



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS.

ABORDAJE TERAPEUTICO GRUPAL EN ADOLESCENTES DE 12 A 17
AÑOS
QUE SUFREN UN CUADRO BIPOLAR II A CAUSA DEL SINDROME DE
ABSTINENCIA
POR CONSUMO DE DROGAS.

INFORME FINAL DE INVESTIGACION
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS.

POR

ISRAEL FELIX LOPEZ RAMOS

PREVIO A OPTAR EL TITULO DE

PSICOLOGO

EN EL GRADO ACADEMICO DE

LICENCIATURA.

GUATEMALA, NOVIEMBRE DEL AÑO 2004.

CONSEJO DIRECTIVO.

Licenciado Riquelmi Gasparico Barrientos.
DIRECTOR ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS.

Licenciada Karla Emy Vela Díaz de Ortega.
SECRETARIA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS .

Licenciada María Lourdes Gonzáles Monzón.
Licenciada Liliana Del Rosario Alvarez de García.
REPRESENTANTES DEL CLAUSTRO DE CATEDRATICOS

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS .

Licenciado Evodio Juber Orozco Edelman.
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS.
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS.

Estudiante Elsy Maricruz Barillas Divas.
Estudiante José Carlos Argueta Gaitán.
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES.

AGRADECIMIENTOS:

AL DIOS TODOPODEROSO,
Por ser el dueño de la sabiduría y de la inteligencia.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.
Alma Mater en donde se desarrolló mi pensamiento académico.

A LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS.
Por brindarme los conocimientos que permitieron desarrollarme como profesional y de esta forma contribuir con la sociedad.

A LOS CATEDRATICOS.
Por sus conocimientos y empeño en enseñar el valor de cada persona y por ser ejemplo para mi vida. Muchisimas gracias por todo.

A ASOCIACION CASA ALIANZA
En especial al Ingeniero Arturo Echeverría y al grupo de jóvenes que luchan por una mejor vida y aceptaron formar parte de mi investigación, permitiéndome así alcanzar tan importante triunfo en mi vida como profesional.

A MIS COMPAÑEROS DE PROMOCION.
Por su profesionalismo, por creer en lo que hacen y por su compañía durante todos estos años; por su amistad de hoy, mañana y siempre, muchas gracias.

A MI ASESORA DE TESIS:
Licda. Dora Alicia Muñoz, por su orientación y valiosa ayuda en mi carrera profesional y por brindarme sus conocimientos para la realización de este trabajo. Muchas gracias.

A TODAS LAS PERSONAS QUE DE UNA U OTRA FORMA
CONTRIBUYERON, PARA QUE HOY ALCANCE IMPORTANTE META.

MUCHISIMAS GRACIAS.

ACTO QUE DEDICO.

A MIS PADRES: Camilo E. López
Celia Ramos.
Con amor y gratitud para su satisfacción
personal.

A MI ESPOSA: Ruth Dionisio.
Por sus múltiples manifestaciones de apoyo moral
y espiritual.

A MIS HIJOS: Iris, Mariela, Victor Hugo e Israel.
Que mi triunfo sea ejemplo de lucha y
perseverancia.

A MIS HERMANOS: Herlinda, Florinda, Odilia, Eswin, Edilcar, Roelí.
Con amor fraterno, y que sea una motivación para
alcanzar sus metas.
Para Héctor, como un regalo a su memoria, quien pasó a
la presencia de Dios.

A MIS AMIGOS: Carlos y Hugo.
Por su comprensión y apoyo, y por ser mis amigos.

INDICE GENERAL.

CONTENIDO	PAGINAS
Prologo.	1
CAPITULO I. INTRODUCCIÓN.	2
1.1 ¿Qué es la Droga?
1.2 Adolescencia.	5
1.3 Toxicomanías.	6
1.4 Abstinencia.	7
1.5 Síndrome de Abstinencia o Retirada.	8
1.6 Estado de ánimo Depresivo.	9
1.6.1 Teorías de la Depresión.
1.7 Trastorno Bipolar.
1.7.1 Ciclos del trastorno bipolar.
1.8 Psicoterapia.	10
1.8.1 La Psicoterapia de Grupo.
1.8.2 Técnicas de Psicoterapia de Grupal.	11
1.9 Psicoterapias Alternas.	12
1.10 Presentación de Hipótesis y variables.	16
CAPITULO II. TECNICAS E INSTRUMENTOS.	
2.1 Selección de la Muestra.	17
2.2 Instrumentos y Recolección de Datos.
2.3 Técnicas y procedimientos de trabajo.
CAPITULO III. PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.	
3.1 Análisis General.	18
CAPITULO IV.	
3.2 Conclusiones.	34
3.3 Recomendaciones.	35
3.4 Bibliografía.	36
Anexos.....	37
Resumen.	43

PROLOGO.

Los fenómenos sociales que vive nuestro país, tales como, la pobreza, la desintegración familiar, la migración de los padres a los Estados Unidos, el desempleo, el alcoholismo, la orfandad, la negligencia de los padres en el cuidado de sus hijos, etc. Son factores desencadenantes del fenómeno de la drogadicción.

Afortunadamente existen organizaciones dedicadas tanto al cuidado de los derechos de la niñez y adolescencia como a la rehabilitación de los niños y jóvenes que han caído en el camino de las drogas.

La Asociación Casa Alianza Guatemala, con el interés de poner su grano de arena en la rehabilitación de drogadictos y niños de la calle, ha mejorado su atención e implementado un programa de Comunidad Terapéutica el cual consiste en brindar la oportunidad al drogadicto y niñez de la calle a salir de las drogas dándole una opción de cambio para una mejor vida.

Los niños y jóvenes que durante la investigación mencionamos como residentes (así le llama la comunidad terapéutica), son personas con deseos de cambiar su manera de vivir, en un mundo que pueda darles una nueva oportunidad de vida dentro de la sociedad, y que por lo mismo es necesario darles un enfoque diferente a la vida que han venido arrastrando, algunos por días, meses o años, y que solamente con el deseo de cambiar pueden llegar a ser personas de éxito.

Este estudio brindó un enfoque sobre la depresión bipolar II que sufren los drogadictos en su fase de abstinencia tardía del consumo de drogas, así mismo de las técnicas de psicoterapia grupal que han resultado beneficiosas y que contribuyeron a que estas personas mejoraran su salud tanto física como emocional.

De esa cuenta se recomienda al lector darle la secuencia debida a fin de entender y comprender la situación que viven los drogadictos en la fase de la abstinencia tardía y como consecuencia, sufren la depresión bipolar II.

Los jóvenes que deciden entrar a un proceso de rehabilitación, tienen entendido que el mayor problema que les impide una buena existencia y aceptación dentro de la sociedad es la drogadicción, problema en el que han luchado por largo tiempo y que han sufrido consecuencias muy fuertes desde el desprecio de la sociedad como el desprecio y abandono de sus familiares, otros porque han tenido que buscar apoyo en pandillas por haber quedado en la orfandad.

La crisis que enfrentan los residentes con motivo de la abstinencia tardía al consumo de drogas consiste en desesperación por consumir, depresión, irritación, agresividad, mal humor, sin deseos de realizar alguna actividad, aumento del deseo de dormir a cualquier hora y al final el deseo de salir del

programa de rehabilitación a la calle donde con facilidad le proporcionan la droga.

Es impresionante ver a estos jóvenes en su estado de abstinencia y sufriendo todas estas reacciones, algunos las desplazan con la necesidad de afecto, otros con el aumento del apetito pero la mayoría lo hace buscando la ociosidad. Este es el momento crítico para el terapeuta ya que resulta complicado integrarlos a alguna actividad y cuando lo logra, los residentes también mejoran su estado emocional.

Afortunadamente la metodología empleada para la realización de las psicoterapias grupales fue eficaz para el mejoramiento del estado emocional de los residentes. Con estas se logró que comunicaran su problemática, y manifestaran sus momentos de alegría y el deseo de buscar una vida mejor sin efectos de droga.

Al final del estudio los residentes lograron un buen estado emocional y aprendieron a compartir sus alegrías con el resto de la población, mejoraron su arreglo personal y se interesaron por su bienestar tanto físico como emocional.

CAPITULO I.

INTRODUCCION.

A Guatemala se le cataloga como un país subdesarrollado, en el que la mayoría de la población vive en la pobreza y extrema pobreza. Esto impide el acceso a los servicios básicos de supervivencia, entiéndase servicios de salud, educación y vivienda, lo que genera la salida de ambos padres a trabajar para solventar las necesidades básicas de la familia, por lo que dejan a los hijos solos o con un familiar; en otros casos, debido al desempleo que existe en nuestro país, algunos padres se ven en la necesidad de emigrar a los Estados Unidos, dejando a sus hijos desde temprana edad a cargo de los abuelos, esto hace que no se tenga una responsabilidad directa en el cuidado de los mismos, dando como resultado la deserción del hogar, y búsqueda de una familia sustituta que "brinde atención, unión y cuidado", es ahí donde se genera la integración a maras o pandillas y el aprendizaje de la ideología, comunicación y forma de sobrevivencia, la que incluye el uso y abuso de Sustancias Psico Activas (SPA).

Otras situaciones que permiten que los adolescentes se involucren en el consumo de SPA y la callegización, son la separación de sus padres, el abuso de sustancias psico activas entre los padres, falta de recreación, ausencia de control de los padres hacia sus hijos en el tiempo libre, alejamiento de los padres del hogar, etc. todo esto hace que los adolescentes se conviertan en una población en riesgo de uso epidémico donde por lo general se encuentran consumidores entre los 7 a 19 años de edad y de más años.

Estas situaciones suscitan otras mucho más graves en el ámbito familiar pues se inicia la violencia intra familiar, maltrato, abandono, desamparo, desintegración, etc. Las consecuencias pueden ser inmediatas o a largo plazo dependiendo del uso o abuso de las distintas drogas por tiempos prolongados.

A raíz de este estudio y a través del proceso de rehabilitación, se identificó que los momentos de más crisis dentro de un proceso de desintoxicación-rehabilitación son en los primeros tres meses de abstinencia, la que genera cambios psicofisiológicos en el adicto, dividiéndose la abstinencia en la etapa aguda y la tardía.

Tomando en cuenta la problemática de estos adolescentes de 12 a 17 años, sujetos al sufrimiento de depresión Bipolar II a causa del síndrome de abstinencia por consumo de drogas quienes mantienen su interés de rehabilitarse, se optó por brindarles un abordaje terapéutico grupal; pretendiendo con ello, comprobar la eficacia de su empleo para contrarrestar el estado de ánimo (Depresión bipolar II - Euforia).

Estos adolescentes en rehabilitación, internados en Casa Alianza, específicamente en la Comunidad de niños, cuentan con una atención bajo el modelo de la Comunidad Terapéutica, que consiste en la formulación de una

micro sociedad que proveerá al residente o usuario de una reeducación, por medio de la introyección de valores humanos, morales y espirituales etc.

Dice el manual de Comunidades Terapéuticas que el principal objetivo de la Comunidad Terapéutica es fomentar el crecimiento personal, y representa un ambiente sumamente estructurado con límites precisos, tanto morales como éticos.

Los Residentes dentro de la Comunidad Terapéutica, son miembros, como sucede en cualquier familia y de ningún modo pacientes como sucede en una institución. Los residentes durante su tratamiento deberán pasar por cuatro etapas.

Al ingresar el niño o joven, pasa a la primera etapa que consiste en recibir atención durante 30 días. En dicho período se le diagnostica el problema que presenta; aquí inicia la abstinencia al consumo de droga. Luego asciende a la segunda etapa, (donde se realizó esta investigación) aquí deberán permanecer 120 días, por ello son afectados por

el síndrome de abstinencia tardío, este da origen al estado de ánimo específico: Depresión Bipolar II.¹

Con relación a la salud, la abstinencia o el uso y abuso del consumo de SPA, causa mucho daño en el ámbito social, los niños y adolescentes que consumen sustancias PSA presentan manifestaciones que son severas, algunos de ellos presentan una elevada pérdida de peso o desnutrición.

Esta problemática afecta en gran manera a los diversos sectores de la sociedad ya que las drogas se encuentran en todas partes al alcance de niños y adolescentes de cualquier estatus social, a esto se debió la pretensión de trabajar con una población de adolescentes entre los 12 y 17 años que se encuentran en proceso de rehabilitación en Casa Alianza, y en la fase de abstinencia tardía, que presentan un cuadro depresivo bipolar II.

Para el adolescente, su intento por cambiar el sistema de vida que llevaba en la calle fracasa al enfrentar el síndrome de abstinencia, de esa cuenta fue necesario crear métodos con nuevas psicoterapias a fin de ayudarlos a salir de su problemática.

El abordaje terapéutico fue funcional en un grupo de diez personas con depresión bipolar II como consecuencia del síndrome de abstinencia tardío, y se les dio seguimiento por dos meses a fin de observar la evolución de su proceso.

De esa cuenta la presente investigación enfocó su objetivo en la búsqueda y mejora del estado de ánimo en los residentes que presentan depresión bipolar II, por medio del abordaje terapéutico grupal. Así como fortalecer la metodología de atención grupal dentro de la institución y sugerirla a otras que

¹ PROGRAMA DE CAPACITACION SOBRE EL MODELO DE COMUNIDAD TERAPEUTICA, - MODULO I CASA ALIANZA.

Introducción al Modelo de Comunidad Terapéutica. Terapias Grupales.

con el mismo objetivo trabajan en rehabilitación con adolescentes, para obtener resultados adecuados que beneficien a la población con problemas adictivos.

El éxito de las terapias grupales concluyó al ver lo funcional y la eficacia de las mismas en el cambio que obtuvieron los adolescentes que mejoraron su estado emocional, su relación con sus compañeros y su autoestima. Quienes habían perdido el ánimo volvieron a sonreír sintiéndose satisfechos con el cambio de un estado de ánimo depresivo a otro donde sintieron el deseo de compartir y orientar a otros con la misma problemática sugiriéndoles la manera de cómo sentirse bien emocionalmente y la mejor forma de enfrentar la abstinencia al consumo de drogas.

MARCO TEORICO.

¿QUE ES LA DROGA?

Según el manual de Secatid, droga es una sustancia que cuando se incorpora a un organismo, produce en él modificaciones. De acuerdo al uso que se haga de las mismas, éstas pueden mejorar la salud o producir daños. No son estas sustancias las que importan. Lo verdaderamente importante son los motivos que tienen las personas que por alguna razón las usan. Las drogas no son buenas o malas en sí mismas, son las personas las que pueden usarlas correcta o incorrectamente.

Muchas de las drogas que se consumen se pueden encontrar en las farmacias, y allí no están como elemento peligroso, sino como productos cuyo uso adecuado puede ser beneficioso para la salud.

Por eso se dice que no importa hablar de drogas, porque cualquiera de ellas, naturales o artificiales, legales o ilegales, son sólo sustancias. El uso que el hombre les da es lo que las puede volver perjudiciales. El problema no está en las drogas sino en la gente. Dentro de las drogas existe la siguiente clasificación: estimulantes (cocaína), anfetaminas, drogas de síntesis, inhalantes, alucinógenos, cannabis, las derivadas del cannabis.

DROGADICCION EN GUATEMALA.

Sigue diciendo Secatid que son muchas las drogas consumidas en Guatemala por niños y adolescentes que oscilan entre los 7 a los 18 años siendo en la actualidad los inhalantes los más comunes, por su mayor consumo.

Los inhalantes son vapores químicos respirables que producen efectos psicoactivos (que alteran la mente).

Los niños y adolescentes al consumir sustancias volátiles recurren a diversas alternativas tales como impregnar un trapo o un wipe, si se trata de gasolina o disolventes.

Cuando se inhala pegamento, utilizan una bolsa con este producto y en esta introducen la boca para absorber los gases a través de la mucosa nasal u oral. Probablemente para experimentar una reacción inmediata de los psicoactivos. La intoxicación por inhalantes es similar a la embriaguez producida por el alcohol, con síntomas psicológicos tales como sensación de bienestar, habla confusa, visión borrosa, desorientación, torpeza mental, somnolencia, etc. Al igual que el alcohol, se trata de sustancias depresoras del sistema nervioso central provocando en el consumidor en forma progresiva una depresión general que puede dar lugar a sueño, estupor o coma. Los principales síntomas fisiológicos derivados del consumo de psicoactivos son: irritación de los ojos y de las vías respiratorias superiores, lagrimeo, tos, gastritis, inhibición del apetito y dolor de cabeza.

ADICCION.

Según SECATID, la expresión adicción es práctica análoga a la dependencia. Para definir el proceso de adicción se puede considerar como el conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que una persona tiene un control inadecuado en el uso de sustancia y que repite su uso a pesar de las consecuencias adversas.

ADICTO:

La persona adicta es aquella que tiene una relación de dependencia con algún tipo de sustancia denominada "droga" ya sea legal o ilegal, como los psicofármacos, por ejemplo.

Existe también adicción a otras sustancias u objetos como el alcohol, tabaco. La drogodependencia es una más de las tantas adicciones que puede tener una persona.²

ADOLESCENCIA

Hales dice que la adolescencia es un período de transición entre la niñez y la edad adulta en sus aspectos físicos, cognitivos, sociales, emocionales, morales y psicológicos;

Comienza con la llegada de la pubertad, un período de rápido crecimiento físico y cambios psicológicos que llevan a la madurez sexual. La pubertad termina cuando una persona puede reproducirse. La pubertad cubre un lapso de casi cuatro años y por lo común comienza más rápido en las niñas.

Ambos sexos experimentan el crecimiento repentino del adolescente: un crecimiento evidente en estatura y peso, y en el desarrollo en los sistemas muscular y óseo. La maduración temprana o tardía también pueden tener un efecto positivo o negativo en los jóvenes.

Los problemas de salud de los adolescentes a menudo surgen de condiciones de pobreza, personalidad, un estilo de vida inclinado a los riesgos, el ambiente, factores culturales, de género, o familia influye en el adolescente en su forma

² SECATID. Hablemos de Gente y de Droga pp. 30

de pensar, razonar y actuar con respecto a sus asuntos morales, en la manera en que se desempeñan en la escuela y cómo viven la transición del estudio al trabajo. Al igual que en otras fases de la vida, existe una interacción dinámica entre el contexto y la persona. Las características individuales de los adolescentes afectan la manera de responder a su entorno.

El ambiente del hogar, el compromiso de los padres, las relaciones familiares, el estilo de crianza y el status económico afectan al niño y adolescente en su comportamiento.

En la adolescencia se llega a la etapa de las operaciones formales, la cual es la etapa final del desarrollo cognoscitivo que se caracteriza por la capacidad para pensar en términos abstractos, es decir, que pueden llegar al razonamiento hipotético-deductivo, pensar en términos de posibilidades, manejar con flexibilidad los problemas y probar hipótesis.

Los adolescentes en esta etapa suelen tener comportamientos egocéntricos característicos de la adolescencia incluyen encontrar fallas en las figuras de autoridad, tendencia a discutir, autoconciencia, centrarse en sí mismos, indecisión e hipocresía aparente.

El éxito de la transición a la adultez se facilita mediante el amor y la comprensión de los padres y de otras personas significativas en la vida del adolescente; mediante limitaciones a sus actividades en forma de pautas para el comportamiento aprobado por la sociedad; y por medio del estímulo para que aprenda a ser maduro y autónomo.

PROBLEMAS DEL ADOLESCENTE.

Sigue diciendo Hales que la Adolescencia es una etapa del ser humano donde se presentan muchos cambios tanto físicos, como emocionales, así como el deseo de experimentar nuevas cosas.

PROBLEMAS DEL ADOLESCENTE EN EL HOGAR

El Adolescente esta en una etapa en la que siente constante tensión, entre la necesidad de alejarse de sus padres y su dependencia de ellos, En determinados momentos el adolescente quiere vivir solo, independiente, porque quiere en esta edad establecer su propia identidad. Y es aquí donde surge una serie de conflictos, a partir de los 10 años hasta los dieciséis, etapa en la que tanto el adolescente como su familia viven un ambiente bastante incomodo para ambos, aquí es donde buscan un

acercamiento con amigos y estos vienen a crear muchas veces otro tipo de problemas como el consumo de drogas, vagancia, callegización etc.

PROBLEMAS DEL ADOLESCENTE EN LA ESCUELA.

Más adelante sigue diciendo Hales que los adolescentes son diferentes a los niños de escuela, y piensan de diferente forma. Las experiencias de la escuela secundaria van más allá del salón de clase. Esta es la principal experiencia organizada en la mayoría de la vida de los adolescentes tanto intelectual, social y físicamente como también en el deporte. Sin embargo existen y surgen muchos problemas dentro de esta etapa y uno de ellos es el abandono de la escuela.

El abandono de la escuela no garantiza la pobreza, pero los que la abandonan tienen que luchar mucho para obtener un empleo.

Los problemas más comunes que causan el abandono de la escuela son las Relaciones sociales con maestros y compañeros, bajas calificaciones, que vienen a crear conflicto con sus padres, maestros y hasta con los mismos compañeros.

PROBLEMAS DE VALORES E INDIVIDUALIDAD.

Las investigaciones indican, que estos tipos de problemas comienzan a surgir a partir de los 10 años teniendo de allí en adelante una serie de cambios en cada año que avanza. Y es aquí donde el adolescente debe adquirir un cambio de conducta para acomodarse a una nueva situación y a este se le denomina adaptación.

El programa de higiene mental nos habla del alcoholismo, de prostitución, del uso de estupefacientes, de vagancia y de delincuencia, como flagelos sociales. Cada flagelo social merece un atento análisis. Nuestro propósito aquí, es concentrar nuestra atención sobre el flagelo social de las drogas. No toda droga es estupefaciente. Se cree, no obstante, que es útil analizar el flagelo social de la droga en su generalidad, por su actualidad: unos trescientos millones de personas en el mundo hacen uso de drogas, que son una amenaza gravísima para la salud mundial.³

LOS PARAISOS ARTIFICIALES.

Moro dice que los jóvenes son los más expuestos a los mecanismos de evasión de una sociedad que ellos juzgan oprimente y alienante y especialmente en el sector de los valores sociales. Los llamados paraísos artificiales de la droga son, en realidad, un infierno natural para los consumidores. Este fenómeno preocupa seriamente no sólo a las autoridades políticas y sanitarias, sino a toda persona interesada en la protección de la vida humana. Este enfoque tratará de los estupefacientes, de las sustancias psicoestimulantes y de los alucinógenos a lo cual Esta investigación da una breve reflexión general sobre las toxicomanías.

a) LAS TOXICOMANIAS.

³ ROBERT, E. HALES.

STUAR C. YUDOFKY. Sinopsis de Psiquiatría Clínica pp. 369.

Sigue diciendo Moro que la OMS (Organización Mundial para la Salud) define la toxicomanía como un estado de intoxicación periódica o crónica, nociva al individuo y a la sociedad, causado por el consumo de una droga (natural o sintética). Sus características son:

- Invencible deseo y necesidad de seguir usando la droga, y de procurársela de cualquier manera.
- Tendencia a aumentar en las dosis.
- Dependencia psíquica, y a veces físicas, de la droga.

La definición es descriptiva y enumera las características del cuadro clínico del toxicómano, que abarca trastornos corporales y psíquicos. Estos efectos no son idénticos para todos; cambian según el estado biosicológico del individuo y según, el grado de fuerza de la droga. No todas las drogas tienen los mismos efectos.

La OMS atribuye a las drogas tóxicas la creación de costumbre, necesidad invencible, y dependencia psíquica y física. Las razones no son apodíticas, ya que la morfina, la heroína, la cocaína, las anfetaminas tienen aplicaciones farmacológicas.

b) LOS ESTUPEFACIENTES.

Según Moro, entre los estupefacientes se pueden enumerar: el opio y sus derivados, la cocaína y sus derivados. Entre los derivados del opio están la cafeína, la morfina, y la heroína. El opio es considerado de toxicidad, la morfina es extraída directamente del opio mientras la heroína es una elaboración de la morfina. El opio es obtenido de las flores de la amapola.

c) LOS PSICOESTIMULANTES.

Se constituyen por las anfetaminas o psicoaminas, que son productos artificiales. Ellas excitan la actividad neuromuscular, la amplitud de la respiración y elevan la resistencia a la fatiga y al sueño. Pueden ser ingeridas por vía oral o inyectadas.

d) LOS ALUCINOGENOS.

Dice Moro que en la actualidad, el alucinógeno más famoso es la LSD. Sus efectos son diferentes en cada individuo. A algunos les produce euforia e hilaridad, a otros, depresión y angustia profunda. Estas diferencias dependen del estado psíquico de cada uno.

Muchos jóvenes son arrastrados por la curiosidad y el deseo de experiencias personales: instruirlos es prevenir. Ellos deben saber que quien fuma el primer cigarrillo de marihuana se expone a un mal que puede serle fatal.

Todo lo que contribuye a la formación de una personalidad equilibrada, a la madurez afectiva, a la formación social y a la responsabilidad individual y

colectiva, constituye ciertamente una medida preventiva contra las toxicomanías.⁴

ABSTINENCIA

Según Berganza, la abstinencia se produce al no consumir drogas o su cese tras un período más o menos largo de uso, abuso o dependencia. Por otra parte, la abstinencia provoca cambio de comportamiento adaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia.

Muchas personas presentan una necesidad irresistible de volver a consumir, después de la aparición de los desagradables síntomas de abstinencia.

JERARQUÍA DE ESTIMULOS.

Mas adelante Berganza dice que cuando la persona se encuentra en una fase de abstinencia se ve afectada por una serie de estímulos que debe superar para no llegar a una recaída.

Los estímulos más comunes que provocan "sentirse enfermos" y/o "deseo por consumir la droga" son:

- Ofrecer una probadita por un viejo proveedor.
- Ver a un amigo en el acto de drogarse.
- Hablar acerca de las drogas donde las proveen.
- Permanecer en la esquina donde le proveen la droga.
- Al ver cómo un exitoso traficante hace montones de dinero, siente envidia.
- Situaciones de rechazo en la sociedad; entrevistas de trabajo, críticas familiares.
- Hablar acerca de drogas en terapia de grupo.
- Ver unas cuantas bolsas de mariguana.
- Observar el "trabajo con drogas" de alguien.
- Ver fotografías de drogas y "trabajos que se relacionan".
- Ver un cartel bien presentado en contra de la droga y a alguien drogándose.

SINDROME DE ABSTINENCIA O RETIRADA.

Dice Berganza que cuando la persona soporta los signos y síntomas de la abstinencia, enfrenta otra gran barrera llamada Síndrome de Abstinencia, llamada también Síndrome de Retirada o de Privación que consiste en un conjunto de síntomas psíquicos y físicos que aparecen al interrumpir o

⁴ Dr. MARIO MORO.

Psicología. Colegio Don Bosco. Guatemala. 1992.

pp. 18 - 22

disminuir el consumo de una droga de la que se depende físicamente. Los síntomas de síndrome de abstinencia que la persona presenta son:

- Insomnio
- Convulsiones.
- Temblor de cuerpo.
- Dolor
- Fiebre
- Hipertensión.
- Espasmos musculares
- Alucinaciones
- Ansiedad
- Confusión
- Depresión
- Debilidad general
- Somnolencia
- Apatía.

El síndrome de abstinencia o retirada representa entonces el conjunto de síntomas que el sujeto experimenta como consecuencia de la brusca suspensión o disminución de la dosis de una droga, hacia la cual el organismo ha desarrollado dependencia física.

Las características de este síndrome dependen del tipo de droga. También dependen de la dosis, los patrones de compulsividad y del tiempo que tenga de usarse. Por esto la severidad del síndrome puede ir desde molestias apenas perceptibles para el sujeto, hasta la muerte misma pasando por los síntomas enunciados anteriormente.

SINDROME DE ABSTINENCIA TARDÍO.

Según Berganza, cuando la abstinencia lleva un tiempo de 3 meses o más, se convierte en Síndrome de abstinencia tardío. Este, hace que la persona sufra disfunciones del sistema nervioso neurovegetativo y de las funciones psíquicas básicas que persisten durante un período de tiempo, meses o años. Después de conseguir la abstinencia, la persona manifiesta depresión caracterizada por sentimientos profundos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza, sintiéndose incapaz y

desinteresada en realizar sus actividades diarias. Estos sentimientos son frecuentes en hombres y mujeres de cualquier edad.

El trastorno depresivo aparece en episodios, y cuando se presentan en la persona episodios maníacos, episodios mixtos, o episodios hipomaníacos normalmente acompañados por la presencia de episodios depresivos mayores es porque la depresión ha ascendido al trastorno bipolar o síndromes maníacos - depresivos.⁵

⁵ CARLOS BERGANZA.

Drogas en Niños y Adolescentes 1ra. Edición, Guatemala, 1992. Pp 15 - 23

ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO.

Según Sarazon, El término de depresión se puede referir a un síntoma o a un trastorno. El sentimiento de la depresión se conoce como "melancolía".

Los sujetos que tienen un trastorno depresivo se consideran insignificantes o que no merecen que se les culpe por lo que suceda, piensan que son incapaces de cambiar su situación y no creen que las cosas mejoren el futuro; Sarazon clasifica las depresiones en:

DEPRESION GRAVE:

Un episodio de depresión grave está marcado tanto por un estado de ánimo deprimido como por la pérdida del interés o el placer en casi todas las actividades.

TEORÍAS DE LA DEPRESIÓN.

La mayoría de los investigadores cree que la depresión es el resultado de la interacción entre las características biológicas y vulnerabilidades fisiológicas de una persona y la frecuencia de sucesos estresantes o situaciones difíciles de superar en su vida.

TRASTORNOS PSIQUIATRICOS.

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores en ausencia de manía o hipomanía. Aunque el trastorno depresivo mayor puede darse en un episodio único, la recurrencia constituye la regla y no la excepción.⁶

TRASTORNO BIPOLAR.

Según el DSM-IV, el término trastorno bipolar se emplea cuando se habla de los distintos tipos de trastorno depresivo para distinguir entre las personas que han experimentado uno o más episodios de depresión pero ningún episodio maníaco, y aquellas que tienen antecedentes que incluyen por lo menos un episodio de manía.

A los individuos que tienen uno o más episodios de manía, así como periodos de depresión se les diagnóstica un trastorno bipolar.

El trastorno bipolar es un trastorno del estado de ánimo que se acompaña de episodios de manía y/o hipomanía. El DSM-IV incluye tres subtipos básicos de trastorno bipolar:

El trastorno bipolar I se caracteriza por episodios maníacos con o sin episodios de hipomanía.

En el trastorno bipolar II se presenta uno o más episodios hipomaníacos, pero el paciente nunca experimenta manía; los episodios hipomaníacos pueden ser

⁶ IRVIN G. SARAZON. Psicología Anormal. Universidad de Washington, México 1996. Pp. 287 - 318.

más leves que los episodios depresivos. La evidencia de que el trastorno bipolar II es distinto al trastorno bipolar I proviene de varias fuentes. Los pacientes con trastorno bipolar II nunca presentan episodios maníacos, pese a los múltiples episodios hipomaníacos. Además, el diagnóstico bipolar II parece multiplicarse, ya que los pacientes con este diagnóstico tienen familiares próximos con hipomanía. Pero no con manía, mientras que los pacientes con un trastorno bipolar I tienen algunos familiares que han presentado manía y otros que han padecido sólo hipomanía. Pero no con manía, mientras que los pacientes

Con un trastorno_ bipolar I tienen algunos familiares que han presentado manía y otros que han padecido sólo hipomanía.

CICLOS RAPIDOS DEL TRASTORNO BIPOLAR.

Según el DSM-IV, ciclo rápido es una especificación que hace referencia a un trastorno bipolar I o bipolar II en el que se presenta cuatro episodios como mínimo de depresión y/o manía o hipomanía al año.

La ciclación rápida es mas frecuente en mujeres y en pacientes con un trastorno bipolar II. Otros factores de riesgo para el desarrollo de los ciclos rápidos incluyen el hipotiroidismo, (Una enfermedad en el hemisferio cerebral derecho). Los antidepresivos pueden contribuir a los ciclos rápidos induciendo manía o acelerando los ciclos inherentes a los trastornos bipolares del estado de ánimo.⁷

PSICOTERAPIA.

Dice Rodríguez que cuando una persona presenta una psicopatología, de inmediato debe someterse a un tratamiento psicoterapéutico.

La psicoterapia es un proceso de aprendizaje y reaprendizaje sobre aspectos intelectuales, sexuales, físicos y emocionales.

Mediante el análisis, la reflexión y los rituales o tareas se pretende una recuperación del significado y el goce de vivir; ya que a través de lo cotidiano, de lo rutinario se pierde el goce de vivir, no se aprecia aquello que se tiene pues pareciera que es para siempre, hay un proverbio chino que dice "nada es para siempre" ni lo bueno, ni lo malo, ya que la vida pasa, todo se acaba, todo termina.

Sin embargo nos da miedo cambiar y nos aferramos a situaciones pasadas o a máscaras de nuestra personalidad que en algún momento nos funcionaron pero que ahora resultan acortadas.

Cuando la persona se encuentra en este estado, es cuando más necesita la orientación para la búsqueda de la solución de sus problemas

LA PSICOTERAPIA DE GRUPO.

La psicoterapia de grupo implica procesos que ocurren en grupos formalmente organizados, con el fin de provocar una mejoría rápida en la personalidad y conducta de los miembros del grupo, a través de interacciones controladas por el mismo grupo.

⁷ DSM-IV pp358 y 367

La psicoterapia de grupo está basada en cierto grado, en los métodos de psicoterapia individual, tales como enfoques analíticos, no directivos, existenciales o directivos.

Para la formación de un grupo, cuando sus miembros ya están previamente elegidos, deben tomarse en cuenta los siguientes aspectos:

- a) Primera etapa: se conocerán todos los miembros, obtendrán más información y conocerán el propósito, objetivo, normas, etc. La tarea principal o primaria es buscar un método para alcanzar o determinar razones por las cuales se unieron al grupo, poner atención a las relaciones sociales en el grupo, para alcanzar satisfacciones o placeres de pertenecer a éste.
- b) Segunda Etapa: Experiencia de conflicto, dominio, rebelión, dándose el conflicto característico entre los miembros del grupo o entre miembros y líder.
- c) Tercera Etapa: Se desarrolla la cohesividad y se incrementa la moral, confianza mutua, espontaneidad en revelar aspectos íntimos.

FACTORES DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO.

Sigue diciendo Rodríguez que la psicoterapia de grupo es una metodología clínica desarrollada, caracterizada por:

- Ser consciente.
- Se aplica sistemáticamente.
- Emprende el tratamiento de varios individuos dentro de un grupo.
- Consiste en el tratamiento de los problemas psíquicos y sociales de los miembros del grupo; de sus dolencias somáticas sólo ocupa en la medida en que son psicógenas.
- Es un método fundado en investigaciones empíricas y que se practica en un marco empírico.

Según Rodríguez, la psicoterapia de grupo favorece el crecimiento de las personas pues a través del trabajo de grupo se pretende reflexionar y aprender sobre diversas ópticas la manera y la forma de enfrentar los conflictos.

Una forma importante de la psicoterapia de grupo es el psicodrama, que se basa en las técnicas de juego de roles. La persona es ayudada por un miembro del personal o por otros pacientes, alentado a actuar sus problemas en situaciones parecidas a un teatro. Esta técnica libera al individuo para expresar sus angustias, su hostilidad y para vivir sus experiencias traumáticas en una situación que simula la vida real.

Objetivos de la Psicoterapia de Grupo:

- Favorecer la integración del individuo frente a las fuerzas incontroladas que lo rodean; esto se consigue mediante el yo individual investiga este entorno inmediato.
- Promover la interacción del grupo.⁸

TECNICAS DE PSICOTERAPIA GRUPAL.

Paralelamente a las sesiones de psicoterapias se realizaron las siguientes técnicas de psicoterapia grupal:

Según Nuñez las actividades recreativas son técnicas que no están orientadas hacia una meta y que ejercen su efecto de un modo indefinido o indirecto. Entre dichas actividades se puede mencionar: la música, los juegos, las atracciones, etc. Donde los grupos pueden elegir actuar con sus objetivos principales puestos en el campo de la recreación. Con las actividades recreativas es posible aumentar la creatividad del grupo. Siempre y cuando éstas sean elegidas de acuerdo a los intereses y capacidades de los participantes.

GRUPOS HUMANOS.

Más adelante sigue diciendo Nuñez, que el concepto de grupo es sumamente importante pues éste es la unidad básica en el estudio de la organización de los seres humanos desde un punto de vista psico-socio-antropológico. Por lo tanto para estudiar a un grupo es necesario identificar sus diferentes dimensiones con una aproximación interdisciplinaria. Para mantener un criterio de grupo se toman los siguientes elementos:

El tamaño, la duración, el grado de formalización, las actividades, la estructura interna, los objetivos, etc.

GRUPOS DE SENSIBILIZACION.

Es un grupo estructurado que se centra en problemas de tipo afectivo y en el cual se minimizan los factores intelectuales y didácticos. Estos grupos tienen como objetivos para sus participantes: el entendimiento de sí mismos, el ser sensitivo a los otros, el ser capaz de escuchar, de comunicarse, de entender y diagnosticar los problemas del

grupo. Otra de sus metas es que los participantes aprendan a dar y recibir ayuda honestamente y se conviertan en agentes de cambio.⁹

PSICOTERAPIAS ALTERNAS:

⁸ Dr. JORGE RODRIGUEZ S. Y DR. ARISTIDES HERNÁNDEZ. Psicoterapia, Una Relación de ayuda. Empretec, Guatemala, 1998. Pp. 115 - 123.

⁹ J. DE JESUS GONZALES NUÑEZ. Dinámica de Grupos. Editorial Pax México D. F. 1999, pp. 1 - 85

Estas son aquellas que permitieron la integración grupal de los residentes en su tratamiento y les ayudaron a que exteriorizaran sus sentimientos recibiendo apoyo del mismo grupo, entre ellas están las siguientes:

- **SESIONES DE PSICOTERAPIA DE GRUPO.**

Cada una de ellas consistió en reunir a la población por espacio de una hora en cada sesión, dos días por semana para brindarles apoyo basado en la teoría de Rogers para las siguientes sesiones de psicoterapia de grupo:

- **GRUPOS DE GUIA: (primera sesión)**

Según Rogers, estos grupos se centran en el problema común y su meta es hacer que el individuo funcione mejor en su situación vital. El grupo estimula la discusión e incrementa la fuerza del yo del paciente, mediante la aceptación de los otros grupos.

PROCEDIMIENTO.

En forma circular se reunió al grupo, se inicia la sesión con una dinámica de confianza, se realizó la presentación de todos luego se les explicó el objetivo de la investigación, los beneficios que recibiría cada uno del grupo y la institución.

Se observó apatía entre los miembros, irritabilidad, ansiedad y poca participación por lo que se requirió de un trabajo de amplia motivación y acercamiento entre cada uno de ellos basado en dinámicas de juego, al obtener este logro, se procedió a tomar un refrigerio preparado para esa ocasión.

- **GRUPOS DE CONSEJO: (segunda sesión)**

Sigue diciendo Rogers que los problemas y sentimientos se discuten libremente, pero las discusiones se orientan más hacia las personas significativas fuera del grupo que hacia los miembros del mismo.

PROCEDIMIENTO.

Reunido el grupo en círculo, se realizó una dinámica, luego se le pidió al grupo que uno por uno socializara el problema que más le afectara en ese momento, anotando cada uno de los problemas que salieron a relucir, nuevamente se pide al grupo que cada uno orientara a una persona imaginativa sobre algún problema que los demás habían mencionado. Al final, cada uno recibió su mensaje positivo y se vio satisfacción por la forma en que realizó la actividad.

Al principio la mayoría del grupo no aceptó socializar su problema por lo que hubo necesidad de motivarlos. En esta sesión se observó que la confianza entre los miembros fue aumentando considerablemente.

- **ACTIVIDADES RECREATIVAS: (tercera sesión)**

Según Rogers, las actividades recreativas son técnicas que no están orientadas hacia una meta específica y que ejercen su efecto de un modo

indefinido e indirecto. Entre ellas se pueden mencionar la música, los juegos, las atracciones etc.

PROCEDIMIENTO.

Reunido e informado el grupo sobre la actividad a realizar, se procedió a crear juegos, dinámicas, competencias y baile.

Todo el grupo estuvo muy motivado y se observó un cambio emocional muy grande. Al finalizar, cada uno comentó sentirse bien y que mejoró su estado emocional ya que pudo olvidar sus problemas y sentirse diferente.

➤ DRAMATIZACION: (tercera sesión)

Esta técnica resulta muy útil cuando existen problemas de comunicación en el grupo pues despersonaliza la situación problemática y permite hacer las abstracciones involucradas. Este método alivia tensiones y permite descargas psicológicas de los integrantes. Al mismo tiempo, que enseña a comprender y desarrollar aptitudes fuera de las situaciones de la vida real.

PROCEDIMIENTO.

Se reunió al grupo para informarles de la actividad a realizar, se les dio el tema de "Temor a mis problemas", dividiéndolos en dos grupos de cinco personas, se les dio diez minutos para que prepararan la dramatización, luego se inicia la presentación. Al final se creó un escenario donde cada uno pasó al frente a representar a su cantante favorito. Al finalizar la actividad se les señaló las aptitudes que cada uno mostró para el arte dramático y uno a uno comentó la importancia de practicarlo siempre para mejorar su estado emocional y para fomentar en ellos cualidades artísticas.

➤ GRUPOS DE CONFRONTACIÓN: (cuarta sesión)

Todas las personas reciben estímulos, tanto desde dentro como de fuera. Con frecuencia las personas confunden un mundo interno con el mundo externo. A través de los grupos de confrontación, es posible lograr que el sujeto distinga su mundo interno de su mundo externo, con lo cual se favorece su salud mental y su rendimiento.

PROCEDIMIENTO.

En forma circular se informó al grupo sobre la actividad a realizar, se realizó una dinámica luego se pidió que en forma individual se señalaran un aspecto que consideraran tener negativo y uno positivo, luego el grupo le señaló otros aspectos positivos a cada uno. El resultado fue un éxito porque cada uno reflejó conformidad consigo mismo al saber que tenían muchos aspectos positivos que les permitió sentirse valorados personalmente y por los miembros del grupo. Al inicio nadie se atrevía a mencionar sus aspectos negativos, pero para motivación, el terapeuta inició la exposición luego tomaron ánimo.

➤ GRUPOS DE ENCUENTRO: (quinta sesión)

Consiste en un conjunto de personas que hacen interrelaciones sobre aspectos de sus potencialidades. La finalidad más importante de casi todos los miembros

es encontrar nuevas maneras de relacionarse con los otros integrantes del grupo y consigo mismo.

PROCEDIMIENTO.

Para la hora fijada de la actividad se invitó a un grupo de residentes que han superado su problema adictivo y que han recibido rehabilitación dentro de la institución; se realizó una dinámica luego los invitados contaron su experiencia al grupo y la forma en que superaron la abstinencia del consumo. También se pidió que cada uno valore su potencialidad, inteligencia, aptitudes, personalidad y el éxito que puedan lograr al continuar con la lucha por vencer la adicción.

Por su parte el grupo de estudio también hizo saber su experiencia y los esfuerzos que realizan por alcanzar una superación como los otros residentes. Ambos grupos aplauden la lucha realizada hasta hoy y al final se comparte una pequeña refacción.

➤ GRUPOS DE SENSIBILIZACION: (sexta sesión)

Se centra en problemas de tipo afectivo y en el cual se minimizan los factores intelectuales y didácticos. Estos grupos tienen como objetivos para sus participantes: el entendimiento de sí mismos, el ser sensitivo a otros, el saber escuchar, de comunicarse, de entender y diagnosticar los problemas del grupo.

10

PROCEDIMIENTO.

Se realizó una dinámica donde el terapeuta hace mención que está cumpliendo años, y desea compartirlo con personas discapacitadas, se pidió que cada uno de los integrantes del grupo representara a un cojo, ciego, manco, mudo, sordo, etc. luego de explicarles el objetivo, cada uno representó su papel y bajo su impedimento, se dirigió hacia donde estaba la mesa con el refrigerio.

Posteriormente a esto, cada uno comentó su experiencia y la sensación que se siente estar incapacitado de uno de los miembros del cuerpo y la importancia de ser invitado a una fiesta de cumpleaños. Seguidamente se les hace reflexión sobre el valor que tiene cada uno al estar completo de todos los miembros, el valor a la vida y la búsqueda de una mejor manera de vivir. Hay personas que luchan por sobrevivir, muchos imposibilitados de moverse de la silla o cama, a la diferencia de cada uno del grupo en estudio que cuenta con capacidades, inteligencia y fortalezas para vivir en un mundo mejor libre de drogas.

Cada uno expone su impresión y manifiesta al grupo que en ocasiones han desperdiciado y tirado sus días buenos a la basura pero que en realidad vale la pena seguir su esfuerzo en pro de una mejor vida sin calles y drogas y servirle a la sociedad como personas capaces de llegar al éxito.

➤ PSICODRAMA: (séptima sesión)

Dice Moreno que el psicodrama es una terapia profunda de grupo. Empieza donde termina la psicoterapia de grupo y la amplía para hacerla más efectiva. El objetivo del grupo terapéutico de reunir a sus miembros en una sociedad en

10 ROGERS CARL. Psicoterapia Centrada en el Cliente, Editorial Paidós, Buenos Aires Argentina 1996. Pp. 23 - 35

miniatura, es claro y evidente. Las afirmaciones de los pacientes hace que los sentimientos y pensamientos del grupo tengan un contenido y se dirijan directamente hacia miembros concretos del grupo. El psicodrama puede definirse como aquel método que sondea a fondo la verdad del alma mediante la acción.

PROCEDIMIENTO.

Luego de reunir al grupo, se les pidió hacer dos grupos de cinco, se les proporcionó material para que cada uno representara un psicodrama de acuerdo a su problemática haciendo énfasis en que cada miembro expresara con movimientos, gestos y mímicas lo que sintiera al momento y el grupo interpretaría ese estado de ánimo.

Posteriormente, cada uno hizo reflexión y orientó al grupo sobre la manera de sobresalir del estado emocional en que se encontraba.

➤ PSICODANZA: (octava sesión)

Es la unión de la danza con el psicodrama y su ampliación como en la preparación de un psicodrama. Los miembros del grupo hacen varias proposiciones. Al final, se acepta una idea que adopta la forma de una danza. Por lo regular se reacciona con diversos movimientos a los distintos sentidos.

PROCEDIMIENTO.

Reunidos, se reflexionó sobre el estado emocional que cada uno presentó, y en forma circular se proporcionó música adecuada para danzar, pidiéndoles que cerraran los ojos y cada uno realizó diferentes movimientos acordes a la música con el fin de expulsar sentimientos de agresividad, tristeza, depresión, etc.

Al finalizar la sesión cada uno expresó su experiencia manifestando su complacencia con la actividad.

➤ PSICOMUSICA: (novena sesión)

Se realizan actividades donde el grupo pueda escuchar la música que le ayude a superar los momentos deprimidos.¹¹

PROCEDIMIENTO.

En forma circular y de meditación se proporcionó un lápiz y papel, se colocó música adecuada y cada miembro del grupo elige el problema que más le afecta al momento; en secreto pidió ayuda a una persona, sea amigo, familiar, o Dios y le buscó solución.

Al finalizar cada uno comenta su experiencia y orienta al grupo sobre la mejor manera de enfrentar su problemática y que todo tiene solución. Cada uno

¹¹ MORENO J. L. Psicoterapia de Grupo y Psicodrama, Fondo de Cultura Económica, México, D. F. 1972. Pp 19 - 23.

expuso que el mayor problema que había encontrado en su vida era el deseo de salir a la calle a consumir droga.

➤ TERAPIA OCUPACIONAL: (décima sesión)

Según el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, la terapia ocupacional y la Laborterapia son dos tipos de actividades difíciles de separar y cuyos nombres, con bastante frecuentes, tienen significado parecido. La terapia ocupacional sería más bien, una medida reconstructiva que se realiza a través de objetos, creando lazos afectivos con el terapeuta y el grupo.¹²

PROCEDIMIENTO.

Se acordó con el grupo que esta actividad consistirá en jardinizar, se le proporcionó herramienta a cada uno y se les dio el área a trabajar. Posteriormente se les asignó una planta a cada uno para que se esmerara a cuidarla a fin de que sintieran responsabilidad de velar por la vida de ella y no permitir que se marchite o muera.

Esta actividad les hizo reflexionar que de la misma manera tendrán su propia vida en sus manos y que de ellos dependería el éxito o fracaso.

¹² PATRONATO NACIONAL DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA. Terapia Ocupacional Laborterapia En Las Enfermedades Mentales. Madrid, abril 1998. Pp. 116 -117.

PRESENTACION DE HIPOTESIS.

HIPOTESIS.

El abordaje terapéutico grupal es efectivo para favorecer el estado de ánimo en los adolescentes de 12 a 17 años que sufren un cuadro bipolar II a consecuencia del síndrome de abstinencia tardía por consumo de drogas.

VARIABLES

- VARIABLE INDEPENDIENTE.

El abordaje terapéutico grupal es efectivo, para el tratamiento de la depresión bipolar II y abstinencia tardía.

El abordaje terapéutico grupal permite al adicto en recuperación expresar sus ideas, sentimientos y emociones de manera adecuada, canalizándolas con el apoyo de pares y la tutoría del terapeuta, mejorando por ende su estado de ánimo y minimizando los signos y síntomas de la abstinencia tardía.

INDICADORES:

- Aumento de la expresión verbal
- Expresión de Sentimientos y emociones
- Verbalización de los problemas
- Unificación con el grupo.

- VARIABLE DEPENDIENTE.

Favorecer el estado de ánimo.

Mejorar el equilibrio emocional, dentro del proceso de rehabilitación, provocando una estabilidad dentro del programa de Comunidad Terapéutica de Casa Alianza y así superar el síndrome de abstinencia.

INDICADORES.

- Disminución del estado maniaco-depresivo
- Aumento de Autoestima
- Mejoras en apetito y sueño
- Control de impulsos
- Integración grupal.

CAPITULO II.

TECNICAS E INSTRUMENTOS.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

Para la realización del presente trabajo se tomó la cantidad de 10 adolescentes comprendidos entre los 12 a 17 años ubicados en el nivel de Reconocimiento (fase II) del modelo de atención Comunidad Terapéutica de Casa Alianza, que se encuentran en la fase de abstinencia tardía, y que presenten sintomatología depresiva Bipolar II.

INSTRUMENTOS Y RECOLECCION DE DATOS.

➤ EVALUACIONES PSICOLÓGICAS:

Se acudió a estos instrumentos para que cada miembro de la población fuera evaluado y establecerle un diagnóstico.

- EXAMEN MENTAL: se realizó en 10 días, una persona diaria con una temporalidad de cuarenta y cinco minutos.

Este instrumento se utilizó para una exploración mental y su objetivo fue contribuir para un buen diagnóstico necesario para una aproximación terapéutica.

- INVENTARIO DE DEPRESION DE BURNS (IDB).

TEST Y RE--TEST. Este cuestionario permitió medir el grado de depresión de los adolescentes, antes y después de realizar la psicoterapia grupal.

Tanto el test como el re-test se aplicó en forma grupal en el período de una hora en cada ocasión.

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO.

• SESIONES:

Se realizaron sesiones grupales de psicoterapia y sesiones individuales. Cada una de ellas tubo un período de una hora.

• OBSERVACIONES SISTEMATIZADAS:

Se observó el comportamiento y conducta de cada residente dentro del grupo y su integración para establecer su evolución tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- Aspecto General.
- Conducta.
- Comportamiento grupal.

- **SESIONES DE PSICOTERAPIA GRUPAL.**

La metodología empleada en cada una de ellas consistió en reunir a la población por espacio de una hora para brindarles apoyo basado en las terapias de grupo:

CAPITULO III.

PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.

ANALISIS GENERAL.

La hipótesis de que El abordaje terapéutico grupal es efectivo para favorecer el estado de ánimo en los adolescentes de 12 a 17 años que sufren un cuadro bipolar II a consecuencia del síndrome de abstinencia tardía por consumo de drogas, fue comprobada, ya que los beneficios que recibieron los adolescentes por medio de la terapia de grupo, fue significativa desde el momento en que aprendieron a convivir en grupo, sintieron el deseo de comunicar su problema y lograron un equilibrio emocional disminuyendo la ansiedad o depresión con su integración a las diferentes actividades reeducativas y ocupacionales.

El abordaje terapéutico grupal constituyó un beneficio en la recuperación del equilibrio emocional, incluyendo un mejoramiento sintomático. Contribuyó a bajar la ansiedad, la depresión, y les subió la autoestima ya que los adolescentes mejoraron su presentación y su higiene personal.

El primer acercamiento que se tubo con el grupo de adolescentes en estudio consistió en observar su aspecto general y conducta, su forma de expresión verbal, la queja principal o deseo de consumir y su constante deseo de no querer realizar ninguna actividad que implicara ejercicio físico o mental.

Al construir las historias clínicas se tubo conocimiento de la infancia de cada adolescente la cual se fue formando con el descuido de parte de los padres por abandonarlos o no darles el cuidado debido desde su infancia, por ser drogadictos o alcohólicos, otros por dedicarse a la delincuencia, por separación de los padres o por el maltrato intrafamiliar, optaron por buscar apoyo en las pandillas y de esta forma experimentar el consumo de drogas como soporte a la necesidad de afecto o simplemente para soportar el frío, hambre o sed.

Los adolescentes en estudio han pasado toda su infancia llenos de sufrimiento, falta de afecto, comprensión, la falta del calor de los padres, el observar la agresión física o verbal del padre hacia la madre y en ocasiones la violación hacia sus hermanas mayores o el cambio de conviviente por alguno de los padres.

Los adolescentes presentan una falta de preparación escolar, a consecuencia del desinterés de los padres en mandarlos a la escuela, falta de motivación, por dedicarse a consumir drogas desde temprana edad o en algunos casos por tener que trabajar para ayudar en el sostenimiento de los gastos en la casa. La mayoría se encuentra entre los primeros dos años de la educación primaria.

La mayoría de los adolescentes en estudio han tenido que abandonar su casa por la mala relación de los padres y otros por haber observado a su padre en abusos sexuales con sus hijas.

Las evoluciones diarias permitieron observar los cambios que los adolescentes presentaban pues en forma paulatina se les vio integrarse y dirigir las diferentes actividades, a comentar sobre su mejoramiento, inclusive a orientar a sus mismos compañeros con base a sus experiencias recibidas en las terapias grupales.

Al principio pudo observarse en los adolescentes una apatía por participar en la terapia grupal, esto obligó a aumentar la motivación, afortunadamente en el transcurso del tiempo, tomaron confianza entre ellos mismos hasta llegar a compartir su problema. Por medio de la terapia grupal lograron sonreír y a compartir sus momentos de alegría.

Al hacer un análisis de síntomas y signos se señalaron que los síntomas más frecuentes eran temblor de manos, sudoración, la agresividad, aislarse, la ociosidad, alteración en el sueño, tristeza, estado de ánimo deprimido, dificultad para permanecer en grupo para la realización de actividades, luego el deseo frecuente de salirse a la calle a consumir droga.

Cuando se tubo reunido los síntomas y signos se procedió a hacer una impresión clínica para llegar a un diagnóstico. El diagnóstico prevalente la depresión bipolar II debido a la abstinencia al consumo de drogas. Este diagnóstico se hizo consultando el manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV.

Al finalizar el estudio se concluyó que la aplicación de las terapias grupales ayudaron a mejorar el estado de ánimo en los adolescentes, ya que se les permitió expresarse libremente y darles apoyo emocional, lo cual se considera un éxito.

De acuerdo a lo que procede, se puede evidenciar la efectividad del abordaje terapéutico grupal en adolescentes de 12 a 17 años que sufren un cuadro bipolar II a causa de la abstinencia al consumo de drogas.

INTERPRETACION DE LOS INSTRUMENTOS

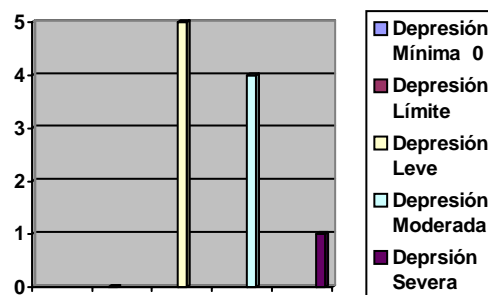
- TEST.

El Inventario de Depresión de Burns (IDB), tuvo como objetivo saber el nivel de depresión que presentaba el residente de la cual se obtuvo con una muestra de 10 personas los siguientes resultados:

CANTIDAD DE PERSONAS	NIVEL DE DEPRESION
0	Depresión Mínima
0	Depresión límite
5	Depresión leve.
4	Depresión moderada.
1	Depresión severa.

Del resultado anterior se obtiene que la mayoría de la población objeto de estudio se encuentra bajo la depresión leve y moderada según lo muestra la gráfica siguiente.

GRAFICA 1



EXAMEN MENTAL.

Este instrumento se utilizó para una exploración mental y su objetivo fue contribuir para un buen diagnóstico necesario para una aproximación terapéutica.

Del análisis de este instrumento se determina que la población en estudio se encuentra en buenas condiciones psicológicas pues están conscientes, su memoria remota, reciente e inmediata es normal, todos orientados en persona, espacio y tiempo, su postura ante el terapeuta con atención y concentración es normal; la mayoría presenta irritabilidad, preocupación, ansiedad y depresión

Lo que más reflejaron fue su deseo en salir a consumir droga y susceptibilidad a las ofensas de sus compañeros, su nivel de exigencia es mayor en comparación de otras personas. La mayoría se encuentra con ropa sucia presentando deseos de dormir y de no querer realizar ninguna actividad que requiera esfuerzo físico.

OBSERVACION ESTRUCTURADA

Se observó el comportamiento y conducta de cada residente dentro del grupo y su integración para establecer su evolución tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- Aspecto General.

Al inicio la mayoría de los residentes vestían ropa sucia, algunos con pantaloneta, sin cinchos, sin calcetines, zapatos sucios y despeinados, camas desarregladas, ropa desordenada y revuelta la limpia con la sucia dentro del locker.

Al final del estudio todos tuvieron un cambio radical ya que mejoraron su presentación personal y hábitos de limpieza. Ropa limpia, peinados, lustran sus zapatos, retomaron el hábito de limpieza de camas y locker, aprendieron a ordenar su ropa y clasificar la sucia de la limpia y a transmitir estos valores a sus compañeros.

- Conducta.

La mayoría de los residentes se encontraban con mal vocabulario, faltas de respeto entre ellos, inquietos, bromas pesadas, interrumpían las actividades y ansiosos por terminar.

Al finalizar el calendario de actividades, aprendieron a respetarse entre ellos y a respetar los espacios de la actividad, moderaron sus bromas y en general mejoraron considerablemente su conducta.

- Comportamiento grupal.

La mayoría de ellos no se concentraban en el grupo, otros estaban en el grupo pero no participaban, discutían con sus compañeros, se agredían entre ellos, buscaban la posición para dormirse, otros al hablar dentro del grupo hablaban de otro tema como manifestando estar fuera de lo que se platicaba en ese momento.

Al finalizar este estudio la mayoría de los miembros del grupo aprendió a respetar dentro de las sesiones, respetar a sus compañeros y a poner atención, participaron en orden, pedían la palabra y mejoraron su relación interpersonal a raíz del proceso de las terapias y al cuestionamiento que cada miembro del grupo se hizo en su ocasión ya que tomaron la decisión de hacerle presión de grupo al miembro que interrumpiera o que realizara algo que estuviera fuera del orden de la actividad.

• RE--TEST

Del Inventario de Depresión de Burns (IDB)

Este cuestionario permitió medir el grado de depresión de los adolescentes, después de realizar la psicoterapia grupal.

De este análisis se obtiene los siguientes datos:

CANTIDAD DE PERSONAS	NIVEL DE DEPRESION
9	Depresión Mínima
0	Depresión límite
1	Depresión leve.
0	Depresión moderada.
0	Depresión severa.

De acuerdo al resultado del análisis en el estado emocional del grupo en estudio, se observa un descenso en el grado de depresión leve y moderada y un aumento en la depresión mínima, lo cual demuestra un mejor estado emocional según la gráfica siguiente:

Gráfica 2



Al tomar en cuenta la evolución de cada miembro del grupo en estudio se realizó una revisión de la situación tanto familiar como social de cada uno de ellos para elaborar su historia de vida a fin de dar a conocer de una mejor forma el origen y desarrollo del consumo de drogas, las reacciones de la abstinencia y los resultados obtenidos por medio de la terapia de grupo.

A continuación se da a conocer la historia de vida de cada adolescente que participó en el grupo de estudio.

CASO 1.

I. DATOS GENERALES.

EDAD: 14 años
SEXO: masculino
NACIONALIDAD: guatemalteca.
RELIGION: católico.
ESCOLARIDAD: 3ero. Primaria.

I. MOTIVO DE CONSULTA.

El adolescente es referido para recibir terapia grupal debido a su bajo estado de ánimo.

QUEJA PRINCIPAL.

El adolescente presenta ociosidad, irritabilidad, agresividad, falta de tolerancia hacia sus compañeros, acompañado con los deseos de consumir droga y de salirse a la calle.

II. HISTORIA PERSONAL.

Desde la infancia ha sido desestimado por sus padres, a los siete años ya robaba dinero de su casa para comprar golosinas; debido a esto los padres le daban mal trato físico. El adolescente abandonó su casa, para vivir en la calle, allí aprendió a vivir en pandillas, a consumir drogas y a robar por necesidad de subsistir.

A los 5 años de permanecer en la calle aprendió a trabajar como payaso y por lo mismo ha viajado a diferentes departamentos. Actualmente tiene 5 meses de estar en rehabilitación.

III. HISTORIA FAMILIAR.

Cuando el adolescente salió a la calle, sus padres vivían juntos pero al año se separaron. Cuenta con cinco hermanos y uno fallecido; la hermana mayor tiene problemas de incesto con su padre razón por la cual amenazó de muerte a su madre, a raíz de esto el adolescente abandonó su casa.

IV. HISTORIA ESCOLAR.

Actualmente estudia el 3er. Grado de primaria, lo cual ha mantenido con éxito por su interés en salir adelante.

V. HISTORIA SOCIAL.

Ha mantenido amistades en la calle con pandillas, amigos en la escuela, le gusta convivir con sus compañeros de rehabilitación en las actividades recreativas y es amigable con los adultos; ha trabajado dos años de payaso.

VI. HISTORIA DEL CONSUMO.

Hace dos años que consume solvente, marihuana y nicotina para sustentar el hambre, frío y sustituir la necesidad de estar al lado de su familia

DROGA DE IMPACTO.

La droga de impacto ha sido el solvente, lo usa por la reacción inmediata que produce en la alucinación, el precio y la facilidad con que se consigue.

DROGAS EXPERIMENTALES.

Por influencia de amigos a experimentado el consumo de solvente, marihuana y nicotina pero no le ha encontrado satisfacción.

CASO 2.

I. DATOS GENERALES.

EDAD: 13 años
SEXO: masculino.
NACIONALIDAD: Guatemalteco.
RELIGION: católica.
ESCOLARIDAD: 2do. primaria

II. MOTIVO DE CONSULTA.

El adolescente es referido para tratamiento psicoterapéutico grupal por su bajo estado de ánimo.

QUEJA PRINCIPAL.

El adolescente presenta un comportamiento con agresividad, falta de respeto, irritabilidad, ociosidad, temblor de cuerpo, sudoración en las manos, deseos de consumir droga y de salirse a la calle.

III. HISTORIA PERSONAL.

Su infancia la vivió con sus padres quienes a los 6 años lo obligaron a ayudar en los trabajos de agricultura, es originario del Quiché y huérfano desde la edad de 8 años, estuvo viviendo con un tío paterno quien le daba maltrato físico, a los 11 años emigró a esta ciudad en busca de trabajo, laboró en una panadería pero la ausencia de su familia lo obligó a salirse a la calle donde se hizo miembro de una pandilla, aprendió a consumir drogas y a robar. Actualmente lleva 2 meses de estar en proceso de rehabilitación.

IV. HISTORIA FAMILIAR.

Los padres del adolescente fallecieron por enfermedad de alcoholismo cuando él tenía ocho años, luego se quedó bajo la tutoría de un tío paterno, no tiene hermanos.

V. HISTORIA ESCOLAR.

El adolescente únicamente estudió el 2do. Grado de primaria pero no lo ganó porque en ese año emigró hacia esta ciudad.

VI. HISTORIA SOCIAL

Al momento le gusta participar en las diferentes actividades recreativas, su amistad con las pandillas ha amenorado, sus relaciones interpersonales con sus compañeros de rehabilitación son bastante aceptables dentro del grupo.

VII. HISTORIA DEL CONSUMO.

El sentirse sin el apoyo familiar, las juntas con las pandillas y la necesidad de sustentar el hambre, la sed o el frío lo indujeron al consumo de drogas.

DROGA DE IMPACTO.

La droga que más le ha causado satisfacción ha sido la mariguana y el crack debido a sus efectos alucinógenos y reacción inmediata.

DROGAS EXPERIMENTALES.

Por impulso de sus amistades de la pandilla experimentó el consumo del solvente, mariguana, crack, nicotina y alcohol.

CASO 3.

I. DATOS GENERALES.

EDAD: 14 años
 SEXO: masculino
 NACIONALIDAD: hondureña.
 RELIGION: católico
 ESCOLARIDAD: 4to. primaria

II. MOTIVO DE CONSULTA.

El adolescente fue referido para recibir terapia grupal por presentar un bajo estado de ánimo.

QUEJA PRINCIPAL.

Los problemas más relevantes que presenta son: poco interés en participar en las actividades, descuido en su aseo personal, lavado de ropa, mal humor, se mantiene sólo acostado, con deseos de consumir droga y deseos de salirse a la calle.

III. HISTORIA PERSONAL.

En su infancia vivió con sus padres, luego a la edad de 10 años se salió a la calle juntamente con una hermana y amigos por problemas entre sus progenitores y se dedicó a la mendicidad y a los juegos electrónicos. Su permanencia en la calle ha sido en los lugares: metro norte y el trébol. El adolescente proviene de un hogar integrado físicamente, sin embargo desintegrada emocionalmente, por malas relaciones entre padre y madre a

causa del alcoholismo de parte del padre. El adolescente no ha recibido cuidado del padre ni apoyo económico.

IV. HISTORIA FAMILIAR.

El adolescente proviene de un hogar integrado físicamente pero emocionalmente desintegrado ya que la relación entre los padres es mala a consecuencia del alcoholismo de parte del padre. Los padres son de origen hondureño, la madre emigraba de Honduras a Guatemala con fines de negocio. Tiene tres hermanas de

padre y tres solamente de madre; algunas de ellas se prostituyen. Los padres mantienen malas relaciones debido a que el padre es alcohólico.

V. HISTORIA ESCOLAR.

A raíz de la problemática, el adolescente ha cursado únicamente el 4to. Grado de primaria, debido a la falta de apoyo de sus padres.

VI. HISTORIA SOCIAL

Actualmente el adolescente participa muy poco en las actividades recreativas, es conflictivo con sus compañeros de rehabilitación; perteneció a la mara salvatrucha, le ha gustado el robo y la mendicidad.

VII. HISTORIA DEL CONSUMO.

El adolescente ha consumido pegamento, nicotina, solvente y mariguana. Durante 3 años.

DROGA DE IMPACTO.

A raíz de los efectos obtenidos, el adolescente consume únicamente solvente por su calidad de alucinación, el precio y la facilidad para conseguirla.

DROGAS EXPERIMENTALES.

En su afán de sustituir las necesidades de estar al lado de su familia, ha experimentado el consumo de mariguana, solvente, nicotina y pegamento.

CASO 4.

I. DATOS GENERALES.

EDAD:	12 años.
SEXO:	masculino.
NACIONALIDAD:	guatemalteca.
RELIGION:	católica.
ESCOLARIDAD:	2do. Primaria.

II. MOTIVO DE CONSULTA.

El adolescente es referido para brindarle psicoterapia grupal por permanecer con un bajo estado emocional.

QUEJA PRINCIPAL.

Actualmente el adolescente presenta mucha agresividad hacia sus compañeros, los provoca; se mantiene con ropa sucia, participa en actividades pero las que le agradan, no lava su ropa, se mantiene ansioso y con deseos de salirse a la calle a consumir.

III. HISTORIA PERSONAL.

El adolescente proviene de familia disfuncional, sus progenitores están separados, tiene dos hermanos. La madre tiene otro conviviente, el padre presenta problemas de alcoholismo; se le observa deseo de agradar a los adultos con la intención de poseer privilegios o reconocimiento, desea encontrar un lugar donde vivir tranquilamente. Mantiene cicatrices en la cabeza por golpes sufridos cuando vivía con la tía; quien lo refirió a un psicólogo pero abandonó su tratamiento. Ha vivido tres años en la calle.

Actualmente presenta problemas conductuales relacionados a la interacción con sus compañeros de rehabilitación, los agrede constantemente tanto físico como verbal, con los adultos ha mostrado un comportamiento complaciente y colaborador, además de esto, constantemente se humedece el labio superior, razón por la cual mantiene reseca dicha área, la costumbre de humedecerse el labio es a consecuencia de la ansiedad e inseguridad que presenta al momento.

Ha estado internado en dos instituciones además de Casa Alianza pero no ha sido estable a consecuencia del consumo de solvente, marihuana, pegamento y nicotina.

IV. HISTORIA FAMILIAR.

El adolescente manifiesta que cuando tenía 3 años aproximadamente su padre lo abandonó, un tío suyo lo fue a traer de la casa donde convivía con la madre biológica quien lo mantenía descuidado, no le daba de comer y lo golpeaba, dice desconocer el paradero de su padre biológico, su tío falleció hace poco tiempo y desde entonces se quedó con una tía.

La relación del adolescente con la tía era hostil, pues no le permitía jugar, sino que únicamente le ordenaba a realizar tareas domésticas como ir al mercado, barrer, trapear, lavar trastos, etc. La relación con sus primos no era adecuada ya que le pegaban mucho por ser mayores que él. Por aparte comenta que su tía lo agredía física y verbalmente con un palo en la espalda o en la cabeza y lo insultaba con palabras soeces. Lamenta también y considera injusto el hecho de que sus demás hermanos estén viviendo con la mamá mientras que él no lo puede hacer.

V. HISTORIA ESCOLAR.

Su tío lo puso a estudiar y ganó su primer grado de primaria, en Casa Alianza ha hecho dos intentos de estudiar el 2do. grado de primaria pero a consecuencias de su inestabilidad en el programa no ha prosperado.

VI. HISTORIA SOCIAL.

La relación que mantiene con sus compañeros no es aceptable ya que entra siempre en disgustos con ellos, presenta agresión y maltrato verbal hacia sus compañeros de rehabilitación. Le gustan las actividades de fut bol y otros juegos; al momento no tiene identificación con pandillas.

VII. HISTORIA DEL CONSUMO.

El adolescente informa que inició a consumir drogas por impulso de sus compañeros de la calle por necesidad de satisfacer el hambre, frío y por la tristeza de su familia.

DROGA DE IMPACTO.

La droga que consume en mayor cantidad es el solvente debido a su precio y a los efectos alucinógenos.

DROGAS EXPERIMENTALES.

En su estancia en la calle ha experimentado el consumo de solvente, marihuana, pegamento y nicotina.

CASO 5.

I. DATOS GENERALES.

EDAD: 15 años.
SEXO: masculino.
NACIONALIDAD: guatemalteca.
RELIGION: católica.
ESCOLARIDAD: 2do. Primaria.

II. MOTIVO DE CONSULTA.

El adolescente es referido para brindarle psicoterapia grupal por permanecer con un bajo estado emocional.

QUEJA PRINCIPAL.

Actualmente es agresivo, le gusta la ociosidad, en ocasiones se olvida de su aseo personal, le gusta mantener desordenada su ropa y sucia, no acepta la autoridad, agrede física y verbalmente a sus compañeros de rehabilitación.

III. HISTORIA PERSONAL.

El adolescente tiene 5 años de andar en la calle, su problemática relevante es la calle, la droga y el robo, ha pertenecido a la mara 18, cuando tenía 9 años de edad, trabajó en un restaurante en Puerto Barrios pero se contactó con dos vendedores de droga quienes lo obligaron a ayudarles. Su hermana mayor y la abuela materna lo denunciaron a la policía, a raíz de esto emigró a la ciudad capital donde permaneció en la calle y aprendió a consumir solvente y marihuana. A tenido varios ingresos a Casa Alianza pero en el proceso de su rehabilitación, espera que su padre se lo lleve a los Estados Unidos.

IV. HISTORIA FAMILIAR.

El adolescente proviene de un hogar desintegrado por separación de los padres cuando tenía 8 años, al principio vivieron en esta capital, luego se fueron a vivir a Puerto Barrios a casa de la abuela materna del adolescente.

Cuando el padre del adolescente salía a trabajar, la madre entraba hombres a su casa, y en cierta ocasión la sorprendió en la cama con otro, esto lo obligó a sacarla de la casa, luego él emigró a los Estados Unidos y los hijos se quedaron con la abuela paterna. Al principio el padre enviaba dinero pero hace dos años que ya no lo hace. La madre tiene otro conviviente y alquila un cuarto, su fuente de ingresos es una venta de frutas. El resto de la familia no trabaja y se mantienen desocupados durante el día. El hermano mayor fue asesinado por delincuente y drogadicto.

V. HISTORIA ESCOLAR.

Por falta de motivación de sus padres, no estudió de pequeño, actualmente como parte de su proceso en Casa Alianza, está estudiando el segundo grado de primaria los fines de semana.

VI. HISTORIA SOCIAL.

El adolescente hace amigos con facilidad, le gusta la gimnasia, ha participado en eventos donde expone su situación de vida. Perteneció a la mara 18 con quienes aprendió a robar y a consumir drogas. Actualmente le gustan las actividades recreativas.

VII. HISTORIA DEL CONSUMO.

A raíz de la soledad que encontró en la calle y por impulsos de sus compañeros aprendió a consumir drogas y a robar.

DROGA DE IMPACTO.

La droga de su mayor satisfacción es la marihuana por mantener una diferencia de calidad entre el que consume solvente.

DROGAS EXPERIMENTALES.

En su estancia en la calle aprendió a consumir solvente, marihuana, alcohol y nicotina.

CASO 6.

I. DATOS GENERALES.

EDAD:	13 años.
SEXO:	masculino.
NACIONALIDAD:	guatemalteca.
RELIGION:	evangélica.
ESCOLARIDAD:	2do. Primaria.

II. MOTIVO DE CONSULTA.

El adolescente es referido para brindarle psicoterapia grupal por permanecer con un bajo estado emocional.

QUEJA PRINCIPAL.

El adolescente actualmente presenta irritabilidad, mal humor, agresividad, falta de respeto a adultos y a sus compañeros, mantiene desordenada su ropa y sucia, no

participa en actividades y agrede física y verbalmente a sus compañeros de rehabilitación.

III. HISTORIA PERSONAL.

Cuando tenía 9 años de edad inició a salirse a la calle por impulso de amigos de la vecindad, al principio regresaba a su casa el mismo día luego se fue retirando más hasta volver al día siguiente o a los dos días.

Perteneció a la mara 18 de su colonia quienes lo indujeron a consumir marihuana, piedra, solvente, alcohol, nicotina y a robar. Poco tiempo después, otro grupo de pandillas asesinaron al que lo indujo a salirse a la calle. Ha trabajado como ayudante de mecánico devengando un salario de Q.75.00 semanales. Los lugares que frecuentaba son Metro Norte, Calzada José Milla y la Parroquia de la zona 6 de esta ciudad. Al momento lleva tres ingresos a Casa Alianza pero ha estado inestable por el deseo de salirse a la calle a consumir drogas. Ha estado en dos instituciones más. Tiene 5 hermanos de padre y madre, 2 hermanos solo de madre, de ellos, él es el único que se salió a la calle.

IV. HISTORIA FAMILIAR.

El adolescente proviene de un hogar desintegrado debido a que los padres se separaron hace 12 años. El padre le daba mal trato físico y verbal a su esposa e hijos; por problemas de alcoholismo se volvió irresponsable con los gastos familiares. La madre del adolescente tiene otro conviviente desde hace 6 años con quien tuvo 2 hijos. El ambiente familiar se desarrolla normalmente, ambos son responsables en lo económico, social y educativo de los hijos. el padre tiene 75 años, el padrastro 58 años y la madre 44 años de edad.

V. HISTORIA ESCOLAR.

Debido a su inestabilidad, el adolescente únicamente cuenta con el segundo grado de primaria, actualmente y con el apoyo de Casa Alianza está cursando el tercer año del nivel de primaria.

VI. HISTORIA SOCIAL.

Participa en actividades deportivas, ha participado en grupos de pandillas como la mara 18, ha trabajado como ayudante de mecánico, tiene poca amistad con sus compañeros de rehabilitación.

VII. HISTORIA DEL CONSUMO.

Inició a consumir drogas y a robar a raíz de la junta con otros miembros de la pandilla.

DROGA DE IMPACTO.

La droga de mayor consumo en el adolescente es el solvente por su precio, resultados alucinógenos y la facilidad de conseguirla.

DROGAS EXPERIMENTALES.

En su estadía en la calle ha experimentado el consumo de la mariguana, solvente, piedra, nicotina y alcohol.

CASO 7.

I. DATOS GENERALES.

EDAD:	13 años.
SEXO:	masculino.
NACIONALIDAD:	guatemalteca.
RELIGION:	ninguna.
ESCOLARIDAD:	1ro. primaria

II. MOTIVO DE CONSULTA.

El adolescente es referido para brindarle psicoterapia grupal por permanecer con un bajo estado emocional aunado a alteración en el sistema nervioso.

QUEJA PRINCIPAL.

El adolescente presenta un estado depresivo, le gusta mantener sucia su ropa, descuida su aseo personal, presenta deseos de salirse a la calle.

III. HISTORIA PERSONAL.

El adolescente inició a salirse a la calle desde los 9 años de edad por haberse peleado con su hermano mayor; durante 5 días estuvo durmiendo en la calle, una señora lo llevó a su casa para cuidar a sus hijos pero terminó agrediéndolos, trabajó como ayudante de camioneta urbana quedándose a dormir en el bus, de esa forma fue aborreciendo a su familia, no ve a su padre desde hace 4 años. Aprendió a consumir solvente y pegamento con sus compañeros de calle. Le gusta ser amigable con los demás pero recibe rechazo debido a su carácter pasivo.

IV. HISTORIA FAMILIAR.

El adolescente proviene de una familia desintegrada, los padres se separaron hace 4 años debido al maltrato físico y verbal que les daba el padre biológico quien se volvió irresponsable a raíz del consumo de drogas y alcohol. La madre ha tenido 3 convivientes, con el último la dinámica familiar se desarrolla normalmente tranquilo. La madre y un hermano mayor contribuyen económicamente en los gastos de la casa.

V. HISTORIA ESCOLAR.

Debido al descuido de los padres hacia el adolescente, no pudo estudiar pero con el apoyo de Casa Alianza actualmente estudia el primer grado de primaria.

VI. HISTORIA SOCIAL.

El adolescente es bastante amigable con sus compañeros, le gusta participar en las diferentes actividades, ha trabajado de ayudante en un bus urbano, no ha pertenecido a pandillas.

VII. HISTORIA DEL CONSUMO.

A raíz de la salida de su casa a la calle, inició a consumir solvente y pegamento por el impulso de amigos que hizo en la calle.

DROGA DE IMPACTO.

La droga de mayor consumo en el adolescente es el solvente por la facilidad de encontrarla, el precio y su reacción.

DROGAS EXPERIMENTALES.

Ha experimentado el consumo de pegamento y solvente siendo esta última a la que le da mayor aceptación.

CASO 8.

I. DATOS GENERALES.

EDAD: 15 años
SEXO: masculino.
NACIONALIDAD: guatemalteca
RELIGION: evangélica.
ESCOLARIDAD: 1ero. Básico.

II. MOTIVO DE CONSULTA.

El adolescente es referido para brindarle psicoterapia grupal por presentar un bajo estado de ánimo.

QUEJA PRINCIPAL.

Actualmente presenta fuerte necesidad de salir a la calle a consumir droga, aunado a esto presenta agresividad hacia sus compañeros, ociosidad y poco interés en su aseo personal.

III. HISTORIA PERSONAL.

El adolescente inició a salirse a la calle a los 13 años de edad por descuido de los padres, inició a consumir drogas por impulso de amigos y su hermano mayor, el padre le ha dado maltrato físico y verbal a él y a la madre, a raíz de esto el adolescente ha vivido varios meses en la calle, perteneció a la mara 18 quienes le enseñaron a consumir marihuana, solvente, cocaína, piedra, crack y a robar. Ha tenido serios problemas con miembros de otra pandilla.

IV. HISTORIA FAMILIAR.

El adolescente proviene de familia integrada, los padres son evangélicos desde hace tres años, aparentemente la dinámica familiar se desarrolla en un ambiente de armonía pero últimamente el padre esconde mucha información

económica a la madre del adolescente, ambos padres son responsables en lo económico, social y educativo de sus hijos.

El padre tiene 38 años de edad, jubilado, se dedica a la venta de chiles en escabeche y la madre de 59 años de edad se dedica a la preparación de los chiles, a los oficios domésticos, y a lavar y planchar ropa ajena. Viven en casa propia en extrema pobreza.

V. HISTORIA ESCOLAR.

Los padres del adolescente se han preocupado por darle estudios, actualmente estudia el segundo grado del nivel básico con el apoyo de Casa Alianza.

VI. HISTORIA SOCIAL.

El adolescente tiene mucha facilidad para hacer amigos pero en momentos es agresivo con ellos, tiene amigos en la escuela, ha pertenecido a la mara 18 y en ocasiones participa en actividades deportivas.

VII. HISTORIA DEL CONSUMO.

El inicio del consumo de drogas lo obtuvo al momento de integrarse a la mara 18.

DROGA DE IMPACTO.

La droga de mayor consumo en el adolescente es la marihuana por sus efectos y por la distinción de un grupo de pandilla a otro.

DROGAS EXPERIMENTALES.

Su estancia en la calle y la integración a la pandilla lo llevaron a experimentar el consumo de la marihuana, solvente, piedra, cocaína y crack.

CASO 9.

I. DATOS GENERALES.

EDAD:	15 años.
SEXO:	masculino.
NACIONALIDAD:	guatemalteca.
RELIGION:	evangélica.
ESCOLARIDAD:	1ero. Básico.

II. MOTIVO DE CONSULTA.

El adolescente es referido para brindarle psicoterapia grupal debido a que enfrenta un bajo estado de ánimo.

QUEJA PRINCIPAL.

El adolescente presenta un carácter irritable, agresividad, poca tolerancia, falta de respeto a sus compañeros y adultos, mucha ociosidad, permanece acostado por mucho tiempo, no se preocupa por el lavado de su ropa ni su aseo

personal. Aunado a esto manifiesta muchos deseos de salirse a la calle a consumir drogas.

III. HISTORIA PERSONAL.

El adolescente ha sido institucionalizado desde pequeño, es huérfano de padre, la madre lo abandonó cuando tenía 2 años, a los trece años se fue a vivir con una tía, pero no le gustó y se volvió a salir de la casa.

Ha estado internado en Nuestros Pequeños Hermanos por 6 años, en el hogar Elisa Martínez 2 años, en la correccional San Gabriel estuvo 5 meses. En los días que ha permanecido en la calle aprendió a consumir marihuana, solvente, alcohol y nicotina; también ha aprendido a robar. Tiene 2 hermanas más quienes viven con su tía.

El joven no desea estar más en ningún hogar por esa razón la tía lo recogió por parte del juzgado y lo puso a estudiar. Trabajó en una carpintería pero sólo duró 6 meses. Tubo problemas con sus primos menores, esto dio lugar a que se saliera nuevamente a la calle y ahora se encuentra en proceso de rehabilitación en Casa alianza. El joven quiere seguir estudiando, trabajar y terminar su proceso de rehabilitación y no regresar a casa de su tía.

IV. HISTORIA FAMILIAR.

El adolescente proviene de un hogar desintegrado, el padre trabajó fuera de la capital, la madre se quedó a cargo de él y dos hermanos más, pero al ver que el papá no regresaba, los abandonó. El padre se unió con otra mujer, procreó 5 hijos con ella pero lo asesinaron por causas desconocidas.

La familia vive en un ambiente de armonía pero alrededor de pandillas y delincuencia.

V. HISTORIA ESCOLAR.

Con el apoyo de las instituciones y de la tía ha estudiado hasta culminar el primer grado básico.

VI. HISTORIA SOCIAL.

Al momento el adolescente tiene amigos, fue miembro de una pandilla, ha trabajado como ayudante de carpintero y le gustan las actividades recreativas.

VII. HISTORIA DEL CONSUMO.

A los 11 años aprendió a consumir marihuana y solvente por impulso de sus compañeros de pandilla.

DROGA DE IMPACTO.

La droga que el adolescente ha consumido en mayor cantidad ha sido el solvente por ser más barato que las otras drogas y por la facilidad de conseguirla.

DROGAS EXPERIMENTALES.

El adolescente ha experimentado el consumo de solvente, marihuana, nicotina y alcohol.

CASO 10.

I. DATOS GENERALES.

EDAD: 17 años
SEXO: masculino.
NACIONALIDAD: guatemalteca.
RELIGION: católico.
ESCOLARIDAD: 1ero. Primaria.

II. MOTIVO DE CONSULTA.

El adolescente es referido para recibir psicoterapia grupal por mantener al momento un bajo estado de ánimo.

QUEJA PRINCIPAL.

Desde hace un mes el adolescente presenta un carácter irritable, ociosidad, poca tolerancia, desinterés a su aseo personal y lavado de su ropa, solo participa en actividades de su conveniencia.

III. HISTORIA PERSONAL.

A la edad de 7 años inició a deambular por las calles impulsado por sus amiguitos de la vecindad, su madre salía a trabajar y él se quedaba a cargo de sus hermanos menores; tiene varios ingresos a Casa Alianza a razón de su fuerte problema de calle y droga, ha sido inestable. Ha estado internado en Remar y nuevo Amanecer.

IV. HISTORIA FAMILIAR.

El adolescente proviene de hogar desintegrado por problemas de alcoholismo del padre, ya que a raíz del alcoholismo se volvió irresponsable, les daba mal trato físico y verbal tanto al adolescente como a la madre y sus hermanos.

El adolescente no fue reconocido por el padre ya que solo reconoció a los otros 2 hermanos suyos.

La dinámica familiar se desarrolla en extrema pobreza pues la madre es la única responsable de lo económico, social y educativo de los hijos. La madre del adolescente fue vendida por su padre a un señor quien le pagó Q5,000.00 quien la violó y como resultado de esta violación nació el adolescente en mención.

La madre ha tenido otro conviviente, este lo reconoció pero después emigró a los Estados Unidos; luego convivió 13 años con otra persona con quien procrearon 6 hijos pero resultó dando mal trato físico y verbal a la madre y sus hijos y no aportaba dinero para los gastos de la casa, en lugar de esto, le quitaba el dinero que ganaba como producto de lavado y planchado de ropa ajena; actualmente el padrastro se dedica a asaltar y robar; esto obligó a que la madre abandonara a su conviviente y se quedara sola a cargo de sus hijos.

V. HISTORIA ESCOLAR.

Como desde pequeño se salió a la calle, no ha tenido oportunidad de estudiar, pero al momento estudia el 1er. Grado de primaria los fines de semana con el apoyo de Casa Alianza.

VI. HISTORIA SOCIAL.

El adolescente hace amigos con facilidad, ha pertenecido a la mara 18, le gusta participar en actividades deportivas, ha robado y consumido drogas.

VII. HISTORIA DEL CONSUMO.

Desde que inició a salirse a la calle también inició a consumir drogas bajo el impulso de los amigos que consiguió en la calle.

DROGA DE IMPACTO.

La droga que más ha consumido es la mariguana y el crack como en forma paleativa de sus necesidades básicas.

DROGAS EXPERIMENTALES.

El adolescente ha experimentado el consumo de mariguana, solvente, cocaína, crack, alcohol y nicotina.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES.

Luego de haber presentado y analizado los resultados obtenidos en el trabajo de campo, se llegó al establecimiento de las siguientes conclusiones:

1. Se comprobó que el abordaje terapéutico grupal es efectivo para favorecer el estado de ánimo en los adolescentes de 12 a 17 años que sufren depresión bipolar II a consecuencia del síndrome de abstinencia tardía por consumo de drogas.
2. Se comprobó que los niños y adolescentes bajo un estado de ánimo depresivo a consecuencia del síndrome de abstinencia por consumo de drogas, lograron mejorar su estado emocional al recibir tratamiento terapéutico grupal, pues esto les permitió separarse en forma paulatina y olvidarse de su problemática.
3. Se diagnosticó por medio del examen mental que el 100% de la población en estudio goza de un buen funcionamiento psíquico. El problema de la mayoría de ellos se refleja únicamente por el deseo de consumir drogas.
4. Por medio de la observación sistematizada y la orientación para superar las debilidades el 100% de la población logró mejorar su comunicación, participación, arreglo personal, higiene, etc.
5. Con la ayuda del Inventario de Depresión de Burns (IDB) se determinó que la abstinencia al consumo de drogas provoca un estado emocional depresivo que obliga a la persona a estar al margen de cualquier actividad ya sea laboral, recreativa, educativa, etc. Incluso a despreocuparse por su higiene personal.
6. Al finalizar la investigación se comprobó que el estado de ánimo de los adolescentes mejoró considerablemente y permitió que la población se estabilizara dentro del programa. Otro de los logros obtenidos se reflejó en la participación en las diferentes actividades tanto formativas, educativas como recreativas. Incluso el arreglo de camas, higiene personal, lavado de ropa etc.

RECOMENDACIONES.

1. A Asociación Casa Alianza, crear un programa de actividades grupales encaminadas directamente a contrarrestar el bajo estado de ánimo de los adolescentes en rehabilitación.
2. Capacitar a los educadores que trabajan con los residentes u orientarlos sobre las actividades que pueden realizar en la rehabilitación de cada uno de ellos, incluyendo una metodología eficaz a emplear para el mejoramiento del estado depresivo.
3. Seleccionar a los residentes que presenten estado de ánimo depresivo y brindarles psicoterapia grupal como grupo separado de los que presenten un estado de ánimo normal.
4. A los educadores: implementar dentro de su planificación mensual las actividades que permitan al grupo expresar sus sentimientos a través de actividades con expresión corporal, así como también todas aquellas que permitan al residente desplazar sus pensamientos hacia una construcción de ideas alejadas de su bajo estado de ánimo.
5. Mantener al grupo de residentes con bajo estado de ánimo, en constantes actividades que le permitan cambiar de ambiente; tales como dinámicas, fut bol, concursos de baile entre ellos, cantos, expresión corporal acompañado de música, actividades de relajación, ocupacionales, etc.
6. Evitar la ociosidad entre el grupo.
7. Implementar la logoterapia con el grupo.
8. Las actividades terapéuticas u ocupacionales deben realizarse en espacios abiertos donde puedan respirar libremente y sentirse libres.
9. Investigar si el estado depresivo en el residente se debe únicamente a la abstinencia del consumo o si hay otro factor de por medio.
10. Realizar actividades reflexivas sobre los valores humanos y la importancia de la transmisión de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA.

1. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN SOBRE EL MODELO DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA MÓDULO I Pag. 1. CASA ALIANZA.
2. SECATID.
HABLEMOS DE GENTE Y DE DROGA. PP. 30
3. Robert, E. Hales
Stuar C. Yudofsky. SINOPSIS DE PSIQUIATRÍA CLÍNICA pp. 292 - 301.
4. Dr. Mario Moro. PSICOBIOLOGÍA. Colegio Don Bosco. Guatemala 1998.
pp. 18 - 23
5. Carlos Berganza. DROGAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. 1ra. Edición Guatemala,
1992. PP. 15 - 23.
6. Irvin g. Sarazon. PSICOLOGÍA ANORMAL. Universidad de Washington, México 1996.
PP. 287 - 318.
7. DSM - IV. PP. 358
8. Dr. Jorge Rodríguez. S. y Dr. Aristides Hernández
PSICOTERAPIA, UNA RELACIÓN DE AYUDA. Empretec. Guatemala, 1998.
PP. 115 - 123.
9. J. De Jesús Gonzáles Nuñez. DINÁMICA DE GRUPOS. Editorial México 1999.
Pp. 1 - 85
10. Rogers, Carl.
PSICOTERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE. Editorial Paidos, Buenos Aires Argentina 1996. pp.
23 - 35.
11. Moreno J. L

PSICOTERAPIA DE GRUPO Y PSICODRAMA. Fondo de Cultura Económica, México D. F. 1972. Pp 19 - 23

12. Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica.
TERAPIA OCUPACIONAL, LABORTERAPIA EN LAS ENFERMEDADES MENTALES. Madrid, Abril. 1998. Pp. 116-117

ANEXOS

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BURNS (IDB)
(Tomado de David D. Burns, -The-feeling good hanbook
Ed. Penguin Group)

A continuación te presentamos una lista de los 15 síntomas más comunes en la depresión. Pon una señal en la columna correspondiente para indicar con que frecuencia has padecido cada uno de ellos durante la última semana.

SINTOMAS	Nunca 0	Algunas veces 1	Bastante s veces 2	Muchas veces 3
TRISTEZA: Te has sentido triste, con bajo estado de ánimo?				
DESESPERANZA: Has visto el futuro con desesperación?				
BAJA AUTOESTIMA: Te has sentido con poco valor, pensando en ti mismo como un fracasado?.				
INFERIORIDAD: Te has sentido inútil o inferior a los demás?				
CULPA: Te has autocrítico o culpado por algo?				
INDESIÓN: Has dudado a la hora de decidirte a hacer determinada cosa?				
IRRITABILIDAD Y FRUSTRACION: Te has mostrado resentido y enojado?				
PÉRDIDA DE INTERES POR LA VIDA: Has perdido el interés por tu profesión, aficiones, familia o amigos?				
DESMOTIVACION Y APATIA: Te has sentido cansado y te ha resultado muy costoso hacer cosas?				
POBRE AUTOIMAGEN: Te has sentido demasiado viejo o poco atractivo?				
CAMBIO DE APETITO: Has perdido el apetito o has tenido episodios de voracidad?				
CAMBIOS DE SUEÑO: Te ha costado quedarte dormido o te has despertado muy temprano?				
PERDIDA DE LA LIBIDO: Has perdido el interés por el sexo?				

SINTOMAS	Nunca 0	Algunas veces 1	Bastante s veces 2	Muchas veces 3
HIPOCONDRIASIS: Has estado excesivamente preocupado por tu salud?				
IMPULSOS SUICIDAS: Has pensado que la vida carece de valor y que sería mejor morirte?				

Una vez completado el cuestionario y sumadas las puntuaciones, utiliza el siguiente baremo para interpretar su significado:

Puntuación total

0 - 4
5 - 10
11 - 20
21 - 30
31 - 45

Nivel de depresión.

Depresión Mínima.
Depresión límite.
Depresión leve.
Depresión moderada.
Depresión severa.

Suma la puntuación de los 15 síntomas y anótala: _____

Fecha: _____

HOJA DE EVOLUCIONES.

FECHA:

FECHA:

FECHA:

FECHA:

FECHA:

FECHA:

FECHA:

FECHA:

OBSERVACION ESTRUCTURADA.

ASPECTO GENERAL.

HIGIENE PERSONAL:

Conducta: comportamiento general a nivel individual.

Se baña _____ se cambia de ropa _____ se peina _____
combina el

color de su ropa _____ lustra sus zapatos _____ arregla su cama

mantiene ropa limpia _____

OTROS:

COMPORTAMIENTO GRUPAL.

Platica con el grupo _____ se aísla _____ permanece en el grupo pero no

participa _____ le gusta participar _____ hace uso de la palabra _____ dirige el

grupo _____ es líder _____ dirige los juegos _____ es agresivo _____ acepta las

reglas del juego _____ recibe instrucciones _____ discute _____ es tolerante _____

bromea con todos _____ interrumpe _____ pide la palabra _____ es inquieto _____

OTROS:

EXAMEN MENTAL.

ASPECTO GENERAL Y CONDUCTA:

CONCIENCIA:

SENSORIO MOTOR.

MEMORIA INMEDIATA:

MEMORIA RECIENTE:

MEMORIA REMOTA:

ORIENTACION PERSONAL.

ESPACIO:

TIEMPO:

ATENCION-CONCENTRACION:

ABORDAJE TERAPÉUTICO GRUPAL EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS QUE PRESENTAN UN CUADRO DE DEPRESIÓN BIPOLAR II A CAUSA DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR CONSUMO DE DROGAS.

Resumen Informativo o descriptivo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Comprobar eficacia del abordaje terapéutico grupal en 10 adolescentes de sexo masculino bajo depresión bipolar II por consumo de drogas.

OBJETIVOS DEL RESUMEN.

Presentar los resultados del estudio en forma concreta. Y comprobar el mejoramiento del estado de ánimo de los adolescentes por medio del abordaje terapéutico grupal. Por lo mismo es necesario brindarles siempre este abordaje y las instituciones afines deben implementar este abordaje.

METODOLOGIA.

Sesiones grupales e individuales de psicoterapia con períodos de una hora tanto para las psicoterapias como para el examen mental, test y retest del Inventario de Depresión de Burns, observación estructurada y evoluciones.

RESULTADOS.

Se tomó una muestra de 10 adolescentes, los cuales en principio manifestaron desconfianza y apatía, sin deseos de participar en las terapias. De ellos 5 manifestaron depresión leve, 3 con depresión moderada y 2 con depresión severa. Durante las terapias fueron evolucionando y al final del estudio, 9 de ellos manifestaron bajar su estado de ánimo a un grado mínimo y uno en depresión límite lo cual demuestra que las psicoterapias grupales fueron efectivas para mejorar su estado de ánimo.

CONCLUSIONES.

El abordaje terapéutico grupal favorece el estado de ánimo en los adolescentes que sufren depresión bipolar II a consecuencia del síndrome de abstinencia tardía por consumo de drogas.

Se comprobó que los niños y adolescentes bajo un estado de ánimo depresivo, lograron mejorar su estado emocional.

Por medio de la observación sistematizada y la orientación para superar las debilidades el 100% de la población logró mejorar su comunicación, participación, arreglo personal, higiene, etc.

BIBLIOGRAFÍA.

2. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN SOBRE EL MODELO DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA MÓDULO I Pag. 1. CASA ALIANZA.
2. SECATID.
HABLEMOS DE GENTE Y DE DROGA. PP. 30
3. Robert, E. Hales
Stuar C. Yudofsky. SINOPSIS DE PSIQUIATRÍA CLÍNICA pp. 292 - 301.
4. Dr. Mario Moro. PSICOBIOLOGÍA. Colegio Don Bosco. Guatemala 1998.
pp. 18 - 23
5. Carlos Berganza. DROGAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. 1ra. Edición Guatemala,
1992. PP. 15 - 23.
7. Irvin g. Sarazon. PSICOLOGÍA ANORMAL. Universidad de Washington, México 1996.
PP. 287 - 318.
7. DSM - IV. PP. 358
8. Dr. Jorge Rodríguez. S. y Dr. Aristides Hernández
PSICOTERAPIA, UNA RELACIÓN DE AYUDA. Empretec. Guatemala, 1998.
PP. 115 - 123.
9. J. De Jesús Gonzáles Nuñez. DINÁMICA DE GRUPOS. Editorial México 1999.
Pp. 1 - 85
10. Rogers, Carl.
PSICOTERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE. Editorial Paidos, Buenos Aires
Argentina 1996. pp.
23 - 35.
11. Moreno J. L

PSICOTERAPIA DE GRUPO Y PSICODRAMA. Fondo de Cultura Económica, México D. F. 1972. Pp 19 - 23

12. Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica.
TERAPIA OCUPACIONAL, LABORTERAPIA EN LAS ENFERMEDADES MENTALES. Madrid, Abril. 1998. Pp. 116 -117