



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en Psicología Clínica

Análisis teórico de los métodos de trabajo en los enfoques
psicológicos Cognitivo - Conductual, Gestalt y Humanista,
dentro de la intervención de jóvenes con problemas de
adicción a drogas ilegales

Reporte de Investigación Teórica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Daniela Clarisa Concha León

Director: Mtra. Brenda Estela Hernández Lima

Dictaminador: Lic. Tulia Gertrudis Castro Albarrán

Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México a 01 de junio de 2020





Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

ÍNDICE

Introducción.....	3
Capítulo I. Marco teórico	
1.1 Qué son las drogas.....	4
1.2 Clasificación.....	6
1.3 Efectos de las drogas en el cuerpo humano	8
1.4 Estadística de drogas ilegales de mayor demanda y accesibilidad para jóvenes institucionalizados de 13 a 17 años	15
Capítulo II. Planteamiento del problema y objetivos	
2.1 Descripción del problema.....	20
2.2 Justificación.....	21
2.3 Preguntas de investigación.....	22
2.4 Objetivos de la investigación.....	22
2.5 Consideraciones de análisis.....	22
Capítulo III. Análisis crítico de los modelos psicológicos y sugerencias de intervención.	
3.1 Factores de riesgo asociados al consumo de drogas en jóvenes.....	23
3.2 Enfoque Gestalt.....	25
-Intervención a jóvenes con problemas de adicción	31
3.3 Enfoque cognitivo conductual.....	34
-Intervención a jóvenes con problemas de adicción.....	37
3.4 Enfoque humanista.....	41
- Intervención a jóvenes con problemas de adicción a drogas ilegales.....	47

3.5 Análisis crítico sobre la efectividad de las técnicas psicológicas aplicadas en el entrenamiento de jóvenes con adicciones a drogas ilegales.....	45
Capítulo IV. Conclusiones.....	53
Referencias.....	55

INTRODUCCIÓN

Actualmente el consumo de drogas por parte de la juventud ha incrementado notoriamente, este aspecto ha sido abordado desde distintos campos, uno de ellos es la psicología, del cual se desprenden distintos enfoques, los cuales han sido elaborados al paso del tiempo por las incógnitas surgidas dentro de los investigadores con respecto al comportamiento humano.

Algunos de estos enfoques son el gestalt, cognitivo conductual y humanista, cada uno tiene su propia metodología de intervención, la cual tiene sus cimientos en la forma de concebir al hombre y aquello que le acontece intrínseca y extrínsecamente, cada una de ellas tiene las herramientas para abordar distintas problemáticas que le suceden al individuo que solicita su servicio.

Sin embargo, la forma de intervenir estará delimitada y permeada por la estructura del enfoque, un claro ejemplo es la forma de intervenir dentro de las adicciones a sustancias ilegales.

En el siguiente trabajo se pretende hablar, en un marco general, de lo que son las drogas y el consumo de estas por parte de los jóvenes; de igual manera, como son arribadas por los tres enfoques mencionados anteriormente, de los cuales se abordarán sus fundamentos. Y llegando a la resolución de que es posible que estos enfoques tengan un punto de encuentro dentro de la intervención con jóvenes consumidores de drogas ilegales, pues hay similitudes dentro de los objetivos terapéuticos.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 ¿Qué son las drogas?

Inicialmente Luna (2015), indica que el término droga se relacionó con adicción por primera vez en el siglo XX, durante la revolución farmacéutica, ya que se comenzaron a vincular con sustancias químicas por una necesidad médica, para dar un término a la situación y así relacionar problemas con el uso extendido de sustancias.

Sin embargo, el término tiene algunas variantes que se han abordado desde distintos campos de estudio, tal como lo expresa Barrionuevo (2017), quien menciona que es necesario tomar el concepto desde distintas áreas, ya que hay que considerar que el término de drogas, así como el de consumo, tiene algunas variantes terminológicas en cada área y contexto; por ende, es apropiado mostrar algunas de las siguientes definiciones:

Es de esa manera como Escohotado (2001), decidió hacer referencia al pensador Hipócrates, el cual vivió en el siglo IV a.C, escribió 72 libros y 59 tratados, los cuales fueron recopilados por Ptolomeo en la gran biblioteca de Alejandría, su método estaba basado en la actitud racional, libre de interpretaciones sobrenaturales y religiosas se basaba en la observación directa del paciente y no de la enfermedad. Este pensador decía que aquellas sustancias llamadas drogas eran las que actuaban secando, humedeciendo, enfriando, calentando, contrayendo, relajando y/ o haciendo dormir a aquel que las consumía.

Por otra parte, la definición que da la Real Academia Española (2014), sobre las drogas y que nos atañe en este trabajo, es que son, todas aquellas sustancias que tienen un efecto en el cuerpo, pudiendo ser: estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno. Dentro de esta perspectiva se diferencia a las drogas en: Blandas (no adictiva o en bajo grado), droga de diseño (obtenida de modificaciones químicas, teniendo efectos psicotrópicos) y drogas duras (son adictivas - heroína y cocaína-).

De igual manera la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994), definió a las drogas como aquellas sustancias que, introducidas desde cualquier vía en el organismo,

lleva al sujeto a tener alteraciones provocando un funcionamiento distinto en el modo natural del sistema nervioso central, abriendo la posibilidad de crear dependencias psicológicas y/o física.

Otro campo que abordó el tema de lo que son las drogas fue el de derecho, donde ya se hablaba del término desde la antigüedad. Ventura (2018), menciona que dentro del derecho romano durante el año 533 d.c, (periodo del Emperador bizantino), Justiniano I publicó la obra jurídica Digesto (el cual formaría parte de constituciones y jurisprudencia del derecho romano), donde plasmó que la palabra droga era indiferente pues podía incluirse en ella lo que sirve para curar como lo que sirve para matar, así como los filtros de amor, pero que esa ley reprobaba solo aquellos que eran utilizados para matar a alguien.

Cabe señalar que, al considerar las drogas como un asunto de múltiples sectores, no se podía dejar de lado a las drogas dentro del mundo del arte, donde se considera que estas han tenido un papel importante, tanto que fue acogido como rechazado por artistas por los efectos que estas ocasionan. Un ejemplo del rechazo hacia estas sustancias fue el dado por uno de los poetas más destacados en la generación beat (50'), Allen Ginsberg, poeta iconoclasta nacido en 1997 en EE.UU, el cual denunciaba lo que llamaba “la fuerza destructiva del capitalismo”, Burroughs y Ginsberg (s.f.), donde Allen mostró en su poema howl, una denuncia a lo que él llamó la degradación ante la “droga rabiosa”; en dicho poema, Ginsberg denunciaba como sujetos muy capaces destruyeron su futuro gracias al consumo de las drogas auto inyectadas, personas consideradas atractivas y con un futuro provechoso, fueron transformadas en indigentes, destrozados e incluso al borde de la muerte.

Por otra parte, el Sistema de Vigilancia Epidemiológico para las Adicciones (2016), clasificó el término droga de acuerdo con sus particularidades, las cuales se pueden ver a continuación:

- Droga: Sustancia capaz de hacer modificaciones en la sensación y percepción del estado anímico, así como de la actividad mental y física.

- Droga de impacto: Esta se refiere a aquellas drogas que el paciente consume, pero tiene más probabilidad de producir efectos negativos en cualquier área del sujeto, llevándolo a pedir tratamiento.
- Droga de inicio: Es toda droga consumida por primera vez.
- Droga de uso actual: Es aquella que el usuario consume en la actualidad aun cuando se le entrevista.
- Drogas ilegales: Son conocidas también como drogas duras o no médicas. Su uso no es médico, pero al ser ingerido intencionalmente crea alteraciones en el sistema nervioso central.
- Droga de diseño o síntesis: Son las sustancias sintetizadas en laboratorio, que cuentan con una estructura química y ocasionan efectos parecidos a las drogas psicoactivas. Se han dividido en 4 grupos: 1) Estimulantes como el éxtasis, 2) Otros estimulantes, 3) alucinógenos como LSD, 4) Opioides. Estos provocan en el cuerpo taquicardias, falta de apetito, insomnio, náuseas, sudoración anormal, impide la concentración, cambia la percepción de los colores, crea ansiedad y produce trastornos de tipo paranoide y psicóticos.

1.2 Clasificación

Algo que se cree prudente considerar es que dentro de las drogas existen clasificaciones, las cuales se destinaron según los efectos que provocaban en el sistema nervioso, algunas de estas clasificaciones se mostrarán a continuación.

En cuanto a efectos en el organismo, el autor Escohotado (2001), menciona que existen componentes que no se asimilan de forma inmediata por el organismo y son dos tipos:

- 1) Aquellas que entran y salen de forma intacta y no hacen ningún efecto sobre la masa corporal o el estado anímico
- 2) Aquellas que provocan reacciones inmensas en el organismo: Dentro de estas se puede colocar a las drogas

Igualmente, el mismo autor menciona que el término que se da cuando se consumen drogas psicoactivas depende del efecto que haga. Por ejemplo: se le llama

“intoxicación” cuando la sustancia entra en contacto con el organismo y “ebriedad” cuando dicha sustancia tiene influencia en el ánimo

Es de esa manera, como las drogas tienen sus respectivas clasificaciones para poder ser estudiadas, según los autores como Amenábar, et al. (2001) mencionan que las drogas psicoactivas son sustancias químicas o de origen natural que producen un cambio en la mente, altera funciones mentales superiores (cognitivo), anímico y comportamental, así como la sensopercepción.

Dentro de estas drogas, se pueden agrupar a las legales e ilegales; las primeras incluyen: antidepresivos, antipsicóticos, tranquilizantes, también hierbas como: azahar, pasiflora y tila. Así mismo, se encuentran las drogas estimulantes donde entra el café, refrescos de cola, nicotina del tabaco y té negro (teína). Aquellas drogas consideradas ilegales son: marihuana, cocaína, éxtasis, alucinógenos, morfina y heroína.

Una similitud entre la clasificación de drogas mostrada arriba es la dada por Escohotado (2001), quien menciona una clasificación funcional de las drogas psicoactivas y es la siguiente:

- Eufóricas: opio, derivados del opio y cocaína
- Embriagantes: alcohol, cloroformo y bencina
- Hipnóticas: somníferos, barbitúricos
- Excitantes: cafeína, cat, cola, café, tabaco

Por otro lado, Luna (2015) puntualiza que la división de las llamadas drogas suaves y drogas duras fue introducida en 1976 por la concordancia entre la Opium Act y la política.

Barrionuevo (2017), proporciona una clasificación más específica, donde se contemplan las siguientes:

- ❖ Legales: Estas son todas aquellas que pueden ser consumidas por grandes porcentajes de la población, menciona que dentro de este grupo se encuentra: tabaco, bebidas

alcohólicas, fármacos, anabólicos y esteroides. Así como los ansiolíticos, o tranquilizantes menores los cuales disminuyen la ansiedad (mitigando estados de zozobra, inquietud o agitación), siendo medicamentos que cuentan con el primer lugar de venta, pudiendo adquirirse con o sin prescripción médica, lo cual las hace más accesibles para el consumo masivo e indiscriminado.

- ❖ Ilegales: las cuales son aquellas sustancias cuyo consumo está prohibido por la ley, estas se dividen en otros tres subgrupos que son:

I.Narcóticos o depresores: Dentro de este grupo se encuentran la marihuana, opio, morfina y heroína los cuales actúan sobre el sistema nervioso central, causando reacciones en los sentidos, intoxicación aguda, vómitos y disminución de la agudeza sensorial.

II.Estimulantes: Cocaína y anfetaminas.

III.Alucinógenos: éxtasis y LSD

Finalmente se mencionará la clasificación dada por la OMS (1994) la cual será utilizada en este trabajo, ya que al existir múltiples clasificaciones desde distintos ámbitos se consideró prudente tomar la clasificación dada a nivel mundial, con el fin de dar claridad al lector de cuál es el eje conceptual de este escrito.

- Depresoras: Alcohol, sedantes, barbitúricos, inhalantes y narcóticos.
- Estimulantes: Cocaína, crack, pastas, base libre, anfetaminas, té, café, chocolate cigarro
- Perturbadoras o alucinógenas: Polvo de ángel (PCP), peyote, psilocybina, LSD, marihuana

1.3 Efectos de las drogas en el cuerpo humano

La ingesta de una o más drogas tiene repercusiones en el cuerpo humano, tal como lo muestra la Organización Panamericana de la Salud (2005), donde se puntualiza que las drogas hacen un cambio estructural en el cerebro, provocando así repercusiones a nivel comportamental y fisiológico. Algunas de las modificaciones que hace el consumo de sustancias psicoactivas son las siguientes.

- Efectos celulares: hay producción inmediata y liberación de neurotransmisores o sistemas de segundos mensajeros a corto, mediano o largo plazo; accionando principalmente en los receptores de la membrana celular asociada en procesos de traducción de señales, pudiendo ocasionar a largo plazo alteraciones genéticas, afectando el funcionamiento neuronal y por ende el comportamiento del sujeto. De igual forma en los receptores ocasiona producciones alteradas tanto en cantidad como en función. En algunas ocasiones se puede provocar la desensibilización de receptores, alentamiento o prolongación anormal de la señal de activación de la superficie celular sin llegar a desensibilizar.
- Efectos neuronales: existen cambios persistentes en los circuitos neuronales, en algunos casos hay pérdidas relativas de dendritas en zonas como el hipocampo, provocando cambios duraderos y poco favorables a nivel conductual, así como en la memoria y el aprendizaje.

Los efectos mencionados anteriormente muestran como el consumo de drogas hace efectos significativos en la estructura del cerebro, los cuales se ven acentuados por el uso constante de esas sustancias, aunque paradójicamente el cuerpo crea la tolerancia y abstinencia, el cual es provocado por la necesidad del organismo a mantener el cambio que se le ha hecho.

A continuación, se mostrará de una forma más específica los cambios que provocan las drogas en el organismo humano de acuerdo con su clasificación proporcionada por la OMS (1994):

- I. **Depresoras:** estas sustancias desaceleran el funcionamiento y velocidad de algunas funciones físicas, así como de la actividad mental, de igual forma afectan el funcionamiento del Sistema Nervioso Central (SNC), ya que lo enlentecen y/o deprimen (relajación). Estas drogas causan euforia cuando son consumidas en pequeñas dosis, sin embargo, en dosis más altas producen: apatía, aturdimiento, desaparición de la angustia y disminuyen la tensión. Dentro de estos están:
 - Alcohol: provoca dificultades para hablar, trastornos de sueño, destrucción neuronal, trastornos hepáticos y digestivos, así como inflamación de nervios dentro del SN.

- Sedantes y barbitúricos: causan irritabilidad, disminución de memoria y comprensión, igualmente fluctuación del estado de ánimo.
 - Inhalantes: se presentan temblores, convulsiones, fluctuaciones del estado de ánimo y pueden producir paro cardíaco o respiratorio.
 - Narcóticos: provoca un estado de confusión generalizado, alucinaciones y convulsiones
- II. **Estimulantes:** estas aceleran y estimulan el funcionamiento del SNC, por la liberación de las células nerviosas de sus neurotransmisores estimulantes; causando en el consumidor la sensación de felicidad en los estados de ánimo, disminución del apetito, mantener despierto al sujeto y activar el metabolismo consecuencia de las pulsaciones del corazón. Dentro de esta clasificación encontramos:
- Cocaína: causa resequedad bucal, escalofríos, fiebre, inquietud, hiperactividad, alucinaciones, excitabilidad, temor, euforia, ansiedad, depresión y psicosis.
 - Pasta, crack y bases libres: puede llegar a causar trastorno del ritmo, infarto de miocardio, bloqueo de la conducción nerviosa del corazón e incluso la muerte por hemorragia cerebral.
 - Anfetaminas: provoca escalofrío, irritabilidad, agresividad, excitabilidad, fiebre, insomnio, euforia e hipertensión.
 - Café, té y chocolate: agitación, nerviosismo e irritación gastrointestinal.
 - Tabaco: sinusitis, trastornos circulatorios, trastornos respiratorios (bronquitis) y enfisemas.
- III. **Perturbadoras o alucinógenas:** distorsionan la percepción de la realidad (noción tiempo-espacio) alterando la química cerebral y produciendo alteraciones visuales, auditivas y táctiles, así como exageración de percepciones sensoriales sobre todo del oído y la vista. A continuación, se mostrarán más detalladamente los efectos de acuerdo a cada droga.
- Polvo de ángel (PCP): provoca crisis de angustia, pánico, depresión, paranoia y estados psicóticos.
 - Peyote y psilocybina: dolor de cabeza, disminución del ritmo respiratorio, contracciones intestinales y depresión cardíaca.

- LSD: provoca delirio, problemas respiratorios, pánico, terror, trastornos en la visión, alucinaciones visuales, paranoia, hipertensión y crisis psicóticas.
- Marihuana: ocasiona pereza, torpeza, lentitud, apatía, reducción del impulso sexual, disminución de atención y concentración, así como de trastornos de la memoria.

De la misma manera diversos autores hablan de los efectos de las drogas dentro del organismo, mencionando lo siguiente

- Tabaco (*nicotiana tabacum*): es una planta con propiedades narcóticas, la cual tiene alcaloides llamados nicotina. Se fuma, mastica o aspira y estimula el sistema nervioso central (Luna,2015).
- Anfetaminas: son un derivado de la efedrina y fue sintetizada en 1887 ya que fue utilizada como broncodilatador; las anfetaminas aumentan la dopamina, por lo que se utilizó para potenciar el rendimiento físico e intelectual, la forma de consumo es por medio de pastillas, inyecciones o fumando los cristales puros. Aun con los usos curativos que se le dió para tratar: narcolepsia, obesidad, depresión, como sobredosis con sedantes e incluso para la rehabilitación de alcoholismo; se ha encontrado que el uso constante de las anfetaminas puede provocar psicosis (Luna, 2015).Igualmente, Barrionuevo (2017) indica que son un producto de laboratorio, sintetizado originalmente en Alemania a fines de del siglo XIX, y fue utilizado durante la Segunda Guerra Mundial para levantar el espíritu combativo y la moral de la tropa, así como para eliminar el cansancio. El efecto más importante es el aumento de la actividad psicomotora.
- Marihuana: es extraída del cáñamo índico mejor conocido como *Cannabis sativa*; produce leves alucinaciones, relajación, desinhibición emocional, distorsiones sensoriales y perceptuales e inhabilidad motora y cognitiva (Sistema de vigilancia epidemiológica para las adicciones, 2016).
- Metanfetamina: Es un derivado de la anfetamina; hasta 1919 fue sintetizada como metanfetamina en Japón, donde se inició su uso experimental en el año de 1920 para combatir la fatiga ocasionada por la guerra (utilizada por soldados). Posteriormente, se vendió el inhalador Bencedrina; subsiguientemente la dexanfetamina o dexedrina

y fue hasta 1938, que salió a la venta la metanfetamina o Methedrin y en el año 1954 el metilfenidato o ritalín (Luna, 2015).

- Heroína o “droga heroica”: es heredera directa de la morfina, y fue denominada droga heroica por los Laboratorios Bayer (donde fue creada) por su potencia y propiedades que es tres veces más potente que la morfina. Al ser consumida generalmente por inyección intravenosa, puede producir intensa sensación de tranquilidad o sedación, también causa estados de excitación o euforia (Barrionuevo, 2017). La heroína, según el Sistema de vigilancia epidemiológico para las Adicciones (2016), es un opioide; derivado de la morfina por lo que es semisintético y crea en el consumidor efectos de euforia y analgésico de gran potencia teniendo mayor riesgo de ser adictivo en comparación con otros analgésicos narcóticos.
- Cocaína: es un estimulante que afecta directamente el SNC, produciendo incremento en el estado de alerta, provocando sentimientos intensos de euforia, así como inhibición de la necesidad de dormir y del apetito (Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones, 2016). Por su parte, Barrionuevo (2017) puntualiza que esta droga da resistencia física, pero acelera el ritmo cardíaco, provocando parálisis muscular y dificultades respiratorias que pueden desembocar en un coma respiratorio.
- Éxtasis: esta droga es un derivado de la anfetamina (Luna, 2015), por su parte, Barrionuevo (2017), indica que su peligrosidad se debe principalmente en que puede causar la muerte por deshidratación o paro respiratorio.
- Inhalables o solventes: son los hidrocarburos solventes volátiles obtenidos del petróleo y gas natural; causan efectos psicotrópicos que son similares a los que producen otras sustancias sedantes e hipnóticas. Provocan perceptuales temporales y distorsión sensorial (Sistema de vigilancia Epidemiológico para las Adicciones, 2016).
- LSD: es un alcaloide derivado de un hongo que ataca al centeno, descubierto por el químico suizo Albert Hofmann en 1943; provoca mareo, excitación y visiones de formas con colores vivos y cambiantes (Barrionuevo, 2017).
- Alucinógenos: sustancia que altera mente, emoción y comportamiento, sus efectos se asemejan a la psicosis (impresiones falsas sensoriales), puede provocar

desorganización de la personalidad (Sistema de Vigilancia Epidemiológico para las Adicciones, 2016).

Con la clasificación de las drogas y la mención de sus efectos, se puede observar que consumirlas hacen cambios significativos en el funcionamiento normal dentro del organismo humano, creando la llamada dependencia, que se ocasiona en aquellos que tienen una mayor ingesta, sufriendo cambios permanentes, tal como lo mencionan Amenábar, et al. (2001), quienes dicen que a las personas que tienen en frecuencia y duración un mayor consumo de drogas, pueden considerárseles dependientes, ya que les resulta difícil el no consumirlas, y es posible que creen adicción o dependencia psicológica, pues muchas de esas sustancias producen cambios en el sistema nervioso, llamado neuro adaptación (adaptación de las neuronas al consumo continuo de drogas), donde se crea la necesidad del organismo hacia la droga para que este pueda tener un buen funcionamiento.

De igual manera se presenta la “tolerancia”, donde el individuo necesita consumir mayores cantidades de sustancias psicoactivas para obtener el efecto que se desea alcanzar, creando en el sujeto el “ síndrome de supresión o síndrome de abstinencia” el cual la OMS (1994), definió como un conjunto de síntomas que no son agradables para el sujeto presentándose de forma severa, lo cual sucede cuando se interrumpe o reduce el consumo reiterado de sustancias psicoactivas las cuales fueron ingeridas en altas dosis o con una gran prolongación de tiempo, lo cual puede provocar trastornos a nivel psicológico y físico.

Por otra parte, dentro del consumo se plantea el término de adicción, la cual fue definida por la OMS (1994), como el estado psicofísico que se caracteriza por un uso repetido de varias sustancias psicoactivas, llevando al consumidor a una intoxicación permanente, existiendo en el sujeto compulsión para consumir sustancias y presentando una imposibilidad de interrumpir o modificar el consumo, ya que se busca sentir los efectos producidos por la droga o evitar los síntomas que se presentan al no consumirla, pues suelen ser desagradables.

Escohotado (2001), refiere que en el consumo de drogas están inmersas cosas como el “coste de la ganancia” y la “adaptación del organismo” para adaptarse a la intoxicación; dentro del coste, se engloban los efectos secundarios indeseados a nivel orgánico como mental; mientras que la adaptación da paso al llamado “factor de tolerancia” que es el emparejamiento o costumbre a la sustancia externa que provoca cambios dentro del cuerpo, creando en el individuo resistencia al consumo cada vez más grande de las sustancias para igualar al efecto deseado que se obtenía con menos dosis pudiendo resultar en la intoxicación .

Es de esa manera como la American Psychiatric Association (1994), mencionó que se considera adicción a sustancias, cuando existe un patrón desadaptativo el cual lleva al deterioro o malestar clínico significativo del sujeto y es identificado por tener tres o más de los siguientes puntos:

1) Tolerancia, caracterizada por:

- Necesidad de consumir grandes cantidades de las sustancias para alcanzar el efecto o intoxicación que se desea.
- Disminución del efecto al consumir las mismas cantidades de la sustancia por el uso continuo de estas.

2) Síndrome de abstinencia:

- Consumo de la sustancia u otra del mismo tipo para que se alivien o eliminen los síntomas provocados por la supresión.
- Consumo frecuente de las sustancias en mayores cantidades o mantenimiento de periodos más prolongados de lo que se tenía planeado.
- Esfuerzos fallidos al querer controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- Dedicación considerable de tiempo al tratar de obtener la sustancia.
- Reducción de actividades importantes (sociales, recreativas, laborales).

- Consumo persistente de la sustancia, aun teniendo conocimiento de los problemas que acarrea a nivel físico, psicológico, etc.

Conviene subrayar, que dentro del estudio de las drogas existen muchos términos que es prudente conocer, es por ello que el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones (2016), ofreció las siguientes definiciones básicas, que son mayormente utilizadas dentro del tema de drogas:

- Abuso: Introducción excesiva de una droga, de forma habitual o intermitente, dentro del cuerpo que no guarda correlación con la terapia médica.
- Adicción: Necesidad desarrollada dentro de un organismo ante una sustancia, situación u objeto, para sentir los efectos físicos y así poder seguir funcionando de forma habitual.
- Adicto o farmacodependiente: Sujeto dependiente a una o múltiples sustancias psicoactivas.
- Consumo de sustancias psicoactivas: En este rubro se incluyen distintos patrones de uso y abuso de sustancias variadas como medicamentos, tóxicos naturales, ya sean químicos o sintéticos.
- Historia natural del consumo de drogas: Es el orden de manera cronológica en que el paciente inició a consumir las 3 primeras drogas.
- Patrón de consumo: Es la forma en que el posible paciente mantiene su consumo de una o varias drogas, y se observa la forma característica y el orden consecutivo del consumo de sustancias desde el inicio hasta la actualidad
- Poliusuario: Cuando se consumen más de una droga.

1.4 Estadísticas de drogas ilegales de mayor demanda y accesibilidad para jóvenes institucionalizados de 13 a 17 años de la Ciudad de Oaxaca

Luna (2015), aclara que a principios del siglo XX los usuarios que consumían drogas eran vistos como enfermos y la adicción tratada como un problema de salud, donde debían ser tratados por psicólogos que los ayudaran a rehabilitarse y no se veía desde las

leyes, donde tenían que ser condenados como otros infractores de la ley, lo cual fue cambiando con el paso del tiempo y los acuerdos tomados por tribunales y estados.

Por otra parte, la estadística sobre la ingesta de drogas en el país de México del año 2019, puede verse en los informes que proporciona el gobierno de México, donde la Comisión Nacional contra las Adicciones publicó en el año 2019 una investigación en la cual hacía una comparación del año 2011 al 2016-17. En uno de los rubros “Personas que han consumido cualquier droga al menos una vez en su vida”, mostró que hubo un incremento considerable. Para la recolección de datos, se trabajó con 56,877 sujetos pertenecientes a cualquiera de las 32 entidades federativas, contempló a hombres y mujeres de 12 a 65 años, los resultados fueron los siguientes:

Para el año 2011 los hombres que consumieron alguna vez representaban el 13% de la población, teniendo un aumento para los años 2016-17, de 16.2%. Las mujeres en 2011 mostraban ser el 3.0% de la población que consumía algún tipo de droga, teniendo un incremento para los años 2016-17, de 4.8%.

Haciendo la acotación de edad que se pretende en este trabajo, se mostró que el consumo en hombres de entre 12 a 17 años era de 6.6% y de hombres de entre 18 a 34 años fue de 22.8%. Por otra parte, las mujeres de entre 12 a 17 años representaban el 6.1% y las mujeres de entre 18 a 34 años fue de 7.5%.

Otro factor analizado fue la distinción entre el consumo de drogas médicas legales de las ilegales “alguna vez en la vida”, se mostró que dentro del consumo hecho por hombres de entre 12 a 17 años hacia el consumo de drogas médicas pasó de 0.3 % a 0.5 % y en hombres de entre 18 a 34 años de 2.1% pasó a 2.5 %; El consumo de drogas ilegales “alguna vez en la vida” pasó en 2002 de 4.6 % a 9.9% en 2016; ese incremento se colocó entre los años de 2011 a 2016 fue significativo en hombres (de 8 % a 15.8%) y en mujeres (de 1% a 4.3%).

Con respecto a otro rubro llamado “consumo de cualquier droga” presentado por la Comisión Nacional contra las Adicciones (2019), se mostró que en el año 2016 el consumo de drogas por parte de hombres entre los 12 y 17 años era del 1.7%, y en hombres

de 18 a 34 años era de 4.8%; de mujeres de 12 a 17 años fue de 0.8% y de mujeres de entre 18 a 34 años fue de 0.7%.

Un dato que se recoge de la encuesta del año 2011 fue que, los consumidores de cualquier droga habían desarrollado dependencia al menos 546 mil sujetos (0.6%), de los cuales 445 mil (1.1%) eran hombres y 99 mil mujeres (0.2%); Para el 2016 se encontró que los sectores masculinos que tendían a crear dependencia a las drogas oscilan entre los 18 a 34 años (2.0%) en comparación con los hombres de 12 a 17 años (0.7%); mientras que en las mujeres las que desarrollaban mayor dependencia, estaban en un rango de edad de entre 12 a 17 años (0,5%), en comparación con mujeres de 18 a 34 años (0.3%).

Por otra parte, el consumo de drogas ilegales de la población mexicana para el año 2016 fue en incremento (2.2 millones – 2.7% de la población), donde el 4.4 % eran hombres (1.8 millones) y el 1.1 % eran mujeres (474 mil). De aquellos hombres consumidores eran adolescentes de entre 12 a 17 años quienes en 2011 de ser 1.5% (207 mil) de población consumidora pasó a ser para 2016 de 2.9% (414 mil); resultando ser 3.4% (248 mil) consumidores hombres y 2.3% (165 mil) mujeres.

A la par se realizaron encuestas a estudiantes de nivel primaria (5° y 6°), secundaria y bachillerato, pertenecientes a las 31 entidades federativas de la ciudad de México. En dicha encuesta se mostró que los estudiantes de secundaria (de 13 a 15 años), consumen cualquier droga alguna vez en la vida, arrojando que los hombres y mujeres de este nivel académico muestran un total similar en el consumo de drogas, ya que los hombres tenían un porcentaje de 12.8%, mientras que las mujeres contaban con el 12.1%. Estas cifras fueron cambiando y emparejándose en hombres y mujeres en el último año de secundaria ya que ambos tenían el 8.7% de haber consumido cualquier droga alguna vez en su vida. Es, en el último mes de secundaria, cuando el porcentaje tiene un decremento y ligera variación ya que los jóvenes muestran un 5.7% de consumo mientras las mujeres muestran el 5%.

Igualmente, las encuestas mostraron cuál era la prevalencia de los jóvenes que consumieron drogas ilegales alguna vez en la vida; de esa información se pudo rescatar que, en el último año de secundaria, los hombres consumían drogas ilegales en un

porcentaje de 7.6% mientras que las mujeres el 6.5% y que el último mes de secundaria los hombres tenían un consumo de 4.8% y las mujeres el 3.7% de consumo.

El consumo de todas las drogas también mostró ser diferente para comunidades rurales a urbanas, ya que el consumo de drogas ilegales en zonas urbanas era de 18,3% cifra por arriba de las arrojadas en zonas rurales que tenía el porcentaje de 11.2%; por otra parte diferenciando el consumo de la droga de marihuana se encontró que el consumo de esta droga en zonas urbanas era de 11.6%, mientras que en zonas rurales era del 5.2%, por su parte las drogas inhalables tenían un porcentaje de consumo en zonas urbanas de 6.2% mientras en las zonas rurales era del 3.9%.

Otro punto que se puede observar es que la droga de mayor consumo es la marihuana; aquellas personas que lo consumieron alguna vez en la vida incrementaron del año 2002 al 2017, donde el consumo de la marihuana era de 3.5 % pero para los años 2016- 2017 esa cifra subió a 8.6%. En el caso de los jóvenes de entre 12 y 17 años igualmente hubo un incremento en el consumo de marihuana ya que en 2014 el consumo por parte de los estudiantes en primaria (quinto y sexto) era de 106 mil alumnos (2.3%) y para alumnos de secundaria y bachillerato que probaron marihuana alguna vez fue del 10.6% (1.1 millones) dividiéndose en un porcentaje de 12.9% de consumo por parte de los hombres y 8.4% para el consumo de mujeres.

Los datos mostrados anteriormente se contrastan con los encontrados en 2016, los cuales mostraron que la marihuana es la droga ilegal más consumida, donde los estudiantes consumen alrededor de 7.6% en nivel secundaria y en bachillerato el 9.2%.

Por otra parte, la prevalencia arrojada en los estudios hechos por la Comisión Nacional contra las Adicciones (2019), mostró que la cocaína es la segunda droga ilegal en México que tiene mayor consumo, ya que la población que la “ha consumido alguna vez en la vida” asciende a 3 millones 5 mil 431 personas en 2016 mientras que, en 2002, el número de consumidores era de 857 mil 766.

Igualmente, autores como Villatoro, et al. (2016), mencionan que gracias a las encuestas epidemiológicas se obtuvo información, que, en México, sin considerar el

tabaco y el alcohol, la marihuana fue la primera droga de uso en los primeros años de 1980; posteriormente los inhalables eran los de mayor demanda. Sin embargo, en 1990 la marihuana vuelve a colocarse en primer lugar, ya que tenía mayor preferencia por los estudiantes, pasando a los inhalable.

Estos mismos autores indican que a nivel nacional, los alumnos de secundaria y bachillerato. Mostraron que el 35% de jóvenes bebió alcohol, teniendo una prevalencia de secundaria a bachillerato de 24.2% a 54,3%. Las estadísticas arrojaron que la edad promedio para iniciar el consumo de drogas en hombres es de 12.4 años y en mujeres de 12.8 años.

Por otra parte, en el estado de Oaxaca, el Centro de Integración Juvenil (2018) mostró que las cifras fueron: consumo excesivo de alcohol (3.2%), tabaco (3.3%), cualquier droga alguna vez (3.5%), marihuana (2.5%) e inhalables alguna vez (1.8%). Por su parte, los alumnos de secundaria y bachillerato del estado de Oaxaca mostraron los siguientes porcentajes: Consumo excesivo de alcohol (9.6-%), tabaco (7.7-%), cualquier droga alguna vez (15.2%), marihuana alguna vez (8.5-%), inhalables alguna vez (6.0%) y cocaína alguna vez (3.0%), teniendo en cuenta que el consumo de alcohol, tabaco y marihuana fue un porcentaje significativamente menor en comparación al obtenido a nivel nacional.

Cerrando, podemos recalcar que estos mismos investigadores establecen que las preferencias de drogas a consumir por parte de los jóvenes son: marihuana en 10.6%, inhalables 5.8% y cocaína 3.3%.

CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS

El consumo de drogas ilegales por parte de jóvenes de entre 12 y 17 años ha incrementado, según las estadísticas mostradas en el informe sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención integral (2019), llevando a los muchachos a caer en dependencias que les provocan tener cambios a nivel cognitivo, fisiológico y conductual; en algunos casos los jóvenes se colocan en situaciones de riesgo que los llevan a infringir las leyes y/o abandonar la escuela.

Con el paso del tiempo muchos jóvenes van creando la llamada adicción, pues al estar en primer contacto con las sustancias tóxicas van teniendo “tolerancia”, pasando a otro tipo de drogas; es por ello que de forma personal los jóvenes solicitan apoyo psicológico o terceros lo solicitan con la firme idea de ayudar a sus jóvenes.

Sin embargo, son muchos los usuarios que desconocen cuál sería la opción de tratamiento más eficiente y contundente en el problema, debido a eso se someten a tratamientos que no les dan resultados aparentemente reales, causando en los usuarios una decepción en el tratamiento y abandono de nuevas posibilidades.

2.1 Descripción del problema

En la actualidad la presencia y apertura de la utilización dentro de la terapia psicológica guiada por una corriente particular del psicólogo se ha hecho latente, es de esa forma como se presenta la cognitivo- conductual, humanista y Gestalt cada una con su propia forma de llevar y guiar a sus pacientes, sin embargo la terapia cognitivo- conductual tiene más estudios que avalan su efectividad, dado que múltiples especialistas de la salud mental la consideran como la mejor opción para intervenir en los tratamientos destinados a los pacientes.

Sin embargo, se considera que es necesario que los futuros pacientes tengan un bosquejo de lo que trata cada enfoque, la forma de intervención, y cuáles son los resultados que han obtenido en intervenciones anteriores; sobre todo en el tema de adicciones pues al estar en riesgo la vida, se debe de estar preparado.

Teniendo ese conocimiento el solicitante de la atención psicológica podrá tomar la decisión de pedir la intervención psicológica que se adapte más a sus necesidades y características particulares, ayudando al cumplimiento de sus metas y reducción de demandas.

2.2. Justificación

El trabajo del psicólogo es muy amplio, ya que es el encargado de encontrar soluciones a las dificultades de la salud mental, donde busca prevenir, evaluar y tratar los problemas de orden mental que acontecen a cada sujeto para que estos puedan tener un funcionamiento óptimo en sus labores y vida cotidiana.

Es por ello por lo que los especialistas de la salud mental deben de contar con un acervo instrumental y técnico amplio, para poder dar alternativas a sus pacientes, lo cual no cambia con usuarios que buscan apoyo en el tema de dependencia y/o adicción a drogas ilegales, las cuales tienen un impacto negativo de forma integral dentro de aquel que las consume.

De igual manera, se considera que el psicólogo debe de tener una preparación y un conocimiento amplio dentro del tema, para así poder orientar y tratar a su paciente en la resolución de conflictos y de ser necesario en la reinserción de los pacientes con problemas de drogas.

Sin embargo, dentro de la psicología existe un amplio bagaje de corrientes cada una con sus propias técnicas, posibilitando que la terapia sea diferente y se conduzca al paciente de distintas maneras, algunas pudiendo ser más efectivas que otras para el sujeto.

Es por ello que se cree necesario verificar cuales son las herramientas de cada enfoque para tratar a jóvenes con problemas de drogas y de igual manera saber si los resultados que arrojan son alentadores, para que los usuarios o familiares de usuarios tengan un panorama real de qué terapia puede ser recibida con mayor facilidad por parte del posible paciente, pudiendo acarrear cambios favorables y permanentes; facilitando la búsqueda de un profesional de la salud y disminuyendo la aversión tanto al tratamiento psicológico como a la utilidad de este dentro de la vida del sujeto.

2.3 Preguntas de investigación

Tras la revisión literaria y descripción de la problemática percibida surgen las siguientes interrogantes.

¿Cuentan los psicólogos con las herramientas suficientes para enfrentar la problemática de jóvenes con problemas de adicción?

¿Cuál es el enfoque psicológico que cuenta con mayor técnicas y herramientas para abordar el tema de la drogadicción en jóvenes?

2.4 Objetivos de la investigación

Objetivo general

Explorar dentro de los enfoques teóricos: gestalt, humanista y cognitivo-conductual la forma de intervención dentro del campo del consumo de drogas ilegales.

Objetivo específico

- Identificar las técnicas de trabajo y resultados idóneos en el tratamiento de adicciones, desde los tres enfoques.
- Describir un análisis crítico sobre la efectividad de las técnicas psicológicas aplicadas en el tratamiento de jóvenes con adicciones a drogas ilegales.

2.5 Consideraciones de análisis

Para llevar a cabo el análisis teórico del presente manuscrito se organizó de acuerdo a dos consideraciones, la primera es una descripción de los diversos enfoques psicológicos de atención: el enfoque Gestalt, el cognitivo-conductual y el modelo humanista, se analizarán sus fundamentos y algunos modelos metodológicos para la atención a jóvenes consumidores, posteriormente se realizará una sugerencia de trabajo retomando estos modelos de atención para futuras aplicaciones en el campo de atención a las drogas a jóvenes.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS MODELOS PSICOLÓGICOS Y SUGERENCIAS DE INTERVENCIÓN

En el presente capítulo se realizará una descripción analítica sobre algunos modelos psicológicos de atención para tratar con jóvenes consumidores de drogas, tras este análisis se realizará una sugerencia de trabajo metodológico para la atención de la misma problemática.

3.1 Factores de riesgo asociado al consumo de drogas en jóvenes

Escohotado (2001), sugiere que para tratar a jóvenes con problemas de adicción o de dependencia a drogas ilegales se deben considerar tres esferas que pudieron o pueden ocasionar a un joven sea más susceptible al consumo y dependencia de drogas estas son:

- 1) Primera esfera: el sujeto puede buscar alivio del dolor, sufrimiento y desasosiego; entendiendo dolor como la respuesta inmediata ante alguna lesión; sufrimiento a la respuesta ante una pérdida actual y desasosiego que no le permite dormir, concentrarse o simplemente existir sin sentirse angustiado. Parece que aquellos que consumen por estas razones buscan “paz interior”; el consumo puede ir desde la búsqueda de una sutil hibernación hasta el embrutecimiento total.
- 2) Segunda esfera: se relaciona con esa ajenidad que pudo llevar al joven a consumir drogas, tomando elementos de la pereza, impotencia y aburrimiento que lo llevan a tener tiempo suficiente para buscar y consumir drogas. En este grupo podrían entrar los jóvenes que buscan energía.
- 3) Tercera esfera: se relaciona con la curiosidad intelectual y la inclinación a querer experimentar, los cuales están mal adaptados a una vida inmersa en rutinas y anticipada por otros, cuya aspiración es abrirse horizontes propios. Los muchachos que consumen drogas por esta razón podrían encontrar un recorrido en su ánimo y conciencia.

Es de esa manera como Maturana (2010) considera a los adolescentes como un sector de riesgo ya que están en un proceso de cambio, a nivel físico y mental, donde los valores, creencias e intereses cambiarán o se fijarán, dando paso a la creación de su

identidad personal con la marca del desarrollo cognitivo, fisiológico y conductual. Igualmente menciona que esas modificaciones serán influidas por los cambios que suceden en el cerebro ya que estará en constante modificación por los estímulos que les corresponderá registrar.

Sin embargo, este autor menciona que el área que tardará más en desarrollarse dentro del adolescente es la corteza prefrontal que tiene como algunas de sus funciones: planificación, toma de decisiones y la creación del juicio, lo cual llevará al joven a exponerse a mayores situaciones de riesgo.

Se menciona lo anterior ya que múltiples autores (Fergusson, Boden, & Horwood, 2006) relacionan que los jóvenes se encuentran vulnerables ya que consumir drogas a esa edad los pone frente a las llamadas “drogas puerta de entrada”, las cuales causan cambios neurobiológicos, produciendo en el sistema nervioso central una mayor respuesta a otras sustancias adictivas. Haciendo latente la probabilidad de que los jóvenes que consumen sustancias como tabaco o alcohol tengan la inclinación por buscar otro tipo de drogas de orden ilícito. De la misma forma Maturana (2010), indica que, aunque no es obligatorio que al probar una droga a temprana edad se salte a otro tipo de drogas, si existe una relación ejemplificativa, donde los jóvenes de entre 12 y 13 años que prueban alcohol pueden tener un 65% más de probabilidad de consumir drogas como la marihuana y aquél que probó esta última droga aumenta en un 104 de probabilidad de incursionar en la cocaína.

Es así como Maturana (2010), plantea los cambios a los que se ve expuesto el adolescente y que lo hacen estar en una zona riesgosa y vulnerable ante el consumo de drogas:

1. Necesidad de reafirmación: en esta parte los jóvenes están en la formación de su identidad, lo cual los lleva a una preocupación constante por su imagen y cómo son vistos por los demás
2. Necesidad de transgresión: que actualmente la encuentran en relaciones sexuales y consumo de drogas sin cuidados.

3. Necesidad de conformidad intragrupal: Es la necesidad del joven de pertenecer a un grupo social.
4. Sensación de invulnerabilidad: los jóvenes creen que no están expuestos a posibles peligros, ya que consideran son capaces de manejar esas situaciones.
5. Rechazo de la vida adulta: buscan su independencia a nivel de cuidado parental
6. Susceptibilidad ante las presiones del entorno: el joven puede absorber muchas cosas del exterior, buscando la ganancia de experimentar sensaciones nuevas.

Este mismo autor menciona que algunas de las razones por las cuales el adolescente puede probar y posteriormente engancharse a las drogas son: curiosidad, placer y “soporte artificial”, esto último trata de aquello que los jóvenes son incapaces de encontrar por otra vía que no sea por consumo de productos externos como las drogas. Indica que al ser las razones del consumo de drogas un asunto multicausal, se pueden extraer cuatro posibles alentadores al consumo de dichas sustancias

- 1) Variable ambiental, social y sociodemográfica: amigos, familia, escuela, medios de comunicación.
- 2) Variables individuales: cognitivas y habilidades.
- 3) Variable evolutiva: propias de la etapa por la que se pasa, que es la adolescencia.
- 4) Variables de dificultades mentales: baja autoestima, ansiedad, estrés, etc.

3.2 Enfoque Gestalt

Adentrándonos en los enfoques teóricos que se han empleado para la intervención psicológica, iniciemos con el modelo Gestalt, también llamado psicología de la configuración o de la forma.

Rivera (2017), menciona que fue Fritz y Laura Perls los pioneros de este enfoque en el año de 1949; la palabra Gestalt es de origen alemán y se traduce en “figura” o “configuración”, estudiando las sensaciones y leyes perceptuales donde se engloban: relación de figura-fondo, ley de cierre o clausura, ley de membresía, agrupamiento y proximidad, ley de semejanza y ley de buena continuidad; y estudia cuál es el

funcionamiento dentro de la vida cotidiana del sujeto. Desde este enfoque se considera que las experiencias de los sujetos son subjetivas.

Este enfoque está permeado por los fundamentos del existencialismo y la fenomenología, tal como lo menciona Perls (1975), quien aclara que, de estos fundamentos, se distingue que la fenomenología es una disciplina que sirve para que el sujeto logre un distanciamiento entre él y su forma de pensar usualmente, lo que lo llevará a tener una apreciación diferente de lo que siente y percibe, así como de aquello que está ocurriendo y de los residuos del pasado.

Dentro de la fenomenología se pretende llegar a la comprensión de lo obvio de la situación y dejar de lado la interpretación anticipada que se puede dar, esa comprensión tiene el nombre de lo “dado”, para llegar a ello dentro de la fenomenología se utiliza lo vivencial, que es entrar y salir de la situación para “darse cuenta sensorialmente” de lo que está dado, sin embargo, para llegar a esa separación de lo que es y de lo que es mera interpretación se necesita disciplina.

Por otra parte, el fundamento existencialista tomado por la terapia Gestalt según Rivera (2017), es “la responsabilidad” que el sujeto debe tomar para tener un papel activo sobre su propia existencia, así como sus acciones; se plantea que las personas siempre están rehaciéndose y no existe una esencia de la naturaleza humana que se descubra en su totalidad, pues el individuo constantemente se redescubre.

Se debe de considerar lo dicho por Giraldo y Cuervo (2009), quienes indican que el objetivo de este enfoque y tipo de terapia es, llevar al sujeto a través del crecimiento y autonomía personal a la expansión de la conciencia, así como identificar y reconocer, el origen y proceso de los conflictos o conductas sociales inadecuados, usando como indicadores las señales dolorosas creadas por polaridades o en su defecto analizar aquellas situaciones que no se cerraron de forma satisfactoria o totalmente.

Es por ello que Varas (2011) considera que dentro de la Gestalt el individuo se mueve en un “campo”; el cual debe ser conocido por el terapeuta, para que este pueda entender aquel problema actual en el que se ve enredado el paciente, ya que ese contexto

del individuo, llamado campo, dará las herramientas necesarias para trabajar teniendo en cuenta que se mueve y cambia constantemente; es por ello que se debe de considerar que ese campo influirá en el sujeto.

De igual manera Perls (1975) considera que, dentro de la creación del carácter del individuo, influye la relación que tiene el sujeto con el mismo, con terceros y con el “todo”; lo que influirá y permeará en el campo donde se desarrolle y viceversa, el campo o contexto será crucial para el desarrollo dentro y fuera del sujeto. Y si existe una relación satisfactoria entre el sujeto y el ambiente (campo) se formará un individuo normal, si por el contrario la relación es conflictiva el sujeto se formará como un ser “anormal”.

De la misma manera en Varas (2011) se menciona que dentro de este enfoque existe el término “límite de contacto”, el cual se refiere a que existe una relación unificada entre el “organismo” y el ambiente, pero aún con eso existe un límite que diferencia a uno del otro, donde se crea una reciprocidad entre ellos llamada “opuesto dialéctico” y es por ello que el organismo debe encontrar los “suplementos” para sobrevivir en el ambiente.

Por otra parte, Perls (1975) indica que en este enfoque se toma en cuenta la perspectiva holística, que es un concepto de campo, aquí se considera que el organismo humano es una unidad, tal como lo es el organismo/ambiente. Es decir que existe la integridad entre la mente, lo físico y el comportamiento.

Otro concepto mencionado por Varas (2011) es el “Self, sí mismo”; este es considerado el más significativo dentro de este enfoque, el Self es la función de contactar y llegar al ajuste y por ende a la adaptación, el Self ocurre durante la interacción del entorno con el organismo. Se considera que cuando existe un Self inhibido se crea la neurosis (incapacidad de pensar a las circunstancias como cambiantes).

Igualmente, Spagnuolo (2002) considera que la Self está relacionada con la experiencia, colocándolo como un funcionamiento del organismo con el entorno de manera espontánea y deliberada.

Otro concepto utilizado es el llamado “darse cuenta”, el cual según Müller y Müller (2009) es el proceso de tener apertura hacia aquello que está presente

materialmente (lo que “es”) y lo que se da en el contacto (sensación), de igual manera tiene que ver con una percepción relajada. Stevens (1976) indica que existen tres tipos de “darse cuenta” que son:

- 1) El darse cuenta del mundo exterior: existe una relación entre el contacto sensorial actual con: objetos, eventos y los sentidos (vista, olfato, etc.)
- 2) El darse cuenta del mundo interior: aquí se relaciona el contacto sensorial actual con eventos internos del presente físicamente hablando como; tensiones musculares, manifestaciones físicas de sentimientos y emociones, que causan molestia en el cuerpo.
- 3) El darse cuenta de la fantasía: se incluyen los procesos mentales como el pensamiento, imaginación, etc., los cuales no solo transcurren en el presente.

Otros conceptos manejados dentro de la Gestalt son el “aquí y ahora” y son considerado por Varas (2011) como algo que se incentiva dentro de este enfoque, ya que busca que el sujeto sea consciente de sus experiencias sensoriales que vive en el presente; y es por ello que se considera a la terapia Gestalt como una terapia vivencial, pues se le pide al paciente que vuelva a revivir problemas y traumas del pasado, los cuales siguen repercutiendo en su presente en forma de asuntos inconclusos; dentro de esta terapia se lleva a que el sujeto sea consciente de su cuerpo y su estar en ese preciso momento.

Por otro lado, Rivera (2017) plantea otro concepto que es el “ciclo de la experiencia o contacto-retirada”, puntualiza que este término tiene relación con el flujo del organismo, el cual tiene un desarrollo de formación y posterior destrucción de una Gestalt; mencionando que el organismo sano es capaz de tener autorregulación, conocer sus necesidades (figuras) relevantes y resolver figura por figura. Dentro de este ciclo hay ocho estadios, que al ser identificados pueden ser de ayuda al momento de hacer diagnósticos ya que al encontrar cuál etapa causa problema se puede desbloquear y continuar con el ciclo, estos momentos o estadios son:

1. Reposo: aquí se representa a un sujeto sano en estado de “vacío fértil”, donde el “ser” tiene un sentimiento de plenitud, en este estadio existe la posibilidad de creación de

gestalt; se desea resolver una necesidad y se puede evidenciar una patología resultado de la inexistencia de una necesidad.

2. Sensación: Percibir a través de los sentidos cuando existe un déficit que se hace presente físicamente pero que aún el sujeto desconoce.
3. Formación de la figura: aquí se reconoce la necesidad y se genera una tensión que va hacia la satisfacción; ya se presenta la figura de necesidad de forma clara y se inicia el objetivo de la sensación. En esta parte, el organismo se ha percatado y diferenciado aquello que es de él y lo otro que necesita satisfacerse.
4. Energetización: La sensación que ya se ha hecho consciente se agranda y llama la atención a través de la excitación de las funciones sensoriales y motrices. En esta parte se utiliza la “energía indispensable” para realizar la demanda y se potencia la energía hacia la acción. Esta parte sirve para que la conducta pueda adaptarse y no quede bloqueada por la estructura del carácter y resistencias mentales.
5. Acción y movilización de la energía: aquí se genera una acción mental real para poder hacer “contacto” y que exista la acción externa y movilización corporal.
6. Hacer precontacto: se entra en contacto con el elemento de campo positivo, el cual ayudará a saciar la necesidad y apartar lo negativo, esto también se puede nombrar como “objeto catexial”.
7. Consumación o contacto: el contacto es llevado a la acción y es suficiente tanto en cantidad como en calidad.
8. Post contacto o retirada: en esta parte se experimenta la satisfacción resultado de la acción; se inicia la “desenergetización” el cual da reposo, asimilación y alineación de aquella experiencia dentro de la conciencia, encontrándose un equilibrio transitorio. En esta parte ya se completó la satisfacción a la necesidad, la cual deja de influir sobre el organismo, que a su vez es libre para crear nuevas gestalten o nueva experiencia.

Por su parte, Varas (2011) menciona que la interrupción de alguna etapa dentro de este ciclo de la experiencia, puede traer efectos poco favorables al sujeto, ya que la interrupción es aquello que pasa cuando una “figura” está siendo tratada y entra otra figura que es más relevante y tiene mayor energía, lo cual causa la interrupción de la figura anterior en cualquier parte del ciclo, causando la falta de satisfacción de la necesidad, se

considera que cuando la figura que aparece no se contacta o se desea evitar se llama “interrupción neurótica”.

Otros puntos por considerar dentro de este enfoque son los planteados por Stevens (1976) quien puntualiza, que dentro de esta corriente existen los llamados mecanismos de evitación de contacto y su respectiva clasificación. Rivera (2017) plantea que estos mecanismos son vistos como mecanismos neuróticos, que tienen funciones específicas y las cuales pueden provocar dentro del sujetos ciertos desajustes comportamentales; esos mecanismos se mencionan a continuación:

- Introyección: aquí se toman las cosas de afuera, como las normas sociales para vivirlas como propias, igualmente se agranda el límite de contacto. Se debe tomar en cuenta que existe un “peligro” en la introyección ya que aquel sujeto que introyecta no tiene la posibilidad de desarrollar su personalidad e incluso puede llegar a no conocerse; se considera que este mecanismo es neurótico, ya que se toman actitudes, pensamientos y sentimientos que no le pertenecen como tal al sujeto y es de esa manera como el individuo llega a ser y hacer lo que los demás quieren.
- Proyección: el sujeto supone lo que el otro siente, coloca en las otras personas cosas que le pertenecen a él pero que no reconoce como suyas, a diferencia de la introyección aquí se responsabiliza al ambiente de aquello que es originario internamente en el individuo. En este caso la persona le hace y acusa a los otros de que son ellos quienes lo afectan.
- Confluencia: el individuo siente que se vuelve “uno mismo” con los otros y con el ambiente, no hay límite y por ello no puede crear buenos contactos con los otros ni contactarse consigo mismo. Por qué el individuo siente que existe un “nosotros”. Cuando la confluencia es patológica el individuo no logra identificar quién está haciendo algo o que cosa le hace a quien. Es cuando el sujeto no puede manipular sus condiciones para enfrentar sus necesidades de sobrevivencia.
- Retroflexión: significa volverse atrás intensamente en contra, aquí el sujeto marca una “línea” entre él y el ambiente, sin embargo, también la marca en medio de sí mismo. El sujeto con retroflexión se hace a sí mismo lo que le gustaría hacer al otro.
- Deflexión: El sujeto evita o desvía sus deseos o necesidades.

a) Intervención a jóvenes con problemas de adicción

Adentrándose al tema de las drogas, Jaramillo (2010) menciona que el enfoque Gestalt, concibe al consumo de estas sustancias como una auto interrupción por parte del individuo ya que busca evitar lo que siente, su presente, modo de vida, frustraciones e incluso sus huecos de autopercepción

Téllez (2005) menciona que la adicción es el proceso evitativo que utiliza el sujeto para eliminar la realidad que le es dolorosa o intolerable y que es una relación patológica que se puede enganchar con personas, sustancias, eventos, etc., provocando una alteración al estado anímico y teniendo repercusiones negativas a nivel fisiológico, cognitivo, emocional e incluso espiritual.

Por otra parte, autores como Giraldo y Cuervo (2009) consideran que la adicción solo puede ser un síntoma, y el problema puede residir en que el sujeto tenga un “trastorno de la personalidad- grupo C” conocido como “trastorno por dependencia”.

Asimismo otra consideración dentro de este enfoque, es el dado por Latner (1978) quien menciona que el desarrollo de la figura – fondo dentro del sujeto, depende en gran medida del estado de salud del individuo, ya que así podrá o no tener un funcionamiento integral, y si es un sujeto “sano” o con “conductas sanas” logrará conseguir el cierre satisfactorio de sus necesidades (gestaltens), sin embargo cuando el sujeto presenta un funcionamiento “anormal” este se verá obstaculizado para alcanzar la formación o destrucción tanto de la gestalt como del ciclo de la satisfacción en necesidades, causándole distorsiones, desequilibrios e incapacidad para tener una integración básica.

Cabe destacar que este enfoque considera al sujeto como susceptible de ajuste o desajuste, fundamentándose en la teoría de la personalidad, así como lo indican Giraldo y Cuervo (2009) quienes mencionaron que dentro de esta teoría se encuentran:

- Auto regulación orgánica: se reconoce a todo el conjunto de información sensorial, emocional y mental que son concernientes a las necesidades y recursos ya sean internos o ambientales; aquí se busca más la asimilación (darse cuenta) y funciona gracias al proceso de contacto- retirada, haciéndose un proceso natural.

- Campo ambiente/ organismo: el individuo existe por diferenciarse de otros, guardando así su relación con terceros. Aquí existe la llamada “autorregulación”, que es aquella donde el sujeto es capaz de darse cuenta del ambiente que tiene potencial para influenciarlo de forma nutritiva o tóxica y es capaz de asimilar y apropiarse de lo que es nutritivo y benéfico para él, dejando de lado lo que no le ayuda a crecer y le es nocivo.

Es por ello que Rivera (2017), encontró dentro de este enfoque elementos para abordar su intervención, este autor compartió el procedimiento, el cual se mostrará en los siguientes párrafos.

Dicho autor puntualiza que antes de iniciar un proceso de terapia por rehabilitación se debe de tener a un sujeto ya en el camino de “abstinencia”, pues atender a una persona que sigue teniendo consumo de drogas es inservible.

Asimismo, se recomienda atender en un “contexto cerrado” mejor conocido como “centro residencial o comunidad terapéutica”, pues se tiene presente que es imposible que el sujeto con adicción logre dejar de consumir por sí mismo, y al tener esta última parte presente, consideró que la intervención gestáltica no se realizaría en los primeros tres meses donde el sujeto se encuentra en proceso de desintoxicación pues al hacer una intervención vivencial el paciente podría estancarse en su necesidad de consumir.

Posterior a esos tres meses de desintoxicación el autor se ubicó en el tratamiento para fortalecer el aparato cognitivo del paciente para así lograr el forjamiento de conductas adecuadas y favorables para el mismo; fomentando la auto conexión del paciente, así como su estar en el presente, buscando la toma de conciencia tanto corporal como emocional e identificando sus necesidades y aquello que quiere evadir u omitir, se auto valore, así como a los demás y a su entorno.

De igual forma, al trabajar el terapeuta con un sector que es movido por múltiples causas para consumir drogas y que en múltiples ocasiones no asisten a terapia por propia voluntad sino llevados por terceros; el especialista podría prepararse de determinada

forma para así atender a pacientes adictos, algunas consideraciones dadas por Rivera (2017) fueron las siguientes:

- 1) Presentarse como un terapeuta honesto, responsable, auténtico, congruente y respetuoso.
- 2) Legitimar al otro con respeto.
- 3) Escuchar sin prejuicios. Teniendo en cuenta que el consumo de drogas fue la forma de solucionar (neuróticamente) del sujeto para poder mantenerse con vida.
- 4) Centrarse en el fenómeno y no en el diagnóstico.
- 5) Tener una mirada de “aquí y ahora”, donde observe al paciente más allá de su adicción.
- 6) El terapeuta no debe sentirse culpable o responsable por las posibles recaídas del paciente, siendo así necesario sea tolerante a la frustración.

Por otra parte, Perls (1975) consideraba que las intervenciones de nivel grupal tenían un beneficio para los participantes, ya que la interacción los llevaba a explorar conflictos y dificultades relacionales hablando con los otros, donde surgía la exploración de experiencias a través de otros participantes. Al finalizar estas actividades, recomendaba hacerlo con el llamado cierre/ plenario, el cual es la participación de cada paciente al hablar y exponer con sus compañeros de terapia, como fue su experiencia en el ejercicio, lo cual lo llevará a tomar conciencia de sí mismo.

Igualmente, Stevens (1976) planteaba algunas actividades dentro de los ejercicios que tienen utilidad dentro del tratamiento en adicciones los cuales son: respiración, zona de conciencia o darse cuenta, enfocar - concentrar y conexión e interpretación.

Posterior a la intervención realizada por Rivera (2017) rescato que las técnicas que le fueron de utilidad en la intervención realizada fueron:

- Escucha y diálogo: tiene como objetivo, llevar al sujeto que muestre “su verdadero ser”, donde exprese como se ve a sí mismo internamente y en relación con su entorno; de modo que hable de aquello que le da sentido a su vida o que puede estarle causando sufrimiento, para que pueda comprender su contexto y forma de estar en el mundo.

Igualmente, se debe considerar que el terapeuta tenga claridad en si está en sintonía con el paciente y lo comprende, sin cegarse por interpretaciones.

- Continuum de conciencia: los ejercicios ayudan a que el sujeto tome ampliamente conciencia focalizadamente y lo manifieste, orientándose a lo vivencial.
- Silla caliente: el objetivo es que el paciente perciba aquello que no estaba haciendo, dando una nueva mirada más creativa que lo ayude en la adaptación de un nuevo campo.

3.3 Enfoque cognitivo conductual

Jaramillo (2010) menciona que desde esta corriente se habla de un “individuo” que a raíz del consumo de drogas, tiene cambios en los neurotransmisores cerebrales, lo cual lo lleva a tener comportamientos desadaptativos y realización de rituales al momento de consumir las drogas que lo lleva a no poder controlarse, conduciéndolo a permanecer en ambientes que le refuercen el consumo de drogas; igualmente se considera en esta corriente el contexto socio-cultural, ansiedad y los factores hereditarios como elementos que ayudan a que una persona se vuelva y mantenga la adicción. Considerando así que se puede lograr una “reprogramación cognitiva”, donde el resultado sería el tener respuestas diferentes ante el consumo pudiéndose disminuir e incluso extinguir.

Es de esa manera como Ruiz (2011) indica que los orígenes filosóficos de este enfoque se remontan hasta los estoicos. Y que en la posteridad los autores más representativos fueron Aaron Beck y Albert Ellis. Así mismo, se menciona que, dentro de las bases de este enfoque, se considera que el aprendizaje humano está ligado con el cambio conductual, los cuales están mediados de forma cognitiva; y se considera que las estructuras cognitivas distorsionadas o mal adaptadas afectan directamente el estado emocional de las personas.

Autoras como Minici, Rivadeneira y Dahab (2001) puntualizan que la terapia cognitivo- conductual cuenta con cuatro pilares teóricos básicos, que se enlistan a continuación:

- Primero: está colocado en el condicionamiento clásico de Iván Pávlov, donde se plantea que el organismo aprende a través de un proceso de relaciones predictivas entre los estímulos del ambiente. Estas autoras, indican que John B. Watson retomó algunos principios de Pávlov para fundar lo que sería conocido como conductismo watsoniano (el cual es distinto del conductismo metodológico, el último es el utilizado en la terapia cognitivo- conductual).
- Seguidamente: el segundo pilar teórico es el propuesto por F.B Skinner en 1930; quien habló del condicionamiento operante o instrumental. En este se plantea la idea que el aprendizaje se adquiere, mantiene o extingue según sea las consecuencias resultantes. Esta información colaboró con lo que hoy se conoce como la teoría del aprendizaje y que ha aportado hipótesis a la terapia cognitivo conductual.
- Posteriormente el tercer pilar: se erigió en la década de los 60' por Albert Bandura, quien propuso que la imitación es importante en el proceso de aprendizaje al igual que la experiencia directa, esta hipótesis también fue utilizada dentro de la teoría del aprendizaje social; Bandura consideraba que la observación del otro mandaba información verbal y visual, lo cual creaba en el observante un aprendizaje, donde se consideraban los pensamientos, diálogos e imágenes internos, supuestos, creencias, etc.
- Por otra parte, en el cuarto pilar: se colocan a Aaron Beck (terapia cognitiva) y Albert Ellis (terapia racional emotiva), quienes compartían la idea que los pensamientos ejercen importancia sobre las emociones, pero que las emociones no siempre se pueden explicar desde el pensamiento ya que cada individuo hace la interpretación de su realidad con base a sus creencias, supuestos, etc.

De acuerdo con Beck (2000), los conceptos básicos dentro de este enfoque son; que una distorsión del pensamiento puede provocar perturbaciones psicológicas las cuales influyen en el estado anímico y conductual del paciente; siendo de esa manera, necesario hacer una modificación de esos pensamientos perturbadores y automáticos para encontrar una mejoría permanente de las perturbaciones psicológicas.

Ruiz (2011) menciona, que dentro de la terapia cognitiva conductual los pacientes realizan cambios conductuales, ya que se les entrena para que identifiquen sus patrones

de pensamiento y las cogniciones disfuncionales, los cuales serán sustituidos por otros más objetivos y adaptativos, es por ello por lo que el terapeuta debe de hacer un buen feedback, modelamiento y reforzamiento con el paciente. De igual manera, se plantea que las terapias mayormente utilizadas dentro de este enfoque son:

- Terapia racional emotiva: Ellis y Dryden (1987) indican que esta terapia consiste en descubrir en el sujeto, aquellos esquemas mentales distorsionados, donde se gestan pensamientos irracionales y le provoca al paciente emociones dolorosas, dramatizadas y/o exageradas. Ya que se considera que lo que genera estados emocionales alterados en el sujeto no son los acontecimientos, si no las interpretaciones de estos, es por ello por lo que se pretenden cambiar esos esquemas mentales por aquellos que provocan menos dolor, sean racionales y realistas.
- Terapia cognitiva conductual: Beck (2000) menciona que dentro de esta terapia se hace mayor énfasis en el presente, concibiendo formulaciones continuas del o los problemas del usuario en términos cognitivos. Dándole un papel activo al paciente dentro de su identificación, evaluación y respuestas ante sus pensamientos y creencias disfuncionales, con el fin de modificarlos y obtener mejores estados anímicos y comportamentales que serán resultado de una reestructuración de pensamientos. Dentro de esta terapia se maneja la estructuración de las sesiones por tiempos limitados.

Es de esa manera como Ruiz (2011) indica que dentro de la terapia cognitiva conductual está presente la formulación cognitiva, la cual le da al terapeuta información para comprender al paciente. En esta formulación, se deben tomar en cuenta los siguientes factores que predisponen al paciente:

- Factores de predisposición del problema: genética, personalidad, ambiente, creencias, etc.
- Factores precipitantes: son aquellos acontecimientos críticos que precipitan el problema.
- Factores de mantenimiento: personalidad, síntomas del trastorno, comportamiento desadaptativo, etc.

Siendo así como los psicólogos cognitivos conductuales podrían empezar a realizar intervenciones con el paciente, tomando en consideración que en la terapia cognitivo conductual se sigue una estructura para la terapia que es: formulación del caso, identificación del problema y/o meta, establecimiento de objetivos, aplicación de estrategias que buscan el cumplimiento de esos objetivos, prevención de recaídas.

Definir lo anterior con el paciente, ayudará al terapeuta a que elija la técnica que mejor se adapte a las necesidades del paciente. Algunas de las técnicas con mayor utilización dentro de este enfoque son los mencionados por Ruiz (2011): Exposición, activación conductual, relajación, detención de pensamiento, distracción, inoculación de estrés, resolución de problemas, reestructuración cognitiva, etc.

- **Intervención a jóvenes con problemas de adicción**

Dentro del enfoque cognitivo conductual existen múltiples estrategias de intervención, algunas mencionadas por Peña et al. (2017) son las siguientes:

Prevención de recaídas y solución de problemas: dentro de estas técnicas se entrenan habilidades sociales, así como de afrontamiento en situaciones de riesgo. Se utilizan los análisis funcionales de la conducta, reforzadores, entrenamientos para solucionar problemas, así como la utilización de estrategias para eliminar o disminuir los pensamientos distorsionados.

Reconocimiento de situación de riesgo: dentro de estas técnicas se identifican aquellas circunstancias que condujeron al sujeto a ingerir drogas, así como mantener conductas riesgosas.

Estos autores, puntualizan que es necesario generar disonancias respecto a las creencias positivas que giran en torno al consumo, a través de un discurso socrático y dejar sin validez las ideas que sustentan la ingesta, donde el paciente verá la presencia de la droga como un riesgo que no puede controlar, y le será de ayuda para fomentar la abstinencia.

Es por ello que Cano (2017) retomó este enfoque para realizar una intervención con apoyo de la terapia cognitivo conductual, donde indica que fue de ayuda para el tratamiento en jóvenes consumidores de cannabis, sin embargo, también trabajó de forma paralela con un programa de rehabilitación neuropsicológica. El autor aplicó el modelo I-RISA (Goldstein y Volkow, 2002) el cual plantea que las conductas adictivas se desarrollan en una persona debido a que hay alteraciones en dos sistemas complementarios:

- Sistema motivacional: aquí el sistema valora de manera exagerada las propiedades reforzantes de la droga y les resta valor a aquellos reforzadores naturales básicos como relaciones sexuales, comer, beber, etc.
- Sistema de inhibición de respuesta: esta parte se encarga de cancelar las conductas inadecuadas, entre ellas detendría la motivación de consumir drogas, pero al verse inhibida eso queda bloqueado.

Cano (2017), indica que la utilización del modelo cognitivo conductual fue considerada para integrar conocimientos sobre la teoría del comportamiento y la teoría del aprendizaje social, desarrollados dentro de la terapia cognitiva; así como lo holístico que puede aplicarse para que el paciente logre autocontrol.

Retomando el punto anterior, se menciona que la autora tomó como población a adolescentes pertenecientes al “Instituto Provincial de Bienestar Social de Córdoba”, donde 10 participantes eran hombres y 4 mujeres, que oscilaban entre los 14 y 18 años. Utilizó como pre-evaluación instrumentos de neuropsicología con el fin de tener mejores referencias al momento de identificar al sujeto antes y después del tratamiento con respecto a su mantenimiento o extinción de consumo.

Es de esa manera como utilizó la evaluación de la figura compleja de Rey Osterrieth (Rey, 2009) para las capacidades mnésicas que evaluaría la memoria visual, organización perceptual, planificación, organización, funciones motoras y resolución de problemas. Igualmente, se aplicó el Test de Aprendizaje Verbal de Benedet y Alejandro (1998), para la evaluación de la capacidad de aprendizaje, así como la memoria verbal. Posteriormente se utilizó la prueba Subtest de letras y números de la escala del WAIS

(Wechsler, 1997), así como el test de fluidez verbal FAS, donde se evalúa la fluidez verbal ya que tiene la capacidad de evaluación para la fluidez fonológica; entre otras pruebas del área de neuropsicología.

Adentrándose en la intervención cognitiva – conductual se menciona que la autora llevó a cabo la implementación de 25 sesiones de una hora treinta minutos que se repartieron en 2 clases semanales, por el tiempo de 3 meses; mencionando que se aplicó el Mindfulness¹ al finalizar las sesiones. Por otra parte, en el último módulo del grupo, se decidió hacer una dinámica social.

Cano (2017) remarca que los principios del tratamiento fueron los siguientes:

- Reducción de los factores de riesgo y potenciación de factores de protección: se utilizaría el potencial personal de los pacientes, así como los recursos familiares y sociales con los que cuentan encaminados a la solución de problemas.
- Intervención individualizada: se toma en consideración las características tanto individuales, familiares y sociales de cada paciente.
- Intervención flexible y dinámica: se evita la rigidez y moralización dentro de la intervención.
- Diferenciación de las etapas evolutivas del adolescente: se tomará en cuenta la etapa por la que se encuentra el adolescente para hacer las modificaciones en objetivos y metodología de trabajo, tomando como clave los principios fundamentales de la espera y actuación adecuado para adolescentes.
- Evitar etiquetas: se evitarán poner etiquetas, teniendo en cuenta que los jóvenes en múltiples ocasiones no son drogodependientes, pues su consumo solo fue experimental. Igualmente, se les transmitirá a los padres cuales son las fases del consumo de drogas y cuando ya es calificado como adicción, del mismo modo que los jóvenes suelen hacer cosas que los padres no esperan, esto con el propósito de que los padres tampoco etiqueten y/o descalifiquen a sus hijos.

¹ Entenderemos por Mindfulness “una técnica de meditación que consiste en observar la realidad en el momento presente, sin intenciones de juzgar y con plena apertura y aceptación” (Vásquez, 2016, p. 42).

- Globalidad: se toma en consideración el estilo de vida y entorno de los jóvenes, de manera directa se busca optimizar el estilo de vida a nivel global de los pacientes sin centrarse solamente en el consumo de drogas.
- Acompañamiento del adolescente y la familia: aquí se utiliza un modelo “no directivo”, donde se orienta a la familia dentro del proceso para que se llegue a la mejora en cuanto a la calidad de vida de todos, ya que se busca se recuperen los roles y sea la familia el “agente educativo” para el adolescente.
- Compromiso activo: se toma en consideración al paciente y sus responsables para que se marquen objetivos, de esa manera se comprometieran con desarrollar las tareas; igualmente se les informará del proceso y de la evolución finalizando la intervención.
- Normalización: se pretende adecuar la intervención a los recursos más normalizados del paciente y a su entorno para que el resultado sea más efectivo. Solo si las circunstancias son peligrosas para la salud y desarrollo personal del sujeto se le separa de su medio insertándolos en uno más apto, pero solo en casos excepcionales.
- Importancia de la familia: busca implicar a la familia para que proporcione apoyo al paciente y este logre sus objetivos.
- Coordinación y trabajo en la red: vincula la intervención del especialista con aquellos que están en contacto con el paciente consumidor, lo cual repercutirá favorablemente en: mejores objetivos, utilización de los recursos disponibles, realización de las actividades y reducción de desgaste de la familia con el paciente y viceversa.

Finalmente, la autora muestra estructuralmente como llevó a cabo sus sesiones; cada una tenía sus propios objetivos plasmados, así como el nombre del módulo; igualmente así mismo, presentó un cronograma de sesiones y las actividades que se llevarían a cabo en cada una, colocando a la primera como la sesión de presentación, encuadre y firma de consentimiento informado. Las demás sesiones fueron de contenido, encaminadas a los objetivos planteados, así como la utilización de materiales y recursos. En la última sesión, se dio la dinámica grupal de retroalimentación. Es de esa manera como Cano (2017) mostró la forma de llevar la intervención donde los resultados no fueron resolutorios, sin embargo, dentro de las conclusiones dejó atisbos de las efectividades de la intervención.

3.4 Enfoque humanista

Mercado (2017) reconoce que el enfoque humanista tuvo influencias de teorías pertenecientes al psicoanálisis, así como permeaciones de la perspectiva conductista, sin embargo, no guardan la misma visión sobre el hombre, ya que considera que en el conductismo se subestima la estructura psicológica del individuo, así como su potencial de autodirección y experiencia haciendo una sobre ejemplificación. Por otra parte, considera que el individuo para el psicoanálisis es visto de una forma pesimista, colocando a la naturaleza humana de una forma poco alentadora, teniendo como tema de estudio lo irracional e impulsos inconscientes.

Por otra parte, indica que desde el enfoque humanista se considera que aquello que se piensa como naturaleza básica de los individuos es positiva y trata los procesos conscientes, tomando el aquí y ahora que puede llevar al sujeto a auto-dirigirse responsablemente. Colocando así el aprendizaje necesario del amor, esperanza, creatividad, desarrollo personal, plenitud de existencia, valores morales y aquello que es significativo.

Es de esa manera como Flores (2019) indica que el objetivo de este enfoque es la potencialización del autodesarrollo del sujeto, lo cual lo llevará a adquirir responsabilidad y crecimiento a nivel personal, que se alcanza utilizando las fortalezas, capacidades, creatividad y habilidad con las que cuente el paciente aquí y ahora, siendo capaz de responder a la realidad de forma potencialmente consciente.

Por su parte, Mercado (2017) muestra que las principales características del enfoque humanista tienen que ver con, cómo abordan a los sujetos desde su campo, ya que se valen de los “valores” (desarrollados por experiencia) con los que cuenta el sujeto y seleccionan aquellos que servirán de guía conductual para que la persona tenga una vida más significativa y enriquecedora, esos valores deberán ser reconocidos por la persona como aquellos que le dan identidad. Desde este enfoque se aborda la llamada fuerza holista la cual, se considera, hace del sujeto un sistema unificado que cuenta con motivación y es capaz de llevarlo a la autorrealización nuclear.

Siguiendo con Mercado (2017), señala que la psicología humanista, retoma ideas de filósofos como Aristóteles, Platón y Sócrates y menciona que los representantes más significativos de este enfoque son: Abraham Maslow, Carl Rogers, William James, Gardener, Fritz Perls y Murphy entre otros.

Dentro del enfoque humanista, como en otras áreas de la psicología, hay subdivisiones las cuales tienen su propio objetivo y forma de intervención, Flores (2019) enlistó los tipos de terapias siguientes:

Terapia existencial

Flores (2019) toma elementos de la filósofos como Soren Kierkegaard y Friedrich Nietzsche (fenomenológicos – existenciales) de principios del siglo XIX, es por ello que se considera que este tipo de terapia tiene una inclinación más filosófica que técnica. En esta terapia, se busca que el sujeto sea capaz de ser un ser responsable de sus éxitos echando mano de sus capacidades, de la misma forma incita la libertad y asertividad; dentro de esta terapia se considera que el sujeto se enfrenta a cuatro niveles de experiencia y existencia, denominados cuatro reinos, los cuales son:

- 1) Mundo físico: aquí se encuentra al mundo del sujeto el cual comparte con sentimientos físicos, animales, naturaleza, deseo, mundo de las necesidades corporales (sueño) así como de la muerte y la vigilia.
- 2) Mundo social: están incluidas la familia, comunidad, cultura, sociedad, relaciones de pareja, amistad, lenguaje y emociones.
- 3) Mundo personal: se engloban las características personales, debilidades, identidad y los propios problemas.
- 4) Mundo de las ideas o ideal: considerado el reino de la trascendencia, ya que se incluyen las creencias, religión y valores.

Terapia breve centrada en soluciones

Dilsen (2016) muestra que dentro de esta terapia se pretende que el paciente identifique en su vida actual los momentos que pueden contribuir en el futuro deseado y realista, para así llevarlo a la toma de conciencia, recibiendo acompañamiento por parte del terapeuta para caminar hacia el futuro preferido, con ayuda de sus propios recursos y posibilidades. Flores (2019) retoma los llamados componentes fundamentales para la terapia breve, que son: cambiar es una constante segura, todo lo que se puede cambiar es posible, el sujeto debe querer el cambio y por ello son los expertos, existe dentro de los clientes fortalezas que los ayudarán a resolver y superar sus problemas, la historia no es esencial ya que esta terapia se centra en el futuro obteniendo resultados a corto plazo.

Aponte (2011) menciona que este tipo de tratamiento se desarrolló en los últimos 50 años, iniciando en EE. UU; posteriormente se trasladó a Europa, aquí se tiene como piedra angular: que el terapeuta sirva de apoyo para que sea el paciente quien explore su futuro preferido e identifique cómo, cuándo, dónde y con quien vislumbra ese futuro.

Análisis transaccional

Naranjo (2011) indica que este análisis fue iniciado por Eric Lennar Bernstein. Sirve entre otras cosas, para comprender y mejorar las relaciones interpersonales del sujeto; indagando en las estructuras creadas por la influencia externa (religión, familia, escuela, sociedad, etc.) desde la infancia, las cuales llevan al paciente a tener una posición o percepción determinada de él mismo y de terceros; de esa manera se lleva al sujeto a su autoconocimiento, eliminando el “mito” y alcanzando su “verdadero yo”. Con este análisis se busca la autonomía del paciente, con metas realistas que llenaran de significado su existencia, creando una forma ética de vivir y tomar decisiones.

Terapia de las necesidades humanas

Mercado (2017) indica que el autor más representativo de esta terapia es Abraham Maslow, quien proponía a la psicología de la autorrealización, teoría holística y dinámica. Maslow planteaba que dentro del sujeto existe la llamada “autorrealización”, la cual es la tendencia innata del ser humano a ocupar sus propios talentos, capacidades y

potencialidades, que los lleva a ser personas auto actualizadas, actuando desinhibidamente para alcanzar la integración, creatividad y madurez. Fue Maslow quien mencionó que dentro de la intervención es necesario tener clara la escala de las necesidades para llevar al paciente a la autorrealización y que el sujeto sea capaz de identificar en qué escalón de la pirámide se encuentra. Los niveles de dicha pirámide son:

- 1) Necesidades fisiológicas o básicas: entra la alimentación, sexo, descanso y mantenimiento de la salud.
- 2) Necesidades de seguridad: se busca sentir protegido y entra la búsqueda de vivienda y empleo.
- 3) Necesidades sociales: busca el desarrollo afectivo, asociación y adaptación.
- 4) Necesidad de autoestima: aquí entra la confianza, respeto, éxito y reconocimiento.
- 5) Necesidad de autorrealización: que es el desarrollo personal.

Esta quinta necesidad se encuentra en el pico de la pirámide y es el fin último ya que aquí el sujeto se sentirá integrado logrando paz interior.

Terapia centrada en la persona

Flores (2019) indica que esta terapia fue introducida por Carls Rogers, quien plantea que sea el paciente el que busque ser independiente y estar integrado, lo cual provoca que el terapeuta no sea quien le diga al sujeto que es lo que debe de hacer, pues la terapia se centra en el individuo y no en el problema, lo cual incita que el paciente sea capaz de resolver problemas de forma activa en cualquier ámbito de su vida. De esa manera, el terapeuta debía contar con ciertas particularidades de actitud, que contribuirían a que el cliente creciera, las cuales son las siguientes:

- 1) Genuidad, autenticidad y congruencia: servirá para ser un modelo positivo para el paciente.
- 2) Aceptación, aprecio o estima: esto creará un clima agradable para el paciente ya que sentirá el apoyo incondicional del terapeuta.
- 3) Comprensión empática: aquí el terapeuta escuchará de forma precisa los sentimientos, significados que expresa el paciente y le indicará que lo comprende.

Por otra parte, Mercado (2017) aclara que dentro del enfoque humanista se utilizan algunos términos, independientemente del tipo de terapia, los cuales son:

- **Meta motivación:** Se origina en los valores y necesidades del desarrollo, se busca cumplir metas externas y el no cumplirlas puede provocar en el sujeto las meta-patologías lo cual indicaría falta de valores, significado y de una vida plena.
- **Meta quejas:** estas necesidades producen frustración y descontento, se centra en cuestiones como prestigio, estima, conocimiento, rendimiento, belleza, justicia y verdad.
- **Motivación:** se divide en dos; que son motivación por deficiencia y motivación por existencia. La primera responde a la satisfacción de necesidades que han sido frustradas o privadas, buscando cambiar el estado actual de la cosa; por su parte, la motivación por existencia se refiere al deseo de buscar una meta de valor positivo, buscando el desarrollo, así como el gozo y la satisfacción.
- **Auto-actualización:** se refiere al desarrollo y crecimiento de las necesidades en un máximo nivel, con retos; pero ese desarrollo puede detenerse por las situaciones por las que transita el sujeto como: presiones o influencias sociales, problemas o experiencias pasadas, hábitos arraigados y defensas que alejan al sujeto de sí mismo.

Por otra parte, algunos mecanismos de acción mencionados dentro de este enfoque son:

- **Desacralización:** rechazo a tratar las cosas con interés y seriedad profunda, provocando un empobrecimiento en la vida.
- **Complejo de Jonás:** no utilizar al máximo las capacidades totales por un rechazo a darse cuenta de lo que se tiene.
- **Experiencias cumbres:** es cuando la persona experimenta momentos que lo llevan a sentir alegría y emoción a un máximo nivel.
- **Experiencias meseta:** en estas se plantea que el individuo tiene cambios fundamentales en su actitud que son estables y duraderas, llevándolo a tener una nueva y más intensa forma de ver y vivir en el mundo.
- **Eupsiquía:** son individuos sanos y actualizantes viviendo en una sociedad ideal, que busca desarrollarse personalmente, siguiendo la satisfacción de su vida personal.

- Sinergia: es considerada como un grado de cooperación a nivel interpersonal que provoca armonía dentro de un grupo o a nivel social; igualmente se da a nivel individual y se expresa a través de la cooperación, armonía creando congruencia entre los pensamientos y la acción.
- Tendencia a la autorrealización: se considera que el sujeto busca de forma motivada a satisfacer sus necesidades integrales, y así convertirse en un ser que funciona de forma completa.

El enfoque humanista plantea que un sujeto se ve afectado en su autoconcepto, por las necesidades, que lo llevarán a expresar la tendencia a la autorrealización. Estas necesidades son:

- Necesidad de estima positiva: cómo es visto y percibido por el otro.
- Necesidad de Autoestima positiva: cómo el sujeto se auto percibe.

Igualmente, existen los valores por existencia que son inherentes de cada persona dentro de las que se puede señalar: verdad, integridad, trascendencia dicotómica, perfección, necesidad, cumplimiento, justicia, orden, opulencia, diversión, autosuficiencia y facilidad trascendencia, entre otras.

De la misma manera se maneja el concepto de amor y sus tipos, que se categorizan en dos grupos:

1. Por deficiencia: el sujeto busca satisfacer necesidades de sexo, autoestima o para llenar el vacío provocado por el sentimiento de soledad.
2. Por existencia: el amor es incondicional no se es posesivo o interesado con la persona amada.

- **Intervención a jóvenes con problemas de adicción**

Jaramillo (2010) indica que desde este enfoque se considera que el “hombre o persona” llega a ser adicto por tener dilemas existenciales, es decir sufre una pérdida de sentido o se ha enfrentado a un vacío existencial, donde ve al uso de las drogas como un intento de llenar aquello que le falta, perdiendo la llamada “resiliencia”. Desde esta

corriente se interviene en el trabajo de las realidades que provienen de la esfera espiritual (noéticas), las cuales se han perdido en las personas contemporáneas y para poder recuperar la “humanidad” se debe de trabajar en un proyecto de vida.

Es por ello que autores como Flores (2019) han encontrado desde el humanismo, una forma de intervenir en el tratamiento de jóvenes con problemas de adicción. Dicha autora, realizó la intervención utilizando como escenario el “centro de atención asistida Pinal del Bosque A.C.” en la cual se eligió como sujetos a 6 pacientes (3 hombres y 3 mujeres) en rehabilitación de entre 15 y 24 años. La evaluación inicial se llevó a cabo con el apoyo del instrumento de una entrevista semi estructurada donde se buscaba conocer su historia de consumo y manejo emocional, igualmente se les aplicó el test sobre emociones y afectos PANASN que cuenta con 20 Ítems teniendo la variable de efecto positivo (AP) y efecto negativo (AN). Dentro de la intervención los especialistas decidieron realizar 12 sesiones individuales con duración de 50 minutos. Se utilizó el tipo de estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo; como técnicas, la observación y un guion de entrevista.

Con la utilización de este enfoque los resultados identificados por Flores (2019) mostraron que las categorías utilizadas, que favorecieron la intervención con psicoterapia humanista fueron: identificación de emociones, identificación de causas de esas emociones, cómo reaccionaba ante emociones negativas, cómo manejan las emociones negativas; sin embargo, algunas categorías que favorecieron a no cumplir el objetivo de la intervención con todos los pacientes fueron: resistencia a la intervención terapéutica así como personalidad limitada donde el paciente cuenta con una personalidad que no le permite generar conciencia.

Retomando el punto anterior de la personalidad limitada, Flores (2019) indica que eran sujetos quienes no contaban con la capacidad para tener un cambio a nivel cognitivo y justificando su falta de responsabilidad en el incumplimiento de lo acordado en las sesiones terapéutica. Aún con ello, la evaluación pre-intervención y post intervención del instrumento PANASN arrojó que en los participantes hubo un aumento en la afectividad positiva, así como en la forma de cómo se percibía y sentía, incrementando la alegría, vitalidad, ánimo, sentimiento de auto orgullo; igualmente, dentro de la afectividad

negativa como los afectos de disgusto, tensión, enojo e intranquilidad mostraron decremento después de la intervención.

Así mismo, Flores (2019) puntualizó la importancia de la presencia del código ético en la práctica, así como el cuidado de la confidencialidad y aprobación dada por los participantes, la cual se corrobora en la utilización de consentimientos informados, donde la autora mostró que utilizó tópicos como: historial, compañeros, situaciones, cantidades de consumo de drogas, frecuencia, cuáles eran drogas de impactos, drogas consumidas antes del internamiento, cantidad, incremento de consumo, razón de internamiento, solicitud de internamiento, identificación de emociones, emociones recurrente antes del internamiento, expresiones correctas de emociones, congruencia emocional, comodidad para la expresión emocional, consumo asociado a situación emocional, situación vulnerable, emociones negativas, emociones predominantes durante el consumo, situaciones donde se daba y facilidad para la identificación de emociones durante el proceso.

3.5 Análisis crítico sobre la efectividad de las técnicas psicológicas aplicadas en el entrenamiento de jóvenes con adicciones a drogas ilegales

Posterior al recorrido hecho en la información sobre el consumo de drogas ilegales por parte de los jóvenes, se pudo observar que las cifras de consumo van en aumento, aún con las campañas preventivas que se realizan en la actualidad y programas que difunden los riesgos y consecuencias del consumo excesivo de ciertas sustancias tóxicas ilegales.

No obstante, en múltiples ocasiones los jóvenes con adicción o terceros (familiares) recurren a solicitar terapia psicológica, ya que hay sucesos que le provocan al posible paciente, una relación disfuncional dentro de un aspecto de su vida; sin embargo, en varias de las ocasiones, el daño a nivel cerebral cobra relevancia para que la terapia independientemente del enfoque sea efectiva o no.

Retomando el punto anterior, Cano (2017) indicó que las droga provocan cambios a nivel estructural, causando daño neuronal provocado por un consumo crónico, resultando dentro del paciente déficits en sus funciones ejecutivas. De igual manera Peña

et al. (2017) indican que el consumo reiterado de estas sustancias afecta el córtex prefrontal del cerebro, alterando funciones ejecutivas como lo son la inhibición y toma de decisiones. Por lo cual Secades et al. (2006) sugieren que el consumo crónico de dichas sustancias modifica neuropsicológica y neuroatómicamente al sujeto, ocasionando la neuro adaptación funcional de funciones conductuales, motivantes, emocionales y cognitivas que intervienen en el desarrollo psicosocial y la vida diaria del consumidor-paciente.

Por otro lado, Rivera (2017) plantea que se considera que una persona desarrolló la adicción, cuando ha perdido su capacidad de decisión y autocontrol.

Cano (2017), por su parte, menciona que dentro de algunos programas de rehabilitación se requiere previamente un buen funcionamiento de los procesos neuropsicológicos, los cuales pueden estar deteriorados por el abuso de las drogas. En este caso, la dificultad para mantener información en la memoria, seguir instrucciones complejas, tomar decisiones o inhibir conductas se hace imposible por parte del paciente, causando que no se pueda beneficiar de ese tipo de intervenciones psicológicas, ya que obstaculiza el tratamiento psicoterapéutico y en enfoques como el cognitivo- conductual se requiere la participación del paciente, el cual según Cano (2017) ha perdido la capacidad de decisión y autocontrol.

Finalmente, después de hacer el recorrido y revisión de los enfoques gestalt, cognitivo conductual y humanista en la aplicación individual, se pudo extraer que cada corriente tiene una concepción del paciente, dependencias, drogas y cómo incidir en jóvenes (individualmente) que tienen consumo de sustancias tóxicas ilegales. Esto último, se consideró de relevancia, ya que se reflexionó pertinente abordar cómo se interviene a jóvenes con adicciones desde cada campo, pues en muchas ocasiones aquel que busca una intervención psicológica no tiene la claridad de que cada enfoque tiene su forma de actuar, que varía en aspectos como: tratamientos, tareas e incluso cantidad de sesiones, lo cual puede provocar en el solicitante confusiones al momento de acercarse a solicitar apoyo psicológico.

Es por ello que, se debe de tomar en cuenta que algunos enfoques pueden no ser aptos para ciertas personas, ya sea por el tratamiento o por las propias cualidades del posible paciente, pudiendo provocar frustraciones o incluso repelencia a cualquier tratamiento psicoterapéutico a los solicitantes, si no tienen cierta claridad en las formas de intervención y se colocan en intervenciones que no le ajustan.

Aún con esas diferencias, se consideró que dentro de cada enfoque podría extraerse puntos particulares con el fin de dar un tratamiento con mayor **efectividad** y resultados permanentes dentro del sujeto, ya que cada enfoque tiene sus propios objetivos, pudiendo no ser del todo funcionales en jóvenes que ya tienen un factor externo de fuerza, que es el consumo de drogas ilegales, el cual repercute directamente en su estructura fisiológica y por ende comportamental y emocional.

Es por ello que se cree que algunos puntos sobresalientes de cada enfoque en el tratamiento individual de jóvenes con adicción a drogas ilegales, pueden utilizarse paralelamente haciendo posible la conjugación dentro de la intervención, pues es evidente que el consumo de sustancias adictivas ilegales sigue en incremento dentro de la juventud, por tanto, se considera prudente encontrar un punto de encuentro entre los distintos enfoques y la unión dentro del tratamiento con el objetivo de hacer una praxis eficiente y duradera con los jóvenes y dentro de la sociedad.

Se considera prudente retomar del **tratamiento humanista** (aunque cada enfoque hace énfasis en no tratar al paciente como adicto) la pirámide propuesta por Maslow, así como que se incentiva al terapeuta a tratar a un sujeto que es afectado de forma integral y por ende debe de ser intervenido en los múltiples aspectos, para poder llegar a realizarse como un sujeto pleno e integrado.

Posteriormente puede considerarse el **enfoque gestalt**, ya que tal como lo dicen Giraldo y Cuervo (2009), en este enfoque se pretende llevar al sujeto a la toma de conciencia sobre sí mismo tanto corporal como emocional, sin dejar de lado el medio, pero con la excepción de que ahora será un sujeto que tome sus responsabilidades y no deposite responsabilidades, experiencias o necesidades fuera de él; considerando que esta toma de conciencia podría ser el último eslabón en el tratamiento psicológico, pues se cree

que ya se requiere de una disposición emocional y actitudinal por parte del sujeto para alcanzar aquello que es ser responsable y consciente de sus acciones, teniendo un papel activo, sin embargo, cuando existen factores como el consumo de sustancias ilegales, ese elemento podría llegar como se ha mencionado arriba, en última instancia.

Igualmente, dentro de la terapia gestalt se encamina al paciente para que contacte con sus sensaciones, su vida, fuerzas, capacidades y tenga soportes intrínsecos para que desarrolle sensibilidad con él mismo, los otros y el ambiente, sin evitar al otro o las cosas dolorosas y al contrario tenga herramientas necesarias para afrontar aquello que lo pone en estados que lo conducen al consumo de sustancias, evitando así las fantasías de mejorar o evadir el dolor por medio de ese consumo.

A la par, este podría ser el último eslabón de tratamiento, ya que como menciona Rivera (2017) el tratamiento gestáltico con jóvenes con adicción debe comenzarse después de 3 meses de rehabilitación, cuando el sujeto ya pasó la etapa de desintoxicación, ya que hacerlo durante el tiempo de consumo no traería resultados, pues en las terapias vivenciales y experienciales podría llevar a que el joven reconecte con la necesidad de consumir, haciendo a un lado las vivencias de otro tipo. Es por lo que se necesita a un paciente desintoxicado; solo interviniendo en el acompañamiento terapéutico, escucha activa y creación de vínculos que apoyen el proceso terapéutico.

Por otra parte, Rivera (2017) puntualiza que dentro de este enfoque se concibe a la conducta adictiva como evitación del contacto, encontrando dentro del consumo de drogas una forma de moverse en el mundo ya que lo lleva a sentirse diferente, relacionarse en distintos sitios, así como de expresar aquello que siente. Haciendo necesario tomar en cuenta esos factores en el momento de la intervención, lo cual podrá otorgarle al paciente la capacidad de auto saneamiento y solucionando aquello que había negado.

Es por ello que se considera que los tres enfoques persiguiendo un mismo objetivo que es, reducir o extinguir el consumo de drogas por parte del joven solicitante del servicio, es posible ya que cada uno desde su área y concepción del sujeto aporta distintos elementos que podrá hacer una intervención más integral y con mayor posibilidad de reducir el riesgo de recaídas, pues trabajando con la pirámide de Maslow, la evidencia de

las formas intrínsecas que motivan al sujeto a consumir y la implementación de reestructuración cognitiva se puede atender, incluso haciendo un ciclo donde se intercale elementos de cada enfoque.

Teniendo en cuenta que podría modificarse la duración del tratamiento y algunos aspectos metodológicos en un mínimo, pero se considera factible ya que lo que se pretende es una labor humana individual y social que impacte en la mejora de un sujeto (micro) y progresivamente en la sociedad (macro).

CAPÍTULO IV. CONCLUSIÓN

Posterior a la revisión teórica se pudo plantear que cada enfoque tiene las herramientas necesarias para abordar a sujetos con problemas de drogas ilegales, ya que un eje que parece guiar a los tres enfoques abordados en este trabajo son que se debe evitar juzgar y/o etiquetar al paciente, pues debe de existir un respeto hacia sus particularidades ya que esto podrá servir para guiar al terapeuta en la forma de intervención, donde se establecerán las metas y de no conseguirse hacer la debida y oportuna reestructuración del tratamiento o replanteamiento de los objetivos y elementos utilizados dentro de la intervención.

Por otra parte, no se puede juzgar aún si un enfoque es más efectivo dentro de sus tratamientos que otro, ya que no ha sido explorado en su totalidad o en su defecto no ha sido publicada información definitiva que indique tal punto. Por hacer una ejemplificación se mencionará lo que dicen dos autores, uno de ellos es Ruiz (2011) quien indica que la eficacia de terapias como la cognitivo conductual presenta altos niveles de evidencias que muestran su eficiencia en resultados favorables tanto en intervención como en tratamiento.

No obstante los autores como Fullana, Fernández y Bulbena (2011), indican que la eficacia del tratamiento cognitivo conductual se puede ver en el tratamiento de trastornos mentales no psicóticos, ansiedad y depresión, sin embargo Minici et al. (2001), indican que dentro del tratamiento de los trastornos por dependencia a sustancias, el índice de eficacia disminuye, ya que la mitad de los pacientes no mantienen la abstinencia más allá de dos años, aun siendo las cifras más elevadas dentro de los tratamientos de dependencia química.

Igualmente, Rivera (2017) indica que desde la teoría gestalt y humanista no existe literatura suficiente, publicada sobre las investigaciones hechas en fenómenos de adicción para poder hacer un estudio de su efectividad y por ende un contraste.

No obstante, la revisión de la literatura mostró que cada enfoque tiene particularidades y que en conjunto pueden contribuir favorablemente en el tratamiento de

jóvenes con problemas de adicción a drogas ilegales, pues cada enfoque mostró solicitar un compromiso por parte de los terapeutas para contribuir al cambio del sujeto para una vida plena y auto responsable.

REFERENCIAS

- Amenábar, M.J., et al. (2001). La drogadicción en México indiferencia o prevención. México: México Desconocido.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV. España: Masson.
- Aponte, D.V. C. (marzo, 2011). Terapia centrada en soluciones aplicada a un caso de duelo patológico. AJAYU, 9(1). pp. 193-228. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4615/461545463006.pdf>
- Barrionuevo, J. (2017). Adicciones: drogadicción y alcoholismo en la adolescencia. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Beck, J. (2000). Terapia cognitiva, conceptos básicos y profundización. Barcelona: Gedisa.
- Benedet, M.J., & Alexandre, M. (1998). *Test de Aprendizaje verbal España-Complutense, Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Burroughs, W., & Ginsberg, A. (n.d). Las cartas de la ayahuasca. Barcelona: Anagrama.
- Cano, G. M. (2017). Programa de Intervención Cognitivo Conductual dirigido a adolescentes adictos al cannabis (Tesis de maestría). Universidad de Jaén. Recuperado de <https://hdl.handle.net/10953.1/9789>
- Centro de Integración Juvenil. (2018). Diagnóstico del consumo de drogas del área de influencia del CIJ Oaxaca. Recuperado de <http://www.cij.gob.mx/ebco2018-2024/9170/9170CD.html>
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2019). Informe Sobre la Situación de Consumo de Drogas en México y su Atención Integral 2019. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/conadic/documentos/informe-sobre-la-situacion-de-las-drogas-en-mexico-y-su-atencion-integral-2019>

- Dilsen, L. (agosto,2016). Terapia breve centrada en soluciones aplicada al caso de una persona diagnosticada con VIH/ SIDA. AJAYU, 14 (2). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4615/461546437005.pdf>
- Ellis, A. & Dryden, W. (1987). Práctica de la terapia racional emotiva. España: Desclée de Brouwer.
- Escohotado, A. (2001). Aprendiendo de las drogas usos y abusos, prejuicios y desafíos. Recuperado de <http://www.edu.xunta.gal/centros/iesmontecastelo/system/files/Antonio+Escohotado+-+Aprendiendo+de+las+drogas.pdf>
- Fergusson, D.M., Boden, J.M., & Horwood, L.J. (2006). Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis. *Addiction*, 101(4). Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1360-0443.2005.01322.x>
- Flores, O. A. (2019). El desarrollo del manejo emocional en adolescentes consumidores de drogas mediante la psicoterapia humanista (Tesis de maestría). Recuperado de <http://riaa.uaem.mx/handle/20.500.12055/857>
- Fullana, M.A., Fernández de la cruz, L., Bulbena, A., Toro, J. (2011). Eficacia de la terapia cognitivo conductual. Barcelona: Peral's Trastorns Mentals. Medicina clínica.
- Giraldo, R. J., & Cuervo, U. U. (2009). Terapia Gestalt y drogodependencias. Aproximación teórica y de tratamiento, desde la terapia Gestalt para orientar al terapeuta que acompaña el proceso del darse cuenta del drogodependiente (tesis de maestría). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10819/237>.
- Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: Neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *The American Journal of Psychiatry*, 159 (10). pp. 1642-1652. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1201373/>
- Jaramillo, J. C. (noviembre, 2010). Aportes de la psicología a la comprensión e intervención de la adicción a sustancias psicoactivas. Katharsis - Institución Universitaria de

- Envigado, 10. Recuperado de [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales de consulta/Drogas de Abu so/Articulos/Drogas psicología terapias.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abu_so/Articulos/Drogas_psicologia_terapias.pdf)
- Latner, J. (1978). Fundamentos de la Gestalt. México: DIANA.
- Luna, F.A. (septiembre, 2015). Modernidad y drogas desde una perspectiva histórica. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, 60 (225). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-19182015000300021&script=sci_abstract
- Maturana, H. A. (diciembre, 2010). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. Medicina Clínica Condes, 22(1). Recuperado de http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/11_DR_Maturana-13.pdf
- Mercado, M. A. (2017). Teorías de la personalidad. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/154797298.pdf>
- Minici, A., Rivadeneira, C., & Dahab J. (junio,2001). ¿Qué es la terapia cognitivo conductual? Revista de terapia cognitivo conductual. 1. Recuperado de <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/que-es-la-terapia-cognitivo-conductual.pdf>
- Müller, G. M., & Müller, G. R. (2009). Fenomenología y terapia Gestalt. Chile: Cuatro vientos.
- Naranjo, C. (2011). La vieja y novísima Gestalt: Actitud y práctica de un experiencialismo atóxico. Chile: Cuatro Vientos.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. Recuperado de https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

- Organización Panamericana de la Salud. (2005). Neurociencia del consumo y dependencias de sustancias psicoactivas. EE. UU: Signature Book Printing.
- Peña, M.C., Gómez, T., Mejía, D., Hernández, J. & Tamayo, D. (2017). Caracterización del control inhibitorio en adolescentes del grado once de la Institución Educativa Normal Superior de Envigado-Colombia. *Psicoespacios: Revista Virtual de Ciencias Sociales y Humanas*, 11(18), 37-54. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5971876.pdf>
- Perls, F. (1975). Dentro y fuera del tarro de la basura. Autobiografía. Recuperado de <http://datelobueno.com/wp-content/uploads/2014/05/Dentro-y-fuera-del-cubo-de-la-basura-Autobiograf%C3%ADa.pdf>
- Real Academia Española. (2014). Diccionario de la lengua española. Recuperado de <https://dle.rae.es/droga?m=form>
- Rey, A. (2009). Test de copia de una figura compleja. Madrid: TEA Ediciones.
- Rivera, M. (2017). Terapia de rehabilitación de adicciones, desde una mirada gestáltica (tesis de maestría). Recuperado de <https://www.gestalt.cl/web/wpcontent/uploads/2019/11/Adicciones-Marcela-Ribera.pdf>
- Ruiz, C. (2011). Introducción a la terapia cognitivo conductual (TCC). Cataluña: Scritc.
- Secades, V. R., Carballo, C. J., Fernández, H. J., García, R. O., & García, C. E. (2006). Factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en adolescentes. Madrid: TEA
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones. (2016). INFORME SISVEA 2016. Recuperado de 187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/info_sisvea/informes_sisvea_2016.pdf
- Spagnuolo, M. (2002). Psicoterapia de la Gestalt. España: GEDISA.

- Stevens, J. O. (1976). El darse cuenta. Recuperado de http://centrodesarrollopsicologico.com/e2012/wpcontent/uploads/2013/08/el_darse_cuenta._stevens_john.pdf
- Téllez, N. (2005). Perturbación de la personalidad dependiente. México: Universidad Gestalt de América.
- Varas, M. (2011). Terapia de Grupo, Manual de Orientación Gestalt. Santiago: Cuatro Vientos.
- Vásquez, D. E. R. M. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. Rev Neuropsiquiatr. 79 (1). Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n1/a06v79n1.pdf>
- Ventura, S.S. (2018). Derecho romano. Curso de derecho privado. México: Porrúa.
- Villatoro, V., Medina, M., Campo, S., Fregoso, I., Bustos, G., Resendiz, E., Mujica, S., Bretón, C., Soto., & Cañas, M. (2016). El consumo de drogas en estudiantes de México: tendencias y magnitud del problema. Salud mental, 39(4). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252016000400193&lng=es&tlng=es
- Wechsler, D. (1997). Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos III. Manual de Aplicación y Corrección. Madrid: TEA Ediciones.