disminución de la Tensión Arterial
 - (4) Sudación o Escalofríos
 - (5) Náuseas o Vómitos
 - (6) Pérdida de Peso demostrable
 - (7) Agitación o Retraso Psicomotores
 - (8) Debilidad Muscular, Depresión Respiratoria, Dolor en el Pecho o Arritmias Cardíacas.
 - (9) Confusión, Crisis Comiciales, Discinesias, Distonias o Coma.
- D. Los síntomas no se debe a enfermedad médica si se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

-ABSTINENCIA DE COCAINA

Los síntomas de abstinencia aguda (crash) se observan con frecuencia después de periodos de consumo de dosis altas y repetidas (runs). Estos periodos se caracterizan por sentimientos intensos y desagradables de lasitud y depresión y aumento del apetito, que requieren generalmente algunos días de descanso y recuperación. Pueden aparecer síntomas depresivos con ideas o comportamientos suicidas, que constituyen el problema más grave observado durante el crashing u otras formas de abstinencia de cocaína.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE ABSTINENCIA DE COCAINA

- A. Interrupción (o disminución) del consumo prolongado de abundantes cantidades de cocaína.
- B. Estado de ánimo disforico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos que aparecen pocas horas o días después del Criterio A:
 - (1) Fatiga
 - (2) Sueños Vividos
 - (3) Insomnio o Hipersomnia
 - (4) Aumento del Apetito
 - (5) Retraso o Agitación Psicomotores

- C. Los síntomas del Criterio B causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
- D. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

1.7. ADICCION AL JUEGO

Para entender esta problemática es fundamental comprender las adicciones desde su relación dependiente y compulsiva que un sujeto establece con el objeto(juego).La vida cotidiana se ve afectada por esta actividad, se producen conflictos en el área familiar y laboral, y el sujeto pasa gran parte del día relacionado con el juego.

Así se establece una relación en la que el objeto es idealizado por el sujeto y se observa, cuando hay adicción, un aumento progresivo del tiempo que se dispone para jugar y un gran monto de ansiedad, cuando no es posible hacerlo.

El sujeto pierde altas sumas de dinero y con la plena seguridad de que va a ganar, juega, ej: la casa en la que habita su familia.

La idea de que “esta vez si va a ganar”, “esta es una oportunidad”, es tan fuerte y creíble que no permite involucrar criterios reales al proceso de pensamiento. Se trata de un pensamiento mágico que hace creer que, en forma rápida y sencilla, se va a ganar aquella suma de dinero que “necesita”.

Aquí, el “objeto juego” no es en si mismo (como por ejemplo la cocaína) lo que nos ayuda a entender que la esencia de las adicciones, reside en la relación que se establece entre el sujeto y el objeto, y no solamente en las características del objeto en si mismas.

La distorsión de la realidad es tal, que en algunos momentos, a pesar de haber perdido la casa familiar, registra una necesidad imperiosa y compulsiva de volver a jugar, con la certeza de que así va a reemplazarla y podrá ser perdonado y “redimido” por su familia. Esto se constituye en un círculo vicioso en el que se sigue jugando para “solucionar” los problemas que el juego genera.

El modelo Familiar que se transmite, constituye un factor de riesgo para futuras adicciones.

El juego genera altas dosis de adrenalina que acelera los procesos de neurotransmisión cerebral.

Este fenómeno se produce en todas las adicciones, ya sea en forma directa: incorporación de químicos o indirecta; como en este caso o en el caso de los deportes de alto riesgo.

Por otro lado, la cultura y la evolución de la tecnología ha ido variando los tipos de juegos, trasladándolos de la carrera de caballo a los video-juegos, maquinas tragamonedas, internet.

Frente a esto hay que marcar la diferencia que se encuentra entre los adictos a las drogas y los que lo son al juego, es que los primeros obtienen mayor ruina en la salud y los segundos en el plano económico y moral.

2. PSICOTERAPIA

2.1. LAS RAICES DE LA PSICOTERAPIA

La Psicoterapia hunde sus raíces en diferentes tipos de saberes, presentes en la cultura occidental, tales como la magia, la medicina, la filosofía y la religión. Para poner de manifiesto los aspectos psicoterapéuticos presentes en estas tradiciones, hay que tener en cuenta que la reconstrucción del pasado de la psicoterapia es diferente de la reconstrucción de su historia.

Para realizar una reconstrucción del pasado de la psicoterapia partiremos de que las prácticas psicoterapéuticas formarían parte de los recursos o remedios que el hombre ha utilizado para salir (o hacer salir a otros) de situaciones vitales recurrentes. Habría que mencionar aquí remedios considerados normales dentro de determinados contextos, tales como confesiones, las epístolas, las guías espirituales.

2.1.1. La Psicoterapia en Sociedades Tribales

Las primeras explicaciones sobre la naturaleza y la vida están dominadas por metáforas sobrenaturales, místicas y míticas, que en buena medida todavía perduran. Estas metáforas corresponden a los primeros estadios de la evolución humana en los que el hombre vive de la caza y de la recolección y más tarde de una incipiente agricultura.

La característica esencial del funcionamiento humano en este estadio es la ausencia de límites precisos entre el hombre y la totalidad de las cosas de la naturaleza. Mucho antes de que el hombre se conciba a sí mismo como un ser claramente distinto de los animales y las plantas, <el hombre se ve a sí mismo como un eslabón en la cadena de la vida en general, cadena dentro de la cual cada ente está mágicamente ligado con el todo, de tal manera que no solo parece posible sino necesario, como forma natural de la vida, el que se da de una constante transmutación de un ser en otro (Cassirer, 1923, vol. II, pág. 221)¹⁰. Las prácticas que podemos considerar antecedentes remotos de la psicoterapia corresponden a una actitud animista, que ha sido estudiada empíricamente en ciertas tribus de Australia y África (Sendrail, 1980)¹¹.

Esta actitud consiste en la creencia en un principio distinto del cuerpo, el alma, que puede abandonar el cuerpo durante el sueño y también puede sobrevivir al cuerpo después de la muerte, reencarnándose en otros seres. Las almas, por tanto, no están sujetas a las vidas de los cuerpos y su presencia se puede sentir en las cosas que rodean al hombre.

Las prácticas curativas que podríamos llamar “Tratamientos Psicoterapéuticos” primitivos presentan numerosas variantes. Ellenberger (1970)¹² ofrece una sistematización que en la que se incluyen prácticas como las siguientes: ceremonias para la restauración del alma, prácticas exorcistas, confesiones, curaciones por incubación.

¹⁰Cito en Feixas, G.-M. M. (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia*. Barcelona: Paidós Iberica S.A. (Pág. 37).

¹¹Cito en Feixas Op. Cit (pág. 37).

¹²Cito en Feixas Op. Cit (pág. 38).

En el caso de las ceremonias para la restauración del alma, encontramos la creencia de que el hombre posee dentro de sí una especie de doble o alma fantasma cuya presencia en el cuerpo es necesaria para su buen funcionamiento, pero que también puede abandonarlo.

En el caso de las prácticas exorcistas, la creencia es que los espíritus malignos han penetrado en el cuerpo del enfermo y han tomado posesión de él.

Aunque las creencias primitivas todavía persisten en la actualidad en determinados contextos, históricamente, el círculo cerrado de la tribu comenzó a resquebrajarse hacia el Siglo VI a.c, periodo en el que se produjo un cambio respecto a las creencias primitivas.

Este cambio no consistió tanto en la superación de las antiguas creencias como en que estas dejaron paso a dos caminos distintos de conceptualización: las religiones organizadas y el pensamiento racional.

2.1.2. La Psicoterapia en Grecia y el Mundo Antiguo

Hay que resaltar que las enseñanzas de los filósofos tenían lugar en contextos bien estructurados, como por ejemplo la Academia Platónica, El Liceo de los Aristotélicos, o la Casa y Jardín de Epicuro en Atenas. Estos fueron los ámbitos donde se cultivaron las técnicas de autocontrol, concentración y recitación que incorporadas a la mentalidad popular, han sobrevivido hasta nuestros días y que la moderna psicoterapia se está encargando de hacer explícitas.

En la Grecia antigua, la adopción de una doctrina filosófica no implicaba únicamente una forma de pensar, sino que fundamentalmente implicaba una forma de vivir. Para ser aceptado como miembro de la escuela, el aspirante tenía que atravesar un periodo de conversión o iniciación. En la práctica cotidiana, cada escuela filosófica había desarrollado métodos de entrenamiento psicológico para perseguir los ideales propuestos por el maestro o fundador de la escuela.

Así pues la Tradición Filosófica iniciada en Grecia aporta a la Psicoterapia una concepción racional y conjunto de argumentos y métodos para que la parte racional del ser humano, que hace posible la convivencia predomine sobre la parte pasional/animal que, dejada en libertad, haría imposible la convivencia. Este criterio valorativo que prima la parte racional del ser humano, ha sobrevivido hasta nuestros días y se encuentra estructurado en torno a dos doctrinas éticas: La aristotélica y la Estoica.

Aristóteles argumenta que toda acción es fuente de potencial de placer si se ejerce conforme a la naturaleza del ser que la realiza. En el caso del ser humano su naturaleza es ser racional, lo cual le inclina al ejercicio de la recta razón.

La solución estoica para la vida feliz viene a ser más radical, porque consiste en prescindir de las pasiones por considerarlas irracionales. Según los estoicos el hombre debe vivir ajustado al orden del mundo que está determinado por la Razón Universal. Las pasiones son excesos irracionales que pueden conducir a la enfermedad del alma. Siguiendo el principio cognitivo de que no son las cosas las que nos afectan sino las representaciones que tenemos de ella, los estoicos concibieron las pasiones como representaciones falsas o engañosas de las cosas. En consecuencia para alcanzar la apatía o impassibilidad, estado de autentica libertad, el hombre debe aprender a controlar las pasiones, lo cual se consigue borrando las representaciones falsas que perturban el buen juicio.

Por otro lado Grecia es también una de las cunas de la tradición media occidental. La emergencia del Pensamiento racional introdujo cambios notables en la clasificación de las enfermedades y la conducta anormal. Hipócrates sistematizó conocimientos de fuentes diversas: la medicina sacerdotal, vinculada al Culto a Esculapio, la escuela pitagórica, las contradicciones médicas de Egipto y la India y las concepciones cosmológicas de los filósofos de su tiempo.

La Salud se concibió como un estado de armonía o equilibrio (crasis) entre los cuatro humores y la enfermedad como un desequilibrio de los mismos (discrasis). Y, lo que es más importante, la curación se consideraba obra de la naturaleza, lo único que el médico debía hacer es ayudarla en la lucha por restablecer el equilibrio.

Los esquemas básicos de la medicina hipocrática fueron desarrollados por Galeno (128-200)¹³, cuya obra está considerada como la síntesis de la medicina antigua.

Galeno distingue entre cosas “naturales” (elementos radicales, humores, temperamentos y facultades), cosas “preternaturales”, esto es que están en contra de la naturaleza (la enfermedad, sus causas y síntomas) y cosas “no naturales”, es decir, que no pertenecen a la naturaleza humana. Estas últimas pueden ser de seis géneros: aire y ambiente, comida y bebida, trabajo y descanso, sueño y vigilia, excreciones y secreciones y movimientos del ánimo. Estas cosas no naturales pueden ser causas externas de la enfermedad y constituyen la base de la Terapia.

La Enfermedad es para Galeno una disposición preternatural del cuerpo por lo cual están alteradas las funciones vitales. El médico puede ayudar a la naturaleza a curar alternando las seis cosas no naturales.

2.1.3. La Aportación del Cristianismo

Durante la Edad Media, el Modelo Galénico, que se concentra en las seis cosas no naturales y que reduce el papel de lo psicológico a mero soporte moral, sobrevivió. A lo largo de este periodo, fue la iglesia la que jugó un papel determinante a la hora de considerar los trastornos mentales como productos de una voluntad sobrenatural, en este caso, del diablo.

Los “*Tratamientos Psicoterapéuticos*”, por tanto iban desde la oración hasta la hoguera, pasando por la Tortura y el Exorcismo.

La enfermedad Mental se interpretó como el resultado de la posesión por el Otro, el Diablo.

La vida interior se origina con la doctrina neotestamentaria, según la cual el hombre no solo puede pecar con su conducta, sino también con su corazón, de modo que lo verdaderamente decisivo para la vida moral (y religiosa) es la secreta (y libre) intimidad de cada hombre, es decir, su vida interior. Esta doctrina tiene sus fundamentos en la palabra de “Génesis”: <Dios Creó al Hombre a su imagen y semejanza>. Y dado que Dios es espíritu puro, que ha creado el mundo ex nihilo y que trasciende el mundo por el creado, resulta que la intimidad de cada hombre puede también trascender el mundo. La posibilidad de esta trascendencia depende de la comunicación con Dios, en función de

¹³ Cito en Feixas, G.-M. M. (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia*. Barcelona: Paidós Iberica S.A. (Pag. 43)

la cual el hombre puede renovarse, bebiendo en la fuente de la vida, a pesar de que su cuerpo y su psique envejecan y se deterioren (Laín, 1961)¹⁴.

Esta doctrina posee en su mismo planteamiento una contradicción esencial que es la siguiente: si el hombre en su intimidad, en su sustancia más pura y verdadera es imagen de Dios, ¿Cómo es que el hombre puede pecar? Es evidente que si actuara conforme a su constitución cuasi divina, no pecaría. Y la respuesta de San Pablo a esta contradicción esencial que es la siguiente: “No soy yo quien obro aquello (el mal obrado): quien obro es el pecado que habita en mí” (Laín, 1961)¹⁵.

En este contexto, dos aspectos resultan especialmente relevantes para la historia de la Psicoterapia. Por un lado, los Recursos para comunicarse con Dios, especialmente la instauración del procedimiento de la confesión y, por otro, los recursos para evitar el pecado, cultivados especialmente por las órdenes religiosas.

La Iglesia cultivo procedimientos estructurados para implantar las virtudes cristianas, sobre todo por la vía de los ejercicios espirituales, a través de la cual se perpetuaron las enseñanzas de la antigüedad. Aunque las guías prácticas para el desarrollo de las virtudes cristianas aparecieron durante la Edad Media, proliferaron en el Renacimiento, época en la que la Iglesia Católica se vio presionada por la Reforma.

2.1.4. El Renacimiento y la Humanización de la Diferencia

Con el Renacimiento se empezaron a oír los primeros testimonios contra la consideración de la enfermedad mental como una posesión diabólica.

El padre J.J. Gassner (1722-1779)¹⁶ fue un humilde sacerdote austriaco que viajaba por Europa curando enfermedades y arrastrando multitudes. Distinguía dos tipos de enfermedades, las “naturales”, que eran cosa de los médicos y las “preternaturales”, que eran cosa del demonio. Él solo tenía competencia sobre estas últimas. Para saber si una enfermedad pertenecía a su ámbito, Gassner conjuraba al demonio pidiéndole que los síntomas de las enfermedades se manifestaran; si esto se producía, entonces había que proceder a un exorcismo que requería la fe del paciente en Jesucristo; en caso contrario se le recomendaba al paciente que fuera a ver al médico.

Durante esta época los tratamientos médicos recomendados para los problemas históricos se diferenciaban poco de los procedimientos antiguos. Las recomendaciones consistían en curas de reposo en un sanatorio, masajes e hidroterapia.

El tratamiento moral introducido por Pinel¹⁷ al filo de la Revolución Francesa constituye un paso importante hacia la humanización de la enfermedad mental. Este movimiento terapéutico respondía principalmente a dos cosas: a) La reforma de la Asistencia Psiquiátrica que siguió a la revolución y b) Una concepción optimista de las enfermedades mentales, que veía en las pasiones las causas más importantes de la locura.

¹⁴Cito en Feixas, G.-M. M. (2005). *Aproximaciones a la Psicoterapia*. Barcelona: Paidós Iberica S.A(Pag.45)

¹⁵ Cito en Feixas Op.Cit (pag. 45)

¹⁶Cito en Feixas Op.Cit (pag.48).

¹⁷Cito en Feixas Op.Cit. (pag.50).

2.2. LA APARICION DE LA PSICOTERAPIA

La Psicoterapia, en sentido estricto, aparece durante el último cuarto de siglo pasado. Este es un periodo en el que los descubrimientos se suceden con rapidez y los conocimientos acumulados en el pasado comienzan a ser vistos bajo una nueva luz: la medicina oficial reconoce la naturaleza psicogénica de la neurosis.

La vía que hizo posible la aparición de la psicoterapia se desarrollo al margen de los esquemas de la medicina oficial y solo a finales del siglo pasado se integro dentro de esta.

La descripción de este proceso, que culmina con la formación del psicoanálisis, es lo que nos va a ocupar en este apartado.

2.2.1. Del Magnetismo Animal a la Hipnosis: El largo camino hasta la psicogenia

La hipnosis en la psicoterapia representa el vinculo de unión entre las curaciones pre-psicológicas de la antigüedad y el psicoanálisis, entre los fenómenos de posesión por el Otro (con “o” mayúscula, el diablo) y los fenómenos de posesión por el otro (con “o” “minúscula, el inconsciente).

La historia moderna comienza con el controvertido asunto del magnetismo animal. Van Helmont (1577-1644)¹⁸, había postulado la existencia de un fluido al que la voluntad podía guiar para influir en la mente y en el cuerpo y al que llamo “Magnetismo Animal”.

Pero la verdadera historia del magnetismo animal comienza con Mesmer (1734-1815)¹⁹ un medico vienes. Mesmer proporciono un impulso clave para el desarrollo de la psicoterapia.

Su contribución consistió en presentar lo que hasta entonces se había considerado como cosa del diablo y de las brujas, como cosa de la ciencia. Rechazo las prácticas exorcistas, aunque estas le proporcionaron su punto de partida, en especial las practicadas por Gassner.

Mesmer, hijo de la Ilustración, intento moldear su pensamiento siguiendo las modas científicas de su tiempo: la electricidad, el magnetismo y la astronomía.

Presento su teoría en 27 puntos que se pueden resumir en la siguiente tesis (Ellenberger,1970)²⁰:

- ✓ Existe un fluido físico que llena el universo y que es el vehículo de unión entre el hombre, la tierra y los astros, y también entre hombre y hombre.
- ✓ La enfermedad se origina a causa de una distribución desequilibrada de este fluido en el cuerpo; la recuperación se logra cuando se restaura el equilibrio.
- ✓ Con la ayuda de ciertas técnicas este fluido puede canalizarse, almacenarse y transmitirse a otras personas.
- ✓ De este modo, se pueden provocar “crisis” en los pacientes y curar enfermedades.

¹⁸ Cito en Feixas, G.-M. M. (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia*. Barcelona: Paidós Iberica S.A.(pag.)

¹⁹Cito en Feixas Op. Cit (pag.52)

²⁰ Cito en Feixas Op. Cit. (pag. 52)

En un primer momento, Mesmer pensó que los imanes podrían ser el vehículo eficaz adecuado para restaurar el fluido desequilibrado y empezó a experimentar con las posibilidades terapéuticas del magnetismo.

Poco a poco Mesmer abandono el uso de los imanes, ya que el poder curativo no residía en ellos sino en su propio fluido magnético.

A partir de ahí Mesmer sostuvo que la tesis de este fluido se concentraba en las personas, de modo que algunas tenían más que otras. Además este fluido podía transmitirse a otros mediante el contacto.

Después de muchos éxitos, Mesmer se trasladó a París, donde en poco tiempo, consiguió una gran clientela y una gran fortuna personal. Amplió su consulta, creando “habitaciones de crisis”.

Sus curaciones se hicieron muy famosas y desencadenaron una gran controversia en Francia²¹.

Entre los seguidores de Mesmer se produjo una escisión: por un lado estaban los “Fluidistas” ortodoxos, que atribuían los poderes curativos a la existencia del fluido magnético y por otro estaban los “animistas” seguidores del marqués de Pueysegur, que sostenían que los poderes curativos tenían que ver con el poder psicológico de la fe.

En Francia la revolución disolvió las organizaciones creadas por los mesmeristas y sus enseñanzas cayeron en el olvido hasta que, casi un siglo más tarde, se redescubrieron simultáneamente en dos centros distintos, dentro ya del marco de la medicina oficial.

Liebault (1823-1904)²² podría considerarse como una figura de transición entre los viejos y los nuevos métodos. Liebault era un médico rural, en un pueblo cercano a Nancy. Después de 10 años de ejercicio con éxito en su práctica médica, por razones desconocidas, comenzó a tratar a sus pacientes mediante la hipnosis. Su procedimiento consistía en ordenar al paciente que le mirara fijamente a los ojos mientras le decía que estaba cada vez más dormido. Una vez que el paciente entraba en estado de somnolencia, Liebault le aseguraba que sus síntomas habían desaparecido. Con este método trataba todo tipo de enfermedades.

Los centros en los que resurgió la hipnosis fueron la escuela de Nancy, en torno a las figuras de Liebault(1823-1904) y Bernheim(1840-1893)y donde realizó su investigación clínica P.Janet(1859-1947).En ambas estudio Freud²³

Para Bernheim²⁴la hipnosis era producto de la “Sugestión”. Entendía por Sugestionabilidad “la aptitud para transformar una idea en acto”, es decir, una característica que tienen todos los seres humanos en mayor o menor grado. El procedimiento terapéutico era similar al introducido por Liebault y se solía utilizar para

²¹ Feixas, G.-M. M. (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia*. Barcelona: Paidós Iberica S.A.(pag. 54).

Las autoridades nombraron una comisión investigadora, de la que formaba parte algunos de los científicos más eminentes de la época, como Lavoisier, el doctor Guillotin y B. Franklin. En 1794 la comisión dio a conocer su informe en el que se negaba la existencia del magnetismo animal como lo entendía Mesmer, pero no así el efecto de las sesiones curativas. Según la comisión, estos se debían a la disposición de los sujetos: Los resultados no dependen del magnetismo, sino de las esperanzas del paciente. Si se magnetiza el paciente cuando este lo espera, se presentará la crisis y la curación, pero si este no lo espera, no se darán nunca.

²² Cito en Feixas, G.-M. M. (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia*. Barcelona: Paidós Iberica S.A.(pag.55)

²³ Cito en Feixas Op. Cit (pag.55).

²⁴ Cito en Feixas Op. Cit. (pag.55).

tratar dolencias de índole muy diversa, enfermedades orgánicas del sistema nervioso, reumatismos, enfermedades gastrointestinales, trastornos menstruales, etc.

Delante de sus estudiantes Bernheim hipnotizaba a un sujeto y le daba la orden de que cinco minutos después de despertar fuera a la esquina de la habitación, abriera un paraguas y que olvidara que había recibido tal orden. Y en efecto cinco minutos después de despertar de la hipnosis, el sujeto iba a la esquina de la habitación y delante de todos habría el paraguas, cuando se le preguntaba porque lo había hecho decía que no lo sabía. Paulatinamente Bernheim fue prescindiendo de la hipnosis y aseguro que los resultados que se pudieron alcanzar por este método también se podían alcanzar mediante la sugestión en estado de vigilia, procedimiento que la escuela de Nancy denominó “*PSICOTERAPIA*”.

Sus métodos se extendieron por todo el continente y la hipnosis y los procedimientos sugestivos se introdujeron en hospitales psiquiátricos.

La posición de Charcot²⁵ respecto de la hipnosis era muy diferente, y también lo era el ambiente donde se llevaron a cabo sus investigaciones.

2.2.2. Del Método Catártico al Psicoanálisis

El procedimiento de la Sugestión Hipnótica se había convertido en equivalente de la psicoterapia. Este procedimiento, sin embargo, no parecía acabar definitivamente con los síntomas de la enfermedad. El siguiente paso con la importante en la génesis de la psicoterapia moderna lo proporciono el método catártico, descrito por J.Breuer²⁶ a partir del cual Freud desarrollo el método psicoanalítico.

Cuando Sigmund Freud (1856-1939)²⁷ abrió su consulta privada en 1886 contaba con una solida formación neurológica. Había realizado investigaciones con los métodos de anatomía microscópica y la neurología anatomoclínica, clínica y teórica. Todo ello le había dado cierto prestigio como neurólogo, de modo que los pacientes que acudían a la consulta, por lo general tenían problemas nerviosos.

La histeria era la enfermedad de la época. Freud comenzó a aplicar la hipnosis en sus pacientes. En 1892 publico su primer trabajo sobre la curación de una histérica y propuso su primera teoría sobre la histeria. Freud hipnotizaba a la paciente y le sugería que no tendría más dificultades para hacer lo que quisiera (en este caso dar de mamar a su hijo recién nacido) En efecto las dificultades desaparecieron tras dos sesiones de hipnosis. Freud sostiene que el deseo de realizar una acción suscita dos representaciones: la de realizar la acción y su representación contraria. La persona sana reprime o inhibe la voluntad contraria, pero las personas que tienen una inseguridad subjetiva no consiguen excluir esta voluntad contraria de modo que el resultado es un conflicto en que dos fuerzas se contrarrestan mutuamente. La sugestión hipnótica actúa, según esta teoría, reforzando el deseo o la voluntad consciente.

²⁵ Cito en Feixas, G.-M. M. (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia*. Barcelona: Paidós Iberica S.A.(pag.56)

²⁶ Cito en Feixas Op. Cit. (pág. 59)

²⁷ Cito en Feixas Op. Cit (pág. 59)

Aunque en esta primera aproximación de Freud al problema de la histeria se ha visto la prefiguración de los elementos del psicoanálisis (Wyss, 1961)²⁸ el método terapéutico utilizado por Freud no es otro que la sugestión hipnótica. El paso decisivo para la creación del psicoanálisis fue el método catártico practicado por Breuer, y descrito en su obra conjunta *Estudios sobre la Histeria (1895)*²⁹, en la que figuran los elementos esenciales de la transición de los viejos métodos de la sugestión hipnótica al nuevo método psicoanalítico.

El libro comienza con la reconstrucción hecha por Breuer de su tratamiento de la célebre paciente Anna O, quien contrajo la enfermedad mientras cuidaba a su padre moribundo.

El “*Método Catártico*” consistía en ayudar a la paciente a revivir y descargar (purgar) las emociones patógenas vinculadas con los recuerdos traumáticos. La hipnosis tenía como propósito aumentar la esfera de la conciencia del paciente y facilitar de este modo el recuerdo de los hechos traumáticos. Para que este procedimiento fuera eficaz los recuerdos tenían que revivirse con toda intensidad afectiva y con el mayor detalle.

Aunque la técnica catártica partió de los mismos presupuestos que la sugestión hipnótica, implica una estrategia terapéutica distinta. En la Sugestión Hipnótica se aborda el síntoma directamente, mientras que en la catarsis se aborda la supuesta causa del síntoma.

En la primera el paciente tiene que cumplir una orden, mientras que en la segunda tiene que hablar, recordar y revivir. Así, en el proceder catártico, la hipnosis esta al servicio de la recuperación y expresión de recuerdos traumáticos que supuestamente se hallan en la base del trastorno. Todo ello supone un descentramiento en la base del síntoma de indudables consecuencias para la posterior evolución de la psicoterapia.

Freud pensaba que el método catártico podía curar los síntomas de la enfermedad, pero no modificaba la predisposición a la histeria, de modo que los síntomas podían volver a aparecer.

Freud con esto había descubierto la importancia de la *Defensa*, por la cual el YO del paciente rechaza las representaciones insoportables y la importancia de la Relación Terapéutica.

En otras palabras, practicando con el método catártico Freud descubrió fenómenos como la *Transferencia* y la *Resistencia*. Y ello le llevo a desarrollar el Método por la *Asociación Libre*.

La obra de Freud se desarrolla a partir de la medicina y culmina en la creación de condiciones de posibilidad para que la Psicología se convierta en un saber operativo y eficaz, capaz no solo de detectar la enfermedad sino también de Promocionar la Salud.

2.3. EL DESARROLLO DE LA PSICOTERAPIA

A finales del Siglo XIX y XX, a instancias públicas y privadas, algunos psicólogos académicos-experimentales comienzan a interesarse por problemas sociales prácticos.

²⁸ Cito en Feixas, G.-M. M. (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia*. Barcelona: Paidós Iberica S.A.(pag.60)

²⁹ Feixas Op. Cit.(pag.60)

En Alemania la psicología académica se resiste a este proceso. La posición de Wundt³⁰ es representativa: argumenta en contra de la aplicación de la psicología científica a la solución de problemas prácticos propugnada por sus discípulos (Meumann, Munsterberg, Catell, etc)³¹ porque sería precipitada antes de una mayor fundamentación experimental y teórica de la psicología pura.

Progresivamente se desarrolló en los EEUU una psicología profesional orientada a la resolución de los problemas prácticos de sus clientes (individuos, empresas, instituciones). Se genera un crecimiento de psicólogos profesionales, la mayoría clínicos no académicos, se consuma una separación entre psicología profesional y académica.

Desde su creación el movimiento psicoanalítico se desarrolló de una forma autónoma y paralela en relación con la psicología académica, la psicología clínica, la psicometría y la psiquiatría. Freud contribuyó a esta separación ya que nunca quiso entrar en la comunidad de los psicólogos, orientada ya en aquel entonces hacia la experimentación y la medida.

El psicoanálisis tiene un papel importante en el auge de la psicología clínica después de la Primera Guerra Mundial, dada la insatisfacción reinante en relación al enfoque psicométrico.

La necesidad de que los psicólogos clínicos reciban a sus pacientes, dotados de instrumentos teóricos y de técnicas, hizo que muchos adoptaran el psicoanálisis como marco de referencia. En este sentido el psicoanálisis ofrecía un saber operativo y comprensivo, un saber científico y tecnológico que facilitó el desarrollo de técnicas no solo diagnósticas sino también terapéuticas (Caparros, 1983).³²

En la década de los treinta la disconformidad de los clínicos con el enfoque psicométrico produjo, en un principio, las reivindicaciones de unas funciones psicodiagnósticas que contasen con la historia del sujeto y con su desarrollo, que lo viesen como una totalidad.

Luego los psicólogos comienzan a participar en las tareas psicoterapéuticas. Por esta época se popularizan en los EEUU los test proyectivos, basados en la concepción dinámica de la personalidad.

En este contexto aparecen también las primeras obras americanas sobre la personalidad, no identificables con el psicoanálisis, aunque tampoco ajenas a él, escritas por psicólogos disconformes con el neo conductismo vigente (Allen, Allport, Murray, Rogers)³³

En los años cuarenta surge la aproximación más importante en la historia de la psicología se haya producido entre el psicoanálisis y la psicología experimental-académica: la llevada a cabo en el Instituto de Relaciones Humanas de la Universidad de Yale.

La aportación de nuevas técnicas inspiradas en las teorías conductistas del aprendizaje hizo que tales intentos de aproximación quedaran en el olvido cuando apenas habían fructificado.

³⁰ Cito en Feixas, G.-M. M. (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia*. Barcelona: Paidós Iberica S.A. (pag. 64)

³¹ Cito en Feixas Op. Cit. (pag. 64)

³² Cito en Feixas Op. Cit (pag. 64)

³³ Cito en Feixas Op. Cit (pag. 64)

Con la Segunda Guerra Mundial la conciencia terapéutica de los psicólogos fue en aumento: se apoyaba además en una fuerte demanda social. Esta conciencia llevo al reconocimiento de la dimensión terapéutica de la psicología clínica gracias al trabajo realizado por los psicólogos en la selección de personal militar y en el tratamiento de los veteranos de guerra.

En 1949 se celebro la renombrada conferencia de Boulder (Colorado, EEUU) en la que se prefiguro el modelo de psicólogo clínico que se aplica en los departamentos universitarios norteamericanos hasta nuestros días. Y este es el modelo del “científico-practicante” desde el que se plantea que el psicólogo clínico debe recibir formación científica(a nivel de doctorado) además de una formación aplicada (internado residente en centros asistenciales) para poder ejercer de forma reconocida.

El modelo del psicólogo clínico como científico-practicante ha inspirado los programas de formación de psicólogos clínicos de todas las universidades americanas, desde 1949 hasta la década pasada.

El modelo subraya que los psicólogos clínicos deben recibir formación en tres areas: el diagnostico, la investigación y la terapia.

Rogers comenzó a grabar entrevistas terapéuticas para someterlas a un análisis sistemático. Ello permitió el desarrollo de escalas de observación y registro de las preguntas y respuestas de cliente y terapeuta y de este modo se inicio la investigación científica sobre el proceso terapéutico. Por esta razón Rogers debe ser reconocido como una de las figuras centrales en el desarrollo moderno de la psicoterapia.

Paralelamente, después de dos décadas de hegemonía académica, el conductismo se presentaba como una alternativa al psicoanálisis capaz de inspirar una práctica terapéutica distinta: la terapia de la conducta. La idea básica en la que se sustenta la terapia de conducta desde sus orígenes, es que si x es aprendido, x puede ser desaprendido.

Este principio supone la interpretación de los trastornos psicopatológicos (que no tengan una base orgánica evidente) como trastornos aprendidos y como tales sujetos a las leyes del condicionamiento. Se postula una continuidad entre la conducta normal y la anormal. Y cuando esta última se ve desde la óptica de una conducta aprendida, la apelación a causas intrapsíquica, conflictos internos y demás constructos inferidos pierden sentido.

En medio de todo ello apareció el decisivo trabajo de Eysenck (1952)³⁴ sobre los efectos de la psicoterapia. Su argumento era el siguiente: si la psicoterapia es eficaz, los pacientes tratados por este procedimiento deben mostrar una mejoría mayor que los no tratados.

Descubrieron que no solo mejoraban más que los no tratados sino que parecía existir una correlación inversa entre recuperación y psicoterapia.

En 1953 Skinner³⁵ reinterpreto la terapia psicoanalítica en términos de castigo y refuerzo ahorrándose cualquier formulación intrapsíquica.

En 1958 apareció “*Psicoterapia por inhibición reciproca*”, de Wolpe, que, junto a la obra de Skinner y el trabajo de Eysenck³⁶, contribuyo a establecer la terapia de conducta como un método científico de tratamiento psicológico.

³⁴ Cito en Feixas, G.-M. M. (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia*. Barcelona: Paidós Iberica S.A.(pag.68)

³⁵ Cito en Feixas Op. Cit..(pag.69)

Como hemos visto al iniciarse la segunda mitad de este siglo el panorama psicoterapéutico se reducía a dos opciones: las psicoterapias de orientación psicoanalítica, que al margen de la psicología académica, seguían predominando en el ámbito aplicado y la modificación de conducta, que aun en fase de desarrollo, se inspiraba en gran medida en la psicología científica para el desarrollo de sus técnicas.

La “**Psicología Humanista**”, a pesar de contar con algunas aportaciones previas y de un cierto periodo de incubación en los años cincuenta, se consolida a principios de los años sesenta. Nacido como movimiento filosófico y social, más que como enfoque terapéutico, aglutina de forma asistemática una serie de pensadores (Buhler, Bugental, Maslow, Murphy)³⁷ y técnicas promotoras de la autorrealización (terapia centrada en el cliente, gestáltica, análisis transaccional) que se autodenominan “Tercera Fuerza”.

Su contribución fundamental a la arena psicoterapéutica ha sido un conjunto de prácticas y técnicas, en muchos casos con pobre base teórica, pretenden procurar la autorrealización y el desarrollo del potencial humano. Por otro lado al promover el trabajo grupal ha contribuido a la difusión de la psicoterapia en amplias capas de la población, incluso entre aquellas personas consideradas sanas.

De forma independiente del movimiento humanista, en los años cincuenta y sesenta, se desarrolla un nuevo enfoque, el “**Modelo Sistémico**” se caracteriza por su especial protagonismo en la terapia familiar, modalidad con la que a menudo se identifica y por la adopción de la teoría general de los sistemas y la cibernética como marco orientador de su práctica y conceptualización clínica. En efecto a partir del estudio de la comunicación en los esquizofrénicos (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956)³⁸ y de otros estudios convergentes, se llega a la formulación de la familia, entendida como sistema abierto, como núcleo de conceptualización y tratamiento. El salto cualitativo lo constituye el hecho de dejar de atribuir los problemas humanos y psicopatológicos al portador del síntoma, para considerarlos como expresión de una determinada estructura del sistema familiar y de su funcionamiento cibernético.

Este modelo ha tenido una trascendencia histórica mucho más seria que el modelo anti psiquiátrico y la prueba está en que mientras el segundo decaía fuertemente a los fines de los sesenta, el movimiento sistémico no ha hecho más que consolidarse.

Durante la década de los años sesenta y setenta aparecen los “**Modelos Cognitivos**” en psicoterapia, en parte debido a la propia evolución de las teorías del aprendizaje y la terapia de conducta, pero principalmente como movimiento autónomo. Las terapias cognitivas se desarrollaron de la mano de Ellis (1962)³⁹, Beck (1967)⁴⁰, Mahoney (1974)⁴¹ y Meichenbaum (1977)⁴², entre otros, junto con la recuperación de la

³⁶ Cito en Feixas, G.-M. M. (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia*. Barcelona: Paidós Iberica S.A.(pag.69)

³⁷ Cito en Feixas Op. Cit.(pag.70)

³⁸ Cito en Feixas Op. Cit (pág. 71)

³⁹ Cito en Feixas Op. Cit (pág. 71)

⁴⁰ Cito en Feixas Op. Cit (pag.71)

⁴¹ Cito en Feixas Op. Cit (pág. 71)

⁴² Cito en Feixas Op. Cit (pág. 71)

perspectiva de los constructos personales de Kelly (1955)⁴³. Coincidiendo con el predominio del enfoque cognitivo en la psicología académica, las llamadas terapias cognitivas tiene un impacto muy significativo en la escena psicoterapéutica contemporánea.

2.4. EFECTIVIDAD EN PSICOTERAPIA

Hugo Hirsch⁴⁴ comienza distinguiendo entre la eficacia, eficiencia y la efectividad de un modelo o procedimiento terapéutico, señalando que la efectividad se mide hoy según cuatro parámetros:

1. Disminución de la Intensidad de los Síntomas
2. Disminución del Gasto Médico
3. Disminución de las Recidivas
4. Mejora en la Calidad de Vida

La psicoterapia sirve, ya que múltiples estudios señalan que son muchos más los casos que mejoran con ella que sin tratamiento.

El mantenimiento de los efectos en el tiempo depende de que el paciente reconozca que los cambios han sido resultado de su propio esfuerzo. No hay pruebas convincentes de que una forma de psicoterapia sea más superior que otra. Un porcentaje importante de los efectos obtenidos por psicoterapias de diferentes modelos se debe a factores presentes en cualquier psicoterapia practicada en forma razonable: con buenas expectativas de mejoría, persuasión, calidez en la atención, comprensión y aliento.

La *Eficacia* de un modelo o procedimiento terapéutico se establece en condiciones de laboratorio ej: Si seleccionamos muestras apropiadas de pacientes y terapeutas y queremos comparar la terapia "A" con la terapia "B", tenemos que contar con manuales muy específicos que detallen exactamente qué hacer en cada caso. De ese modo nos aseguramos de estar comparando procedimientos claramente diferenciados. En esas condiciones mayor eficacia quiere decir mayor efecto terapéutico.

La *Efectividad*⁴⁵ se refiere al grado en que estas terapias alcanzan los objetivos deseados en las condiciones en que las aplican los profesionales en el curso de su trabajo cotidiano.

La *Eficiencia*⁴⁶ se refiere a la relación entre Recursos y Resultados ej: el procedimiento "A" puede ser un poco más eficaz que el "B", pero este alcanzar ese resultado inferior con la mitad de los recursos: es más eficiente.

La *Eficacia* de una intervención depende de la calidad de los datos empíricos que la sustentan. Los autores que defienden una línea más científica consideran sólo como claramente eficaces a los tratamientos que cumplen las siguientes condiciones:

⁴³ Feixas, G.-M. M. (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia*. Barcelona: Paidós Iberica S.A.(pag.71)

⁴⁴ Buenos Aires, Asociación Sistemica de Buenos Aires. (1998). Efectividad en Psicoterapia. *Sistemas Familiares* (3) pag.85

⁴⁵ Buenos Aires, Asociación Sistemica de Buenos Aires. (1998). Efectividad en Psicoterapia. *Sistemas Familiares* (3) pag.85

⁴⁶ Buenos Aires, Asociación Sistemica de Buenos Aires. (1998). Efectividad en Psicoterapia. *Sistemas Familiares* (3) pag.85

1) Han sido investigados mediante buenos diseños experimentales de grupo o de caso único.

2) Han obtenido resultados superiores al no tratamiento, al placebo y/o a un tratamiento alternativo, y/o resultados equivalentes a un tratamiento ya establecido como eficaz.

3) Los resultados deben haberse constatado al menos por dos grupos de investigación independientes.

Además, los tratamientos deben estar bien descritos y las características de las muestras empleadas deben ser claramente especificadas.

Por otra parte, el concepto de *efectividad o utilidad clínica* de las intervenciones implica tres aspectos:

a) Generalizabilidad de los resultados de los estudios realizados en condiciones artificiales a los contextos clínicos reales, lo que implica verificar que los resultados obtenidos con los sujetos y terapeutas “experimentales” y con los métodos de trabajo que se utilizan en los contextos artificiales sean reproducibles en la práctica clínica real;

b) viabilidad de la intervención: aceptabilidad de la misma por parte de los clientes (coste, malestar, duración, efectos secundarios, etc.), probabilidad de cumplimiento, facilidad de difusión entre los profesionales

c) Eficiencia: relación costes/beneficios para el cliente y para la sociedad.

2.5. DELIMITANDO LOS FACTORES NO ESPECIFICOS

El tema de los factores terapéuticos no específicos no supone un nuevo descubrimiento. Durante décadas se ha reconocido que los “factores no específicos” contribuyen de alguna manera al tratamiento. El uso original de este término implicaba que dichos factores no eran específicos de métodos terapéuticos concretos, sino que eran comunes a varios estilos terapéuticos. Estos factores son aquellos elementos terapéuticos misteriosos comunes que se supone que están presentes en todas las formas de terapia.

Sin embargo no existe nada misterioso sobre los “factores no específicos”. Viéndolo de otra manera este término simplemente significa que los determinantes de los resultados no han sido adecuadamente especificados. Los factores no específicos son principios del cambio no delimitados. Si estos factores dan cuenta de que una gran parte del éxito terapéutico, entonces es importante que estos factores se especifiquen, investiguen, discutan y enseñen. No es una explicación satisfactoria pensar que todos los terapeutas conocen y practican de alguna manera estos principios.

Aceptar que estos principios del cambio son importantes, independientemente de la orientación específica, no significa que se manifiesten de igual manera entre todos los terapeutas o enfoques terapéuticos. De hecho los Terapeutas se diferencian de forma importante en cuanto a su efectividad y los enfoques terapéuticos específicos o sus filosofías difieren en el grado en el que potencian determinados estilos terapéuticos (Luborsky y Otros, 1989)⁴⁷

⁴⁷ Cito en Rollnick, W. M. (1999). La Entrevista Motivacional. Barcelona: Paidós Iberica SA.(pag.25)

2.6. CONDICIONES BASICAS PARA EL CAMBIO

La teoría más claramente articulada y puesta a prueba con respecto a las condiciones básicas del terapeuta con respecto a la facilitación del cambio es la de Carl Rogers (1959)⁴⁸.

Rogers afirmaba que una relación interpersonal centrada en el paciente en la que el terapeuta manifiesta tres características cruciales, proporciona la atmosfera ideal para el cambio. Dentro del contexto de dicha atmosfera segura y de apoyo, Rogers proponía que los pacientes son capaces de analizar sus experiencias de una forma abierta y de encontrar soluciones para sus propios problemas. El Rol del Terapeuta, de esta manera no es determinante a la hora de proporcionar soluciones, sugerencias o formas de análisis.

El terapeuta solo necesita ofrecer tres características que son decisivas a la hora de preparar el camino a fin de que se produzca un cambio natural: una empatía adecuada, una calidez no posesiva y autenticidad.

La condición de Empatía Adecuada no se debería confundir con el significado de empatía como “identificación” con el paciente o como compartir experiencias pasadas comunes.

Lo que Rogers define como una “Empatía Adecuada” implica una actitud de escucha concreta que clarifique y amplíe la propia experiencia y el significado que da el paciente a dicha experiencia, sin que el terapeuta le imponga su propio material (Gordon, 1970)⁴⁹.

La manifestación de las condiciones básicas ha demostrado que promueve el cambio terapéutico en general (Truax y Charkhuff, 1967)⁵⁰ y la recuperación en el cambio de las conductas adictivas en particular (Luborsky y otros, 1985)⁵¹.

2.7. EL CAMBIO AUTOINDUCIDO

La mayoría de las personas que cambian sus conductas adictivas, tales como el fumar o el beber o el uso ilícito de drogas lo hacen por sí mismas sin ningún tratamiento formal. Que esto es así se constata a través del examen de 1) Tasas de prevalencia en la población de usuarios actuales y antiguos 2) Las tasas de cambio en estas conductas a través del tiempo dentro de una población general y 3) El relativo pequeño número de personas que reciben un tratamiento formal para estos problemas (Calahan, 1987; Peele, 1985)⁵².

La mayoría de las personas que dejan de fumar lo hacen por cuenta propia sin ayuda formal alguna. Se sabe que la mayoría de las personas que tienen problemas con el alcohol años después lo han resuelto o han disminuido sus problemas y solo una pequeña minoría lo han hecho con la ayuda de un

⁴⁸ Rollnick, W. M. (1999). La Entrevista Motivacional. Barcelona: Paidós Iberica SA.(pag.25)

⁴⁹ Cito en Rollnick Op. Cit (pag. 26)

⁵⁰ Cito en Rollnick Op. Cit (pag. 26)

⁵¹ Cito en Rollnick Op. Cit (pag. 26)

⁵² Cito en Rollnick Op. Cit (Pág. 56)

tratamiento(Fillmore,1975;Sobell,1991)⁵³.Cuando las personas que cambiaron por si solas sin ayuda terapéutica se les pregunto porque y como lo hicieron la mayoría contestaron que “simplemente porque así lo habían decidido” en muchos casos existe un tema común de *Toma de Decisión* a lo largo de las historias de las personas que han cambiado por sí mismas. Cosas que han ocurrido a su alrededor, pero también algo que paso dentro de sí mismos y los llevo a cambiar.

Demasiado a menudo los terapeutas enfatizan o bien subestiman la importancia del proceso de toma de decisión. Enfrentados ante un paciente o familiar, aparece la tentación-por parte del terapeuta-de correr hacia la etapa de acción del modelo de Diclemente y Prochaska. Armados para la acción los terapeutas empiezan a prescribir objetivos y estrategias para cambiar. Entonces aparece el “Si, pero.....”De la fase de contemplación, que a menudo el terapeuta entiende como una resistencia. Si el terapeuta empuja contra la resistencia, la persona que está en una etapa de contemplación responderá probablemente con su reacción y aparecerá un ciclo que se auto perpetuara. La Resistencia aparece cuando el terapeuta utiliza las estrategias inapropiadas para la etapa actual del paciente.

El punto crucial que hay que recordar es que la *Toma de Decisión* es una parte importante del cambio. Como Syme (1988) y Rollnick (1985) han planteado, las estrategias terapéuticas que se centran inmediatamente en como cambiar (acción) serán negativas si se distrae al paciente (contemplador) del tema crucial: el compromiso para el cambio. Este puede ser un tema particularmente importante que médicos y otros profesionales de la salud están condenados a comprender, a medida de que en su práctica clínica se encuentren con problemas de salud que requieren un cambio de conducta (Rollnick y MacEwan, 1991)

2.8. LA ATMOSFERA DEL CAMBIO⁵⁴

Los terapeutas de todos los tiempos han intentado comprender y crear las condiciones que faciliten un cambio beneficioso en sus pacientes. Los pasos terapéuticos concretos que se estiman más adecuados dependen de las hipótesis de las que estos surgen.

En la historia pre científica de la medicina, se prescribieron una amplia variedad de curas, incluyendo sangrías, la aplicación del calor o frio, la utilización de sanguijuelas, la inducción de un shock insulinico, baños de agua, la inducción de vómitos, el levantamiento de ampollas, exorcismos y la administración de muchos remedios y pociones naturales. Estos tratamientos eran efectivos en algunos casos. En ocasiones ocurría que la cura prescrita era apropiada para una aflicción concreta debido a principios biomédicos que no habían sido aun descubiertos, algunos de los cuales ya conocemos en la actualidad. Muchos de los beneficios de tales remedios, sin embargo, ahora se cree que son atribuibles a factores placebos comunes y que son la base de muchos tratamientos (Shapiro, 1971)⁵⁵.

⁵³ Rollnick, W. M. (1999). *La Entrevista Motivacional*. Barcelona: Paidos Iberica SA.(pag.56)

⁵⁴ Cito en Rollnick Op. Cit(Pag.23)

⁵⁵ Cito en Rollnick Op. Cit(pag.23)

Habitualmente, el que denominemos algunos efectos terapéuticos como “placebo” o “no específicos” no significa que no lo entendamos o lo podamos explicar. A menudo se observan cambios importantes tras la administración de un placebo o de una intervención mínima, que suelen competir con magnitud con los efectos del tratamiento. Se ha observado que una adherencia incondicional con el tratamiento placebo es predictiva de un resultado terapéutico favorable (Fuller y Otros, 1986)⁵⁶

La investigación indica que en un gran número de escuelas terapéuticas algunas características están asociadas con un éxito en el tratamiento. Los terapeutas que trabajan en un mismo ambiente terapéutico y que ofrecen los mismos enfoques observan grandes diferencias en los porcentajes de abandono de sus pacientes, así como en los resultados exitosos. Las variaciones aparentes en la efectividad entre los terapeutas, dentro de enfoques terapéuticos específicos, a menudo superan los que se obtienen entre diferentes modalidades terapéuticas.

La forma en la que un terapeuta se relaciona con el paciente es tan importante como el enfoque específico o escuela de pensamiento en la que el terapeuta se fundamenta (Cartwright, 1981)⁵⁷

2.9. MODELO TRANSTEORICO DE PROCHASKA Y DICLEMENTE

MODELO DINAMICO DEL CAMBIO EN EL AMBITO DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

Para considerar el concepto de Cambio utilizamos el Modelo de Prochaska y Diclemente, teniendo en cuenta sus aspectos epistemológicos.

Tradicionalmente se ha definido el cambio o modificación de una conducta adictiva, como el movimiento o paso de un estado de consumo continuado de una sustancia psicoactiva a un estado igualmente estable de abstinencia. Esta definición conlleva conceptualizar un cambio como un suceso dicotómico y utilizar únicamente categorías discretas (abstinencia vs consumo) como criterios para evaluar la eficacia de los programas de intervención.

El cambio, especialmente, el cambio de una conducta adictiva, no es un fenómeno que siga la ley del todo o nada. Un modelo comprensivo del cambio tiene que cubrir todo el curso del cambio, desde el momento que el individuo empieza a darse cuenta de que existe una problemática hasta el punto en que ya no existe. Hay muchos cambios que preceden y siguen la consecución de la abstinencia.

2.9.1. Orígenes y Objetivo

El Modelo Transteorico de Di clemente y Porchaska intenta delimitar y describir los elementos esenciales subyacentes al proceso de cambio intencional de cualquier conducta adictiva, con o sin ayuda profesional. Prochaska y Diclemente han desarrollado el modelo Transteorico a partir de un análisis sistemático de teorías y de las investigaciones en Psicoterapia (Prochaska, 1979, 1984; Prochaska y Diclemente, 1982) y de sus trabajos exploratorios en relación al proceso de cambio de las conductas adictivas.

⁵⁶ Cito en Rollnick, W. M. (1999). La Entrevista Motivacional. Barcelona: Paidós Iberica SA.(pag.23)

⁵⁷ Cito en Rollnick Op. cit (pag.24)

El Modelo Transteorico es un modelo tridimensional que proporciona una concepción global y al mismo tiempo diferenciado del cambio en el campo de las conductas adictivas, integrando lo que sus autores denominan estadios, procesos y niveles de cambio.

2.9.2. Estadios de Cambio

Los siguientes cinco estadios de cambio representan la estructura o dimensión temporal o evolutiva del modelo Transteorico: Pre contemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento.

Uno de los problemas más principales en los procesos de cambio de cualquier conducta adictiva es el de las elevadas tasas de recaídas (Casas y Gosop,1993;Hunt,Barnett y Branch,1971;Marlatt y Gordon 1985)el modelo Transteorico resalta el hecho de que la mayoría de los individuos no progresan linealmente a través de los estadios de cambio.

✓ Pre contemplación

Los Adictos situados en el estadio de pre contemplación no se plantean modificar su conducta adictiva ya que no son conscientes de que dicha conducta y estilo de vida relacionado representen un problema, al ser los aspectos gratificantes los que obtienen de ella superiores a los aversivos. Como afirman Diclemente, Prochaska y Norcross (1992), no se trata de que no pueden hallar una solución, sino de que no pueden ver el problema. Los pre contempladores pueden ser individuos no informados acerca de su adicción, o personas que se resisten a ser informadas.

Generalmente si acuden al tratamiento lo hacen presionados por los demás (familia, presiones legales, etc.) y con el objetivo de conseguir que la presión disminuya o desaparezca, al menos temporalmente, pueden incluso mostrar algún tipo de cambio, pero, una vez que la presión externa haya disminuido, reanudarán rápidamente su patrón de vida previo.

✓ Contemplación

Puede definirse el estadio de Contemplación como el estadio en que los adictos son conscientes de que existe un problema y consideran seriamente la posibilidad de abandonar la conducta adictiva, pero no han desarrollado todavía un compromiso firme de cambio.

El individuo toma conciencia progresivamente de la existencia de toda una problemática engendrada por su conducta adictiva y empieza a plantearse la posibilidad de abandonarla ya que los aspectos gratificantes, que obtienen de ella empiezan a equilibrarse respecto a los aversivos, que van progresivamente, aumentando.

Los Contempladores se esfuerzan en comprender su adicción, sus causas, sus consecuencias y su posible tratamiento, y manifiestan una necesidad importante de hablar sobre ello.

✓ Preparación

Se trata de un estadio que combina criterios intencionales y conductuales. El estadio de preparación se caracteriza tanto por ser la etapa en la que el adicto toma la

decisión y se compromete a abandonar su conducta adictiva, como por ser la fase en la que la persona adicta realiza algunos pequeños cambios conductuales (ej: disminuir la dosis consumida) aunque dichos cambios no cumplan con los criterios necesarios (ej.: abstinencia total de heroína) para considerar que el adicto se halla en el siguiente estadio, el de acción.

✓ **Acción**

Es la etapa en la que el individuo cambia, con o sin ayuda profesional, su conducta manifiesta y encubierta, así como las condiciones ambientales que la afectan, con el objetivo de superar la adicción.

Este estadio requiere un compromiso importante así como una considerable cantidad de tiempo y energía, e implica y representa los cambios conductuales más manifiestos. Estos cambios del estadio de acción al ser más visibles para las personas cercanas al adicto, conllevan un mayor reconocimiento externo y refuerzo social.

✓ **Mantenimiento**

El individuo intenta conservar y consolidar los logros manifiestos y significativos alcanzados en el estadio anterior y prevenir una posible recaída en la conducta adictiva. Este estadio no consiste en una ausencia de cambio sino en una continuación activa del mismo. Los individuos situados en el estadio de mantenimiento pueden tener miedo no solo de recaer sino incluso del cambio en sí mismo ya que este puede convertirse en amenazante debido al miedo a la recaída, con lo cual pueden derivar hacia un estilo de vida excesivamente rígido y estructurado, comportándose como si cualquier cambio de sus nuevas pautas conductuales pudiera implicar una recaída.

✓ **Recaída**

Una recaída ocurre cuando las estrategias de estabilización y mantenimiento de la abstinencia fallan. Una recaída puede producirse, pues, tanto en el estadio de acción como en el de mantenimiento. Los individuos que recaen, pueden enfrentarse a sentimientos de fracaso y desesperanza, así como también culpa y frustración y consecuentemente su sentido de autoeficacia se ve seriamente afectado.

✓ **Finalización**

Porchaska y Di clemente han especulado respecto a la existencia de un supuesto estadio que pondría fin al proceso de cambio. Este estadio implica la total extinción de la conducta adictiva y que el mantenimiento del nuevo patrón conductual no supusiera ningún esfuerzo significativo extra de tiempo o energía en relación a cualquier otra conducta del repertorio del ex adicto.

Velicer, Prochaska, Rossi y Snow (1992) definen operacionalmente el estadio de finalización a través de los dos criterios siguientes: a) el deseo de consumir la sustancia psicoactiva en cualquier situación es nulo b) La confianza o Seguridad (autoeficacia) de no consumir la sustancia psicoactiva en cualquier situación es del 100 por 100.

En el caso de la dependencia a la nicotina el estadio de finalización, se situaría alrededor de los cinco años de abstinencia mantenida, reconociendo, no obstante que

algunos fumadores no conseguirán nunca cumplir con los criterios citados aunque mantengan la abstinencia mas allá de dicho periodo de tiempo.

2.9.3. Procesos de Cambio

Así como los estadios de cambio representan una dimensión temporal que permiten captar cuando ocurren determinados cambios de intenciones, actitudinales y conductuales, los Procesos de Cambio permiten comprender como suceden dichos cambios. Los Procesos de Cambio consisten en actividades encubiertas o manifiestas iniciadas o experimentadas por un individuo para modificar su hábito adictivo.

A continuación se presentan los diez procesos básicos de cambio identificados por Prochaska y Diclemente a partir del análisis teórico y empírico de las principales escuelas psicoterapéuticas(Prochaska,1979,1984;Prochaska y Diclemente,1982,1984), por un lado y de estudios retrospectivos, transversales y longitudinales en el ámbito de las conductas adictivas por otro(Diclemente y Prochaska,1982,1985;Prochaska y Diclemente,1983,1985).

- *Aumento de la Concientización*

Consiste en una intensificación, por parte del adicto, del procesamiento de información respecto a la problemática asociada a la conducta adictiva y a los beneficios de modificarla. Se trata de un proceso puramente cognitivo.

- *Auto reevaluación*

Consiste tanto en una valoración afectiva y cognitiva, por parte del adicto, del impacto de la conducta adictiva sobre sus valores y su manera de ser, como en un reconocimiento, también afectivo y cognitivo, de la mejoría significativa que representaría para su vida el abandonar la conducta adictiva

- *Revaluación Ambiental*

Consiste tanto en una valoración por parte del adicto del estado actual de sus relaciones interpersonales y sobre las personas más allegadas al propio adicto, como en un reconocimiento de las consecuencias positivas respecto a dichas relaciones interpersonales, familiares y de amistad, derivadas de la modificación del hábito adictivo.

- *Relieve Dramático*

Consiste en la experimentación y expresión de reacciones emocionales elicítadas por la observación y/o advertencias respecto a los aspectos negativos asociados a la conducta adictiva.

- *Autoliberación*

La Autoliberación representa un compromiso personal, un aumento de la capacidad del adicto para elegir y decidir y requiere la creencia de que uno puede ser un elemento esencial en el proceso de cambio de la conducta adictiva ya que se poseen o se pueden adquirir o desarrollar las habilidades necesarias para cambiar.

- *Liberación Social*

Representa un aumento en la capacidad del adicto para decidir y escoger por una toma de conciencia tanto de la representación social de la conducta adictiva como de la

voluntad social de combatirla mediante el aumento de alternativas adaptativas disponibles.

- *Manejo de Contingencias*

Es una estrategia conductual que aumenta la probabilidad de que una determinada conducta relativa al cambio conductual ocurra. Consiste en el auto y/o heteroreforzamiento de dicha conducta.

- *Relaciones de Ayuda*

Representa la existencia y utilización del apoyo social (familiares, amistades, etc.) que pueda facilitar el proceso de cambio de la conducta adictiva.

- *Contracondicionamiento*

Consiste en modificar la respuesta (cognitiva, motora y/o fisiológica) elicitadas por estímulos condicionados a la conducta adictiva u otro tipo de situaciones de riesgo, generando y desarrollando conductas alternativas. Este proceso es esencialmente conductual.

- *Control de Estímulos*

Consiste en evitar la exposición a situaciones de alto riesgo para consumir. Prochaska, Velicer, Fava y Diclemente(1988)señalan que estos diez procesos de cambio se organizan según un modelo jerárquico en relación a dos factores o variables latentes de segundo orden: los procesos de cambio cognitivos o experienciales (aumento de la concienciación, Autoreevaluación, Reevaluación Ambiental, Relieve dramático y liberación social) y los procesos de cambio conductuales(Autoliberación, Manejo de Contingencias, Relaciones de Ayuda, Contracondicionamiento y Control de Estímulos).

2.10. Integración de los Estadios y Procesos de Cambio

Determinados procesos de cambio son enfatizados durante determinados estadios de cambio (Diclemente y Prochaska, 1985).Durante el estadio de pre contemplación, los adictos utilizan significativamente menos los procesos de cambio que aquellos que se hallan en cualquier otro estadio. Los pre contempladores son los que procesan menos información referente a su conducta adictiva; utilizan menos tiempo y energía reevaluándose a sí mismos; experimentan menos reacciones emocionales frente a las consecuencias negativas de su adicción; se muestran significativamente menos abiertos y comunicativos respecto a su problemática.

Los procesos de cambio aumento de la concienciación, relieve dramático y reevaluación ambiental son los procesos de cambio enfatizados por la mayoría de adictos situados en el estadio de contemplación.

Al ser un proceso de cambio también enfatizado en el estadio de preparación, la auto reevaluación se muestra como el puente entre la contemplación y la preparación y como enlace con el de acción es donde se utiliza más el proceso de Autoliberación.

Los procesos relaciones de ayuda, manejo de contingencias, control de estímulos y Contracondicionamiento forman el vínculo entre los estadios de acción y de mantenimiento.

2.11. Niveles de Cambio

Los estadios y procesos de cambio de una conducta adictiva tienen que situarse en el contexto de los niveles complejos e interrelacionados del comportamiento humano. La tercera dimensión del modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente, los niveles de cambio, es decir, la que se refiere a que cambios se necesitan para abandonar una conducta adictiva.

La dimensión de los niveles de cambio representa una organización jerárquica de los cinco niveles en que se focalizan las diferentes evaluaciones e intervenciones terapéuticas. Estos niveles son los siguientes:

- a. Síntoma/Situacional
- b. Cogniciones Desadaptadas
- c. Conflictos Interpersonales Actuales
- d. Conflictos Sistémicos/Familiares
- e. Conflictos Intrapersonales

Tal como lo afirman Prochaska y Diclemente según el Modelo Transteórico se prefiere intervenir inicialmente en el nivel síntoma/situacional por cuatro motivos principales:

- ✓ El Cambio tiende a suceder con más facilidad en este nivel más manifiesto y observable
- ✓ Este nivel generalmente representa el motivo principal del adicto que acude al tratamiento
- ✓ Puesto que este nivel es el más consciente y contemporáneo el grado de inferencia necesaria para una evaluación e intervención clínica es menor
- ✓ Dado que estos niveles no son independientes, el cambio en uno de ellos probablemente provoca cambios en otros.

2.12. Integración de los Estadios, Procesos y Niveles de Cambio

Según Prochaska y Diclemente existen tres estrategias de intervención a través de los diferentes niveles. La primera es la estrategia del cambio de niveles: la intervención terapéutica se focaliza en la conducta manifiesta del adicto y en las situaciones que elicitán y/o mantienen dicha conducta. Si mediante la intervención en este primer nivel el adicto progresa a través de los estadios de cambio, la intervención terapéutica puede completarse sin pasar a un nivel más complejo de análisis. En caso contrario habrá que centrarse en otros niveles.

La segunda aproximación, la estrategia del nivel clave es la más tradicional. Si se demuestra la existencia de un nivel clave de causalidad en la adquisición y/o mantenimiento de la conducta adictiva, el proceso terapéutico puede focalizarse casi exclusivamente en este nivel clave.

La tercera alternativa es la estrategia del máximo impacto. Existen claras evidencias de que diferentes niveles están involucrados ya sea como causa, consecuencia o mantenedor de la conducta adictiva. En este caso las intervenciones Terapéuticas deben diseñarse con el objetivo de incidir en el adicto a diferentes niveles de cambio para intentar maximizar el impacto terapéutico y así alcanzar el cambio de manera sinérgica.

2.13. DISPOSITIVOS ASISTENCIALES DE TRATAMIENTO EN ADICCIONES

Los dispositivos Asistenciales de Tratamiento de Adicciones se describen a continuación, los mismos son:

- A. Ambulatorio
- B. Unidad de Hospitalización :Esta a su vez se divide en Psiquiátrica, de Desintoxicación y para Patologías Duales
- C. Centro de Día
- D. Unidades Residenciales: Las más conocidas son las Comunidades Terapéuticas
- E. Programas de Proximidad: Intercambio de Jeringas, Salas de Inyección, Asistencia a Detenidos

A-Ambulatorios:

Los mismos se pueden diferenciar en Centros Asistenciales y Centros Asistenciales de Sustitución.

✓ *Centros Asistenciales:*

Funciones:

- Puerta de Entrada. La mayoría de los Pacientes toma contacto con el servicio de asistencia en estos centros.
- Acogida y Valoración del Paciente
- Se propone desintoxicar o deshabituarse al paciente
- Se intenta coordinar con la red de asistencia sanitaria existente
- Atención Familias
- Colaboración Reinserción
- Derivación otros dispositivos

Profesionales:

-Médicos, Psicólogos, Trabajadores Sociales y Enfermeros.

Indicaciones:

-Personas con problemas de alcohol o drogas

✓ *Centros Asistenciales de Sustitución:*

Funciones:

- Tratamiento y Mantenimiento a partir de agonistas opiáceos
- Se intenta la Deshabituación y la Reducción del Daño
- Colaboración Reinserción
- Atención Familias
- Apoyo Red Sanitaria General

Profesionales:

-Médicos, Psicólogos, Enfermeros, Trabajadores Sociales, entre otros.

Indicaciones:

- No abstinencia en programas de desintoxicación o libres drogas
- Drogodependencias crónicas con múltiples fracasos terapéuticos
- Complicaciones Orgánicas Graves

B-Unidades Hospitalarias

Las unidades Hospitalarias tienen la función de estabilizar y tratar a pacientes que presenten patologías psiquiátricas comorbidas o inducidas por drogas.

Las Unidades Hospitalarias de Desintoxicación se caracterizan de la siguiente manera:

Funciones:

- Desintoxicación
- Tratamiento de Patología Orgánica y/o Psiquiátrica
- Deshabitación
- Educación Sanitaria

Profesionales:

-Médicos, Enfermeros, Psicólogos, Trabajadores Sociales y Educadores

Indicaciones:

-Abusadores o Adictos al alcohol y/o a las drogas

Las Unidades Hospitalarias para Pacientes con Patología Dual se describen a continuación:

Funciones:

-Estabilización y Tratamiento de la conducta adictiva y la patología psiquiátrica en pacientes comorbidos.

Profesionales:

-Psiquiatras, Psicólogo, Enfermeros, Educadores

Indicaciones:

Pacientes Diagnosticados de Tratamiento por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos con descompensaciones no controlables en medio habitual.

C-Centros de Día

Funciones:

-Soporte y Apoyo Social: Programas de Ocio y Tiempo Libre, Red Social, Responsabilidades

-Soporte y Apoyo psicoterapéutico (individual, grupal): prevención recaídas, habilidades sociales.

-Actividades de Apoyo y Formación para el Empleo

-Apoyo y Supervisión Tratamiento Farmacológico

-Psicoeducación Familiar

-Educación para la Salud

Profesionales:

-Psicólogos, Educadores

Indicaciones:

-Pacientes provenientes de Centros Terapéuticos. Pueden haber iniciado el tratamiento en la comunidad terapéutica con buenos resultados para luego derivar a la modalidad de Centro de Día.

-Pacientes sin red social, habilidades sociales, empleo, apoyo familiar.

-Patología Psiquiátrica

D- Comunidades Terapéuticas

Las comunidades Terapéuticas pueden ser creadas por profesionales o por ex adictos. También pueden pertenecer al ámbito público como al ámbito privado

Funciones:

-Interacción Permanente (24horas) entre usuario, pares y equipo

-Cambio global en estilo de vida: comportamiento, patrones de respuesta cognitivos y afectivos, actitudes y valores.

-Estabilización Psicopatológica: Psicoterapia, Tratamiento Farmacológico

-Actividades de Apoyo y Formación para el empleo

-Psicoeducación Familiar

-Educación para la Salud

Profesionales:

-Psicólogos, Médicos, Trabajadores Sociales, Educadores

Indicaciones:

- Amplia desestructuración socio-familiar
- Comorbilidad psiquiátrica con poco control de impulsos
- Fracasos reiterados en tratamientos de menor intensidad

E- Recursos de Proximidad

Funciones:

- Mantener contacto con adictos marginales desconectados redes asistenciales
- Promover y facilitar medidas higiénicas básicas
- Ayudar en momentos de crisis social
- Educación para la Salud
- Atender y orientar consultas sobre temas judiciales, penales
- Facilitar el contacto con otros recursos
- Motivar y preparar para iniciar tratamiento

Profesionales:

- Gestionados por ONG's .Contratados/Voluntarios:
Psicólogos, Médicos, Enfermeros, Educadores y Trabajadores Sociales

Actividades Terapéuticas:

Las actividades que se utilizan en los distintos dispositivos pueden ser muy variadas y dependerá de la problemática que cada paciente presente y de los recursos con que cuenta la institución que brinde el servicio. Se destacan a continuación:

- **Prevención de Recaídas**

Identificación de desencadenantes emocionales y ambientales del deseo y consumo y desarrollo estrategias de evitación.

- **Técnicas Motivacionales**

Estimulan la Motivación para el Cambio

- **Autoobservación**

Atender a la propia conducta y registrarla

- **Contratos de Contingencia**

Regulación de Recompensas en relación al control sobre la conducta problema

- **Programación de Actividades**

Planificación hora a hora de actividades

- **Entrenamiento de Habilidades**

- ✓ Habilidades Sociales
- ✓ Relajación/Manejo del Estrés
- ✓ Refuerzo Comunitario
- ✓ Resolución de Problemas

- **Terapia de Grupo**

Motivación, estima, Comunicación, Auto y hetero observación, expresividad emocional, identificación y solución de problemas

- **Terapia Familiar**

Psicoeducación, Terapia de Pareja y Familia

- **Terapia Individual**

Interpersonal o de orientación psicodinamica

3. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Existen dos tipos de Adherencia⁵⁸ al Tratamiento:

Adherencia Pasiva: Es el grado en el que un paciente sigue las instrucciones médico sanitarias prescriptas.

El indicador de que la adherencia ha fracasado es el abandono antes de la quinta cita.

Adherencia Activa: Es el grado de pro actividad que el paciente manifiesta en el curso de su tratamiento. No sólo asistir a la consulta.

La adherencia está relacionada con:

Abandono: Se define por la ausencia del paciente a las consultas. Producido en su mayor parte por fallas en la adherencia.

Puede pensarse que el grado de abandono es inversamente proporcional al grado de adherencia. Hay que considerar que existen estrategias, con altos índices de éxito, que se pueden establecer para facilitar la adherencia y potenciar su beneficio mientras el paciente está en tratamiento.

Factores que más frecuentemente intervienen en la adherencia al tratamiento:

Factores Socio-demográficos:

⁵⁸ L., P. F. (2002). Factores Cognitivos en la Adherencia al Tratamiento. IX CONGRESO INTERNACIONAL DE PSIQUIATRIA. BS AS.

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Estado Socioeconómico

Factores Asistenciales:

- Distancia del Centro
- Profesional derivante
- Pérdida anterior de citas
- Subsistema de salud en el que se realiza la prestación

Factores Clínicos:

- Historia previa de enfermedad mental
- Característica del tratamiento
- Enfermedades Concomitantes

Factores Cognitivos:

- Ideas acerca de la enfermedad
- Ideas sobre la medicación
- Ideas acerca del profesional
- Ideas acerca de la relación terapéutica
- Ideas acerca del tratamiento
- Ideas acerca del paciente
- Ideas acerca de la institución

¿Qué se entiende por factores cognitivos?

Son aquellas creencias que siendo tácitas, intervienen de manera directa en el tratamiento.

Son el material que configura la relación terapéutica: pudiendo por lo tanto facilitarla o entorpecerla.

Pueden ser prioritariamente del paciente, del profesional tratante, del vínculo mismo, de las instituciones en las que se realiza la consulta o del marco socio-económico de referencia.

Visualizar y abordar los factores cognitivos que intervienen en la adherencia al tratamiento posibilita:

- Mejorar los resultados de las intervenciones profesionales.
- disminuir la vulnerabilidad al abandono
- prevenir recidivas
- potenciar los escasos recursos con que cuenta el sistema de asistencia
- favorecer la adherencia a otros tratamientos médicos
- disminuir la tasa de comorbilidad con otros trastornos médicos

4. CREENCIAS

De acuerdo con Almaguer (1999)⁵⁹, la conducta humana es un proceso complejo, resultado de la intervención de factores biológicos y ambientales, intelectuales, físicos y emocionales que son permeados por los valores y rasgos de la cultura donde ella ocurre.

Desde que el individuo nace, empieza a interactuar en el mundo de las cosas, de las personas y de los eventos. Como resultado de esas intervenciones cada uno elabora su propia interpretación de sí mismo, de su lugar en el mundo, de su familia, de los eventos y de las personas. Esto da lugar a la formación de la imagen y el concepto (Young, 1969)⁶⁰.

Según Ortega (1989)⁶¹, los individuos intentan establecer relaciones de constancia en las conductas de las otras personas que le permitan pronosticar cómo se van a comportar en determinadas circunstancias y de acuerdo a estas predicciones realizar ajustes en su propia conducta. Estas imágenes constituyen sus creencias individuales respecto de los otros.

Otro tanto afirma Salinas (1998)⁶², para quien la comunicación interpersonal se acompaña por el intercambio de imágenes entre los individuos. En este intercambio que se da en las vivencias cotidianas, el hombre deriva sus propias interpretaciones y construye así su propia filosofía.

Para Carlson y Thorpe (1987)⁶³, las interpretaciones y ajustes que cada individuo realiza de sus experiencias cotidianas, constituyen sus actitudes y valores fundamentales, es decir, sus creencias.

Por otro lado, uno de los aspectos importantes de las creencias es su función integradora de la sociedad. Parsons (citado por Young, 1969)⁶⁴ sostiene que la preservación del sistema de creencias a través de su realización en la conducta humana ayuda a crear un clima de bienestar del grupo porque le brinda seguridad de acción y sentido de pertenencia.

También las creencias aglutinan los miembros de la sociedad desde el momento que llevan a la práctica de ciertas pautas de conductas a un grupo considerable de personas. En este sentido, agrega Young (1969)⁶⁵, los sistemas de creencias también proveen un

⁵⁹ Obaldia, A. C. (2001). Creencias y Expectativas de la Disciplina en Educadores de un Colegio Suburbano de David, Panama. *Maestría en Psicopedagogía*, (pág. 16). Costa Rica.

⁶⁰ Cito en Obaldia, A. C. (2001) Op. Cit (pag:16)

⁶¹ Cito en Obaldia, A. C. (2001) Op. Cit. (pag: 16)

⁶² Cito en Obaldia, A. C. (2001)Op. Cit. (pag: 17)

⁶³ Cito en Obaldia, A. C. (2001). Op. Cit. (pag: 17)

⁶⁴ Cito en Obaldia, A. C. (2001)Op. Cit. (pag: 17)

⁶⁵ Obaldia,A. C. (2001) Op. Cit. (pag.17)

fundamento o marco de referencia esencial que parece dirigir los pensamientos y acciones más concretas del individuo dentro del grupo.

En forma individual también las creencias tienen una función que lleva a la acción. Young, (1969)⁶⁶ afirma que la conducta de un individuo, considerado aisladamente o como miembro

de un grupo, será influida por su concepto del mundo sus convicciones más profundas y no sólo de sus deseos pasajeros. Carlson y Thorpe (1987)⁶⁷ van más allá y aseveran que el comportamiento humano está determinado por las creencias individuales del sujeto.

Pareto, citado por Young (1969)⁶⁸, sostiene también que las actividades cotidianas del hombre son la expresión de sus creencias. Además, considera las creencias como elementos estabilizadores del orden y control de la conducta. Las creencias que los adultos transmiten a los niños en los cuentos y las canciones infantiles; los mitos y leyendas tienen ese fin.

Se puede afirmar en primer lugar que la creencia es el resultado del intercambio en el mundo de experiencias de los sujetos. Cada individuo al construir su sistema de creencias representa la visión del mundo que resulta de ese intercambio. La práctica de las creencias es vital para el individuo y para el grupo, porque les ofrece sentido de seguridad y pertenencia, de allí su influencia en la determinación de la conducta.

4.1. COMPONENTES DE LOS SISTEMAS DE CREENCIAS

Los elementos constitutivos de los sistemas de creencias son las cogniciones, afectos y evaluaciones. Los elementos cognitivos se refieren a ideas derivadas del análisis objetivo de los hechos. Los elementos afectivos se derivan de los sentimientos y de las emociones; en tanto que los componentes evaluativos son una combinación de lo afectivo y cognoscitivo, que actúan como opciones preferenciales de las cosas que el individuo desea

o quiere.

Las cogniciones que alimentan las creencias están ligadas a hechos reales, o científicamente demostrables, tal es el caso de las creencias populares concernientes a la ciencia y la tecnología, pero lo que da fuerza a la creencia, son los componentes afectivo y evaluativo.

De acuerdo a Young, (1969)⁶⁹, cada individuo está comprometido cognoscitiva y emocionalmente en forma variable con su sistema de creencias. La aceptación de algunas creencias será menor, mientras que otras tendrán una fuerte adhesión emocional; tal es el caso de la creencia religiosa o política para algunas personas la construcción de un sistema de creencias requiere de elementos cognitivos que se derivan del análisis de los hechos, elementos afectivos formados por emociones y sentimientos,

⁶⁶ Obaldía, A. C. (2001). Creencias y Expectativas de la Disciplina en Educadores de un Colegio Suburbano de David, Panama. *Maestría en Psicopedagogía*, (pág. 17). Costa Rica.

⁶⁷ Cito en Obaldía, A. C. (2001) Op. Cit.(pag: 18)

⁶⁸ Cito en Obaldía, A. C. (2001) Op. Cit.(pag: 18)

⁶⁹ Cito en Obaldía, A. C. (2001)Op. Cit. (pag: 20)

y los componentes evaluativos que actúan como opciones preferenciales de las cosas que el individuo desea o quiere.

4.2. CONTENIDO DE LAS CREENCIAS

Los sistemas de creencias están constituidos entre otros, por las imágenes mentales o estereotipos y por las metáforas (Young, 1969)⁷⁰.

4.2.1. Los estereotipos

En 1922, W. Lippman⁷¹ utilizó por primera vez el término estereotipo para calificar una disposición o fijación de la conducta resultado de las ideas y actitudes que constituyen las imágenes mentales en algunos pacientes esquizofrénicos (Young, 1969). Actualmente, sin embargo, el término se utiliza para calificar las atribuciones generalizadas de la conducta que las personas tienen respecto a otros individuos o grupos (Lindgren, 1975)⁷².

Whittaker (1979)⁷³ por su parte incluye el estereotipo como parte de la percepción interpersonal, influida por ciertas características, tanto del observador como del observado.

El estereotipo, agrega Whittaker⁷⁴, es una generalización que resulta de la asociación de las características o rasgos observados e implica enormes distorsiones perceptivas. Esta característica del estereotipo está estrechamente vinculada con el hecho de que suele usarse para referirse a miembros de un grupo ajeno.

Lindgren (1975)⁷⁵, hace énfasis en la utilidad del estereotipo en la comunicación interpersonal, precisando que la suposición de las características del interlocutor, organizadas como expectativas o pautas de conductas esperadas, sirve como una especie de atajo que ayuda a entablar la interacción.

4.2.2. Las metáforas

Lakoff & Johnson (citados por Alfaro 1994)⁷⁶, dicen que todas las acciones y pensamientos del hombre se pueden referir a un marco más amplio cuyas vinculaciones se manifiestan y definen a través de metáforas.

⁷⁰ Cito en Obaldia, A. C. (2001)Op. Cit. (pag: 19)

⁷¹ Cito en Obaldia, A. C. (2001) Op. Cit (pag: 20)

⁷² Cito en Obaldia, A. C. (2001) Op. Cit. (pag: 20)

⁷³Cito en Obaldia, A. C. (2001) Op. cit (pag: 20)

⁷⁴ Cito en Obaldia, A. C. (2001) Op. cit.(pag: 20)

⁷⁵ Obaldia, A. C. (2001). Creencias y Expectativas de la Disciplina en Educadores de un Colegio Suburbano de David, Panama. Maestría en Psicopedagogía, (pág. 20). Costa Rica.

⁷⁶ Cito en Obaldia, A. C. (2001)Op. cit.(pag: 22)

Por otro lado, Young (1969)⁷⁷, dice que las metáforas, están íntimamente ligadas y a veces incluidas en la categoría de los estereotipos, forman lo que se llama jerga. Cada profesión por ejemplo tiene la propia, las bandas juveniles también, y hay una jerga popular que es el habla común. En este sentido asevera Young (1969)⁷⁸, que la metáfora y el estereotipo son expresiones simbólicas de amplia circulación en el lenguaje cotidiano.

Las metáforas igual que las actitudes y los hábitos se organizan alrededor de situaciones críticas o en situaciones que causan placer, esperanza, expectativa o anticipación (Campbell 1996)⁷⁹. La metáfora, de acuerdo a Young (1969)⁸⁰, también refleja la naturaleza lógica e ilógica de la cual surge y se desarrolla, propia de muchos de los valores fundamentales del hombre que proyectan deseos de poder, prestigio, compañerismo y lo más importante: deseos de seguridad.

En resumen, los estereotipos y las metáforas son dos manifestaciones de las creencias humanas. El estereotipo apunta a una imagen o expectativa respecto de la conducta, y la metáfora es expresión del lenguaje que expresa una imagen de la realidad que de otra forma es difícil explicar.

4.3. CARACTERISTICAS DE LAS CREENCIAS

Las Creencias⁸¹ se definen como estructuras cognitivas relativamente rígidas y duraderas, que no son fáciles de modificar con la experiencia.

Los “Sistemas de Creencias”⁸² son dinámicos en su naturaleza, sufren cambios y re estructuraciones, a medida que los individuos evalúan sus creencias con sus experiencias. Los sistemas de creencias no requieren un consenso general o grupal con respecto a la validez y pertinencia de las creencias. La ausencia del consenso general implica que los sistemas de creencias son, por naturaleza, mas inflexibles y poco dinámicos.

Las creencias son influyentes en la determinación de la forma como las personas organicen y definan las tareas y problemas y son predictores más efectivos respecto al comportamiento de un sujeto.

⁷⁷ Cito en Obaldia, A. C. (2001) Op. Cit (pag.22)

⁷⁸ Cito en Obaldia, A. C. (2001) Op. Cit (pag.22)

⁷⁹ Cito en Obaldia, A. C. (2001) Op. Cit (pag.22)

⁸⁰ Cito en Obaldia, A. C. (2001) Op. Cit (pag.22)

⁸¹ Aaron Beck, F. D. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. Barcelona: Paidós Iberica S.A(Pag: 231)

⁸² Polis. (2010). Lo docentes en la sociedad actual: Sus creencias y cogniciones pedagógicas respecto al proceso didáctico. *Revista de la Universidad Bolivariana*, n°9 (n°25), 423.

Según Beck⁸³ el concepto de “Creencias” se define como, estructuras cognitivas que se desarrollan a partir de experiencias tempranas del individuo así como de factores ambientales, culturales y biológicos. Las creencias pueden entenderse como un marco de referencia o conjunto de reglas que determinan nuestra forma de ser en el mundo, el modo en que evaluamos las situaciones, a los otros y a nosotros mismos y la forma en que interactuamos con los demás (Beck, 1976)⁸⁴ Beck utiliza la etiqueta de disfuncional o inadaptada para referirse a las creencias que pueden subyacer a los problemas emocionales. Las asunciones y creencias dañinas están compartidas con la familia o reforzadas culturalmente, manteniendo estereotipos de sexo o culturales que hacen difícil para la persona identificarlas y modificarlas (Fenell, 1989; Seaone, 1993)⁸⁵ En 1962 podemos hacer mención de la Teoría Racional Emotiva de Ellis en la que se postulo la existencia de una serie de creencias “irracionales” en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos emocionales. Estas creencias se caracterizan por ser falsas, son órdenes o mandatos, conducen a emociones inadecuadas como ansiedad y depresión y no ayudan a lograr los objetivos de la persona.

Desde la teoría Cognitiva se puede hipotetizar que las estructuras cognitivas –creencias- determinan los procesos de solución de problemas sociales.

Las características de las Creencias⁸⁶ son:

- Se forman tempranamente y tienden a autoperpetuarse y persistir frente a la contradicción causada por el tiempo, la razón, la escolaridad o la experiencia.
- Las personas desarrollan un sistema de creencias que alberga a todas aquellas adquiridas mediante el proceso de transmisión cultural.
- El sistema de Creencias tiene una función adaptativa que ayuda a las personas a definir y comprender el mundo y a ellos/as mismos/as.
- El conocimiento y las Creencias están intrínsecamente relacionados; sin embargo; la naturaleza afectiva, evaluativa y episódica de las creencias hace que ellas se conviertan en un filtro mediante el cual se interpretan nuevos fenómenos.
- Los procesos de pensamiento pueden muy bien ser los precursores y creadores de las creencias; no obstante; el efecto filtro de las creencias redefine, distorsiona y reestructura el proceso posterior de la información.
- Las creencias epistemológicas tienen un rol fundamental en la interpretación del conocimiento y monitoreo cognitivo.
- Las creencias se priorizan, según las conexiones o relaciones, con otras creencias u otras estructuras cognitivas y afectivas.
- Entre más temprano se incorpora una creencia en la estructura de creencias, su modificación resulta más difícil.

⁸³ Cardeñoso, E. C. (2001). Creencias, Resolución de Problemas y Correlatos Psicológicos. *Psicothema*, 13, 95.

⁸⁴ Cito en Cardeñoso Op. Cit (pag:95)

⁸⁵ Cito en Cardeñoso Op. Cit (pag:95)

⁸⁶ Polis. (2010). Lo docentes en la sociedad actual: Sus creencias y cogniciones pedagógicas respecto al proceso didáctico. *Revista de la Universidad Bolivariana*, n°9 (n°25), pag: 425,426.

- El cambio de las Creencias durante la adultez es un fenómeno relativamente raro.
- Las creencias son instrumentales en la definición de tareas y la selección de herramientas cognitivas con las cuales interpretar, planificar y tomar decisiones con respecto a las tareas; por lo tanto; las creencias tienen un rol fundamental en la definición de un comportamiento y la organización del conocimiento y la información.
- Las creencias influyen en la percepción, pero no son un camino confiable para acceder a la naturaleza de la realidad.

5. OBJETIVOS Y/O HIPOTESIS DE TRABAJO

Objetivos Generales:

- Explorar y Analizar las Creencias del Terapeuta hacia las Adicciones.
- Describir los Rasgos Particulares y Generales de Terapeutas que trabajen con pacientes adictos.

Objetivos Específicos

- Examinar la Conceptualización del Terapeuta con respecto al Concepto de Adicción y los Factores implicados en la misma.
- Examinar la Conceptualización del Terapeuta con respecto a la Concepción de Psicoterapia, sus objetivos y técnicas implicados.
- Describir y Analizar el Paradigma Clínico con el que trabajan los Terapeutas de la Muestra.
- Explicar la Postura de los Terapeutas frente a la Posibilidad de Cambio del Paciente Adicto

MARCO METODOLOGICO

6. METODO

6.1. Tipo de Estudio

La investigación que se llevara a cabo tiene un Enfoque **Cualitativo**. Siguiendo a Hernández Sampieri (2008) “*Utiliza la Recolección de los Datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación*”.

El enfoque Cualitativo a veces referido como investigación naturalista, etnográfica, es una especie de “paraguas” en el cual se incluyen una variedad de concepciones, visiones, técnicas y estudios no cuantitativos (Grinnell, 1997)⁸⁷.

En la mayoría de los estudios cualitativos no se prueban hipótesis, estas se generan durante el proceso y van refinándose conforme se recaban más datos o son un resultado del estudio.

El enfoque Cualitativo se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados. No se efectúa una medición numérica, por lo cual el análisis no es estadístico. La recolección de los datos consiste en obtener las perspectivas o puntos de vista de los participantes (sus emociones, experiencias, significados y otros aspectos subjetivos).

El enfoque Cualitativo evalúa el desarrollo natural de los sucesos, es decir, no hay manipulación ni estimulación con respecto a la realidad (Corbetta, 2003)⁸⁸

El alcance de la investigación a realizar será **Descriptivo**. Este alcance siguiendo a Sampieri⁸⁹ “*consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos, esto es, detallar como son y cómo se manifiesta el fenómeno de interés*”.

La investigación se inicia como **descriptiva** ya que el estado actual del tema revela que existen estudios que han abordado la temática y las variables principales.

Los estudios Descriptivos buscan especificar las propiedades, características y los perfiles de las personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Danhke, 1989)⁹⁰. Es decir, miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. En un estudio Descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas, para así describir lo que se investiga.

Los estudios Descriptivos únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren.

Los Estudios Descriptivos buscan especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población.

⁸⁷ Sampieri, R. H. (2008). *Metodología de la Investigación* (4° ed.). Mexico: Mc Graw Hill.(Pag. 8)

⁸⁸ Cito en Sampieri, R.H. (2008) Op. Cit. (pag.9)

⁸⁹ Cito en Sampieri, R.H. (2008) Op. Cit. (pag.100)

⁹⁰ Cito en Sampieri, R.H (2008).Op. Cit. (pag.102)

Esta investigación pretende describir las Creencias de los Psicoterapeutas en relación a las Adicciones, para ello se utilizara un Cuestionario. Así poder describir las Creencias de los Psicoterapeutas respondiendo a los objetivos y/o hipótesis de trabajo.

6.2. Diseño de la Investigación

En correspondencia con el tipo de estudio y las hipótesis de trabajo que se definieron como “descriptivas”, el Diseño de Investigación más apropiado es el “*No Experimental*”, debido a que se describirá el fenómeno de las Creencias de los Psicoterapeutas en relación a las Adicciones sin manipular variables.

El diseño será “*transversal*”, ya que se recolectará datos en un momento dado. Se indagará sobre el fenómeno de interés, con el objetivo de presentar un panorama general del mismo.

6.3. Descripción de la Muestra

Es una Muestra “*No Probabilística*”, ya que la elección de las Organizaciones No gubernamentales no estuvo dependió de las probabilidades, sino que fue realizada en función de las necesidades del Investigador.

Refiere Hernández Sampieri⁹¹:

“La Elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la Investigación o de quien hace la muestra. Aquí el Procedimiento no es mecánico, ni con bases en formulas de la probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de una persona o grupo de un grupo de personas y desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación”.

6.4. Sujetos o Participantes

La muestra seleccionada para ser trabajada consta de 16 participantes. Los mismos cumplen el requisito de ser “Psicoterapeutas que trabajan en las Adicciones”.

Contamos con 12 personas de sexo Femenino y con 4 personas de sexo Masculino. La edad de los Participantes está comprendida en un rango entre 25 y 49 años.

Las Instituciones en las que aplicamos el instrumento de investigación son “Organizaciones No Gubernamentales”, las mismas fueron elegidas bajo el criterio de que son instituciones con fácil acceso y muy buena predisposición por parte del personal que trabaja en la misma.

6.5. Instrumentos de Evaluación

El instrumento de Evaluación utilizado es el “**Cuestionario**” que siguiendo Sampieri⁹² “*Consiste en un conjunto de Preguntas respecto de una o más variables a medir*”

El cuestionario está compuesto por *preguntas cerradas*, según Sampieri⁹³:

⁹¹ Sampieri, R. H. (2008). *Metodología de la Investigación* (4° ed.). Mexico: Mc Graw Hill.(Pag.240)

⁹²Sampieri, R. H. (2008). *Metodología de la Investigación* (4° ed.). Mexico: Mc Graw Hill.(pag.310)

Las *preguntas Cerradas* contienen categorías u opciones de respuestas que han sido previamente delimitadas. Es decir se presentan a los participantes las posibilidades de respuesta, quienes deben acotarse a estas.

El Cuestionario utilizado está compuesto por 30 preguntas, a las cuales el entrevistado responde con una marcación según el *Método de Escalamiento Tipo Likert* (Muy de acuerdo, De Acuerdo, Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo, En Desacuerdo y Muy en Desacuerdo).

En el Comienzo del Cuestionario hay 7 indicadores que el entrevistado debe responder que hacen referencia a los Caracterización de la Muestra (Edad, Sexo, Tiempo como Terapeuta, Tiempo como Terapeuta de Adictos, Tipo de Entidad, Línea Psicológica, Formación de Posgrado).

Al finalizar el Cuestionario hay 3 preguntas de Desarrollo para que el entrevistado responda de manera explicativa.

6.6. Procedimiento

Comenzamos confeccionando el Cuestionario en función de las variables a medir y los objetivos del trabajo. Al momento de la creación del instrumento, tuvimos en cuenta los datos que correspondían a la Caracterización de la Muestra (Edad, Sexo, Tiempo como Terapeutas, Tiempo como Terapeutas de Adicciones) y los datos que correspondían a la medición de las Variables de Estudio. Una vez finalizado el instrumento, lo aplicamos en las instituciones que habíamos designado para la investigación (Organizaciones No Gubernamentales).

Cuando hicimos la recolección de Datos, surgieron algunos inconvenientes (ej: cuestionarios incompletos o mal completados), los cuales fueron solucionados en el transcurso de la investigación.

Una vez que ya habíamos recolectado todos los datos, comenzamos con el Análisis de los Datos (desglosando las respuestas y ordenándolas según la categoría a las que pertenecía cada una).

Ya finalizado el Análisis de los Datos, comenzamos con las Discusión de Resultados (donde pudimos mezclar la teoría anteriormente detallada y los resultados de la Investigación).

⁹³ Sampieri, R. H. (2008). *Metodología de la Investigación* (4° ed.). Mexico: Mc Graw Hill.(pag.310)

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

7. CARACTERIZACION DE LA MUESTRA

7.1.DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE VARIABLES DEMOGRAFICAS

La muestra total contó con 16 Cuestionarios, ya excluidos de este número los cuestionarios no utilizados por problemas al ser completados. Originalmente se distribuyeron 20 cuestionarios, 3 de ellos no fueron terminados y 1 fue mal completado, por lo cual fueron excluidos de la investigación.

Se presentarán las frecuencias de respuestas para las variables demográficas compuestas por: Edad, Género, Línea Psicológica, Tiempos como Psicoterapeutas, Tiempos como Psicoterapeutas de Adicciones.

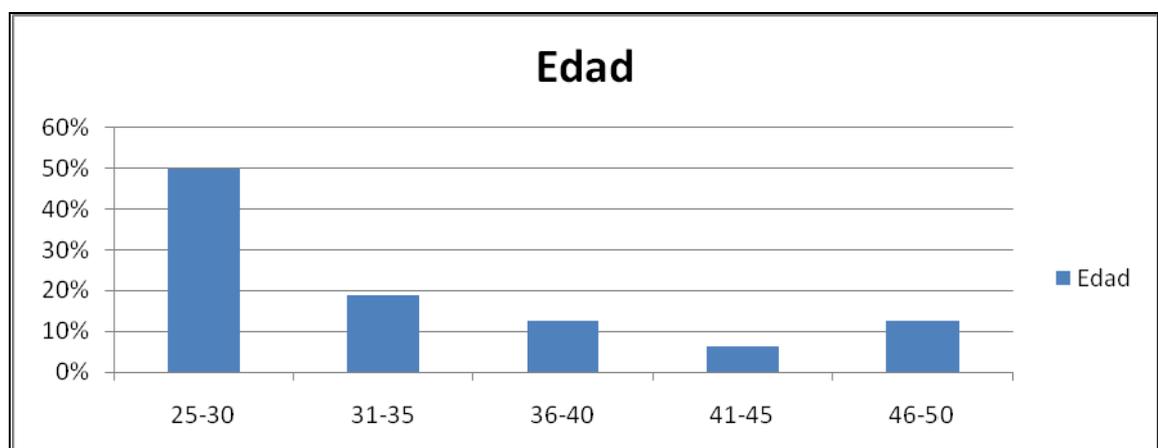
7.2.EDAD

La edad de los psicoterapeutas oscila entre los 25-50 años de edad. Se codifica esta variable en los siguientes rangos 25-30, 31-35, 36-40,41-45, 46-50.

Tabla N°1: Distribución de Frecuencias según la Edad

Rango	Frecuencia	Porcentaje	Porcentajes Acumulados
25-30	8	50%	50%
31-35	3	19%	69%
36-40	2	13%	81%
41-45	1	6%	88%
46-50	2	13%	100%
Total	16	100%	

Gráfico N°1: Distribución de la Muestra por Edad



Al observar los datos obtenidos de la Tabla N°1 y Grafico N°1 podemos ver que el 50% de los psicoterapeutas pertenece al rango de edad 25-30 años, seguido de la categoría 31-35 con un 19%.

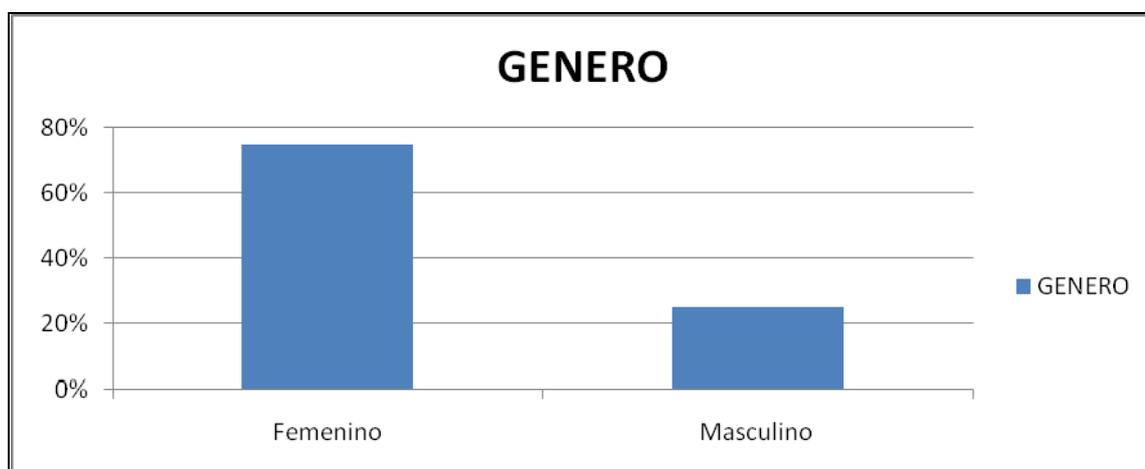
7.3.GENERO

Esta variable se codifica en función de dos categorías “MASCULINO Y FEMENINO”.

Tabla N°2: Distribución de Frecuencias según Género.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentajes Acumulados
Femenino	12	75%	75%
Masculino	4	25%	100%
Total	16	100%	

Grafico N°2: Distribución de la Muestra por Género.



Se puede apreciar en la Tabla N°2 y el Grafico N°2 que el 75% de los psicoterapeutas de la muestra son de sexo Femenino y el 25% de Sexo Masculino. Por lo cual podemos decir que el Género Femenino predomina por sobre el Masculino.

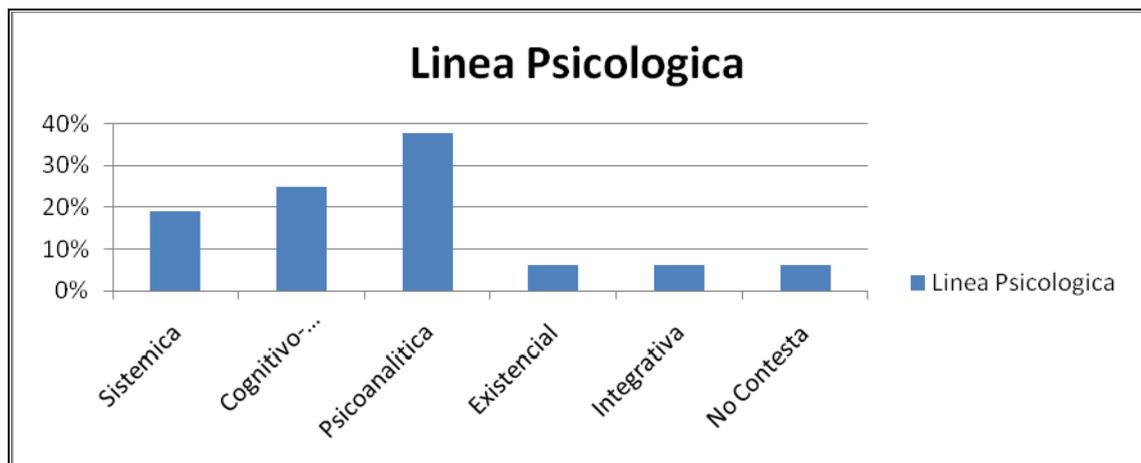
7.4.LINEA PSICOLOGICA

La Variable de Línea Psicológica, presenta 5 líneas psicológicas que el participante ha nombrado en el cuestionario. Entre ellas: Sistémica, Cognitivo-Conductual-Psicoanalítica, Existencial, Integrativa y No Contesta.

Tabla N°3: Distribución de Frecuencias según la Línea Psicológica

Línea Psicológica	Frecuencia	Porcentaje	Porcentajes Acumulados
Sistémica	3	19%	19%
Cognitivo-Conductual	4	25%	44%
Psicoanalítica	6	38%	82%
Existencial	1	6%	88%
Integrativa	1	6%	94%
No Contesta	1	6%	100%
Total	16	100%	

Gráfico N°3: Distribución de la Muestra según Línea Psicológica



A partir de los Datos obtenidos podemos decir que el 38% de los psicoterapeutas tienen mayor predominio por la línea Psicoanalítica que por el Resto de las Líneas Psicológicas. Siguiéndolo con un 25% la Línea Cognitivo Conductual.

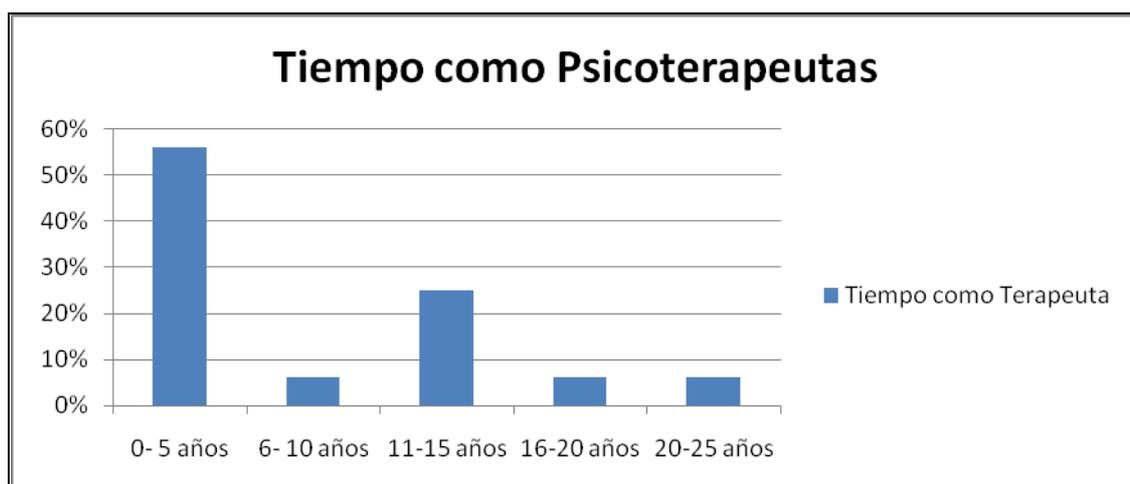
7.5. TIEMPOS COMO PSICOTERAPEUTAS

El “Tiempo como Psicoterapeutas” se refiere al tiempo transcurrido desde que se obtuvieron su Título hasta la Actualidad (Antigüedad de su carrera). Esta Variable se codificó en función de los siguientes rangos: 0-5, 6-10, 11-15, 16-20, 20-25 años

Tabla N°4: Distribución de Frecuencias según el Tiempo como Psicoterapeutas

Rango	Frecuencia	Porcentaje	Porcentajes Acumulados
0- 5 años	9	56%	56%
6- 10 años	1	6%	63%
11-15 años	4	25%	88%
16-20 años	1	6%	94%
20-25 años	1	6%	100%
Total	16	100%	

Grafico N°4: Distribución de la Muestra según Tiempo como Psicoterapeutas



A partir de los datos obtenidos podemos decir que el 56% de los psicoterapeutas llevan entre 0-5 años de antigüedad en su carrera. En segundo lugar el 25% de los Psicoterapeutas llevan entre 11-15 años de carrera.

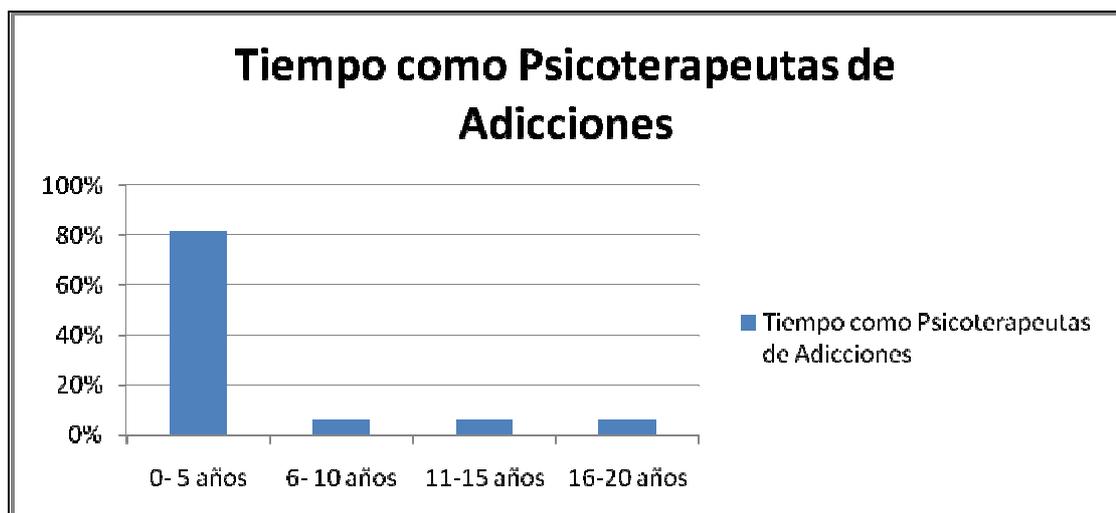
7.6. TIEMPO COMO PSICOTERAPEUTAS DE ADICCIONES

El “Tiempo como Terapeutas de Adicciones” se refiere al tiempo transcurrido que llevan especializándose o trabajando en esta problemática. Esta variable se codifica en función de los siguientes rangos: 0-5, 6-10,11-15, 16-20 años.

Tabla N°5: Distribución de Frecuencias según Tiempo como Psicoterapeutas de Adicciones

Rango	Frecuencia	Porcentaje	Porcentajes Acumulados
0- 5 años	13	81%	81%
6- 10 años	1	6%	88%
11-15 años	1	6%	94%
16-20 años	1	6%	100%
Total	16	100%	

Gráfico N°5: Distribución de la Muestra según Tiempo como Psicoterapeutas de Adicciones



A partir de los datos obtenidos podemos decir que 81% de los psicoterapeutas llevan trabajando o especializándose en dicha problemática en un rango de 0-5 años. El resto de los rangos presentan un 6%, lo cual indica que entre 6-10, 11-15, 16-20 años hay un 6% en cada uno de los rangos de psicoterapeutas que trabajan en esta problemática.

VARIABLES DE ESTUDIO:

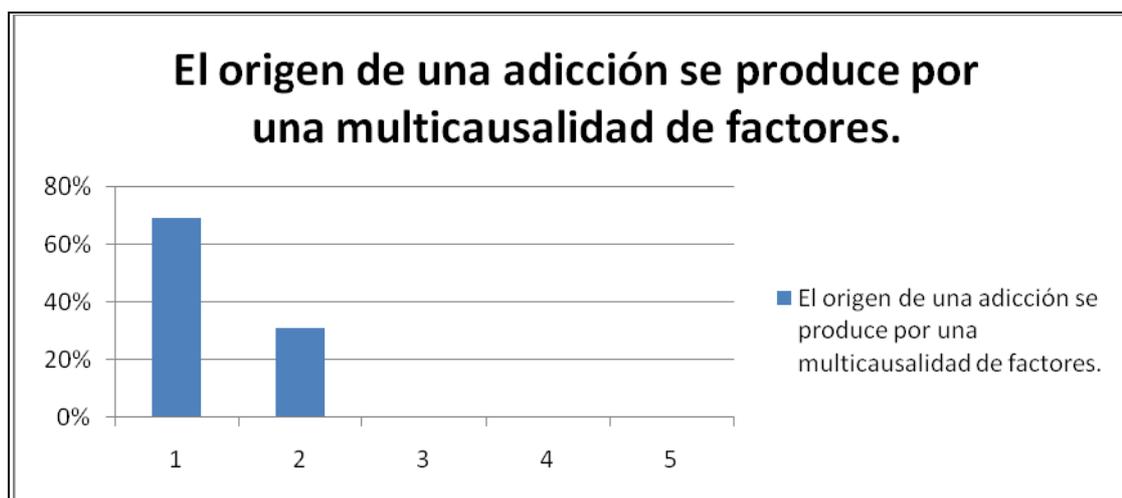
8. “CONCEPTUALIZACION BASICA SOBRE DROGADEPENDENCIA”

8.1. CONCEPCION ACERCA DE LAS CAUSAS DE LA ADICCION

TABLA N°6

N°		1		2		3		4		5	
		Muy de Acuerdo		De Acuerdo		Ni de acuerdo Ni en desacuerdo		En desacuerdo		Muy en Desacuerdo	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
2	El origen de una adicción se produce por una multicausalidad de factores.	11	69%	5	31%	0	0%	0	0%	0	0%
17	El origen de una adicción está relacionado con el aprendizaje que ellos adquieren de su entorno.	1	6%	3	19%	7	44%	3	19%	2	13%

Grafico N°6.1



A partir de los datos obtenidos, en la categoría “Concepción acerca de las causas de la adicción” que corresponde a la variable de estudio “**CONCEPTUALIZACION BASICA SOBRE DROGADEPENDENCIA**” el 69% de los Psicoterapeutas están **Muy de Acuerdo** en que el origen de una adicción se produce por una multicausalidad de factores. Y el 31% considera que está **De Acuerdo** con esta respuesta (Respuesta

Nº2).Por lo tanto, se puede decir que los psicoterapeutas creen que el origen de una adicción se produce por una multicausalidad de factores.

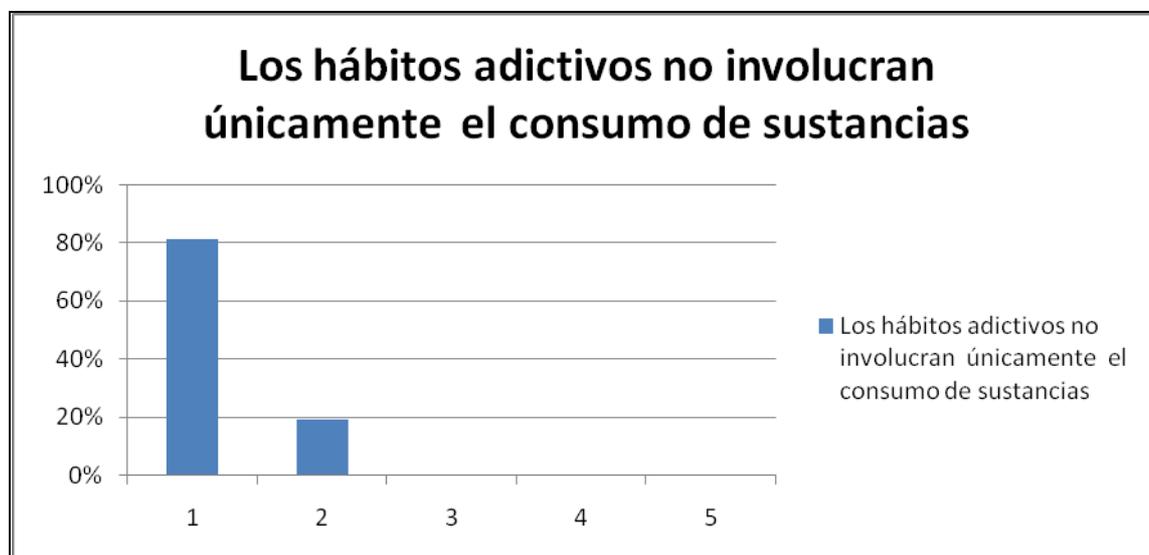
En la Respuesta Nº 17 que corresponde a la misma categoría y variable de estudio, el 44% de los psicoterapeutas puntuaron *Ni en acuerdo Ni en desacuerdo* acerca de que el origen de la adicción está relacionado con el aprendizaje que ellos adquieren de su entorno. El 19% de los psicoterapeutas marco que estaban *De Acuerdo* y el otro 19% marco que estaban *En desacuerdo*. Por lo tanto, se puede decir que los psicoterapeutas en esta respuesta no tienen una posición clara, no están ni de acuerdo ni en desacuerdo.

8.2. CONCEPCION ACERCA DE LOS DISTINTOS TIPOS DE ADICCIONES

TABLA Nº7

Nº		1		2		3		4		5	
		Muy de acuerdo		De Acuerdo		Ni de acuerdo Ni en desacuerdo		En desacuerdo		Muy en Desacuerdo	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
4	Los hábitos adictivos no involucran únicamente el consumo de sustancias	13	81%	3	19%	0	0%	0	0%	0	0%

Grafico Nº7



A partir de los datos obtenidos en la categoría “Concepción acerca de los Distintos Tipos de Adicciones” que corresponde a la variable “**CONCEPTUALIZACION BASICA SOBRE DROGADEPENDENCIA**” el 81% de los psicoterapeutas respondió que están *Muy de Acuerdo*. Y el 19% respondió que estaban *De Acuerdo*.

Por lo tanto se puede decir que los psicoterapeutas creen que los hábitos adictivos no involucran únicamente el consumo de sustancias.

8.3. CONCEPCION ACERCA DEL DESARROLLO DE LA ADICCION

TABLA N°8

N°		1		2		3		4		5	
		Muy de acuerdo		De Acuerdo		Ni de acuerdo Ni en desacuerdo		En desacuerdo		Muy en Desacuerdo	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
14	El mantenimiento de la adicción está directamente relacionado con un entorno social de consumo.	1	6%	4	25%	5	31%	4	25%	2	13%
7	La carencia de redes afectivas y la falta de contención, favorecen la cronicidad.	8	50%	6	38%	2	13%	0	0%	0	0%
11	La Drogadependencia puede estar acompañada de otro tipo de adicción (juego, compras compulsivas, etc.).	3	19%	11	69%	2	13%	0	0%	0	0%
20	La falla en los roles paternos y la carencia de proyectos futuros hacen que el sujeto origine la conducta adictiva.	2	13%	9	56%	4	25%	0	0%	1	6%

Grafico N°8.2

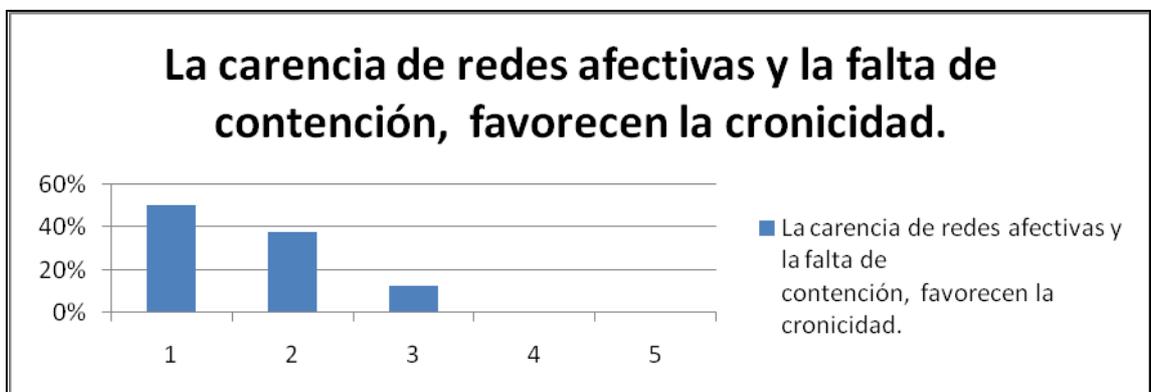
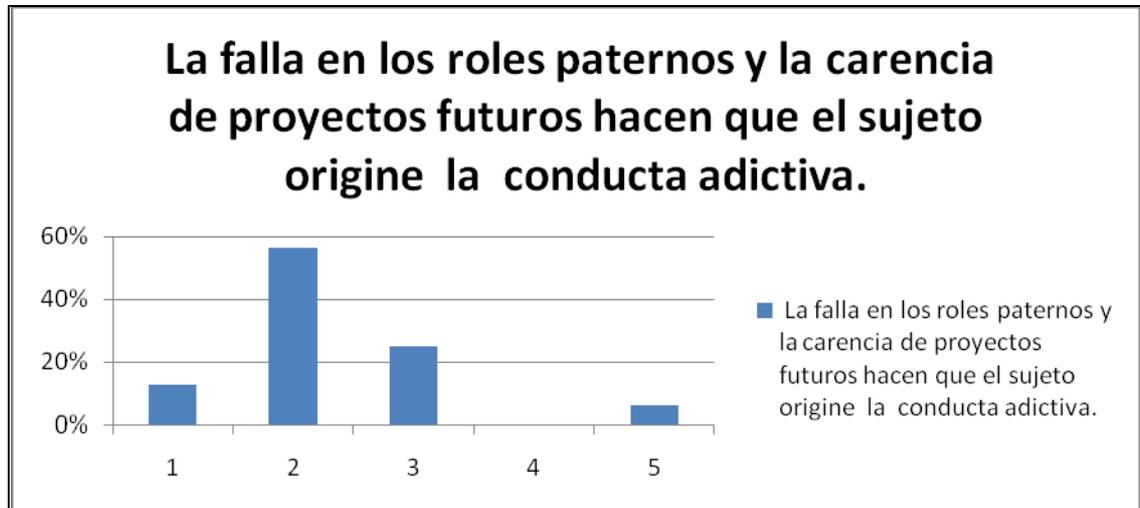


Grafico N°8.4



A partir de los datos obtenidos, en la categoría “Concepción acerca del desarrollo de la Adicción” que corresponde a la variable “**CONCEPTUALIZACION BASICA SOBRE DROGRADEPENDENCIA**”, en la respuesta N°14 el 31% de los psicoterapeutas manifestaron estar *Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo*. De la misma forma un 25% de los psicoterapeutas marcaron que están *De Acuerdo* y otro 25% marcaron que están *En Desacuerdo*. Por lo tanto, se puede decir que los psicoterapeutas no manifiestan una tendencia clara en cuanto a que el mantenimiento de una adicción puede estar directamente relacionado con un entorno social de consumo.

En la Respuesta N°7 el 50% de los psicoterapeutas manifestaron estar *Muy de Acuerdo*. Seguido por un 38% de psicoterapeutas que manifestaron estar *De Acuerdo* con esta respuesta. Por lo tanto, se puede decir que los psicoterapeutas creen que la carencia de redes afectivas y la falta de contención favorecen la cronicidad.

En la Respuesta N°11 el 69% de los psicoterapeutas manifestaron estar *De Acuerdo*. Y el 19% de los psicoterapeutas están *Muy De Acuerdo*. Por lo tanto, se puede decir que los psicoterapeutas creen que la Drogadependencia puede estar acompañada de otro tipo de adicción (juego, compras compulsivas).

En la Respuesta N°20 el 56% de los psicoterapeutas manifestaron estar *De Acuerdo*. Por lo tanto, se puede decir que los psicoterapeutas creen que la falla en los roles paternos y la carencia de proyectos futuros hacen que el sujeto origine la conducta adictiva.

En cuanto a las preguntas de desarrollo (ultima parte del cuestionario), los psicoterapeutas definieron a la adicción como “Una dependencia Física y Psicológica hacia una sustancia o objeto o situación, que impide que el sujeto se desarrolle saludablemente, haciendo un uso y abuso de la sustancia que le produce placer y perdiendo su propia autonomía”.

VARIABLE DE ESTUDIO:

9. “POSTURA EPISTEMOLOGICA DE PSICOTERAPIA/TRATAMIENTO”

9.1. CREENCIAS DEL TERAPEUTA EN RELACION AL TRATAMIENTO

TABLA N°9

N°		1		2		3		4		5	
		Muy de acuerdo		De Acuerdo		Ni de acuerdo Ni en desacuerdo		En desacuerdo		Muy en Desacuerdo	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
1	En la Psicoterapia con Pacientes Adictos, solo haciendo investigación se sabrá que intervenciones son más efectivas	0	0%	8	50%	4	25%	2	13%	2	13%
15	Es necesario un Equipo Interdisciplinario para el tratamiento de un Paciente Adicto	10	63%	4	25%	2	13%	0	0%	0	0%
21	Los Tratamientos de Internación son más eficaces que los tratamientos ambulatorios	0	0%	0	0%	10	63%	2	13%	4	25%
29	Los Tratamientos Ambulatorios son más eficaces que los Tratamientos de Internación	1	6%	2	13%	9	56%	1	6%	3	19%

Grafico N°9.3

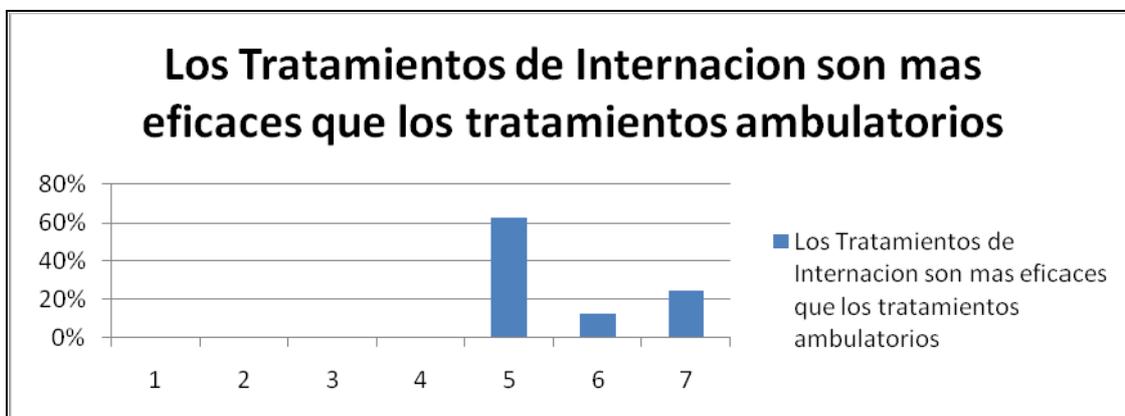


Grafico N°9.4



A partir de los datos obtenidos en la categoría “Creencias del Terapeuta en relación al Tratamiento” que corresponde a la variable “**POSTURA EPISTEMOLOGICA DE PSICOTERAPIA/TRATAMIENTO**”, en la Respuesta N°1 el 50% de los psicoterapeutas manifestaron estar **De Acuerdo**. Por lo tanto, se puede decir que los psicoterapeutas creen que en la psicoterapia con pacientes adictos, solo haciendo investigación se sabrá que intervenciones son más efectivas.

En la Respuesta N°15 el 63% de los psicoterapeutas manifestaron estar **Muy de Acuerdo**. Y el 25% de los psicoterapeutas indicaron que están **De Acuerdo**. Por lo tanto, se puede decir que los psicoterapeutas creen que es necesario un Equipo Interdisciplinario para el tratamiento de un paciente Adicto.

En la Respuesta N°21 el 63% de los psicoterapeutas manifestaron estar *Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo*. Seguido de un 25% que manifestaron estar *Muy en Desacuerdo* con esta respuesta. Por lo tanto, se puede decir que los psicoterapeutas no manifiestan una tendencia clara acerca de si los tratamientos de internación son más eficaces que los tratamientos ambulatorios.

En la Respuesta N°29 el 56% de los psicoterapeutas manifestaron estar *Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo*. Y el 19% manifestaron estar *Muy en Desacuerdo*. Por lo tanto, se puede decir que los psicoterapeutas no tienen una tendencia clara acerca de si los tratamientos ambulatorios son más eficaces que los tratamientos de internación.

En relación a las preguntas de desarrollo (ultima parte del cuestionario), donde se interroga a los psicoterapeutas para que nombren cuales serian los dispositivos terapéuticos presentes en un tratamiento para adictos, se puede destacar que el dispositivo mas nombrado fue que en todo tratamiento para adictos haya un equipo interdisciplinario, al igual que múltiples abordajes (individual, grupal, familiar, ocupacionales).

9.2. CREENCIAS ACERCA DE LOS DISPOSITIVOS TERAPEUTICOS

TABLA N°10

N°		1		2		3		4		5	
		Muy de acuerdo		De Acuerdo		Ni de acuerdo Ni en desacuerdo		En desacuerdo		Muy en Desacuerdo	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
5	En el Tratamiento de un Paciente Adicto siempre junto al Proceso Psicoterapéutico debe estar la intervención psiquiátrica.	0	0%	10	63%	3	19%	3	19%	0	0%
25	Cuando un paciente adicto se encuentra en un Proceso Psicoterapéutico es necesario el Acompañamiento Familiar.	2	13%	12	75%	2	13%	0	0%	0	0%
9	Un paciente adicto que realiza un tratamiento puede rehabilitarse con éxito sin el apoyo y contención de su familiar.	1	6%	2	13%	5	31%	8	50%	0	0%
27	Es preciso diseñar intervenciones específicas para retener al paciente en tratamiento.	4	25%	5	31%	7	44%	0	0%	0	0%

Grafico N°10.1

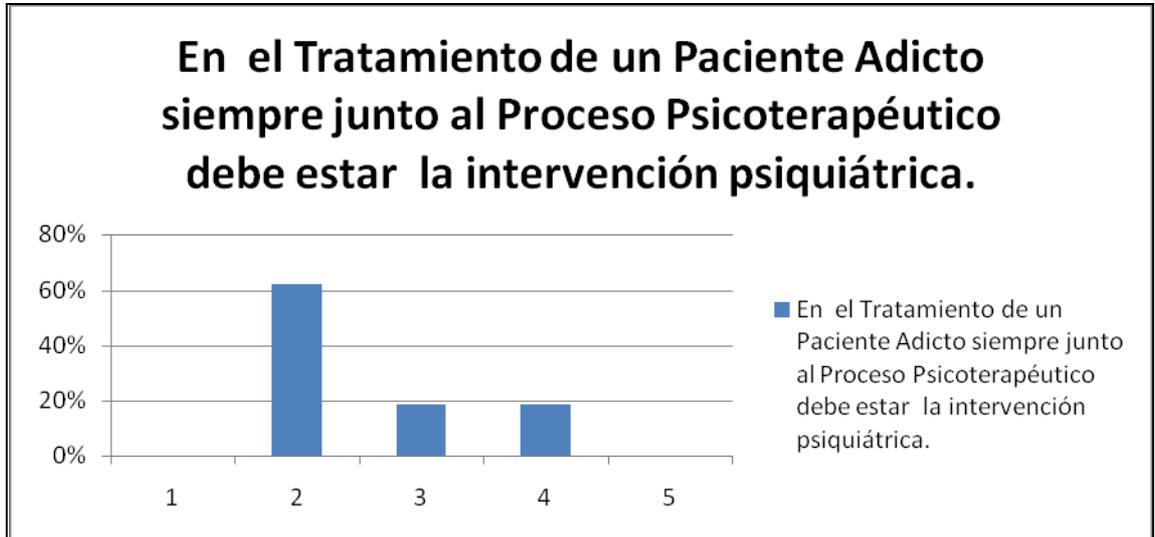
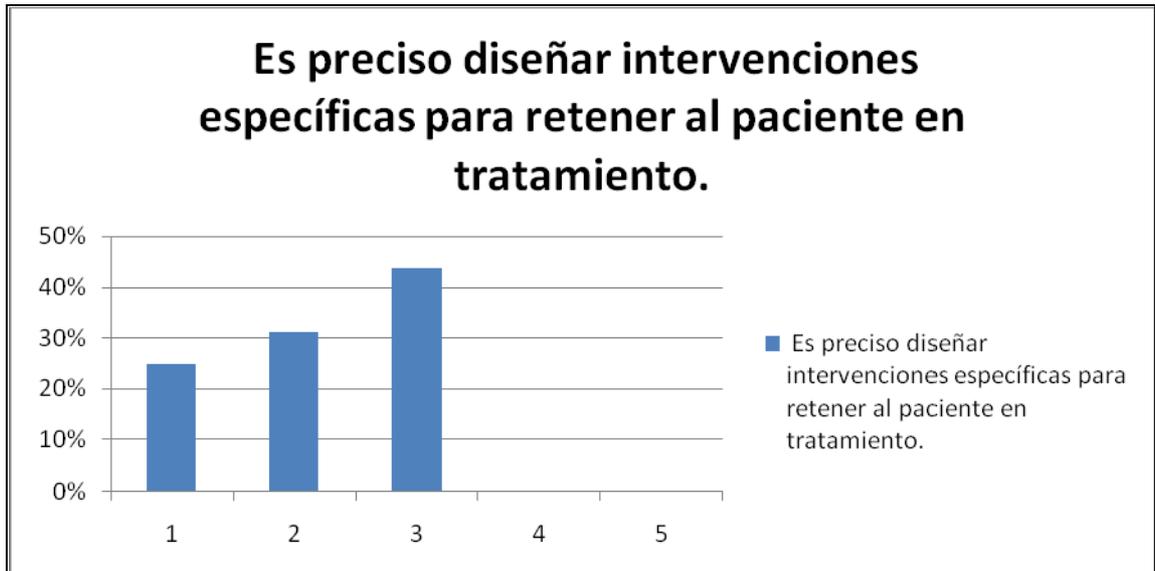


Grafico N°10.3



A partir de los datos Obtenidos, en la categoría “Creencias acerca de los Dispositivos Terapéuticos” que corresponden a la variable “**POSTURA EPISTEMOLOGICA DE PSICOTERAPIA/TRATAMIENTO**”, en la respuesta N°5 el 63% de los psicoterapeutas manifestaron estar *De acuerdo*. Por lo tanto, se puede decir que los psicoterapeutas creen que en el tratamiento de un paciente adicto siempre junto al proceso psicoterapéutico, debe estar la intervención psiquiátrica.

En la Respuesta N°25 el 75% de los psicoterapeutas manifestaron estar *De Acuerdo*. Por lo tanto, se puede decir que los psicoterapeutas creen que cuando un paciente adicto se encuentra en un Proceso Psicoterapéutico es necesario el Acompañamiento Familiar.

En la Respuesta N°9 el 50% de los psicoterapeutas manifestaron estar *En Desacuerdo*. Y el 31% de los psicoterapeutas manifestaron estar *Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo*. Por lo tanto, se puede decir que los psicoterapeutas no creen que un paciente adicto que realiza un tratamiento, pueda rehabilitarse con éxito sin el apoyo y contención de su familia.

En la Respuesta N°27 el 44% de los psicoterapeutas indica *Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo*. Y el 31% está *De Acuerdo* con esta respuesta. Por lo tanto, se puede decir que los psicoterapeutas no tienen una posición definida acerca de si es preciso diseñar intervenciones específicas para retener el paciente en tratamiento.

9.3.EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO

TABLA N°11

N°		1		2		3		4		5	
		Muy de acuerdo		De Acuerdo		Ni de acuerdo Ni en desacuerdo		En desacuerdo		Muy en Desacuerdo	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
12	Si el sujeto adicto no tiene conciencia de enfermedad no es posible la efectividad del abordaje	3	19%	8	50%	4	25%	1	6%	0	0%
23	Existen intervenciones que son más efectivas en determinado momento del tratamiento que en otros	8	50%	8	50%	0	0%	0	0%	0	0%
18	La adherencia es un requisito indispensable para que el Tratamiento sea eficaz	5	31%	9	56%	2	13%	0	0%	0	0%

Grafico N°11.2



A partir de los datos obtenidos, en la categoría “Efectividad del Tratamiento” que corresponde a la variable **“POSTURA EPISTEMOLOGICA DE PSICOTERAPIA/TRATAMIENTO”** en la respuesta N°12 el 50% de los psicoterapeutas manifestaron estar **De Acuerdo**. Seguido de un 25% de psicoterapeutas que indican **Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo**. Por lo tanto, se puede decir que los psicoterapeutas creen que si el sujeto adicto no tiene conciencia de enfermedad, no es posible la efectividad del abordaje.

En la Respuesta N°23 el 50% de los psicoterapeutas manifestaron estar **Muy De Acuerdo**. Y el 50% de los psicoterapeutas manifestaron estar **De Acuerdo**. Por lo tanto, se puede decir que los psicoterapeutas creen que existen intervenciones que son más efectivas en determinados momentos del tratamiento que en otros.

En la Respuesta N°18 el 56% de los psicoterapeutas manifestaron estar **De Acuerdo**. Seguido de un 31% de psicoterapeutas que manifestaron estar **Muy de Acuerdo**. Por lo tanto, se puede decir que los psicoterapeutas creen que la adherencia es un requisito indispensable para que el tratamiento sea eficaz.

En función de las preguntas de desarrollo (ultima parte del cuestionario), donde se les interroga a los psicoterapeutas acerca de cuáles serían los indicadores para determinar la efectividad del tratamiento, la mayoría nombraron: logro de los objetivos propuestos, control de la conducta, disminución o abandono de la conducta de consumo, autonomía, adherencia al tratamiento y creación de proyectos de vida.

VARIABLES DE ESTUDIO:

10. CREENCIAS ACERCA DE LA POSIBILIDAD DE CAMBIO EN LA CONDUCTA ADICTIVA

10.1. CREENCIAS DEL TERAPEUTA EN RELACION AL CONCEPTO DE CAMBIO EN LA CONDUCTA ADICTIVA

TABLA N°12

N°		1		2		3		4		5	
		Muy de acuerdo		De Acuerdo		Ni de acuerdo Ni en desacuerdo		En desacuerdo		Muy en Desacuerdo	
		Fr.	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
19	La Abstinencia es un indicador de efectividad en el tratamiento	1	6%	6	38%	4	25%	4	25%	1	6%
3	El cambio logrado en un tratamiento es definitivo	10	63%	4	25%	0	0%	2	13%	0	0%
16	El proceso de cambio en un paciente adicto es más difícil que en un paciente con otras problemáticas	0	0%	4	25%	7	44%	3	19%	2	13%
24	Para que el paciente pueda cambiar, debe detectar y elaborar las causas que originaron su adicción.	2	13%	7	44%	5	31%	2	13%	0	0%

Grafico N°12.2

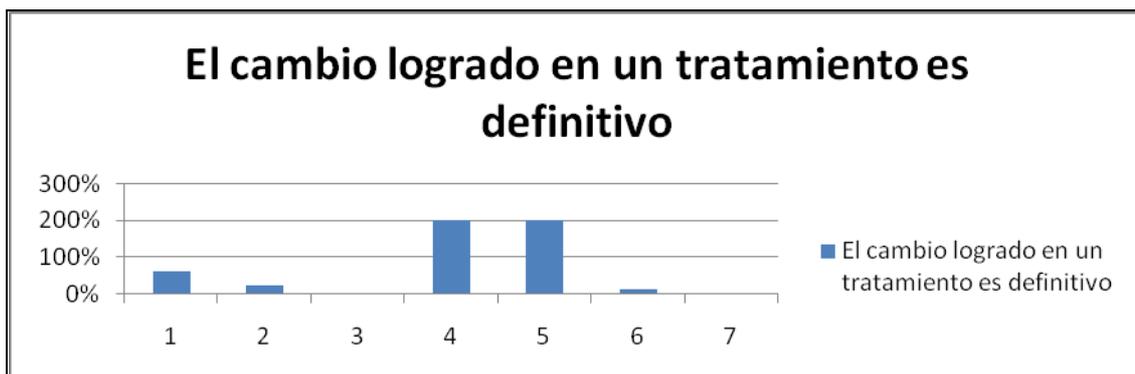
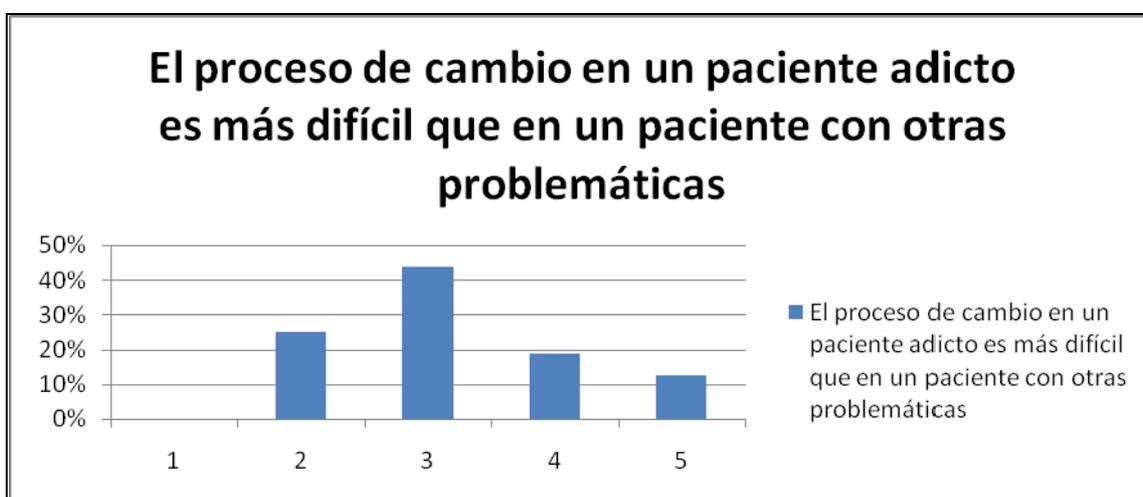


Grafico N°12.3



A partir de los datos obtenidos, en la categoría “Creencias en relación al concepto de cambio en la conducta adictiva” que corresponde a la variable “**CREENCIAS ACERCA DE LA POSIBILIDAD DE CAMBIO EN LA CONDUCTA ADICTIVA**”, en la Respuesta N°19 el 38% de los psicoterapeutas manifestaron estar **De Acuerdo**. Seguido del 25% de los psicoterapeutas manifestaron estar **Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo** y otro 25% **En Desacuerdo**. Por lo tanto, se puede decir que los psicoterapeutas creen que la abstinencia es un indicador de efectividad en el tratamiento.

En la respuesta N°3 el 63% de los psicoterapeutas manifestaron estar **Muy de Acuerdo**. Y un 25% de psicoterapeutas manifestó estar **De Acuerdo**. Por lo tanto, se puede decir que los psicoterapeutas creen que el cambio logrado en un tratamiento es definitivo.

En la Respuesta N°16 el 44% de los psicoterapeutas manifestaron estar **Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo**. Y un 25% manifestaron estar **De Acuerdo** con esta respuesta. Por lo tanto, se puede decir que los psicoterapeutas no tienen una posición definida acerca de si el proceso de cambio en un paciente adicto es más difícil que en un paciente con otras problemáticas.

En la Respuesta N°24 el 44% de los psicoterapeutas manifestaron estar **De Acuerdo** en que para que el paciente pueda cambiar debe detectar y elaborar las causas que

originaron su adicción. Seguido de un 31% que manifestaron estar *Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo*.

10.2. CREENCIAS EN RELACION A LA EFECTIVIDAD DEL CAMBIO

TABLA N°13

N°		1		2		3		4		5	
		Muy de acuerdo		De Acuerdo		Ni de acuerdo Ni en desacuerdo		En desacuerdo		Muy en Desacuerdo	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
30	Es posible la efectividad total en el tratamiento de un paciente adicto	0	0%	3	19%	10	63%	3	19%	0	0%
10	La efectividad en el tratamiento está relacionada con el aumento de la autoestima, mayor tolerancia a la frustración y satisfacción de sus necesidades sin recurrir al objeto adictivo	3	19%	6	38%	6	38%	1	6%	0	0%
26	Para la efectividad en el tratamiento, se deben modificar pautas disfuncionales del entorno familiar	4	25%	11	69%	1	6%	0	0%	0	0%

Grafico N°13.1

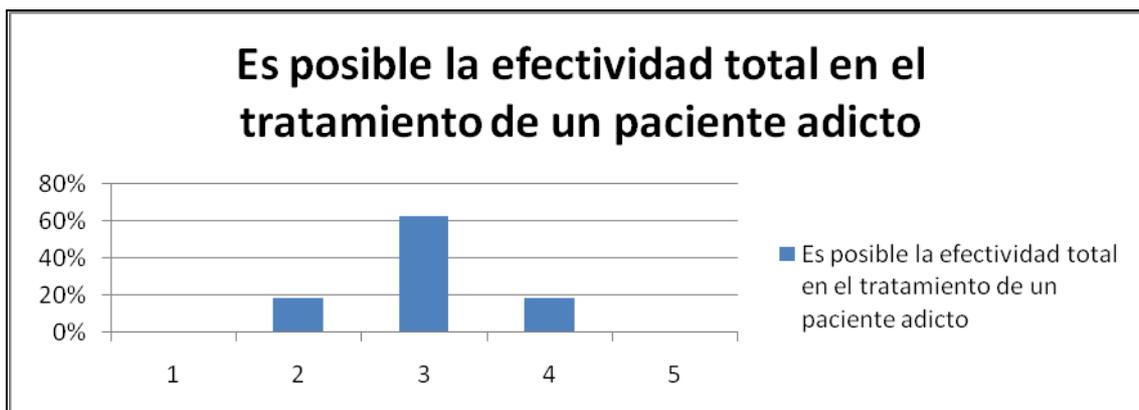
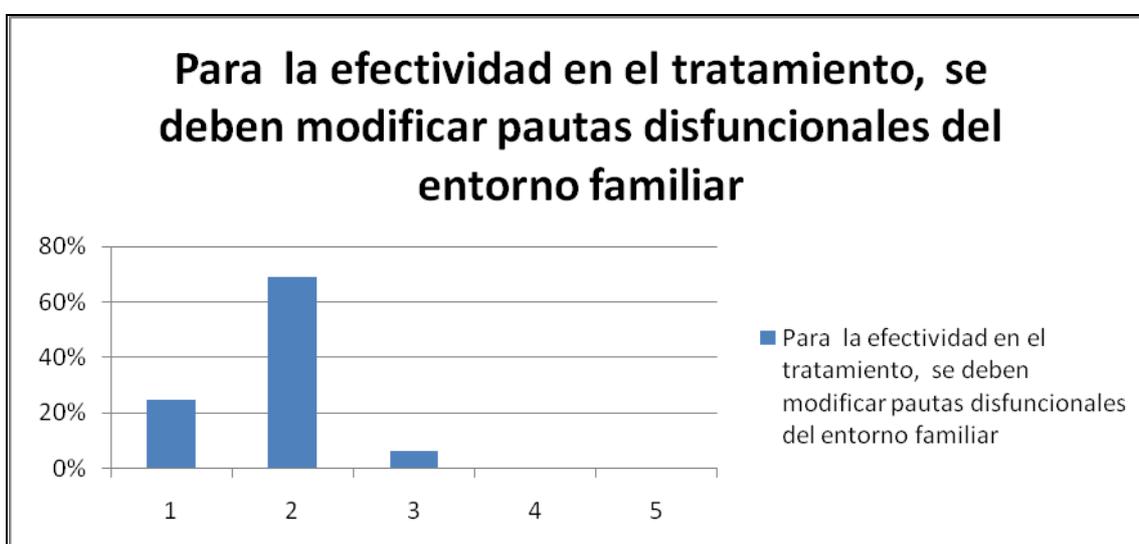


Grafico N°13.3



A partir de los datos obtenidos en la categoría “Creencias en relación a la Efectividad del Cambio” que corresponde a la variable “**CREENCIAS ACERCA DE LA POSIBILIDAD DE CAMBIO EN LA CONDUCTA ADICTIVA**” en la Respuesta N°30 el 63% de los psicoterapeutas manifestaron estar *Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo*. Por lo tanto, se puede decir que los psicoterapeutas no tienen una tendencia clara frente a si es posible la efectividad total en el tratamiento de un paciente adicto.

En la Respuesta N°10 el 38% de los psicoterapeutas manifestaron estar *De Acuerdo* y otro 38% de psicoterapeutas manifestaron estar *Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo*. Por lo tanto, se puede decir que los psicoterapeutas no tienen una tendencia clara frente a si la efectividad en el tratamiento está relacionada con el aumento de la autoestima, mayor tolerancia a la frustración y satisfacción de sus necesidades sin recurrir al objeto adictivo.

En la Respuesta N°26 el 69% de los psicoterapeutas manifestaron estar *De Acuerdo* y otro 25% de los psicoterapeutas manifestaron estar *Muy De Acuerdo*. Por lo tanto, se puede decir que los psicoterapeutas creen que para la efectividad en el tratamiento si se deben modificar pautas disfuncionales del entorno familiar.

10.3. CREENCIAS EN RELACION AL PROCESO DE CAMBIO TERAPEUTICO

TABLA N°14

N°		1		2		3		4		5	
		Muy de		De		Ni de		En		Muy en	
		acuerdo		Acuerdo		Ni en		desacuerdo		Desacuerdo	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
13	La mayoría los pacientes no asisten al tratamiento por iniciativa propia	3	19%	7	44%	5	31%	1	6%	0	0%
22	El paciente que asiste a tratamiento por iniciativa propia tiene más posibilidades de finalizarlo con éxito que el que viene traído por otros	1	6%	6	38%	6	38%	2	13%	1	6%
28	La recaída es esperable en el proceso de tratamiento	9	56%	6	38%	1	6%	0	0%	0	0%
6	La recaída provoca un retroceso en el tratamiento	0	0%	0	0%	6	38%	9	56%	1	6%
8	La recaída fortalece la posibilidad de implementar nuevas estrategias de afrontamiento	4	25%	7	44%	5	31%	0	0%	0	0%

Grafico N°14.2

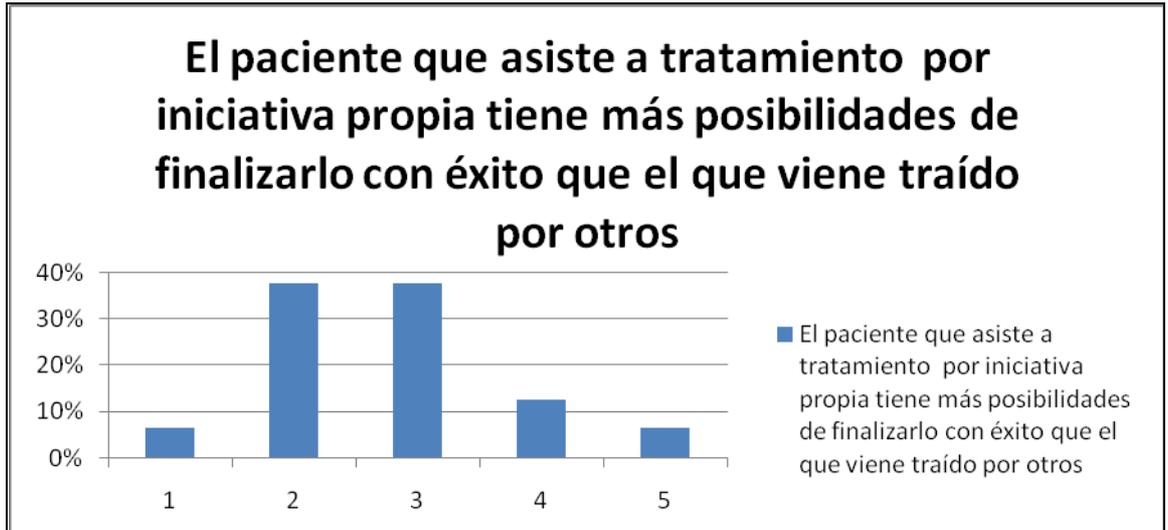
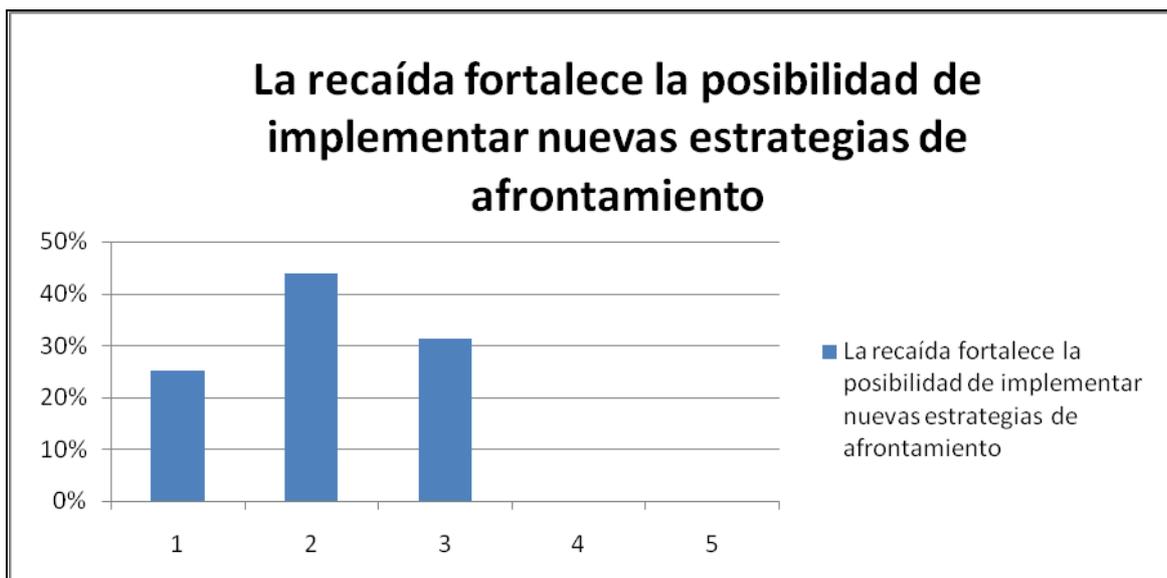


Grafico N°14.4



Grafico N°14.5



A partir de los datos obtenidos en la categoría “Creencias en relación al Proceso de Cambio Terapéutico” que corresponde a la variable “**CREENCIAS ACERCA DE LA POSIBILIDAD DE CAMBIO EN LA CONDUCTA ADICTIVA**”, en la Respuesta N°13 el 44% de los psicoterapeutas manifestaron estar *De Acuerdo*. Seguido de un 31% de psicoterapeutas que manifestaron estar *Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo*. Por lo tanto, se puede decir que los psicoterapeutas creen que la mayoría de los pacientes no asisten al tratamiento por iniciativa propia.

En la Respuesta N°22 el 38% de los psicoterapeutas manifestaron estar *De Acuerdo* y el otro 38% de los psicoterapeutas manifestaron estar *Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo*. Por lo tanto, se puede decir que los psicoterapeutas no tienen una tendencia definida acerca de si el paciente que asiste a tratamiento por iniciativa propia, tiene más posibilidades de finalizarlo con éxito que el que viene traído por otros.

En la Respuesta N°28 el 56% de los psicoterapeutas manifestaron estar *Muy De Acuerdo*. Seguido de un 38% de psicoterapeutas que manifestaron estar *De Acuerdo*. Por lo tanto, se puede decir que los psicoterapeutas creen que la recaída es esperable en el proceso de tratamiento.

En la Respuesta N°6 el 56% de los psicoterapeutas manifestaron estar *En Desacuerdo*. Seguido de un 38% de psicoterapeutas que manifestaron estar *Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo*. Por lo tanto, se puede decir que los psicoterapeutas creen que la recaída no provoca un retroceso en el tratamiento.

En la Respuesta N°8 el 44% de los psicoterapeutas manifestaron estar *De Acuerdo*. Seguido de un 31% de psicoterapeutas que manifestaron estar *Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo* y el 25% de los psicoterapeutas manifestaron estar *Muy De Acuerdo*. Por lo tanto, se puede decir que los psicoterapeutas creen que la recaída fortalece la posibilidad de implementar nuevas estrategias de afrontamiento.

DISCUSION DE RESULTADOS

En cuanto a la *Variable Demográfica de Edad (Tabla N°1)*, se puede decir que el Rango obtenido en la investigación es de 25-30 años. Esto quiere decir que la gran mayoría de los psicoterapeutas de la muestra son personas Adultos Jóvenes.

En cuanto a la *Variable Demográfica de Género (Tabla N°2)*, se puede decir que la categoría que predominó en esta investigación es el Género Femenino por sobre el Masculino, quizás esto ocurre por el tipo de carrera. Generalmente la carrera de Lic. En Psicología es más participada por Mujeres que por Hombres, lo cual se podría estar hablando de un supuesto, sujeto a investigaciones posteriores.

En cuanto a la *Variable Demográfica de Línea Psicológica (Tabla N°3)*, se puede decir que la Línea Psicológica que resultó de esta investigación fue la Psicoanalítica. Si bien la Muestra sobre la cual se realizó la investigación fue de N=16, quizás dicha muestra no resulte significativa por poseer un número de psicoterapeutas tan bajo.

En cuanto a la *Variable Demográfica de Tiempo como Terapeutas (Tabla N°4)*, se puede decir que el Rango obtenido en esta investigación fue de 0-5 años, lo cual indicaría que la mayoría de los psicoterapeutas son personas muy jóvenes.

En cuanto a la *Variable Demográfica de Tiempo como Terapeutas de Adicciones (Tabla N°5)*, se puede decir que el Rango obtenido de la investigación fue de 0-5 años, lo cual en relación con la variable anterior, es un dato sorprendente que psicoterapeutas tan jóvenes estén involucrados en esta problemática tan compleja.

En cuanto a la variable, “**Conceptualización Básica sobre Drogadependencia**”, en la categoría “*Concepción acerca de las Causas de la Adicción*” (Tabla N°6). Se puede destacar que los psicoterapeutas de la muestra, no manifiestan una tendencia clara en cuanto a que si el origen de una adicción está o no relacionado con el aprendizaje que ellos adquieren de su entorno.

Pero sí manifiestan una tendencia clara en relación a que el origen de la adicción se produce por una multicausalidad de factores. Esto está relacionado con lo detallado en el marco teórico, que manifiesta que las adicciones no responden a una sola causa, sino a los diversos aspectos en los que se encuentra implicado el sujeto. La problemática de las adicciones constituye un problema “MULTICAUSAL”. Esto se produce porque está determinado por factores psicológicos, familiares, sociales, culturales, económicos y políticos.

En la categoría “*Concepción acerca de los Distintos Tipos de Adicciones*” (Tabla N°7), se puede destacar que los psicoterapeutas manifiestan una posición bastante clara en relación a que los hábitos adictivos no involucran únicamente el consumo de sustancias.

Aunque a la hora de definir lo que para ellos significa una Adicción (ultima parte del cuestionario), la mayoría de los psicoterapeutas tiende a definir el concepto relacionándolo con la adicción a sustancias, no lo que significa la adicción en sí.

Haciendo referencia a algunas definiciones de adicción, que han sido detalladas en el marco teórico, se la puede entender como:

“la relación que se establece entre una persona y un objeto, que genera un cumulo de tensión en la persona que es aliviada con la obtención de dicho objeto; se da en un contexto cultural y familiar y va produciendo una progresiva pérdida de grados de libertad”⁹⁴

La adicción lo que busca es la satisfacción mediante ese objeto que tanto placer le provoca. Si bien en la mayoría de los casos, se contempla a las adicciones como “adicciones relacionadas con las sustancias”, no en todos los casos es así, ya que existen otros tipos de adicciones (ej: adicción al juego, adicción a las compras compulsivas).

Al momento de definir lo que para los psicoterapeutas significa la “ADICCIÓN”, la mayoría de ellos nombraron que es “*Una dependencia Física y Psicológica hacia una sustancia o objeto o situación, que impide que el sujeto se desarrolle saludablemente, haciendo un uso y abuso de la sustancia que le produce placer y perdiendo su propia autonomía*”.

En la categoría “*Concepción acerca del Desarrollo de la adicción*” (Tabla N°8), se puede destacar que los psicoterapeutas de la muestra manifiestan bastante consenso acerca de que la carencia de redes afectivas y la falta de contención favorecen la cronicidad.

Manifiestan una tendencia clara acerca de que la Drogadependencia puede estar acompañada de otro tipo de adicción (juego, compras compulsivas). Y los mismos afirman que la falla en los roles paternos y la carencia de proyectos futuros, hacen que el sujeto origine la conducta adictiva, esto tiene que ver con la multicausalidad de la adicción, ya que es una combinación de múltiples factores, dentro de los cuales se encuentran los factores familiares.

En cuanto a la variable, **Postura Epistemológica de Psicoterapia/Tratamiento**, en la categoría “*Creencias del Terapeuta en relación al Tratamiento*” (Tabla N°9), se puede

⁹⁴ Adicciones, P. P. (2009). *Contenidos Basicos sobre adicciones*. Mendoza.

destacar que los psicoterapeutas manifiestan consenso en cuanto a que en la psicoterapia con pacientes adictos, solo haciendo investigación se sabrá qué intervenciones son más efectivas.

Afirman que es necesario un equipo interdisciplinario para el tratamiento de un paciente adicto, lo cual en las preguntas de desarrollo donde se interroga que nombren los dispositivos terapéuticos que deben estar presentes en un Tratamiento para Adictos, la mayoría de los psicoterapeutas indicaron que es necesario el trabajo en equipo de psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y que al paciente se le diseñen abordajes individuales, grupales, sociales y se les realice el seguimiento correspondiente.

Los psicoterapeutas de la muestra no manifiestan una tendencia clara en relación a los tipos de tratamiento, no hay un predominio de uno sobre otro, por los tratamientos de internación o por los tratamientos ambulatorios. No manifiestan una tendencia marcada en relación a cuál de los dos es más eficaz que el otro.

En cuanto a la categoría “*Creencias acerca de los Dispositivos Terapéuticos*” (Tabla N°10) se puede destacar que han manifestado un cierto grado de consenso en relación a que en el tratamiento de un paciente adicto siempre junto al Proceso Psicoterapéutico debe estar la intervención psiquiátrica.

Manifiestan una heterogeneidad de opiniones en relación a que el paciente adicto que realiza un tratamiento pueda rehabilitarse con éxito, sin el apoyo y contención de su familia.

No manifiestan una postura definida, en relación a si es preciso diseñar intervenciones específicas para retener al paciente en tratamiento.

Teniendo en cuenta que el diseño de las intervenciones estaría más ligado a una psicoterapia de tipo estratégica y no al psicoanálisis, que es la línea psicológica que predomina en la muestra, es esperable obtener ese resultado en esta muestra en particular. A raíz de esto se puede abrir un nuevo punto de investigación acerca de qué es lo que el psicoterapeuta realiza desde una línea psicoanalítica, cuando hay una ausencia de motivación o interrupción en el tratamiento.

En cuanto a la categoría “*Efectividad del Tratamiento*” (Tabla N°11) los psicoterapeutas manifiestan un actitud favorable acerca de que si el paciente adicto no tiene conciencia de enfermedad no es posible la efectividad del abordaje. Sin embargo, según Miller y Rollnick⁹⁵ la mayoría de los pacientes llega a la consulta sin conciencia de enfermedad, y es el psicoterapeuta el que debe diseñar estrategias para poder construir la motivación. Los psicoterapeutas respondieron que los indicadores que tenían en cuenta para determinar la efectividad en un tratamiento eran que el paciente haya podido: aumentar la tolerancia a la frustración, controlar sus impulsos, sustitución de hábitos adictivos por hábitos saludables, crear proyectos de vida, mejorar los vínculos que han sido dañados a causa de esta adicción, ya sea con su pareja, familia o amigos, desarrollar habilidades sociales, fortalecer la abstinencia.

Según Hugo Hirsch⁹⁶, la efectividad en la actualidad se mide en función de cuatro parámetros: Disminución de la Intensidad de los Síntomas, Disminución del Gasto Medico, Disminución de las Recidivas, Mejora en la calidad de vida. Según Hugo

⁹⁵ Rollnick, W. M. (1999). *La Entrevista Motivacional*. Barcelona: Paidós Iberica SA.(pag.23)

⁹⁶ Buenos Aires, Asociación Sistemica de Buenos Aires. (1998). *Efectividad en Psicoterapia. Sistemas Familiares* (3) pag.85

Hirsch la *Efectividad*⁹⁷ se refiere al grado en que estas terapias alcanzan los objetivos deseados en las condiciones en que las aplican los profesionales en el curso de su trabajo cotidiano. Entonces, se puede decir que estos cuatro parámetros estarían relacionados con los indicadores nombrados por los psicoterapeutas para determinar la efectividad del abordaje, principalmente esta relación entre los conceptos constituye una mejoría en la calidad del vida del paciente.

Los psicoterapeutas consideran que la adherencia es un requisito indispensable para que el tratamiento sea eficaz. Si nos remitimos a la teoría, hay dos tipos de adherencia al tratamiento, la pasiva y la activa, la pasiva tiene que ver con el grado en que un paciente sigue las instrucciones medico-sanitarias prescriptas. Por esta razón, la adherencia es un requisito indispensable en el tratamiento, es muy importante que el paciente cumpla con las instrucciones que el equipo interdisciplinario les haya instruido, ya que si el paciente abandona antes de la quinta cita quiere decir que hay un fracaso de la adherencia.

En cuanto a la variable ***Creencias acerca de la posibilidad de Cambio en la Conducta Adictiva*** en la categoría “*Creencias del Terapeuta en relación al concepto de Cambio en la Conducta Adictiva*” (Tabla N°12), se puede resaltar que los psicoterapeutas de la muestra, afirman que el cambio logrado en un tratamiento es definitivo.

No demuestran una tendencia definida en relación a que el proceso de cambio, en un paciente adicto, es más difícil que en un paciente con otras problemáticas. Pero tampoco manifiestan desacuerdo, es decir, que es posible que no hayan considerado este tema, pero no necesariamente que no estén de acuerdo.

En cuanto a la categoría “*Creencias en relación a la Efectividad del Cambio*” (Tabla N°13), se puede destacar que los psicoterapeutas no manifiestan una tendencia clara, en relación a si es posible o no la efectividad total en el tratamiento de un paciente adicto.

Manifiestan una actitud positiva afirmando que para la efectividad en el tratamiento, se deben modificar pautas disfuncionales del entorno familiar. Esto tiene que ver con modificar aquellas cosas en la familia que no ayudan al proceso de rehabilitación y que lo llevan al paciente a volver a caer en la compulsividad del objeto al cual se encuentra aferrado. Hay que tener presente, que si el paciente retorna a un sistema disfuncional la conducta adictiva volvería a tener sentido, generando probablemente un retorno al consumo.

Pero por otro lado, no consensuaron en cuanto a que el paciente adicto que realiza un tratamiento pueda rehabilitarse con éxito, sin el apoyo y contención de su familia.

En cuanto a la categoría “*Creencias en relación al Proceso de Cambio Terapéutico*” (Tabla N°14), se puede resaltar que manifiestan una cierta aceptación afirmando que la mayoría de los pacientes no asisten al tratamiento por iniciativa propia.

No muestran una posición clara, en cuanto a que el paciente que asiste a tratamiento por iniciativa propia, tiene más posibilidades de finalizarlo con éxito, que el que viene traído por otros. No es lo mismo comenzar un tratamiento con un paciente que niega la adicción que posee y se debe trabajar para que el mismo pueda reconocer su adicción, que con un paciente que tiene conciencia de enfermedad y pone voluntad para mejorar. De todas maneras, hay intervenciones diseñadas para generar motivación y adherencia y no siempre el paciente que llega con conciencia de enfermedad es el que finaliza el tratamiento, a veces el que llega sin motivación, poco a poco llega a construirla.

⁹⁷ Asociación Sistémica de Buenos Aires Op. Cit.(pag.85)

Los psicoterapeutas de la muestra, afirman que la recaída no provoca un retroceso en el tratamiento y están de acuerdo en que es esperable en el tratamiento. A su vez la misma, fortalece la creación de nuevas estrategias de afrontamiento.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

El propósito de esta investigación fue explorar y analizar las creencias de los psicoterapeutas hacia las adicciones y describir los rasgos particulares y generales de los psicoterapeutas que trabajen con pacientes adictos.

A partir de los datos obtenidos en la investigación, en función de las características de los psicoterapeutas se puede concluir que personas muy jóvenes trabajan en esta problemática tan compleja, como lo son las adicciones. Cada vez más jóvenes que recién se reciben, se dedican a esta problemática.

Las Creencias en los que la mayoría de los psicoterapeutas coinciden son: que el origen de una adicción se produce por una multicausalidad de factores, que tiene fundamental importancia la familia en esta problemática, no hay preferencias por los tratamientos ambulatorios o los tratamientos de internación, la adherencia es un requisito indispensable para que el tratamiento sea eficaz, que existen intervenciones que son más efectivas en determinados momentos del tratamiento que en otros y que el cambio logrado en un tratamiento es definitivo. En las preguntas de desarrollo, se pudo observar que la mayoría de los psicoterapeutas coinciden en que para ellos la adicción

es “*Una dependencia Física y Psicológica hacia una sustancia o objeto o situación, que impide que el sujeto se desarrolle saludablemente, haciendo un uso y abuso de la sustancia que le produce placer y perdiendo su propia autonomía*”. También se puede destacar, que en cuanto a los dispositivos terapéuticos que deben estar presentes en un tratamiento, la mayoría coincidieron en que es necesario un equipo interdisciplinario, distintos abordajes (individuales, grupales, ocupacionales, familiares). Se puede destacar que en relación cuales serían los indicadores que tendrían en cuenta para determinar la efectividad en un tratamiento nombraron la posibilidad de co-construir metas, adherencia al tratamiento, empatía terapéutica, el logro de los objetivos planteados (desde la institución, familia y paciente), Control de la conducta del consumo, abandono o disminución de la conducta adictiva, creación de proyectos de vida y el avance de situaciones favorables.

Las creencias sobre las cuales los psicoterapeutas no tienen una tendencia clara son: que no saben que tratamiento es mejor que el otro, si el ambulatorio o internación, si es preciso o no diseñar intervenciones específicas para retener al paciente en tratamiento, sí el proceso de cambio en un paciente adicto es más difícil que en un paciente con otras problemáticas, sí es posible o no la efectividad total en el tratamiento de un paciente adicto.

Las creencias en las que hay una diversidad de opiniones son: si el mantenimiento de una adicción estaría o no relacionado con un entorno social de consumo y la efectividad en el tratamiento estaría o no relacionada con el aumento de la autoestima, mayor tolerancia a la frustración y satisfacción de sus necesidades sin recurrir al objeto adictivo.

Las recomendaciones que se pueden realizar para seguir investigando, tienen que ver con poder profundizar acerca cuales serían los conceptos sobre los que se basan los psicoterapeutas para no tener postura clara sobre qué tipo de tratamiento es más eficaz que el otro, sí es preciso o no diseñar intervenciones específicas para retener al paciente en tratamiento, porque están tan seguros de que el cambio logrado en un paciente es definitivo, sí realmente el proceso de cambio en un paciente adicto es más difícil que en un paciente con otras problemáticas, si realmente la recaída fortalece las posibilidades de implementar nuevas estrategias de afrontamiento y si no provoca un retroceso en el tratamiento

BIBLIOGRAFIA

- ✓ Aaron Beck, F. D. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. Barcelona, España.
- ✓ Adicciones, P. P. (2009). *Contenidos Basicos sobre adicciones*. Mendoza.
- ✓ Aires, A. S. (1998). Efectividad en Psicoterapia. *Sistemas Familiares* (3).
- ✓ Cardeñoso, E. C. (2001). Creencias, Resolucion de Problemas y Correlatos Psicologicos. *Psicothema* , 13, 95.
- ✓ Feixas, G.-M. M. (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia*. Barcelona: Paidos Iberica S.A

- ✓ Ltda., C. d. (2001). *Manual de Operadores Terapeuticos en Adicciones*. Mendoza: Ediciones del Canto Rodado.
- ✓ Miyar, A. y. (2002). *DSM IV Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastornos Mentales*. EE UU: Masson SA.
- ✓ BIBLIOGRAPHY \l 11274 Obaldia, A. C. (2001). Creencias y Expectativas de la Disciplina en Educadores de un Colegio Suburbano de David, Panama. *Maestria en Psicopedagogia*, (pág. 16). Costa Rica.
- ✓ Palacin, L.. F. (2002). Factores Cognitivos en la Adherencia al Tratamiento. *IX CONGRESO INTERNACIONAL DE PSIQUIATRIA*. BS AS.
- ✓
- ✓ Polis. (2010). Lo docentes en la sociedad actual: Sus creencias y cogniciones pedagogicas respecto al proceso didactico. *Revista de la Univeridad Bolivariana*, n°9 (n°25), 423.
- ✓ Rollnick, W. M. (1999). *La Entrevista Motivacional*. Barcelona: Paidos Iberica SA.
- ✓ Sampieri, R. H. (2008). *Metodologia de la Investigacion* (4° ed.). Mexico: Mc Graw Hill

ANEXOS

CUESTIONARIO

Sexo:

Edad:

Tiempo de Experiencia como Terapeuta:

Tiempo de Experiencia como Terapeuta de Adictos:

INSTITUCIONES: “ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES”

*Con que línea Psicológica se identifica?

*Cual es su formación de Posgrado? Especifique Modalidad y Temática

A CONTINUACION SE PRESENTAN AFIRMACIONES CON LAS CUALES USTED PUEDE ESTAR DE ACUERDO O EN DESACUERDO.VOY A PEDIRLE QUE ME DIGA , POR FAVOR, QUE TAN DE ACUERDO ESTA USTED CON CADA UNA DE ESTAS AFIRMACIONES:

N°	PREGUNTAS	1	2	3	4	5
		Muy de acuerdo	De Acuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en Desacuerdo
1	En la Psicoterapia con Pacientes Adictos, solo haciendo investigación se sabrá que intervenciones son más efectivas					
2	El origen de una Adicción se produce por una multicausalidad de factores					
3	El cambio logrado en un Tratamiento es definitivo					
4	Los hábitos adictivos no involucran únicamente el consumo de sustancias					
5	En el Tratamiento de un Paciente Adicto, siempre, junto al Proceso Psicoterapéutico debe estar la intervención psiquiátrica					
6	La Recaída provoca un Retroceso en el Tratamiento					
7	La Carencia de Redes Afectivas y la Falta de Contención, favorecen la cronicidad					
8	La Recaída fortalece la posibilidad de implementar nuevas estrategias de Afrontamiento					
9	Un paciente Adicto que realiza un Tratamiento puede rehabilitarse con éxito, sin el apoyo y contención de su familia					
10	La efectividad en el Tratamiento está relacionada con el aumento de la autoestima, mayor tolerancia a la frustración y satisfacción de necesidades, sin recurrir al objeto adictivo					
11	La Drogadependencia puede estar acompañada de otro tipo de adicción (adicción al juego, compras compulsivas)					
12	Si el sujeto Adicto no tiene conciencia de enfermedad no es					

	posible la efectividad del abordaje					
13	La mayoría de los Pacientes no asisten al Tratamiento por iniciativa propia					
14	El Mantenimiento de la Adicción está directamente relacionado con un entorno social de consumo					
15	Es necesario un Equipo Interdisciplinario para el Tratamiento de un paciente adicto					
16	El Proceso de Cambio en un Paciente adicto es más difícil que en un paciente con otras problemáticas					
17	El origen de una Adicción está relacionado con el aprendizaje que ellos adquieren de su entorno					
18	La Adherencia es un requisito indispensable para que un Tratamiento sea eficaz					
19	La Abstinencia es un indicador de efectividad en el Tratamiento					
20	La Falla en los Roles Paternos y la Carencia de Proyectos Futuros hacen que el sujeto origine la conducta adictiva					
21	Los Tratamientos de Internación son más eficaces que los Tratamientos Ambulatorios					
22	El paciente que asiste al Tratamiento por Iniciativa Propia tiene más posibilidades de finalizarlo con éxito, que el que viene traído por otros					
23	Existen intervenciones que son más efectivas en determinado momento del Tratamiento que en otros.					
24	Para que el Paciente pueda cambiar, debe detectar y elaborar las causas que originaron su adicción					
25	Cuando un Paciente Adicto se encuentra en un Proceso Psicoterapéutico es necesario el Acompañamiento Familiar					
26	Para la Efectividad en el Tratamiento se deben modificar pautas disfuncionales del entorno familiar					

27	Es preciso diseñar intervenciones específicas para retener al paciente en tratamiento					
28	La Recaída es esperable en el Proceso de Tratamiento					
29	Los tratamientos Ambulatorios son más eficaces que los tratamientos de Internación					
30	Es posible la efectividad Total en el Tratamiento de una Paciente adicto					

PREGUNTAS DE DESARROLLO

31-Defina lo que es para Usted la Adicción

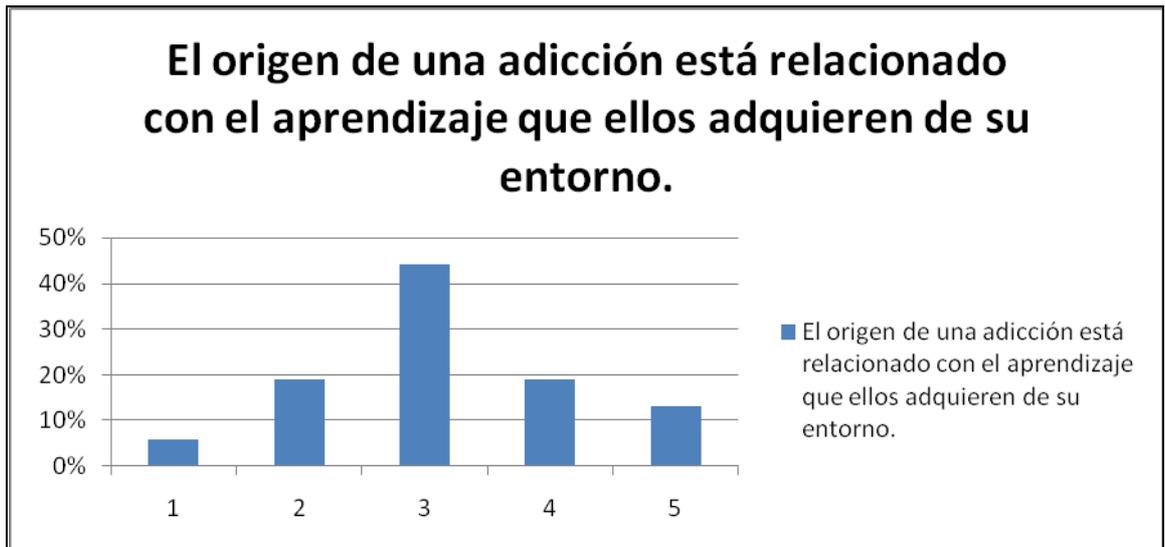
32-Nombre los Dispositivos Terapéuticos que deben estar presentes en un tratamiento para Adictos

33- Cuales serian los Indicadores que Usted tendría en cuenta para determinar la Efectividad de un Tratamiento

VARIABLE DE ESTUDIO: CONCEPTUALIZACION BASICA SOBRE DROGADEPENDENCIA

- *CONCEPCION ACERCA DE LAS CAUSAS DE LA ADICCION*

Grafico N°6.2



- *CONCEPCION ACERCA DEL DESARROLLO DE LA ADICCION*

Grafico N°8.1

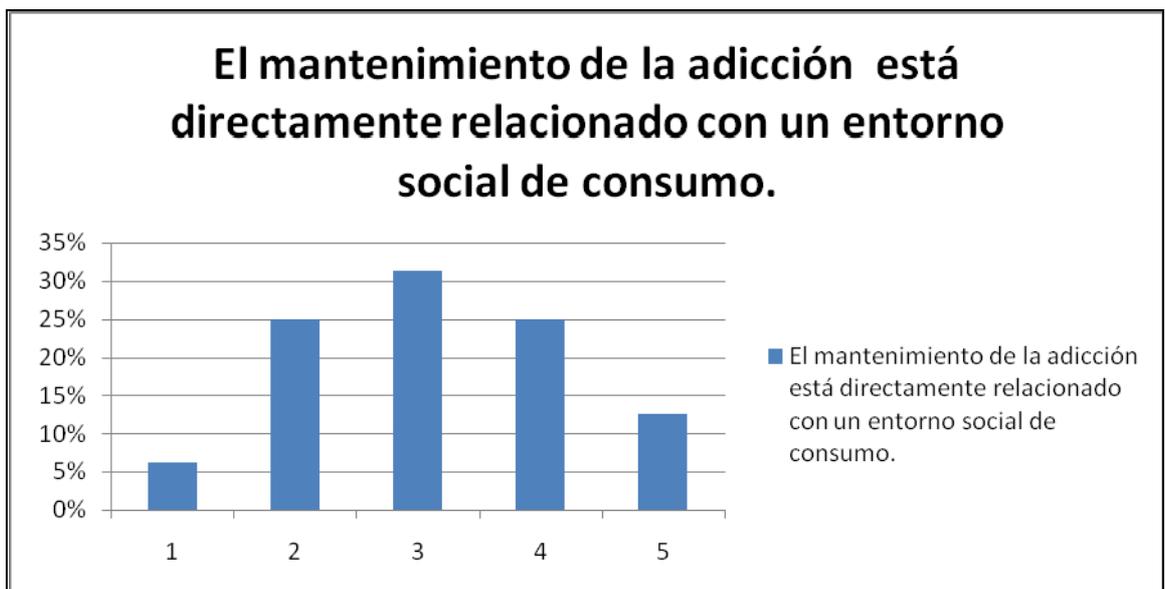
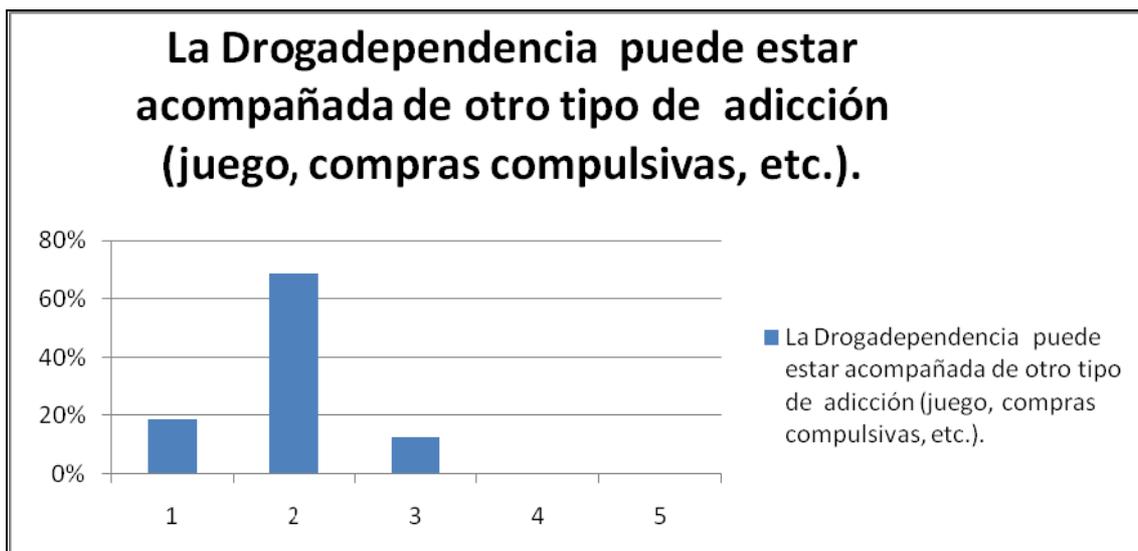


Grafico N°8.3



VARIABLE DE ESTUDIO: POSTURA EPISTEMOLOGICA DE PSICOTERAPIA/TRATAMIENTO

- *CREENCIAS DEL TERAPEUTA EN RELACION AL TRATAMIENTO*

Grafico N°9.1

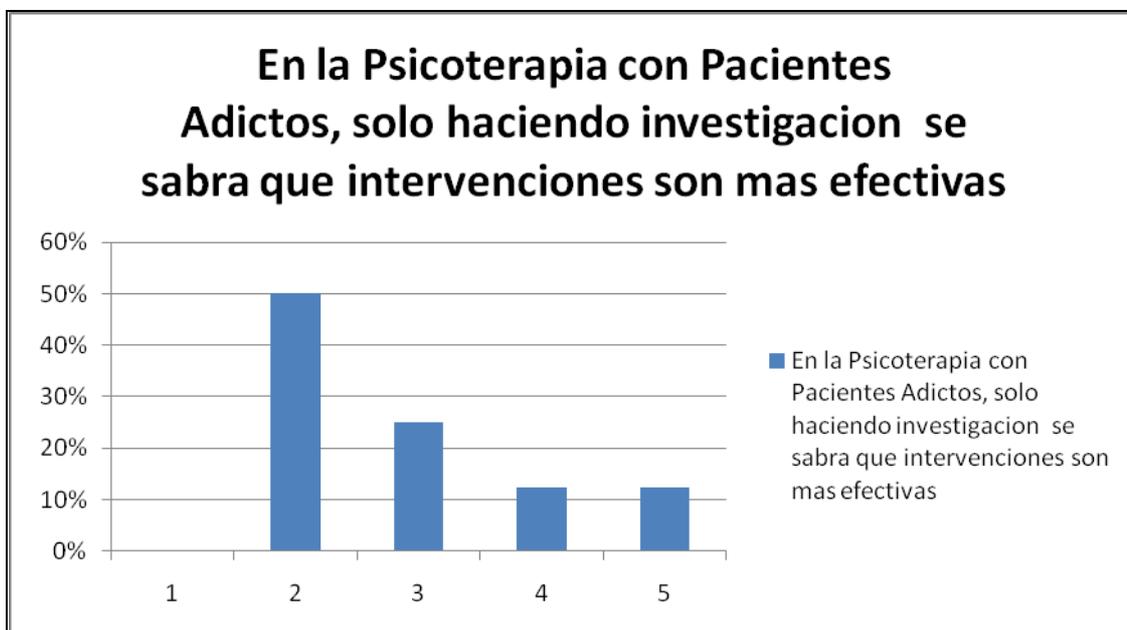
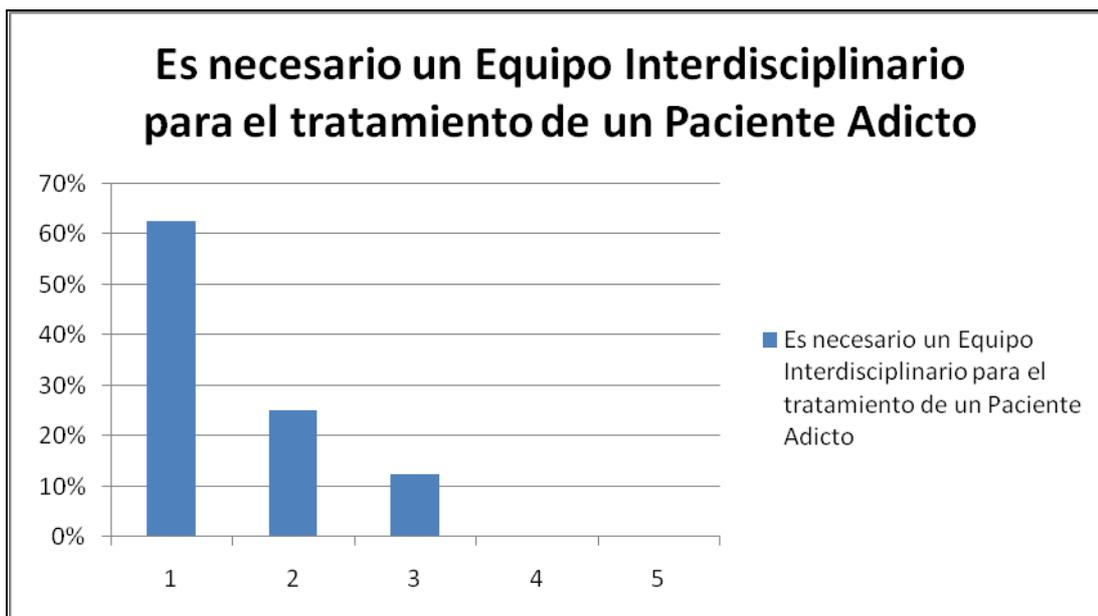


Grafico N°9.2



- *CIAS ACERCA DE LOS DISPOSITIVOS TERAPEUTICOS*

CREEN

Grafico N°10.2

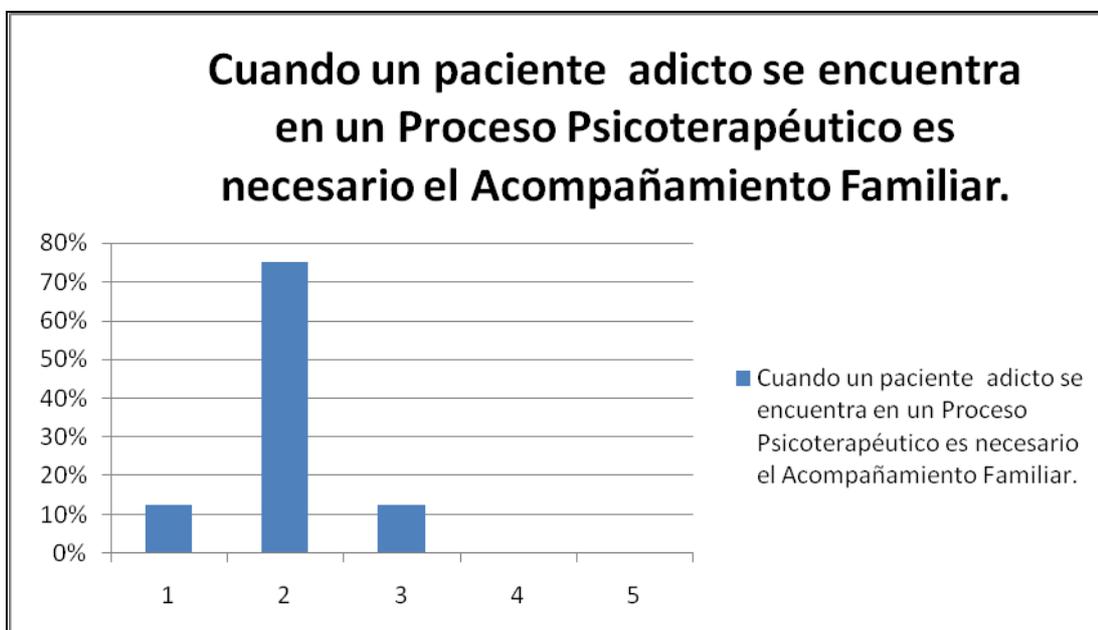
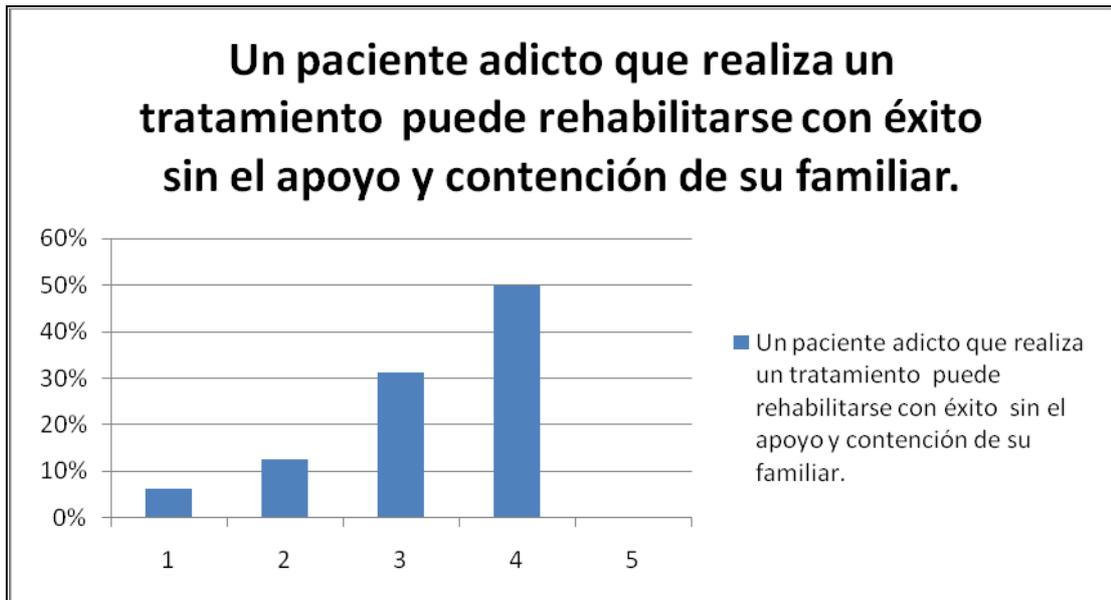


Grafico N°10.3



-

IVIDAD DEL TRATAMIENTO

EFFECT

Grafico N°11.1

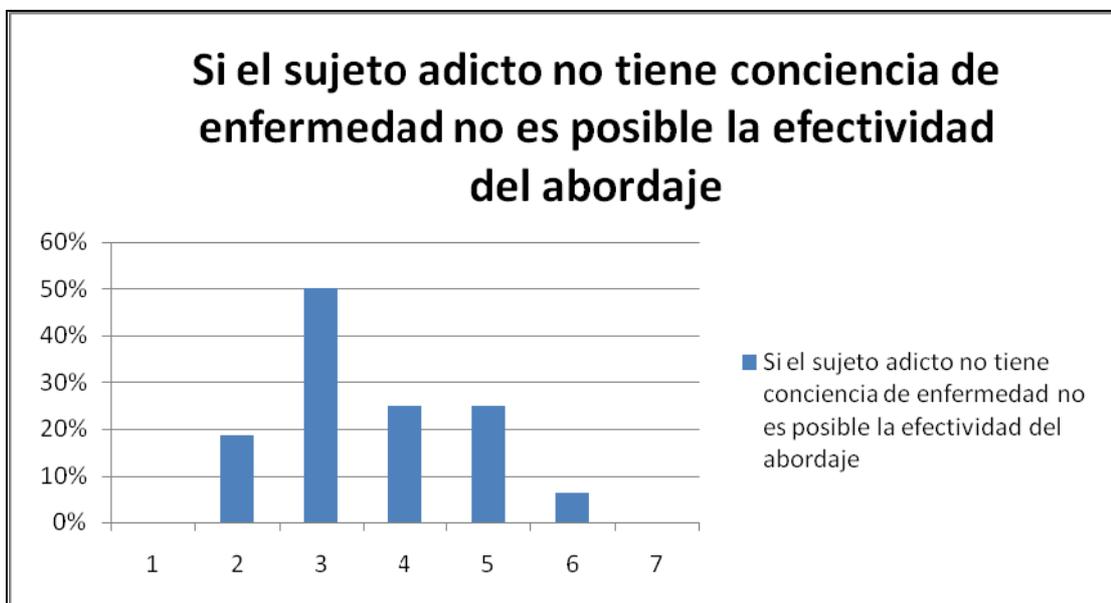
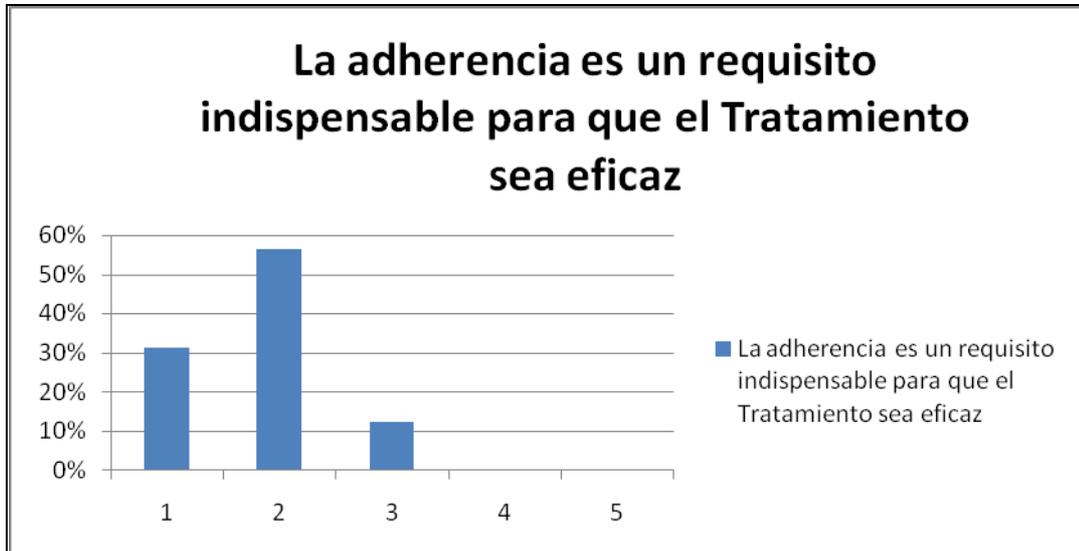


Grafico N°11.3



VARIABLES DE ESTUDIO: CREENCIAS ACERCA DE LA POSIBILIDAD DE CAMBIO EN LA CONDUCTA ADICTIVA

- *CIAS EN RELACION AL CONCEPTO DE CAMBIO DE LA CONDUCTA ADICTIVA* *CREEN*

Grafico N°12.1

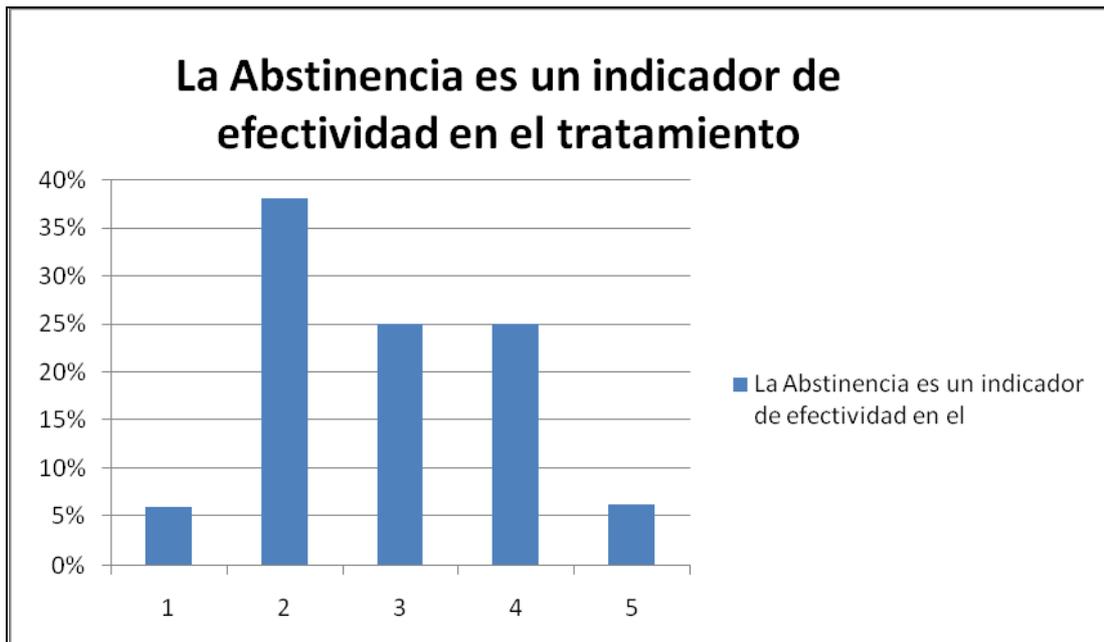
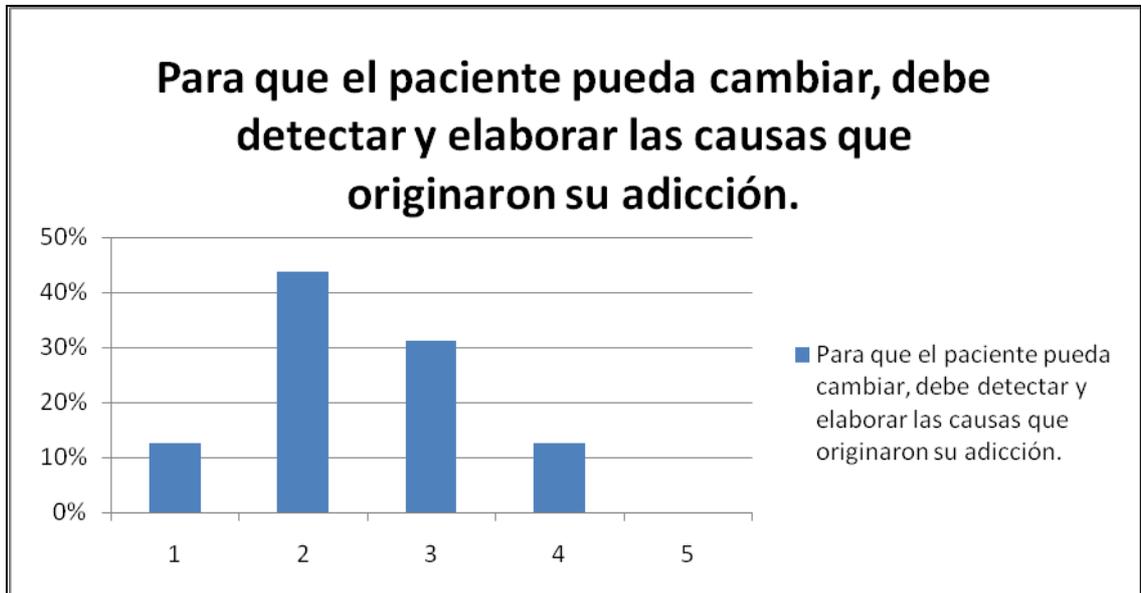


Grafico N°12.4

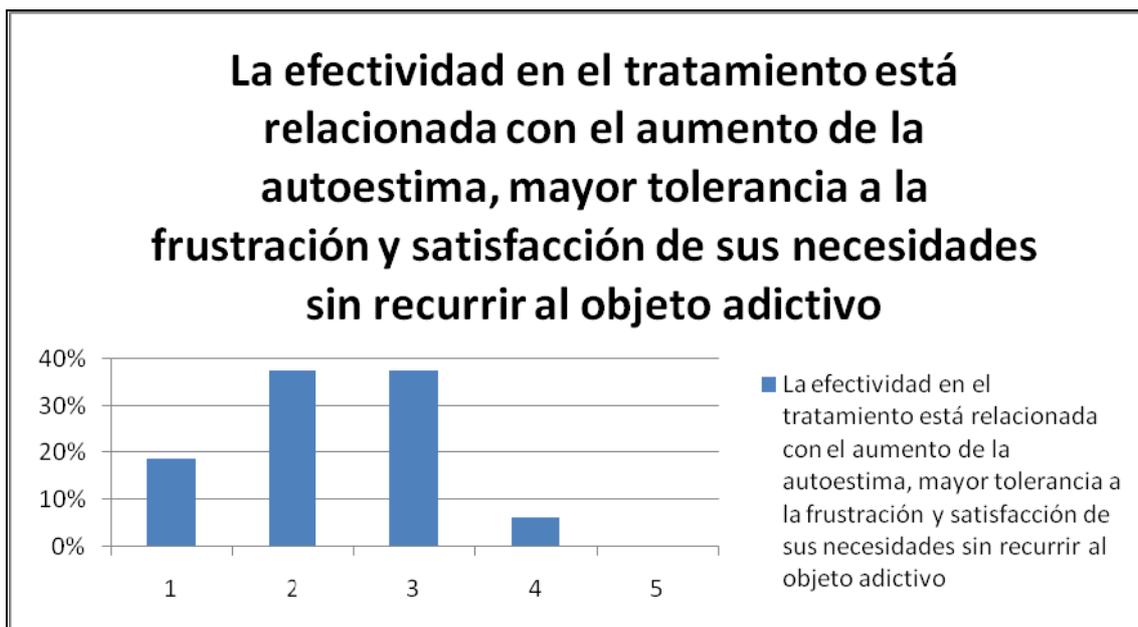


-

EFFECTIVIDAD DEL CAMBIO

CREENCIAS EN RELACION A LA

Grafico N°13.2



- *CREENCIAS EN RELACION AL PROCESO DE CAMBIO TERAPEUTICO*

Grafico N°14.1

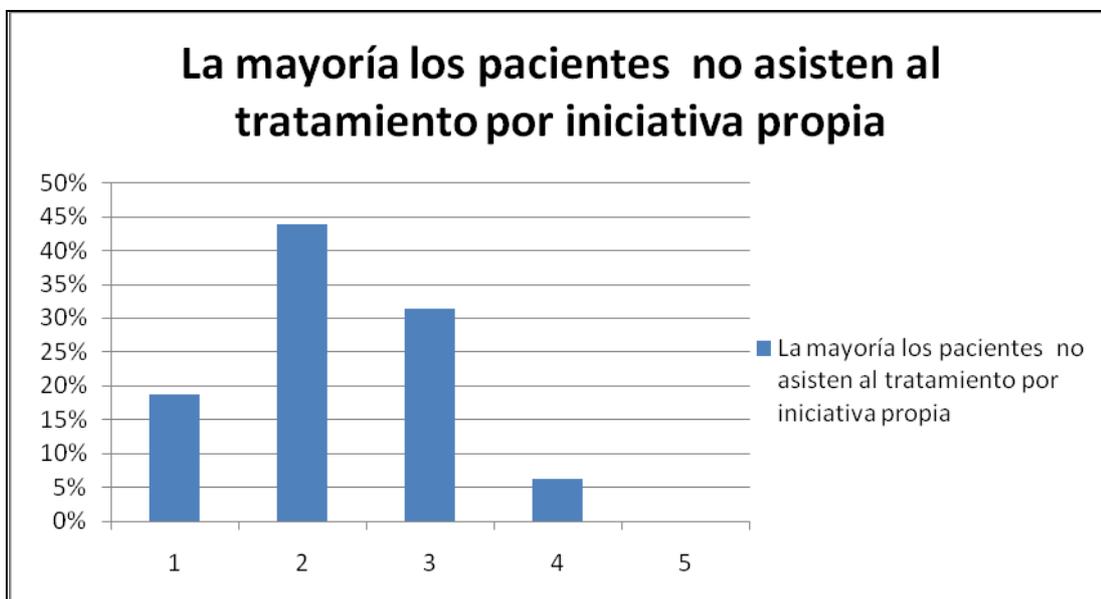


Grafico N°14.3

