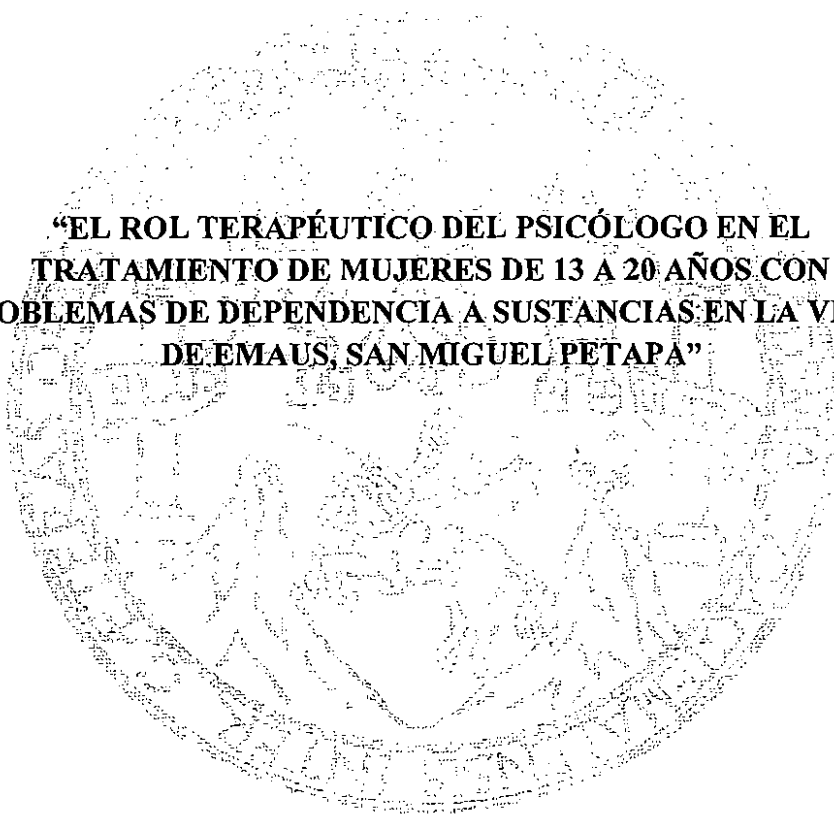


**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**



**“EL ROL TERAPÉUTICO DEL PSICÓLOGO EN EL
TRATAMIENTO DE MUJERES DE 13 A 20 AÑOS CON
PROBLEMAS DE DEPENDENCIA A SUSTANCIAS EN LA VILLA
DE EMAUS, SAN MIGUEL PETAPA”**

**SANDRA CELESTE MATHEU FONG
MARIA JOSE MATHEU ESTRADA**

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2008

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

**“EL ROL TERAPÉUTICO DEL PSICÓLOGO EN EL
TRATAMIENTO DE MUJERES DE 13 A 20 AÑOS CON
PROBLEMAS DE DEPENDENCIA A SUSTANCIAS EN LA VILLA
DE EMAUS, SAN MIGUEL PETAPA”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

**SANDRA MATHEU FONG
MARÍA JOSE MATHEU ESTRADA**

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

PSICÓLOGAS

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIATURA

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2008

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín
DIRECTORA

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA

Doctor René Vladimir López Ramírez
Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo
REPRESENTANTES DE CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS

Ninette Archila Ruano de Morales
Jairo Josué Vallecios Palma
**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES
ANTE CONSEJO DIRECTIVO**



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

c.c. Control Académico
CIEPs.
Reg. 115-2008
CODIPs. 1386-2008

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

21 de octubre de 2008

Estudiantes

**María José Matheu Estrada
Sandra Celeste Matheu Fong
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio**

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto **QUINCUAGÉSIMO PRIMERO (51o.)** del Acta **VEINTISÉIS GUIÓN DOS MIL OCHO (26-2008)**, de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 16 de octubre de 2008, que copiado literalmente dice:

QUINCUAGÉSIMO PRIMERO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: **"EL ROL TERAPÉUTICO DEL PSICÓLOGO EN EL TRATAMIENTO DE MUJERES DE 13 A 20 AÑOS CON PROBLEMAS DE DEPENDENCIA A SUSTANCIAS EN LA VILLA DE EMAUS, SAN MIGUEL PETAPA"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

**MARÍA JOSÉ MATHEU ESTRADA
SANDRA CELESTE MATHEU FONG**

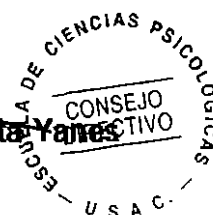
**CARNÉ No. 200023851
CARNÉ No. 200317106**

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Linda Siomara Sandoval Sanchez, y revisado por el Licenciado Marco Antonio García Enríquez. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los Trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA



Melveth S.



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"

TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

REG.: 115-08

CIEPs.: 203-08

INFORME FINAL

Guatemala, 13 de Octubre de 2008.

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Marco Antonio García Enríquez, ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“EL ROL TERAPÉUTICO DEL PSICÓLOGO EN EL TRATAMIENTO DE MUJERES DE 13 A 20 AÑOS CON PROBLEMAS DE DEPENDENCIA A SUSTANCIAS EN LA VILLA DE EMAUS, SAN MIGUEL PETAPA”.

ESTUDIANTE:
María José Estrada Matheu
Sandra Celeste Matheu Fong

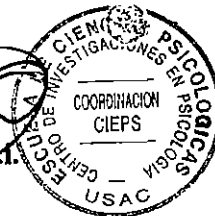
CARNÉ No.:
2000-23851
2003-17106

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN.**

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciado José Alfredo Espinoza Cabrera, a.i.
COORDINADOR
Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs.-
“Mayra Gutiérrez”



/Sandra G.
CC. archivo



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

REG. 115-08
CIEPs. 204-08

Guatemala, 13 de Octubre del 2008.

Licenciado José Alfredo Enríquez Cabrera, Coordinador. a.i.
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciado Enríquez:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**, titulado:

“EL ROL TERAPÉUTICO DEL PSICÓLOGO EN EL TRATAMIENTO DE MUJERES DE 13 A 20 AÑOS CON PROBLEMAS DE DEPENDENCIA A SUSTANCIAS EN LA VILLA DE EMAUS, SAN MIGUEL PETAPA”.

ESTUDIANTE:
María José Estrada Matheu
Sandra Celeste Matheu Fong

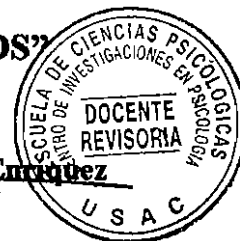
CARNÉ No.:
2000-23851
2003-17106

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs- "Mayra Gutiérrez", emito **DICTAMEN FAVORABLE** y solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,
“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


~~Licenciado Marco Antonio García Enríquez~~
DOCENTE REVISOR



/Sandra G.
c.c. Archivo

Guatemala, 6 de octubre de 2008

Licenciado
José Alfredo Enriquez Cabrera, Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciado Enriquez:

Por este medio hago de su conocimiento que tuve a mi cargo la asesoría del INFORME FINAL de investigación titulado:

“EL ROL TERAPÉUTICO DEL PSICÓLOGO EN EL TRATAMIENTO DE MUJERES DE 13 A 20 AÑOS CON PROBLEMAS DE DEPENDENCIA A SUSTANCIAS EN LA VILLA DE EMAUS, SAN MIGUEL PETAPA”

ESTUDIANTES:

CARNE No.

Sandra Celeste Matheu Fong
Maria Jose Matheu Estrada

2003-17106
2000-23851

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por lo que considero que el mismo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología lo considero APROBADO. Sin otro particular me despido de usted.

Atentamente,

Licda. Linda Siomara Sandoval Sanchez
No. Colegiado Activo 5541

Licda. Linda Siomara Sandoval S.

PSICÓLOGA
Colegiado No. 5541



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

REG. 054-08
CIEPs. 115-08

APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Guatemala 07 de Octubre del 2008.

ESTUDIANTE:
María José Estrada Matheu
Sandra Celeste Matheu Fong

CARNÉ No.:
2000-23851
2003-17106

Informamos a ustedes que el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, de la Carrera de **Licenciatura en Psicología**, titulado:

“EL ROL TERAPÉUTICO DEL PSICÓLOGO EN EL TRATAMIENTO DE MUJERES DE 13 A 20 AÑOS CON PROBLEMAS DE DEPENDENCIA A SUSTANCIAS EN VILLA DE EMAUS, SAN MIGUEL PETAPA”.

ASESORADO POR: Licenciada Linda Siomara Sandoval Sánchez

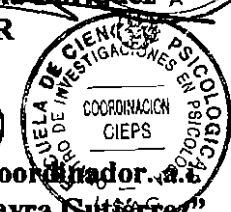
Por considerar que cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs.-, ha sido **APROBADO** por la Coordinación de Investigaciones y se solicita iniciar la fase de Informe Final de Investigación.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Marco Antonio García Enriquez
DOCENTE REVISOR




Vo.Bo. Licenciado José Alfredo Enriquez Cabrera, Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs.- “Mayra Gutiérrez”



/Sandra G.
CC. Archivo



COMUNIDAD TERAPEUTICA CATOLICA
FEMENINA MARIA MAGDALENA
TELEFONO 2480-6037

Villa de EMAUS

Guatemala 6 de octubre de 2008

Licenciado
José Alfredo Enriquez Cabrera, Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciado Enriquez:

Por este medio hago de su conocimiento que en este establecimiento se realizó el TRABAJO DE CAMPO del informe final de investigación titulado:

“El rol terapéutico del psicólogo en el tratamiento de mujeres de 13 a 20 años con problemas de dependencia a sustancias en la Villa de Emaus, San Miguel Petapa”

ESTUDIANTES:

CARNE No.

Sandra Celeste Matheu Fong
Maria Jose Matheu Estrada

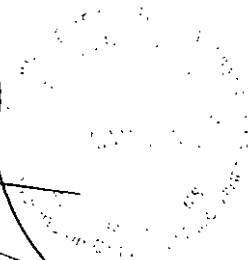
2003-17106
2000-23851

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el mismo se ejecutó de manera satisfactoria y en beneficio de la Institución. Sin otro particular me despido de usted.

Atentamente,

Victoria Dibassi
Directora



PADRINOS DE GRADUACION

LINDA SIOMARA SANDOVAL SANCHEZ

**LICENCIADA EN PSICOLOGIA
COLEGIADO No. 5541**

SANDRA CELESTE MATHEU FONG

MARCO ANTONIO GARCIA ENRIQUEZ

**LICENCIADO EN PSICOLOGIA
COLEGIADO No. 5950**

JUAN CARLOS RIZZO GUEVARA

**CIRUJANO Y DENTISTA
COLEGIADO No. 2451**

MARIA JOSE MATHEU ESTRADA

Acto que Dedico...

Este trabajo está dedicado a...
La Fuente Suprema de donde emana lo puro y verdadero,
A mi amada Madre, Sandra Matheu, por ser la mejor representación de Amor y
Perseverancia,
A mis Hermanos, cómplices y amigos, Ana Paula, Estuardo y María Isabel por
que juntos somos invencibles,
A mis mentores Ana Franco y Mario Colli por compartir conmigo su mayor
bien...
Su experiencia
¡Gracias!

Maria José Matheu

A Dios por hacerse verbo en mi Vida.
A mis Padres, Rodolfo y Celeste, por la satisfacción del deber cumplido.
A mi cuarteto de patojos, mis amadísimos hijos, María José, Ana Paula, Estuardo
y María Isabel, por ser la inspiración de mis aciertos y la piedra angular de mi
fortaleza y fuente inagotable de ternura.
A mi hermano, Leonel y mis sobrinos, Jorge y Karla.
A mis primos y primas por su cariño y su confianza.
A mi amiga Ana Franco por su lealtad y cariño.
A todo el Claustro de Catedráticos de la Escuela de Ciencias Psicológicas por su
enseñanza y ayuda incondicional.

Sandra Matheu Fong

Agradecimientos

A nuestra ALMA MATER, UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, por permitirnos empezar a recorrer el camino del conocimiento.

A la ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS por sus enseñanzas.

A la Villa de EMAUS por su apertura incondicional y su filosofía de servicio y a Victoria Divassi en especial por su compromiso y compasión hacia el prójimo.

A licenciada LINDA SIOMARA SANDOVAL SANCHEZ por su alegría de vivir y apoyo incondicional.

A nuestro amigo, maestro y revisor de tesis, Lic. MARCO ANTONIO GARCÍA ENRIQUEZ por creer en nosotros.

Índice

Prólogo

CAPÍTULO I

Introducción	11
Marco Teórico	12
1. Conducta Adictiva	
a. Dependencia	
b. Dependencia física	
c. Dependencia psíquica o psicológica	
d. Tolerancia directa	
e. Consumo perjudicial	
f. Síndrome de dependencia	
g. Síndrome de abstinencia	
h. Factores de riesgo	
i. Personales	
1. Edad	
2. Pobre o ninguna autoestima	
3. Escasa tolerancia a la frustración	
4. Baja capacidad para discernir correctamente ante toma de decisiones	
5. Inconformismo ante normas sociales	
6. Depresión	
7. Temeridad innecesaria	
ii. Familiares	
1. Ejemplo familiar	
2. Estilo educativo	
a. Sobreprotección o abandono	
b. Rigidez en la estructura familiar	
c. Falta de reconocimiento	
3. Clima afectivo	
iii. Comunitarios	
1. Dependencia de grupo	
2. Presión de grupo	
3. Resentimiento social	
4. Actitud de los líderes sociales ante las drogas	
5. Relaciones conflictivas en la comunidad de estudio o trabajo	

2

2

iv.	Relieve dramático	
v.	Autoliberación	
vi.	Liberación social	
vii.	Manejo de contingencias	
viii.	Relaciones de ayuda	
ix.	Contracondicionamiento	
x.	Control de estímulos	
b.	Estadios	
i.	Precontemplación	
ii.	Contemplación	
iii.	Preparación	
iv.	Acción	
v.	Mantenimiento	
vi.	Recaída	
vii.	Finalización	
c.	Niveles	
i.	Síntoma/Situación	
ii.	Cogniciones desadaptativas	
iii.	Conflictos interpersonales	
iv.	Conflictos sistémicos/familiares	
v.	Conflictos interpersonales	
5.	Adicciones en el Género femenino	39
6.	Perfil del Psicólogo en la Intervención en Adicciones	45
a.	Proceso curativo	
b.	Habilidades y Destrezas	
c.	Funciones terapéuticas	
i.	Evaluación	
ii.	Diagnóstico	
iii.	Tratamiento e intervención	

CAPÍTULO II

Técnicas e instrumentos	50
-------------------------	----

- a. Selección de la muestra y tipo de muestreo
- b. Instrumentos de recolección de datos
- c. Técnicas y procedimientos del trabajo
- d. Técnicas de análisis estadístico, descripción e interpretación de datos

CAPÍTULO III

Presentación, análisis e interpretación de resultados	51
---	----

1

1

Prólogo

El consumo de drogas legales e ilegales representa un grave problema en la salud de los habitantes de nuestro país. El aumento de la incidencia es alarmante, el género no es una limitante y la brecha de la edad de inicio de consumo ha crecido y se mantiene hasta la edad adulta.

La mujer como miembro de la sociedad con grado elevado de vulnerabilidad por propias características de género a partir de las cuales se promueven actitudes y comportamientos de riesgo para la integridad física y mental nos ha llevado a la elaboración de estrategias eficaces para enfrentar este grave problema.

Los Psicólogos y Psicólogas, especialmente los especializados en el área clínica, deben tener un papel protagónico tanto en la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las pacientes con problemas de adicciones a sustancias.

En la población de la Villa de EMAUS, San Miguel Petapa experimentamos el enriquecimiento en el cambio de conductas tanto en el fortalecimiento de hábitos saludables para las diversas pacientes como también en el alcance de la remisión y reinserción familiar, social y laboral de las pacientes con adicciones a sustancias.

Licda. Ana Franco

CAPITULO I

Introducción

El tratamiento de las Adicciones ha sido, desde hace ya varios años, un tema que ha ocupado psiquiatras, psicólogos, médicos, trabajadores sociales, creándose en los últimos tiempos un enfoque multidisciplinario, donde participan todos estos especialistas, además de que se ha adoptado casi a nivel mundial, un enfoque de una Intervención Psicológica Integrada o bien Integrativa. El enfoque que aquí se va a presentar, se ubica dentro de esta perspectiva, o sea desde la Psicoterapia Integrativa utilizando el término utilizado por varios autores norteamericanos y argentinos, como Fernández Alvarez, profesor argentino de reconocido prestigio internacional, quien en estos momentos está a cargo del Capítulo Latinoamericano de Investigación en Psicoterapia de la Society to Psychotherapy Research (Fernandez Alvarez y Opazo, 2004; Colli, 2008).

Este enfoque fue adoptado a partir de la influencia recibida de los trabajos de varios autores consultados en la práctica donde se aboga por un enfoque de Psicoterapia Integrativa ya sea individual o grupal (Flores, 1997; Colli, Prendes, 2001; Colli, Rubalcaba, 2004; Colli, 2008).

Se considera que este enfoque es una superación de algunas propuestas que solo se enfocaban sobre una Escuela Teórica de Psicoterapia limitación que pensamos tiene la propuesta de Chambless (Chambless et all, 1997).

Lo que cumple con los objetivos de nuestro trabajo de investigación fue pretender determinar las funciones que desempeña el Psicólogo en su rol de terapeuta en el tratamiento de Adicciones en cada una de las fases de las cuales consta dicho proceso de intervención, es decir, en la fase diagnóstica, en la intervención individual, en la rehabilitación, en la prevención de recaídas y en la intervención con la familia del poliadicto y alcohólico.

Marco Teórico

En el campo de las Adicciones se hace imperativo manejar ciertos conceptos o definiciones que contribuirán al mejor desempeño de las funciones del Psicólogo/Terapeuta en el tratamiento del alcohólico o poliadicto.

A continuación son detalladas cada una de ellas para establecer un lenguaje común y fácil de comprender:

1. Conducta adictiva

La conducta adictiva incluye tanto los comportamientos relacionados con el consumo de drogas, como el rechazo de las sustancias y la resistencia a consumir. La vulnerabilidad o susceptibilidad incluye factores genéticos, las influencias socioculturales y la historia de aprendizaje (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2003).

Desde un enfoque cognitivo-conductual, la conducta adictiva presenta dos características fundamentales: 1) Es una conducta aprendida y 2) Es una conducta que reporta recaídas.

Para la comprensión de la conducta adictiva se detallan a continuación, según lo establecido por Colli (2006), los conceptos básicos en materia de adicciones:

a. Dependencia:

La dependencia se define como el uso continuado y abusivo de una sustancia con el propósito de obtener sensaciones placenteras (dependencia psicológica) o bien de eliminar sensaciones displacenteras como consecuencia de la supresión de su administración (dependencia física). (DSM-IV TR, 2002).

b. Dependencia Física:

Es el estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico.

conductas poco productivas, una tensión creciente hasta que se realiza la conducta, y desaparición rápida de la tensión al realizarla.

Hay grados de dependencia: uso, abuso y dependencia.

El uso se define como el consumo recurrente de sustancias psicoactivas; el Abuso se refiere a se refiere a la indulgencia en el consumo y dependencia de una droga u otro químico que lleva a efectos que generan un detrimento en la salud física y mental de la persona que lo realiza, o el bienestar de otros. (DSM-IV TR, 2002) y la dependencia fue definida con anterioridad.

Para diagnosticar la dependencia a sustancias el Manual de Enfermedades y Estadísticas de los Trastornos Mentales establece siete criterios a continuación descritos:

- 1) Tolerancia, definida por (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación, o el efecto deseado o, (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
- 2) Abstinencia, definida como cualquiera de los siguientes ítems (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia o (b) se toma la misma sustancia (o un muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- 3) La sustancia se consume en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que originalmente se pretendía.
- 4) Existe un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- 5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (ejemplo, visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (ejemplo, fumar un cigarrillo tras otro) o en la recuperación de sus efectos.
- 6) Reducción o abandono de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- 7) Se continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el uso de la sustancia

Siguiendo a Prochaska y Diclemente en su Modelo Transteórico estableceremos ahora los factores de riesgo que involucran la dependencia a sustancias o drogodependencia.

1. Ejemplo familiar
2. Estilo educativo
3. Clima afectivo

1. Ejemplo familiar

La observación del comportamiento de los padres puede ser el modo de adquirir una conducta determinada. La forma de vida y los valores que éstos muestren ante sus hijos pueden servir de eficaz prevención o, por el contrario, de factor precipitante para el inicio en el consumo de alcohol y de otras drogas.

2. Estilo educativo

La disciplina y una efectiva, pero comprensiva, supervisión pueden neutralizar los factores de riesgo que presentan los siguientes comportamientos parentales, ausencia de normas de comportamiento: la permisividad o, por el contrario, el autoritarismo, provocan confusión en los hijos.

a) Sobreprotección o abandono:

Tanto el exceso como la indiferencia en la atención de los hijos pueden favorecer el inicio en los consumos.

b) Rigidez en la estructura familiar:

Impide o retrasa los procesos de maduración, autonomía e independencia, y provoca sumisión o bien, rebeldía.

c) Falta de reconocimiento:

No aprobar, destacar o premiar los logros de los hijos da como resultado personalidades inseguras y con muy baja autoestima.

3. Clima afectivo:

El clima que se vive dentro del hogar tiene directa relación con la estabilidad emocional de los miembros de la familia, la que puede vincularse con el consumo de alcohol y otras drogas.

Afectan a la familia:

- Falta de diálogo y de comunicación entre sus miembros
- Violencia doméstica
- Deficiente relación de pareja entre los progenitores
- Conflictos frecuentes traducidos en discusiones
- Alteración de roles
- Incompetencia
- Falta de estabilidad y de responsabilidad de uno o de ambos padres que les impide ofrecer seguridad y protección

2. Factores socio-ambientales negativos

Incapacidad para procesar la frustración que se deriva de un sentimiento de desventaja o minusvalía.

3. Medios de comunicación social

El tratamiento que los medios dan a las drogas está distorsionado, plagado de estereotipos y de confusiones en cuanto a los conceptos que se relacionan con ella.

4. Publicidad

La familiaridad con las sustancias ha normalizado el consumo de las mismas.

i. Resistencia

Define al acto o conjunto de actos o actitudes opuestos al abandono del consumo de sustancias.

j. Abstinencia

Abandono del consumo de drogas que pretende iniciar el proceso de cambio que proponen en Prochaska y Diclemente en su modelo transteórico.

k. Craving

Hace referencia al deseo irresistible o necesidad imperiosa de consumir una sustancia (droga) que sienten las personas que han desarrollado una dependencia hacia ésta. (DSM-IV, 2002)

l. Recaída

Repetición de la conducta adictiva después de un período de abstinencia

m. Reinserción social

Consiste en un proceso orientado a reingresar al paciente a una sociedad.

El objetivo de la reinserción es que el paciente consiga su ubicación en el contexto social, construyendo una red vincular que lo ayude a sostenerse, logre un medio de vida acorde con sus principios y reformule sus relaciones familiares. (Brioriza, 2001)

2. Tratamiento psicológico para la Drogadicción

Una formulación biopsicosocial y multifactorial sería el mejor abordamiento en el abuso de sustancias y alcoholismo ya que esto afecta en muchas áreas del individuo, es decir, un abordaje multimodal que incluya aspectos biológicos, conductuales y sociales pero para efectos del mejor estudio

c. Psicoanalítico

La adicción es un síntoma que muestra la manera que tiene el sujeto de relacionarse con el mundo. Para el psicoanálisis, la adicción tiene un carácter compulsivo inconsciente, que lleva al enfermo a consumir esa sustancia que le es imprescindible para su existencia.

Las adicciones presentan una psicodinamia que para su comprensión es necesario tomar elementos planteados por Freud, Kart Abraham y Melanie Klein.

Freud considera que la adicción se debe a fuertes fijaciones orales, consideraba que esta es la masturbación y que las otras adicciones son sustitutivas de ésta. Freud explicaba que el alcohol suprime las inhibiciones y anula el trabajo de la sublimación de los instintos, lo cual da como resultado que la libido homosexual quede en libertad, con lo que el alcohólico cree que su mujer le es infiel, debido a que proyecta en ella sus deseos sexuales hacia los hombres.

Kart Abraham plantea que en el adicto la excitación del impulso sexual y la deterioración de las sublimaciones hacen que el componente homosexual reaparezca con más fuerza.

Melanie Klein hace la relación entre el sadismo precoz y las fases tempranas del Complejo de Edipo, ella cree que la adicción según los objetos son peligros introyectados que pueden ser convertidos en buenas sustancias que pueden ser utilizadas para neutralizar los malos objetos, indica además, que las fantasías representan una condenación de dos sistemas primarios, en uno de los cuales el niño ataca y más tarde restaura el cuerpo de la madre, mientras que en el otro, la madre ataca y más tarde, restaura el cuerpo del niño.

Considera que el sadismo juega también un papel muy importante en el hecho de que el sujeto elija para sí la adicción, una droga es sentido por el sujeto como una sustancia con propiedades sádicas que pueden existir a la vez en el mundo externo y en el interior del cuerpo, pero que ejerce sus poderes sádicos únicamente cuando se halla en el interior.

Según Fenichel la droga es sentida por estos individuos como algo que satisface el deseo de alimento y calor, insiste en que los adictos necesitan que se les proporcione un sentimiento de seguridad y autoafirmación y que se encuentran fijados en una finalidad narcisista.

Para el tratamiento de las adicciones hay que tener en cuenta el aspecto inconsciente de la mente humana, que al ser considerada permite ver la

El Entrenamiento en Habilidades Sociales es un procedimiento cognitivo-conductual de amplio espectro que cuenta con gran arraigo, sobre todo en el tratamiento del alcoholismo.

El objetivo principal de este tipo de intervenciones es dotar al paciente de las suficientes habilidades de afrontamiento y autocontrol para poder manejar las situaciones de riesgo producidas por los estímulos que desencadenan el deseo intenso de beber o consumir droga.

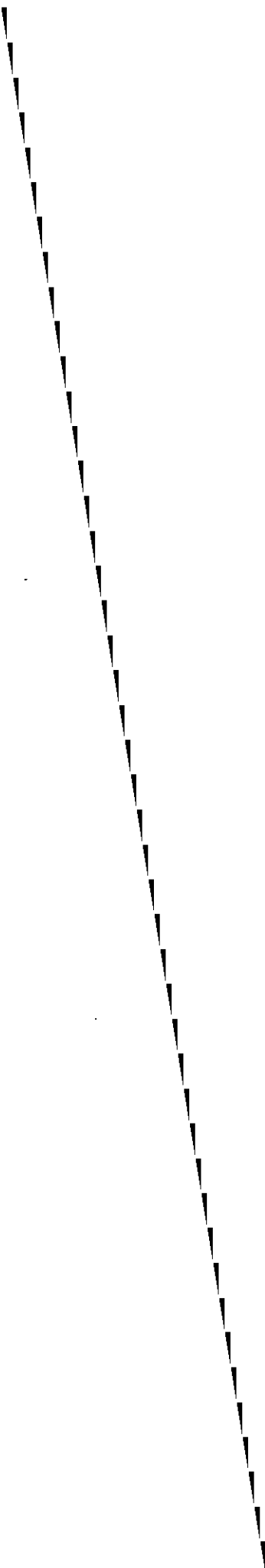
Los aspectos centrales de este procedimiento incluyen: habilidades interpersonales, asertividad y expresión de emociones, entrenamiento en solución de problemas, afrontamiento de estados cognitivo-emocionales, afrontamiento de eventos vitales estresantes y afrontamiento de situaciones de riesgo para el consumo (Monti, Rohsenow, Colby y Abrams, 1995).

El modelo de Prevención de Recaídas (PR) de Marlatt y Gordon (1985) se puede considerar como una especie de ramificación particular de los programas cognitivo-conductuales que cuenta hoy en día con una eficacia demostrada, por lo que puede ser catalogado como un tratamiento de primera elección.

La PR contiene tres elementos fundamentales:

- 1) Estrategias de entrenamiento en habilidades, que incluyen tanto estrategias cognitivas como conductuales para afrontar situaciones de riesgo: identificación de situaciones de alto riesgo, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, autorregistro y análisis funcional del uso de drogas, estrategias para afrontar el craving y los pensamientos asociados al uso de sustancias, afrontamiento de las caídas o consumos aislados (lapses), asertividad, control de estrés, habilidades de comunicación, habilidades sociales generales y entrenamiento en solución de problemas.
- 2) Procedimientos de reestructuración cognitiva diseñados para proporcionar al paciente pensamientos alternativos a los que le empujan a consumir, estrategias de imaginación para detectar situaciones de riesgo y estrategias para afrontar el EVA (efecto de violación de la abstinencia).
- 3) Estrategias de reequilibrio del estilo de vida (como la relajación o el ejercicio físico) para incrementar las actividades alternativas al consumo de drogas.

Además en este paradigma se utilizan las técnicas de exposición que no es más que una terapia de exposición a pistas o señales (Cue Exposure Treatment, CET) que invoca el condicionamiento respondiente para explicar el uso de



terapéuticas pequeñas las situaciones inconclusas y lograr, paulatinamente, que la energía fluya a través del ciclo de la experiencia.

Para ello es importante considerar la dependencia sólo como un aspecto del yo-mismo funcional, y así entrar con la paciente en una relación yo-tú, es decir, de persona a persona y no en una relación yo-ella, es decir, una relación con la drogodependiente.

f. Ecléctico - Integrador

Este modelo toma elementos de los modelos anteriormente expuestos y los integra a forma de poder establecer una ayuda que consta de tres fases; la evaluación, la desintoxicación y la deshabitación.

En la primera fase (Evaluación) se realiza en primer lugar el análisis funcional del comportamiento de consumo de drogas, estableciendo las relaciones funcionales de cada uno de los elementos, haciéndole entender al sujeto la naturaleza de tales relaciones así como las consecuencias que para su vida tiene el consumo de sustancias. Un modelo de análisis funcional adecuado es el de Pastor y Sevilla (1990, Cit. en Sánchez y col, 2002), que los autores han adaptado al consumo de drogas. Se evalúan las actitudes hacia el consumo y hacia la abstinencia, con el objetivo de poder planificar de forma más adecuada las estrategias de intervención posteriores. Se valora la motivación al tratamiento y los niveles y procesos de cambio siguiendo a Prochaska, DiClemente y Norcross (1992). Se evalúa la presencia de psicopatología a través de entrevista clínica y cuestionarios. Es conveniente en este momento determinar la elección del recurso terapéutico más adecuado para la desintoxicación (Tejero y Trujols, 1994). Finalmente se informa sobre las fases del tratamiento y del mecanismo de desintoxicación. Dar información sobre la experiencia de desintoxicación y de lo que puede ocurrir durante la misma, tiene el efecto de reducir la intensidad de la ansiedad durante la misma, así como en el período inmediatamente posterior a la misma (Green y Gossop, 1988).

La segunda fase (Desintoxicación) se inicia con una continuación del último paso de la fase anterior, ofreciendo información y estableciendo una previsión sobre el proceso farmacológico que va a realizarse, así como una valoración de los síntomas de intoxicación y/o abstinencia que presenta el paciente. Se valora la motivación y las expectativas del paciente y, se realizan intervenciones motivadoras siguiendo a Miller y Rollnick (1991). Algunos pacientes presentan dificultades en esta fase y precisan terapia de apoyo (Marlatt y Gordon, 1985; Marlatt, Parks, Witkiewicz, 2002; Beck y col, 1979; 1993). Vuelve a valorarse la presencia de síntomas psicopatológicos asociados.

temporal (estadio) en el que se encuentra el paciente y, conocer los procesos cognitivos y conductuales que subyacen a dicho proceso de cambio.

A continuación se incluye un cuadro que describe los procesos primarios de cambio con cada uno de los modelos teóricos planteados.

TEORÍA	PROCESOS PRIMARIOS DE CAMBIO	TÉCNICAS REPRESENTATIVAS
Psicoanalítica	<ul style="list-style-type: none"> · Incremento de conciencia · Relieve dramático 	<ul style="list-style-type: none"> · Análisis de resistencias · Asociación libre · Interpretación de los sueños
Humanística/Existencial	<ul style="list-style-type: none"> · Liberación social · Autoliberación 	<ul style="list-style-type: none"> · Clarificación y reflexión · Empatía y calidez · Libre experimentación
Gestalt/Experiencial	<ul style="list-style-type: none"> · Autoreevaluación · Relieve dramático 	<ul style="list-style-type: none"> · Elección y feedback · Confrontación · Enfoque
Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> · Autoreevaluación · Contracondicionamiento 	<ul style="list-style-type: none"> · Educación · Identificación de Pensamientos Irracionales · Reestructuración cognitiva
Conductista	<ul style="list-style-type: none"> · Control de estímulos · Control de Contingencias · Contracondicionamiento 	<ul style="list-style-type: none"> · Asertividad · Entrenamiento en relajación · Manejo de reforzadores · Entrenamiento en autocontrol

Tomado de Sanchez-Hervas, 2004.

3. Modalidades de tratamiento psicológico

a. Terapia Individual

Esta modalidad permite profundizar en la exploración psíquica e histórica, así como realizar de experiencias emocionales correctoras, que pueden efectuarse mejor en esta modalidad Terapéutica.

El poder de la terapia individual reside, en parte, en la capacidad del paciente para resolver transferencias, especialmente las negativas. Esto requiere que el terapeuta no se ocupe de ciertos comportamientos que, por muy útiles que sean, pueden interferir con la capacidad del paciente para sacar precisamente los patrones más profundos e irracionales de actitudes negativas, y que son los que más necesitan resolverse. Así, el terapeuta no debe dar consejos, pero sí decidir cómo apoyar al ego, pudiendo elegir entre la educación, la retroalimentación interpersonal realista y el reforzamiento para el crecimiento psicológico óptimo.

Esta terapia es un terreno ideal para la integración intrapsíquica previamente negada, pero sólo a partir de que haya una demanda en ciertas condiciones y características específicas, es que podrá o no haber tratamiento.

La psicoterapia como proceso de tratamiento, debe contemplar las recaídas como elementos de análisis, elaboración y resolución, ya que en general, pueden definirse como actuaciones de los pacientes, que son características de los sujetos adictos, vinculadas a los impulsos inconscientes ante situaciones angustiantes.

Los aspectos principales a trabajar en una psicoterapia individual, son las siguientes:

- Las razones que llevan al paciente a la psicoterapia y las que pueden hacerle permanecer en ella
- Condiciones psíquicas del paciente en relación a la dependencia
- El lugar que ocupa y juega el paciente en su interacción con los otros y en la relación terapéutica (transferencia)
- El significado y la función que tiene la droga en la conexión entre el campo psíquico-emocional y la realidad externa
- El sentido o significados que tiene el acto de consumo para el paciente
- Otros deseos que tiene el paciente, que pueden hacer que deje de drogarse²

² http://www.cij.gob.mx/Paginas/PDF/Especialistas/tratamiento/CAPITULO_VII.pdf

demás miembros del personal que están implicados activamente en su recuperación.

La habilidad de tratar la adicción consiste en poder superar la enorme negación y resistencia, activa o pasiva, que se presenta en la mayoría de los pacientes adictos. Esto conlleva la consideración de algunos aspectos éticos y terapéuticos muy importantes. El terapeuta grupal no puede mantenerse al margen adoptando una postura de neutralidad; el tiempo, grado de dependencia de la sustancia y ausencia de motivación son factores que juegan en contra de la evolución de la terapia, a diferencia de los tratamientos habituales con pacientes no adictos.

El motor básico en los adictos, consiste en llevarles a que perciban y comprendan la relación que hay entre sus dificultades actuales en la vida diaria y el consumo de alcohol o drogas. Cuando esto se ha logrado, se les debe transmitir las ventajas de no beber o no consumir drogas, comparadas con los problemas derivados del consumo continuo de ellas.

La mayoría de los terapeutas saben que no se debe decidir por los pacientes, ni se debe comprometer la alianza terapéutica. Pero, cuando se trata de un grupo de pacientes adictos en las primeras etapas de la recuperación, que están intentando tomar decisiones sobre las drogas o el alcohol, se debe reconsiderar esta afirmación.

En la segunda etapa, una vez que se ha utilizado la fuerza y la disuasión del grupo para ayudar a que los pacientes adictos interioricen su responsabilidad sobre la abstinencia, se debe llevar gradualmente al grupo a reconocer los factores internos que han contribuido a su propensión al consumo de drogas como fuente de gratificación y regulación efectiva. Los participantes deben explorar y comprender la conexión entre el consumo de drogas, su patología de carácter y su incapacidad para establecer relaciones íntimas sanas y satisfactorias. Asimismo, deben revisar su pasado y la historia de sus relaciones tempranas con la familia de origen.

En el contexto de la vivencia del aquí y el ahora el grupo comienza a vislumbrar la forma que tienen de recrear el pasado en el presente. Aprovechándose del apoyo y feedback grupales, los participantes empiezan a adquirir conciencia y a identificar sus estilos destructivos interpersonales, sutiles y no tan sutiles.

El objetivo final en este momento, consiste en llevar a los pacientes a una posición que les permita desarrollar habilidades interpersonales sanas, de forma que éstas puedan generalizarse y llevarse a la práctica, en el mundo real. Los

4) El Altruismo:

Parte de la secuencia recíproca de dar y recibir y también el acto intrínseco de dar. Experiencia consoladora y que exalta al amor propio descubrir que son importantes.

5) Recapitulación correctiva del grupo familiar primario:

Relaciones recapituladas y revividas correctivamente (experiencia emocional correctiva), para restablecer buenas relaciones con la familia y por extensión con otras relaciones interpersonales.

6) Desarrollo de Técnicas de Socialización:

El aprendizaje social, el desarrollo de las capacidades sociales básicas que alientan la retroalimentación franca, los pacientes obtienen información sobre su conducta social inadecuada.

7) La conducta de Imitación:

Es difícil de medir, pero la investigación psicológica reciente sugiere que se ha subestimado su importancia. Bandura ha demostrado de un modo experimental que la imitación es una fuerza terapéutica eficaz, el paciente se beneficia observando la terapia de otro paciente que tiene una constelación de problemas similares fenómeno que por lo general se llama terapia vicariante o de espectador.

8) Aprendizaje Interpersonal:

Según Yalom (1986) incluye tres conceptos:

- 1) La importancia de las relaciones interpersonales
- 2) La experiencia emocional correctiva
- 3) El grupo como un microcosmo social

1) La importancia de las relaciones interpersonales:

La personalidad es casi por entero un producto de la interacción con otros seres humanos significativos. La necesidad humana de estar íntimamente relacionados unos con otros, es tan básica como cualquier necesidad biológica y resulta asimismo necesaria para la sobrevivencia. Sullivan utilizó el

como patrones de interacción familiar, secuencias repetidas, mensajes digitales y analógicos de la comunicación, cercanía o lejanía de los miembros entre otras cosas.

Generalmente trabaja con objetivos que pueden o no ser explícitos y es de corta duración en comparación con otros modelos de abordaje.

No toda la terapia familiar se practica de igual forma, aunque parte de ideas similares. Se enumeran algunos puntos teóricos que han sido de utilidad para trabajar con las familias de los adictos:

1. Énfasis en la jerarquía. La familia no es un grupo de iguales. Hay quienes toman decisiones y se encargan de los otros. Generalmente los padres de los hijos (Minuchin, 1995, Haley, 1988).
2. Existen secuencias relacionales alrededor de cada pauta de comportamiento. La terapia consiste en identificar estas pautas por parte del terapeuta y modificar las relaciones cambiando componentes, tiempos de la interacción o distancias entre los miembros.
3. Se piensa en organizaciones triádicas como unidad mínima relacional y se centra en el presente (Madanés, 1984).
4. Es importante tomar en cuenta el ciclo vital en que la familia se encuentra y buscar que los miembros respondan a las exigencias del contexto social en el cuál se desenvuelven (Haley, 1991).
5. El tratamiento tiene objetivos: Resolver el problema por el que se interviene antes que otros problemas ya sean observados por el terapeuta o reportados por la familia.
6. Las familias pueden oponerse al cambio de la misma forma en que pretenden ser diferentes. Los terapeutas pueden apoyar la parte de la estabilidad buscando incrementar la fuerza que impulsa al cambio (Selvini, Palazzoli y otros, 1988).

Stanton y Todds (1989) en su trabajo con adictos intervinieron con un modelo estratégico estructural donde sugieren:

1. Encarar primero la tríada compuesta por el adicto y ambos progenitores antes de ir más lejos. Intentar trabajar con la pareja puede causar más tensión.

v. Autoliberación

Compromiso personal y aumento de percepción de la propia capacidad para decidir y elegir. Creencia en que uno mismo es un elemento esencial en el cambio de la conducta adictiva, ya que se poseen, o se pueden adquirir, las habilidades necesarias para cambiar.

vi. Liberación social

Toma de conciencia de la representación social de la conducta adictiva y de la voluntad social de combatirla mediante el aumento de alternativas adaptativas disponibles, por lo que implica también un aumento en la capacidad del adicto para decidir y escoger nuevos cursos de acción.

vii. Manejo de contingencias

Puesta en marcha de estrategias conductuales dirigidas a aumentar la probabilidad de que ocurra una determinada conducta relacionada con el cambio.

viii. Relaciones de ayuda

Existencia y utilización del apoyo social que pueda facilitar el cambio de la conducta adictiva.

ix. Contracondicionamiento

Modificación de las respuestas provocadas por los estímulos condicionados asociados, generando y desarrollando conductas alternativas.

x. Control de estímulos

Evitación de la exposición a situaciones de alto riesgo asociadas a la realización de la conducta adictiva.

b. Estadios

Llamados también fases del cambio son los distintos momentos por lo que pasa un paciente en el proceso de deshabituación a la sustancia tóxica.

i. Precontemplación

En este estadio los alcohólicos o poliadictos no se plantean modificar su conducta ya que no son conscientes, o lo son mínimamente, de que dicha conducta representa un problema.

ii. Contemplación

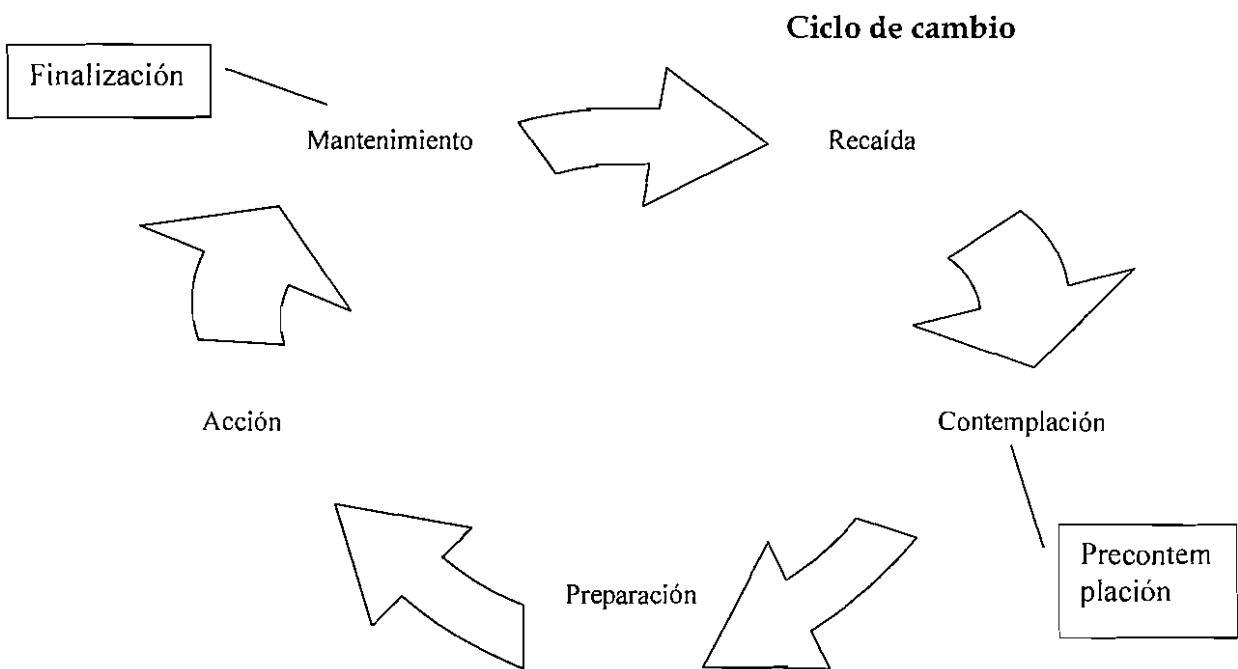
En este estadio los alcohólicos o poliadictos son conscientes de que existe un problema y están considerando seriamente la posibilidad de cambiar, pero sin haber desarrollado un compromiso firme de cambio. Aunque su actitud

hacia estadios previos. Con mas frecuencia al de contemplación, o al de preparación, más raramente al de precontemplación.

vii. Finalización:

Si se consiguen estabilizar los cambios conductuales más allá de la fase de mantenimiento, se especula sobre un posible estadio de finalización, definido como la inexistencia de tentaciones a través de cualquiera de las situaciones problema. Es decir, la absoluta extinción de la conducta adictiva sin la necesidad de la utilización de procesos de cambio para el mantenimiento de los nuevos patrones de comportamiento.

En la figura siguiente se trata de representar gráficamente el carácter cíclico del movimiento a través de los distintos estadios del cambio.



Tomado de: Prochaska y Diclemente, 1992.

ineficaz, el foco de la terapia debe trasladarse a otros niveles y así sucesivamente hasta alcanzar el cambio deseado.

ii. **Nivel clave:** Si la evidencia disponible señala un nivel clave de causalidad de un problema y el paciente se compromete a trabajarlo, el terapeuta deberá ocuparse casi exclusivamente de este nivel.

iii. **Impacto máximo:** En algunos casos clínicos complejos, es evidente la implicación de múltiples niveles como causa, o efecto, de los problemas del paciente. En este caso, se pueden diseñar intervenciones dirigidas a tratar múltiples niveles de cambio con el objeto de conseguir el máximo impacto de una forma sinérgica en lugar de secuencial.

5. **Adicciones en el Género Femenino**

El género hace referencia a la construcción cultural de lo femenino y lo masculino. De este modo, sería femenino todo lo relativo a la reproducción, la crianza de los/as hijos/as, las tareas del hogar, el mundo afectivo y el desempeño en el ámbito privado; sería masculino cumplir las funciones de jefes de hogar, de proveedor económico, pertenecer al mundo público y ocupar posiciones de conquista y jerarquía; también se considera terreno de lo masculino la transgresión a ciertas normas, lo que va aparejado a la posibilidad de innovar, descubrir y cambiar el mundo.

El enfoque de género se fundamenta en la idea de que lo femenino y lo masculino son una construcción cultural derivada del modo en que han sido percibidas y vividas las diferencias biológicas. El ordenamiento de género de cada sociedad determina un conjunto de percepciones y pautas de comportamiento obligadas, permitidas y prohibidas, para hombres y mujeres, que se transmiten a través de los diferentes espacios de socialización, tales como la familia, la escuela, los medios de comunicación, etc.

Las mujeres aprenden a ser afectivas, intuitivas, sumisas, maternas, preocupadas por los otros y, los hombres, racionales, dominantes, fuertes e independientes. Estos roles estereotipados determinan que la estructura de poder favorezca al género masculino y que cualquier intento de cambiarla desencadene sanciones que pueden llegar a incluir conductas agresivas. La identidad de género no es natural, es una producción cultural que puede modificarse. Ésta se gesta a partir de procesos de socialización de hombres y mujeres a lo largo de sus vidas. Según palabras de Rosaldo, en nuestra sociedad "el lugar de la mujer en la vida social humana no es producto, en sentido directo, de las cosas que hace, sino del significado que adquieren sus actividades a través de la interacción

secundario y/o postergado -conflictos, en su mayoría, derivados de su rol sexual-, son temas que adquieren una importancia central en el proceso de su dependencia y, generalmente, no son considerados en su proceso de tratamiento.

Por otra parte, las mujeres normalmente no cuentan con la misma comprensión, oferta de ayuda y acompañamiento familiar que los hombres, incluso, en algunos casos hay oposición explícita de sus familiares y/o pareja para que reciba algún tipo de atención. Ello se ve reforzado por el hecho de que las mujeres con dependencia están mucho más expuestas a ser sancionadas y criticadas socialmente, porque, de acuerdo con la socialización sexista, consumir drogas, alcohol y otras conductas transgresoras y/o disruptivas, está más asociado con lo masculino. Lo anterior agrava el aislamiento de las mujeres, quienes, para evitar ser estigmatizadas, tienden a ocultar su problema, a no pedir ayuda o a postergar el pedirla.

Según plantea Ana García, “la importancia de las relaciones para la identidad femenina, la necesidad de conexión y el miedo a la desconexión (en especial respecto a la pareja) es un factor de riesgo para el uso de sustancias. La tendencia a sostener y cuidar los vínculos (extensión del rol materno) persiste en las mujeres adictas, mientras que los varones en esa situación en general ‘se van’ o delegan el cuidado y acompañamiento en otros familiares (en general otras mujeres)”.⁶

Otra diferencia se observa en la forma de respuesta del otro/a en la relación de pareja. Habitualmente, cuando el consumidor es hombre, su pareja (mujer) a menudo permanece a su lado, haciéndose cargo de los/as hijos/as e, incluso, participando en su proceso de rehabilitación. Una mujer que consume drogas, en cambio, frecuentemente es abandonada por su pareja y los/as hijos/as quedan al cuidado de terceros.

Algunos autores han destacado acontecimientos ocurridos en la niñez y los relacionados con la vida familiar como parte de la génesis del abuso de drogas. La presencia de patologías en la familia, ruptura de lazos, pérdidas, separaciones, conflictos matrimoniales entre los padres, historias de alcoholismo y/o drogadicción y altos índices de violencia y abuso sexual son situaciones frecuentes vividas por las mujeres consumidoras de drogas.

Similarmente, parece existir una predisposición mayor a las dependencias en las mujeres con trastornos afectivos de índole depresiva con componentes de

⁶ Las Mujeres y las Drogas. Nuevos escenarios de la dependencia”. Secretaría de Programación para la prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, SEDRONAR, Argentina.

Drogas del Ministerio de Salud, 2000, los factores de riesgo asociados al uso de alcohol y drogas en la mujer serían:

- Desintegración de la familia
- Constantes conflictos de pareja, percepción de no ser apreciada por ésta
- Sentimiento de sobreexigencia frente al desempeño de una doble jornada laboral, sin contar con apoyo suficiente
- Sentimiento de que su trabajo en el hogar no es reconocido
- Crisis de identidad
- Insatisfacción en sus relaciones sexuales y afectivas
- Aislamiento de actividades sociales y recreativas sanas, utilización inadecuada del tiempo libre
- Falta de oportunidades para capacitarse y desarrollarse
- Realizar actividades frustrantes y de escaso prestigio
- Sensación de soledad y vacío
- Presión del hombre hacia la mujer para hacerla compañera de fiestas para seducirla
- Temor a ser rechazada por compañeros de trabajo o amigos que consumen y abusan frecuentemente de otras drogas
- Amistad con personas que trafican drogas
- Desconocimiento acerca de los daños que el licor y otras drogas producen en el organismo
- Modelos de identificación superficiales, deseos de adelgazar

Entre las motivaciones personales de las mujeres al consumo (referidos en el manual anteriormente mencionado), se han encontrado:

- Estar a gusto, sentir placer
- Aumentar la capacidad de trabajo
- Disminuir el estrés
- Aumentar la sociabilidad y disminuir la timidez
- Evitar el sentimiento de soledad y vacío
- Evitar sentir tristeza, dolor o frustración
- Evitar la ansiedad o el nerviosismo
- Disminuir el sentimiento de minusvalía
- Ser aceptada o valorada por la pareja
- Acompañar a la pareja

A partir de lo anterior, entonces, se pueden evidenciar diferencias entre hombres y mujeres consumidoras en la manera de vivir la experiencia, las

6. Perfil del Psicólogo en la Intervención en Adicciones

a) Proceso curativo:

El tratamiento y la rehabilitación de una persona con problemas de drogas es un proceso largo, que requiere de la voluntad y compromiso de la persona, del apoyo familiar y de un equipo multidisciplinario de profesionales y técnicos con experiencia para otorgar una atención de calidad. Habitualmente, las etapas de todo programa de tratamiento son:

a) **Desintoxicación ambulatoria u hospitalaria:** dice relación con la atención de los síntomas que aparecen como consecuencia de la retirada de la sustancia (síndrome de privación). Dependiendo del compromiso y de la gravedad del problema de dependencia, esta etapa puede ser tratada en forma ambulatoria u hospitalaria.

b) **Tratamiento:** se refiere al proceso en el cual la persona aprende hábitos nuevos, desarrolla mayor conciencia del problema, entrena habilidades personales y sociales para afrontar situaciones conflictivas, que en el pasado ha evadido o tolerado sólo con consumo de drogas, resolver problemáticas intrapsíquicas y generar un proyecto de vida saludable.

c) **Rehabilitación:** se refiere al proceso en el cual la persona se habilita para desenvolverse en su vida personal y social, sin consumo de sustancias.

d) **Reinserción:** se refiere a la etapa en que la persona vuelve a integrarse en forma saludable a su entorno familiar y social. Habitualmente dice relación con capacitación, formación y entrenamiento en oficios y/o estudios, con el objetivo de optar a oportunidades académicas y/o laborales para desempeñarse en forma autónoma.

Se observa que la demanda de ayuda o atención de las mujeres con problemas de drogas, se ve retardada por factores personales, sociales y del ambiente, que todavía ofrece pocas oportunidades de atención. Por este motivo, las mujeres consultan en una etapa avanzada del problema, lo que dificulta el pronóstico de tratamiento.¹⁰

En el trabajo terapéutico con mujeres con problemas de drogas se requiere de capacidad de empatía, de escuchar activo, de contención emocional,

¹⁰ "Evaluación de proceso y resultado de planes de tratamiento y rehabilitación de personas con problemas derivados del consumo de drogas ilícitas en instituciones en convenio con CONACE/ FONASA". Informe Final Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. 2004.

- Trabajo personal en relación a reconocimiento de problemáticas asociadas a la imagen femenina
- Aspectos de gestión y liderazgo
 - Desarrollo de estrategias de autocuidado
 - Desarrollo de estrategias de afrontamiento
 - Desarrollo de habilidades sociales
 - Desarrollo de responsabilidad personal
- Procesos
 - Temas respecto de la relación con otros, solidaridad, compañerismo, respeto
 - Comunicación
 - Organización
 - Identidad y sentido de pertenencia
 - Emocionalidad

c) Funciones:

Las funciones del Psicólogo Clínico y de la Salud son variadas. No obstante, tal variedad se puede agrupar en las siguientes actividades, que a su vez requieren determinadas especificaciones.¹¹ (Modelo adaptado para el tratamiento de Drogodependencias)

i. Evaluación

Consiste en la reunión de información relativa a los repertorios conductuales, el funcionamiento cognitivo y el estado emocional del paciente. La evaluación implica frecuentemente a más de un profesional para tomar las decisiones para el abordamiento del paciente. Esta información será empleada para el diagnóstico de problemas psicológicos, la elección de técnicas de intervención y tratamiento, la elaboración de un perfil psicológico, la obtención de datos complementarios a una evaluación previa, el establecimiento de una línea-base de conducta con la que comparar cambios postratamiento y otros numerosos propósitos.

En general, los instrumentos más usuales son algún tipo de test, cuestionarios, entrevistas, observaciones y aparatos psicofisiológicos. A menudo estos procedimientos se utilizan en combinación, constituyendo una batería de pruebas o una estrategia de medida múltiple.

¹¹ <http://www.cop.es/perfiles/contenido/clinica.htm#Funciones>, Psicología Clínica y de la Salud.

trastorno dado, la actuación del psicólogo clínico puede incluir la prevención de problemas mediante la intervención en instituciones, contextos y ambientes, así como la intervención centrada en personas con riesgos o en toda una comunidad.

En algunos casos, la actividad del psicólogo clínico ha de ser entendida como intervención, más que como tratamiento en el sentido estricto. Se trata en este caso, de un conjunto de acciones destinadas a resolver el problema (previamente identificado y analizado) de forma indirecta.

La intervención puede consistir igualmente en organizar una sistemática para el estudio y conducción de los factores individuales, ambientales y relacionales, que puedan favorecer y/o perturbar la calidad del proceso de adaptación a la enfermedad. Esta función implica objetivos como:

- Identificar y evaluar factores psicosociales que incidan en la calidad de la atención recibida por el paciente.
- Identificar y evaluar factores psicosociales que incidan en el bienestar de los pacientes durante su enfermedad.
- Identificar los problemas psicosociales causados por la enfermedad (diagnóstico, curso, tratamiento y recuperación).
- Diseñar y ejecutar programas de tratamiento de las disfunciones psicosociales que acompañan el proceso de enfermar o a la propia hospitalización y tratamiento correspondiente.

Esta función incluye el diseño y la realización de programas de ajuste a la enfermedad crónica, programas de preparación para la hospitalización, programas de entrenamiento para afrontar el proceso de hospitalización y conseguir una buena adaptación, que pueden ser de carácter general o referidos específicamente a determinados acontecimientos diagnósticos o de tratamiento especialmente estresantes.

CAPITULO II

Técnicas e instrumentos

a. Selección de la Muestra

La muestra con la que se trabajó consta de 15 mujeres de 13 a 20 años con problemas de dependencia a sustancias la cual se obtuvo al aplicar un muestreo aleatorio que consiste en el que todas las personas tienen la misma oportunidad de ser seleccionadas, dichas mujeres se encontraban internadas para tratamiento psicológico en la Villa de EMAUS, San Miguel Petapa, así como con el personal que consta de siete profesionales en el campo de las adicciones.

b. Instrumentos de Recolección de datos

- i. Cuestionario abierto que es un medio útil y eficaz para recoger información en un tiempo breve y consiste en un conjunto de preguntas abiertas respecto a una o más variables.
- ii. Entrevista: Técnica principal para la recopilación de datos de una forma abierta y extensa.
- iii. Observación libre: consiste en observar atentamente el fenómeno, tomar la información y registrarla para su posterior análisis. La observación es un elemento fundamental de todo proceso investigativo; en ella se apoya el investigador para obtener el mayor número de datos.

c. Técnicas y Procedimientos de trabajo

El procedimiento de trabajo consistió en la completación del cuestionario autoadministrado de preguntas abiertas al personal de la Institución para la obtención directa de la información pertinente y útil para la realización de este trabajo, asimismo, se complementó la información recabada por este medio con una entrevista personal en la que se abordó de forma más específica la información obtenida y por último, se realizó una observación libre para poder recolectar mayor información objetiva. La información que se obtuvo cumple con la determinación de las funciones que desempeña el psicólogo en su rol de terapeuta en el tratamiento de adicciones.

d. Técnicas de análisis estadísticos, descripción e interpretación de datos

Para el análisis estadístico se registraron los datos recabados en la entrevista y en el cuestionario autoadministrado y la observación para establecer una apreciación sistemática del tema estudiado, ya que la información que se recabó es de tipo cualitativa los datos se interpretaron de forma conceptual y descriptiva.

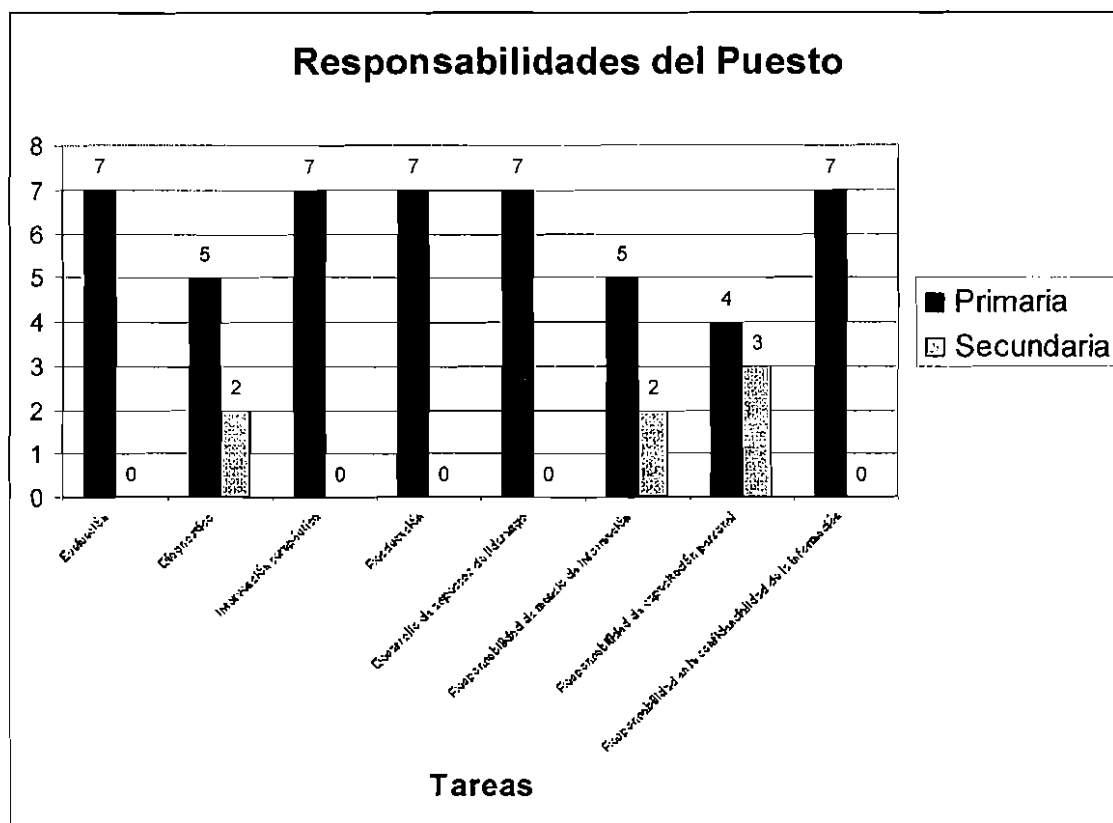
CAPITULO III

Presentación, Análisis e interpretación de resultados

Presentación

Los datos obtenidos en la investigación realizada en la Villa de EMAUS, San Miguel Petapa por medio de la autoaplicación de un cuestionario para describir la actividades que perfilan el cargo de Terapeuta en Adicciones, observación directa con pacientes internas y entrevistas personales nos indican que cada uno de los terapeutas que laboran en dicha institución que su mayor desempeño es como profesional de apoyo para el tratamiento de dicha problemática por medio de terapias grupales, terapias individuales, terapias familiares, que constituyen las tareas principales, además la coordinación con profesionales de otras áreas como Terapistas Ocupacionales, Médicos para proveer un tratamiento integral a las pacientes.

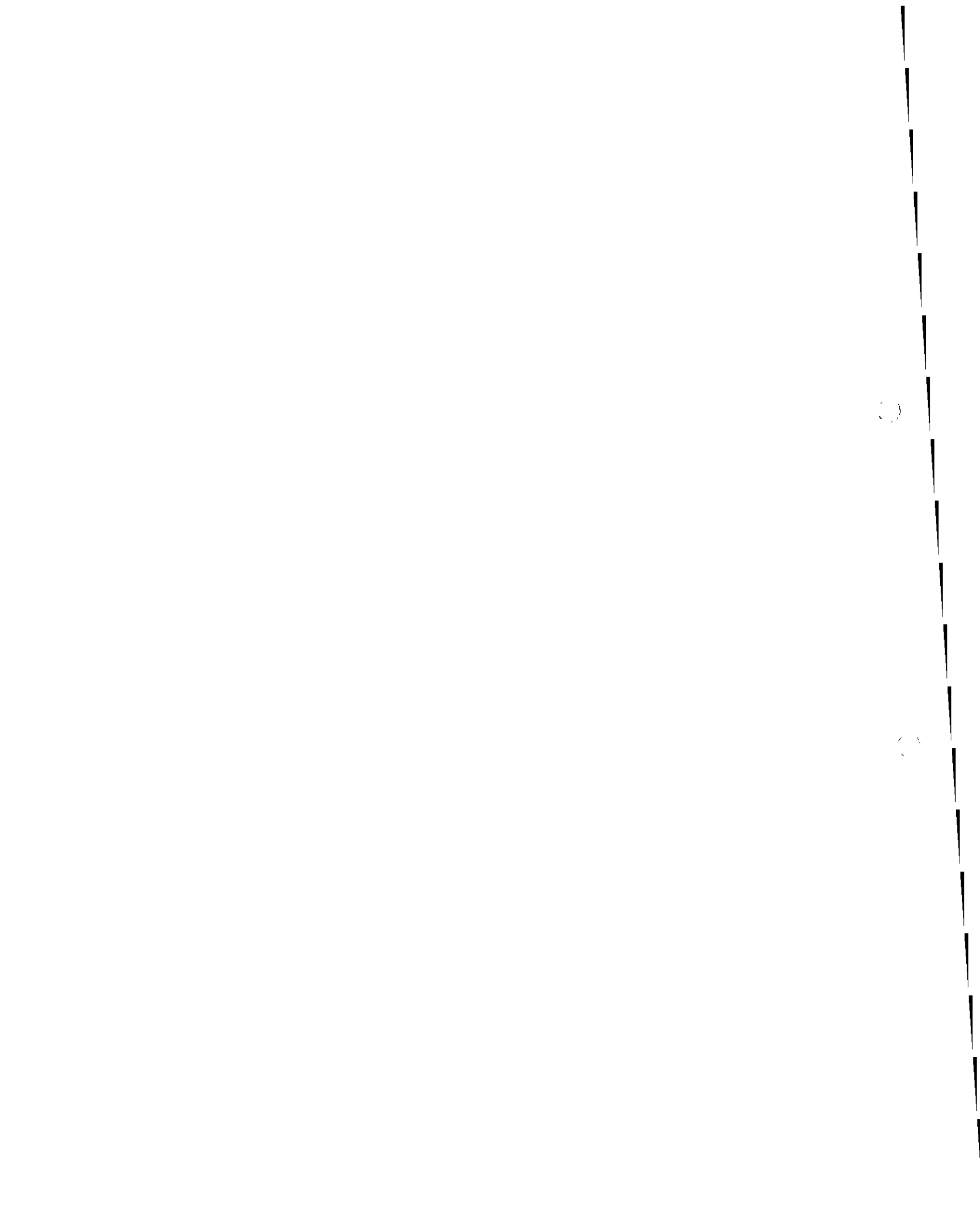
Gráfica 2



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario autoaplicado a personal de Villa de EMAUS, San Miguel Petapa, Agosto, 2008.

Responsabilidad	Primaria	Secundaria
Evaluación	7	0
Diagnostico	5	2
Intervención terapéutica	7	0
Reeducación	7	0
Desarrollo de aspectos de liderazgo	7	0
Responsabilidad de manejo de información	5	2
Responsabilidad de capacitación personal	4	3
Responsabilidad en la confidencialidad de la información	7	0

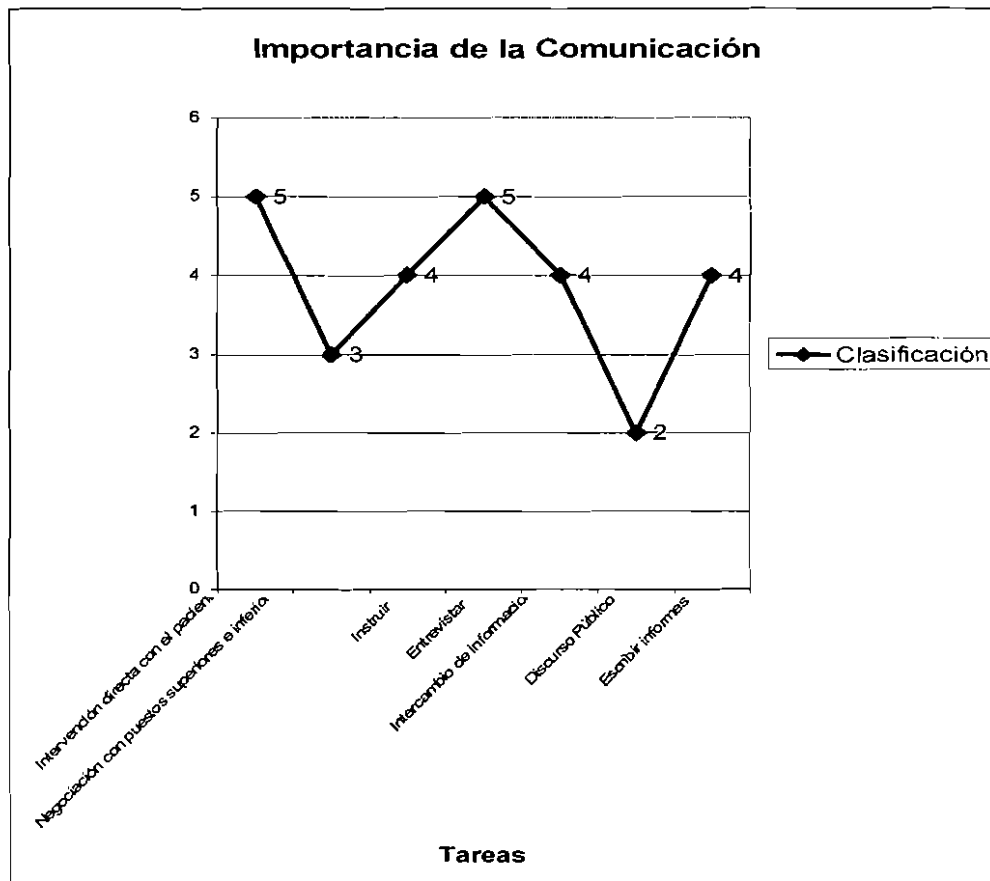
En el cuadro de datos se observa que la responsabilidad primaria está segmentada en las actividades de evaluación, intervención terapéutica, reeducación, desarrollo de aspectos de liderazgo y responsabilidad en la confidencialidad de la información; dichas actividades son reconocidas por los Psicólogos en Adicciones para su desempeño.



Característica	No necesaria	Deseable	Esencial
Agudeza visual		5	2
Agudeza auditiva		4	3
Capacidad táctil	6	1	
Rapidez de decisión		6	1
Habilidad expresiva			7
Coordinación tacto visual		7	
Coordinación general		7	
Iniciativa			7
Creatividad			7
Capacidad de juicio			7
Atención		2	5
Comprensión de lectura	3	4	
Cálculo	3		4
Redacción	2	1	4
Nivel Académico		1	6
Trabajo de equipo		4	3
Liderazgo		7	
Sociabilidad		7	
Comunicación interpersonal			7
Orden y organización		7	
Minuciosidad	1	5	1

En el cuadro de datos se observa que las aptitudes más deseables para el Psicólogo que trabaja en Adicciones son habilidad expresiva, iniciativa, creatividad, capacidad de juicio y comunicación interpersonal ya que son esenciales para poder realizar un trabajo que garantice la intervención adecuada del Psicólogo que trabaja en Adicciones.

Gráfica 4



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario autoaplicado al personal de Villa de EMAUS, San Miguel Pctapa, Agosto, 2008.

Tareas	Clasificación
Intervención directa con el paciente	5
Negociación con puestos superiores e inferiores	3
Instruir	4
Entrevistar	5
Intercambio de información	4
Discurso Público	2
Escribir informes	4

La gráfica muestra que la importancia de la comunicación está representada mayormente en una intervención directa con el paciente y realización de entrevistas según el desempeño de sus actividades en la Villa de EMAUS en su trabajo de intervención con las residentes de dicha Villa.

Análisis

Entre las responsabilidades que ocupan un mayor porcentaje de su labor terapéutica se incluye la Evaluación, la cual consiste en la recepción según el protocolo y reglamento de la Institución, además de la constante supervisión para poder establecer la evolución y recuperación de la paciente; el Diagnóstico, el cual consiste en determinar el tipo de adicción y el tiempo mínimo de internado; la Reeducción, tanto de habilidades afectivas como sociales, consiste en el entrenamiento para la reinserción a su cotidianidad y la adherencia al sistema familiar y social; el Desarrollo de aspectos de Liderazgo, consiste en estimular a las pacientes para que todas sus capacidades creativas, afectivas y sociales sean activadas a manera de empoderarlas para que puedan ser capaces de autorregularse y automotivarse; y el manejo Confidencial de la información del paciente consiste en la discreción tanto en su diagnóstico como en la evolución a manera que no se vean afectadas al ser reinsertadas en su vida familiar y social

En las aptitudes para el desempeño competente de su labor sobresalen las siguientes: habilidad expresiva, necesaria para establecer vínculos y lograr la transferencia para promover un proceso terapéutico de alta calidad y eficacia; coordinación tacto-visual la cual es necesaria para la realización de las técnicas expresivas y de manejo de energía que se desarrollan en un contexto no verbal con el objetivo de estabilizar el flujo de energía y de este modo regular las funciones yóicas, que promueve a su vez la coordinación general, que no es más que modificar el estado disociativo entre la psique y la voluntad, la iniciativa para la pronta y adecuada intervención que va ligada a la creatividad, la capacidad de juicio y liderazgo, además la sociabilidad que es un aspecto importante para poder establecer vínculos que favorezcan el proceso terapéutico

CAPITULO IV

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones:

1. La conducta adictiva incluye distintos aspectos observados en las pacientes internas en la Villa de EMAUS, para su diagnóstico es necesario conocer distintos síntomas tanto somáticos como psicológicos recidivantes o persistentes que se pueden exacerbar por distintos estados mentales.
2. Las funciones, acciones e intervenciones terapéuticas del psicólogo clínico identificadas e investigadas son de gran utilidad para la fase diagnóstica, el tratamiento psicológico, la rehabilitación, el mantenimiento del paciente tratado por dependencia a sustancias.
3. El tratamiento psicológico para la Drogadicción o Drogodependencia puede ser influenciado por las distintas escuelas psicológicas, pero nuestra propuesta propone un abordamiento multimodal para procurar la mejor remisión del cuadro.
4. Las modalidades que son más observadas en el tratamiento de pacientes con problemas de poliadicción y alcoholismo fueron la terapia individual, que permite al paciente resolver por propia conciencia la psicodinamia propia y las conductas derivadas de las mismas; la terapia grupal que permite evidenciar las resistencias al cambio, las cuales al ser removidas o evidenciadas permitirán un avance hacia la recuperación.
5. La dificultad de género que subyace en el problema de drogadicción parte de la sociedad sexista, factores que plantean un estigma aun mayor que la que presentan los hombres con drogodependencia; lo que dificulta la recuperación y remisión ya que el hecho se ve reforzado por que las mujeres tienen menores oportunidades de ser sometidas a un procesos de rehabilitación.

Recomendaciones:

1. Promover el reconocimiento de los diferentes aspectos que componen la conducta adictiva para poder realizar una mejor descripción sintomática, psicológica y por lo tanto plantear un plan de tratamiento adecuado y enfocado a la remisión de la paciente.
2. Elaborar un protocolo de acción para los psicólogos clínicos que trabajan en el campo de las adicciones para establecer un patrón de acción que provoque resultados manifiestos, eficaces y medibles.
3. Definir un enfoque psicológico que produzca un proceso de cambio de comportamiento, modificando la conducta adictiva, eliminando factores de riesgo, evitación de recaída y conservar una conducta de cambio.
4. Promover el conocimiento de los diferentes enfoques teóricos de intervención individual y grupal en el personal clínico para que las intervenciones terapéuticas permitan establecer los vínculos terapéuticos como la transferencia, factores curativos, resistencias y de este modo tener resultados productivos tanto para el profesional de la Psicología como para las pacientes.
5. Propiciar la fundamentación continua del enfoque de género iniciando con las diferencias biológicas, roles sociales estereotipados, identidad de género, actividades cotidianas, comportamientos de riesgo, entre otros para plantear un adecuado plan de tratamiento, rehabilitación, reinserción y mantenimiento de conducta de abstinencia.

Bibliografía

- Beck, A. T; Rush. J. A; Shaw, B. F; Emery, G. (1979): Cognitive therapy of depression The Guildord Press, New York (traducción en español, Ed. Desclée de Brouwer, 1983)
- Beneit, J. et al, (1997) Intervención en drogodependencias. Un enfoque Multidisciplinar, Editorial Síntesis, Madrid.
- Bioriza, M., (2001) Drogodependencia, Editorial Universidad, Buenos Aires.
- Colli, M., (2006) Psicología de las Conductas Adictivas. Memoria para optar por el grado de Doctor en Ciencias de la Salud. Capítulo I: Introducción al estudio de las drogas. Conceptos básicos. (en prensa).
- Fenichel, O., (1986), Teoría Psicoanalítica de las Neurosis, Barcelona: Paidós
- Fierro, A. (1993), Para una Ciencia del Sujeto. Barcelona: Edit. Anthropos.
- Freud, S., (alrededor de 1900), Obras Completas, Amorrortu
- Freud, S, Abraham, K.(2005), Correspondencia completa 1907-1926
- González, P., (2006) Drogodependencia, Aconcagua.
- Green, L. Gossop, M (1988). Effects of information in the opiate withdrawal syndrome. B. Journal of Addictions, 83: 305-311.
- Haley, J. (1991) Problemas en la emancipación juvenil y terapia familiar. Buenos Aires: Amorrortu
- Klein, M., (1987), El Psicoanálisis de niños, (Traducción: Arminda Aberasturi) Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica
- Lara, Marcela. (2001), "Amores perros, mujeres violencia y drogas". Artículo publicado en Revista Eradicaciones, Santiago, Chile
- López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.) (2002), DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado, Barcelona: Masson.
- Madanés, C. (1984) Terapia Familiar Estratégica. Buenos Aires: Amorrortu
- Marlatt, G.A., Gordon, J. (1985) Relapse Prevention. Ed. The Guilford Press, New York.
- Marlatt, G.A., Parks, G.A., Witkiewitz, K., (2002) Clinical Guidelines for implementing Relapse Prevention Therapy. A guideline developed for the Behavioral Health Recovery Management Project, Diciembre.

- Sánchez-Hervás, E. Tomás, V., (2002) Terapia Breve en la Adicción a Drogas. Papeles del Psicólogo, n. 83.
- Sanchez-Hervas, E., (2004) Un modelo psicoterapéutico en Adicciones. En Trastornos Adictivos, 6 (3), pp. 159-66.
- Sandler, J., Davidson, R., (1977), Psicopatología : teoría del aprendizaje, investigación y aplicaciones, Trillas, México.
- Santolaya, F. et al, (2007) Papeles del Psicólogo, Intagraf, S.L., Volumen 1, número 28, Madrid.
- Secades-Villa, R. et al, (2007) Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. Papeles del Psicólogo, Enero, número 1 VOL-28 , 2007. Internet.
- Selvini Palazzoli, M.; Ceccin, G., Prata, G.; Boscolo, L. (1988) Paradoja y Contraparadoja. Barcelona: Paidós
- Stanton, M.D. y Todd, T. (1988) Terapia Familiar del abuso y la adicción a las drogas Barcelona: Gedisa.
- Tomás, V. Sánchez-Hervás, E. García, R. (1996): Las actitudes y la abstinencia en personas drogodependientes. En Prevención de la Drogadicción. J. Escamez (ed.). Valencia: Nau Libres
- Trujols, J., Tejero, A., Casas, M.(1994) El fenómeno de las recaídas en el tratamiento de las conductas adictivas y su repercusión en la dinámica asistencial. Adicciones, vol 8, no 3, pp.349-367.
- Velásquez, E., (1996), La mujer, las drogas y los grupos de riesgo. Medellín, Colombia: Corporación Surgir
- Wikler, A., (1965), Conditioning factors in opiate addictions and relapse. New York; Mc. Graw-Hill.
- Yalom, I. (1986), Teoría y Practica de la Psicoterapia de Grupo, México, Fondo de Cultura Económica.

Anexos

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

Cuestionario Autoaplicado¹²
(Adaptado para evaluación del Psicólogo)

**Cuestionario Autoaplicado
De Análisis De Puesto**

I Identificación del Puesto:

1. Nombre del puesto :
2. Fecha de aplicación :

II Identificación de quien responde el cuestionario:

1. Nombre :
2. Antigüedad en el Servicio:

III Descripción Sumaria del Puesto:

1. Las tareas de este puesto se clasifican primordialmente como de carácter (marque con una X solo una respuesta)

	Profesional con personal dependiente
	Profesional de apoyo
	Profesional Asesor
	Técnico especializado
	Técnico
	Administrativo con especialización

¹² www.Gestiopolis.com/Cuestionariodeanálisisdecargo

Responsabilidad	Peso Relativo	
	Primaria	Secundaria
Evaluación		
Diagnostico		
Intervención terapéutica		
Reeducación		
Desarrollo de aspectos de liderazgo		
Responsabilidad de manejo de información		
Responsabilidad de capacitación personal		
Responsabilidad en la confidencialidad de la información		

5. ¿Cuáles de las aptitudes descritas a continuación son deseables o esenciales para el desempeño del puesto y en que grado?.

Característica	No necesaria	Deseable	Esencial
Agudeza visual			
Agudeza auditiva			
Capacidad táctil			
Rapidez de decisión			
Habilidad expresiva			
Coordinación tacto visual			
Coordinación general			
Iniciativa			
Creatividad			
Capacidad de juicio			
Atención			
Comprensión de lectura			
Cálculo			
Redacción			
Nivel Académico			
Trabajo de equipo			
Liderazgo			
Sociabilidad			
Comunicación interpersonal			
Orden y organización			
Minuciosidad			

Código de importancia para este puesto
N: No corresponde
1 : Muy bajo
2 : Bajo
3 : Promedio
4 : Alto
5 : Extremo

Comunicación Escrita:

Código	Tareas
	Escribir (Escribir o dictar cartas, informes, en general aquellas en las cuales el interesado elabora el material escrito)

Código de importancia para este puesto
N: No corresponde
1 : Muy bajo
2 : Bajo
3 : Promedio
4 : Alto
5 : Extremo

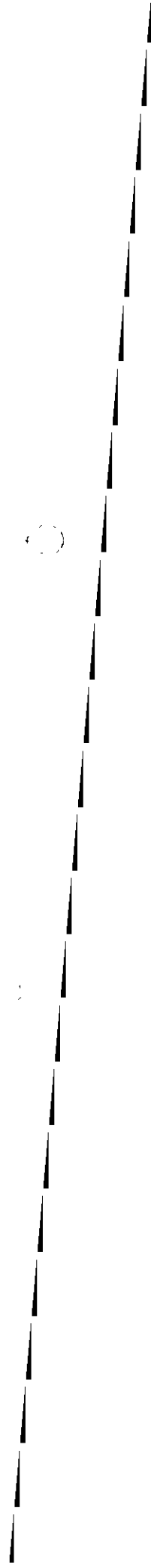
Comunicación Oral:

Código	Tareas
	Intervención directa con el paciente
	Negociación con puestos superiores e inferiores para llegar a acuerdos
	Instruir (Impartir a otros conocimientos o habilidades, ya sea de manera formal o informal)
	Entrevistar
	Intercambio de información habitual (Dar y recibir información relacionada con el trabajo de naturaleza habitual)
	Discurso Público (ofrecer charlas, conferencias, exposiciones formales)

12

13

14



Resumen

La conducta adictiva presenta dos características fundamentales, la primera, que es una conducta aprendida, pues se establecen bases de un condicionamiento ya que se pueden observar claramente que luego de adquirirse pasa a ser mantenida; la segunda, es que es una conducta que reporta recaídas, la adicta realiza diversos intentos de autocontrol durante el período de abstinencia del consumo de la sustancia.

En la mayoría de los casos reinicia rápidamente la tolerancia, dependencia y mecanismos propios de la adicción. Además el factor de la drogodependencia es la temporalidad, prefieren el consumo en el "presente" a la abstinencia en el "futuro". Esto disminuye el reforzador positivo de mantener una conducta sin recaídas.

Existen muchos factores de riesgo que provocan la conducta adictiva y estos involucran tanto a la persona, la familia, la comunidad, y la sociedad. Muchos son los enfoques que pueden ser presentados para realizar un abordamiento de esta problemática, podemos mencionar el enfoque Rogeriano, Adleriano, Psicoanalítico, Cognitivo-Conductual, Gestáltico, Ecléctico-Integrador y el Modelo Transteórico; cada uno de ellos muestra diferentes procesos primarios de cambio y técnicas representativas de cada enfoque.

En cuanto a modalidad de tratamiento se plantean principalmente la individual, grupal y familiar cada una de estas contiene diferentes aspectos que no pueden ser competitivos o rivales, pues proponen diferentes abordamientos que permiten la eliminación de la conducta adictiva y el reforzamiento para la abstinencia.

El trabajo propuesto incluye un enfoque de género que hace referencia a una construcción cultural del fenómeno de la drogadicción y el alcoholismo, parte desde la constitución biológica, el mundo afectivo, los roles sociales y llega hasta una agrupación de edad que elucida diferentes aspectos que hacen a las mujeres de 13 a 20 años de edad caer en conductas adictivas.