

870125

# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA 3

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México. 2ej

ESCUELA DE PSICOLOGIA



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE DINAMICAS GRUPALES COMO APOYO PARA LA REHABILITACION DE PACIENTES ADICTOS HOSPITALIZADOS

## TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA:

LUISA OFELIA GARCIA OLIVAR

GUADALAJARA, JAL.

FEBRERO 1990



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# I N D I C E

## CAPITULO UNO

1.1. Introducción.....	1
1.1.1. Título.....	1
1.1.2. Descripción de la situación proble- mática.....	1
1.1.3. Objetivo general de la tesis.....	3
1.1.4. Justificación sobre diseño del pro- grama.....	3
1.1.5. Limitaciones de la investigación...	5
1.1.6. Naturaleza y orden de la presenta- ción.....	6

## CAPITULO DOS

2.1. Las adicciones como problema social.....	10
2.1.1. Definición de adicción.....	11
2.1.2. Inicio histórico de las adicciones.	13
2.2. Clasificación de las drogas.....	16
2.2.1. Clasificación de las drogas según - la OMS.....	18
2.2.2. Breve descripción de las drogas y - sus efectos clínicos.....	19
2.3. Farmacodependencia.....	30
2.3.1. Definición.....	30
2.3.2. El DSM III y las entidades nosológí	

cas relacionadas con la droga.....	30
2.4. Alcoholismo.....	31
2.4.1. Definición.....	31
2.4.2. El DSM III y las entidades nosológicas re lacionadas con el alcohol.....	32
Citas capítulo dos.....	33

### CAPITULO TRES

3.1. Psicoterapia.....	35
3.1.1. Definición.....	35
3.1.2. Modalidades.....	36
3.1.3. Grupos de encuentro.....	39
3.2. Dinámicas y técnicas terapéuticas.....	41
3.2.1. Dinámicas vivenciales.....	41
3.2.2. Ventajas y desventajas.....	42
2.3. Estudios previos en psicoterapia con pacientes - adictos.....	43
Citas Capítulo Tres.....	46

### CAPITULO CUATRO

4.1. Causas y efectos de las adicciones.....	47
4.1.1. Factores socioculturales.....	47
4.1.2. Factores condicionantes.....	48
4.1.3. Factores de personalidad.....	48
4.1.4. Efectos clínicos de las adicciones.....	49
4.1.5. Efectos psicológicos.....	50

4.1.6. Efectos sociales de las adicciones.....	51
4.2. Grupos de autoayuda.....	52
4.3. Programas nacionales de alcoholismo y farmacode-- pendencia.....	55
4.3.1. Antecedentes y programa de alcoholismo....	55
4.3.2. Antecedentes y programa de farmacodependen- cia.....	57
4.3.3. Perspectivas.....	59
Citas del capítulo cuatro.....	60

#### CAPITULO CINCO

5.1. Criterios generales para el tratamiento médico... 61	61
5.1.1. Criterios para el tratamiento del paciente adicto hospitalizado.....	61
5.1.2. Criterios para el tratamiento del paciente alcohólico hospitalizado.....	62
5.1.3. Flujiograma de tratamiento.....	62
5.1.4. Criterios para el tratamiento psicológico- del paciente adicto.....	62
Citas capítulo cinco.....	68

#### CAPITULO SEIS

6.1. Diseño de un programa.....	69
6.1.1. Metodología.....	69
6.1.2. Criterios para la elaboración del programa	73
6.1.3. Sugerencias.....	75

6.2. Cronograma del programa.....	78
Citas del capítulo seis.....	88
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	89
GLOSARIO DE TERMINOS BASICOS.....	92
BIBLIOGRAFIA.....	95
APENDICE.....	99

## CAPITULO I

## I.1. INTRODUCCION

## 1.1.1. TITULO

Diseño de un programa de dinámicas grupales como apoyo para la rehabilitación de pacientes adictos hospitalizados.

## 1.1.2. DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA

Quizá el título que se lea al iniciar este trabajo de investigación revela solo parte de un gran problema que se pretende atacar, un grave problema que afecta al mundo en el cual no es la excepción México, y que es la adicción a las drogas.

Es bien sabido que estas adicciones (a diferentes tóxicos que van desde el alcohol hasta el famoso "crack") por las dimensiones que han alcanzado desde el punto de vista epidemiológico están generando efectos no solo particulares a los consumidores, sino toda una serie de efectos en masa que van desde taras físicas a descendientes con serios problemas sociales, económicos y psicológicos, en las comunidades, donde día a día la incidencia de adictos aumenta.

Son precisamente estos efectos (los psicológicos)

Los que particularmente atraen la atención de esta investigación. Para un problema de tales dimensiones como son las adicciones en México es válido implementar recursos - que ataquen el problema desde sus diferentes ángulos. El programa que en esta investigación se elabora pretende en enfocarse al tratamiento del problema en sí, que en este caso serían los mismos adictos, ya que rehabilitando al - - adicto se inicia una cadena de efectos de recuperación en masa que abarcan a los que rodean al adicto y éstos a su vez la transmiten a otros.

A través de experiencia adquirida, al realizar - - prácticas y servicio social se comprobó que la necesidad de atención psicológica a los pacientes adictos (sobre to do a los alcohólicos que son más numerosos) es apremiante. Debido a la gran cantidad de ingresos de pacientes adictos a medios hospitalarios, sobre todo de tipo psiquiátrico; se despertó la inquietud de realizar un programa de - ayuda práctico y flexible que tenga acceso a un grupo numeroso de pacientes donde el enfoque principal sea una la bor psicoterapéutica basada en técnicas de dinámica grupal, que marquen a los pacientes pautas para reconocer su enfermedad, descubrir causas y crear posibles soluciones, informar sobre los recursos de ayuda internos y externos que existen tanto en el hospital como en sus comunidades - y finalmente crear las bases para una rehabilitación a - -



largo plazo.

### 1.1.3. OBJETIVO GENERAL DE LA TESIS

Con esto se pretende señalar que el objetivo general de la tesis es el siguiente: Diseñar un programa de dinámicas grupales para rehabilitar a pacientes adictos hospitalizados, basado en el Modelo Institucional de Jerrold Kemp.

### 1.1.4. JUSTIFICACION SOBRE EL DISEÑO DEL PROGRAMA

El programa que se propone en esta tesis es está dirigido específicamente a pacientes hospitalizados y la razón de esta proposición se basa en una revisión literaria y en experiencia personal en donde se llegó a la conclusión de que la probabilidad personal de recuperación de un adicto suele ser mayor cuando al encontrarse hospitalizados las posibilidades de un tratamiento integral (médico-psiquiátrico-psicológico-social) son mayores. Esto le brinda las condiciones necesarias para introyectar su problemática y buscar soluciones.

Existen actualmente en México gran cantidad de hospitales e instituciones tanto del gobierno como privadas cuyos porcentajes de ingresos en adictos son los más altos y para los cuales este programa puede ser útil y representar un punto de apoyo en el tratamiento integral --

del paciente.

El alto número de adictos que no reciben atención, la necesidad de un recurso poco costoso y accesible a grupos numerosos, la carencia en el área de psicología de -- instrumentos para el tratamiento grupal de pacientes adictos, ya sea hospitalizados o no, las elevadas estadfsti--cas epidemiológicas en alcoholismo y drogadicción, asf como sus efectos (cirrosis hepática, trastornos mentales, - etc.), demuestran la importancia para elaborar este pro--grama.

La investigación que a continuación se elabora pretende aportar algo práctico relativo a dicho problema. - Es por eso que se pensó en el programa, que en la medida- ha de marcar las pautas para que en el futuro sea imple--mentado y evaluado.

Existen realmente escasos datos de trabajos grupales en psicoterapia con pacientes adictos. Y los pocos - trabajos que existen no están orientados a pacientes in--ternos (hospitalizados). Por lo tanto el programa que se propone aportaría una derivación práctica a una necesidad de que exista un plan a seguir para ayudar a dichas personas.

Se podría pensar que el programa se plantea un objetivo un tanto ambicioso de alcanzar, es por ello que para que el objetivo general se alcance primero se han de - alcanzar objetivos a corto plazo que nos permitirán lo- - grar el objetivo final. Y estos son:

1. Crear conciencia de enfermedad en el paciente.
2. Prevenir recaídas.
3. Fomentar cambio de actitudes hacia el uso de la droga.
4. Comprometer al paciente en un tratamiento externo con- tinuado para lograr la rehabilitación total.

#### 1.1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

Como este programa no es la panacea, se en- frenta a varias limitaciones para poder alcanzar sus me- - tas. Aquellas limitaciones que resultan prioritarias son:

1. Que el programa está diseñado para llevarse a cabo du- rante un periodo de internamiento, lo cual significa - que debe implementarse en un futuro un nuevo programa- para su seguimiento en consulta externa.
2. Debido a las técnicas de dinámicas grupales que se proponen para este programa se requerirá para que su apli- cación tenga éxito de una preparación previa del tera-apeuta en el manejo de grupos, de pacientes adictos y - de dinámicas grupales, ya que sólo de esta manera esta- rá calificado para llevarlo a cabo.

3. Y por último es que esta tesis únicamente propone su diseño, su valoración se deja a los particulares o instituciones que deseen desarrollarla, más la autora no incluye la valoración, aunque sí sugiere diversos métodos para valorarlo.

#### 1.1.6. NATURALEZA Y ORDEN DE PRESENTACION

Ya se ha hablado de los motivos para la elaboración de este programa, ahora una breve descripción de su contenido, y el orden en que es presentada la investigación.

Para llegar a definir el orden del capitulario (fn dice), primeramente se diseñó un marco conceptual del cual se fueron derivando los temas que posteriormente se convirtieron en capítulos. La investigación abarcaba diferentes conceptos a cubrir:

1. Social: En donde se pretende dar un breve antecedente-histórico sobre el desarrollo de las adicciones y los efectos que a nivel social se han venido observando, el desarrollo en cada cultura de su propia modalidad de droga y el uso que se le daba en cada pueblo.
2. Psicológico-Teórico: En donde se presentan las bases de las técnicas psicoterapéuticas que existen y se elige de entre ellas aquella que sirve a los propósitos del programa.

3. Educativo: En donde se pretende dar a conocer los grupos que existen en el país, así como los programas nacionales que pretenden ayudar a prevenir esta enfermedad.
4. Médico-Psicológico: En donde se analizan las diversas formas de manejo del paciente adicto.
5. Didáctico-Práctico: En donde se elabora el programa basándose en el modelo instruccional de J. Kemp, incluyendo sugerencias para su valoración.

De estos conceptos surgió la guía que marcaría la pauta para definir los temas de cada capítulo. Del marco social se derivaron los temas que aparecen en el primer capítulo en donde se proyectan los alcances de las adicciones a nivel social, las distintas clasificaciones de las drogas que han surgido, los conceptos de adicción, farmacodependencia y alcoholismo, antecedentes históricos en el desarrollo de las adicciones y la clasificación nosológica de las enfermedades relacionadas con las adicciones que propone el Manual Diagnóstico y Estadístico (Tercera revisión) DSM III.

En el aspecto psicológico se hizo hincapié en dedicar un capítulo para sentar bases en lo que a las técni-

cas psicoterapéuticas que se utilizarán en el programa, - mostrando las distintas clasificaciones de psicoterapia - que existen y eligiendo aquellas que más se acoplan a los fines del proyecto.

Se presentan en este capítulo antecedentes en estudios con psicoterapia grupal para pacientes adictos.

En el capítulo tercero, enfocado a un concepto educativo o de información, se analizan los factores que desempeñan un papel importante en el desarrollo de las adicciones, así como los efectos clínicos, sociales y psicológicos más importantes de las drogas. También se presenta información sobre los grupos e instituciones tanto del gobierno como privadas en donde se presta ayuda a los adictos y se revisan los programas nacionales de drogadicción y alcoholismo analizando las perspectivas.

Ya que este programa no puede llegar al éxito si no existe una labor conjunta entre psicólogos, médicos, psiquiatras, trabajadores sociales, etc. se abre el cuarto capítulo en donde se revisan diferentes manejos, tanto médicos como psicológicos que se le dan al paciente adicto.

En el capítulo final se desarrolla el programa, -- dando antecedentes de la metodología y los criterios que-

se siguieron para su elaboración, así como sugerencias para optimizar tanto su aplicación como su valoración.

Aparecen posteriormente las conclusiones y un glosario de terminología básica para consulta. Y finalmente se anexan todas las dinámicas utilizadas en el programa en el orden de aparición que definen los temas del programa.

## C A P I T U L O 2

## 2.1. LAS ADICCIONES COMO PROBLEMA SOCIAL.

Desde tiempos remotos la existencia y el consumo de diversas drogas ha sido del conocimiento popular. Por múltiples motivos tanto la producción como la distribución y por ende el consumo se ha visto aumentado en proporciones alarmantes. La apertura cultural entre Oriente y Occidente, el avance tecnológico en la producción de drogas sintéticas, el bluff económico que proporciona el contrabando de drogas y la accesibilidad a ciertas sustancias han desencadenado un consumo desmedido de las drogas trayendo como consecuencia las adicciones, originando éstas serios efectos tanto sociales como económicos y psicológicos en el mundo contemporáneo.

Actualmente el problema ha alcanzado tales dimensiones que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) dos de los 20 problemas prioritarios de salud a resolver en el mundo son sin discusión alguna el alcoholismo y la drogadicción.

Las drogas en nuestros tiempos han dejado de ser tabú para convertirse en el producto de moda. Muchos utilizan las drogas como un medio para enajenarse y olvidar problemas en un mundo con un estilo de vida agitado y poco



satisfactorio donde el stress y las presiones son el pan - de cada día, otros lo hacen por no quedar mal en comprome- de tipo social, otros pocos como medios para mitigar dolen- cias físicas pero igualmente los que inician consumiéndoo- las por X ó Y pretexto acaban por convertirse en adictos - de las sustancias que consuman y generalmente lo hacen pa- ra evitar los efectos del período de abstinencia de la dro- ga.

Independientemente de la droga que se consuma las- consecuencias son invariablemente similares. La desinte- - gración familiar, el fracaso económico, los accidentes e - inclusive las enfermedades mentales son efectos típicos de las adicciones llevadas a un grado extremo.

#### 1.1.1. DEFINICION DE ADICCION

Se dice comúnmente que una adicción es una: "Tendencia compulsiva hacia algo".<sup>(1)</sup>

En la actualidad los términos utilizados para deno- tar una adicción son numerosos, y van desde el alcoholismo hasta la drogadicción pasando por un término que encierra- de una manera muy completa el significado de todas las - - adicciones; este término es conocido como "Dependencia".

La OMS a través de su Comité de Expertos definió -

en 1957 el concepto de Toxicomanía o Adicción como:... "un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo de droga natural o sintética y teniendo como ca racterísticas:

1. Un deseo invencible o una necesidad de continuar consumiendo la droga y de obtenerla por cualquier medio.
2. Una tendencia al aumento de la dosis.
3. Una dependencia de tipo psíquico y generalmente físico respecto a los efectos de la droga.
4. Efectos perjudiciales para el individuo y la sociedad".

(2)

La definición más acertada y que es comúnmente utilizada es la descrita por la OMS en un informe redactado en 1965:

"Un estado psíquico y en ocasiones también físico, resultante de la interacción entre un organismo vivo y una droga, caracterizada por respuestas en el comportamiento y otras áreas, que incluyen siempre la compulsión a tomar -- drogas sobre una base continuada y periódica, con el fin de experimentar sus efectos psíquicos, y en ocasiones evitar la incomodidad de su ausencia".<sup>(3)</sup>

Con estas definiciones pretendo únicamente describir la compulsión a tomar la droga ya que los términos de adicción y dependencia que aquí manejo en las definiciones

mencionadas aún no describen las consecuencias que tiene el uso de esa droga ni la forma que afecta los valores culturales del entorno.

### 2.1.2. INICIO HISTORICO DE LAS ADICCIONES.

El uso de las sustancias tóxicas se remonta a eras muy primitivas. Fue cuando la agricultura se desarrolló en las antiguas tribus de todo el mundo que la primera droga fue utilizada ya que a partir de granos fermentados por un proceso muy rústico se logró fabricar el alcohol. Esta droga fue primeramente utilizada como alimento en la dieta básica de muchas civilizaciones antiguas, pero a medida que la destilación del alcohol se fue haciendo más refinada, el consumidor de esta droga iba conociendo poco a poco sus efectos que se iniciaban con una dependencia física para evitar el período de abstinencia hasta la muerte por excesivo consumo.

Los aztecas en México desarrollaron su propia variedad de bebida alcohólica llamada pulque, extraída a partir de la fermentación del maíz o la piña.

Los romanos obtuvieron el vino fermentando la uva y los colonizadores ingleses obtuvieron whisky a partir de la fermentación del trigo.

Es así como cada cultura ha desarrollado su propia versión de esta droga.

Para los alucinógenos la historia se hizo de manera diferente. El consumo de esta droga se encontraba monopolizada por los dirigentes religiosos de las diversas culturas. Generalmente se asociaba el consumo de esta droga a experiencias místicas que sólo los "elegidos" (generalmente el líder religioso del pueblo) podían implementar.

Fue a raíz del descubrimiento del LSD, un ácido -- sintético (Dietilamida del ácido lisérgico) obtenido por el médico suizo Albert Hoffman en 1953, que el consumo de los alucinógenos se hizo más popular.

Existen diversos tipos de alucinógenos, pero los más conocidos son el LSD, la mezcalina y el peyote que contrariamente al LSD son de origen natural.

En cuanto al opio y la heroína, durante la mayor parte del siglo XIX el opio en forma de medicinas patentadas era tan accesible como lo es una aspirina hoy en día. En las grandes tiendas de comestibles y en los almacenes se vendían bajo las etiquetas de "jarabe calmante de Mrs. Winslow", "Cordial Godfrey's" o bien "Elixir de opio Mc Munn". Se anunciaban en todas partes como matadores, ja

rabe contra la tos, anemia, etc.<sup>(4)</sup>

El láudano, una mezcla de alcohol y morfina era el preferido de los usuarios de opio, incluido Thomas de Quincy, autor de "Confesiones de un fumador de opio inglés".

Un derivado de la morfina se introdujo en la medicina como antitusígeno a finales del siglo XIX. Se llamaba heroína.<sup>(5)</sup>

Las anfetaminas se usaron frecuentemente en la Segunda Guerra Mundial. Se les administraba a los pilotos y soldados para reducir las horas de sueño. Al finalizar la guerra éstas se pusieron a la venta en grandes cantidades. Esta fácil accesibilidad al fármaco desató una "epidemia" en el uso de las anfetaminas.<sup>(6)</sup>

La cocaína es un estimulante que se presenta en la naturaleza, se empezó a extraer en 1860 de las hojas de un arbusto sudamericano llamado la coca, por Albert Nieman, y muy pronto se extendió su uso en la medicina y por los proveedores de medicinas patentadas. Se añadió a muchos vinos tónicos y durante cerca de 10 años fue uno de los ingredientes de una nueva y poco conocida bebida lanzada en los Estados Unidos bajo el nombre de Coca Cola.<sup>(7)</sup>

Los barbitúricos o tranquilizantes empezaron a aparecer a finales del siglo XIX, se recetaban como calmantes. Su capacidad de crear hábito se conoce desde 1927, pero -- hasta hace 20 ó 30 años que se empezó a restringir su uso.

Aunque la marihuana ha sido una droga conocida desde hace milenios, fue en la década de los 60's cuando el -- "boom" de la marihuana dio lugar. Cientos de jóvenes la -- consumían en señal de protesta por la agresividad que en -- esos momentos reinaba en el mundo aduciendo que era una -- droga que relajaba y proporcionaba paz.

Revisando el desarrollo de todas las drogas mencionadas se encuentra la correlación de que el uso de éstas -- se ha desatado de manera alarmante en la última década y -- es aquí donde reside la importancia del estudio del manejo de las adicciones.

## 2.2. CLASIFICACIONES DE LAS DROGAS

Muchos estudiosos del tema han tratado de unificar -- criterios en cuanto a la clasificación de drogas se refiere.

En la definición del concepto en donde varios autores han apreciado dificultades, es por esto que en algunas clasificaciones se excluyen ciertas drogas.

Revisando la literatura se encontró que existen varias clasificaciones que pudieran ser válidas para los fines de esta tesis.

Una de las primeras clasificaciones que se tienen de las drogas es la de Lewin (1924). Este autor distingue los siguientes grupos:

- I. Los Eufóricos. Seelenberuhigungsmittel o euforizantes, incluyendo a los fármacos narcoanaléscos y a la cocaína.
- II. Los Phantastica, Sinnestauschungsmittel o alucinógenos, que enmarca a la mezcalina, el peyote, el cáñamo, indio, beleño, etc.
- III. Los Inebriantia, Berausungsmittels o sustancias embriagantes, constituidos por el acohol, cloroformo, éter, bencinas, etc.
- IV. Los Hypnotica, Schlafmittel o hipnóticos denominando así a los bromuros sulfonal, hidrato de cloral, paraldehído, barbitúricos, etc.
- V. Los Exitantia, Erregungsmittel o estimulantes psicóquicos como la cafeína, alcanfor, tabaco, mate, cacao, etc. (8)

Otra clasificación surge en 1957, realizada por De lay y Deniker incluyendo compuestos que fueron sistematizados por Lewin.

Otras clasificaciones se han realizado de acuerdo a parámetros relacionados con el funcionamiento químico de las drogas, ésto por sus efectos.

El Profr. José Segarra Deomenech distingue tres tipos de drogas: las que excitan el SNC, las que lo deprimen y aquellas que producen alteraciones no principalmente - - cuantitativas sino cualitativas en sus actividades. (9)

En el lenguaje popular se distinguen dos tipos de drogas: las duras y las blandas y en términos técnicos son aquellas que producen dependencia física (morfina y sus derivados, barbitúricos, alcohol, meprobamato y algunos ansoilfticos, etc.) y los que producen dependencia psíquica- tales como la cocaína, anfetaminas, cafeína, marihuana, ni cotina, LSD, etc.

Es importante mencionar que existe una clasificac-- ción de tipo social y es válida en la medida en que tam- - bién lo son las consecuencias sociales para analizar las - conductas terapéuticas de nuestros pacientes adictos.

#### 2.2.1. CLASIFICACION DE LAS DROGAS SEGUN LA OMS.

Como ya se mencionó anteriormente en la de- finición se van a considerar drogas y por lo tanto a clasi ficarse como tales a aquellas sustancias que generen tanto



dependencia física como psicológica.

Enumerando clasificaciones que han sido válidas - en su momento he llegado a la conclusión de que la clasificación que mayormente se presta a los objetivos de esta tesis es la que propone la OMS, dividida en nueve categorías que aparecen a continuación:

- Grupo alcohol/barbitúricos.
- Sustancias del tipo de las anfetaminas.
- Cannabis (marihuana, hachís).
- Cocaína.
- Alucinógenos (LSD y drogas del mismo tipo).
- Khat (estimulante usado en Yemen y Etiopía).
- Opiáceos (término que incluye al opio y sus derivados, - así como determinadas sustancias sintéticas, como la morfina y la heroína).
- Disolventes volátiles (cola, acetona, etc.).
- Tabaco. (10)

#### 2.2.2. BREVE DESCRIPCIÓN DE LAS DROGAS Y SUS EFECTOS CLÍNICOS.

ALCOHOL.- El alcohol etílico es el ingrediente efectivo de todas las bebidas alcohólicas. Este se produce naturalmente por la fermentación de la levadura sobre distintas clases de azúcares. Puede producirse artificialmente, más concentrado, a través de la destilación, --

que consiste principalmente en evaporar el agua contenida en un alcohol que ha sido fermentado naturalmente.

El alcohol tiende a disminuir la actividad del sistema nervioso. En dosis pequeñas, el resultado es un alivio de la tensión, una sensación de relajamiento y de ausencia de inhibiciones. Al aumentar la dosis existe una pérdida progresiva de la percepción, los movimientos y emociones, acompañada a menudo por conductas agresivas. En dosis muy grandes el alcohol envenena todo el sistema nervioso y puede causar un coma seguido de muerte. El alcohol es conocido también como una droga que genera una dependencia rápida y difícil de romper. Finalmente se llega a tal grado de consumo que se ocasionan daños irreversibles a los tejidos de órganos tales como el cerebro y el hígado.

El alcohol no sólo va a atacar al hígado sino también causa enfermedades tales como arritmias cardíacas, úlceras, gastritis, problemas circulatorios y llega a extremos como el cáncer.

**BARBITURICOS:** También llamados tranquilizantes pueden crear una dependencia grave. Su efecto es sedativo -- hipnótico y se obtiene a partir de derivados del ácido barbitúrico; empezaron a aparecer a finales del siglo XIX.

La dependencia se puede desarrollar de varias formas: por ingestión diaria en cantidades grandes, mezclando la droga con alcohol, mezclando la droga con heroína, etc.

Su uso excesivo puede llevar a una sobredosis accidental. Los barbitúricos son las drogas más utilizadas en los casos de suicidio.

En el síndrome de abstinencia de los barbitúricos el signo más característico es el insomnio acompañado de quejas de debilidad, ansiedad, sudoración y temblores que aparecen al cabo de 24 horas de la última dosis de droga. Físicamente es probable que aparezcan síntomas de hipotensión postural, contracciones musculares, vómito, aumento de temperatura y conducta psicótica con alucinaciones, delirio y un gran temor muy similares a los que ocurren con el delirium tremens. Las convulsiones surgen a partir de las 15 horas de suspensión de dosis. Todos estos síntomas de supresión rara vez duran más de una semana. (11)

ANFETAMINAS.- Estas drogas fueron utilizadas como estimulantes durante la segunda guerra mundial. Al finalizar la guerra en Japón se pusieron en venta toneladas de anfetaminas almacenadas, lo que ocasionó que su uso se exhascerbara. Pueden tomarse por vía oral o intravenosa. Surgieron de manera comercial como inhaladores nasales por

que producen constricción de los vasos sanguíneos y alivian las vías respiratorias pero el público pronto descubrió sus efectos estimulantes.

Un adicto con dependencia grave a las anfetaminas puede permanecer despierto hasta 6 o más días, aumentando durante ese período y de manera progresiva la tensión y los temblores y la conducta paranoide.

La inyección de anfetaminas origina un aumento masivo de la presión sanguínea que puede provocar un fallo cardíaco o una hemorragia cerebral. Hay evidencias de que a largo plazo origina serias lesiones cerebrales.

Sus efectos clínicos pueden llegar hasta una psicosis aguda y la tolerancia varía según las personas que las consuman. Los signos físicos incluyen taquicardia, hipertensión y midriasis. El paciente siente un estado de estimulación seguido de un sentimiento de abandono y depresión. La dependencia psicológica de esta droga supera a la física. La tolerancia de esta droga va acompañada de sensaciones de temor, tensión, insomnio y anorexia. (12)

**CANNABIS.**- La Cannabis sativa es una planta de donde se obtiene una de las drogas más populares en el mercado actualmente, esta droga es la marihuana.

El proceso se lleva a cabo poniendo a secar las hojas de esta planta, en seguida se reducen a polvo. Usualmente esta droga se fuma pero también puede masticarse y hervirse en infusión o cocinarse en la masa de un pastel.

El hashish se produce por desecación de la resina de cannabis y es un preparado más fuerte.

Hasta el momento no se han comprobado efectos clínicos más graves de una dependencia.

Los que llegan a utilizarla experimentan desorientación, alucinaciones y pérdida de sensación del tiempo -- junto con euforia durante dos a cuatro horas. Explorándoles físicamente se detecta embotamiento, temblores, cierta ataxia y nistagmo. Las sobredosis se asocian a un estado de ánimo depresivo, experiencias psicóticas, taquicardia, diarrea, vómito y sudoración grave. La depresión psicológica en este caso es también mayor que la dependencia física. (13)

COCAINA.- Es un estimulante que se presenta en forma natural. En 1860 fue primeramente utilizada a grandes escalas por Albert Nieman quien la popularizó en la profesión médica y la medicina de patente. La cocaína es un polvo de color blanco. Puede consumirse de manera inhala-

da o por vía intravenosa.

Son la dependencia psicológica y la poca tolerancia el mayor peligro de esta droga.

Sus efectos clínicos comprenden desde nerviosismo, temblor y temores, hasta taquicardia, hipertensión, midriasis y marcas de agujas en las venas.

A grandes dosis el paciente puede presentar una -- psicosis tóxica con alucinaciones visuales y táctiles, además de ideas delirantes de tipo paranoide y un estado violento en el paciente.

ALUCINOGENOS.- Son las también llamadas drogas - - "psicodélicas". Este término fue acuñado por el Dr. Hym--prey Osmond para referirse a las drogas que inducen a la--mente a experiencias extáticas y místicas, sensaciones de--finidas de estar soñando y en ocasiones episodios alucina--torios.

Esta droga puede ser de origen natural (mezcalina--o psilocibiná) o pueden producirse de manera sintética (c<sub>o</sub>mo el LSD).

El LSD fue obtenido mediante un proceso químico de

síntesis por el médico suizo Albert Hoffman en 1953.

La mezcalina se extrajo de un cactus llamado peyote, originario de México y América Central y la Psilocybin es una seta (hongo) de origen mexicano llamado Psilocybe mexicana.

Las reacciones que trae el consumo de LSD son tales como: dilatación pupilar, hipertensión, aumento de temperatura corporal, náuseas, debilidad, vértigos, cambios en la imagen del cuerpo, sensaciones de estar soñando, descenso de la eficiencia intelectual, cambios en la percepción del tiempo, cambios en la experiencia sensorial, cambios en los estados emocionales.

Las secuelas más importantes son las alteraciones cromosómicas por su consumo y las reacciones psicóticas de tipo flashback (regreso de los síntomas sin previo aviso).

OPIACEOS.- El término opioide u opiáceo se refiere a cualquier compuesto natural o sintético con propiedades parecidas a la morfina.

El opio se prepara a partir de la cápsula de la semilla de la adormidera Papaver somniferum. De los derivados del opio las drogas que más se consumen son la morfina

codeína y heroína. Los efectos de estas drogas están estrechamente relacionados con sus efectos en el sistema nervioso central con síntomas tales como náuseas, vértigos, - obnubilación mental, euforia tanto positiva como negativa, enrojecimiento y prurito cutáneo, aumento de la potencia sexual más no del deseo sexual, constricción pupilar, retardo de frecuencias cardíacas y respiratorias, hipotermia durante el fenómeno de abstinencia se observan rinorrea, - lagrimeo, dilatación pupilar, sudoración, piloerección, dolores musculares y clambres abdominales, vómitos, diarrea, hipertensión, insomnio, anorexia, agitación, pérdida de peso e hiperglucemia leve. Este síndrome rara vez es mortal pero una sobredosis de opiáceos sí lo es.

DISOLVENTES VOLATILES.- Estos compuestos son de -- origen sintético como el resistol o la cola, el cemento o el thinner, (todos se inhalan).

Se experimentan sensaciones de alegría, euforia y excitación seguidas de ataxia y lenguaje farfullante. Los síntomas asociados son náuseas, pérdida de peso, irritabilidad, falta de atención, y pérdida brusca de la conciencia.

En estos casos la dependencia psicológica es más - grave que la física y dada la constante adulteración de --



productos comerciales los efectos más graves son mutaciones cromosómicas y lesiones cerebrales.

TABACO.- Proviene de una planta originaria de América. Su efecto no llega a tal grado de ocasionar enfermedades mentales pero sí pueden llegar a acarrear dependencia psicológica. Sus efectos clínicos se deben a una serie de gases tóxicos (nicotina, alquitrán y monóxido de carbono) que se consumen al fumar tabaco dando como consecuencia desde graves problemas respiratorios hasta un cáncer pulmonar. Su uso en la actualidad es legal.

TABLA 1.1.  
EFECTOS CLINICOS DEL ALCOHOLISMO

APARATO DIGESTIVO:

- Distención abdominal.
- Dolor epigástrico.
- Úlcera.
- Gastritis.
- Hepatomegalia.
- Hepatitis alcohólica.
- Cirrosis.
- Pancreatitis.

SISTEMA NERVIOSO:

- Intoxicación alcohólica (embriaguez, coma, excitación -- nerviosa).
- Síndrome de abstinencia (temblor, alucinaciones, delirium tremens).

ENFERMEDADES NUTRICIONALES DEL SISTEMA NERVIOSO:

- A. Síndrome de Wernicke/Korsakoff.
- B. Polineuropatía.
- C. Neuropatía óptica.
- D. Pelagra.

ENFERMEDADES DE PATOGENESIS INCIERTA ASOCIADAS AL ALCOHOLISMO:

- A. Degeneración cerebral.
- B. Enfermedad de Marchiafava/Bignami.
- C. Mielinólisis Central.
- D. Atrofia cerebral.
- E. Cardiomiopatía "alcohólica".
- F. Síndrome alcohólico fetal.

DESORDENES NEUROLÓGICOS PRODUCIDOS POR CIRROSIS DE LAENNEC Y FISTULAS PORTOSISTEMICAS:

- A. Estupor hepático y coma.
- B. Degeneración hepatocerebral crónica.

FUENTE: Revista Información Científica y Tecnológica.

## 2.3. FARMACODEPENDENCIA

### 2.3.1. DEFINICION

Es la necesidad reiterada tanto física como -- psicológica de consumir una droga de manera habitual a pesar de sus consecuencias.

### 2.3.2. EL DESM III Y LAS ENTIDADES NOSOLOGICAS RELACIONADAS CON LA DROGA.

En este apartado cabe señalar que sólo se enlistarán aquellas entidades nosológicas que son útiles -- para los criterios que manejará el programa terapéutico -- que esta tesis propone, con ésto quiero decir que aparecerán únicamente aquellas entidades que dentro de sus criterios diagnósticos no incluyan lesiones cerebrales, y estas dps psicóticos.

Trastornos por uso de sustancias:

- 305.4x Abuso de barbitúricos, sedantes o hipnóticos de acción similar.
- 304.1x Dependencia de barbitúricos, sedantes e hipnóticos de acción similar.
- 305.5x Abuso de opiáceos.
- 304.0x Dependencia de opiáceos.
- 305.6x Abuso de cocaína.
- 305.7x Abuso de anfetaminas o simpático miméticas de acción similar.

- 304.4x Dependencia de anfetaminas o simpático miméticas de acción similar.
- 305.9x Abuso de feniciclidina (OCO) o arilciclohexilaminas de acción similar.
- 305.3x Abuso de alucinógenos.
- 305.2x Dependencia de cannabis.
- 305.1x Dependencia del tabaco.
- 305.9x Abuso de otras sustancias tóxicas, mixtas sin especificar.
- 304.6x Dependencia de otras sustancias específicas.
- 304.9x Dependencia de sustancias tóxicas sin especificar.
- 304.7x Dependencia de una combinación de opiáceos y otras sustancias tóxicas no alcohólicas.
- 304.8x Dependencia de una combinación de sustancias tóxicas excluyendo los opiáceos y el alcohol.

## 2.4. ALCOHOLISMO

### 2.4.1. DEFINICION

Es un estado patológico en el cual, la persona consume alcohol en tal cantidad que va en detrimento o daño de su salud, funciones sociales y laborales, y ó cuando la ingesta de alcohol constituye un requisito indispensable para que la persona "funcione".

#### 2.4.2. EL DSM III Y LAS ENTIDADES NOSOLOGICAS RELACIONADAS CON EL ALCOHOL.

Como ya se mencionó en el punto 1.3.2. únicamente se tomará en cuenta en este apartado a aquellas entidades que no reunan el criterio de lesión cerebral. Y aquellas entidades que sean trastornos mentales orgánicos se tomarán a consideración por el profesionista que aplique este programa tomando en cuenta los requisitos que exige este programa para su desarrollo.

305.0x Abuso de alcohol.

303.00 Intoxicación alcohólica.

291.40 Intoxicación alcohólica idiosincrática.

291.80 Abstinencia alcohólica.

291.00 Delirium por abstinencia alcohólica.

291.30 Alucinosis alcohólica.

291.10 Trastorno amnésico alcohólico.

## CITAS CAPITULO 2

1. DORSCH, Friedrich. Diccionario de Psicología. Primera -- Edición; Barcelona, España; Editorial Herder, 1985, pág. 13.
2. BALSEGA, Eduardo., et al. Las drogas. Sociología, Leyes Medicina y Farmacología. Bilbao, España: Ediciones Mensajero, 1974. p. 25.
3. HODGSON, Ray y Miller, Pete. La Mente Drogada. Como liberarse de las dependencias. Madrid, España: Editorial Debate, 1984, p. 160.
4. Ibid. p. 163.
5. Ibidem
6. Ibidem,
7. HODGSON, Ray y Miller, Pete. La Mente Drogada. Como liberarse de las dependencias. Madrid, España: Editorial Debate, 1984. p. 167.
8. BALSEGA, Eduardo., et al. Las Drogas. Sociología, Leyes, Medicina y Farmacología. Bilbao, España: Ediciones Mensajero, 1974. p. 37.
9. Ibid. p. 48.
10. HODGSON, Ray y Miller, Pete. La Mente Drogada. Como liberarse de las dependencias. Madrid, España: Editorial Debate, 1984. p. 160.
11. FREEDMAN, Alfred. M., et al. Compendio de Psiquiatría.- Barcelona: Editorial Salvat, 1983. p. 423.

12. Ibid. p. 427.

13. Ibid. p. 425.



## CAPITULO 3

## 3.1. PSICOTERAPIA

## 3.1.1. DEFINICION

Existen definiciones diversas, unas más completas que otras y cada una abarcando su propio enfoque de la terapéutica en Psicología. Como por ejemplo las siguientes definiciones:

"Tratamiento de las enfermedades psíquicas o de los trastornos fisiológicos de origen psíquico mediante métodos psicológicos".(1)

"Aplicación metódica de recursos de tipo psicológico en el tratamiento de trastornos mentales y somáticos".(2)

Para los fines de esta tesis se ha considerado que la siguiente definición es la que resulta más adecuada para trabajar:

## DEFINICION DE PSICOTERAPIA

"Forma de tratamiento de las enfermedades psíquicas y trastornos de la conducta en la cual una persona con la formación necesaria establece una relación profesional con el paciente e intenta mediante una técnica terapéutica, aliviar el trastorno emocional, invertir o modificar las pau-

tas de conducta maladaptativa y fomentar el crecimiento y - el desarrollo de la personalidad". (3)

### 3.1.2. MODALIDADES

Como modalidades se debe entender las distintas clasificaciones a las que se ven sometidas los diferentes tipos de psicoterapia.

Los numerosos métodos psicoterapéuticos pueden clasificarse según a las personas a las que va dirigida, según los objetivos, según los medios utilizados, según la organización y por último según la corriente psicológica que se sigue. Las clasificaciones aparecen a continuación:

#### I. SEGUN A LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICA:

1. Directa (aplicada al paciente).
2. Indirecta (aplicada a las personas que conviven con el enfermo).

#### II. CLASIFICACION SEGUN LOS OBJETIVOS

1. Sintomática: para combatir los síntomas prescindiendo de las causas.
2. Causal: en la que no se actúa directamente sobre los síntomas, sino que se aspira a suprimirlos descubriendo los factores causales y eliminándolos.

## III. SEGUN LOS MEDIOS UTILIZADOS

1. Métodos de sugestión: que se proponen descubrir el conflicto causal y suprimir los efectos perturbadores.
  - a) Sugestión del individuo despierto.
  - b) Autosugestión (Caué).
  - c) Hipnosis.
  - d) Persuasión (Dubois).
2. Métodos de entrenamiento, que procuran dar mayor -- firmeza a la voluntad y se proponen obtener la salud psíquica mediante ejercicios corporales.
  - a) Terapéutica respiratoria.
  - b) Entrenamiento autógeno (Schultz).
  - c) Entrenamiento de la voluntad (Oppenheim).
  - d) Terapéutica por el trabajo.
3. Métodos de Psicología profunda que aspiran a descubrir y eliminar los conflictos que originan la enfermedad.
  - a) Método hipnoanalítico (Método catártico de Breuer)
  - b) Método psicoanalítico (Freud).
  - c) Método narcoanalítico (Horsley).
  - d) Método de la Psicología individual (Adler)
  - e) Método anagógico (Jung).
  - f) Método psicagógico (con objetivos secundarios pedagógicos)
  - g) Logoterapia (Frankl) / Psicoterapia no directiva.

#### IV. SEGUN LA ORGANIZACION

1. Psicoterapia individual.
2. Psicoterapia de parejas.
3. Psicoterapia de grupos.
4. Psicoterapia de familias.
5. Community Therapy (Terapia de comunidad)<sup>(4)</sup>

Como ya se mencionó anteriormente existe también diferentes tipos de psicoterapia de acuerdo a la orientación o escuela que se siga y éstas puede ser por ejemplo:

1. Psicoterapia breve.
2. Psicoterapia de diálogo.
3. Psicoterapia directiva.
4. Psicoterapia infantil.
5. Psicoterapia no directiva.
6. Psicoterapia racional emotiva.
7. Psicodrama.
8. Psicoterapia conductista.
9. Psicoterapia analítica de grupo.
10. Psicoterapia de apoyo.
11. Psicoterapia de grupo de intervención crítica.
12. Psicoterapia de grupo interaccional estructurada.
13. Psicoterapia de grupo psicoanalítica (Wolf).
14. Psicoterapia de grupo represiva/inspiracional.
15. Psicoterapia existencial.
16. Psicoterapia reestructuradora.

### 3.1.3. GRUPOS DE ENCUENTRO

Son varios los nombres que se les asignan a estos -- grupos como: los nuevos grupos, grupos de encuentro, nuevas terapias de grupo, grupos de sensitivación, grupos de concientización humana, grupos Synanon, grupos de crecimiento personal, grupos de concientización sensorial, etc.

A partir de la década de los 60's ha existido un -- enorme crecimiento en el desarrollo de otras técnicas. Algunas no se ocupan del todo de la terapia del paciente como tal, sino del desarrollo de sensibilidad, experiencia, crecimiento personal y expansión mental.

El movimiento de encuentro, haciendo mención a una -- tendencia en psicoterapia, se basa en conceptos acerca de -- la naturaleza del hombre y del proceso psicoterapéutico, de rivados esencialmente de orientaciones existencialistas y -- culturalistas en psicoterapia y persigue como meta lograr -- el desarrollo emocional pleno del hombre, el cual no ha podido alcanzar debido a obstaculizaciones sociales y cultura les.

Las técnicas utilizadas en los grupos de encuentro -- son las comúnmente llamadas dinámicas grupales. Estas técnicas tienen como única limitación la creatividad, la espon taneidad y la imaginación del líder de cada grupo.

En el campo de las dinámicas de grupo, se desarrollaron durante la década de los 40's laboratorios de entrenamiento que se llevaban a cabo por medio de diversas sesiones en las que se analizaban los problemas que los miembros del grupo tenían. En la década de los 50's se hizo hincapié en las posibilidades de lograr cambios en la personalidad de los participantes usando la experiencia de grupo. En las sesiones de grupo se fueron dando hechos como fuertes catarsis emocionales y los pacientes expresaban una sensación de bienestar después de estas catarsis. Así se empezaron a diseñar diversos "ejercicios" para lograr esas experiencias en el lapso más corto posible.

Es en California en donde estas técnicas empiezan a utilizarse abiertamente con fines psicoterapéuticos en la década de los 60's.

El grupo de encuentro confronta al individuo con los juegos que la sociedad le ha enseñado, le muestra los estragos que ha causado en él, y en un ambiente de apoyo y aceptación lo insta a desenmascarse, a ser honesto y a ponerse en contacto con su verdadero ser, siguiendo el ejemplo del terapeuta quien también está dispuesto a compartir sus experiencias con el grupo. La relación entre los miembros del líder es honesta, abierta y profunda, que contrasta con las relaciones poco sinceras, encubiertas y superficiales -

del hombre moderno. La meta de los movimientos de encuentro es la de ayudar a los participantes del grupo a ser auténticos, a encontrarse a sí mismos, aprender a relacionarse verdaderamente con los demás y a realizar su máximo potencial de crecimiento.

### 3.2. DINAMICAS Y TECNICAS TERAPEUTICAS

#### 3.2.1. VIVENCIALES

Estas técnicas son comúnmente utilizadas en grupos de encuentro. En esta última década, el juego, como vehículo didáctico y terapéutico ha adquirido una importancia capital en el proceso de enseñanza-aprendizaje de niños jóvenes y adultos ya que su objetivo prioritario es el de proporcionar y propiciar conocimientos, habilidades y actitudes.

La dinámica vivencial, también llamada experiencia estructurada, es una de las manifestaciones más acabadas en las que suele expresarse el juego en la formación, ésta es más que una técnica terapéutica operativa, se requiere de una sensibilidad especial para que estas vivencias lleguen a buen término.

Las dinámicas vivenciales se proponen propiciar; la mayor ayuda hacia el interior del conjunto humano en aras de la propia formación de sus integrantes y buscar marcas,

pautas o modelos de comportamiento a fin de hacer de una -- respuesta una conducta permanente.

### 3.2.2. VENTAJAS Y DESVENTAJAS

VENTAJAS.- Es importante mencionar el porque se hace referencia en este capítulo a las ventajas y desventajas de este tipo de dinámicas en particular. Esta técnica terapéutica ha sido elegida para formar parte del programa que más adelante se expone. Por lo tanto este apartado señalará claramente las justificaciones para el uso de estas técnicas.

Son tres las ventajas más importantes a mencionar y éstas son:

1. Su accesibilidad y fácil realización en grupos terapéuticos heterogéneos (en edad, nivel socioeconómico y cultural, etc.).
2. El corto periodo de tiempo en que se pueden llevar a cabo.
3. Reduce la presión de una terapia psicológica lo que permite una mayor expresión de los participantes en la dinámica. En pocas palabras facilita la catarsis.

Otras ventajas menos importantes son la flexibilidad para adaptarse a un grupo que puede ser variable tanto en la cantidad como en la calidad de los miembros, permite un-



fácil control de un grupo difícil al ser directivo, su costo es relativamente bajo.

**DESVENTAJAS:** La desventaja más importante a mencionar parte de un requisito para estas dinámicas: Se necesita de un terapeuta capaz y con los recursos suficientes como para lograr obtener el máximo de resultados del grupo.

Otra de las desventajas es la dificultad en caso de que el terapeuta no se encuentre bien preparado de mantener el interés y la motivación constantes a lo largo de las sesiones que abarque el programa terapéutico.

### 3.3. ESTUDIOS PREVIOS EN PSICOTERAPIA CON PACIENTES ADICTOS

En un estudio realizado en pacientes adictos a las benzodiazepinas se desarrolló una psicoterapia grupal manejando técnicas de manejo de la ansiedad. El resultado de este estudio piloto mostró que el 50% de estos sujetos fue capaz de discontinuar su adicción aún después de varias recaídas. La experiencia de los pacientes la describen como un proceso de aprendizaje para vivir con sus fallas y virtudes y -- aprendieron que el compartir sus problemas con otras personas y el aprender a cambiar sus pensamientos y actitudes -- eran los componentes más útiles en el manejo de la ansiedad durante el período de desintoxicación (abstinencia).<sup>(5)</sup>

Otro estudio fue realizado con pacientes principalmente alcohólicos en donde el equipo terapéutico daba información comprensible y orientación sobre el programa de los 12 pasos (AA) y discutiéndolo por temas en grupos durante un periodo de tres semanas el equipo encontró con que los pacientes aceptaban más fácilmente la ayuda terapéutica que proporcionaba este grupo (AA). Esto resultó crucial al observar en los pacientes un periodo de sobriedad continua y bajo índice de recaídas. (6)

En un artículo recogido de una revista médica se señalan las ventajas y limitaciones de utilizar en el tratamiento de pacientes adictos a la cocaína métodos puramente clínicos sin incluir los psicológicos y valorar distintos puntos para el tratamiento posthospitalario como: prevención de recaídas, grupos de recuperación, la influencia familiar, los medicamentos recetados, etc. (7)

En otro artículo mencionado se discute sobre el uso de la Psicología en el tratamiento de pacientes adictos. Se define aquí la psicoterapia en términos de la gran cantidad de maneras en que un profesional (cualquiera puede ayudar en la recuperación de un adicto. No lo califican como una función específica del psicólogo). (8)

En un estudio realizado en los Estados Unidos en oc-

tubre de 1986 se analizan las similitudes y diferencias que presentan tanto pacientes alcohólicos como farmacodependientes que pudieran afectar o mejorar un tratamiento combinado en una psicoterapia grupal. Se encontró que tanto los pacientes como los terapeutas se enfrentan a varios problemas pero también con un amplio horizonte de posibilidades para trabajar con un grupo terapéutico tan heterogeneo. Se hace notar que el contacto diario de alcohólicos mayores y más maduros y con mayor experiencia ofrece a los adictos más jóvenes la oportunidad para el desarrollo más efectivo de motivación, cooperación en el tratamiento y madurez emocional que puede ser muy positivo para la comunidad terapéutica. -

(9)

## CITAS CAPITULO 3

1. DORSCH, Friedrich. Diccionario de Psicología. Primera edición: Barcelona, España: Editorial Herder, 1985. p. 664.
2. MERANI, Alberto, L. Diccionario de Psicología. Tercera Edición: México, D.F. Editorial Grijalbo, 1986. p. 136.
3. FREEDMAN, Alfred, M. et al. Compendio de Psiquiatría. - Barcelona, España: Editorial Salvat, 1983. p. 853.
4. DORSCH, Friedrich. Diccionario de Psicología. Primera edición; Barcelona, España: Editorial Herder, 1985. p. 666.
5. CROUCH, G., et al. Benzodiazepine dependent patients and their psychological treatment. P. 503/10. Prog. Neuropsychofarmacol Biol Psychiatry. 1988.
6. WALLIN, M.C., et al. Utilization of 12 steps theme groups in a short term chemical dependence treatment unit. P. 287/90, J. Psychoactive Drugs. 1987, Jul/Sep.
7. WASHINGTON. Structure outpatient treatment of cocaine abuse. P. 143/57. Adv. Alcoholic Substance Abuse. 1986. Winter.
8. SWEBEN, J.E. Recovery Oriented Psychotherapy. P. 255/62.- Journal Substance Abuse treatment. 1986.
9. GLATT, M. Similarities and differences in the therapy of drug dependent and alcoholic patients: advantages and disadvantages of combined treatment. P. 642/6. October-1986.

## CAPITULO 4

## 4.1. CAUSAS Y EFECTOS DE LAS ADICCIONES

## 4.1.1. FACTORES SOCIOCULTURALES.

Se ha hablado a lo largo de la historia de diversos factores que predisponen a las adicciones. En la actualidad nos encontramos en medios diversos (hospitales, escuelas, etc.) con que gran incidencia de adictos provenientes de medios socioeconómicos deteriorados, de zonas desposeídas de grandes urbes así como de zonas rurales donde se cultive la droga. Está claro, que ésto no significa que en -- las clases sociales altas no se de la farmacodependencia o el alcoholismo sino que se dan a menor escala o son tratadas adecuadamente por profesionales, en cambio en las zonas más pobres las conductas psicopáticas son más comunes y la conciencia de enfermedad es menor.

Otro factor de importancia es la presión que ejerce el grupo social en el consumo de la droga. Es alto el número de personas que lamentablemente fueron impulsadas a probar la droga a través de la identificación con un grupo social con consumo frecuentes de drogas.

La fácil accesibilidad de la droga en la actualidad hace de este factor un punto de gran importancia. Es pues válido mencionar que mientras exista droga en el mercado ha

brá clientes que las adquieran y por ende que las consuman.

#### 4.1.2. FACTORES CONDICIONANTES.

Existe una hipótesis de condicionamiento en donde se explica que la dependencia de la droga se desarrolla en varias fases: en la primera fase, el sujeto obtiene alivio de las tensiones diarias, molestias o síntomas previos de supresión. De esta manera el hábito es reforzado con cada "alivio" que produce la droga. A medida que se desarrolla la dependencia física la eficacia de las drogas para reducir tensiones y molestias disminuye. La dependencia es entonces reforzada cuando la ingesta de droga no es adecuada y por lo tanto los períodos de malestar y tensión aumentan.

Cuando el paciente deja de consumir la droga y se encuentra en un período de abstinencia condicionada es frecuente encontrar desequilibrio fisiológico por falta de la droga. Es aquí cuando pueden precipitarse los síntomas de supresión por estímulos psicológicos, por ejemplo volver a la zona donde se consumía droga o asociarse de nuevo con adictos activos.

#### 4.1.3. FACTORES DE PERSONALIDAD

Se ha descrito por los psicoanalistas la conducta de los adictos como una regresión y fijación en nive-

les pregenitales del desarrollo psicosexual.

Otro punto que se ha señalado es la dependencia pasiva formando parte de una personalidad pasivo/agresiva.

Otros han expuesto las drogas como un medio para que los individuos altamente neuróticos manejen el stress.

En general es difícil enumerar un factor que resulte válido para todos los adictos ya que son muchas y muy variadas las causas que llevan a una persona a convertirse en un adicto. Estos factores antes mencionados nos sirven sólo - como referencia para encontrar el verdadero factor psicodinámico de cada adicto ya que son siempre diferentes aunque guarden cierta similitud.

#### 4.1.4. EFECTOS CLINICOS DE LAS ADICCIONES

En el capítulo dos se definen de manera más - extensa los efectos clínicos de cada droga clasificada por la OMS. Por lo tanto la mención que se hace en este apartado es de una manera general enunciando los principales y - más peligrosos efectos de las drogas:

1. Muerte por sobredosificación.
2. Afecciones graves al hígado.
3. Lesiones cerebrales.
4. Alteraciones cromosómicas.

5. S.I.D.A.
6. Tendencias suicidas.
7. Psicosis.
8. Crisis convulsivas.
9. Afecciones pulmonares graves.
10. Inducción a probar narcóticos más fuertes.

#### 4.1.5. EFECTOS PSICOLOGICOS

Las adicciones llevan por caminos muy variados pero generalmente llegan a un punto común: la autodevaluación.

Inicialmente ingeridas las drogas en busca de seguridad e identidad llevan al individuo a perder toda noción de su propia personalidad.

Es común que las personas que consumen drogas lo lleguen a hacer a la par del desarrollo de un claro cuadro sociopático, y estas mismas drogas hacen que se exacerben las conductas fuera de la ley.

El abandono de la propia persona y el daño a los que les rodean crean un fuerte complejo de culpa capaz de crear fuertes conflictos neuróticos. Las alucinaciones y delirios son frecuentes cuando los grados de intoxicación (especialmente con alcohol y alucinógenos) son altos.





TABLA 4.1.

## PROBLEMAS MAS FRECUENTEMENTE REPORTADOS RELACIONADOS CON ALCOHOLISMO

- Problema de salud 19%

- Señales de abuso 16%

(El beber interfirió con sus actividades, o dejó de comer por estar bebiendo).

- Síntomas de abstinencia 15%

- Problemas financieros 14%

- Problemas con el trabajo 11%

- Dificultad para controlar el alcohol 9%

- Violencia 9%.

FUENTE: Instituto Mexicano de Psiquiatría.

## 4.2. GRUPOS DE AUTOAYUDA

Durante la última década se han desarrollado en México una serie de programas de autoayuda, generalmente son de -- origen particular. Estos programas establecen una residencia en grupos en la que los adictos participan directamente en una psicoterapia de grupo, grupos de discusión y psicoterapia individual, dirigida o administrada principalmente -- por exadictos, en un ambiente de gran fervor para mantener un estado libre de la droga. La dirección o participación profesional puede ser restringida o rechazada completamente. Entre los programas más conocidos a nivel internacional se encuentra Alcohólicos Anónimos, en los Estados Unidos fun--

cionan el Synamon, Narcotics Anonymous, Daytop Village, Gateway House, etc., que actúan principalmente en zonas metropolitanas. En México funcionan los Centros de Integración Juvenil y otros grupos a nivel de instituciones médicas privadas y del estado en el ramo de la psiquiatría.

A continuación se describen brevemente los grupos -- más conocidos en México:

ALCOHOLICOS ANONIMOS (AA).- Es una agrupación mundial a la que llaman "Fraternidad" donde hombres y mujeres se ayudan mutuamente para mantenerse sobrios y a compartir su experiencia de la recuperación con otros. Este grupo -- trabaja específicamente con: personas alcohólicas adultas, el programa que sugiere AA consiste básicamente en los "Doce Pasos" hechos para la recuperación personal del alcoholismo.

En este grupo varios cientos de miles de personas -- han alcanzado la sobriedad, pero se reconoce que este programa (AA) no puede ser válido para todas las personas que lo intenten, ya que muchas personas requieren de asesoramiento profesional además de la asistencia al grupo. Este organismo realiza obras conjuntas con instituciones médicas laborando también aunque de manera independiente en hospitales tanto generales como psiquiátricos.

AL ANON.- Este grupo fue fundado por los familiares de los alcohólicos que habfan conseguido la sobriedad en Alcohólicos Anónimos. Está destinado a orientar a los familiares más cercanos del alcohólico sobre esta enfermedad.

El grupo Alanon es un grupo anónimo al igual que AA. Se mantiene de las contribuciones voluntarias de sus miembros, su finalidad es principalmente dar consuelo y ayuda a los familiares del alcohólico(a).

ALATEEN.- Es una hermandad de miembros jóvenes de -- Alanon, por lo común adolescentes cuya vida ha sido afectada por la bebida de otra persona. Los objetivos que persigue son reunir a los jóvenes para hablar de las dificultades de cada miembro, aprender formas eficaces de afrontar los problemas, darse ánimo mutuamente, ayudarse entre sí a comprender los principios del grupo. Todos los grupos de Alateen necesitan un miembro de Alanon activo y adulto para que sirva de padrino. El padrino forma parte activa del -- grupo guiando y compartiendo el conocimiento de los "Doce Pasos".

CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL.- Se fundó en 1970. Es una institución dedicada a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la farmacodependencia. Está ubicada en el Subsector Asistencia Social del Sector Salud como un or-

ganismo de interés social colectivo. Cuenta actualmente -- con 32 unidades operativas en el país, una en cada estado.

El CIJ define el abuso de drogas como una enfermedad por el impacto que causa en la salud del individuo y como un problema social tanto respecto de sus orígenes como por sus resultados. CIJ ofrece atención curativa especializada tanto en consulta externa como en servicios de internamiento en los casos que lo ameritan. El objetivo del tratamiento es que el paciente abandone por completo el uso de drogas, mediante el análisis y el conocimiento de las causas y factores que lo llevaron a buscar en las drogas los satisfactores que no encontró en la realidad. Se pretende lograr el bienestar integral del sujeto estudiando el complejo individuo/familia/comunidad.

#### 4.3. PROGRAMAS NACIONALES DE ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDENCIA.

##### 4.3.1. ANTECEDENTES Y PROGRAMA DE ALCOHOLISMO

La Secretaría reconoce al alcoholismo como un asunto de las más alta prioridad. Se dice que para entender y resolver el problema del alcoholismo es necesario tener en cuenta dos características (esto es también válido para la farmacodependencia).

1. El aumento de la disponibilidad de las bebidas alcohólicas incrementa el número de bebedores con los problemas-

consiguientes.

2. La relación de los problemas generados por el alcoholismo con los derivados del abuso ocasional del alcohol, -- causa común de los accidentes o episodios de conducta antisocial. (1)

Hay que reconocer también que la disponibilidad de bebidas alcohólicas se debe en la mayoría de los casos a -- los factores de oferta y de demanda en el mercado, ya que esta industria constituye un poderoso factor económico en el país y sobre su regulación han pesado más los criterios económicos que los de salud.

En México entre el 1% y 6% de la población consume alcohol siendo los estados de Hidalgo y Tlaxcala los lugares en los que más alcohol se consume y donde existe la mayor tasa de mortalidad por cirrosis hepática. Sin embargo existen estados como Quintana Roo cuyo consumo per cápita es bajo. (2)

En estos patrones intervienen las normas y actitudes de las distintas regiones de México, por ejemplo, en muchas partes se considera que el consumo excesivo y hasta la embriaguez ocasional son conductas apropiadas para el sexo masculino. Aún observando estas comparaciones una cosa es muy cierta y es que la mayoría de actos de violencia y acci

dentes que ocurren tienen una correlación directa con el -- consumo de alcohol. (3)

El programa que el presente gobierno ha puesto en -- marcha se encuentra a cargo del Instituto Mexicano de Psi-- quiatría. Este organismo se encarga de la elaboración de - proyectos y formulación de los programas con la participa-- ción de los sectores público, social y privado.

Los programas fueron concebidos a partir del modelo- de la infectología clásica que permite derivar acciones que intervienen en las diversas manifestaciones de estos proble-- mas: 1) el agente o factores relacionados con la oferta o - la disponibilidad, 2) el huésped, usuario o factores rela-- cionados con la demanda, y 3) el ambiente, incluyendo las - consecuencias sociales de estos hábitos y los valores y ac-- titudes relacionados con ellos. Las medidas se orientan a - la prevención primaria, secundaria y terciaria. (4)

#### 4.3.2. ANTECEDENTES Y PROGRAMA DE FARMACODEPENDENCIA

Al momento, en México el abuso de las sustan-- cias psicoactivas no ha alcanzado aún las dimensiones del - alcoholismo, pero constituye al igual un punto de prioridad en el sector salud principalmente en lo que respecta al uso de disolventes e inhalantes ya que se sabe que cuando su -- uso alcanza dimensiones epidémicas su control es práctica-

mente imposible, de aquí que este problema sea una prioridad del sector salud.

La tendencia de consumo es mayor en los jóvenes estudiantes, siendo el grupo de mayor riesgo los menores de edad. Las regiones que tienen un consumo mayor a la medida nacional son el estado de Guerrero, Baja California, Sonora y Sinaloa. (5)

En 1984 los Centros de Integración Juvenil se atendieron a 3,123 usuarios; y en un sólo mes se identificaron 608 casos en diversas unidades de atención de salud. (6)

Esto llevó a la creación de la Comisión Interna Contra las Adicciones, creada en 1985, que tiene como objetivo el coordinar la realización de los programas nacionales en lo que respecta a la farmacodependencia. Esta comisión está integrada por 13 direcciones generales de la SSA, el Consejo de Salubridad General y tres de los Institutos Nacionales de Salud; el Mexicano de Psiquiatría, el de la Nutrición y el de Enfermedades Respiratorias.

Entre los principales puntos a resolver por este programa está la regulación de venta o expendio de cualquier droga a menores de edad, la regulación de la prestación de servicios a los pacientes adictos, la creación de centros -



de información y documentación en alcoholismo y farmacodependencia, etc.

#### 4.3.3. PERSPECTIVAS

El progreso futuro de estos programas depende de que se consolide lo iniciado y se formalicen ciertas tareas de gran potencialidad entre las que destaca:

1. Sistematizar el registro de usuarios, con la cédula única del abuso de sustancias psicotrópicas en el área institucional.
2. A través de la encuesta nacional de salud conocer el predominio de fumadores reales y la repercusión social del consumo de bebidas alcohólicas.
3. Mejorar los sistemas de registro en grupos y regiones de alto riesgo.
4. Reforzar las campañas de educación de la población, especialmente las dirigidas a la población estudiantil, padres y maestros.
5. Procurar la participación de unidades de primer nivel de atención para prestar tratamiento temprano y oportuno a los individuos de riesgo. (7)

## CITAS CAPITULO 4

1. SOBERON, Guillermo, et al. La Salud en México. Testimonios 1988. Tomo II. Problemas y Programas de Salud. México: Fondo de Cultura Económica, 1988 p. 174.
2. Ibid. p. 173.
3. Ibidem.p. 175.
5. Ibidem. p. 176
6. Ibidem. p. 176
7. Ibidem p. 181.

Tabla 4.1. HERRERA, Norma. "Bebedor o Alcohólico" Hacia una detección oportuna. Revista Información Científica y Tecnológica. Vol. 9, núm. 124, México: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Enero de 1987, p. 31.

## CAPITULO 5

## 5.1. CRITERIOS GENERALES PARA EL TRATAMIENTO MEDICO

5.1.1. CRITERIOS PARA EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE ADICTO HOSPITALIZADO.

A continuación se explicarán los criterios que sigue el Dr. J. Yuguero del Servicio de Psiquiatría del Hospital Bellitue Princesps d' Espanya en Barcelona. El Dr. antes mencionado trabaja mediante un flujograma en el que concede primordial importancia a los efectos inmediatos o fenómenos de toxicidad aguda (a lo que también llama acción reforzante positiva que ya se mencionó con anterioridad) ya que es éste el primer paso a atacar en las adicciones. Una vez estabilizados los efectos físicos (clínicos) se continúa con el área clínico/psicosocial valorando los factores físicos, psicológicos, socioeconómicos y familiares que rodean al paciente y a su adicción y por último se recurre a evaluar los efectos a largo y mediano plazo.<sup>(1)</sup>

Dado que son tantas las sustancias psicotrópicas usadas el esquema en este caso no llega a ser tan específico como lo es en el alcoholismo. De cualquier manera el tratamiento médico dependerá enteramente de los criterios marcados por cada institución médica en particular.

### 5.1.2. CRITERIOS PARA EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE ALCOHOLICO HOSPITALIZADO.

En este apartado se seguirpa el esquema de -- tratamiento que plantea el Dr. Echeverry Chabura del Hospital San Juan de Dios en Guadalajara, México.

En primer lugar se manejan como datos imprescindibles la causa del internamiento y la historia clínica tratando de obtener la mayor información posible con respecto a la historia de la bebida, los tratamientos e internamientos previos, los trastornos psiquiátricos asociados y las manifestaciones clínicas.

El examen físico es de primordial importancia así como también lo son los exámenes paraclínicos para determinar el curso del tratamiento. Se sugiere a la par un tratamiento en el que se incluya una valoración psiquiátrica y psicológica, además del estudio social.

### 5.1.3. FLUJOGRAMAS DE TRATAMIENTO.

Tabla 5.1.1.

Tabla 5.1.2.

### 5.1.4. CRITERIOS GENERALES PARA EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL PACIENTE ADICTO.

En cuanto al tratamiento psicológico que se -

sigue con los pacientes alcohólicos y adictos varios autores coinciden que en primer lugar consiste en abstener al paciente de la droga. Cuando los pacientes son ingresados a un hospital y dependiendo del manejo de la institución muchas veces la droga se les sustituye por un medicamento similar químicamente en el momento del ingreso, para evitar que el síndrome de abstinencia sea aparatoso. Por lo general el paciente es aislado hasta que supera por sus propios medios la abstinencia.

"En varias instituciones de los Estados Unidos, Synanon, Daytop Village, Odyssey House y Phoenix House utilizan la técnica de "ataque". Esta técnica se basa en la idea de que el individuo no es frágil y, por lo tanto, se le debe atacar directamente. La interacción en estos grupos suele ser violenta y hostil. Se pretende confrontar directa y abiertamente al individuo con sus responsabilidades, evitar sus evasiones y confrontarlo con la realidad. La única regla es la prohibición de la violencia física, no habiendo restricciones en cuanto a la expresión de ideas y sentimientos. Una importante característica de este grupo es la creencia de que la gente puede ayudarse entre sí, sin la ayuda tradicional del profesional. Los exadictos desempeñan el papel de terapeutas".<sup>(2)</sup>

Muchos adictos parecen incapaces de afrontar el - -

sreess psicológico que supone el método de los encuentros, - que parece ser el más popular para captar miembros que se integren en una comunidad terapéutica.

Los programas psicológicos que existen exigen la participación de la comunidad en programas alternos para la -- prevención de adicciones ya que si la actitud social no cambia es difícil lograr una rehabilitación total.

Las terapias psicológicas han sido muy recomendadas en el tratamiento del alcoholismo, aunque no exista un criterio unificado sobre cual terapia es la más eficaz. En -- realidad se ha recurrido a la psicoterapia individual y de grupo, a la terapia ambiental, a la terapia familiar y a la rehabilitación por el trabajo.

"El contacto inicial con la persona alcohólica y - - adicta es crucial para el éxito del tratamiento. En la primera entrevista el terapeuta ha de ser activo y comprensivo puesto que la persona está deprimida, se siente rechazada e interpreta un papel pasivo. El terapeuta debe entender la droga como una defensa. Los objetivos de la terapia deben ser consecuentes con los recursos y el entorno del paciente y han de basarse en la valoración individual del caso".<sup>(3)</sup>

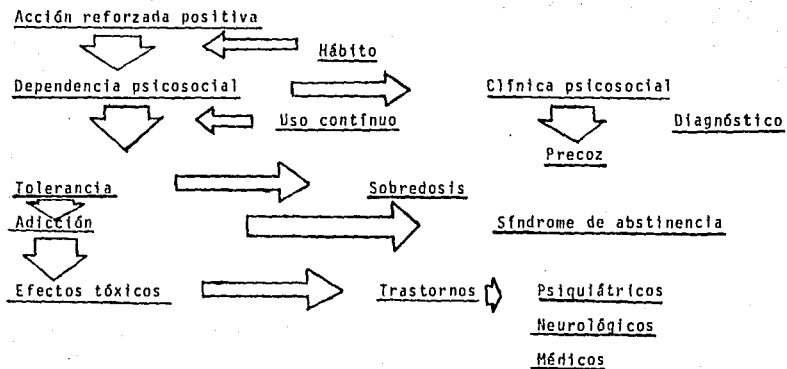
La negociación es el mecanismo mental más importante

de cualquier adicto. Debe ser enfocado tan pronto se haga reconocible.

"La hostilidad hacia el paciente adicto es rápidamente percibida por éste y es, además un importante elemento - contratransferencial'. Los terapeutas deben estar adiestrados para vincularse positivamente una y otra vez con su paciente, más allá de la escasa motivación de éstos como queda reflejado en sus frecuentes recaídas, las cuales pueden ser una constante amenaza si no son comprendidas como fenómeno del proceso terapéutico".<sup>(4)</sup>

i En los últimos años la psicoterapia de grupo se ha hecho muy popular en gran parte por lo económica que resulta. Sin embargo, su importancia radica más en su verdadera utilidad para el adicto en cuanto que le permite verse a sí mismo a través de los otros, le facilita el análisis de sus relaciones personales y le hace sentirse integrado en una parte del sistema social.

TABLA 5.1.1.







## CITAS CAPITULO 5

1. YUGUERO, J. "Drogodependencias". Rev. MEDICINE, Tratado de Medicina Práctica. 2a. Ed., Núm. 45. México, D.F. Publicaciones Americanas de México. Sept. 1988. P. 88.
2. Tabla 5.1. Ibid. p. 89
- Tabla 5.2. ECHEVERRY CH., J. "Revisión bibliográfica sobre las principales urgencias psiquiátricas ocasionadas por el alcohol". Trabajo didáctico realizado para el -- Congreso Mexicano de Residentes en Psiquiatría. Inédito. Guadalajara, Jal.: Universidad Autónoma de Guadalajara.- Hospital San Juan de Dios. Febrero 1988.
2. FREEDMAN, Alfred, M., et al. Tratado de Psiquiatría. -- Barcelona, España: Edit. Salvat, 1983 P. 2062.
3. Ibid. P. 2065
4. Ibidem. P. 2066.

## CAPITULO 6

## 6.1. DISEÑO DE UN PROGRAMA

## 6.1.1. METODOLOGIA

Después de revisar a diversos autores se llegó a la conclusión que la metodología diseñada por Jerrold - - Kemp marcaba las pautas más adecuadas para la realización - de este programa.

Los pasos que propone Kemp para la elaboración del - programa aunque más enfocados al aspecto educativo son lo - suficientemente flexibles y sencillos como para adaptarse a un programa con fines principalmente terapéuticos. Estos - pasos resultan fáciles de elaborar siempre y cuando los ob- jetivos con los que se trabajen sean claros y orientados a la finalidad del programa.

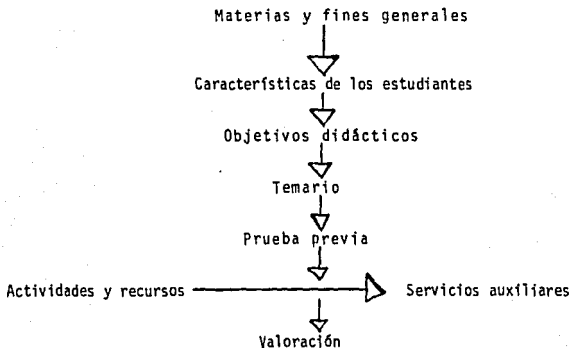
El autor propone tres elementos principales para que el programa elaborado llegue a buen término:

1. Profesionales realmente interesados en la eficiencia de sus servicios e impulsados por un deseo de perfeccionamiento.
2. Administradores que motiven y apoyen a estos profesionales.
3. Un plan o programa minuciosamente elaborado para desarrollar prácticas docentes mejores.

Es difícil que sin estos antecedentes se persiga el éxito en el programa. Al procedimiento que se seguirá para elaborar el programa se le denomina "diseño instruccional". Este método que usualmente se utiliza para cualquier nivel educacional se utilizará en este caso con fines terapéuticos en pacientes adictos que se encuentren hospitalizados - en clínicas tanto privadas como del gobierno.

La meta que persigue la elaboración de este programa así como la de todos los programas que siguen esta metodología, es contribuir al desarrollo del individuo realizando en él un cambio positivo en cuanto a sus actitudes, manera de pensar, conocimientos y talentos.

El diagrama de la secuencia del programa es el siguiente:



Los objetivos constituyen la piedra angular de este programa y para la redacción de los mismos se eligió la taxonomía que proponen Benjamín Bloom y sus colaboradores.

Aunque para fines de valoración se utilizan objetivos a nivel cognoscitivo, los fines terapéuticos se cubren redactando los objetivos en el nivel afectivo. En este nivel los objetivos destacan en tono emocional, un sentimiento, un grado de aceptación o rechazo. Va encaminado a definir intereses y actitudes, valores y predisposiciones con el fin de organizar los valores de un individuo en un complejo que llega eventualmente a caracterizar su modo de vida.

Bloom nos explica que estos objetivos afectivos llevan implícitos a objetivos del nivel cognoscitivo ya que son éstos los que nos permiten evaluar de una manera más efectiva la realización de los mismos. Tanto los objetivos cognoscitivos son un medio para alcanzar objetivos afectivos, como lo son los objetivos afectivos para alcanzar metas cognoscitivas. Es por eso que en este proyecto ambos objetivos se combinan a fin de alcanzar metas más específicas y superiores. (2)

Las justificaciones para utilizar esta metodología se han venido definiendo a lo largo del texto, de hecho, co

mo se habfa mencionado, esta metodologfa se utiliza principalmente para fines educativos y el programa que a continua ción se presenta aunque primordialmente maneja aspectos terapeúticos éstos solo se logran enseñando y educando al paciente para un cambio de vida positivo, para romper hábitos nocivos y desarrollar hábitos sanos.

Con esto se quiere decir que el programa lleva implica cito un proceso enseñanza/aprendizaje del que no sólo se en riquecerá el paciente sino también el propio terapeuta que imparta el programa.

En el programa se procedió a definir primeramente -- los fines o metas del programa de una manera general, cu- briendo no objetivos, sino logros que el programa podría -- llegar a cubrir.

El segundo paso determina las caracterfsticas del -- grupo, tanto del paciente como del terapeuta.

Al continuar con los objetivos se señala primero un general para los fines del programa y varios específicos ne cesarios para cubrir el general. En este apartado se redac tan también los objetivos generales y particulares de cada tema.

El temario se realizó tomando en cuenta aquellas - - áreas que se deseaba explorar en los pacientes y en las que se les podía prestar ayuda psicoterapéutica.

En la prueba previa se marcaron los puntos para que cada institución la desarrolle a manera de encuesta para recopilar antecedentes valiosos del grupo con el que se planea trabajar.

Las actividades y recursos vienen señaladas en el temario por lo que este punto al estar ya incluido en otro se elimina como tal.

En servicios auxiliares se explican desde el presupuesto hasta los diferentes recursos y materiales a utilizar en el programa.

En el punto de valoración únicamente se proponen formas de valorar el programa ya que este proyecto únicamente se limita a diseñarlo mas no a valorarlo.

#### 6.1.2. CRITERIOS PARA LA ELABORACION DEL PROGRAMA

De hecho el primer criterio a elegir fue la - metodologfa, la cual ya fue ampliamente explicada en el punto anterior.

De los pasos que propone el modelo de Jerrold Kemp - se definieron los siguientes criterios: que el programa a - realizar serfa un programa con fines terapéuticos encamina- do a ayudar a los pacientes adictos ya que es este un pro- blema de salud prioritario tanto en el pafs como en muchos- lugares del extranjero y porque existe una carencia en cuan- to a este tipo de instrumentos tanto en el sector público - como en el privado.

Las caracterfsticas del grupo fueron el siguiente -- criterio a definir. Se llegó a la conclusión de que este - programa serfa válido para grupos de pacientes mixtos, cuyo problema fuera una adicción y que se encontraran bajo un pe- ríodo mfnimo de hospitalización de 10 días y en los cuales- no aparecieran datos psicóticos durante la aplicación del - programa. La edad mfnima para participar en este programa- es de 14 años. En cuanto a los participantes analfabetas - se requerirfa de la ayuda de un coterapeuta especfficamente para él.

El requisito de que los pacientes se encontraran in- ternados en un hospital y bajo un período mfnimo de 10 días se debe a que se ha comprobado que el hecho de que el pa- - ciente se encuentre en una comunidad institucional ésto ya- representa en sí un recurso terapéutico que acelera su reha- bilitación ya que la atención que recibe se potencializa al



ser multidisciplinaria (médica, psiquiátrica, psicológica y de trabajo social).

En cuanto a los temas tratados, de acuerdo a la experiencia obtenida durante nueve meses trabajando con un grupo de personas adictas en el Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios y revisando literatura, recopilé aquellos temas que a mi criterio y de varios autores necesitaban más atención y que una vez manejados en el grupo proporcionarían mayor ayuda a los pacientes.

En cuanto a los instrumentos utilizados se eligieron a las dinámicas vivenciales como el método principal de trabajo debido a la gran flexibilidad que presentan para trabajar con un grupo que con frecuencia resulta heterogéneo, reforzando estas dinámicas con medios audiovisuales para potencializar los resultados.

## 6.2. SUGERENCIAS PARA EL USO Y VALORACION DEL PROGRAMA

Como un antecedente del programa se cree necesario sugerir pautas para el desarrollo y la aplicación del mismo.

Primeramente y antes de aplicar el programa se requiere para que éste llegue a buen término que la elección del terapeuta sea realizada de una manera estricta ya que de su desempeño depende primordialmente el éxito del programa.

ma. El terapeuta deberá de ser además de un profesionalista-capaz someterse a un adiestramiento en cuanto al manejo de técnicas grupales además de tener experiencia en el manejo de pacientes adictos y en el manejo de grupos.

Es necesario que el terapeuta conozca personalmente a los integrantes del grupo y observe los resultados de las encuestas antes de iniciar el programa, esto fomentará la confianza una vez iniciadas las sesiones. El acceso al grupo deberá de ser voluntario ya que de otra forma se obstaculiza el buen desarrollo del programa.

Cuando se realiza la selección de aspirantes al grupo es necesario descartar aquellas personas que se encuentren bajo episodios psicóticos o que se sospeche tengan daño cerebral crónico ya que los recursos que tendrían para participar serían mínimos.

Se recomienda que el grupo sea mixto, aunque puede ser de un solo sexo, ya que las experiencias de ambos sexos enriquecen más a los participantes.

Al iniciar las dinámicas se aclara que algunas de ellas se repiten en diversos temas, esto se debe a que resultan adecuadas para adaptarse al enfoque que en ese momento se requiera. Algunas dinámicas no completan la hora de

duración y el tiempo sobrante puede utilizarse en reforzar a aquellos pacientes que lo requieran ahondando mediante -- preguntas en aquellos puntos que se crean necesarios.

La motivación que el terapeuta logre despertar se ve rá reflejada en la participación y el compromiso al cambio de los participantes.

Se sugieren en el programa de tres a seis dinámicas por tema para que en caso de que sea necesario profundizar en un tema no exista repetitividad en las dinámicas. Esto resulta muy útil también cuando se tienen pacientes con - - reingresos.

Resulta conveniente que este programa se realice simultáneamente con programas para los familiares y recibiendo atención individual integral con un equipo interdiscipli nario (médico-psiquiatra-psicólogo-trabajador social).

Para no descontinuar el proceso de rehabilitación se sugiere crear un programa de seguimiento en consulta externa tanto individual como de grupo ya sea en la misma institución o en un grupo de autoayuda en la comunidad.

El monitoreo mientras se lleva a cabo el programa -- puede marcar pautas para una evaluación más objetiva tanto-

de los avances del paciente en particular como del efecto - del programa en el grupo.

Otra forma de evaluación puede ser el seguimiento -- con listas de cotejo en donde además se les motive a los pa- cientes haciendo hincapié en la puntualidad, asistencia, -- participación, etc.

Es importante que al paciente le sea reconocida su - participación en el grupo entregándole una constancia de su participación, ésto además de gratificar al paciente lo mo- tivará a que continúe su tratamiento.

Y por último es importante recordar que este trabajo incluye un apéndice en el que se anexan cada una de las di- námicas (ejercicios) incluidas en el temario del programa - con información específica sobre su realización, tiempo, ma- teriales y fines.

### 5.3. CRONOGRAMA DEL PROGRAMA

DISEÑO DE UN PROGRAMA PSICOTERAPEUTICO PARA PACIENTES ADICTOS HOSPITALIZADOS.

**FINES:**

1. Entrenar/educar para una vida adaptativa sin el uso de la droga.
2. Sentar las bases para una rehabilitación a largo plazo del paciente adicto.
3. Reconocer hábitos y conductas desadaptativas para propiciar un cambio positivo en el manejo de sus recursos para combatir su adicción.

**CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO TERAPEUTICO**

**EDAD:** 14 años en adelante.

**SEXO:** El grupo puede ser mixto.

**DIAGNOSTICO:** Adicción sin estado psicótico asociado ni daño cerebral crónico!

**HOSPITALIZACION:** 10 días mínimo.

**ESCOLARIDAD:** Mínima de primaria.

**TAMARO DEL GRUPO:** Mínimo 3, máximo 12 participantes.

**ACCESO AL GRUPO:** Voluntario.

**TERAPEUTA:** 2 psicólogos (terapeuta y coterapeuta), un médico/psiquiatra.

## OBJETIVOS GENERALES Y POR TEMAS

### OBJETIVO GENERAL

Al finalizar el programa el paciente adquirirá las bases para la rehabilitación gradual de su adicción. Se espera que este programa sea llevado a cabo como un complemento de la ayuda multidisciplinaria necesaria para cada pa- - ciente.

### OBJETIVOS PARTICULARES

- 1.1.1. El paciente evaluará los efectos de su adicción.
- 1.1.2. El paciente concebirá los medios de desarrollo de -- una vida adaptativa sin el uso de la droga.
- 1.1.3. Reconocerá las adicciones como un problema mayor de salud.
- 1.1.4. Decidirá enfrentarse con los acontecimientos de su - vida y las consecuencias lógicas.

## OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS DE CADA TEMA

### TEMA 1:

- 1.1. El paciente opinará sobre la importancia de pertenecer a un grupo terapéutico diseñado específicamente para - aliviar su padecimiento.
  - 1.1.1. Reconocerá el medio hospitalario (área, perso- - nal y funciones del mismo) donde se encuentra - internado.
  - 1.1.2. Identificará los objetivos principales del pro-

grama que se le brinda.

- 1.1.3. Se mantendrá atento al desarrollo de la dinámica grupal.

## TEMA 2

2.1. El paciente analizará el problema común de los integrantes del grupo.

2.1.1. Distinguirá los criterios y reglas que conforman al grupo terapéutico.

2.1.2. Experimentará un auténtico interés por su participación en la dinámica grupal.

2.1.3. Contribuirá al desarrollo de sentimientos de seguridad, confianza y apoyo en el grupo.

2.1.4. Realizará intervenciones por iniciativa propia.

2.1.5. Se mostrará interesado en lograr una mayor integración de grupo.

## TEMA 3:

3.1. El paciente proyectará sus expectativas y temores a los demás miembros del grupo.

3.1.1. Fomentará una dinámica de ayuda más estrecha entre él y su terapeuta.

3.1.2. Reconocerá los efectos de su adicción.

3.1.3. Se comprometerá voluntariamente a una participación activa y responsable dentro del grupo terapéutico.

- 3.1.4. Aceptará voluntariamente la ayuda profesional - que le brinda el grupo.

TEMA 4:

- 4.1. El paciente valorará la importancia de la expresión de conflictos y la expresión de emociones.
  - 4.1.1. Diferenciará sus virtudes y defectos.
  - 4.1.2. Será capaz de comunicar sentimientos y emociones de manera verbal.
  - 4.1.3. Concebirá nuevas formas de expresión de conflictos.

TEMA 5:

- 5.1. El paciente categorizará su propia jerarquía de valores.
  - 5.1.1. Se identificará con una jerarquía de valores.
  - 5.1.2. Argumentará su propia jerarquía de valores.
  - 5.1.3. Estructurará una nueva jerarquía de valores.
  - 5.1.4. Estudiará aquellas normas de la moral que le -- proporcionan un mejor estilo de vida.

TEMA 6:

- 6.1. El paciente organizará soluciones para su problema de adicción.
  - 6.1.1. Se identificará con los demás miembros del grupo en torno a un problema común.
  - 6.1.2. Profundizará con interés en las causas y resoluy



ciones para su adicción.

- 6.1.3. Ideará recursos para controlar su adicción dentro de unas normas sociales aceptables.

TEMA 7:

- 7.1. El paciente verificará la existencia de actitudes que obstaculizan su rehabilitación.
  - 7.1.1. Argumentará su resistencia/motivación al cambio.
  - 7.1.2. Reconocerá las distintas formas en que manipula su adicción.
  - 7.1.3. Deseará estar motivado al cambio.

TEMA 8:

- 8.1. El paciente seleccionará su propio recurso para la prevencción de recaídas.
  - 8.1.1. Identificará señales que le permitan preveer -- una recaída.
  - 8.1.2. Estructurará una hoja de observación para prevención de recaídas.
  - 8.1.3. Valorará cual medio externo le ofrece mejor ayuda para el tratamiento de su adicción.

TEMA 9:

- 9.1. El paciente juzgará la utilidad del programa terapeútico en el manejo de su adicción.
  - 9.1.1. Participará con interés en el manejo de su tra-

tamiento.

9.1.2. Concebirá metas a corto y largo plazo.

9.1.3. Juzgará su participación dentro del grupo.

## TEMARIO

1. Introducción al medio hospitalario y al programa terapéutico.
  - Encuesta previa.
  - Audiovisual sobre el hospital y el programa de tratamiento (que será elaborado libremente por la institución que maneje el programa).
2. Conocimiento del grupo y del problema común.
  - Pares y cuartetos.
  - Fiesta de presentación.
  - El tapete humano.
  - Conferencia médica y psicológica sobre los efectos de las drogas.
3. Expectativas.
  - Binas y cuartas.
  - Laboratorio vivencial de la conducta humana.
  - Entrevista colectiva.
  - Collage.
  - Identificación sensorial.
  - Detección de expectativas.
4. Comunicación.
  - Sentimiento de agrado y desagrado.

- El caso del camión.
  - Dos renglones.
  - Presentación de bebés.
5. Valores.
- Islas.
  - Inventario de vida.
6. Decisiones en grupo.
- Método Team Kawakita.
  - Análisis del campo de fuerzas.
7. Defensas.
- Confianza.
  - Taxi espacial.
  - Danza de los mamuts.
8. Recursos para la prevención de recaídas.
- Lista de auto-observación realizada por los propios pacientes.
  - Conferencia sobre los grupos externos de autoayuda y - recursos del hospital.
9. Clausura.
- Al fin los Reyes Magos.
  - Clausura informal.
  - Interioridades.
  - Dos renglones.

ENCUESTA PREVIA; LOS TEMAS A EXPLORARSE SON:

1. Motivo de internamiento.
2. Hospitalizaciones anteriores.
3. Tipos y cantidades de drogas consumidas.
4. Tiempo de consumo.
5. Efectos en el organismo.
6. Intenciones fallidas por dejarla.
7. Familiares que consumen droga.
8. Causa de la ingesta de la droga.
9. Expectativas del internamiento.
10. Desea ingresar al grupo.

SERVICIOS AUXILIARES:

PRESUPUESTO: Este deberá ser adaptado por cada institución, ya que el programa permite mucha flexibilidad en -- cuanto al manejo del material y el costo de las instalaciones se incluye ya en el internamiento.

PERSONAL: Una psicóloga terapeuta, psicólogas coterapeutas necesarias para las diferentes dinámicas, un médico de apoyo, de preferencia psiquiatra.

LOCAL Y HORARIO: El local debe ser un salón amplio e iluminado con capacidad mínima de 20 personas, el horario -- dependerá de cada institución pero se considera ideal por -- la mañana antes del mediodía.

**EQUIPOS Y MATERIALES:** Mesas, sillas, hojas de papel, bolsas de papel, lápices, plumones, plastilina, naranjas, - hojas de instrucciones específicas, rotafolios, proyector y en general material específico requerido por cada dinámica-en especial.

**VALORACION:** Más adelante en las conclusiones y sugerencias se detallan las especificaciones que yo como autora del programa propongo para la persona que desee valorar el programa, sin embargo este punto es también lo suficientemente flexible como para que cada institución implemente su instrumento de valoración como lo sería por ejemplo una observación mediante listas de cotejo, etc.

## CITAS CAPITULO 6

1. KEMP, Jerrold. Planeamiento Didáctico. Plan de Desarrollo para Unidades y Cursos. 1a. Ed. México, D.F. Edit. - Diana, 1972. P. 52.
2. Ibid. P. 78.

## CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Dada la incidencia en medios hospitalarios de pacientes con problemas de adicción, este programa representa un instrumento de ayuda flexible y fácil de aplicar a grupos - numerosos, aún cuando los grupos son heterogéneos como las dinámicas no implican el manejo de aptitudes específicas re sultan de fácil aplicación al tomar en cuenta la experiencia de vida del paciente.

Cada tema que se trabaja en este programa funciona - con un mínimo de tres dinámicas y un máximo de seis, lo que proporciona la ventaja de adaptar la sesión del día al tipo de grupo que se tenga o de ahondar, realizando varias dinámicas del mismo tema aquel aspecto específico que necesita cada grupo.

Otra de las ventajas es que siendo realistas se ha - observado gran incidencia de reingresos en pacientes adictos, especialmente alcohólicos, en hospitales por lo que el tener varias dinámicas de un solo tema, permite que el paciente reciba el programa terapéutico de nuevo sin necesidad de repetir las sesiones anteriores.

Es necesario que cada medio hospitalario implemente - de acuerdo a sus necesidades algún instrumento de valoración -

ción de este programa procurando que ésta sea diariamente y de manera individual.

Las limitaciones que este programa ofrece se reducen a encontrar un terapeuta lo suficientemente capacitado en el manejo de dinámicas grupales y con experiencia en el trabajo con grupos así como en el manejo de pacientes adictos ya que aunque sean los pacientes el objeto principal del programa el éxito de las dinámicas dependerá del manejo que le dé el terapeuta.

Otra limitación es que este proyecto se limita únicamente a diseñar el programa y no lo valora aunque sí sugiere diversas pautas para valorarlo.

Debido a que sus objetivos son un tanto ambiciosos no resulta fácil pero tampoco imposible y es tanta la necesidad de buscar recursos prácticos para el tratamiento de estos pacientes en el aspecto psicológico que vale la pena intentar su aplicación.

Como no está comprobada la eficacia de este programa se espera pueda ser utilizado y valorado por los terapeutas.

Siguiendo estas pautas es factible que los resultados sean positivos en cuanto a las metas que persigue el



programa como lo son tanto el entrenamiento del adicto para el no consumo de drogas como para la prevención de recaídas en pacientes que desarrollen este programa.

Por último resulta un compromiso el motivar a nuevas generaciones de trabajadores de la salud mental y de la problemática social a implementar y desarrollar instrumentos - que resulten un recurso válido y accesible para las personas que presentan problemas de adicción ya que es realmente una necesidad en nuestro tiempo resolver este tipo de problemas que tantas implicaciones de salud y sociales tienen. Invito a aquellas personas que laboren directamente con estos pacientes a aplicar y valorar el uso de este programa - ya que los beneficios que resulten serán no sólo para el paciente adicto sino también para la gente que les rodea.

## GLOSARIO DE TERMINOS BASICOS

- ABSTINENCIA: Acción de privarse de utilizar sustancias como son las drogas.
- ABUSO DE DROGAS: Utilización de drogas para fines distintos de los fines médicos legítimos.
- ACCION REFORZANTE POSITIVA: Efecto inmediato "vivencialmente" agradable y placentero para un organismo que se -- produce en el mismo tras la administración de un fármaco-psicoactivo.
- ADICCION: Habitación al uso de una droga, la privación de la cual da lugar a síntomas de malestar y a un impulso irresistible a tomar la droga.
- ALCOHOLISMO: Dependencia excesiva o adicción al alcohol - hasta el punto en que la salud física y mental de una persona están afectadas.
- DEPENDENCIA: Vínculo que se desarrolla entre un organismo y un fármaco a partir de entrar ambos en contacto.
- DEPENDENCIA FISICA: Vínculo entre un organismo y un fármaco establecido por mecanismos neurofisiológicos y bioquímicos por la interacción entre la estructura química del fármaco y los sistemas metabólicos del organismo.
- DEPENDENCIA PSICOLOGICA: Vínculo entre un organismo y un fármaco estableciéndose una situación en la que existe un "sentimiento" de satisfacción y un impulso por parte del organismo hacia la sustancia.

- DINAMICA DE GRUPO: Técnicas que fomentan los procesos de crecimiento personal en grupo.
- DROGA: Toda sustancia que genere dependencia o adicción.
- GRUPO TERAPEUTICO: Grupo de pacientes reunidos bajo el liderazgo de un terapeuta con el fin de trabajar juntos para alcanzar fines psicoterapéuticos como serían el alivio de los trastornos emocionales del paciente.
- PACIENTE: La persona que acude al médico o psicólogo en busca de ayuda.
- PSICOTERAPIA: Forma de tratamiento de las enfermedades psíquicas y trastornos de la conducta en la cual una persona con la formación necesaria establece una relación profesional con el paciente e intenta aliviar el trastorno emocional, invertir o modificar las pautas de conducta maladaptativa y fomentar el crecimiento y desarrollo de la personalidad.
- REHABILITACION: Poner a un individuo que ha sufrido algún tipo de trastorno o enfermedad en condiciones de retomar un lugar adecuado en la sociedad.
- TERAPEUTICA: Parte de la medicina o de la psicología que se ocupa de los medios propios para curar o aliviar una enfermedad.
- TOLERANCIA: Estado de adaptación del organismo a la acción de un fármaco, caracterizado por la disminución de los efectos inmediatos del mismo sobre el organismo frente a la misma cantidad de fármaco o cuando ésta se admi-

nistra en forma regular o continuada.

- **TOXICOMANIA:** Conjunto de alteraciones y trastornos que se producen en un individuo como consecuencia del uso continuado de droga.

## B I B L I O G R A F I A

1. ACEVEDO I., Alejandro. Aprender Jugando. 60 Dinámicas - Vivenciales. Tomo I. México: Acevedo y Asociados Consultora en Desarrollo Integral, 1987.
2. ACEVEDO J., Alejandro. Aprender Jugando. 60 Dinámicas - Vivenciales Tomo 2. México: Acevedo y Asociados Consultora en Desarrollo Integral, 1987.
3. AGUILAR, Ma. Aurora. "Alcoholismo, ¿Vicio o Enfermedad?" Rev. Información Científica y Tecnológica. Vol. 9, Núm. 124, México, D.F. Conacyt. Enero 1987. P. 18 a 31.
4. AL ANON FAMILY GROUP HEADQUARTERS, INC. Editor. Hechos - acerca de Alateen. México, D.F. Central Mexicana de Servicios Generales de los Grupos Familiares Al anon A.C. - 1969.
5. AL ANON FAMILY GROUP HEADQUARTERS, INC. Editor. ¿Qué es - AL ANON? México, D.F. Central Mexicana de Servicios Generales de los Grupos Familiares Al anon, A.C. 1969.
6. ALCOHOLICS ANONYMOUS PUBLISHING, INC. Editor Esto es AA. Una introducción al Programa de Recuperación de A.A. 5a. Ed. México, D.F.: Central Mexicana de Servicios Generales de A.A. Sept. 1988. pp. 12.

7. ALFONSO S., Mario, et. al. Alcohol y Alcoholismo. 1a. -- Ed. Madrid, España: Edit. Mezquita, 1983. 214 pp.
8. BALSEGA, Eduardo, et. al. Las Drogas. Sociología, Leyes-Medicina y Farmacología, Bilbao, España: Ed. El Mensajero, 1974.
9. BAVARESCO de P., Aurora M. Las Técnicas de la Investigación. Manual para elaboración de tesis. Monografías e informes. México: Grupo Editorial Iberoamericano, 1986.
10. CAZARES H. Laura, et. al. Técnicas de la Investigación-Documental. México: Edit. Trillas, 1987.
11. COMITE DE EXPERTOS SOBRE DEPENDENCIAS DE LAS DROGAS OMS Veinteavo Informe. Technical Report Series. Ginebra, -- Suiza: WHO, 1974.
12. DORSCH, Friedrich. Diccionario de Psicología. 1a. Ed.- Barcelona, España: Ed. Herder: 1985.
13. ECHEVERRY CH., Jorge E. "Revisión bibliográfica sobre - las principales urgencias psiquiátricas ocasionadas por el alcohol". Trabajo didáctico realizado para el Congreso Mexicano de Residentes en Psiquiatría. Inédito. Guadalajara, Jal. Universidad Autónoma de Guadalajara. Hospital San Juan de Dios. Febrero de 1988. 26 pp.

14. EDWARDS, Griffith. Tratamiento de alcohólicos. Guía para el ayudante profesional. México: Ed. Trillas, 1986.
15. FREEDMAN, Alfred, M. et. al. Compendio de Psiquiatría.- Barcelona, España: Ed. Salvat. 1983.
16. HERRERA, Norma. "Bebedor o Alcohólico". Hacia una detección oportuna. Rev. Información Científica y Tecnológica. Vol. 9, Num. 124; México, D.F. Conacyt. Enero de -- 1987, p. 23 a 26.
17. HODGSON, Ray y Miller, Pete. La Mente Drogada. Como liberarse de las dependencias. Madrid, España: Ed. Debate, 1984.
18. IBÁÑEZ L., Pilar. et. al. La Droga. Razones para su Consumo por la Juventud. 1a. Ed. Madrid, España. Ed. Mezquita, 1983. pp. 142.
19. KEMP, Jerrold E. Planeamiento Didáctico. Plan de Desarrollo para Unidades y Cursos. 1a. Ed. México, D.F.: Ed. Diana, 1972. 175 pp.
20. LABRANDERO I, Magdalena. "Consejo Nacional contra las Adicciones". Rev. Información Científica y Tecnológica. Vol. 9. Num. 124. México, D.F. Conacyt. Enero 1987. pp. 19 a 22.

21. LAKIN P., E. Orientación y Psicoterapia. México: Ed. Li musa, 1960.
22. MEDNICK S., A. Psicología. Exploración en el Campo de -  
la Conciencia y la Experiencia. México: Ed. Diana, 1981.
23. MERANI, Alberto L. Diccionario de Psicología. 3a. Ed. -  
México, D.F.: Ed. Grijalbo, 1986. 270 pp.
24. PATTERSON, C.H. Orientación Autodirectiva y Psicoterapia. Teoría y Práctica. México: Edit. Trillas, 1981.
25. SARASON, Irwin G. Psicología Anormal. Los problemas de  
la conducta. México, D.F.: Ed. Trillas, 1983.
26. SOBERON, Guillermo, et. al. La Salud en México: Testi-  
monios 1988. Tomo II. Problemas y Programas de Salud.-  
México: Fondo de Cultura Económica, 1988.
27. TABORGA, Huáscar. Como hacer una tesis., 9a. Ed. México  
D.F.: Edit. Grijalbo. 1982. 220 pp.
28. YUGUERO, J. "Drogodependencia" Rev. MEDICINE. Tratado -  
de Medicina Práctica. 2a. Ed., Num. 45 México, D.F.: Py blicaciones Americanas de México. Sept. 1988. p. 87 a -  
107.



A P E N D I C E . -

## AUDIOVISUAL

## CONTENIDO:

- Breve descripción del hospital/institución y sus áreas.
- Presentación del personal tanto médico como psicológico.
- Inducción al programa mostrando fotos del grupo trabajado, indicando de manera general como se conforma, qué técnicas utiliza, quienes lo imparten y experiencias.
- Mensaje final invitando a los pacientes a participar y motivándolos a su recuperación.

## AL FINALIZAR:

Se solicita el ingreso voluntario al grupo y se desarrolla una mesa redonda sobre las experiencias de los pacientes en anteriores tratamientos, grupos y hospitales a los que hayan acudido anteriormente.

## C O N F E R E N C I A S

## 1. MEDICA/PSICOLOGICA SOBRE EFECTOS DE LAS DROGAS.

En esta conferencia se puede manejar la información que se encuentra descrita en el capítulo dos y en el capítulo cuatro, sólo el punto 4.1.

Reforzar esta conferencia con material audiovisual que pueden ser diapositivas de efectos clínicos, dibujos, esquemas, cartulinas, etc.



## PARES Y CUARTETAS

## USOS:

- Ruptura de la tensión inicial.
- Logro de un mayor conocimiento del grupo.

## RECURSOS MATERIALES:

- Un Salón lo suficientemente amplio para que las personas puedan dialogar y no interfiera el ruido.

## DURACION:

- De 20 a 35 minutos.

## TAMAÑO DEL GRUPO:

- Ilimitado pero en números pares.

## INSTRUCCIONES ESPECIFICAS:

- La presentación debe hacerse sin formalismos. El instructor no debe mencionar con anterioridad el que posteriormente se presentarán cada uno de los participantes.

## DESARROLLO:

- Cada persona busca a un compañero, debe ser con aquel que se sienta más distante en ese momento.
- El primero que decida tomar primero la palabra, se le denominará "A"; a la otra persona se le llamará "B".

- Durante cinco minutos A platica de sí mismo tanto como pueda. B no puede contestar ni preguntar, sólo escuchar.
- Se sigue el mismo paso pero ahora B habla y A escucha.
- Cada pareja debe seleccionar a otra que en ese momento la sienta distante.
- Ambas parejas comparten su experiencia anterior durante 15 minutos.
- Se analizan las sensaciones y sentimientos del grupo.

## FIESTA DE PRESENTACION

## USOS:

- Lograr un conocimiento interpersonal rápido y sin temor.

## RECURSOS MATERIALES:

- Un salón amplio e iluminado.
- Hojas de papel.
- Lápices y alfileres.

## DURACION:

- 30 minutos.

## TAMANO DEL GRUPO:

- Diez o más personas.

## DESARROLLO:

- Durante 10 minutos el participante realiza alguna de las siguientes variaciones (escogida por él mismo o por el -- instructor):
  - a) Cinco definiciones de sí mismo.
  - b) Uno o varios dibujos de sí mismo.
  - c) Dibujar un pastel con rebanadas de diferentes tamaños; cada una debe significar, un porcentaje, lo que cada - quien dedica a diferentes aspectos de su vida.
  - d) Realizar una gráfica de su vida indicando el momento -

actual.

e) Escribir una descripción de sí mismo.

- Las hojas se prenden en la espalda de cada participante.
- Silenciosamente, las personas deben moverse cada dos minutos, de participante en participante, para tener seis o siete encuentros.
- Se les pide que acudan con las dos personas que les hayan interesado más en los encuentros previos.
- Se induce a la plática y a la realización de preguntas -- profundas acerca de sus compañeros.
- Se comenta el ejercicio.

## EL TAPETE HUMANO

## USOS:

- Enseña a "dejarse ir" y obtener diversión.
- Ayuda a entender que el juego facilita la relajación.
- Minimiza la rigidez defensiva en favor de una interacción más íntegra entre los participantes.

## RECURSOS MATERIALES:

- Un salón amplio de preferencia alfombrado.

## DURACION:

- 15 minutos.

## TAMARO DEL GRUPO:

- Menos de 18 años.

## INSTRUCCIONES ESPECIFICAS

- El ejercicio es aplicable a cualquier grupo, de preferencia al final de una sesión muy emotiva o confrontativa, - con grupos muy cohesionados.
- El ejercicio es 100% no verbal.

## DESARROLLO:

- Casi al final de una sesión muy emotiva o confrontativa, - el facilitador dice algo como: "Vamos a hacer algo simple



para ayudar a deshacernos de algunas de nuestras tensiones".

- Pide a los miembros del grupo que se acuesten en el suelo dejando suficiente espacio entre uno y otro.
- Una vez acomodados se les pide que pongan sus brazos a -- los lados y empiezen a rodar. Primero rápidamente y luego despacio, permitiendo a sus tensiones desvanecerse.
- Después de 2 ó 3 minutos se pide al grupo que se reacomode de manera alterna, cabeza con pie, etc., y les sugiere que se comporten como si fueran un tapete.
- Una vez listos se les pide a los participantes que rueden uno por uno sobre el tapete humano.
- Ya que han rodado el grupo se dispersa para discutir la experiencia.
- Durante la discusión conviene hacer hincapié en los siguientes puntos:
  - a) Les ayudó a relajarse la alfombra real? ¿por qué?, ¿cómo se sintieron mientras rodaban?
  - b) El tapete humano fue diferente a las rodadas anteriores? ¿fue más o menos relajante? ¿por qué?

## LABORATORIO VIVENCIAL DE LA CONDUCTA HUMANA

## USOS:

- Exponer la dinámica de la relación de ayuda, mostrando -- las dificultades y limitaciones que ofrece.

## RECURSOS MATERIALES:

- Salón amplio e iluminado.
- Hoja de instrucciones para los participantes.

## DURACION:

- Aproximadamente 90 minutos.

## TAMAÑO DEL GRUPO:

- Ilimitado pero en números pares.

## DISPOSICION DEL GRUPO

- Subgrupos de 4 personas.

## INSTRUCCIONES ESPECIFICAS:

- Asegurarse de que cada individuo haya comprendido sus - - instrucciones.
- Al repartir hojas de instrucciones, las personas no deben de comunicarse entre sf, ni mostrarlas a otros.

## DESARROLLO:

- A cada individuo de la cuarteta se le asigna un papel:
  - "O" Observador y moderador.
  - "P" Plantea un problema.
  - "Q" Plantea preguntas únicamente.
  - "R" Plantea respuestas únicamente.
- Se reparten las hojas de instrucción.
- Se da una señal para iniciar el ejercicio.
- Al finalizarlo debe lograrse un análisis del planteamiento del problema, de la efectividad de la ayuda lograda, de las actitudes y técnicas utilizadas.
- Los observadores deben presentar un reporte que debe ser discutido por el grupo.

## INSTRUCCIONES PARA LOS PARTICIPANTES:

"O"

- Escuche con atención la discusión.
- Anote:
  - a) Los sentimientos no verbalizados de cada uno durante la discusión.
  - b) Como se dieron y recibieron las proposiciones de R.
  - c) Cuáles proposiciones de R brindaron ayuda y cuáles no y por qué.
  - d) Cuáles proposiciones de I brindaron ayuda y cuáles no y por qué.
  - e) La diferencia de conducta entre I y R y cómo afecta --

éso a P.

- Como moderador debe seguir los siguientes pasos:
  - a) Dar tiempo a cada participante para que cumpla sus funciones además de 5 minutos de observaciones finales y 10 minutos de discusión del ejercicio.

"p"

- Escoja un problema importante que requiera de ayuda.
- Preséntelo durante 10 minutos.
- Discútalos algunos minutos con R y luego con Q.
- Explique detalladamente su situación ignorando a los observadores. Ponga atención en los cambios de percepción de R y Q.
- Explique al grupo cuáles opiniones le brindaron ayuda y cómo se sintió.

"Q"

- Escuche el problema con detenimiento.
- Debe realizar preguntas, no dar consejos ni hablar de experiencias personales.
- Las respuestas las debe dar P únicamente.

"R"

- Escuche el problema presentado con detenimiento.
- Responda tomando en cuenta lo siguiente:
  - \* Recomiende qué pasos daría usted si estuviera en lugar-

de P.

- \* Describa una experiencia similar que haya tenido usted-  
o alguna persona que conozca y diga qué solución le dió.

## ENTREVISTA COLECTIVA

## USOS:

- Aumentar la integración grupal.
- Análisis de expectativas y temores.
- Participación del instructor como un miembro más del grupo.

## RECURSOS MATERIALES:

- Un salón iluminado y amplio.

## DURACION:

- Variedad dependiendo del tamaño del grupo.

## TAMARO DEL GRUPO:

- Ilimitado.

## INSTRUCCIONES ESPECIFICAS:

- Ninguna.

## DESARROLLO:

- Cada uno comenta los temores y expectativas que tenfan al llegar a la terapia.
- Se escoge a una persona para que sea entrevistada públicamente, profundizando en temores no verbalizados.
- El instructor puede ser entrevistado por algún voluntario.
- Finalmente se comenta el ejercicio.

## COLLAGE

## USOS:

- Facilitar la comunicación en pequeños grupos.
- Expresión de tensiones, intereses y motivaciones personales.

## RECURSOS MATERIALES:

- Un cartoncillo para cada participante.
- Papel, tijeras, pegamento, revistas y plumones para cada grupo.
- Salón con mesas de trabajo.

## DURACION:

- 60 minutos.

## TAMARO DEL GRUPO:

- Ilimitado.

## DISPOSICION DEL GRUPO:

- En subgrupos de 5 ó 6 personas.

## DESARROLLO:

- Con recortes pegados en el cartoncillo cada participante debe contestar a la pregunta ¿Quién soy!.
- Cada uno de los integrantes del grupo interpreta el colla

ge de cada participante. Sólo cuando 4 ó 5 compañeros -- han expresado su punto de vista, el autor explica y aclara su obra.

- Al finalizar se hace una mesa redonda para evaluar la experiencia y que afloren los sentimientos de los participantes.



## IDENTIFICACION SENSORIAL

## USOS:

- Desarrollar la sensibilidad en los miembros de un grupo.
- Detectar reacciones emocionales y expectativas de los participantes.
- Observar el comportamiento de liderazgo, indiferencia y participación.

## RECURSOS MATERIALES:

- Salón amplio sin bancos.
- Una naranja y un trozo de plastilina para cada participante.

## DURACION:

- De 60 a 90 minutos.

## TAMARO DEL GRUPO:

- Ilimitado pero en pares.

## DISPOSICION DEL GRUPO:

- En parejas.
- En subgrupos de cuatro.

## INSTRUCCIONES ESPECIFICAS:

- Se pide a los participantes que formen grupos de 4 perso-

- nas con las que consideren no les unen lazos de amistad.
- Se les reparte una manzana y se pide que se observen y -- palpen todas sus características.

#### DESARROLLO:

- Se rota la naranja en el grupo para que todos los participantes la observen.
- Se hace un alto a la rotación y se les pide que identifiquen su naranja.
- Se forman parejas con alguna persona a la que quisieran - conocer más, viéndose de frente tomados de la mano y con los ojos cerrados, se les indica que traten de sentir la forma y la textura de las manos, brazos y cara.
- A cada participante se le da un trozo de plastilina al -- que tratará de darle forma expresando lo que siente de su compañero.
- Al terminar la figura se comenta lo que significa cada -- una.
- Se comenta el ejercicio con el grupo.

## DETECCION DE EXPECTATIVAS

## USOS:

- Determina las expectativas de los pacientes y nos ayuda a mover físicamente al grupo evitando los conclaves informales.
- Verifica las posibles discrepancias con relación a los objetivos.
- Minimiza los efectos de los conclaves informales.

## RECURSOS MATERIALES:

- Hojas tamaño carta, rotafolio, lápices, plumones.
- Salón amplio.

## DURACION:

- De 30 a 45 minutos.

## TAMAÑO DEL GRUPO:

- Primero en forma individual.
- Posteriormente en subgrupos de 3 a 6 personas.

## DESARROLLO:

- Se solicita a los participantes que respondan de manera individual, en hoja carta a los siguientes participantes:  
las preguntas:  
\* ¿Por qué estoy aquí?.

- \* ¿Qué me gustaría aprender?
- \* ¿Qué pienso aportar?
- \* ¿Qué me gustaría que no ocurriera durante el evento?.
- \* ¿Qué me gustaría que sí ocurriera durante el evento?.
- Ya respondidas se les pide que las enumeren del 1 al 5 y que se reúnan en equipos del mismo número.
- Se les pide a los miembros de cada grupo que se les de -- respuesta a las preguntas a partir de las respuestas individuales de sus miembros y que las conclusiones las pongan en las hojas del rotafolios.
- Al acabar se cuelgan las hojas en las paredes y se da lectura a ellas mediante un representante de cada equipo. - Pidiendo aclaraciones si es menester.
- El instructor debe cuidar que las expectativas no discrepen de los objetivos del evento.

## DOS RENGLONES

## USOS:

- Propicia el manejo creativo de la comunicación verbal y - escrita.
- Permite el intercambio emocional gratificante.
- Ayuda al fortalecimiento de la autoimagen de los participantes.

## RECURSOS MATERIALES:

- Hojas tamaño carta y lápices.
- Mesas de trabajo.
- Salón amplio e iluminado.

## DURACION:

- 35 minutos.

## TAMANO DEL GRUPO:

- Hasta 18 personas.

## INSTRUCCIONES DE TRABAJO:

- Es aplicable, ya casi al finalizar el evento formativo, - pues estimula a los participantes a un mayor esfuerzo.

## DESARROLLO:

- Se solicita a los participantes que tomen 2 ó 3 hojas y -

las doblen en 8 pedazos cortándolos posteriormente lo mejor que puedan.

- En cada papel tienen que escribir en el anverso los nombres de cada uno de sus compañeros.
- Por el reverso escriben un buen deseo, pensamiento, verso o combinación de éstos dirigido al compañero que aparece en cada pedazo de papel.
- Al terminar se entrega a los destinatarios de mano propia.
- Se forman grupos de 4 ó 5 personas para discutir la experiencia.
- Un representante de cada grupo relata sus experiencias.
- Se llega a conclusiones.

## PRESENTACION DE BEBES

## USOS:

- Permite el acercamiento a nivel emocional de los integrantes del grupo.
- Ayuda al estudio de la comunicación no verbal en condiciones de resistencia al cambio.
- Incrementa la confianza de los participantes para una libre expresión de sentimientos.

## RECURSOS MATERIALES:

- Salón amplio e iluminado.

## DURACION:

- 20 minutos.

## TAMAÑO DEL GRUPO:

- Hasta de 16 personas.

## INSTRUCCIONES ESPECIFICAS:

- Aplíquese a grupos en procesos avanzados dentro de la terapia.

## DESARROLLO:

- El instructor propicia la reflexión en la que los bebés manifiestan sus emociones y sentimientos.

- Se les pide a los participantes que reproduciendo el comportamiento de un bebé sin decir palabra alguna, se muestren entre sí su afecto, a manera de identificación y presentación.
- Después de algunos minutos se discute la experiencia.
- Se llega a conclusiones.



## SENTIMIENTOS DE AGRADO Y DESAGRADO

## USOS:

- Permitir la libertad de expresión de sentimientos de agrado, desagrado, afecto o agresión.

## RECURSOS MATERIALES:

- Salón amplio e iluminado.

## DURACION:

- 30 minutos.

## DISPOSICION DEL GRUPO:

- En equipos formando círculos.

## TAMAÑO DEL GRUPO:

- Ilimitado.

## INSTRUCCIONES ESPECIFICAS:

- Cada equipo debe colocarse lo más lejos posible de los -- otros.
- Los mensajes deben ser descriptivos y cortos. No debe haber diálogo.

## DESARROLLO

- De cada equipo se pide un voluntario que debe colocarse -

frente a un miembro del grupo y comunicarle algo que le agrade de esa persona.

- Debe repetir el proceso con cada uno de los miembros del grupo hasta que recorra el círculo.
- Se repite el proceso pero con sentimientos de desagrado.
- Al finalizar se comenta el ejercicio.

## EL CASO DEL CAMION

## USOS:

- Identificar formas de manipulación.
- Analizar los sentimientos y las reacciones que despiertan en los demás los estilos de manipulación.
- Detectar los beneficios que proporcionan así como la forma que obstaculizan nuestro desarrollo personal.

## RECURSOS MATERIALES:

- Salón amplio.
- Instrucciones para cada participante.

## DURACION:

- 90 minutos.

## TAMANO DEL GRUPO:

- 6 personas o más.

## INSTRUCCIONES ESPECIFICAS:

- Se leen las instrucciones generales.
- Se les pide a los participantes que traten de vivir el -- ejercicio como si fuera una situación de la vida real, in volucrándose con su rol.
- Una vez aclaradas las instrucciones el coordinador debe - permanecer al margen, observando el proceso del grupo.

## DESARROLLO:

- Se analiza la participación de cada miembro del grupo.
- Se discute el ejercicio tomando en cuenta los siguientes puntos:
  - a) Qué puedes hacer para lograr lo que quieres sin tener que manipular.
  - b) Qué es lo que haces con mayor frecuencia para lograr lo que quieres?
  - c) Qué puedes hacer para no dejarte manipular.
  - d) Piensa en alguien con quien tienes una relación frecuente. Cómo piensas que le manipulas.
  - e) Existe alguien a quien tu consideres que no puedes manipular.

## I S L A S

## USOS:

- Analizar el manejo de los valores personales desde la pro pia historia o condicionamientos sociales.
- Lograr la manifestación de los valores personales.

## RECURSOS MATERIALES:

- Un salón amplio.
- Papel y lápiz.
- Pizarrón y mesas.

## DURACION:

- 60 minutos.

## TAMAÑO DEL GRUPO:

- Ilimitado.

## DISPOSICION DEL GRUPO:

- En equipos de seis personas.

## INSTRUCCIONES ESPECIFICAS:

- El instructor narrará la siguiente historia:

"Hay dos islas separadas por un mar lleno de tiburones. -  
En la primera isla vive una muchacha de 22 años de edad-  
y su mamá! En la segunda isla viven el novio de la mu--

chacha y un amigo del novio. La única forma de pasar de una isla a otra es en una barca a cargo de un lancharo. Un día que la muchacha quería ir a la otra isla para casarse con su novio, fue a ver al lancharo para que la llevara. El lancharo le dijo que con mucho gusto la llevaba con tal de que la muchacha tuviera relaciones sexuales -- con él.

La muchacha le contó a su mamá y le preguntó que hacía. - La mamá le dijo: hija, esta decisión te corresponde a tí, haz lo que creas conveniente.

La muchacha pagó el precio al lancharo y éste la llevó a la otra isla.

Apenas llegó ahí, la muchacha le contó todo al novio. Entonces éste le dijo: así ya no me puedo casar contigo.

En ese momento se acercó a la muchacha el amigo del novio y le dijo: yo siempre te he querido mucho; me da tristeza que te hayas quedado así, cástate conmigo".

#### DESARROLLO:

- Cada persona debe identificarse con los personajes en orden jerárquico.
- Se forman los equipos. Cada uno debe de llegar a una escala de valores en la que estén de acuerdo del por qué de la jerarquización.
- Durante 5 minutos se vuelve a hacer una jerarquización -- personal.

- Se comparan las decisiones de cada persona y se evalúa la rigidez o flexibilidad de cada participante a lo largo -- del proceso.

## INVENTARIO DE VIDA

## USOS:

- Analizar los valores personales dentro de un grupo.
- Analizar los factores personales por parte del grupo.
- Ampliar nuestra concepción del mundo y de la vida.

## RECURSOS MATERIALES:

- Salón amplio.
- Hojas con las preguntas para los participantes.
- Lápices.

## DURACION:

- 45 minutos.

## TAMAÑO DEL GRUPO:

- Ilimitado.

## DESARROLLO:

- Se reparten las hojas con las preguntas.
- Cada uno debe escribir tantas respuestas a las 9 preguntas como se les ocurran, rápidamente y sin detenerse a reflexionar profundamente.
- Se comparan las respuestas individuales con las del grupo.
- Se puede consultar a los participantes para profundizar más en su "inventario de vida".



- Se comenta el ejercicio y las experiencias vividas.

PREGUNTAS:

1. Cuando me siento totalmente vivo? ¿Cuáles son los acontecimientos en la vida que me hacen sentir que realmente vale la pena vivir?.
2. ¿Qué es lo que hago bien? ¿En qué puedo contribuir a la vida de los demás?. ¿Qué es lo que hago bien para mi -- propio desarrollo y bienestar?.
3. Dada mi situación actual y mis aspiraciones, ¿qué necesito aprender a hacer?.
4. ¿Qué deseos debo convertir en planes? ¿He descartado algunos sueños por no ser realistas y que deba volver a soñar?.
5. ¿Qué recursos tengo sin desarrollar o mal utilizados?.- Estos recursos pueden referirse a cosas materiales, talentos personales o a amistades.
6. ¿Qué debo dejar de hacer ya?.
7. ¿Qué debo empezar a hacer ya?.
8. Las respuestas dadas a todas las preguntas anteriores, - como afectan mis planes y proyectos inmediatos para los tres próximos meses, para el próximo año?.

## METODO TEAM KAWAKITA

## USOS:

- Identificación, causas y resolución de problemas.
- Solidarización del grupo en torno a un problema común.
- Estímulo a la colaboración, conciliación de intereses y opiniones de los participantes.

## RECURSOS MATERIALES:

- Tarjetas, lápices y clips.
- Salón amplio e iluminado.

## DURACION:

- 90 minutos.

## TAMANO DEL GRUPO:

- Diez personas aproximadamente.

## INSTRUCCIONES ESPECIFICAS:

- El ejercicio consta de tres etapas.
- Se debe romper la tensión inicial y estimular la confianza entre los participantes con algún ejercicio sencillo - de ruptura de hielo.

## DESARROLLO:

## PRIMERA ETAPA.

- Se elige un tema general que pueda provocar la detección de un problema.
- En las tarjetas, los participantes hacen una narración de hechos reales acerca del tema. Deben ser hechos vividos por ellos mismos, evitando la introducción de juicios de valor o juicios personales.
- Las tarjetas se resuelven e intercambian, cada participante debe memorizar el contenido de la que le toque.
- Se lee en voz alta cada tarjeta para que los participantes las agrupen en caso de tener un contenido común. (3 - máximo).
- Los grupos de tarjetas deben tabularse tomando en cuenta lo siguiente:
  - a) El título debe expresar breve y objetivamente el contenido de las tarjetas.
  - b) Se debe evitar escribir una causa de los hechos enunciados, como título.
- Se debe evitar una causa como medio de englobe.
- Una vez titulados, cada autor expondrá al grupo su proposición.

## SEGUNDA ETAPA:

- Se realiza de igual manera que la primera, modificándose únicamente el contenido de las tarjetas.

**TERCERA ETAPA:**

- El proceso es el mismo que en las dos anteriores, varía en el llenado de las primeras tarjetas.
- Se escogerá algún planteamiento hecho en cualquier etapa anterior.
- Cada miembro del grupo escribe una o más tarjetas proponiendo una acción concreta.
- Las características de las tarjetas se dividen en relativas al contenido y el aspecto formal. El contenido debe ser concreto, claro, factible de realizar.
- La tarjeta debe expresar quien realizará la acción, cómo se llevará a cabo, cuándo, etc.
- Al finalizar, se comenta el ejercicio.

## ANALISIS DEL CAMPO DE FUERZA

## USOS:

- Lograr la identificación del problema.
- Analizar estrategias para su solución.
- Analizar las fuerzas impulsoras y restrictivas que funcionan en el grupo.

## RECURSOS MATERIALES:

- Salón amplio con mesas.
- Hojas y lápices.
- Un pizarrón (opcional).

## DURACION:

- 60 minutos.

## TAMAÑO DEL GRUPO:

- Ilimitado.

## DISPOSICION DEL GRUPO:

- Frente al pizarrón, con buena visibilidad hacia las gráficas.

## INSTRUCCIONES ESPECIFICAS:

- El instructor debe explicar claramente las metas del ejercicio.

- Se traza la siguiente gráfica explicándola brevemente:

Fuerzas restrictivas:

4 \_\_\_\_\_  
 3 \_\_\_\_\_  
 2 \_\_\_\_\_  
 1 \_\_\_\_\_

Nivel actual,

1 \_\_\_\_\_  
 2 \_\_\_\_\_  
 3 \_\_\_\_\_  
 4 \_\_\_\_\_

Fuerzas impulsoras.

#### DESARROLLO:

- Cada participante hace una lista jerarquizada de las fuerzas impulsoras y restrictivas que se dan en el grupo.
- Se forman pequeños grupos que ponen en común los datos obotenidos.
- Los grupos se reúnen para compartir sus gráficas y sacar - una que sea representativa, dando valor específico a cada fuerza.
- Finalmente se discuten tácticas para atacar las fuerzas - restrictivas, reforzar las impulsoras y planear nuevas estrategias.

## C O N F I A N Z A

## USOS:

- Permite observar el grado de confianza que los grupos pueden llegar a propiciar entre sus miembros.
- Explora las defensas individuales, su naturaleza y calidad, en el involucramiento de la persona ante la acción colectiva.
- Analiza la reacción grupal ante el manejo de la retroalimentación a sus miembros.

## RECURSOS MATERIALES:

- Mesa y salón amplio.

## DURACION:

- 40 minutos

## TAMAÑO DEL GRUPO:

- Mínimo 6, máximo 18.

## INSTRUCCIONES ESPECIFICAS:

- Aplicable en procesos avanzados de integración de equipos.

## DESARROLLO:

- Se le pide al grupo que haga remembranza, a título personal, de los juegos infantiles en que participó en los que

- se viera comprometido con los otros de manera indisoluble.
- Sea permisivo con las anécdotas.
  - Se les explica a los participantes que la experiencia que vivirán con el ejercicio está muy próxima a aquellos pactos.
  - Se eligen seis personas.
  - Se le pide a una de ellas que se coloque en una posición tal que sea capaz de recibir a sus amigos cuando se dejen caer de la mesa.
  - Se pide a los demás compañeros que se dejen caer.
  - Finalmente se analiza la experiencia en términos de la resistencia o aceptación y de los sentimientos que provocó a las personas.
  - Se llega a conclusiones.



## TAXI ESPACIAL

## USOS:

- Ayuda en el análisis de la toma de decisiones.
- Permite explorar reacciones conductuales en situaciones - límite.
- Estudia la reacción frente al manejo de argumentos.

## RECURSOS MATERIALES:

- Salón y mesa.

## DURACION

- 30 minutos.

## TAMAÑO DEL GRUPO

- Hasta 20 personas.

## DISPOSICION DEL GRUPO

- Libre.

## INSTRUCCIONES ESPECIFICAS:

- Haga que los participantes visualicen la carrera espacial hasta llegar al concepto de taxi espacial público. Los que le aborden serán los primeros pasajeros comerciales - en el espacio.

## DESARROLLO:

- Se solicitan 5 voluntarios.
- Se les plantean los papeles que desempeñarán: jerarca - - eclesiástico, padre o madre de una familia numerosa, ven dedor exitoso, militar poderoso, artista bucólico.
- Se pide a los participantes que traten de vivir su rol.
- Se les pide que suban a la mesa y se sienten sin que ningún pie cuelgue fuera de la mesa.
- La situación a vivir es de sobrevivencia debido a un naufragio espacial, por lo cual tuvieron que utilizar la nave salvavidas que había en el taxi.
- La nave sólo tiene capacidad para tres pasajeros y tienen que decidir que harán.
- Al grupo se le pide que observe la reacción de los participantes.
- Finalizada la experiencia se analiza la manera en que se comportó el grupo y cuál fue su solución.
- Se llega a conclusiones.

## LA DANZA DE LOS MAMUTS

## USOS:

- Permite analizar el proceso de la exposición personal al grupo.
- Ayuda a estudiar la resistencia al cambio de la autoimagen individual de los participantes.
- Estudia el sentimiento del ridículo como barrera de la actuación personal.

## RECURSOS MATERIALES:

- Salón amplio.

## DURACION;

- 30 minutos.

## TAMAÑO DEL GRUPO:

- 20 personas.

## DISPOSICION DEL GRUPO:

- En equipos de 4 ó 5 personas.

## INSTRUCCIONES ESPECIFICAS:

- Conviene aplicarlo en la primera mitad del proceso de entrenamiento.

**DESARROLLO:**

- Se introduce el ejercicio con una breve charla sobre danzas tribales.
- Se forman subgrupos según la estrategia que más convenga al instructor.
- Se les pide que desarrollen un ritmo y danza especial en cada subgrupo.
- Se representa a los compañeros.
- Se analiza el ejercicio y se obtienen conclusiones.

## AL FIN LOS REYES MAGOS

## USOS:

- Dirigido a clausurar de forma emotiva y gratificante eventos formativos.
- Permite desarrollar la autimagen de los participantes.
- Propicia la aplicación del Efecto Pigmalión, en beneficio del crecimiento personal.

## RECURSOS MATERIALES

- Salón.
- 20 tarjetas de 6 X 12 para cada participante.
- Diplomas o constancias de participación.
- Lápices.

## DURACION:

- 40 minutos.

## TAMARO DEL GRUPO:

- Hasta 18 personas.

## DESARROLLO:

- Se les reparten tarjetas y lápices.
- Se les pide que se quiten los zapatos y los pongan al lado de una pared.
- Se les coloca el diploma de cada uno en los zapatos corres

pondientes.

- Este mensaje debe estimular el crecimiento de las personas.
- En ningún caso debe ser negativo.
- Pasa a recoger sus regalos.
- El instructor da las gracias al grupo.

## CLAUSURA INFORMAL

## USOS:

- Permite cierto grado de catarsis al finalizar un evento - formativo.
- Ayuda a detectar el nivel emocional que alcanzó el grupo.
- Convierte una clausura de un intercambio formal a una reciprocidad más íntima en el grupo.

## RECURSOS MATERIALES:

- Salón,
- Diplomas.

## DURACION:

- 30 minutos.

## TAMAÑO DEL GRUPO:

- Hasta 16 ó 18 personas.

## INSTRUCCIONES ESPECIFICAS:

- El instructor debe poner la muestra de lo que se espera - sea la entrega de diplomas.

## DESARROLLO:

- El instructor verifica los objetivos y expectativas del - grupo.
- Invita al grupo a realizar una clausura más cordial y ca-

lurosa.

- Hace entrega del diploma haciendo hincapié en los aspectos mpas sobresalientes de cada participante.
- Al finalizar da las gracias,



## I N T E R I O R I D A D E S

## USOS:

- Permite a los miembros de un grupo ya casi a término del evento descubrir lo evidente/externo y lo oculto/interno de las personas.

## RECURSOS MATERIALES:

- Salón.
- Bolsa de papel estraza por participante.
- 5 ó 6 pedazos de papel por cada uno de 6 X 12 cms.
- Plumones y lápices.

## DURACION:

- 35 minutos.

## TAMAÑO DEL GRUPO:

- Hasta de 18 personas.

## DESARROLLO:

- Se le entrega a cada participante su material.
- Se les pide que anoten en los papeles aspectos externos e internos de su persona.
- Se meten los papeles en sus bolsas.
- Se revisan las bolsas de un compañero ajeno.
- Se discute la experiencia y se llega a conclusiones.