



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

Análisis de la influencia del ámbito sociofamiliar en el proceso de rehabilitación en jóvenes adultos entre 20 a 25 años con problemas de adicciones, en la clínica “Un nuevo Amanecer” de la ciudad de Guayaquil.

AUTORES:

**Quijano Vélez, Marisol Elena
Rodríguez Sánchez, Jorge Luis**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TUTOR:

Psic. Cl. Colmont Martínez, Marcia Ivette Mgs

Guayaquil, Ecuador

12 de septiembre del 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Quijano Vélez, Marisol Elena y Rodríguez Sánchez, Jorge Luís** como requerimiento para la obtención del título de **Licenciados en Psicología Clínica**

TUTOR

f. _____
Psic. Cl. Marcia Ivette Colmont Martínez, Mgs

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Psic. Cl. Mariana Estacio Campoverde, Mgs.

Guayaquil, 12 de septiembre de 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACION
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Quijano Vélez, Marisol Elena**
Rodríguez Sánchez, Jorge Luis

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Análisis de la influencia del ámbito sociofamiliar en el proceso de rehabilitación en jóvenes adultos entre 20 a 25 años con problemas de adicciones, en la clínica “Un nuevo Amanecer” de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciados en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 12 de septiembre del 2022

AUTORES

Marisol Quijano
f. _____
Quijano Vélez, Marisol Elena

Jorge Luis Rodríguez Sánchez
f. _____
Rodríguez Sánchez, Jorge Luis



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Quijano Vélez, Marisol Elena**
Rodríguez Sánchez, Jorge Luis

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **Análisis de la influencia del ámbito sociofamiliar en el proceso de rehabilitación en jóvenes adultos entre 20 a 25 años con problemas de adicciones, en la clínica “Un nuevo Amanecer” de la ciudad de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 12 de septiembre del 2022

AUTORES

Marisol Quijano

f. _____
Quijano Vélez, Marisol Elena

f. _____
Rodríguez Sánchez, Jorge Luis

INFORME DE URKUND

URKUND	
Documento	marisol.quijano_jorge.rodriguez..docx (D143491343)
Presentado	2022-09-01 11:21 (-05:00)
Presentado por	MARCIA IVETTE COLMONT MARTINEZ (marcia.colmont@cu.ucsg.edu.ec)
Recibido	marcia.colmont.ucsg@analysis.orkund.com
	0% de estas 45 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

TEMA: Análisis de la influencia del ámbito sociofamiliar en el proceso de rehabilitación en jóvenes adultos entre 20 a 25 años con problemas de adicciones, en la clínica “Un nuevo Amanecer” de la ciudad de Guayaquil.

ESTUDIANTES:


Quijano Vélez, Marisol Elena

Rodríguez Sánchez, Jorge Luis

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME ELABORADO POR:

COORDINADOR UTE A 2022



Psi. CI. Marcia Colmont Martínez, Mgs.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por haberme guiado en culminar con éxito esta etapa.

A mi mami Annid por apoyarme incondicionalmente y demostrarme que con amor y sacrificio se logran las cosas más importantes.

A mi hermana Marybell por acompañarme en este camino de aprendizaje.

A mis madres de corazón, Yolanda, Mariana y Esther, por guiarme en el camino de la exigencia y dedicación, contando con su amor incondicional.

A mis padres Freddy y Chafic por enseñarme que la familia no es sólo sanguínea y que los límites no existen para aquel que quiere superarse.

A mi esposo Gonzalo por su confianza, paciencia y apoyo en cada decisión, demostrándome que con perseverancia y pasión se logran los objetivos.

A mi tutora Marcia Colmont por su orientación en esta etapa académica. A mis amigas Doménica, Andrea, Katherine y Emily por haberme brindado su amistad sincera e incondicional desde el primer día.

A mi familia por estar presente en cada momento especial de mi vida.

Marisol Quijano

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi madre y abuelos por todo el apoyo incondicional que me han
brindado en esta etapa académica.

Agradezco a todas aquellas personas que con el pasar del tiempo de mi
carrera universitaria se convirtieron en grandes amigos. Gracias por siempre
apoyarnos y ayudarnos mutuamente.

A mi persona, por no rendirme y por siempre alentarme a demostrar lo mejor
de mí.

¡Los quiero, los amo, los aprecio, gracias totales!

Jorge Rodríguez Sánchez

DEDICATORIA

A la persona que me ha enseñado que no existen límites ni excusas cuando se trata de amar y ayudar a alguien. A mi ejemplo de trabajo, sacrificio y dedicación. Qué suerte la mía de tenerte conmigo y celebrar mis triunfos a tu lado. Este logro es tuyo, Annid.

A quien con amor me decía que era su Sol y desde el cielo ahora celebra mis éxitos. Este título también es tuyo madre Nelly.

Marisol Quijano

A mi madre, por el gran esfuerzo que ha venido realizando para que yo consiga mis metas académicas.

A mi hermano y abuelos por brindarme su apoyo y palabras de aliento para así alcanzar mis objetivos.

A mis tías y primos por apoyarme en cualquier meta que me proponga.

A mi persona, por siempre demostrarme lo alto que puedo llegar y que siempre puedo superarme a mí mismo.

Jorge Rodríguez Sánchez



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
Psic. Cl. Martínez Zea Francisco, Mgs.
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____
Psic. Cl. Peñafiel Torres Carolina, Mgs.
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____
Psic. Cl. Zoller, María José, Mgs.
OPONENTE

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
JUSTIFICACIÓN.....	3
Planteamiento de problema	5
Objetivos	6
Objetivo General	6
Objetivos Específicos	6
Capítulo I: Las Adicciones	7
Las adicciones a las drogas	7
Tipos de drogas	8
Drogas legales.....	8
Drogas ilegales.....	9
Las drogas en el Ecuador	12
CAPÍTULO II: Bases Legales.....	15
Centros de rehabilitación.....	15
Constitución de la República del Ecuador	15
Regulación de los Centros de Recuperación para Tratamiento a Personas con Adicciones o Dependencia a Sustancias Psicoactivas.....	17
Proceso de rehabilitación	17
Etapas de intervención terapéutica en el Centro Especializado de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas.....	18
CAPÍTULO III: El abordaje psicológico en los centros de rehabilitación	23
Enfoques y técnicas aplicadas en los centros de rehabilitación.....	23
Enfoque Cognitivo Conductual	23
Entrevista Motivacional	25
Enfoque Humanista	26
CAPÍTULO IV: Enfoque sistémico	29
¿Qué es el enfoque?.....	29
El abordaje de los casos de adicciones por drogas desde la terapia sistémica ...	29
Modelos orientados a la resolución de problemas	30
CAPÍTULO V: El rol de la familia y la sociedad en la relación a la rehabilitación....	37
La familia: la dinámica y estructura familiar	37
Concepto de familia	37
Dinámica familiar.....	39
Familias funcionales y disfuncionales.....	39

Familia funcional.....	39
Familia disfuncional	40
Roles y factores familiares implicados en el consumo de sustancias	40
Roles familiares	40
Factores familiares implicados en el consumo de drogas	42
Factores sociales implicados en el consumo de sustancias	45
Sociedad a manera general.....	45
Factores sociales.....	46
Factor comunitario.....	46
Factor educativo.....	47
Factor familiar.....	48
El abordaje psicoterapéutico (sistémico) con las familias y la sociedad.....	48
CAPÍTULO VI: Centro de rehabilitación nuevo amanecer.....	52
Breve Historia	52
Misión y visión.....	52
Misión	52
Visión.....	52
Organigrama	53
Metodología.....	54
Tipo de diseño de investigación	54
Muestra	54
Población	55
Técnicas de recolección de datos	55
Cuestionarios.....	56
Entrevistas.....	56
CAPÍTULO VII	57
Análisis de resultados.....	57
Análisis de resultados de las encuestas realizadas a los pacientes internados de la Clínica “Nuevo Amanecer”.....	57
Análisis de resultados de las entrevistas realizadas a profesionales.....	62
CONCLUSIONES.....	66
RECOMENDACIONES.....	67
BIBLIOGRAFÍA.....	68
ANEXOS	70

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	<i>¿Qué edad tiene?</i>	57
Gráfico 2	<i>¿Cuánto tiempo tiene ingresado?</i>	58
Gráfico 3	<i>¿Qué persona está a cargo de usted?</i>	58
Gráfico 4	<i>¿Qué tipos de drogas consume?</i>	59
Gráfico 5	<i>¿Desde qué edad usted consume?</i>	59
Gráfico 6	<i>¿Dónde inició su consumo?</i>	60
Gráfico 7	<i>¿Cuáles son las causas que influenciaron el inicio de su consumo?</i>	60
Gráfico 8	<i>¿Desde su primer internamiento cuantas recaídas ha tenido?</i>	61
Gráfico 9	<i>¿En cuántas clínicas o centros de rehabilitación ha estado?</i>	61
Gráfico 10	<i>¿Cuáles serían las consecuencias a nivel social tras su internamiento?</i>	62

RESUMEN

El presente trabajo de investigación busca brindar un aporte a la complejidad del estudio de las adicciones desde el trabajo en centros de rehabilitación. Por lo cual, se trabajó desde el centro de rehabilitación “Nuevo Amanecer” para poder analizar el impacto sociofamiliar en jóvenes de 20 a 25 años que se encuentran en su proceso de rehabilitación.

En esta investigación, se explicará cómo desde la terapia sistémica, cada uno de los enfoques y técnicas que aborda sirven para la rehabilitación de los jóvenes adictos; a su vez, cuáles son los tipos de adicciones que hay, los distintos motivos que orillan a estos jóvenes y sus posibles consecuencias.

Mediante el método explorativo y descriptivo en base a las encuestas a los pacientes que se encuentran realizando su proceso de rehabilitación y a profesionales con experiencia en la temática, se realizará el análisis del impacto sociofamiliar.

Por último, se expondrá las conclusiones a las que se ha llegado al elaborar la presente investigación; asimismo, las recomendaciones que se sugiere a partir de la investigación realizada con respecto a la temática de las adicciones desde el impacto sociofamiliar.

Palabras claves: Adicción, Rehabilitación, Terapia Sistémica, Drogas, Impacto sociofamiliar

ABSTRACT

This research work seeks to provide a contribution to the complexity of the study of addictions from work in rehabilitation centers. Therefore, we worked from the "New Dawn" rehabilitation center to be able to analyze the socio-family impact on young people between 20 and 25 years old who are in their rehabilitation process.

In this research, it will be explained how, from systemic therapy, each of the approaches and techniques that it addresses serve for the rehabilitation of young addicts; in turn, what are the types of addictions that exist, the different reasons that border these young people and their possible consequences.

Through the exploratory and descriptive method based on surveys of patients who are undergoing their rehabilitation process and professionals with experience in the subject, the analysis of the socio-family impact will be carried out.

Finally, the conclusions that have been reached when preparing this investigation will be presented; Likewise, the recommendations that are suggested from the research carried out regarding the subject of addictions from the socio-family impact.

Keywords: Addiction, Rehabilitation, Systemic Therapy, Drugs, Sociofamiliar impact.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo busca realizar un análisis sociofamiliar en jóvenes entre 20 a 25 años que se encuentra realizando su proceso de rehabilitación en una clínica de rehabilitación en el centro “Nuevo Amanecer”. Así mismo, El trabajo de investigación a presentar se articula con el Dominio 5 de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, el cual abarca investigaciones para el desarrollo e implementación de sistemas de salud integral desde la diversidad de actividades sociales. Esta línea se orienta a priorizar la indagación en temáticas relacionadas con los procesos de formación y capacitación en los diversos niveles del sistema educacional; estudio de actores, procesos y mediaciones que toman lugar en la construcción de significados y representaciones sociales en los diferentes niveles de relación: intrapersonal, interpersonal, grupal, organizacional y mediático.

A su vez, tendrá un enfoque que dentro del eje y objetivo del plan de creación de oportunidades guarda correspondencia la investigación Desarrollo 2021-2025, con el Objetivo 5. Proteger a las familias, garantizar sus derechos y servicios, erradicar la pobreza y promover la inclusión social.

En el primer capítulo, se abordará la temática relacionada a las adicciones, los tipos de drogas que hay y las que se consumen en Ecuador. En el segundo capítulo se trabajará el abordaje psicológico que se realizan en los centros de rehabilitación para así poder pasar al tercer capítulo en donde se abordará el enfoque sistémico en qué consiste y todo lo que implica. Así mismo, en función a lo anterior se podrá dar paso a el rol de la familia y la sociedad en la relación a la rehabilitación, que será abordado en el cuarto capítulo. Por otro lado, en el quinto capítulo se abordará la historia, misión y visión, organigrama de la clínica de rehabilitación desde la que se ha realizado la investigación. A continuación, se abordará la metodología y los análisis de resultados respectivos de las técnicas utilizadas, mediante la búsqueda de referencias bibliográficas se busca corroborar por medio del análisis de las encuestas y entrevistas realizadas.

JUSTIFICACIÓN

Resulta complejo medir el impacto sociofamiliar y evaluar la efectividad de los tratamientos actuales empleados con los adictos, ya que no existe una definición estándar de “rehabilitación”, ni un modo de operar común entre los centros que prestan este servicio, no existe una manera estandarizada de medir su eficiencia. Muchos institutos ofrecen estadísticas que provienen de recopilaciones sesgadas y poco confiables, como identificar cuantos adictos han completado el programa, experiencias anecdóticas individuales o encuestas internas (American Addiction Centers, 2019). A nivel nacional, no existen investigaciones que pretendan medir el impacto sociofamiliar de los pacientes en rehabilitación.

En Latinoamérica podemos encontrar datos que sugieren una situación muy similar a la de Estados Unidos. En México, la encuesta realizada por el Consejo Nacional contra las Adicciones (2008) confirma que “solo una pequeña proporción de los usuarios de drogas (16.1%) acude a tratamiento”. Una revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México compila investigaciones de 1980 al 2010, se detalla ahí sobre los niveles de inversión en salud mental (...) el proyecto Atlas, llevado a cabo por la OMS, «aportó datos probatorios del déficit en materia de servicios de salud mental en países de América Latina y el Caribe, (...) el porcentaje del presupuesto sanitario destinado a la salud mental varía en estos países entre 0.1% y 12%”, México invierte el 1% en contraste con Estados Unidos (6%) (Rojas, et al. 2011).

Actualmente existen 2 modelos que por varias razones han conquistado las perspectivas de abordaje terapéutico en adicciones: la terapia cognitiva-conductual, generalmente acompañada de medicación, y los grupos terapéuticos anónimos, basados en los 12 pasos. En el Ecuador, el tráfico y la tenencia ilegal de drogas se ha convertido en una de las actividades delictivas más frecuentes (MICS, 2014).

La rehabilitación en el Ecuador tampoco es frecuentada por los adictos y la mayoría abandona el tratamiento. La exministra de salud, Verónica Espinoza, admitió que “la demanda es mayor a la oferta de servicios”. En

Guayaquil, el Ministerio de Salud reportó en el 2018, 13 300 atenciones en el área psicológica por drogas, en el primer nivel de atención; de ellos, 6.900 pasaron al ambulatorio intensivo, siendo atendidos con mayor frecuencia. Para cubrir la brecha se invertirán 14 millones de dólares en la construcción de un centro de rehabilitación en Guayaquil, que proyecta atender por sí solo a 7.000 usuarios al año a partir del 2022. (Diario El Comercio, 2019). Por lo cual se desconoce la realidad sociofamiliar de los adictos en procesos de rehabilitación y se requiere de esta información para poder comprender la causa de la problemática.

Planteamiento de problema

¿Cuál es el impacto sociofamiliar en los jóvenes adultos de 20 a 25 años durante su rehabilitación?

Las drogas no solo perjudican a la persona que las consume, aquellas que están alrededor del consumidor también sufren las consecuencias del consumo, ya que las drogas interfieren en la relación de quien las consume con el entorno en el que se desenvuelve, es decir la familia, el trabajo, etc.

El consumo de drogas es una problemática social del orden de lo sanitario, económico, cultural, de inseguridad, etc. Por lo tanto, las drogas suponen una preocupación colectiva ni que, para hacer frente a sus consecuencias, muchos países hayan puesto en marcha políticas de prevención y rehabilitación, con un elevado coste económico.

A nivel social, la perspectiva de una persona adicta es quien no puede llevar una vida normal, no sabe administrar el dinero y básicamente alguien que no lleva nada bueno a nadie, ergo nadie lo quiere en su vida. A pesar de que esta concepción puede no estar del todo equivocada, los otros se estancan en esa definición y no conciben que esa persona puede recuperarse y empezar a ser un aporte social.

Mientras el sujeto está en adicción, el hecho de ser apartado de la sociedad no es un tema de importancia. Por lo cual, la problemática surge a raíz del impacto sociofamiliar en personas que se encuentran en un proceso de rehabilitación y cómo se da el proceso de internamiento en jóvenes adultos. Describir cómo es esta problemática de la cual no se tiene mucho contexto bibliográfico.

Objetivos

Objetivo General

Analizar el impacto del ámbito sociofamiliar en los jóvenes adultos entre 20 a 25 años durante su internamiento en una clínica de rehabilitación, utilizando el método descriptivo y el análisis de entrevistas, para poder evidenciar las distintas problemáticas a las que se enfrentan durante este proceso.

Objetivos Específicos

- Describir el proceso de internamiento en la clínica de rehabilitación, desde una lectura sistemática, para contextualizar el tema a trabajar.
- Explicar el contexto teórico e histórico en torno al consumo de drogas, por medio de revisión bibliográfica, para poder explicar el contexto en el que se ven envueltos los adultos entre 20 a 25 años.
- Definir lo que es el método descriptivo y aplicarlo al impacto sociofamiliar del proceso de internamiento en la clínica de rehabilitación desde la perspectiva psicosocial y legal.
- Presentar las conclusiones para un adecuado análisis descriptivo desde la corriente sistémica, por medio de lo analizado en las entrevistas y la revisión bibliográfica.

Capítulo I: Las Adicciones

Las adicciones a las drogas

Según la Organización Mundial de la Salud (2010) define a la adicción como una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. También definen como droga a toda sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o varias de sus funciones alterando los pensamientos, emociones, percepciones y conductas en una dirección que pueda hacer deseable repetir la experiencia, pudiendo provocar mecanismos de tolerancia y dependencia.

Llegando a caracterizarse por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Es una enfermedad progresiva y crónica, caracterizada por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad. El proceso más habitual de desarrollo de la adicción pasa por cuatro fases consecutivas:

Al referirnos a la temática adicción a drogas, se debe entender que durante mucho tiempo el consumo de sustancias había sido una costumbre propia de nuestros ancestros, como un acto de naturaleza, ritual cuya regulación y significado estaban enrumados según sus costumbres y tradiciones, hechos que por lo general se daban en prácticas ceremoniales religiosas o espirituales (Paz, 2005).

Viéndolo desde esta visión cultural y también en el área medicinal no eran una problemática, pero con el pasar del tiempo, el uso y abuso aparecieron efectos adversos que empezaron a surgir en diferentes ámbitos tanto psicológicos, médicos y sociales. No tardaría mucho para convertirse la adicción a sustancias en una problemática de salud pública, así lo manifiesta el informe mundial de la salud (OMS, 2002), el uso y dependencia de sustancias psicoactivas representó y representa un factor significativo en el incremento de la carga total de morbilidad a nivel mundial. Estableciendo que

el 8,9% de la carga total de morbilidad se atribuye al uso de sustancias psicoactivas, mismas que están asociadas en un 4% al tabaco, alcohol 4,1% y 0,8% a las drogas ilícitas.

Tipos de drogas

Suelen ser clasificaciones referidas a sustancia, aunque no existe una única clasificación pues cada día pueden surgir nuevos estudios o visiones diferentes de cómo interpretar esto, pero las que siempre están presentes son:

- Según su estructura química
- Según su origen
- Según su acción sobre el Sistema Nervioso Central
- Según la condición de sustancias legales e ilegales

También es importante saber que algunas drogas son difíciles de clasificar, ya que pueden tener diferentes propiedades que las sitúan en más de un grupo. No obstante, dentro del trabajo de investigación nos basaremos en una de las divisiones de la clasificación según la condición de sustancias legales e ilegales.

Drogas legales

Se entiende por drogas legales aquellas cuyo uso no está penalizado por la justicia. Generalmente, el alcohol, el tabaco, el café y los medicamentos son ejemplos de drogas legales. Aun así, existen mecanismos de control y, por ejemplo, tanto el tabaco como el alcohol tienen impuestos especiales, normalmente muy superiores a los normales, y su venta está controlada. Otro ejemplo es el de algunos medicamentos que sólo pueden ser adquiridos bajo la prescripción de un médico titulado. Asimismo, desde 2019 el uso medicinal del cannabis es legal en Ecuador, siempre y cuando se compruebe la finalidad médica de la misma. (El País, 2019)

Drogas ilegales

Son ilegales aquellas drogas cuyo uso está prohibido o penalizado por la justicia. Generalmente son ejemplos la cocaína, la heroína, y aquellos medicamentos que han demostrado ser nocivos para la salud del ser humano.

La H

Según El Comercio (2019) Las primeras investigaciones de laboratorio comenzaron en el 2014. Entre ese año y el 2016, los químicos farmacéuticos que operan en el Centro Científico de la Secretaría de Drogas encontraron que la droga H está compuesta básicamente por heroína, cafeína y diltiazem, una sustancia utilizada para tratar la hipertensión. Tras analizar 15 muestras durante el año pasado se descubrió además que la heroína es lo que más se usa en este narcótico. En unos casos equivale al 40% de todos los componentes, y en otros el 80%, y de eso depende también que cada pequeño sobre cueste entre USD 0,25 y USD 3.

Desde cuando estallaron estos casos, en el 2014, esta es la primera vez que se revela cómo se produce la H, pues inicialmente en los barrios, especialmente de Guayaquil, se decía que las mafias mezclan heroína con raticida, cemento, analgésicos, heces de animales, anestésico para el ganado, y otros compuestos tóxicos. Diego Tipán, subsecretario de Prevención de Políticas de Drogas, dice que los análisis también señalaron que en estos cócteles esporádicamente se usa carbonato de calcio, que es empleado para la producción de vidrio y cemento. (El Comercio, 2017)

Por otro lado, Bargent (2019) menciona que:

Si bien el contenido mínimo activo significa que el H tiene menos concentración que la heroína normal, provee un efecto parecido al de la heroína, lo cual es mucho más accesible y aceptable para los consumidores de drogas ocasionales, pero en última instancia causa la misma adicción. Y además es más barato: una bolsa de H cuesta menos de 50 centavos de dólar en Guayaquil, en comparación con los US\$2,50 que vale la pasta de cocaína, un derivado de la cocaína barato

y altamente adictivo que solía ocupar este lugar en el mercado de las drogas.

Asimismo, según Ricard Llor mencionado por Bargent (2019) menciona que: El H es una droga que rompe las leyes de la economía: es buena y además barata.

Estos puntos de venta no surgieron por accidente. El H fue introducido por traficantes colombianos que estaban buscando mercados nacionales que fueran poco riesgosos para distribuir su heroína, pero se dieron cuenta de que los mercados de su país se estaban saturando rápidamente, según fuentes gubernamentales que fueron consultadas por InSight Crime. (Bargent, 2019)

Asimismo, como lo subraya el diario La Extra, la aparición de esta droga en Ecuador fue hace tres años y organismos, todavía investigan sus componentes de este alcaloide solo se sabe que la heroína de mala calidad o Krokodil, que daña la piel de forma de un cocodrilo. Se puede administrar de tres formas: inhalando, fumando o inyectando, y los jóvenes son los más atentados contra esta droga. (Rodríguez, 2015)

Expertos narran que sus efectos en sus inicios provocan sensación de placer intenso acompañado de sedación total y sus efectos pueden en el organismo pueden durar de 2 a 3 horas, en cuanto a nivel físico causa sequedad en la boca, alteración de la nutrición, anemia, depresión y hasta la muerte. Expertos señalan que la rehabilitación para una persona que consume “H” es muy dura debido a que los pacientes vuelven a caer en este vicio. (Rodríguez, 2015)

La Cocaína o Pasta Base

La pasta base de cocaína está compuesta por los residuos que sobran de la cocaína procesada con otros componentes como ácido sulfúrico y queroseno, también puede ser mezclada con otros materiales como cloroformo, éter o carbonato de potasio entre otras cosas que se le pueden añadir ya que, al ser una droga con bajo costo y depende del expendedor, esta puede ser mezclada o “virada”, como se dice en la jerga del tráfico de

sustancias, para aumentar su cantidad y poder vender más dosis a bajo costo, sin embargo el fin de ganar más capital es el mismo (Vallejo, 2015).

La dosis que generalmente se expende es pequeña y pesa entre 0,01 y 0,03 gramos. Es una droga estimulante del sistema nervioso central, cuyo principal componente o alcaloide es la cocaína, sustancia que se obtiene de la planta de coca, la *Erythroxylum coca* la cual puede ser mezclada con otros componentes. Se obtiene a través de la extracción del alcaloide de la hoja de coca, que no llegan a ser procesados hasta convertirse en clorhidrato de cocaína, que es la forma más común y buscada de presentación de esta sustancia. La extracción de los mismos se realiza mediante la maceración de la hoja de coca en queroseno u otros solventes, pero por la escasez de los químicos requeridos para convertir este grupo de alcaloides en la sal de cocaína por reacción con el ácido clorhídrico (Vallejo, 2015).

La forma en la que actúa en el organismo se da de la siguiente manera: la sustancia, por tener consistencia seca como polvo que resulta de moler una piedra o algún elemento sólido, ingresa en el organismo al fumarla con los instrumentos adecuados o que permitan al usuario poder combustionar como una pipa sin importar del material de que esta esté fabricada, también se puede usar un tabaco vacío o un papel para liar. Al bazuco generalmente se lo consume con otra sustancia que permita su mejor combustión como por ejemplo tabaco, con esto se coloca al “polvo”, mezclado con tabaco o marihuana, para poder encenderlo. (Vallejo, 2015)

Al tabaco mezclado con bazuco se lo conoce como “pistola” o “tola” en su término diminutivo y al bazuco mezclado con marihuana se lo conoce como “maduro con queso”, en relación a uno de los postres típicos del país, al color verde de la marihuana y al origen del maduro-verde, nombre con que se le llama a la fruta del plátano verde que se da en zonas de la costa, y el término “queso” se lo ve por el color blanco o en ocasiones un tenue amarillo que la pasta base presenta. (Vallejo, 2015)

La Marihuana

Droga procedente de la planta llamada cannabis, de la cual, las hojas, flores y tallos son empleados para la fabricación de este tipo de sustancias ilegales, dentro de ella se encuentra un componente llamado tetrahidrocannabinol, cuyo efecto va a determinarse a través de la cantidad y el tipo de mezcla que los jóvenes realicen. (Soriano, 2017).

Cuando se consume fumando, sus efectos son muy inmediatos, y su tiempo de duración va entre 2 y 3 horas, por su parte si la vida de acceso al organismo se da por la vía oral, su procedimiento es más lento al igual que sus efectos originándose entre la media y las dos horas, sin embargo, su durabilidad de efecto oscila entre las 4 hasta las 6 horas. Como conclusión a este apartado, su consumo vía oral es más duradero que el de fumar (Soriano, 2017)

Las drogas en el Ecuador

Según Vallejo (2015) menciona que:

Ecuador, por su posición geográfica, de cierta manera es una zona ideal para el paso y tráfico de sustancias estupefacientes. Siendo país limítrofe con Perú y Colombia, los cuales son los mayores productores de hoja de coca en el mundo en la actualidad, los narcotraficantes utilizan varios modos y rutas por las cuales se da el tráfico. Como, por ejemplo, cápsulas que pueden ser enviadas dentro de una fruta o de una persona. Ingeniosos submarinos que, sin ser detectados, pueden transportar grandes cantidades hacia otros destinos lejanos en el mundo. Se puede descomponer la cocaína en sustancia para camuflar su textura y olor de los canes entrenados para detectar y muchas otras ideas “innovadoras” salidas del ingenio de los traficantes.

En décadas pasadas y estudios realizados en años anteriores, se arrojaron datos importantes tanto históricos como las propuestas políticas realizadas en esos años, sobre porqué el Ecuador no representaría mayor problema o amenaza, en tanto se lo consideraba un país de paso y no un

productor a gran escala de sustancias ilícitas (Vallejo, 2015). Sin embargo, estudios recientes realizados por el CONSEP, organizaciones como la OEA conjuntamente con AECI-CICAD, demuestran otra perspectiva (Roos, 2011).

Asimismo, Vallejo (2015) menciona que:

Esta investigación plantea que, el Ecuador, además de ser un país de paso o tránsito para los estupefacientes, se ha convertido en un territorio de “impacto directo” del tráfico y el cual señala “El Ecuador de país de tránsito se ha convertido en territorio de impacto directo, especialmente en la producción incipiente y desvío de sustancias controladas, lavado de activos, tráfico, procesamiento de droga, centro de acopio y de consumo” (Roos, 2011). Con estos datos presentados por el CONSEP sobre consumo de drogas, se señala que la edad promedio en la cual se empieza el consumo en el país se realiza a la edad de 12 años y medio.

La cocaína, misma que es obtenida mediante un proceso de maceración de las hojas de coca con varias sustancias o solventes y se presenta como un polvo blanco, tiene el segundo lugar en cuanto al nivel de consumo con una cifra de 1.3%; mientras que la pasta base de cocaína o bazuco, que vendría a ser la cocaína sin refinar, tiene un grado o porcentaje de consumo del 0.8% (Roos, 2011). Los índices que se muestran en cuanto a consumo de drogas legales señalan que tanto el tabaco como el alcohol son las drogas más consumidas en el país; el tabaco presenta una cifra de 46.8% y el alcohol un 76.9%. (Vallejo, 2015)

Por otro lado, tenemos que la droga ilícita más ofertada es la marihuana con un nivel del 18.7% en cuanto mayor al nivel de facilidad de acceso presenta, seguida por la cocaína con un 13.5% y la pasta base de cocaína con un 10.1% (Roos, 2011). En cuanto a nivel educativo, el consumo con mayor porcentaje se da en personas que han alcanzado un nivel de estudio intermedio o terciario con 16,0%. En los estudiantes universitarios hay un mayor consumo el cual está localizado en un 9,1% en comparación a quienes

no están en la universidad quienes tiene un nivel de consumo bajo con el 4,7% (Roos, 2011).

Los principales factores de riesgo que se presentan o con los que se trata de ver los índices de consumo de drogas en el país son: desintegración familiar, migración, falta de control y comunicación en la familia, deficiencia del sistema educativo, presión de grupo, inadecuada utilización de tiempo libre, aspectos culturales. (Vallejo, 2015)

CAPÍTULO II: Bases Legales

Centros de rehabilitación

Según el Ministerio de Salud Pública (2016) establece el modelo de atención integral residencial para el consumo problemático de alcohol y otras drogas, en establecimientos de salud de tercer nivel del Ministerio de Salud Pública, el cual tiene por propósito:

Proporcionar a los profesionales de salud del tercer nivel de atención una herramienta metodológica para brindar atención integral residencial mediante la implementación del programa terapéutico de Centros Especializados de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas CETAD.

El Ministerio de Salud Pública basa este modelo en los siguientes lineamientos a nivel legal:

Constitución de la República del Ecuador

Art. 32.- “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos los que sustentan el buen vivir; que al Estado le corresponde garantizar mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y garantizar su acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. Estableciendo que la prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”

Art. 35.- “Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos

público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad”.

Art. 44.- “El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurará el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.

Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales.”

Art. 46.- “El estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes: Numeral 5. Prevención contra el uso de estupefacientes o psicotrópicos y el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias nocivas para su salud y desarrollo.”

Art. 50.- “El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferencial”.

Art. 364.- “Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponde desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún momento, se permitirá su criminalización, ni se vulneraron sus derechos constitucionales.

Regulación de los Centros de Recuperación para Tratamiento a Personas con Adicciones o Dependencia a Sustancias Psicoactivas

Art. 1.- Objetivo. - El presente Reglamento tiene por objeto establecer, las normas para la calificación, autorización, regulación, funcionamiento y control de los Centros de Recuperación (CR) para personas que consumen sustancias psicoactivas. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

Art. 2.- Ámbito. - Los Centro de Recuperación exclusivamente podrán realizar actividades destinadas al diagnóstico, tratamiento, reducción de daños e integración social de personas que consumen sustancias psicoactivas, de acuerdo a la normativa expedida por el Ministerio de Salud Pública. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

Proceso de rehabilitación

Según el MSP (2015) en el Modelo de atención integral residencial para el consumo problemático de alcohol y otras drogas, en establecimientos de salud de tercer nivel del Ministerio de Salud Pública, menciona que:

El proceso de atención e intervención terapéutica en el tratamiento residencial será integral, según sean las características y necesidades particulares del usuario/paciente, partiendo desde el diagnóstico inicial y tratamiento hasta el egreso y seguimiento, teniendo en cuenta su protagonismo y el de su familia, a fin de contar con un proyecto de vida. Se estima que el tiempo de duración del Tratamiento Residencial, desde el ingreso, hasta el egreso del usuario/paciente, es de 6 meses. Dependiendo de la evolución individual del paciente/usuario dentro del tratamiento y del criterio del equipo técnico, el paciente podrá residir por un tiempo mayor o menor al estimado.

A continuación, se mencionarán las etapas juntos sus respectivas fases que ha establecido el MSP en su Modelo de atención integral residencial para el consumo problemático de alcohol y otras drogas, en establecimientos de salud de tercer nivel.

Etapas de intervención terapéutica en el Centro Especializado de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas.

Primera Etapa: Atención Integral Residencial

Fase 1. Desintoxicación

Destinada a pacientes con cuadros moderados de intoxicación o de síndrome de abstinencia y cuyas complicaciones potenciales pudieran ser atendidas por un equipo técnico adecuadamente entrenado, con base en protocolos específicos de intervención, que brinda atención permanente (24 horas), bajo supervisión médica, pero que no requieren de recursos hospitalarios.

Esta fase se centra en buscar la estabilización del cuadro clínico, siempre y cuando no corresponda a un cuadro agudo en el que se comprometa la vida del sujeto, afectado por el consumo de alcohol y otras drogas. En esta etapa se aborda el síndrome de abstinencia: Malestar físico (ej.: dolores de cabeza, náuseas, temblores, falta de sueño) o psicológico (ej.: nerviosismo, irritabilidad) cuando no hace uso de la sustancia. Dependiendo de la sustancia los síntomas se presentarán con mayor intensidad en los primeros días desde la supresión, y por lo general requieren seguimiento médico y manejo farmacológico.

Se detecta y se trata las complicaciones médicas, tengan o no relación directa con el consumo, tales como problemas hepáticos, neurológicos, renales, cardiovasculares, psiquiátricos, en fin, todas las intervenciones que permitan recuperar el equilibrio fisiológico del organismo del adolescente. Página 21 Las mencionadas intervenciones eminentemente médicas, deben ser abordadas por el personal del Ministerio de Salud (médico, psiquiatra itinerante y personal de cuidados de enfermería), siempre con el apoyo de todo el equipo técnico.

Fase 2: Proceso de Evaluación Integral

El equipo interdisciplinario se encargará de realizar la evaluación integral del adolescente con consumo problemático de alcohol y otras drogas, estableciendo una contextualización psicosocial adecuada de la problemática del usuario, de modo que se pueda decidir en base a un conocimiento panorámico (factores físicos, psicológicos, socio-familiares y económicos) el diagnóstico acertado del usuario para iniciar con un tratamiento pertinente, adaptado a sus necesidades. Los profesionales deben tener formación o experiencia en tratamiento de drogodependencia, requerimiento para contar con información suficiente y profundizar en la historia del consumo de sustancias. Su experiencia facilitará la creación de un clima empático que permita la escucha activa, tomando en cuenta que para los usuarios/pacientes, hablar sobre aspectos de su vida privada puede resultar incómodo.

Fase 3: Adaptación, Motivación e inicio de proceso terapéutico

El objetivo es integrar al participante a la Comunidad, mediante un proceso de adaptación, motivación e inicio de proceso terapéutico. En este período, el empeño sobre el comportamiento debe estar centrado sobre conseguir una mayor estabilidad emotiva, con respecto al aspecto cognitivo (si tenemos presente que la tasa de abandono del tratamiento comunitario sobreviene en los tres primeros meses de acogida), al mismo tiempo se debe considerar que el usuario asume responsabilidades que para él son nuevas por tanto se debe tener en cuenta el nivel de estas, el usuario debe entender inmediatamente que la confianza en comunidad es una conquista cotidiana. En esta fase el usuario espera que una vez iniciado el tratamiento se deposite en él el mayor grado de confianza, sobre este aspecto hay que trabajar en la comunidad, en función de un incremento progresivo hacia la autonomía. Una vez que el usuario entra por primera vez a la Comunidad, debe ser acompañado con particular atención.

Motivación: La literatura indica que las intervenciones motivacionales” son útiles en el inicio del proceso terapéutico del adolescente dentro de la

Comunidad, sin embargo, esta motivación va desapareciendo con el paso del tiempo. Este tipo de intervenciones no son suficientes por sí solas para abandonar el consumo de drogas, pero sí son útiles para incrementar la participación, adherencia y retención en el tratamiento. Por tanto, las intervenciones motivacionales son un complemento de otros tratamientos más estructurados, siendo los pacientes menos motivados los que resultan más beneficiados del uso de estas técnicas (38).

Fase 4: Integración, afianzamiento y esclarecimiento del proceso terapéutico

Tiene como objetivo empoderar al participante en su proceso terapéutico de cambio, considerando sus características bio-psico-sociales.

Segunda Etapa: Ambulatorio de Seguimiento

Asimismo, el MSP (2015) en su Modelo de atención integral residencial para el consumo problemático de alcohol y otras drogas, en establecimientos de salud de tercer nivel del Ministerio de Salud Pública, menciona que:

Contrariamente a algunas posiciones comunitarias que no incluyen una fase específica de integración, la literatura sugiere que ésta, es una etapa de gran importancia y debe ser tomada en cuenta; sucede frecuentemente que tratamientos aparentemente exitosos al interno de la comunidad, se muestran como fracasos al momento de enfrentar la realidad externa, para algunos usuarios se presenta como una verdadera recaída fisiológica anímica. Por esta razón, es importante que la comunidad esté presente en estos momentos delicados, los mismos que pueden crear un retroceso en la evolución del usuario, en algunas situaciones la recaída debe ser considerada como un episodio de valor positivo.

A continuación, se mencionarán los procesos que menciona el MSP (2015) en su Modelo de atención integral residencial para el consumo problemático de alcohol y otras drogas, en establecimientos de salud de tercer nivel.

Proceso de Reinserción Educativa

La deserción, inestabilidad y retraso escolar, son las consecuencias en el campo educativo más frecuentes concomitantes con la dependencia de drogas. El objetivo del proceso de reinserción es incorporar o reincorporar a los usuarios de los Centros Especializado de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas a procesos educativos de acuerdo a los niveles alcanzados y demandas individuales, de esta forma se facilita el proceso de readaptación, nivelación académica y reforzamiento a través de relaciones interinstitucionales. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

Proceso de Capacitación Profesional

En muchos casos es necesario considerar la profesionalización o el desarrollo de capacidades para la vinculación laboral de los/as usuarios de los Centros Especializado de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas, entendida ésta como el proceso de alcanzar herramientas profesionales en carreras cortas o técnicas, capacitación artesanal o emprendimientos individuales. Estos procesos serán analizados de acuerdo a diversos factores del participante como su nivel educativo, su edad, su experiencia previa, pero sobre todo su demanda al respecto. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

Proceso de Inclusión Laboral

Es propio del tiempo de consumo, el deterioro e incluso pérdida de habilidades sociales y cognitivas que no permiten un adecuado desempeño o incorporación a una actividad laboral. El aislamiento, la estigmatización y los procesos de exclusión, empeoran este panorama. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

Proceso de Autonomía

Se entenderá autonomía como un proceso de independencia emocional y económica, muchas veces inexistente en el tiempo de consumo (codependencia emocional y económica). El objetivo es desarrollar un proyecto de vida que contemple la autonomía del participante, considerando

los procesos laborales, educativos y de profesionalización. Este es un objetivo a largo plazo requiere un esfuerzo sostenido del usuario/paciente y el seguimiento cercano de los Centros Especializados de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

Proceso de Seguimiento

Se entenderá como seguimiento el proceso de acompañamiento, verificación y apoyo a los logros de autonomía conseguidos en las etapas anteriores, una vez que el participante ha egresado de los Centros Especializados de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas. El objetivo es la autonomía en el espacio propio de vida del usuario/paciente, hasta que este consiga sostenerse por sí mismo. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

CAPÍTULO III:

El abordaje psicológico en los centros de rehabilitación

Enfoques y técnicas aplicadas en los centros de rehabilitación

La psicoterapia es una práctica multidisciplinaria, es importante que quien la ejerce tenga conocimientos y un entrenamiento específico en las técnicas psicoterapéuticas que va a emplear, además de una formación básica a nivel clínico y psicopatológico. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

Enfoque Cognitivo Conductual

Los estímulos desencadenantes del consumo se sitúan en el sujeto, en su sistema de creencias, lo que explica la frecuente concurrencia de adicción. [...] este tipo de enfoque permite afrontar las creencias disfuncionales que están en la base del trastorno [...] proporciona al paciente un modelo conceptual comprensible de la problemática, caracterizado por la planificación y estructura de las terapias, promoviendo el desarrollo de habilidades que fomenten la autonomía del sujeto a fin de generar el cambio. (Becoña & Cortés, 2008)

Técnicas

- Método socrático: con esta técnica el usuario/paciente es guiado a través de un proceso, en el descubrimiento de sus pensamientos, acciones y creencias, que lo tienen sujeto al consumo o a alguna consecuencia problemática, de la que busca deslindarse sin ningún resultado. (Beck, Wright, & Newman, 1999)
- Análisis de ventajas y desventajas: una de las propiedades de la memoria es que ésta es selectiva, de ahí que el sujeto vea más ventajas que desventajas a la hora de consumir drogas. En terapia este análisis es indispensable a través de un cuadro de análisis de ventajas y desventajas, donde el terapeuta promueve a entregar datos objetivos en relación a este estudio. Es preciso observar la maximización de las ventajas y la minimización de las desventajas como coadyuvantes del

consumo problemático de alcohol y otras drogas. (Beck, Wright, & Newman, 1999)

- Identificación y modificación de creencias asociadas con la droga: en muchos casos el individuo no es consciente de dichas creencias relacionadas con el consumo. Generalmente el individuo atribuye el consumo al estrés, más es poco probable que revise sus actitudes acerca de consumir. (Beck, Wright, & Newman, 1999)
- Técnica de las flechas descendentes: técnica similar al análisis de ideas del todo o nada, en relación a sus metas planteadas a mediano y largo plazo. En este sentido el usuario experimenta emociones negativas intensas encaminadas a la desesperanza. (Beck, Wright, & Newman, 1999)
- Registro Diario de Pensamiento (RDP): desde la concepción cognitiva, el sujeto abusa de sustancias debido a sesgos cognitivos y creencias desadaptativas acerca de las drogas. A través de esta técnica es factible analizar sistemática y objetivamente el modelo cognitivo de la recaída y los elementos que lo constituyen con el fin de poder abordar el craving (deseo o ansia por consumir una sustancia), proporcionarle tiempo entre el primer impulso en el cual puede decidir no consumir y darles respuesta a estados de ánimo negativos de alto riesgo. (Beck, Wright, & Newman, 1999)
- Toma de decisiones: técnica en la que se guía al usuario a: definir el problema; proponer lluvias de ideas que evoquen soluciones; examinar ventajas y desventajas de cada solución propuesta; escoger la mejor alternativa y/o combinar alternativas de solución; planificar, preparar y practicar la solución escogida; valorar y evaluar el resultado. Este proceso busca que el sujeto tome se apropie de su decisión, se haga responsable de las decisiones que toma y pueda afrontar las consecuencias de las mismas. (Beck, Wright, & Newman, 1999)
- Intervenciones paradójicas: se entienden aquellas que prescriben la continuidad de la secuencia sintomática. La intención es que el participante desobedezca o bien que pase a controlar la aparición del síntoma, así si controla la aparición, también podrá controlar su

desaparición. Estas intervenciones son más complejas, requieren una gran experiencia del terapeuta. (Beck, Wright, & Newman, 1999)

- Las metáforas: son aquellas intervenciones del terapeuta en las que cuenta una historia de la que el usuario tiene que deducir alguna consecuencia relacionada con su síntoma. Se escoge un tema aparentemente neutro y a través de él, se va tejiendo una serie de sugerencias conductuales, que tienen que ver con el síntoma. Frecuentemente se busca un tema que pueda representar la situación del participante, se habla de él, recalando ciertos mensajes que componen la sugerencia que se ofrece para su solución. (Beck, Wright, & Newman, 1999)

Entrevista Motivacional

Se guía bajo los siguientes principios básicos:

Empatía: aceptar incondicionalmente al usuario, ya que la aceptación facilita el cambio. La escucha reflexiva es fundamental para comprender la perspectiva, los sentimientos y los valores de cada usuario, asegurándose que su ambivalencia es normal. (Miller, 2015)

Desarrollar discrepancia: es útil propiciar que el usuario se dé cuenta de sus contradicciones, mostrándole la discrepancia entre la conducta actual y sus metas o valores más importantes. (Miller, 2015)

Rodar con la resistencia: cuando los objetivos del terapeuta están alejados de los objetivos del paciente aparecen las resistencias. El terapeuta debe cambiar de estrategia hasta partir del punto donde está el paciente, utilizando la fuerza de la resistencia para avanzar. (Miller, 2015)

Apoyar la autoeficacia: inyectar esperanza dentro del rango de alternativas disponibles e invitarlo a un trabajo conjunto, pero sin crear falsas expectativas que posteriormente no podamos cumplir. (Miller, 2015)

Técnicas de relajación: las técnicas a utilizarse son básicamente el entrenamiento autógeno de Schultz, y la técnica de relajamiento de Arnold

Lázarus que es la relajación por tensión – relajación y la relajación por medio del aflojamiento directo. (Miller, 2015)

Enfoque Humanista

Permite al individuo la posibilidad de elegir en que se convertirá, creando sus propios valores al comprometerse con ellos a través de sus propias elecciones. La libertad de decidir, va de la mano con la responsabilidad. Mediante estas técnicas se apoya al sujeto a definir su libertad, concientizar el presente, estructurar su individualidad y descubrir formas para desarrollar su potencial a fin de alcanzar la autorrealización. (Gerrig & Zimbardo, 2005)

Técnicas

- El Psicodrama clásico moreniano: es una terapia no ortodoxa y un arte exigente, pues demanda un grado de revelación personal muy superior al de la terapia verbal tradicional. Los profesionales a cargo de ésta técnica deben tratar con espontaneidad y flexibilidad la problemática de los protagonistas, las vicisitudes de la dinámica grupal y la inevitable presencia de errores. Se caracteriza por su naturaleza de improvisación. El psicodrama es un medio para el fomento de la creatividad personal y grupal. (Blatner, 2015)
- Los grupos de encuentro de Rogers: se apoya en varios conceptos fundamentales: experiencia, relación auténtica, congruencia, empatía y maduración (o crecimiento). La experiencia está ligada a la supresión de la distancia entre lo vivido y lo expresado. Se trata de aceptar incondicionalmente lo que las cosas (o las personas) son, permitiendo que sean como se nos aparecen. (Carl, 1973)
 - o Grupo Temático: pretende estimular el conocimiento comunitario de temas importantes relacionados con las problemáticas comunes por medio de la presentación teórica de sus causas y consecuencias; buscando que la persona aprenda a conocerse y a profundizar en sus diferentes

situaciones de forma objetiva. El objetivo primordial que persigue este grupo es ofrecer a las personas que en él participan una respuesta técnica y científica a una problemática específica de su realidad individual, familiar o social.” (Blatner, 2015)

- o Grupo Sonda: “Es el grupo por excelencia en la exploración de problemáticas. En medicina la sonda se utiliza para examinar auscultar dentro del organismo aquellas cosas que eventualmente pueden estar fallando, análogamente en terapia de grupos, el “Sonda” hace lo mismo, invita a la persona a profundizar en su interior, como en su pasado y reconocer problemáticas específicas tratando de rastrear miedos, dudas, prejuicios, etc., en tres temas de importancia, como lo son lo sexual, lo social y lo familiar[...]El objetivo principal de este grupo es identificar, en unión a los demás miembros participantes del grupo; los temores, dudas, resentimientos, dolores, odios, aversiones, entre otros, que genera el haber vivido una situación específica del pasado y posteriormente proponer alternativas de solución o de manejo.” (Carl, 1973)
- o Grupo de Apoyo: “pretende identificar, cuestionar y orientar aquellos aspectos de la vida cotidiana del residente que de una u otra manera están afectando su crecimiento. Para lograrlo el residente debe exponer de manera clara y verás las causas, consecuencias y demás aspectos pertinentes al tema que se está abordando para luego, con el apoyo de su grupo de pares, generar alternativas de afrontamiento” (Carl, 1973)
- o Encuentros especiales: “son espacios para reconocer aclarar, confrontar, corregir y/o superar aquellas situaciones críticas que vividas en el pasado han lastimado a otros, o incluso al mismo residente. El objetivo principal es facilitar un espacio

terapéutico para la profundización de situaciones conflictivas generalmente relacionadas con personas significativas para el joven como son su familia y amigos más cercanos. Con el fin de sanar las heridas causadas y de encontrar entre todos los participantes las alternativas de solución que beneficien a todos los involucrados.” (Carl, 1973)

- Logoterapia: “La Logoterapia intenta hacer al paciente plenamente consciente de sus propias responsabilidades, razón por la cual ha de dejarle la opción de decidir por qué, ante qué o ante quién se considera responsable.”. La esencia en la Logoterapia es que, a más de que el hombre busca el sentido y significado de su existencia, adquiere la capacidad de responsabilidad sobre la misma. (Frankl, 1991)

CAPÍTULO IV:

Enfoque sistémico

¿Qué es el enfoque?

Permite la modificación de la estructura familiar y el establecimiento de límites. El profesional a cargo de esta técnica interactúa con la familia y construye el sistema terapéutico que guiará el proceso centrándose en redefinir el síntoma y la problemática. Aborda las dificultades familiares entre sus miembros a fin de elaborar soluciones consensuadas conjuntas. (Bernardi, 2004)

- **Terapia Multifamiliar:** esta técnica se caracteriza por mostrar los patrones existentes en el relacionamiento intrafamiliar y la dinámica entre las familias y la comunidad. El abordaje posibilita que cada miembro del grupo pueda ver a los demás en interacción, esto significa, pasar de la comprensión particular, a la comprensión del otro, descubriendo y observando tanto las problemáticas como sus posibles soluciones; de esta manera las familias reflexionan y elaboran conceptos y se incluyen en un proyecto de cambio. (Sastre, 2009)
- **Terapia Familiar Breve Estratégica (BSFT):** se caracteriza por ser una intervención breve que se utiliza con adolescentes con consumo problemático de sustancias y que podrían presentar problemas de conducta. La terapia se focaliza en la dinámica que tiene el consumo de drogas dentro del ambiente familiar. Los objetivos que persigue la BSFT son dos: Eliminar las conductas de abuso de drogas y otras conductas problema; Cambiar la interacción familiar que posibilita el síntoma (consumo de drogas).

El abordaje de los casos de adicciones por drogas desde la terapia sistémica

Los modelos aplicados que se han desarrollado en las intervenciones sistémicas se pueden incluir en dos grandes categorías: los modelos

centrados en resolución de problemas y los modelos intergeneracionales (Rolland y Walsh, 1996). Estos modelos que adoptan diferentes perspectivas tratan de contribuir a enfoques más integradores en el tratamiento familiar de las adicciones. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

Modelos orientados a la resolución de problemas

Estos modelos se basan en la solución de problemas; son intervenciones breves, focalizadas, prácticas y se han desarrollado mucho en los últimos cuarenta años. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

Modelo estructural

Fue diseñado inicialmente para jóvenes delincuentes. (Munichin et al., 1974) lo adaptaron a las drogodependencias. Conciben las adicciones como recreaciones desadaptativas a los cambios ambientales o evolutivos. Se centra en el equilibrio de la organización familiar, analizando la jerarquía familiar y las fronteras entre los subsistemas familiares. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

El objetivo de este modelo es el fortalecimiento de los cimientos estructurales que permiten el funcionamiento de la familia. Buscan una jerarquía generacional adecuada, en la que los padres muestren liderazgo con unas fronteras claras, que no sean éstas ni difusas ni rígidas. Se ha utilizado este modelo en adicciones en las que hay una implicación excesiva de algunos de los padres y un papel periférico del otro con el adicto. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

Modelo estratégico

Estos se centran en el entorno social inmediato del adicto. La adicción la conciben como un síntoma y una respuesta a la interacción familiar disfuncional. Se centran en entender cómo intentan resolver sus problemas, las soluciones planteadas a estos problemas. Refieren que las familias realizan esas soluciones ya que desconocen otras, cosa que ese

desconocimiento puede agravar aún más el problema. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

La intervención terapéutica pretende interrumpir las soluciones ineficaces y sustituirlas por otras más eficaces. Para ello el psicólogo debe conocer las creencias, los valores, las expectativas, el lenguaje, ideas de la familia, etc.; para poder empatizar con éstos y buscar soluciones, tratando de definir en términos comportamentales el problema e iniciar un plan de intervención para revertir éste. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

Terapia Familiar Breve Estratégica

Es una intervención sistémica breve (8-24 sesiones) que se utiliza con adolescentes consumidores y que presentan también otros problemas conductuales. Concibe que el uso de drogas refleja disfunción del sistema familiar; asimismo, la terapia se centra en la función que cumple este síntoma en el sistema. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

Persigue dos objetivos: que el adolescente deje de consumir drogas y modificar los patrones de interacción familiar que mantienen la adicción (síntoma). Este enfoque postula que son predictores de la eficacia de la terapia la calidad de la relación terapéutica entre la familia y el terapeuta y la utilización de la reestructuración de los patrones de interacción disfuncionales. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

Terapia Centrada en Soluciones

Según el Ministerio de Salud Pública (2015) menciona que:

Se centra en las soluciones que pueden funcionar, minimizando la naturaleza de los problemas o los patrones interactivos familiares. Parten de la idea de que ningún problema dura todo el tiempo, aunque entienden que siempre hay excepciones a la regla. El terapeuta mantiene unos presupuestos a la hora de trabajar con las familias:

El cambio es inevitable, sólo se necesita un pequeño cambio (se puede cambiar el sistema familiar a través del cambio de un solo miembro y no es

necesario incorporar a todos), los pacientes cuentan con la fuerza y los recursos necesarios para cambiar, los problemas son intentos fallidos de resolver los conflictos, no es necesario saber mucho sobre el problema para resolverlo, existen distintas maneras de enfocar una situación, y hay que centrarse en lo que es posible y puede cambiarse. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

Modelo estructural estratégico

Stanton y Todd (1982) realizan un modelo conceptual que explica la dinámica familiar del adicto y un modelo de tratamiento con estrategias y técnicas. Este modelo aplica la teoría estructural como paradigma orientador utilizando sus técnicas y de los estratégicos poniendo el énfasis en realizar un plan específico, los acontecimientos fuera de la sesión, el cambio en el síntoma y la colaboración entre los sistemas que intervienen en el tratamiento. (Cardenas, 2016)

Mantienen los supuestos de que ven a las personas interactuando en un mismo contexto, el ciclo vital y estadio evolutivo son importantes, los síntomas mantienen el sistema, y que la familia y/o pareja pueden cambiar realizando otras conductas. Acentúan la implicación activa de la familia de origen en la terapia, aunque el adicto ya no viva con ellos. Se centra en la triada compuesta por ambos progenitores y el adicto para trabajar la individuación de éste. También pueden participar en el tratamiento otros sistemas como la red de amigos, parientes, trabajo, escuela, etc. (Cardenas, 2016)

Las metas terapéuticas con el adicto son tres: El abandono del uso de drogas, el uso productivo del tiempo y que el adicto consiga una situación estable y autónoma. También debe promover la emancipación y la autonomía de éste. La familia debe establecer alianzas para trabajar juntos. Deben señalarse los límites y las reglas, debe centrarse en tareas positivas y alcanzables; trabajando, para un primer momento, sólo aquellas cuestiones que tengan relación directa con la adicción; dejando para más adelante otros

problemas que puedan tener los miembros familiares entre sí. Las reglas deben ser negociadas y no impuestas. (Cardenas, 2016)

Modelos sistémicos-constructivistas

Hoffman (1993) y Sluzki (1985) adoptaron la perspectiva constructivista a las técnicas sistémicas. El constructivismo postula que los sujetos construyen activamente el mundo externo y que la realidad es subjetiva y puede interpretarse de muchas formas diferentes. Estos autores pasaron de centrarse en las secuencias de conducta a la co-creación de significados. Con esta perspectiva constructivista del sistema familiar el interés se centra en los significados familiares compartidos por la familia, estudian como construyen la conducta los miembros de la familia. (Cardenas, 2016)

Los problemas se explican a través de los mitos familiares (sistemas de creencias familiares que son coherentes con las conductas sintomáticas) Hoffman (1996) destaca las características de este enfoque: “No hay una creencia en la realidad objetiva, cambio del foco de conductas a ideas, el problema crea el sistema (se interviene en el grupo de personas que comparten el problema), El terapeuta está con todos y para todos, ausencia relativa de jerarquía (el terapeuta es uno más debido a la falta de una realidad absoluta), menor énfasis del poder y del control (promueve un reparto equitativo del poder y del control del terapeuta), y tendencia a inhibir la intencionalidad (se trata de producir sistemas comunicativos menos patologizantes).

De este contexto epistemológico surge la técnica del equipo reflexivo.

El equipo reflexivo

es una modalidad de trabajo sistémico constructivista propuesta por Andersen (1994). Entiende los sistemas de interacción humanos como circulares y sometidos a las leyes de la cibernética (postura sistémica), pero la técnica en sí contiene la perspectiva constructivista aplicada. Consiste en un sistema de entrevista en el que un grupo de terapeutas al principio

observan a otro u otros terapeutas que mantienen una sesión con el o los pacientes a través de una sala de espejo. (Cardenas, 2016)

Modelos familiares conductuales

Las bases teóricas de estos modelos son la modificación de conducta y el aprendizaje social. Dos son sus principios fundamentales: enfatizan la importancia de las normas familiares y de los procesos de comunicación familiar y consideran a las familias como contextos de aprendizaje críticos creados por sus miembros. Se centran en las condiciones de aprendizaje, influencia y cambio conductual, se especifican los objetivos de la terapia en términos de conductas observables y concretas. (Cardenas, 2016)

También enseña a la familia formas más efectivas de influir en conductas ajenas reforzando positivamente. Según Cárdenas (2016) menciona que hay cuatro modelos que han sido los más utilizados en el tratamiento de las adicciones:

Terapia Conductual Familiar y De Pareja.

Es un programa multicomponente que incluye el análisis funcional, la identificación de relaciones conflictivas que inducen el consumo, el incremento de la tasa de reforzamiento positivo en las relaciones, la asignación de tareas, el control estimular, el contrato conductual, el manejo de contingencias y entrenamiento en habilidades comunicativas y de solución de problemas. (Cardenas, 2016)

Terapia Familiar Multidimensional

Asimismo, Cárdenas (2016) menciona que: Es un tratamiento ambulatorio para el abuso de drogas centrado en la familia. Se interesa en las redes de influencias que propician el consumo de drogas en los adolescentes. El objetivo es reducir el consumo y aumentar comportamientos positivos y generalizarlos a otros contextos y situaciones. Se trabaja individualmente y con la familia, tanto en la consulta como en otros contextos (casa, escuela, etc.). Se trabaja con el adolescente la toma de decisiones, de negociación, de

habilidades para la vida, habilidades sociales, que expresen y comuniquen sus pensamientos, que expresen sus sentimientos; todo esto para que puedan desenvolverse más eficazmente en su vida. El trabajo con la familia se centra en que observen su estilo particular de educación, que diferencien la influencia sobre sus hijos del control y que adquieran habilidades de influencia positiva sobre sus hijos. Esta terapia ha demostrado eficacia en la disminución de riesgos y la promoción de procesos de protección en varios 40 contextos (Familiar, escolar, etc.) además de reducir el consumo durante el tratamiento (Liddle, Rowe, Dakof, Húngaro y Henderson, 2004).

Terapia Familiar Multisistémica

Esta técnica trata los factores asociados a los comportamientos antisociales de los adolescentes consumidores. Trata de prevenir la actividad delictiva. Se basa en un enfoque social y ecológico de la mente humana. Considera que la delincuencia es una conducta multideterminada por los mismos jóvenes, la familia, los amigos y la escuela. La intervención es flexible, integradora y multifacética; utiliza estrategias orientadas hacia la acción que incluye técnicas de la terapia de conducta y cognitivo conductual. (Cardenas, 2016)

Modelos psicoeducativos

Estos modelos tienen elementos de los modelos familiares, estructurales y conductuales. Los modelos psicoeducativos se basan en que la familia es un recurso esencial en el proceso terapéutico y se orienta a apoyar y educar a la familia, darle información práctica, ofrecerles guías de educación concreta en determinados problemas y de apoyar las crisis ocurridas con respecto a la adicción. (Cardenas, 2016) Trata de corregir las atribuciones causales de culpabilidad y las experiencias de tratamiento ineficaces (Walsh, 1988).

Tiene dos metas generales: disminuir la vulnerabilidad del paciente a través de psicofármacos e incrementar la estabilidad familiar a través del descenso de su ansiedad, la preocupación excesiva por el adicto, el aumento del conocimiento sobre la adicción y aumentar la confianza en sus propias

capacidades para manejar la adicción; se ha comprobado que las presiones entre el paciente identificado y su familia se reducen si se consiguen estas metas (Walsh, 1988)

Modelos intergeneracionales orientados hacia el desarrollo

Según Cárdenas (2016) menciona que Estos modelos tienen un carácter exploratorio y están orientados hacia el desarrollo. Los más destacados en la terapia familiar son:

Modelos de orientación psicodinámica

Se centran en los procesos dinámicos continuados por la familia como una unidad social, por encima del desarrollo familiar o individual. Hacen depender el desarrollo normal o patológico de los sujetos de las influencias maternas en la niñez. La interacción familiar se conceptualiza en términos de relación entre objetos, internalizaciones relacionadas y procesos de introyección y proyección (Meissner, 1978).

Observan a los padres tanto de forma individual como las relaciones maritales y parentales que establecen, ya que postulan que éstas están mediadas por sus propias experiencias individuales en su familia de origen. Postulan que las toxicomanías se deben a procesos peyorativos familiares compartidos que provienen de conflictos pasados no resueltos o pérdidas no elaboradas en la familia de origen. (Cardenas, 2016)

La intervención en la adicción tiene varios objetivos: la resolución de los conflictos y pérdidas de la familia de origen, la disminución de la proyección familiar, la reconstrucción de las relaciones y el pleno desarrollo personal y familiar; para lograr modos más sanos de relacionarse. (Cardenas, 2016)

CAPÍTULO V:

El rol de la familia y la sociedad en la relación a la rehabilitación

La familia: la dinámica y estructura familiar

Bolaños y Stuart Rivero (2019) indican que la familia es considerada la primera institución en el desarrollo de los individuos, y en donde comienza su interacción, los integrantes del sistema adquieren normas, reglas, vínculo y apego emocional, valores, costumbres y comunicación, sin embargo, Ballesta Pagán y Cerezo Máiquez (2011) indican que hoy en día los miembros de la familia están realizando diversas actividades dejando de lado la importancia que tiene la dinámica familiar, han creado canales de comunicación mediante la tecnología, el materialismo, una transgresión de roles, con el afán de compensar la falta de tiempo, adaptándose a una dinámica que para ellos es funcional y que a largo plazo evidencia dificultad en su convivencia y por ende experimentan una dinámica poco armónica.

En este contexto es importante identificar que la falta de armonía y la limitación de los recursos de afrontamiento y solución de conflictos existentes en el sistema familiar, puede llegar a limitar el desarrollo de sus actividades tanto a nivel personal, interpersonal, escolar, laboral y social, por ello es importante partir desde el concepto de familia, identificar los puntos de quiebre en la dinámica familiar cuando se convive con una persona consumidora de drogas.

Concepto de familia

Según la OMS (2015) menciona que la familia es:

Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos, a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial. (OMS, 2015)

Por otro lado, la RAE dirá que la familia es: “Grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas” (2001)

Schmitt y Santos (2013) indican que:

Bronfenbrenner considera que el sistema que define el desarrollo y moldea a una persona es la familia, e implementa el término de “modelo ecológico” los cuales permiten tener distintas perspectivas de cómo se relaciona con el entorno una persona. Está formado por: el microsistema: se refiere a las relaciones más próximas de la persona y su familia, aporta al desarrollo de la vida de la persona; el exosistema: integra contextos más amplios que no incluyen a la persona como sujeto activo, está compuesta por la comunidad más próxima después del grupo familiar: el mesosistema familiar, comprende las interacciones de dos o más entornos en la que una persona en desarrollo participa activamente, y finalmente, el macrosistema comprende la cultura y subcultura, en la que se desenvuelve la persona y todos los individuos de su sociedad, incluye valores culturales, ideologías y políticas, que dan estructura a las instituciones sociales y su organización. (1987)

Para Minuchín (2004) “la familia es un conjunto de personas en constante interacción, es un grupo organizado e interdependiente que se regula por reglas y funciones dinámicas que existen entre sus miembros y con el exterior”. Está integrada por una serie de personas que se encuentran en constante interacción, pueden mantener un vínculo de consanguinidad, afectividad y afinidad.

También podemos definir a la familia como un sistema en la que sus miembros satisfacen de manera mutua sus necesidades humanas, materiales y espirituales, les permite la reproducción biológica de la especie y también la reproducción cultural, lo que significa que la familia mantendrá y extenderá formas de interacción propias de la comunidad de origen y se prepara para adaptarse a su medio y otros ambientes (Clavijo Portieles, 2011, p.75).

Dinámica familiar

Minuchin (2004) reconoce que la familia es la suma de distintas personas que se encuentran en constante cambio y evolución según la influencia de componentes externos que la rodean e interfieren en su dinámica interna. De la misma manera, el autor hace hincapié en cómo se conforma este grupo social, a pesar de las características y demandas que cada uno de ellos presenta en la interacción según normas de comportamiento establecidas (p. 86).

Para Minuchin (2004) la dinámica familiar corresponde a las rutinas y situaciones cotidianas que suceden en el interior y exterior de la familia, cada integrante está relacionado a los demás por parentesco, comunicación, sentimientos, límites, funciones otorgadas, acuerdos y desacuerdos que se generan en el núcleo familiar, lo que favorece a la participación, resolución de conflictos y toma de decisiones. Además, la dinámica familiar tiene sus inicios cuando los cónyuges pasan por constantes cambios en el transcurso de su formación de pareja. Estos cambios se mantienen y sujetan a lo largo de las diferentes etapas de la vida, los cuales marcan la ruta de una dinámica familiar, siendo la primera escuela de aprendizaje emocional, donde enfrentan situaciones adversas, aprenden a comportarse consigo y los demás en base a los sentimientos aportando a su crecimiento personal y familiar (p. 42).

Familias funcionales y disfuncionales

Familia funcional

La familia acorde a sus posibilidades satisface las necesidades básicas de sus miembros, respetan las similitudes y diferencias, fomentan la autonomía e independencia, mediante el respeto y bienestar transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad (Rangel, 2004).

El aporte del enfoque sistémico en el estudio de la familia ha sido entenderla como grupo con una identidad propia y como escenario en el que tienen lugar a una cadena de relaciones, es decir el individuo interactúa con

los demás e influyen mutuamente, ante los cambios de un miembro repercutirá en todos los miembros de la familia, quienes deben buscar el equilibrio que existía antes, supone un avance para el estudio de la dinámica familiar, ya que de ella extraemos las características estructurales, funcionales y características intergeneracionales de larga permanencia en el grupo familiar (Espinal, 2006).

Familia disfuncional

Se consideran dos definiciones de familia disfuncional: el primero, cuando el comportamiento inadecuado o inmaduro de uno de los padres inhibe el desarrollo individual y la capacidad de relacionarse sanamente con los miembros de la familia. Por lo tanto, la estabilidad emocional y psicológica de los padres es fundamental para el sano funcionamiento de la familia. Y segundo, donde sus miembros están enfermos emocional, psicológica y espiritualmente, por ende, no tienen la capacidad para enfrentar situaciones difíciles que se presenta (Ordóñez Azuara, 2020).

Crisis familiares

Para Clavijo (2011), la familia se siente en la obligación de introducir algún cambio en su funcionamiento para superar o adaptarse constructivamente a ellas. Son consideradas situaciones críticas; las vivencias de tipo perceptual y emocional, los criterios, actitudes y comportamientos que asume la familia para enfrentarlas, los recursos biológicos, psíquicos y sociales que se involucran o movilizan en aras de una solución.

Roles y factores familiares implicados en el consumo de sustancias

Roles familiares

El uso de drogas en la adolescencia parece depender más de la calidad de las relaciones padres-adolescentes que de otros factores. Por lo que, en el tratamiento con adolescentes, en vez de procurar una separación entre el paciente y los padres, la familia se conserva intacta y se efectúan desplazamientos dentro de la composición dada. Ello exige el uso de técnicas

más estructurales tales como la representación y el desequilibrio (Stanton & Todd, 2006).

Se utilizan técnicas tales como: el reencuadre, la representación, la intensidad, el desequilibrio, la búsqueda de fortaleza, la complementariedad etc. En la medida en que los problemas que rodean al alcoholismo van produciendo más y más incoherencia en el hogar, es típico que la conducta de los miembros no alcohólicos de la familia constituya un intento por volver a estabilizar el sistema familiar. (Castilla, 2018)

A continuación, según Alvarado (2018) se presenta una breve descripción de los roles disfuncionales en la familia del adicto:

- El rescatador: este miembro se encarga de salvar al adicto a los problemas que resultan de su adicción. Son los que inventan las excusas, pagan las cuentas, llaman al trabajo para justificar ausencias, etc. Ellos se asignan a sí mismos la tarea de resolver todas las crisis que el adicto produce. De esta manera promueve el autoengaño del adicto, manteniéndolo ciego a las consecuencias de su adicción y convencido de que no existe ningún problema con su uso. (Alvarado, 2018)
- El cuidador: ellos asumen con ímpetu todas las tareas y responsabilidades que puedan, con tal de que el adicto no tenga responsabilidades, o tenga las menos posibles. Ellos actúan así convencidos de que al menos "las cosas están andando". Lo que no pueden ver es que esto, los carga con tareas que no les corresponden y con responsabilidades que no son suyas, produciendo una sobrecarga que afecta su salud. Esto a su vez promueve la falta de conciencia en el adicto, del deterioro que produce la adicción en su funcionamiento. (Alvarado, 2018)
- El rebelde: la función del rebelde u oveja negra, es desenfocar a la familia y atraer la atención sobre sí mismo, de modo que todos puedan volcar sobre él su ira y frustración.
- El héroe: él también está empeñado en desviar la atención de la familia hacia él, a través de logros positivos. De esta manera hace que la familia

se sienta orgullosa, y ayuda a la familia a distraer la atención que tiene sobre el adicto. (Alvarado, 2018)

- El recriminador: esta persona se encarga de culpar al adicto a todos los problemas de la familia. Esto sólo funciona para indignar al adicto, brindándole así una excusa perfecta para seguir consumiendo. (Alvarado, 2018)
- El desentendido: usualmente es tomado por algún menor de edad que se mantiene "al margen" de las discusiones y de la dinámica familiar. En realidad, es una máscara que cubre una gran tristeza y decepción que es incapaz de expresar. (Alvarado, 2018)
- El disciplinador: este familiar presenta la idea de que lo que hace falta es un poco de disciplina y arremete al adicto, ya sea física y/o verbalmente. Esta actitud nace de la ira y frustración que se acumulan en la familia del adicto y de los sentimientos de culpa que muchos padres albergan por las adicciones de sus hijos (Aizpún, 2005)

La dinámica de las familias alcohólicas se caracteriza por ser familias generalmente inflexibles en donde las reglas, por lo general, son inhumanas lo que hace que sus miembros se sientan confundidos e inútiles. En cuanto a los límites, estos tienden a ser rígidos o inexistentes. La comunicación es indirecta y encubierta en donde los sentimientos carecen de valor. Promueven la rebelión y la dependencia teniendo como consecuencia que sus miembros sean incapaces de resolver conflictos, por lo tanto, el resultado es inapropiado y destructivo. (Alvarado, 2018).

Factores familiares implicados en el consumo de drogas

Los principales factores familiares de riesgo relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas:

1. Estructura y composición familiar: Una alta frecuencia de muertes y separaciones en la infancia y adolescencia, el abandono o ausencia de uno de los padres en el seno familiar o que un padre vuelva a casarse se relaciona

con un mayor consumo de sustancias. (Charro y Martínez, 1995; Muñoz – Rivas y Graña, 2001; Peñafiel, 2009).

2. Estatus socioeconómico – familiar: Se asocia el consumo de alcohol y marihuana por parte de los adolescentes con un alto nivel de estudios de los padres y mayor nivel socio económico. Los padres en paro con trabajos eventuales también aumentan el consumo de drogas. (Muñoz – Rivas y Graña, 2001).

Sin embargo, Hermida (2001) considera como factor de riesgo un bajo grado de formación en los padres. Por lo que la discrepancia entre los resultados de los autores no deja clara la situación.

3. Problemas en las relaciones familiares y clima familiar: La ausencia de conexión - afectividad; sobreimplicación maternal en actividades con sus hijos, ausencia de participación y disfrute en el ocio familiar; baja cohesión, aislamiento emocional, alto conflicto. El clima familiar percibido como hostil, la percepción negativa de las relaciones entre padres e hijos, la ausencia de lazos familiares, rechazo de los padres hacia el hijo o viceversa y la ausencia de comunicación se consideran factores de riesgo para el inicio del consumo de drogas de los adolescentes. (Feito, 2016)

Según Hermida (2001) el afecto y control son variables imprescindibles para un adecuado desarrollo psicosocial en el adolescente. (Halabi, 2011).

4. Actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas: Los antecedentes familiares de consumo de drogas, actitudes permisivas familiares hacia el consumo constituyen un factor de riesgo para que el adolescente consuma drogas (Hermida, 2002).

5. Prácticas educativas ejercidas por los padres: El control y supervisión deficientes o muy autoritarios, la ausencia de implicación maternal, la ausencia de normas y límites claros y bajas aspiraciones de los padres sobre la educación de sus hijos, así como una falta de reconocimiento y aceptación del hijo constituye un factor de riesgo para el abuso de drogas (Hermida, 2002)

6. Negligencia y abuso: la existencia de negligencia y/o abuso/ maltrato familiar es un factor de riesgo para el abuso de sustancias (Hermida, 2002)

7. Conflicto marital y conflictos sexuales entre los padres: pueden constituir un factor de riesgo para el consumo de drogas por parte de los hijos (Hermida, 2002).

8. Coparentalidad: Existen numerosos estudios que se han preocupado por el impacto del conflicto interparental en los/as hijos/as, sin embargo, pocos son los estudios que han asociado esta variable con el consumo de drogas. La relación coparental es un elemento de mucha importancia en la dinámica familiar y en el desarrollo de los hijos. (Feito, 2016)

Según McHale y Kuersten Hogan (2004) una débil cooperación por parte de los padres o una baja vinculación de uno de los padres en el equipo parental constituye un factor de riesgo para sufrir problemas socioemocionales y conductuales.

9. Comportamiento parental: Sabemos que las prácticas parentales son una característica fundamental de la relación padre – hijo y no tanto entre ambos padres (Plá, 2015). Las diferentes dimensiones que subyacen a los estilos parentales en la mayoría de la literatura son: la aceptación, el control o exigencia, el afecto, la comunicación, autonomía y supervisión parental (Rodríguez y Torrente, 2003).

Hay dimensiones de la coparentalidad como la cooperación, conflicto y triangulación que están relacionadas significativamente con las prácticas y estrés parental (Margolin, Gordis y John, 2001). De los diferentes estilos educativos existentes el autoritativo es el que correlaciona positivamente con una coparentalidad de calidad (Plá, 2015).

Como conclusión, los padres que tienen desacuerdos entre ellos presentan dificultades en la práctica parental como: baja calidad y aceptación, alto rechazo y desconexión y uso de estrategias disciplinarias deficientes (Plá, 2015).

Según Andolfini y Mascellani (2012) existen una serie de factores de protección familiares:

- Una relación de calidad con los padres caracterizada por el afecto.
- Percepción de contención y sostén de las dificultades por parte del adolescente en el momento actual y durante su desarrollo.
- La adhesión y presencia de modelos familiares sanos
- Padres que estimulan el desarrollo de la autonomía en las decisiones que el adolescente tiene que tomar, pero asumiendo los riesgos que este siente que quiere correr.

Factores sociales implicados en el consumo de sustancias

Sociedad a manera general

El problema de las drogas abarca una serie de factores intrínsecos del tejido social difíciles de medir, tales como la cohesión social, la inclusión, la reciprocidad, la confianza y la empatía social. Los procesos económicos y sociales influyen en la vulnerabilidad de las personas y de las sociedades al problema de drogas. Algunos países que han atravesado periódicas crisis político-económicas pueden ser más vulnerables debido al aumento del desempleo, que a su vez induce a mayor movilidad o a la emigración, la disminución de organizaciones sociales de apoyo y el aumento de la violencia. (Organización de los Estados Americanos, 2013)

Las turbulencias económicas, junto con la pobreza y la desigualdad social, pueden profundizar los obstáculos ya existentes para el acceso a los servicios de salud, educativos y sociales. La discriminación racial y las desigualdades de género y de edad aumentan aún más la vulnerabilidad. Las personas que se involucran en la producción, tráfico o consumo de drogas ilegales son habitualmente sujetos de estigmatización y discriminación, lo cual resulta exacerbado por la intervención del sistema penal. (Organización de los Estados Americanos, 2013)

Factores sociales

De esta manera se debe abordar la problemática desde el sistema macro hasta el sistema micro social, es decir, los factores: comunitario, educativo y familiar, considerando que dentro del sistema macro se puede establecer el sector comunitario donde se desarrolla el adolescente; por consiguiente, las características de este factor se asocian con los espacios, lugares de mayor riesgo, el expendio de drogas en las calles, parques, la permisividad de venta en tiendas, la pobreza extrema y la falta de políticas públicas. (Organización de los Estados Americanos, 2013)

Por otra parte, desde el factor educativo, se relaciona la existencia de puntos de ventas cercanos a la institución educativa, fácil acceso de adquirir estas sustancias provenientes de personas conocidas y desconocidas, quienes, son un punto clave para enfocar políticas donde se asuma el compromiso desde el sector educativo; es decir, docentes, padres de familia y estudiantes con el propósito de promover brigadas de prevención de drogas, vigilando y controlando los espacios cercanos a la institución. (Organización de los Estados Americanos, 2013)

Finalmente, desde el sistema micro social, la familia puede transformarse, tanto, en un factor de riesgo como de protección, siendo significativo la presencia de valores, afecto, amor, respeto y responsabilidad, en otro sentido, dada la existencia de familias disfuncionales; por lo general, estos valores son deficientes, lo que ocasiona un límite en las emociones del adolescente, por lo tanto, desarrolla otras alternativas de afectividad, buscando refugio en amigos o compañeros cercanos. A continuación, se detallan los principales factores sociales que influyen en el consumo de drogas en adolescentes, caracterizados por: factor comunitario, educativo y familiar. (Organización de los Estados Americanos, 2013)

Factor comunitario.

Según el estudio realizado por Berrocal, Ocampo y Herrera (2018) afirman que la sociedad o el entorno con el que se interactúan los

adolescentes causa una gran preocupación y desmedro durante esta etapa, al no tener algún factor de protección, por ello es imprescindible analizar la relación que existe entre el medio y los adolescentes, ya sean en la ocupación del tiempo libre o salidas nocturnas, esto se debe considerar bajo la supervisión de los responsables o adultos.

Por su parte, Rodríguez, Salgado, Macías, Pascual y Aldudo (2019) manifiestan que es pertinente analizar los factores de riesgo de los adolescentes, desde lo familiar hasta lo social. De la misma forma, Bogantes, Cascante, Fonseca, Rodríguez y Segura (2017) explican que las drogas son parte de la vida cotidiana del ser humano, que requieren de manera inmediata la aplicación de estrategias de solución factibles para prevenir futuras consecuencias como el robo y la creación de redes de narcotráfico.

Por lo tanto, se puede mencionar que desde el factor comunitario es necesaria la participación de todos los grupos sociales, para generar entornos seguros y saludables, que sean aptos para el mejoramiento de expectativas de desarrollo en la población de los adolescentes, capaces de discernir las decisiones y el autocontrol de su vida, disminuyendo así los riesgos de la adicción. (Organización de los Estados Americanos, 2013)

Factor educativo.

Según Ortega, Lucía, Baquero y Arrieta (2016) refieren que es pertinente abarcar la situación sobre el consumo de drogas, inicialmente con un sistema de prevención, esto permite reducir los niveles de propagación de cualquier tipo de sustancias e incluso comprimir los datos significativos dentro del área educativa.

Este entorno permite al adolescente desenvolverse en el medio e interactuar con lo que le rodea, al formar parte de un colectivo tiende a desarrollarse como persona y adquiere patrones de comportamiento asociados a los de sus compañeros; por lo tanto, se prevé los indicios de un factor de riesgo o protección, todo depende de los efectos que se generen de acuerdo a la posición que toma el adolescente frente al espacio académico (Muñoz, Sandstede y Klimenko, 2017).

Este fenómeno social desde el sector educativo da paso a que cada vez incrementa la posibilidad de multiplicarse en todos los niveles de estudio, de esta manera, se asocian conductas de agresividad y mal comportamiento en las aulas frente a los docentes o entre compañeros, por lo tanto, es necesario el fortalecimiento de la actuación para tratar estos patrones de conducta y responder a la problemática de manera formativa. (Organización de los Estados Americanos, 2013)

Factor familiar.

De acuerdo a los estudios proporcionados por Maldonado y Lobo da Costa (2016) sostienen que, el entorno familiar es uno de los principales factores de riesgo del adolescente, debido a que, la problemática de consumo se puede generar por la falta de alguno de los progenitores, lo que a su vez desencadena casos en donde se pierden los roles de los padres y ocasiona la pérdida de comunicación y responsabilidad compartida.

Aguirre (2017) explican que dentro de la familia es esencial la figura paterna, además depende en gran medida los roles que se asumen en el hogar, tal es el caso que cuando existen miembros con tendencias de algún tipo de adicción, es probable que los hijos adquieran ese mismo patrón, esto genera conflictos intrafamiliares, socioeconómicos y de salud, que solo se pueden evitar si se tratan a tiempo.

Es entonces que en la familia se debe desarrollar un sistema funcional donde se socialice la temática de las drogas y las principales consecuencias, con una información alejada de estereotipos de culturalización, de esta manera se direcciona el mejoramiento y fortificación del adolescente, tanto en su lado afectivo como cognitivo. (Organización de los Estados Americanos, 2013)

El abordaje psicoterapéutico (sistémico) con las familias y la sociedad.

En general los modelos sistémicos familiares ven el consumo de sustancias u otros problemas como una expresión de las conductas inadaptadas de uno o más miembros de la familia, que producen una

disfunción en el sistema familiar (Waldrom, 1998). El consumo cumple una función en la familia, permitiendo a ésta enfrentarse a estresores internos o externos o mantener otros procesos que se han instaurado en la organización del sistema familiar.

El concepto nuclear en los modelos de terapia familiar es “el sistema”. Concibe que la familia funciona como un sistema. Estos modelos sistémicos se basaron en la teoría general de sistemas (Von Bertalanffy, 1948), además de la cibernética, la teoría de la comunicación y el constructivismo. Así, el sistema en el contexto familiar se refiere a que las experiencias y conductas de una persona están asociadas y dependen de la conducta de los otros miembros. Entienden a la familia holísticamente y consideran que el todo es más que la suma de las partes. Así, la conducta de un integrante no puede entenderse separada de las conductas del resto de la familia. (Cardenas, 2016)

La familia es el sistema social básico, bajo el que se agrupan los miembros de la familia y los procesos (reglas de comportamiento, roles, etc.) que caracterizan las relaciones entre los miembros, que son todos recíprocamente interdependientes. Estos modelos sistémicos, de primer orden, ponen énfasis en la retroalimentación negativa y positiva y en los procesos de cambio de las familias. Ven a la familia como un sistema que se autorregula, y en el cual el terapeuta puede intervenir. (Cardenas, 2016)

Éste busca los principios de las reglas familiares. Esos modelos mantienen que la realidad es objetiva y que el terapeuta que es ajeno al sistema familiar promueve el cambio. Los sistemas familiares desarrollan patrones comunicativos y secuencias conductuales para mantener el equilibrio entre los integrantes de la familia. (Cardenas, 2016)

Las familias pueden ser diferentes en las distintas dimensiones que caracterizan el sistema; incluyendo cómo están organizados los subsistemas para la relación de funcionamiento, cómo son de difusos o rígidos los límites entre los individuos, subsistemas o la familia y los

sistemas extrafamiliares, y cómo es distribuido el poder en los subsistemas. (Haley, 1976).

Las fases y técnicas de Intervención son las siguientes:

a) Primer contacto y entrevista inicial:

Es significativo reseñar quien solicita la petición de atención, si el propio paciente o algún familiar, y cual. En este momento el terapeuta ya señalará la importancia de la presencia familiar en el proceso terapéutico. (41)

Llegamos así al proceso de entrevista inicial, está vendría marcada por la posición del terapeuta frente al paciente, la diversidad a la hora de conseguir información y su tendencia a favorecer las interacciones de los miembros de la familia, situándose este en el lugar del observador. (41)

b) Elaboración de los Objetivos del Tratamiento:

- Es preciso definir los objetivos en término de conductas concretas y observables, así evitaremos confusiones o posibles negociaciones una vez avanzado el tratamiento. Es un criterio objetivo que ayuda a la consecución del tratamiento y le da un matiz de logro a la terapia. (42)
- Se establecerán en orden de prioridades reseñando las competencias del paciente y de la familia. (42)
- Los objetivos se elaborarán con la familia ofreciéndole la oportunidad de marcar el rumbo que seguirá la terapia, estando en todo momento en contacto directo con lo que está sucediendo. (42)
- Los objetivos se estructuran sobre tres ejes fundamentales: el abandono de la droga, logro de abstinencia y mantenimiento, planificación de actividades sencillas y cotidianas. (42)
- La superación del consumo será un criterio básico de éxito y le dará sentido al tratamiento. (42)
- Los objetivos, conseguida esta fase, se concretarán en conductas sencillas a nivel cotidiano, nuevas situaciones de relación, comunicación con la familia, fomento de nuevas actividades profesionales, etc. (42)

- Se pretende conseguir una situación de vida estable y en la medida de lo posible autónoma, siempre en función de las características del paciente y su entorno. (42)
- El terapeuta ha de estar preparado para atender y resolver la aparición de conflictos escondidos, mediante el reparto de responsabilidades encaminado a potenciar otras pautas de relación familiar, fomentando que el paciente adquiera cierta autonomía personal de la dinámica familiar. (43)
- El terapeuta ha de ser capaz de afrontar y reconducir los mecanismos de defensa manifestada por la familia y el paciente evitando técnicas de confrontación. Será necesaria la utilización de la connotación positiva y de la redefinición que nos permitirán establecer alianzas sólidas para la consecución de los objetivos. (43)
- El terapeuta marcará un tipo de intervención más directa y estructural o bien una línea indirecta o paradójica en función a la resistencia al cambio que se observa en la familia y el toxicómano. (43)

c) Finalización de la Terapia - Evaluación de los resultados:

- Una vez que se han alcanzado los objetivos marcados al inicio del tratamiento, el contexto terapéutico se disuelve. (43)
- Sería necesario retomar toda la información con la que contamos y hacer un breve repaso de los logros alcanzados, recordar algunos temas que quizás quedan pendientes de solución, plantear situaciones conflictivas futuras y recomendar el interés de realizar una entrevista de seguimiento. (43)
- Sería conveniente hacer una evaluación y seguimiento de los resultados conseguidos a la finalización de la terapia. (43)

CAPÍTULO VI:

Centro de rehabilitación nuevo amanecer

Breve Historia

Ante la necesidad de educar a la sociedad en la prevención del consumo de sustancias psicotrópicas a través de la ayuda psicológica y de operadores vivenciales por medio de un proceso de internamiento es que surge el centro de rehabilitación especializado en adicciones “UN NUEVO AMANECER”, el cual cuenta con un equipo multidisciplinario debidamente capacitados y con una amplia experiencia en el manejo terapéutico de personas con problemáticas de adicciones y trastornos de la conducta. Como resultado de esto, el centro de implementado un tratamiento que incorpora modalidades médico-psicoterapéuticas-vivenciales plasmadas en un plan terapéutico comprensivo a las exigencias que demanda el problema de salud pública de las adicciones.

Misión y visión

Misión

La misión del centro de rehabilitación especializado en adicciones “UN NUEVO AMANECER”, es brindar apoyo psicoterapéutico por medio de un plan terapéutico con un enfoque holístico para generar tendencias orientadoras más estables y canales comunicacionales más eficientes tanto para el usuario como para sus familiares, potenciando de esta forma una correcta reinserción social.

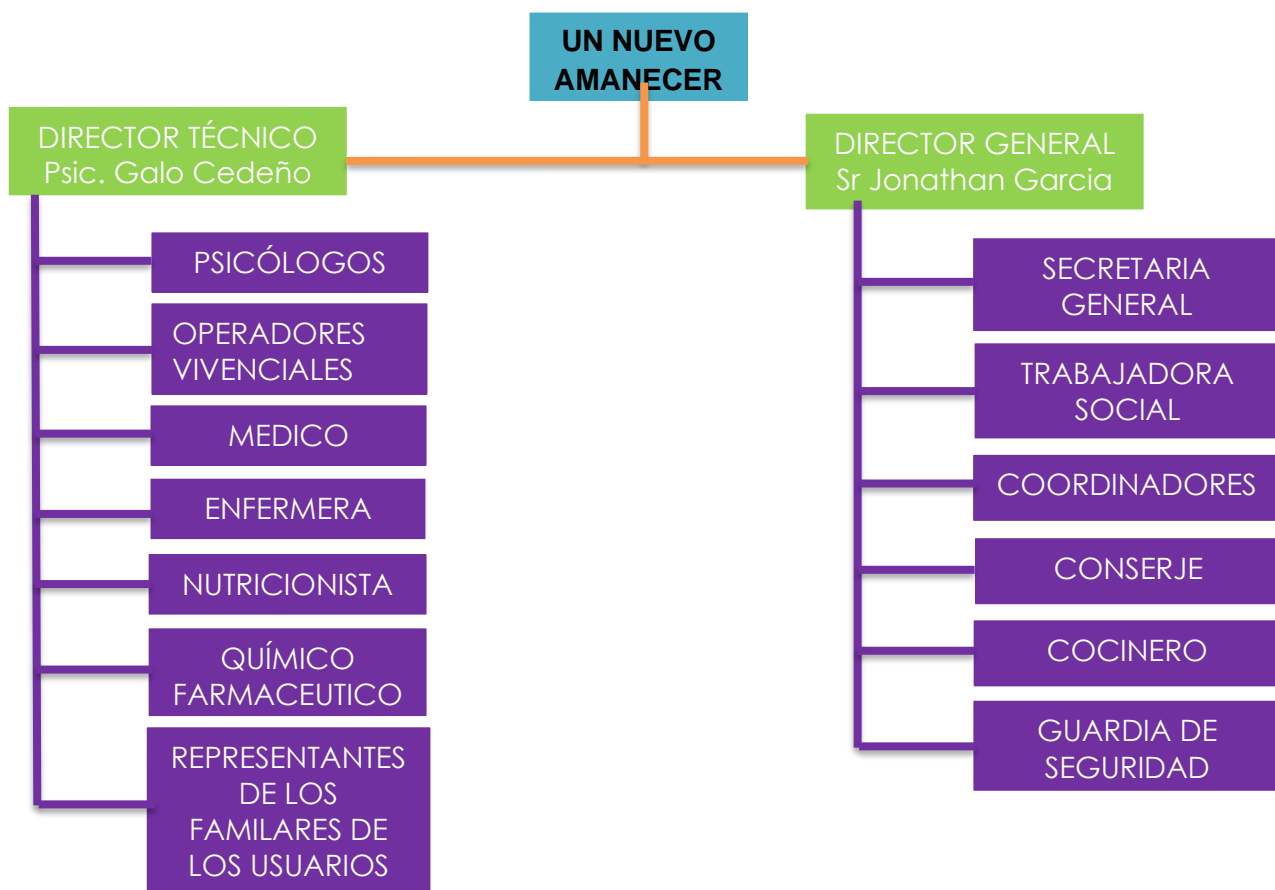
Visión

La visión del centro de rehabilitación especializado en adicciones “UN NUEVO AMANECER” es aportar a la comunidad terapéutica que se inclina por abordar las problemáticas de las adicciones con nuevas técnicas y modelos terapéuticos, para de esta forma capacitar nuevos terapeutas vivenciales y crear intercambios científicos con otras instituciones, fuera y dentro del país.

Dentro de nuestras proyecciones a futuro tenemos como principal objetivo, crear una infraestructura para que se afiance nuestro modelo “Comunidad Terapéutica” como los que poseen países vecinos como Colombia o Perú en donde existen talleres ocupacionales en los que el paciente puede desarrollar actividades que lo ayuden a adquirir una profesión técnica con la cual pueda ser reinsertado de mejor forma a la sociedad.

Organigrama

Art 5.- Organigrama Estructural y Funcional del centro de rehabilitación especializado en adicciones “UN NUEVO AMANECER”:



Metodología

Esta investigación será exploratoria, descriptiva y de tipo cuantitativa y cualitativa. Las técnicas que nos proporciona este enfoque nos sirven para recoger la información amplia y concreta sobre las posibilidades alrededor del uso de sustancias y las percepciones sobre el consumo y la adicción. El método mixto ayudará tanto como para partir de ciertas generalidades, como para profundizar y detallar el uso de los consumidores. (Sampieri, 2014)

En primer lugar, será principalmente cuantitativa, donde se propagará una encuesta exploratoria, que servirá como guía para obtener datos preliminares sobre las cualidades de distintos tipos de consumidores y tendencias discursivas presentes en la ciudad de Guayaquil. Los resultados de la encuesta también servirán para orientar el contenido de las entrevistas, y especialmente para obtener la muestra de participantes para el grupo de discusión. Luego se podrá realizar un análisis de los participantes.

Tipo de diseño de investigación

Esta investigación será exploratoria, descriptiva y de tipo mixta, se hará entrevistas a los profesionales y encuestas a los pacientes y familiares de los pacientes. Las técnicas que nos proporciona este enfoque nos sirven para recoger la información amplia y concreta sobre las posibilidades alrededor del uso de sustancias y las percepciones sobre el consumo y la adicción. (Sampieri, 2014)

Muestra

La muestra en esta investigación va a ser de corte cualitativo, también llamado no probabilística. Es un tipo de muestra donde la selección de procedimientos va a depender del juicio del investigador y lo que le convenga a la investigación. (Sampieri, 2014)

Aquí el procedimiento no es mecánico ni se basa en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador o de un grupo de investigadores y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación. (Hernández, 2014, p.176)

Se entiende entonces que la muestra no va a ser mediante una fórmula ni tampoco va a ser exacta, va a depender plenamente de lo que necesite la investigación y el/los investigadores. En este caso se va a tener una muestra total de 24 personas, conformadas por 21 pacientes y 3 trabajadores del centro de rehabilitación. Los mismos realizarán los cuestionarios y posteriormente, con una selección previa de personas, se procederá a las entrevistas.

Población

Dentro del Centro de Rehabilitación un Nuevo Amanecer, están internos alrededor de 61 pacientes de los cuales 3 psicólogos encargados, y 1 está en proceso de recuperación por más de diez años. El psicólogo tiene 31 pacientes, que son los internos a los cuales tenemos mayor accesibilidad de poder aplicar las diferentes herramientas para recopilar información.

Estos pacientes están dentro de los 20 hasta los 25 años. Son consumidores que es el común denominador que tienen todas estas personas, por lo que tendremos puntos de vistas de un adulto joven hasta de un adulto, lo cual hace que tenga una noción un poco más abierta de la situación. Dentro de la población están algunos sujetos que han recaído, es su primera vez internos o que vienen de otros centros; lo que hace más enriquecedora la muestra, porque son diferentes puntos de vista de distintas experiencias vividas.

Técnicas de recolección de datos

Los datos que se van a usar para desarrollar la investigación se van a tomar de los instrumentos aplicados al centro de rehabilitación "UNA", en este caso serán cuestionarios y entrevistas, que serán aplicados al personal del centro. Los instrumentos son de suma importancia según Hernández: "En este proceso, el instrumento de medición o de recolección de datos tiene un papel central. Sin él, no hay observaciones" (Hernández, 2014, p. 199).

Cuestionarios

Los cuestionarios son un grupo de preguntas en formato de prueba que el sujeto debe responder. Las preguntas van a nacer a partir de lo que se quiera investigar, es decir, las preguntas deben tener relación directa con el tema puesto que serán el sustento de la investigación. (Sampieri, 2014) Los sujetos deben ser personas relacionadas con el tema, en este caso, el personal del centro de rehabilitación. Se van a crear cuestionarios con reactivos que inciten el tema a tratar, en este caso la parte final de un proceso de rehabilitación. Estas preguntas serán en su mayoría de reactivos y una de opinión, con el fin de no dejar de lado la parte subjetiva de la persona.

Entrevistas

“Las entrevistas, como herramientas para recolectar datos cualitativos, se emplean cuando el problema de estudio no se puede observar o es muy difícil hacerlo por ética o complejidad” (Hernández, 2014, p.403). En este caso el objeto de estudio es bastante abstracto, por lo que unas entrevistas semiestructuradas serían de crucial ayuda para el desarrollo del trabajo. Es importante también tener claro el significado de una entrevista semiestructurada, es un ambiente que no es plenamente controlado por el entrevistador, existe una pauta, pero en pro de la entrevista se pueden agregar preguntas para profundizar ciertos temas, todo esto a cargo del entrevistador.

CAPÍTULO VII

Análisis de resultados

Análisis de resultados de las encuestas realizadas a los pacientes internados de la Clínica “Nuevo Amanecer”.

Para la presente investigación se realizó una encuesta en una población de 31 pacientes que se encuentran en el Centro de Rehabilitación “Nuevo Amanecer”. La encuesta se realizó bajo la forma estructurada con 10 preguntas de opción múltiple.

A continuación, se elaboró el análisis de cada una de las preguntas realizadas:

Gráfico 1

¿Qué edad tiene?



Nota. Fuente. Elaboración y producción propia.

Dentro de las edades de los pacientes que se encuentran internados, hay un 36% que tienen 22 años, un 32% que tienen 23 años, un 19% que tienen 21 años y un 13% que tienen 20 años.

Gráfico 2

¿Cuánto tiempo tiene ingresado?



Nota. Fuente. Elaboración y producción propia.

Los pacientes que están en la clínica tienen un tiempo de ingreso de un 39% que tienen entre 4 a 7 meses ingresados, un 32% entre 1 a 3 semanas y un 29% que está entre 1 a 3 meses.

Gráfico 3

¿Qué persona está a cargo de usted?

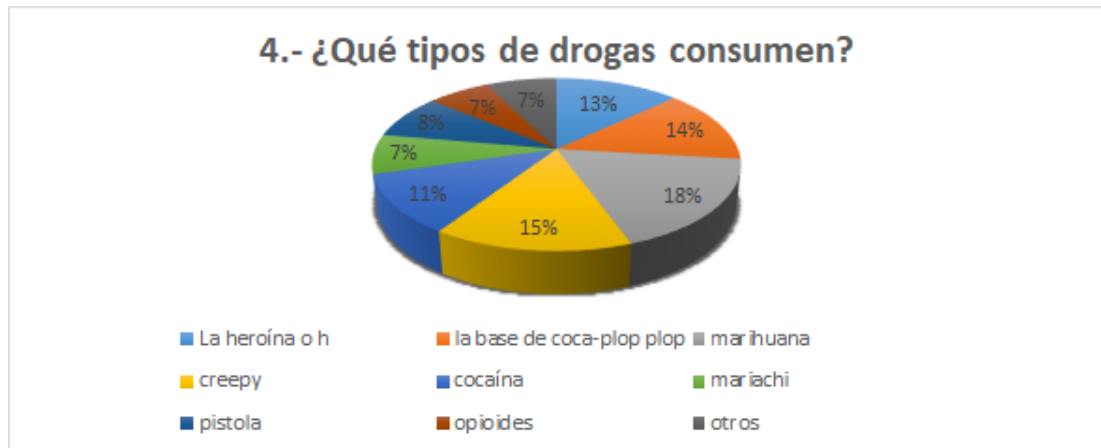


Nota. Fuente. Elaboración y producción propia.

Las personas que están a cargo de los pacientes internados se tiene que un 74% están a cargo su mamá/papá, un 13% sus hermanos, un 7% sus tíos/tías, y un 6% otros de los cuales resaltan las parejas de los mismos.

Gráfico 4

¿Qué tipos de drogas consume?

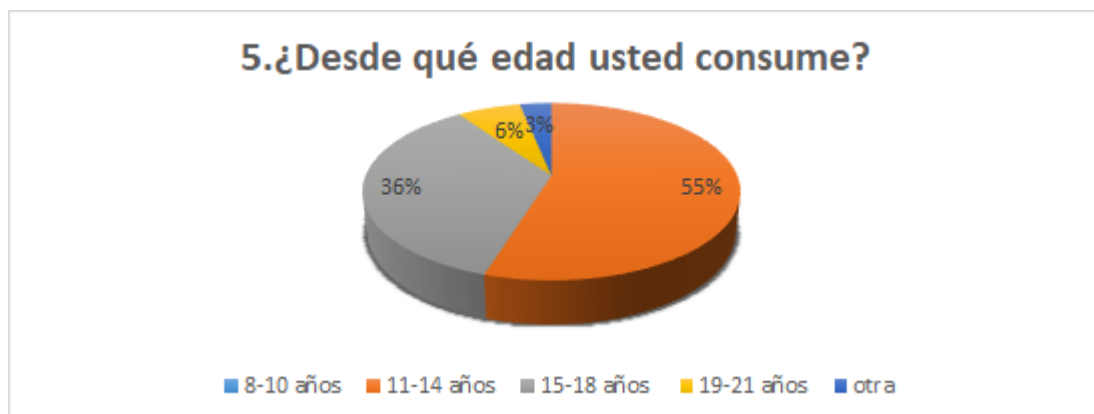


Nota. Fuente. Elaboración y producción propia.

Dentro de los tipos de drogas que consumen se tiene que un 18% consume marihuana; un 15% creepy; un 14% la base de coca o plop; un 13% la heroína o h; un 11% la cocaína; un 8% la pistola; un 7% mariachi, opioides y otros, de los cuales se encuentran fármacos.

Gráfico 5

¿Desde qué edad usted consume?

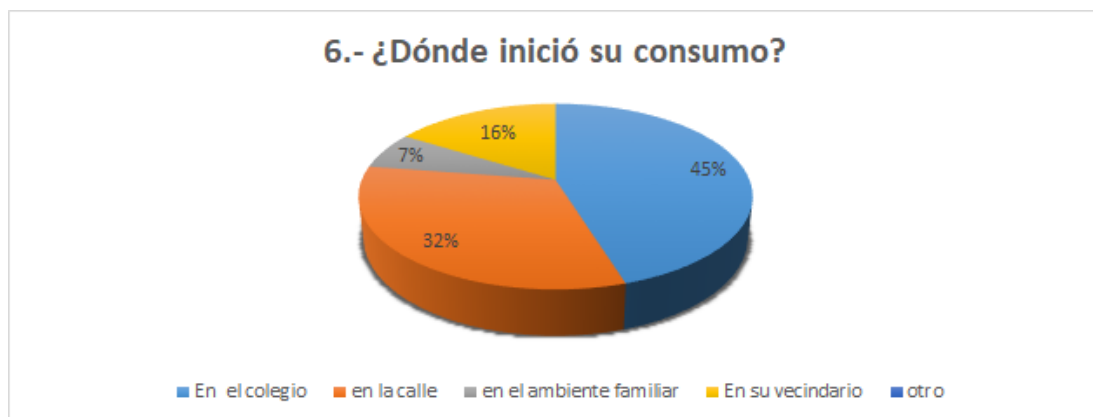


Nota. Fuente. Elaboración y producción propia.

Los pacientes que se encuentran internados han iniciado su consumo desde los 11-14 años en un 55%, entre 15 a 18 años un 36%, entre 19 a 21 años un 6%, y otras edades un 3%.

Gráfico 6

¿Dónde inició su consumo?



Nota. Fuente. Elaboración y producción propia.

El consumo de los chicos inicio un 45% en el colegio, un 32% en la calle, un 16% en su vecindario y un 7% en el ambiente familiar.

Gráfico 7

¿Cuáles son las causas que influenciaron el inicio de su consumo?

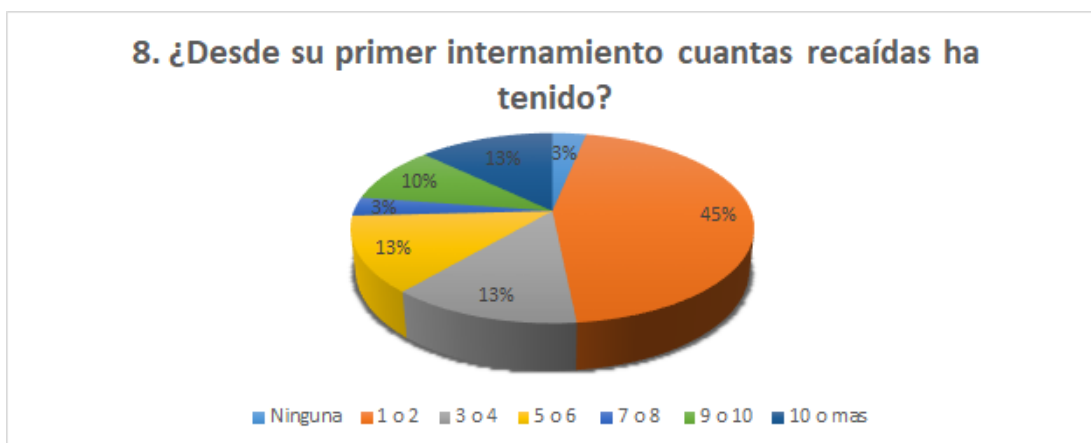


Nota. Fuente. Elaboración y producción propia.

Entre las causas que influenciaron al consumo de los pacientes internados, se tiene que un 52% se debe a la curiosidad, un 16% por pandillas, un 13% por problemas familiares, un 8% por enredos emocionales y abandono, y un 3% por otras causas, en las cuales se resalta rupturas amorosas.

Gráfico 8

¿Desde su primer internamiento cuantas recaídas ha tenido?



Nota. Fuente. Elaboración y producción propia.

Los pacientes que se encuentran internado han presentado entre 1 o 2 recaídas en un 45%, un 13% han sido entre 3 o 4, 5 o 6, 10 o más; un 10% 9 o 10; y un 3% 7 o 8 y ninguna.

Gráfico 9

¿En cuántas clínicas o centros de rehabilitación ha estado?



Nota. Fuente. Elaboración y producción propia.

Los pacientes internados han estado en otras clínicas o centros de rehabilitación un 52% entre 1 o 2, un 19% otros en donde se presencian entre 13, 19 y 23 centros; un 16% entre 3 o 4; y un 13% entre 5 o 6.

Gráfico 10

¿Cuáles serían las consecuencias a nivel social tras su internamiento?



Nota. Fuente. Elaboración y producción propia.

Las consecuencias a nivel social que piensan que tendrán se reflejan en: un 42% dificultad para encontrar empleo; un 22% pérdida de familiares; un 17% pérdida de amistades; un 11% amenazas; y un 8% otros, como pérdida de hijos.

Análisis de resultados de las entrevistas realizadas a profesionales

Por otro lado, se realizó la entrevista a dos profesionales que tienen experiencia en el abordaje de pacientes con adicciones que han realizado su rehabilitación en clínicas relacionadas a la temática. La experiencia de ambos oscila entre los 5 a 7 años de experiencia en el trabajo de la temática. Asimismo, se realizó una entrevista semiestructurada de 7 preguntas.

A continuación, se realizará el análisis de las entrevistas.

Una de las primeras interrogantes que se abordó fue desde su experiencia, cuáles son las razones que propician las situaciones de consumo. El primer profesional menciona que, el consumo de drogas es la última instancia que tiene el sujeto para llevar su angustia, es el tóxico la respuesta psíquica del sujeto para poder hacer con su angustia. Mientras que el otro profesional, indica que, en la mayoría de casos, el tóxico funciona como un inhibidor o tranquilizador ante conflictos, estrés, ansiedad o cualquier

malestar que pueda experimentar el sujeto. También tenemos la curiosidad, que es una de las principales razones por la cual los chicos tienen esta primera aproximación al tóxico.

Asimismo, se abordó cuál creerían que es la influencia social de las personas adictas. El primer psicólogo, menciono que los adictos ante la sociedad son vistos como un desperdicio, no los conciben como un engranaje de la sociedad, no permiten que aporten ya que asocian el consumo con la delincuencia. Es importante entender que también son personas que tienen algo que decir y como sociedad se debe empezar a dar apertura a personas en procesos de rehabilitación. Mientras que, el otro profesional, indica que la parte social, en su mayoría, está vinculada a bandas delictivas donde suele iniciar en consumo o en muchas ocasiones empeorar, ya que el consumo suele ser un requisito fundamental para pertenecer a esas agrupaciones.

Del mismo modo, desde la línea de lo social, se interrogó cuál sería el impacto social en las personas adictas. Por un lado, uno de los profesionales indica que las personas luego de un proceso de rehabilitación no generan mucho impacto social, por la misma sociedad que no entiende que han pasado por su proceso y muchas veces si están en la capacidad y con el deseo de progresar, las preconcepciones sociales no nos permiten darles el espacio que se merecen. No obstante, el otro profesional menciona que, antes de iniciar un proceso de rehabilitación, el ámbito social puede impactar de dos formas, primero en el inicio del consumo del sujeto dado que facilita la obtención del tóxico y se da el consumo colectivo ya sea por curiosidad u obligación (bandas delictivas). Luego tenemos el impacto en el reforzamiento de dicho consumo, cuando el grupo social donde frecuenta el sujeto consume por placer y él lo hace por pertenecer a dicho grupo de amigos.

Por otro lado, también se les consultó cuáles serían las razones de las recaídas en adictos. Por un lado, uno de los profesionales indica que, son expectativas muy altas sobre ciertos temas, es muy común encontrar pacientes que piensan que su vida después de la clínica va a ser soñada y la realidad es otra. Se debe hacer entender al paciente que debe estar dentro de su realidad. Un choque con una realidad que no esperaba puede propiciar su consumo. Asimismo, el otro profesional acota que, usualmente los pacientes, una vez concluido su proceso, adquieren el pensamiento que no tiene que

tener un seguimiento y continuo contacto con el centro para que así puedan sobrellevar los diferentes malestares cotidianos del día a día. Se alejan con la seguridad que ellos van a poder con todo y cuando llega el primero momento difícil, acuden al toxico por no saber cómo manejar dicha situación. Así que lo principal diría yo que el exceso erróneo de autosuficiencia.

En relación a todo lo cuestionado anteriormente, se les consultó sobre lo fundamental en el proceso de rehabilitación de los adictos. Por un lado, uno de los profesionales comenta que, hacer entender que el consumo de drogas es su punta del iceberg, debajo de eso hay un bagaje de cosas que los lleva a consumir, no se debe atacar el consumo si no lo que lo propicia. Mientras que, el otro profesional, menciona que lo principal es la predisposición del paciente a iniciar su proceso, que este consciente que problema que tiene con el consumo de tóxicos y que quiera trabajarlo. Una vez que inician el proceso, es necesario que no mientan sobre las vivencias que ha tenido en su consumo o la gravedad de sus acciones bajo el efecto del toxico. Finalmente es importante que el paciente apoye su rehabilitación en sí mismo, que quiera mejorar por sí mismo y no por otra persona. Esto es importante porque si el paciente llegase a fundamentar su recuperación en mamá, papá, novia... etc. El momento donde exista un conflicto con esa persona o un distanciamiento, todo el proceso de rehabilitación podría desmoronarse.

Del mismo modo, se interrogó cuáles son los factores negativos que pueden entorpecer el proceso de rehabilitación, uno de los profesionales comenta que son los familiares, sobre todo, el tiempo de internamiento, falta de solvencia económica y la misma personalidad del paciente, si el paciente no tiene intenciones de recuperarse no lo va a lograr. Mientras que, el otro profesional nos indica que, en definitiva, el factor principal es la negación, como ya mencioné anteriormente, si el paciente no está consciente de su padecimiento con el consumo de tóxicos o el trastorno de conducta, no aceptara de buena forma es proceso y no trabajara a consciencia sus conflictos.

Otro factor es la ingobernabilidad, muchos pacientes vienen de hogares o ambientes familiares donde no se regía ninguna ley y estaban acostumbrados a hacer lo que ellos querían, una vez que llegan al centro se

chocan con las normas y reglas del centro. No suelen tomarlo bien y mantienen ese comportamiento disruptivo por cierto tiempo.

Por último, se cuestionó acerca de cómo aplican la terapia sistémica en los procesos de rehabilitación, y qué técnica tiene mejores resultados. Uno de los profesionales menciona que la terapia sistémica se aplica más que nada con la familia, es importante que como grupo familiar sepan manejar ciertos conceptos a cerca de las adicciones que ayuden a la recuperación de los pacientes. Asimismo, el otro profesional indica que, por lo general, las terapias sistémicas se realizan más con los familiares de los pacientes una vez a la semana. Con los pacientes se lleva a cabo de vez en cuando y se realiza tratando un tema educativo en específico, donde abiertamente pueden realizar preguntas y al final se genera una retroalimentación por algunos de los pacientes.

CONCLUSIONES

La problemática relacionada al consumo de drogas cada vez resulta más compleja al momento de abordar los casos, puesto que, a medida del tiempo sus consecuencias afectan a distintas áreas de la vida del adicto. Por lo general, este detonante del adicto surge en su adolescencia como consecuencia del impacto de problemáticas que giran en torno a las relaciones sociales que este tiene en el colegio o desde la dinámica familiar que este vive.

De esto último, la dinámica familiar, puede tener distintas problemáticas, desde la disfunción en el hogar nuclear o extendido, en donde los jóvenes se ven influenciados por las problemáticas del hogar o bien por la incitación de los propios familiares al consumo.

Por otro lado, todas estas problemáticas que orillan a los jóvenes al consumo de drogas han generado una repercusión en lo socioeconómico en donde se presentan complejidades entorno a qué pasará cuando retornen de su rehabilitación, como el empleo, su vida social y su hogar. Asimismo, estas complejidades que se presentan entorno a su futuro son las mismas que generan angustias y pueden entorpecer las rehabilitaciones, generan una serie de recaídas.

Por último, es importante señalar el papel de la intervención de los profesionales en los centros de rehabilitación y cómo desde la terapia sistémica, se puede abordar todas las complejidades anteriormente mencionadas de las distintas áreas para poder hacer un trabajo en conjunto con lo familiar y social relacionado al paciente, es interesante como desde los enfoques y técnicas que propone esta terapia permite el abordaje que sostiene lo psico biosocial del paciente.

RECOMENDACIONES

Se debería dar más espacios desde lo académico en donde se puedan abordar estas problemáticas y cómo desde la experiencia de profesionales expertos en la problemática se pueden realizar los mejores abordajes psicológicos, es decir, poder brindar más insumos desde otras corrientes psicológicas como la terapia sistémica para tener una amplia gama de conocimientos para las problemáticas más comunes en el campo de la psicología, como son las adicciones.

Del mismo modo, abrir más espacios de prácticas en centros de rehabilitación para los estudiantes, no solamente al momento de realizar las prácticas pre profesionales, si no en el transcurso de la carrera para poder dilucidar los contenidos entorno a realidades como lo son las adicciones.

Por otro lado, a la institución que pueda abrirse más espacios de práctica y a su vez, se puedan realizar más talleres o actividades que sirvan para promover el cuidado mental y la prevención del consumo de sustancias drogodependientes, desde la experiencia que se tiene en el abordaje diario que realizan desde su experiencia laboral.

BIBLIOGRAFÍA

- Bargent, J. (2019). From <https://es.insightcrime.org/noticias/analisis/clinicas-ilegales-y-adictos-causan-boom-h-en-guayaquil-ecuador/>
- Beck, A., Wright, F., & Newman, C. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Buenos Aires: Paidós.
- Becoña, E., & Cortés, M. (2008). *Guía Clínica de intervención Psicológica en Adicciones*. From file:///C:/Users/GHernandez/Downloads/ES03_GuiaClinicalntPsicologica.pdf
- Bernardi, R. (2004). *Guía clínica para la psicoterapia*. From http://www.spu.org.uy/revista/dic2004/02_guia.pdf
- Blatner, A. (2015). *Bases del Psicodrama*. México: PAX.
- Cardenas, M. (2016). From <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/151977/Tratamiento%20de%20las%20drogodependencias%20desde%20un%20enfoque%20sist%C3%A9mico.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Carl, R. (1973). *Grupos de encuentro*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Castilla, G. (2018). From <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol21num3/Vol21No3Art11.pdf>
- El Comercio. (2017). From <https://www.elcomercio.com/actualidad/seguridad/drogah-heroina-analisis-microtrafico-investigaciones.html>
- Feito, L. (2016). *EL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS DE ADOLESCENTES Y JÓVENES ESPAÑOLES*. From <https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/24590/retrieve>
- Frankl, V. (1991). *El hombre en búsqueda de sentido*. Barcelona: Herder.
- Gerrig, G., & Zimbardo, P. (2005). *Psicología y vida*. México: Pearson Educación.
- Miller, W. (2015). *Entrevista Motivacional*. España: Huertas Industrias Gráficas, S.A.
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *el modelo de atención integral residencial para el consumo problemático de alcohol y otras drogas, en*

establecimientos de salud de tercer nivel del Ministerio de Salud Pública.

OMS. (2015). From <https://es.scribd.com/document/414105551/Familia-Segun-La-Oms>

Organización de los Estados Americanos. (2013). From http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsDevelopment_ESP.pdf

RAE. (2001). From <https://www.rae.es/drae2001/familia>

Rodriguez. (2015). From <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/11235/1/TESIS%20CENTRO%20DE%20REHABILITACION.pdf>

Roos, R. (2011). Estudio de las representaciones sociales sobre drogas ilícitas en la ciudad de Quito. Caso de estudio: jóvenes consumidores de marihuana de estratos medios.

Sampieri, H. (2014). From <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Sastre, S. (2009). *A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos*. From <http://www.scielo.br/pdf/pc/v21n2/08.pdf>

Soriano, F. (2017). From <https://www.planetadelibros.com.ec/libro-marihuana/251151>

Vallejo, P. (2015). From <https://1library.co/document/1y9gr2dq-representaciones-sociales-dinamica-jovenes-estratos-facultad-ciencias-humanas.html>

ANEXOS

Entrevista a Profesional #1

1. Desde su experiencia, ¿Cuáles son las razones que propician las situaciones de consumo?

El consumo de drogas es la última instancia que tiene el sujeto para llevar su angustia, es el toxico la respuesta psíquica del sujeto para poder hacer con su angustia.

2. ¿Cuál es la influencia social de las personas adictas?

Los adictos ante la sociedad son vistos como un desperdicio, no los conciben como un engranaje de la sociedad, no permiten que aporten ya que asocian el consumo con la delincuencia. Es importante entender que también son personas que tienen algo que decir y como sociedad se debe empezar a dar apertura a personas en procesos de rehabilitación.

3. ¿Cuál es el impacto social en las personas adictas?

Las personas luego de un proceso de rehabilitación no generan mucho impacto social, por la misma sociedad que no entiende que han pasado por su proceso y muchas veces si están en la capacidad y con el deseo de progresar, las preconcepciones sociales no nos permiten darles el espacio que se merecen.

4. ¿Cuáles son las razones de las recaídas en adictos?

Expectativas muy altas sobre ciertos temas, es muy común encontrar pacientes que piensan que su vida después de la clínica va a ser soñada y la realidad es otra. Se debe hacer entender al paciente que debe estar dentro de su realidad. Un choque con una realidad que no esperaba puede propiciar su consumo.

5. ¿Qué es fundamental en el proceso de rehabilitación de los adictos?

Hacer entender que el consumo de drogas es su punta del iceberg, debajo de eso hay un bagaje de cosas que los lleva a consumir, no se debe atacar el consumo si no lo que lo propicia.

6. ¿Cuáles son los factores negativos que pueden entorpecer el proceso de rehabilitación?

Familiares, sobre todo, el tiempo de internamiento, falta de solvencia económica y la misma personalidad del paciente, si el paciente no tiene intenciones de recuperarse no lo va a lograr.

**7. ¿Cómo aplican la terapia sistémica en los procesos de rehabilitación?
¿Qué técnica tiene mejores resultados?**

La terapia sistémica se aplica más que nada con la familia, es importante que como grupo familiar sepan manejar ciertos conceptos a cerca de las adicciones que ayuden a la recuperación de los pacientes.

Entrevista a Profesional #2

1. Desde su experiencia, ¿Cuáles son las razones que propician las situaciones de consumo?

En la mayoría de casos, el toxico funciona como un inhibidor o tranquilizador ante conflictos, estrés, ansiedad o cualquier malestar que pueda experimentar el sujeto. También tenemos la curiosidad, que es una de las principales razones por la cual los chicos tienen esta primera aproximación al tóxico.

2. ¿Cuál es la influencia social de las personas adictas?

La parte social, en su mayoría, está vinculada a bandas delictivas donde suele iniciar en consumo o en muchas ocasiones empeorar, ya que el consumo suele ser un requisito fundamental para pertenecer a esas agrupaciones.

3. ¿Cuál es el impacto social en las personas adictas?

Antes de iniciar un proceso de rehabilitación, el ámbito social puede impactar de dos formas, primero en el inicio del consumo del sujeto dado que facilita la obtención del toxico y se da el consumo colectivo ya sea por curiosidad u obligación (bandas delictivas). Luego tenemos el impacto en el reforzamiento de dicho consumo, cuando el grupo social donde frecuenta el sujeto consume por placer y él lo hace por pertenecer a dicho grupo de amigos.

Ahora los pacientes, cuando están a punto de culminar su proceso, usualmente suelen tener las siguientes dudas ¿Será que podré conseguir trabajo? ¿Qué pensara la gente cuando comparta que soy vivencial / rehabilitado? ¿Será que poder conseguir pareja? Entonces podría responder que la reintegración social es lo que más preocupa y algunas veces se complica en los casos de personas en recuperación.

4. ¿Cuáles son las razones de las recaídas en adictos?

Usualmente los pacientes, una vez concluido su proceso, adquieren el pensamiento que no tiene que tener un seguimiento y continuo contacto con el centro para que así puedan sobrellevar los diferentes malestares cotidianos

del día a día. Se alejan con la seguridad que ellos van a poder con todo y cuando llega el primero momento difícil, acuden al toxico por no saber cómo manejar dicha situación. Así que lo principal diría yo que el exceso erróneo de autosuficiencia.

Luego tenemos los factores comunes como son, juntarse con viejas amistades de consumo, recurrir a viejos lugares de consumo e involucrarse en situaciones que de alguna forma lleven al consumo.

5. ¿Qué es fundamental en el proceso de rehabilitación de los adictos?

Lo principal es la predisposición del paciente a iniciar su proceso, que este consciente que problema que tiene con el consumo de tóxicos y que quiera trabajarlo.

Una vez que inician el proceso, es necesario que no mientan sobre las vivencias que ha tenido en su consumo o la gravedad de sus acciones bajo el efecto del toxico.

Finalmente es importante que el paciente apoye su rehabilitación en sí mismo, que quiera mejorar por sí mismo y no por otra persona. Esto es importante porque si el paciente llegase a fundamentar su recuperación en mamá, papá, novia... etc. El momento donde exista un conflicto con esa persona o un distanciamiento, todo el proceso de rehabilitación podría desmoronarse.

6. ¿Cuáles son los factores negativos que pueden entorpecer el proceso de rehabilitación?

En definitiva, el factor principal es la negación, como ya mencioné anteriormente, si el paciente no está consciente de su padecimiento con el consumo de tóxicos o el trastorno de conducta, no aceptara de buena forma es proceso y no trabajara a consciencia sus conflictos.

Otro factor es la ingobernabilidad, muchos pacientes vienen de hogares o ambientes familiares donde no se regía ninguna ley y estaban acostumbrados a hacer lo que ellos querían, una vez que llegan al centro se chocan con las

normas y reglas del centro. No suelen tomarlo bien y mantienen ese comportamiento disruptivo por cierto tiempo.

**7. ¿Cómo aplican la terapia sistémica en los procesos de rehabilitación?
¿Qué técnica tiene mejores resultados?**

Por lo general, las terapias sistémicas se realizan más con los familiares de los pacientes una vez a la semana. Con los pacientes se lleva a cabo de vez en cuando y se realiza tratando un tema educativo en específico, donde abiertamente pueden realizar preguntas y al final se genera una retroalimentación por algunos de los pacientes.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Quijano Vélez, Marisol Elena** con **C.C: # 1312057316**, autora del trabajo de titulación: **Análisis de la influencia del ámbito sociofamiliar en el proceso de rehabilitación en jóvenes adultos entre 20 a 25 años con problemas de adicciones, en la clínica “Un nuevo Amanecer” de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 12 de septiembre del 2022

Marisol Quijano

f. _____
Quijano Vélez, Marisol Elena



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Rodríguez Sánchez, Jorge Luis** con **C.C: # 0922431275**, autora del trabajo de titulación: **Análisis de la influencia del ámbito sociofamiliar en el proceso de rehabilitación en jóvenes adultos entre 20 a 25 años con problemas de adicciones, en la clínica “Un nuevo Amanecer” de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 12 de septiembre del 2022

f. _____
Rodríguez Sánchez, Jorge Luis



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN		
TEMA Y SUBTEMA:	Análisis de la influencia del ámbito sociofamiliar en el proceso de rehabilitación en jóvenes adultos entre 20 a 25 años con problemas de adicciones, en la clínica "Un nuevo Amanecer" de la ciudad de Guayaquil.	
AUTOR(ES)	Quijano Vélez, Marisol Elena Rodríguez Sánchez, Jorge Luis.	
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Psic. Cl. Colmont Martínez, Marcia Ivette Mgs.	
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil	
FACULTAD:	Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación	
CARRERA:	Psicología Clínica	
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciado en Psicología Clínica	
FECHA DE PUBLICACIÓN:	12 de septiembre del 2022	No. DE PÁGINAS: 73
ÁREAS TEMÁTICAS:	Adicción, Rehabilitación, Terapia Sistemática	
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Adicción, Rehabilitación, Terapia Sistémica, Drogas, Impacto sociofamiliar	
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>El presente trabajo de investigación busca brindar un aporte a la complejidad del estudio de las adicciones desde el trabajo en centros de rehabilitación. Por lo cual, se trabajó desde el centro de rehabilitación "Nuevo Amanecer" para poder analizar el impacto sociofamiliar en jóvenes de 20 a 25 años que se encuentran en su proceso de rehabilitación.</p> <p>En esta investigación, se explicará cómo desde la terapia sistémica, cada uno de los enfoques y técnicas que aborda sirven para la rehabilitación de los jóvenes adictos; a su vez, cuáles son los tipos de adicciones que hay, los distintos motivos que orillan a estos jóvenes y sus posibles consecuencias. Mediante el método explorativo y descriptivo en base a las encuestas a los pacientes que se encuentran realizando su proceso de rehabilitación y a profesionales con experiencia en la temática, se realizará el análisis del impacto sociofamiliar.</p>	
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0984491102-09990076877	E-mail: marisolquijano27@gmail.com jogrodriguezsanchez@gmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Martínez Zea Francisco Xavier, Mgs.	
	Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419	
	E-mail: francisco.martinez@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		