



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“LA CARENCIA AFECTIVA FAMILIAR Y SU INCIDENCIA EN
PROCESO DE RECUPERACIÓN EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA
ANTIADICCIONES PROCUBANA EN EL PERIODO
JUNIO - DICIEMBRE DEL 2010”**

Requisito previo para optar el título de Psicólogo Clínico

Autor: Roberto Fabián Yanchapanta Galora
Tutor: Psc. Esteban Fabricio Guerrón González

Ambato – Ecuador

Marzo, 2011

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor de investigación sobre el tema: **LA CARENCIA AFECTIVA FAMILIAR Y SU INCIDENCIA EN PROCESO DE RECUPERACIÓN EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA ANTIADICCIONES PROCUBANA EN EL PERIODO JUNIO - DICIEMBRE DEL 2010** , del señor Roberto Fabián YanchapantaGalora, egresado de la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de Ciencias de la Salud, considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Abril 2011

TUTOR

Ps.C. Fabricio Guerrón G.

AUTORÍA DE LA TESIS

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación:**LA CARENCIA AFECTIVA FAMILIAR Y SU INCIDENCIA EN PROCESO DE RECUPERACIÓN EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA ANTIADICCIONES PROCUBANA EN EL PERIODO JUNIO - DICIEMBRE DEL 2010** como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de tesis.

Ambato, Abril del 2011

EL AUTOR

.....

Egdo. Roberto Fabián YanchapantaGalora

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de ésta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de ésta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando ésta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Autor

.....

Roberto Fabián Yanchapanta Galora

C.I.180382439-8

APROBACIÓN POR EL TRIBUNAL DE TESIS

El presente trabajo investigativo: **LA CARENCIA AFECTIVA FAMILIAR Y SU INCIDENCIA EN PROCESO DE RECUPERACIÓN EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA ANTIADICCIONES PROCUBANA EN EL PERIODO JUNIO - DICIEMBRE DEL 2010** desarrollado por la Sr. Roberto Fabián YanchapantaGalora, ha sido dirigida en todas sus partes, cumpliendo con las disposiciones emitidas por la Universidad Técnica de Ambato a través de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Por lo expuesto:

Se autoriza su presentación ante los organismos concernientes para la sustentación del mismo.

Ambato, Abril del 2011

.....

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

.....

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

.....

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo primero a Dios quien me ha dado la vida y me ha colmado de bendiciones permitiéndome llegar a culminar uno de mis sueños, a mis padres quienes han sido mi apoyo y sustento en todos los actos de mi vida quienes con su ejemplo y bendiciones me ayudaron a llegar hasta aquí, a mi enamorada por su apoyo incondicional y a todas aquellas personas que de una u otra manera han sido un apoyo durante mi vida estudiantil.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad por haberme permitido ingresar a continuar mis estudios superiores, a mis profesores que gracias a su sabiduría y experiencia me han sabido transmitir los conocimientos a lo largo de mi carrera y que hoy hacen de mi persona un profesional competente.

Agradezco de igual manera al Dr. Jorge Villa, quien supo guiar y encaminar mis ideas y pensamientos para realizar este trabajo como también a mi tutor PS.C. Fabricio Guerron por guiarme para que este trabajo investigativo sea posible.

ÍNDICE GENERAL

A.- PÁGINAS PRELIMINARES

| | |
|--|------|
| PORTADA | I |
| APROBACIÓN DEL TUTOR..... | II |
| AUTORÍA DE TESIS | III |
| DERECHOS DE AUTOR..... | IV |
| APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR | V |
| DEDICATORIA | VI |
| AGRADECIMIENTO | VII |
| ÍNDICE GENERAL | VIII |
| ÍNDICE DE CUADROS..... | XIII |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS..... | XIII |
| RESUMEN EJECUTIVO | XIV |

B.- TEXTO

| | |
|-------------------|---|
| Introducción..... | 1 |
|-------------------|---|

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

| | |
|-------------------------------------|----|
| 1.1 Tema..... | 3 |
| 1.2 Planteamiento del problema..... | 3 |
| 1.2.1 Contextualización..... | 3 |
| 1.2.2 Análisis Crítico..... | 11 |
| 1.2.3 Prognosis..... | 12 |
| 1.2.4 Formulación de problema..... | 12 |
| 1.2.5 Preguntas Directrices..... | 12 |

| | |
|--------------------------------------|----|
| 1.2.6 Delimitación del Problema..... | 12 |
| 1.3 Justificación..... | 13 |
| 1.4 Objetivos..... | 14 |
| 1.4.1 General..... | 14 |
| 1.4.2 Específico..... | 14 |

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

| | |
|---------------------------------------|----|
| 2.1 Antecedentes investigativos..... | 15 |
| 2.2 Fundamentación..... | 16 |
| 2.2.1 Filosófica..... | 16 |
| 2.2.2 Epistemológica..... | 16 |
| 2.2.3 Ontológica..... | 17 |
| 2.2.4 Axiológica..... | 17 |
| 2.2.5 Sociológica..... | 18 |
| 2.2.6 Pedagógica..... | 19 |
| 2.2.7 Psicológica..... | 19 |
| 2.2.8 Legal..... | 21 |
| 2.3 Categorías Fundamentales..... | 24 |
| 2.3.1 Salud Mental..... | 25 |
| 2.3.2 Dinámica Familiar..... | 26 |
| 2.3.3 Área Emocional..... | 28 |
| 2.3.4 Carencia Afectiva Familiar..... | 28 |
| 2.3.5 Sociedad..... | 33 |
| 2.3.6 Inserción Social..... | 40 |

| | |
|--|----|
| 2.3.7 Rehabilitación..... | 44 |
| 2.3.8 Proceso de Recuperación..... | 49 |
| 2.4 Formulación de Hipótesis..... | 52 |
| 2.4.1 Hipótesis..... | 52 |
| 2.4.2 Hipótesis Particulares..... | 52 |
| 2.7 Señalamiento de las variables..... | 53 |

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

| | |
|---|----|
| 3.1 Enfoque de la investigación..... | 54 |
| 3.2 Modalidad de Investigación..... | 54 |
| 3.3 Población y muestra..... | 55 |
| 3.4Operacionalización de Variables..... | 56 |
| 3.5 Técnicas e Instrumentos..... | 58 |
| 3.6 Plan de Recolección de Información..... | 62 |
| 3.7 Plan Procesamiento de la Información..... | 62 |

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

| | |
|---|----|
| 4.1 Análisis e Interpretación..... | 64 |
| 4.1.2 Encuesta para saber el tipo de carencia afectiva..... | 64 |
| 4.1.3 Escala de Salud General GHQ..... | 79 |
| 4.2 Verificación de Hipótesis..... | 94 |

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

| | |
|-----------------------|----|
| 5.1 Conclusiones..... | 95 |
|-----------------------|----|

| | |
|--------------------------|----|
| 5.2 Recomendaciones..... | 96 |
|--------------------------|----|

CAPÍTULO VI: PROPUESTA

| | |
|--|-----|
| 6.1 Datos Informativos..... | 97 |
| 6.1.1 Título..... | 97 |
| 6.1.2 Institucional..... | 97 |
| 6.1.3 Beneficiarios..... | 97 |
| 6.1.4 Tiempo de duración..... | 97 |
| 6.1.5 Equipo técnico..... | 97 |
| 6.1.6 Materiales..... | 98 |
| 6.2 Antecedentes de la Propuesta..... | 98 |
| 6.3 Justificación..... | 99 |
| 6.4 Objetivos..... | 99 |
| 6.4.1 General..... | 99 |
| 6.4.2 Específicos..... | 99 |
| 6.5 Fundamentación Científica Técnica..... | 100 |
| 6.5.1 Introducción..... | 100 |
| 6.5.2 Modelo Terapéutico..... | 100 |
| 6.5.3 Técnicas Terapéuticas..... | 102 |
| 6.5.4 Mapa de la Estructura Familiar..... | 105 |
| 6.5.5 Construcción de un Familiograma..... | 105 |
| 6.5.6 Técnicas de Intervención..... | 107 |
| 6.6 Metodología- Modelo Operativo..... | 112 |
| 6.7 Marco Administrativo..... | 116 |

| | |
|---------------------------------------|-----|
| 6.7.1 Recursos..... | 116 |
| 6.7.1.1 Recursos Institucionales..... | 116 |
| 6.7.1.2 Recursos Humanos | 116 |
| 6.7.1.3 Recursos Materiales..... | 116 |
| 6.7.2 Cronograma..... | 117 |
| 6.8 Previsión de la Evaluación..... | 117 |

C.- MATERIALES DE REFERENCIA

| | |
|----------------------|-----|
| 1. Bibliografía..... | 118 |
| 2. Anexos..... | 119 |

ÍNDICE DE CUADROS

| | |
|---|----|
| Cuadro N° 1: Operacionalización de Variables: Variable Independiente... | 56 |
| Cuadro N° 2: Variable Dependiente..... | 57 |
| Cuadro N° 3: Recolección de Información..... | 62 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico N° 1: Árbol de Problemas..... | 10 |
| Gráfico N° 2: Categorías Fundamentales..... | 24 |

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

“LA CARENCIA AFECTIVA FAMILIAR Y SU INCIDENCIA EN PROCESO DE RECUPERACIÓN EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA ANTIADICCIONES PROCUBANA EN EL PERIODO JUNIO - DICIEMBRE DEL 2010”

- **AUTOR:**Egresado Roberto FabiánYancahapantaGalora
- **TUTOR:** Ps.C. Fabricio Guerrón G.

RESUMEN

El proyecto realizado fue un estudio investigativo, el cual tuvo como objetivo descifrar si la carencia afectiva familiar incide en el proceso de recuperación en lo pacientes de la Clínica Antiadicciones PROCUBANA.

La investigación se efectuó en la Clínica Antiadicciones PROCUBANA de Ambato durante los meses de Junio 2010 hasta Diciembre del 2010. Las personas que forman parte de la investigación son 20 internos y 20 familias de los mismos.

La información obtenida se la recolecto a través de la Entrevista Estructurada, Encuesta para saber el Tipo de Carencia Afectiva y la Escala de Salud General GHQ para determinar el proceso de recuperación del paciente. Los resultados fueron tabulados y están explicados en el capítulo 4.

Mediante la investigación realizada se pudo comprobar la carencia afectiva y su incidencia en el proceso de recuperación, ya que así lo respaldan los datos estadísticos obtenidos a través de los instrumentos aplicados a los pacientes.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo investigativo, pretende descubrir como la carencia afectiva incide en el proceso de recuperación del adicto, se dice que el paciente tiene la mejor recuperación con los familiares, llegado a conocer cuál es el factor predominante que desencadena este comportamiento de adicción.

El objetivo central de esta investigación es realizar un análisis sobre cuán importante es la afectividad familiar en el desarrollo psicológico del interno, y de cómo la afectividad familiar influye directamente en el comportamiento de adicción del interno. Para lo cual hemos tomado una muestra de 20 internos y 20 familias de los mismos de la Clínica Antiadicciones PROCUBANA.

En el capítulo I, hacemos referencia al problema en un nivel macro, meso y micro, resaltando como la disfunción familiar es un problema para que exista carencia afectiva que crece cada día a nivel mundial, comentado por todos pero sin que nadie haya hecho mucho por tratar de dar algunas soluciones para mejorar la afectividad familiar.

En el capítulo II, se destaca los antecedentes investigativos tanto de la carencia afectiva familiar como del proceso de recuperación en los pacientes, en donde se detallan todos los factores etiopatogénicos que influyen en la disfunción familiar y las posibles causas del comportamiento que contrae la adicción.

En el capítulo III, se expone la metodología, el enfoque empleado en el trabajo, la modalidad, el tipo de investigación, la descripción de la población y la muestra que se mencionó anteriormente.

Se operacionaliza las variables obteniendo como resultado distinguir las

categorías, los indicadores y el instrumento correcto para evaluar las mismas, entre los cuales se utilizó un cuestionario para el tipo de carencia afectiva en las familias y para medir el proceso de recuperación del paciente.

En el Capítulo IV, se procedió a analizar e interpretar los resultados obtenidos del Percepción Funcionamiento Familiar y de la Escala de Salud General GHQ por medio de cuadros y gráficos respectivamente, y la verificación de hipótesis.

En el Capítulo V, se realizó las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

En el Capítulo VI, se presenta una propuesta de solución, la misma que es tentativa, debido a que quien desee ejecutarla evaluará desde su punto de vista si es la más acertada o no, dicha propuesta se basa en la aplicación del Modelo Estructural en las familias disfuncionales de Salvador Minuchin.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 TEMA:

LA CARENCIA AFECTIVA FAMILIAR Y SU INCIDENCIA EN EL PROCESO DE RECUPERACIÓN EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA ANTIADICCIONES PROCUBANA EN EL PERIODO JUNIO - DICIEMBRE DEL 2010

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN

MACRO

El Consejo Nacional de Sustancias Sicotrópicas y Estupefacientes en el Ecuador, puso en práctica un nuevo proyecto antidroga, que pretende sacar de este grave problema a niños, jóvenes y adultos adictos a diferentes tipos de sustancias que recibirán el tratamiento ambulatorio, que es totalmente gratuito, por lo que se desconoce estadísticas de rehabilitados e insertados a la sociedad y los síntomas que presentan al tener que enfrentarse a su nuevo estilo de vida.

Carmen Gimeno Escrig (2010) añade que es fundamental los estudios de la familia ya que es el núcleo de la sociedad, de donde nacen con principios de valores, teniendo en cuenta que podemos hablar de la disfunción familiar y las separaciones matrimoniales en el Ecuador ya que va en aumento según estadísticas de los registros civiles de la república del Ecuador

en el 2007 del 100% de los matrimonios el 20% se divorció. En el 2006 el 9,7% de las familias estaban formadas por un adulto e hijos, y el 24% eran familias llamadas extendidas, es decir que incorpora a miembros con relaciones familiares no directas. La familia se convierte en una fuente de inseguridad emotiva y da origen a que los miembros de la familia tomen otras alternativas y busquen refugio en vicios, podemos mencionar de los padres un 53,7%.

En cuanto al estado civil el 80% están casados, 10% viudos y el restante 10% separados. El 80 % son emigrantes procedentes de provincias del centro. El nivel de escolarización es limitado con el 45% analfabetos, 40% estudios primarios y el 15% graduado escolar. En cuanto al nivel de ingresos, el 35% están por debajo del sueldo básico, 35% con sueldo básico, 30% sobre el sueldo básico siendo así las causas de las decepciones de las personas para que busquen otras alternativas de refugio o consumo.

Los programas contemplan la reinserción a la sociedad de estas personas, pero no está dirigido a los consumidores, sino a sus familiares. Con tratamiento se espera que el paciente se reintegre a la sociedad con planificación de vida completa, sin presentar ansiedad y temor por la recaída, por lo tanto se pretende que el paciente llegue de forma voluntaria al programa y sea considerado un miembro activo de este. (*Diario El Comercio 2010*)

Los ingresos familiares proceden, el 50% de los casos, del trabajo personal y en el 50% de pensiones. Las familias están constituidas por 6 miembros. En el 40% de los casos hay otro adicto en la familia. Con respecto a la necesidad de formación, el 25% están acudiendo a cursos de alfabetización, y a la situación laboral de la familia, el 40% de las madres se dedican a la limpieza por horas, el 35% son amas de casa, el 10% pensionistas.

En la ocupación del padre, 40% pertenecen al gremio de la construcción y un 25% son pensionistas por invalidez. Respecto al padecimiento de enfermedades destaque que un 45% no presentan ningún tipo de patología y el 25% presentan problemas osteoarticulares. Con respecto a los trastornos psiquiátricos en

tratamiento, en el primer pase del test fue del 20%, el segundo pase del test del 10%. Los antecedentes de alcoholismo y trastornos psiquiátricos en ambos sexos existían en el 35% de los casos.

Los elementos importantes destacan la hora de evaluar el resultado, los padres han mantenido el tratamiento durante todo el año. Los hijos en 17 casos han mantenido el contacto con el servicio, a excepción de 2 casos que abandonaron por razones judiciales y de 1 caso que reinició el consumo, que volvió a empezar el tratamiento en marzo del 94. La retención de los pacientes cuyos padres acudieron a intervención fue del 85%, que pone en evidencia la importancia del trabajo con la familia. Los pacientes con cocaína han continuado en el programa el seguimiento con controles periódicos de orina y entrevistas individuales. *(Bottomore, 1972). Murdock agrega que "las relaciones sexuales que se efectúan entre los cónyuges son "socialmente aceptables" (Murdock, 1949).*

En general las definiciones más comunes sobre familia resaltan que el grupo de personas que la conforman deben tener lazos de parentesco aunque las definiciones más actuales obvian este hecho y destacan más que se tenga una vida en común.

Si analizamos la parte negativa encontramos que el móvil de comunicación se centra en una baja tolerancia a la frustración caracterizada por anhedonia, conflictos intra y extra personales que llevan a los autores a pasar desde el episodio depresivo con sus distintos niveles hasta el consumo compulsivo de sustancias sicotrópicas como mecanismo de entendimiento o evasión a su problemática, cayendo en un círculo muy difícil de salir como es la adicción o dependencia.

Vemos entonces que existe una marcada relación entre la carencia afectiva en la familia y los procesos dependientes a sustancias psicotrópicas de acuerdo a los criterios clínicos ya que estos impactan no solo al comportamiento social sino a los componentes cognoscitivos y fisiológicos.

MESO

Diferentes estudios realizados en la provincia de Tungurahua han determinado que los niños y jóvenes caen en el consumo de drogas, haciéndolo a escondidas de su propia familia, que en la generalidad de los casos es la última en enterarse porque provienen de familias disfuncionales, que sufren de carencia afectiva y buscan tratar de llegar a tener una identidad pero en algunos casos no es la correcta y se refugian en la adicción. Se ha identificado que las drogas de mayor consumo son los inhalantes, el alcohol, la marihuana, los cigarrillos, las pastillas (estimulantes barbitúricos), la base de cocaína, la cocaína, la heroína, la morfina, el opio y otros.

También existe el uso y abuso de los fármacos, tiene una historia tan antigua como el hombre mismo. Los Incas, mayas, egipcios, griegos y otros pueblos los han utilizado con diferentes fines u objetivos ya sean estos: religiosos, místicos y para predecir el futuro; dichas culturas han tenido sus propias leyes; valiéndose de las plantas fueron usuarios de los fármacos para reafirmar sus valores culturales. Actualmente las sociedades modernas hacen uso de ellos muchas veces como una forma de rebelión, como una búsqueda de placer o como un escape de la realidad así como encontrar la afectividad que no encuentran en su casa.

La Organización Mundial de la Salud da la siguiente definición de la droga también conocida como fármaco: “Es toda sustancia química que introducida voluntariamente en el organismo de un sujeto posee la propiedad de modificar las condiciones físicas o químicas de este”.

Las reacciones que producen las drogas en el organismo, modifican y alteran el comportamiento psicológico, físico y social de una persona.

En nuestro país, se ha podido detectar la presencia de las siguientes drogas:

- El tabaco
- El alcohol
- El café

- La marihuana
- Los sedantes
- Los alucinógenos
- Los estimulantes
- Los inhalantes o solventes
- Los narcóticos
- Las anfetaminas,
- Etc.

El consumo de las diferentes clases de drogas en la provincia continúa elevando sus índices estadísticos, de la muestra de población situada entre los 12 y 49 años, el 5.2% (equivalente a 7.592 personas) admitió haber consumido drogas ilícitas por los menos una vez en su vida comparado con el 4.9% de una encuesta similar realizada en 1988. Las sustancias más frecuentemente ingeridas fueron (en su orden) marihuana, clorhidrato de cocaína, base de cocaína (bazuco) e inhalantes, drogas intravenosas; las familias de estas personas eran provenientes de familias disfuncionales, con problemas de carencia afectiva, depresiones, sin roles definidos y con pobreza. El mismo estudio estima que un 15.4% de la población está en situación de riesgo y revela un incremento en el abuso de inhalantes, especialmente entre los niños de la calle en las áreas urbanas. El abuso de drogas ilícitas por parte de los reclusos también se ha expandido. *La información es recopilada de periódicos, revistas y libros relacionados a las drogas y sus consecuencias en el periodo comprendido desde los años 2000 al 2002.*

En la ciudad de Ambato, existen varios centros y clínicas de rehabilitación privados que ofrecen ayuda a estos jóvenes pero lamentablemente estos centros carecen de información epidemiológica, cifras que pueden permitir una proyección de la incidencia de este fenómeno social y el efecto que tiene la familia en la recuperación o recaída del proceso de drogo dependencia, además si a esto se suma la deficiencia de un seguimiento al momento de la salida del centro con una probable reinserción a la sociedad resulta difícil contar con estadísticas claras y específicas.

MICRO

La Clínica Antiadicciones PROCUBANA es una institución con visión y misión de servicio en la cual se hallan alrededor de 20 internos con un diagnóstico específico, la drogodependencia misma que se transforma en multicausal debido a las vivencias propias de cada interno entre las que podemos citar: hogares desestructurados, disfuncionales, deficiencia en el manejo de roles, abandonos todos ellos producto de manejos inadecuados de los roles familiares producto de conductas imitativas, violencia intrafamiliar afectando el área cognitiva, afectiva, emocional esto en un porcentaje elevado, en menores porcentajes se detectó como causa de la patología alteraciones compatibles con la inestabilidad emocional tipo impulsivo producto de rupturas amorosas.

Pacientes que en la mayor parte de los casos son internados mediante los efectos de la sustancias psicoactivas en contra de su voluntad y con ausencia de conocimiento de la enfermedad elemento que sin duda alguna van a crear resistencia en el trabajo, puesto que los internos como es lógico tiene bajo autoestima y cree ser una carga para su familia y sociedad complicando como es lógico el cuadro clínico.

Los escenarios antes citados permitieron detectar durante mi año de práctica pre profesional un ingreso de 5 pacientes al tratamiento. Uno de cada 5 pacientes se resistía al tratamiento y en 5 casos se dio el alta sin los seguimientos adecuados en cuanto a la inserción social se requiere.

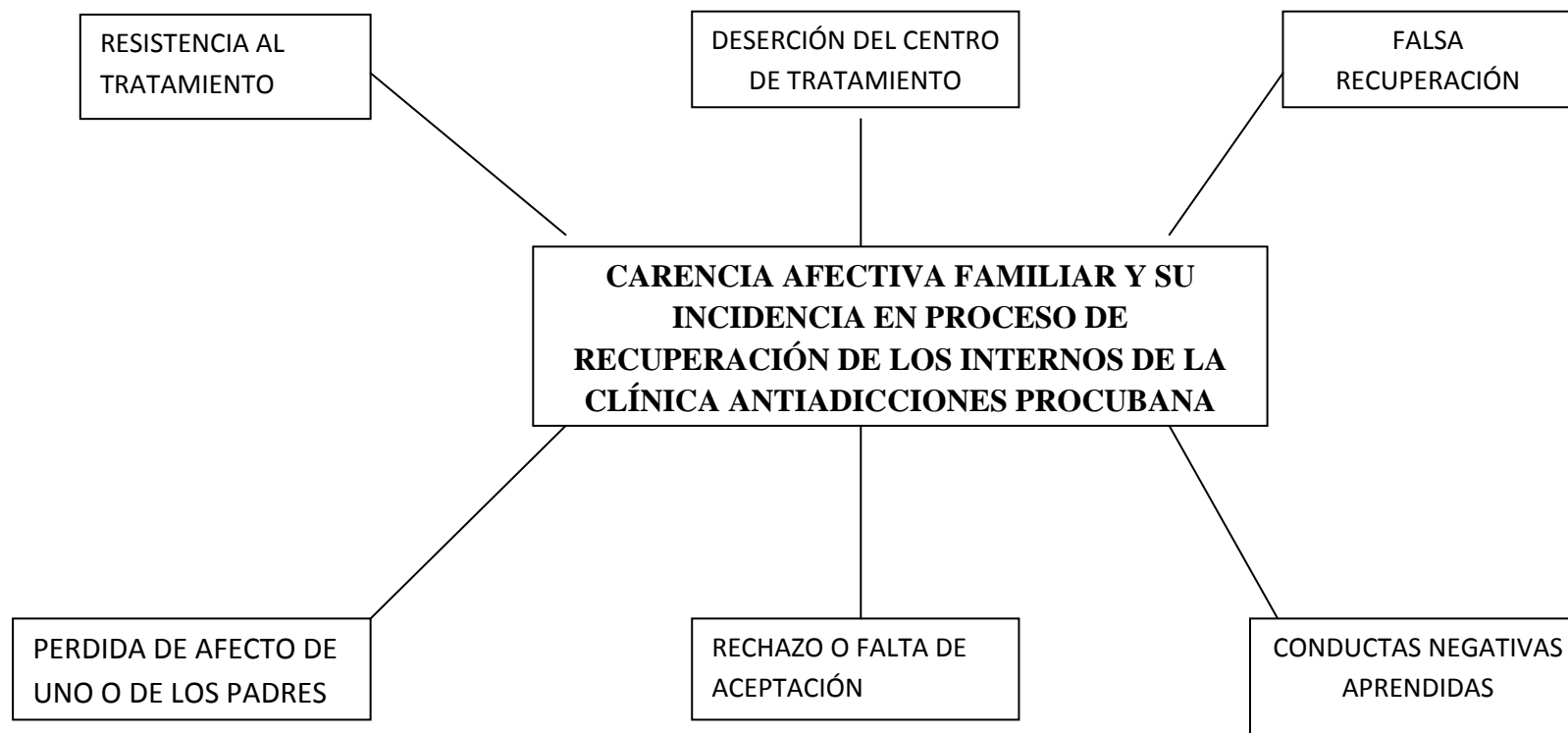
En el tiempo transcurrido dentro de la clínica pude observar que los profesionales que trabajan dentro de la misma, expresan afectividad al paciente como haciéndoles sentir que están en un núcleo familiar aunque la recuperación es individual, en la cual tienen afectividad y esto ayuda mucho en el tratamiento, el dueño de la clínica les hace sentir que están en un ambiente tranquilo como que estuvieran en casa brindándoles todos los servicios básicos y viendo el lado humanista de cada uno de ellos.

Las técnicas que se aplican para la recuperación del paciente de relajación, sicodrama, sociodrama, confrontación entre otras y la que siguen al pie es el de

los 12 pasos todas estas técnicas se las trabaja individuales y grupales, también se realizan charlas cada día con temas diferentes y temas que los internos quieren saber de lo que se refiere a su adicción las mismas que son favorables para el tratamiento.

En la clínica se realizan reuniones una vez por semana para poner en conocimiento de lo que pasa dentro de ella, en esta están presentes: Psicólogo, Médico, Deportólogo, Vivenciales, Secretaria y los pasantes de Psicología, cada uno aporta con las evaluaciones realizadas al paciente de acuerdo a su especialidad respectivamente, para obtener la recuperación adecuada del interno.

Árbol de problema



1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO

En el proceso de recuperación la carencia afectiva es la causa del padecimiento de la mayoría de las adicciones sin importar condición social, raza o sexo tomando en cuenta que la familia es la encargada de brindar la mayor cantidad de afecto ya que constituye la base de la sociedad y su función primordial es la formación de todos los seres humanos, al tratarse de casos de personas que padecen de drogodependencia y al iniciar un proceso de recuperación el apoyo familiar es importante, la ausencia de este genera alteraciones psicopatológicas en la esfera afectiva caracterizadas por sentimientos de abandono, apatía, baja autoestima, pérdida de confianza en el uno o en los dos progenitores, producto del poco o nulo afecto que ellos proyectan a sus hijos, determinando en los pacientes falta de aceptación en sí mismos, inseguridad, trastorno de inestabilidad emocional de tipos límite e impulsivo, alteraciones diversas depresivas que van desde episodios hasta verdaderos trastornos depresivos con las gamas de leve, moderado y grave e incluso en la mayoría de los casos con componentes psicóticos, determinando en los internos comportamientos compulsivos, agresivos, psiclotímicos durante el proceso de recuperación en la mayoría de los casos con resistencia al tratamiento que termina en la deserción o en una falsa recuperación del mismo.

Las adicciones son enfermedades bio-psico-sociales-espirituales, es decir, el origen del problema es complejo porque involucra aspectos fundamentales del ser humano, las drogas es una sustancia que altera el proceso normal del organismo y causa dependencia física y psicológica, por eso el adicto busca alterar su conciencia: busca escaparse, divertirse o tranquilizarse alterando su estado normal. Esta alteración se manifiesta en el pensamiento, personalidad y percepciones.

Las drogas producen tolerancia y dependencia, por lo que es posible que se incremente el número de veces que se lleva a cabo el consumo y la cantidad que se usa, ya que el organismo va necesitado más droga para obtener el mismo efecto. Las adicciones en nuestro país se han convertido en un problema creciente, y siempre consideramos que estos casos solo se van a presentar en otras familias y nunca en las nuestras. La situación del uso y abuso de drogas es grave, pero si

junto con las familias y la sociedad asumimos la responsabilidad se puede prevenir el consumo de drogas comprometiendo así a: familias, escuelas, maestros, comunidad y autoridades.

1.2.3 PROGNOSIS

Si no ponemos énfasis en solucionar y tratar la carencia afectiva que sienten los internos en recuperación no se podrá lograr tener un equilibrio en su salud mental, seguirán con sus depresiones y ansiedades dando lugar a producir la imagen de una falsa recuperación, por lo consiguiente la inserción a la sociedad sería un fracaso y podría darse una recaída y esta vez sería más grave que con la cual entro a la clínica de rehabilitación, físicos psicológicos y afectivos que pueden ser irremediables.

1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿COMO ÍNCIDE LA CARENCIA AFECTIVA EN LOS PROCESOS DE RECUPERACIÓN EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA ANTIADICCIONES PROCUBANA?

1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES

¿Qué tipo de carencia afectiva padece el interno?

¿En qué nivel se encuentra el proceso de recuperación terapéutico del paciente?

¿Es posible realizar como propuesta el tipo de tratamiento que se va a aplicar a la intervención psicoterapéutica?

1.2.6 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.6.1 Delimitación de contenido

Campo: Salud Mental

Área: Psicología Clínica

Aspecto: Carencia afectiva y su incidencia en el proceso de recuperación.

1.2.6.2 Delimitación espacial

La investigación se realizará en la Clínica Antiadicciones PROCUBANA del cantón Ambato, provincia de Tungurahua.

1.2.6.3 Delimitación temporal

El trabajo de investigación se desarrollará durante el período de junio a diciembre 2010.

1.2.6.4 Unidades de Observación

- Internos de la clínica de antiadicciones.
- Familias de los internos de la clínica.

1.3 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación involucra a la misión de la clínica antiadicciones PROCUBANA la cual es “la rehabilitación e inserción social”, términos que son utilizados después de que cada uno de los internos ha cumplido con todos los objetivos psicoterapéuticos planteados.

Debido a que la drogo dependencia es una de las enfermedades que más afectado en el siglo actual a jóvenes de toda las edades, raza y condición social, por lo que por esto las personas pierden todo lo que se encuentra a su alrededor cayendo en un problema y estorbo para su familia y su entorno llegaría a tener una vida desolada y sin ningún sentido a lo que realiza, llevándolo a cometer actos irremediables por la influencia de las sustancias en su cuerpo, producto de carencias afectivas especialmente que provienen de parte de sus familias, es por este motivo que se hace énfasis en la realización de esta investigación para

determinar qué tipo de carencia afectiva han padecido y siguen padeciendo los adictos especialmente los que están en fase de recuperación.

Esta investigación tendrá como beneficiarios directos a los internos de la clínica antiadicciones PROCUBANA y por consiguiente también serán beneficiados sus familiares y amigos.

Es factible por que cuenta con los elementos humanos: internos y su entorno familiar, motivo del proyecto.

Todos los gastos que acarree esta investigación serán asumidos por el investigador.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

- Determinarla carencia afectiva familiar y su incidencia en el proceso de recuperación en los pacientes de la clínica antiadicciones procubana en el periodo junio - diciembre del 2010

1.4.2 Objetivos Específicos

- Diagnosticar el tipo de carencia afectiva que predomine en los pacientes.
- Investigar el nivel de avance proceso de recuperación terapéutico.
- Proponer alternativas de solución con la reestructacion familiar.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Los estudios realizados por el Psiquiatra Bowlby (1951) publicó una revalidación de los efectos de las carencias afectivas, añadiéndole la opinión de diversos autores quienes coinciden con los trabajos del mencionado Psiquiatra. Los estudios nos revelan la gran importancia que tienen los estímulos afectivos y sensoriales positivos que conllevan una información emocional y perceptiva, tornándose casi indispensables para la buena organización y equilibrio de las personas.

En otra investigación realiza por Lucia Alejandra Ramírez Serrano (Valencia, 2007.) en la realización de su tesis doctoral menciona la importancia primordial que poseen las instituciones familiares dentro de las sociedades humanas, por más diferencias que presenten sus manifestaciones concretas, todo individuo vive, a lo largo de su existencia, inmerso en una red de relaciones y actividades conectadas de una forma u otra con lazos familiares.

En estudios realizados por Doc. Joffre Jiménez (Loja, 2010) para Control de la Demanda de Drogas como Director Nacional, llego a la conclusión que el consumo de drogas es considerado a nivel nacional como un problema de salud pública y salud mental. “es una enfermedad como otra, que se ha satanizado por que se la vincula con la delincuencia, no son delincuentes, simplemente entraron en el vicio. El joven que se hace adicto también es un enfermo”

El trabajo realizado por Vladimir Andrade (2010), especialista en tratamientos a

nivel nacional y sus experiencias por varios países, manifestó que es importante que el trabajo ambulatorio se lo haga a través del dialogo, sin presiones y diciendo siempre la verdad y evitando privar la libertad de los pacientes, de igual manera con el apoyo familiar muy importante.

2.2 FUNDAMENTACIÓN

2.2.1 Filosófica

El paradigma de la investigación es crítico-propositivo como una alternativa para la investigación psicosocial que se fundamenta en el cambio favorable de conductas en los estudiantes que consumen estas sustancias o problemas de adicción, por lo tanto se modificará igualmente los esquemas sociales.

Es crítico porque cuestiona sobre los niveles afectivos que presentan estas personas en cuanto no tienen quien les brinde afecto y no recaigan en su adicción y es propositiva cuando la investigación no se detiene en la observación de los fenómenos sino plantea alternativas de solución en un clima de actividad, esto ayuda a la interpretación y comprensión de los fenómenos psicosociales en su totalidad.

Uno de los compromisos es buscar la esencia de los mismos, la interrelación e interacción de la dinámica de las condiciones que generan cambios profundos. La investigación está comprometida con los seres humanos y su crecimiento personal, familiar y social.

2.2.2 Epistemológica

Sostiene que el conocimiento va más allá de la información porque busca transformar sujetos y objetos. Se aspira a que el sujeto se caracterice por ser proactivo, participando activamente, fortaleciendo su personalidad y su futura actitud creadora. Esto le llevará hacia una positiva asimilación proyectiva de la identidad nacional.

En este trabajo las ciencias se definen como un conjunto de conocimientos ordenados y dirigidos hacia la transformación social y mejor entendimiento personal y familiar.

2.2.3 Ontológica

Este trabajo se fundamenta en que la realidad está en un continuo cambio por lo que la ciencia con sus verdades científicas tiene un carácter perfectible. Entre los seres vivos, el humano para sobrevivir necesita aprender a adaptarse al medio a ser autónomo y utilizar adecuadamente su libertad.

El tipo de persona que se pretende formar debe ser un ser sensible ante los valores humanos. Tener una actitud de afirmación ante la existencia y el sentido de la vida, esta base anímica psicológica, espiritual, hace posible y asegura la consistencia moral de la persona.

La familia, la escuela, la sociedad, tienen el deber de crear condiciones cada vez mejores para que cada cual pueda descubrir y realizarse sus actividades.

2.2.4 Axiológica

El desarrollo integral del ser humano, basada en la práctica de valores como la responsabilidad, la honestidad, a honradez, la solidaridad y el sentido de la equidad; sin descuidar el desarrollo de la inteligencia emocional, con el fin de que formen su carácter y personalidad y estén en capacidad de administrar su vida acertadamente.

El secreto de la educación radica en lograr que el educando perciban los valores como respuesta a sus aspiraciones profundas, a sus ansias de vida, de verdad, de bien y de belleza, como camino para su inquietud de llegar a ser.

2.2.5 Sociológica

La investigación fundamenta en la teoría dialéctica del materialismo histórico donde se encuentra el constante cambio y transformación de la sociedad hacia el desarrollo y el progreso. Todo ser humano alcanza la transformación hacia la trascendencia en el tiempo y en el espacio.

A sociedad es producto histórico de la interacción social de las personas que es el proceso recíproco que obra por medio de dos o más factores sociales dentro del marco de un solo proceso bajo ciertas condiciones de tiempo y lugar, siendo el aspecto económico un factor determinante.

Las relaciones humanas se basan en metas, valores y normas, su carácter y sustancia son influidas por formas sociales dentro de las cuales tienen efecto las actividades del ser humano en la vida familiar y social.

Vivimos en una época de transformaciones muy radicales, de gran velocidad e incertidumbre, en el contexto de una progresiva globalización de los mercados, creciente disponibilidad de nuevos conocimientos, instantaneidad de las comunicaciones y una mayor toma de conciencia respecto a las consecuencias de la forma de desarrollo basado en la depreciación de los ecosistemas.

La existencia de estos procesos de alcance universal conlleva a la planeación de las manifestaciones culturales, sociales y al debilitamiento de las identidades nacionales.

Este enfoque favorece la comprensión y explicación de los fenómenos sociales como esencia del vínculo familia-afectividad con el afán de la interrelación transformadora.

Además por ser comprometida con valores esenciales del ser humano, la investigación actual será eminentemente participativa. Optamos por una pedagogía integral y comprometida con el desarrollo de una sociedad más justa y equitativa.

2.2.6 Pedagógica

Se pretende que el aprendizaje sea una reconstrucción viva del saber, para ello, la educación debe ser sistemática, planificada, intensa y sostenida donde el docente promueva el desarrollo de la actividad mental que le permita articular procesos constructivos con contenido seleccionado previamente y ejecutados en un contexto social.

2.2.7 Psicológica

Cognitivo – conductual

La Terapia Racional Emotiva Conductual nace a partir de los de los trabajos pioneros del psicólogo norteamericano Albert Ellis, quien, descontento con los escasos resultados obtenidos con la técnica psicoanalítica decide dar un giro a la terapia que practicaba, creando una terapia más directa y efectiva, con mayor implicación tanto por parte del terapeuta como por parte del cliente y con unas técnicas centradas en la vida actual de este no en el pasado y en la influencia que ejercen los pensamientos, las creencias sobre las emociones, y los comportamientos de las personas.

Alber Ellis creó la teoría del “ABC” emocional, nombre critico que sirve para facilitar la labor didáctica y educativa de la que también hace gala Ellis. Trato de establecer las principales “Creencias Irracionales” que mayor mente compartimos las personas de las sociedades occidentales, bien por educación tendencias biológicas, influencias sociales, etc., y que es conveniente combatir para lograr un mayor desarrollo personal y social.

Tanto el “ABC” emocional como las “Creencias Irracionales” forman parte de lo básico de TREC. Utiliza la barra de exploración “arriba” para moverte y conocer de estos temas.

Tras casi medio siglo de investigaciones y practica el DR. Ellis y otros psicólogos cognitivos conductuales han desarrollado la TREC una de las primeras

aportaciones de Ellis fue descubrir entre emociones negativas “que no se trata de negarlas” apropiadas y las inapropiadas. Quizá también habría que distinguir entre las negaciones positivas apropiadas e inapropiadas, pero de estas últimas, es posible que existan menos y procuren menos problemas.

Los teóricos de la TREC también han tratado de “aislar” los procesos irracionales básicos, proponiendo alternativas irracionales a los mismos.

El propio Alber Ellis, en uno de sus más famosos libros recogió lo que consideraba como Criterios Básicos de Salud Mental, lo que reproducimos por su valor ilustrativo y didáctico.

Referente a las distorsiones cognitivas diversos autores de Psicología Cognitiva como David Burns, Arron Beck, el propio Ellis y otros coinciden en la mayoría de ellas son las causantes principalmente de los desajustes emocionales y conductuales. Básicamente la Terapia Racional Emotiva Conductual propone un cambio de tipo filosófico en las formas de pensar en las personas para comenzar a vivir una vida más plena y feliz. Aunque suena sencillo esto se consigue solamente con la práctica el empeño y el trabajo individual no de forma mágica. Algunas sugerencias se ofrecen en el debate de Creencia.

Por lo expresado en líneas anteriores creemos que la TREC, se adecua perfectamente para desarrollar nuestra propuesta que será una alternativa de solución a la problemática que hemos seleccionado.

Nuestra problemática tiene origen en situaciones y acontecimientos generadores de frustración que originan pensamientos automáticos y creencias disfuncionales que, afectan a nuestros sentimientos, pensamientos, provocando conductas inadecuadas y la misma que conlleva a la adicción, que solo lacera y son causantes de lesiones auto-infringidas intentos de suicidio.

Por ello se hace necesario examinar y controlar cada uno de los pensamientos disfuncionales, reemplazar pensamientos destructivos por pensamientos desadactativos haciendo que de esta manera, fomentar un umbral de tolerancia a la

frustración, y de esta manera manejar la frustración, todo esto nos ayudara a que la recuperación sea total y con el modificación de pensamientos de la familia.

2.2.8 Legal

El trabajo de investigación se sustentará en la Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas que dice:

Art. 4.- Prevención, control, fiscalización, represión y rehabilitación.- Esta Ley contempla los mecanismos de prevención del uso indebido y la comercialización de las sustancias sujetas a fiscalización, la investigación y represión de los delitos tipificados en esta Ley y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas.

Art. 5.- Connotación especial de términos.- Los términos utilizados por esta Ley, sus anexos y normas secundarias tendrán el alcance que les confieran:

- a) Los convenios internacionales sobre esta materia ratificados por el Ecuador;
- b) Los organismos internacionales creados por los convenios internacionales sobre esta materia; y,
- c) El Consejo Directivo del Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, CONSEP.

Las definiciones que adopte el Consejo Directivo se referirán a las que se enuncian en los convenios internacionales ratificados por el Ecuador o en sus anexos actualizados.

En caso de duda prevalecerán los términos adoptados por el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, CONSEP.

Art. 6.- Incorporación de normas internacionales.- Quedan incorporadas a esta Ley las disposiciones contenidas en los convenios internacionales sobre la materia y que han sido o fueren ratificados por el Ecuador.

Art. 7.- Publicación de planes nacionales.- Para la aplicación de la presente Ley se contará con un plan nacional elaborado por el CONSEP y aprobado por el Presidente de la República.

Art.- 13.- Atribuciones del Consejo Directivo.- El Consejo Directivo ejercerá las siguientes atribuciones y funciones:

1.- Formular el plan nacional que contenga las estrategias y programas para la prevención del uso indebido de sustancias sujetas a fiscalización, de su producción y comercialización, para la represión de la producción y del tráfico ilícito y para la rehabilitación de personas afectadas por su uso. El plan será sometido a la aprobación del Presidente de la República;

2.- Vigilar el cumplimiento del plan, coordinar la ejecución de programas y actividades entre las entidades a las que corresponde aplicarlo y supervisar y evaluar su ejecución.

El organismo asesores y de apoyo consejo técnico para la clínica consiste en:

Art.29 Es el organismo interno de la clínica cuyo objetivo es asesorar a la dirección en el estudio y análisis de alternativas de solución y en la toma de decisiones respecto a asuntos técnicos y administrativos que requieren su intervención.

Art. 30 se deberá conformar con las siguientes personas:

Director de la clínica

Un médico de área clínica.

Trabajo social.

Administrador de la clínica.

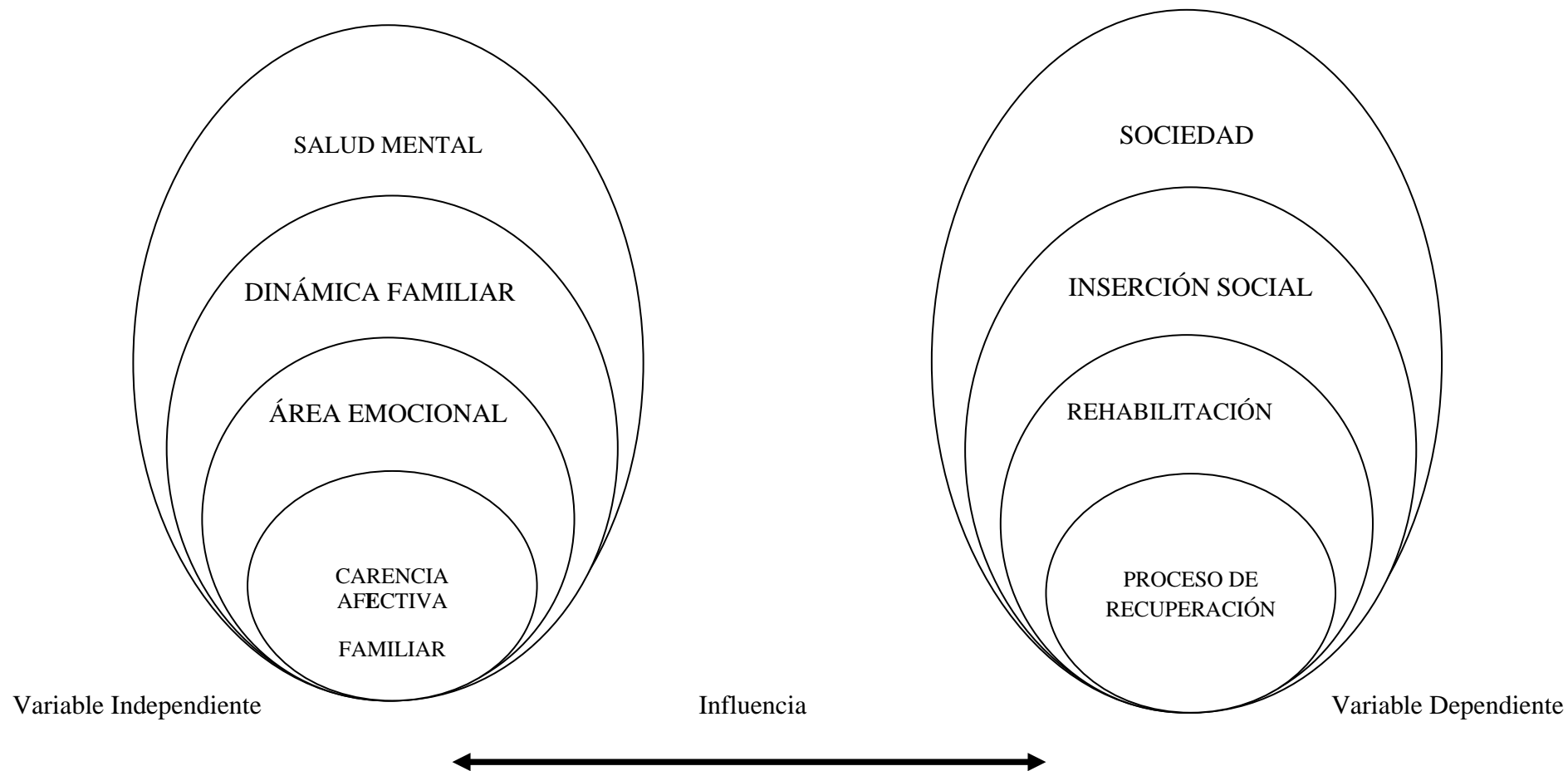
Art.31 Presidente de consejo técnico el Director de la clínica

Art.32 La secretaria será asumida por uno de los integrantes elegidos dentro del grupo, excepto el director.

Art.42 uso de los bienes de la clínica

Art. 42.1 los de la clínica no podrán ser utilizados en actividades de beneficio personal de los empleados, médicos adscritos, médicos colaboradores, médicos colaboradores, médicos adscritos y médicos residentes. En caso de contravención se sancionara conforme a lo Estipulado de la Clínica y en las leyes respectivas.

2.3 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES



VARIABLE INDEPENDIENTE.- Carencia Afectiva familiar

2.3.1 SALUD MENTAL

Gustavo A. Esguerra Psicólogo (2007) añade que la salud mental es un concepto muy cargado de valor, y no es probable que se llegue a una definición unánime de él. Al igual que el concepto, fuertemente asociado, de “estrés”, la salud mental se define como: un estado: por ejemplo, un estado de bienestar psicológico y social total de un individuo en un entorno sociocultural dado, indicativo de estados de ánimo y afectos positivos (p. ej., placer, satisfacción y comodidad) o negativos (p. ej., ansiedad, estado de ánimo depresivo e insatisfacción); un proceso indicativo de una conducta de afrontamiento: por ejemplo, luchar por conseguir la independencia, autonomía (ambos aspectos clave de la salud mental); el resultado de un proceso: un estado crónico debido a una confrontación aguda e intensa con un factor estresante, como sucede en el trastorno por estrés postraumático, o a la presencia continua de un factor estresante, no necesariamente intenso. Es lo que ocurre en el agotamiento, así como en las psicosis, los trastornos depresivos mayores, los trastornos cognitivos y el abuso de sustancias psicoactivas. No obstante, estos dos últimos se consideran a menudo problemas neurológicos, puesto que pueden existir procesos fisiopatológicos (p. ej. degeneración de las vainas de mielina) debidos a un afrontamiento ineficaz o al propio factor estresante (consumo de alcohol o exposición profesional a disolventes, respectivamente) subyacentes a ellos.

La salud mental puede asociarse también a:

Características de la persona como los “estilos de afrontamiento”: la competencia (incluidos el afrontamiento eficaz, el dominio del entorno y la autoeficacia) y la aspiración son características de una persona mentalmente sana, que se muestra interesada por su entorno, participa en actividades motivadoras y busca su propia proyección por medios personalmente significativos.

Así pues, la salud mental se conceptualiza no sólo como un proceso o una variable de resultado, sino también como una variable independiente; es decir, una característica personal que influye en nuestro comportamiento.

Esta viene determinada por las características del entorno, tanto fuera como dentro del campo profesional, y por las características propias del individuo. Las características del entorno profesional más importantes se tratan con detalle factores psicosociales y organizativos, pero aquí comentaremos también algunos aspectos de estos precursores de la (mala) salud mental.

Existen muchos modelos, casi todos ellos procedentes del campo de la psicología laboral y organizativa, que permiten identificar a los precursores de la mala salud mental. Estos precursores reciben a menudo el nombre de “factores estresantes”. Los modelos difieren en su ámbito y en relación.

2.3.2 DINÁMICA FAMILIAR

Licda. María José Finez Silva (2007) expone que la dinámica familiar es el juego de roles o papeles de los miembros de una familia nuclear (madre, padre e hijos) o extensa (madre, padre, hijos, tíos, abuelos, primos, etc.). La familia como microsistema en que se interrelacionan sus integrantes; funciona en base a sus propósitos, anhelos, expectativas de quienes la integran.

El desconocimiento de lo que debe o no hacer, cada uno de sus integrantes; trae roces que desencadenan en problemas muchas veces graves que alteran el funcionamiento normal de la familia. De ahí que es conveniente que cada miembro de la familia conozca qué papel juega, en el grupo familiar, y lo ejerza a cabalidad.

La dinámica o el funcionamiento de la vida familiar, requiere de la interrelación armónica de todos sus miembros, según el rol o competencia de cada uno. Ella está regulada por las normas de vida diseñada previamente por los padres, y los

hijos a imitación de éstos, progresivamente se van comprometiendo con los patrones de vida de su familia.

Los padres desempeñan un papel muy importante en la formación de la personalidad de los niñas y niños; pues ellos dan las pautas de comportamiento de roles o papeles, que nos caracterizan y nos llevan a actuar de tal o cual manera; conocer el papel que tenemos dentro de la familia y la sociedad y aprender a manejarlo es un aspecto determinante para comprender los propios sentimientos y saber cómo actuar consigo mismo y con los demás.

Es importante que los padres se comprometan con su presencia a orientar la educación, y establecer relaciones de confianza que consoliden el vínculo afectivo y la valoración personal de los hijos. Establecer jerarquías claras en la familia en las que los padres ocupen una posición directiva, no implica dejar de propiciar el intercambio de puntos de vista y fomentar relaciones democráticas.

La pareja necesita estar unida en todo lo referente a la educación de los hijos, esta conducta de los padres la reflejarán los hijos con sus hijos y mejora su entorno familiar, ser consistentes en las decisiones que se asuma, respaldarse y ejercer conjuntamente la dirección del hogar.

Los hermanos deben brindarse afecto mutuo, expresado con gestos y palabras que demuestren amor y cariño; en ausencia de los padres son los hermanos mayores los que asumen el cuidado de los menores; los cuales deben cumplir éste encargo con responsabilidad; a veces en su afán de protección expresan órdenes y mandatos en forma autoritaria y dominante.

Respeto y tolerancia son valores a practicarse para aceptar las diferencias existentes entre hermanos, que aun siendo del mismo padre y madre suelen ser diferente física, intelectual y emocionalmente.

“La familia triunfa cuando todos sus miembros triunfan”, ayudarse a salir adelante y estar unidos en los momentos de desgracia son expresiones de solidaridad fraterna.

2.3.3 ÁREA EMOCIONAL

La mayor parte de la energía de la persona está volcada hacia el mejoramiento de sí mismo y a la conquista del mundo. Hay una búsqueda constante de nuevos conocimientos y destrezas que le permitan moverse en el futuro en el mundo.

De acuerdo a la *teoría de Erickson* la crisis de esta etapa es Industria v/s Inferioridad, e implica el logro del sentimiento de la Competencia. El tema central es el dominio de las tareas que se enfrentan, el esfuerzo debe estar dirigido hacia la productividad y, por lo tanto, se debe clarificar si se puede realizar este tipo de trabajo. El ser humano debe desarrollar sus cualidades corporales, musculares y perceptivas, debe alcanzar progresivamente un mayor conocimiento del mundo al que pertenece y en la medida en que aprende a manejar los instrumentos y símbolos de su cultura, va desplegando el sentimiento de competencia y reforzando su idea de ser capaz de enfrentar y resolver los problemas que se le presentan así como es la adicción en la que cayó o fue su refugio. El mayor riesgo en esta etapa que menciona Erickson es que la persona se perciba como incapaz o que experimente el fracaso en forma sistemática y por lo tanto esto repercute en su recuperación y no lo podrá culminar de la mejor manera, ya que esto va dando lugar a la aparición de sentimientos de inferioridad, los cuales van consolidándose como eje central de su personalidad. Los hitos centrales de esta etapa, son el desarrollo del autoconcepto y la autoestima de cada uno de nosotros.

2.3.4 CARENCIA AFECTIVA FAMILIAR

En estudios realizados por Spitz Rene Arpad Medico-Psicoanalista (1963) y modificada por Bowlby Médico Psiquiatra (1973) con la ayuda de otros colaboradores.

La carencia afectiva señala la situación en que se encuentra en la persona que ha sufrido o sufre la privación de la relación, principalmente de sus familiares, y que padece el déficit de atención afectiva necesaria en la edad temprana.

La carencia afectiva o las alteraciones por carencia relacional se refieren a aquellas situaciones en que la maduración de la personalidad del niño se interfiere por la falta grave de estimulación afectiva. En el ser humano no existe la posibilidad de una maduración correcta sin el calor afectivo del amor. Aunque, en cualquier circunstancia, cualquier persona puede sentir no haber amado lo suficiente o no haber sido amado de forma adecuada, la ausencia grave de estimulación afectiva durante el tiempo de vida por parte de la familia, que juegan un rol relacional afectivo importante, provoca la aparición de trastornos, no tan solo de la maduración, sino también síntomas clínicos que se expresan en trastornos somáticos, afectivos y conductuales.

La falta de afecto maternal se caracteriza por producir en la persona un estado psicológico de avidez afectiva y miedo de pérdida o de ser abandonado, tanto si ha padecido en la realidad una privación afectiva de la madre o como si lo ha sentido como tal. Es tal la necesidad de recibir una señal de afecto que permanece en un cierto estado de búsqueda afectiva, de necesidad de saturación, que se manifiesta por una actitud de reasegurarse de la existencia permanente del afecto del otro y así sentirse seguro.

La carencia afectiva es un mal que afecta a todas las edades, culturas y clases sociales. La evolución de las personas que manifiestan este síndrome depende en gran medida de la situación social en la que se desarrollen, pudiendo establecer unos patrones que definan el comportamiento de estas personas desde su infancia a la edad adulta.

En la primera infancia: son niños que lloran para llamar la atención, sonríen poco y son más propensos a contraer enfermedades infecciosas. En esta etapa suelen aparecer problemas digestivos (estreñimientos, disfagias motoras y hernias de hiato son los más frecuentes), aunque pueden llegar a remitir con el crecimiento.

En la edad preescolar y escolar: el niño presenta trastornos del lenguaje, y otros retardos importantes: problemas de elocución, pobreza de vocabulario, dificultades gramaticales y sintácticas (verbalización). En el plano lógico-matemático suelen presentar buen comportamiento.

En la edad escolar: muchos niños presentan trastornos de aprendizaje: el CI se sitúa, a menudo, en un nivel de inteligencia límite o de debilidad ligera (CI entre 65 y 95), pero no porque el niño no sea inteligente, sino porque no consigue centrarse al hacer las pruebas (mentalización). Estos niños tienen frecuentes fracasos escolares y su grado de autoestima comienza a caer. Sentimientos de desvalorización o baja autoestima: el niño carencial niega su valía, se considera como un fracasado, se destruye psíquicamente, se desprecia a sí mismo; se complace en el masoquismo de considerarse desgraciado, es una forma de culpabilizar a la madre o padre de su falta de afecto. Su autoestima es baja: el niño duda de sí mismo en cuanto a despertar afecto o simpatía (nadie me quiere; no soy amable, lo que me ocurra no le preocupa a nadie), por lo que tiene una importante inseguridad: sentimiento obsesivo de exclusión, de no estar en ningún lugar, de molestar o estar de más.

Entre la edad escolar y la preadolescencia: el sujeto presenta trastornos del comportamiento, actitudes de inhibición, de retraimiento, actitudes de oposición y de rebeldía, aunque relativamente sociables y en ocasiones extrovertidos, sienten miedo a sentirse rechazados en un grupo, por lo que tienden a integrarse a toda costa. De aquí la importancia de las relaciones sociales en esta etapa ya que determinará su conducta futura.

En la adolescencia: los comportamientos extraños y los actos impulsivos son muy frecuentes (hiperactividad); en cambio los trastornos psicóticos o los comportamientos neuróticos son raros. Son personas fácilmente ilusionables por adolescentes mayores que él o por adultos. Huyen de responsabilidades y son rebeldes con las normas. En esta fase suelen aparecer las primeras adicciones

(hipersexualidad, drogadicción, alcoholismo) El paso al acto es la única expresión posible de oposición a la verbalización y a la mentalización de la infancia; estos síntomas del estado límite se pueden observar en un deseo por buscar afectividad continuamente en alguien o algo que les aumente la autoestima.

En la juventud: la pérdida de la capacidad de amar y una importante disminución del amor propio les lleva a estas personas a llenar su vida con acciones hiperactivas o que causan dependencia. Salir de la rutina con desenfreno sería su lema para esta fase. El único momento en que la persona afectada puede sentirse segura y querida se encuentra en su vida sexual. Es un instante tranquilizador, en el que el hombre o la mujer se dejan llevar. El riesgo: una vida sexual desproporcionada, incluso incontrolable. En general carecen de sensibilidad y huyen de las expresiones afectivas hacia los demás. Utilizan a las personas como instrumentos para sentirse seguros.

En la edad adulta: el duelo por la pérdida de la juventud y el prepararse para la madurez, el estrés y la fatiga, la dificultad adaptativa, la inestabilidad en las relaciones personales, los conflictos conyugales y la pobreza de la competencia parental (sentirse malos padres) son los aspectos más significativos. Aparece la infidelidad emocional, no porque estén insatisfechos con su relación, sino sólo por sentirse todo el tiempo queridos y deseados. El porcentaje de divorcios alcanza el 80%, intentando buscar en todo momento la pareja que le asegure esa estabilidad emocional y que no consiguen encontrar.

Tipos de carencia afectiva

- La carencia por discontinuidad

La carencia por discontinuidad aparece por la ruptura repetida de la relación establecida entre la madre o sustituto materno y el niño, ligada a cambios cualitativos en esta relación, por motivos diversos y a pesar de que la misma persona sea la que sigue atendiendo al niño físicamente. (Enfermedad súbita de la

madre, desviación de la atención afectiva por la irrupción de otras necesidades en el seno de la familia, etc.).

- La carencia por insuficiencia

Aparece este tipo de carencia, en el caso de negligencia manifiesta, es mas frecuente en instituciones de asistencia o en el hospital. El niño no encuentra un sustituto maternal adecuado o recibe una modernización totalmente insuficiente y por ello no tiene posibilidades de interacción adecuada con una figura maternal.

- La carencia por distorsión

La persona vive con su madre o un sustituto materno pero no tiene posibilidad de interacción adecuada con ella. No recibe los cuidados adecuados.

Diversos factores actúan sobre la perturbación relacional favoreciéndola o modificando su repercusión en la ´persona, en este sentido debe valorarse la existencia de:

Tiempo: La duración de la depravación o de la perturbación relacional en meses o en años.

Recuperación: La posibilidad de restablecer la relación correcta pasado el tiempo de perturbación

Naturaleza: Según cuál sea el tipo de depravación que ha padecido el ser humano (discontinuidad, insuficiencia o distorsión).

Edad: Según la edad el efecto y las consecuencias serán distintos.

Antecedentes: Según cuál sea el tipo de atención y cualidad de modernización previo a la experiencia de alteración relacional afectiva.

Intensidad: Si la alteración es parcial o total, fuerte o suave, se modificara también la respuesta

La valoración de estas variables permite conocer y evaluar la posible reversibilidad de la situación en que se encuentra el niño y las secuelas que de ello se puedan derivar.

VARIABLE DEPENDIENTE.-Proceso de recuperación

2.3.5 SOCIEDAD

Etimológicamente, sociedad viene del término latino «socius», derivado de una raíz indoeuropea que significa «seguir» o «acompañar». Socio es entonces el cercano o asociado en algo común, sobre todo el que está al lado en la vecindad, en el trabajo o en la batalla. Socio se contrapone a «hostis», que es el extranjero, el alejado, que por estar más allá de la puerta («ostium») es visto como opuesto o incluso peligroso. Sociedad sería entonces la agregación o conjunto de socios, de colegas, de colaboradores.

Sociedad es un término complejo, susceptible de referirse a realidades, distintas y capaz de recibir enfoques contrapuestos. Su radical polisemia significativa ha motivado gran variedad de definiciones. Estas dependen del punto de vista adoptado o de los elementos que incluyan. En general se designa como sociedad todo tipo de asociación o grupo formado por seres vivientes, a los que unen ciertas semejanzas o coincidencias en su constitución o en sus actividades. Así, según la diversidad de su objeto, puede referirse a hombres, animales o plantas; por la diversidad de actividad puede ser sociedad natural, laboral o mercantil.

La consideración etimológica ya sugiere el contenido profundo de la definición real de sociedad. Definición que puede ser elaborada desde distintas perspectivas, pero siempre con unos elementos comunes y constantes. Tomando estos elementos podemos confeccionar una definición de sociedad más completa y rigurosa:

Sociedad sería “la unión intencional, estable y estructurada, de seres humanos que buscan activa y conscientemente la consecución de un bien común”.

Sus elementos con más atención:

Unión: La sociedad no es un hecho individual. Un hombre solo no basta para formar una sociedad. Se precisa una multitud que se agrupe, tal unión agrupa la pluralidad de hombres de modo que éstos preservan su individualidad. Las particularidades individuales no se suprimen en la sociedad, sino que se armonizan para que cooperen al bien del conjunto. Incluso cabría decir que los rasgos particulares se definen y acentúan en la interacción comunitaria.

Intencional: La unión social no es sólo producto de lazos físicos, biológicos o instintivos, es una unión que brota del interior de la conciencia, fruto del conocimiento y la libre decisión. Es una operación intencional y consciente. Es resultado de unos fines o bienes que se proponen a la voluntad y la mueven. Según varíen estos motivos o juicio sobre ellos, el mismo grupo irá cambiando.

Activa: Aunque deriva de la naturaleza humana, la sociedad no brota de forma espontánea, sino elaborada. Su fin no se alcanza automáticamente, sino por la búsqueda intencional de los hombres asociados. Esta actividad sociogenética presenta un doble aspecto: primero, en cuanto que cada uno con su decisión y adhesión crea constantemente la sociedad, y segundo, en cuanto que, integrado en ella, coopera incesantemente a la búsqueda colectiva del fin común.

Estable: La unión social no es eterna, pues toda sociedad ha tenido comienzo y acabará desapareciendo. Pero ha de ser permanente, al menos en la intención. El compromiso responsable y capaz de mantener la existencia del grupo y alcanzar

los bienes buscados, desaparecería si la sociedad se pactara bajo la provisionalidad de un plazo temporal. Por ello las reuniones coyunturales, con determinación de su punto final (una manifestación, un congreso, una excursión) no constituyen propiamente una sociedad estructurada.

La unión social no produce un cuerpo amorfo y desorganizado de individuos o átomos. La sociedad ha de configurarse en forma de estructura, de sistema con elementos diversos, sean estos individuos singulares o instituciones complejas. Todos ellos armonizan sus tareas y funciones en favor del equilibrio, la estabilidad y el rendimiento del conjunto, colaborando en la búsqueda del objetivo común. Dentro de las estructuras o del sistema global pueden brotar tensiones y conflictos, que son soportados porque los beneficios derivados de la pertenencia a la sociedad son superiores a los conseguidos de su disgregación. La valoración positiva de la sociedad no implica que todos sus elementos sean óptimos. Siempre pueden mejorarse. Las críticas y tensiones pueden incluso ser factores dinámicos de corrección, que acaben provocando mutaciones y al fin un cambio social, que no afecta al carácter básico de la sociedad, sino a su calidad, funcionamiento y estructuración.

Hacia un fin común: Todo lo que se hace, es realizado para lograr un fin. También en este caso el logro de un objetivo común es la razón última que motiva la unión social. Tal fin interesa y beneficia al conjunto de los miembros que se asocian. Por ello tiene el carácter de bien y justamente se llama bien común. Este ha de ser universal, es decir, más amplio y de superior calidad que el interés particular de individuos o grupos parciales. Y a la vez debe ser singular en cuanto beneficie a todos y cada uno de los partícipes en la tarea grupal. Nunca podrá ser un bien ajeno a cada uno. La unidad del fin, la obligación ineludible de alcanzarlo y la pluralidad de miembros o factores que convergen en él revela la necesidad de una coordinación efectiva que unifique los esfuerzos plurales.

De ahí la aparición de la autoridad como un elemento imprescindible de la sociedad.

Realidades y conceptos afines.

Las agrupaciones humanas ofrecen una gran variedad de tipos. Son también muy diversos los niveles y estructuras dentro de ellas. Sin embargo, muchas se designan con unos vocablos de significación cercana, lo que origina una sinonimia entre todos ellos y con el término central de sociedad. Con objeto de aclarar nuestra percepción del intrincado campo de los grupos sociales, vamos a precisar la comprensión de algunos.

Estado: Con frecuencia se ha identificado con sociedad o se ha contrapuesto agresivamente a ella.

Se entiende por Estado el sistema de poder organizado que articula y administra todo el conjunto social. La sociedad sería la materia y la soberanía estatal sería la forma ordenadora. Sin embargo, es frecuente llamar sociedad a la comunidad del pueblo o los sectores de la vida colectiva que escapan al control y disposiciones del estado. Sería la zona libre que se desarrolla al margen de la normativa estatal. Esta visión que contrapone la sociedad al estado proviene del movimiento obrero o liberal del siglo XIX, que buscaba la libertad o la igualdad frente al estado autoritario y absolutista del Antiguo Régimen. Aún pervive esta postura en sectores que aspiran a alejarse de los controles colectivos y a minimizarlos o reducirlos a la nada. Hoy sigue el contraste entre sociedad y estado; entre iniciativa social e iniciativa estatal, sobre todo en los campos de la economía, la sanidad o la enseñanza.

Comunidad: Este término con frecuencia recibe un sentido idéntico a sociedad, pero su significado es más restringido. La sociedad es unidad activa hacia un fin, dejando en segundo plano la unidad en el ser que liga a sus componentes. Comunidad, en cambio, insiste en lo que de común une a sus miembros. Este nombre designa entonces a un grupo social con profundas y estrechas vinculaciones entre sus integrantes. Corresponde así a grupos con identidades

profundas, nacidas de vínculos como lengua, cultura, sangre, credos, costumbres, ideas. Su realidad es más bien natural que artificial.

Ferdinand Tönnies Psicólogo (1855-1936) pone como clave de su concepción social la división entre comunidad y sociedad. La comunidad es algo vital, fruto de la voluntad orgánica, como la familia; en cambio, la sociedad es de naturaleza mecanicista y racional, un objetivo (una empresa). La evolución histórica ha caminado desde la comunidad hacia la sociedad.

Así en el mundo moderno la sociedad va absorbiendo a la comunidad y la organización racional y mecánica de la vida se impone cada vez más a la espontaneidad directa y afectiva de las formas comunitarias. Pero tal contraposición parece deficiente, pues olvida que en ambas ocasiones interviene la razón, que la comunidad persigue también unos fines racionales y que la sociedad no excluye el aspecto afectivo y espontáneo.

Clase social: Clase social es un estrato de la sociedad global, caracterizado por su estatus económico, por sus estilos y costumbres. En ocasiones este sector parcial ha pretendido presentarse o imponerse como la auténtica sociedad. Sobre todo, las clases más favorecidas y por ello más influyentes han identificado consigo a todo el conjunto social. Lograron así que sus normas y conducta marcaran las pautas del trato social, como si sólo lo hecho por ellas fuese socialmente aceptable y lo contrario se redujese a expresión de marginalidad. Pero tal parcialidad toma la parte por el todo, pues la misma clase que se presenta como alta tiene que referirse a todo el conjunto para diferenciarse y ser más que los otros.

Asociación: Este término se utiliza para designar a grupos con vínculos internos débiles. Se trata de una unión parcial, establecida para lograr objetivos concretos de interés común (económicos, culturales, políticos, científicos, recreativos...). La asociación no persigue un fin de interés general, sino unos fines muy particulares que son el único lazo que une a sus miembros. Dentro de las asociaciones tienen máximo relieve las empresas, agrupaciones de naturaleza jurídica y finalidad

sobre todo económico o laboral, asociaciones de capital y trabajo con objeto de producir bienes u ofertar servicios.

Muchedumbre, multitud o masa: Se usan con frecuencia estos términos en la comunicación social moderna. Su significado es más bien cuantitativo y coyuntural, sin contenido cultural o humano.

Vienen a significar una gran cantidad de seres humanos reunidos en un espacio reducido.

Muchedumbre y multitud indican meramente número grande en relación con el espacio, reunido de forma temporal e inorgánica. Masa implica también su apiñamiento amorfo y su fácil moción por impulsos emotivos de carácter primitivo e incontrolado.

TOPOLOGÍA DE LAS SOCIEDADES

Las relaciones que configuran la unión social son muy diversas. De tal diversidad se derivan varias especies o tipos de sociedad. Si entendemos la sociedad como una unión dirigida a lograr un fin o bien común, este se convierte en el criterio fundamental para clasificar las diversas sociedades.

Según se atienda al carácter natural o artificial del fin buscado, al tipo de miembros que lo buscan, o a la perfección en el modo de conseguirlo, se pueden establecer las siguientes divisiones de la sociedad:

Por el carácter del fin buscado:

Sociedades naturales: Son las exigidas por la naturaleza, surgidas de la índole social del hombre y dirigidas a conseguir un fin naturalmente establecido, es decir, un fin al cual tienda el ser humano como viviente, como animal o como espíritu libre. Encontramos así la familia, tanto nuclear como ampliada, la parentela o el clan, las tribus, la aldea rural y la parroquia, el municipio y la

región, la sociedad política autosuficiente como nación o estado, y la sociedad internacional o humanidad vista como un todo. Los bienes naturales implican necesidad y obligatoriedad en su consecución; por tanto, estas sociedades proyectan amplias repercusiones y exigencias morales.

Sociedades libres o artificiales: Son las nacidas del acuerdo o convención entre los hombres.

Buscan fines libre y arbitrariamente fijados por sus integrantes. Así multitud de asociaciones que persiguen fines diversos, como empresas, cooperativos, consorcios, clubes, ateneos, cofradías. Su naturaleza y límites se fijan por la decisión de sus miembros y se rigen por los estatutos o reglamentos que adopten. Sociedades que tienen una naturaleza y unas normas variables.

Por el carácter de sus miembros:

Sociedades simples: No son divisibles, pues no están compuestas por otras sociedades menores, sino por individuos aislados. El ejemplo más claro es la familia.

Sociedades complejas: Son las que se componen de varias sociedades menores que las integran y que se pueden distinguir dentro de ellas. Tenemos ejemplos en el municipio o el estado.

Por la relación interna de sus miembros:

Sociedades cerradas: Se trata de sociedades estructuradas con rigidez. En ellas dominan el nacimiento, el origen y la sangre. Tienden a consolidar las formas externas y las normas sociales, lo que genera un estatismo inmovilista. Asignan un estatus permanente a sus miembros y ofrecen escasas posibilidades de mutación vertical, de ascenso o descenso en las escalas jerárquicas. Son más seguras y estables, pero más rígidas y coactivas.

Sociedades abiertas: Rige en ellas el principio de la libertad individual. Se estiman no el origen, sino el rendimiento personal y la iniciativa individual. Abren espacios para el desarrollo y la renovación. Ofrecen oportunidades mayores a la creatividad. Son sociedades más móviles y dinámicas, pero presentan menos seguridad y estabilidad.

Ambos tipos de sociedad generan, costumbres o hábitos sociales contrapuestos, que originan dos tipos de moral. Una es la moral cerrada de obligaciones y costumbres, que de forma inmutable e impersonal tiende a la conservación. La otra es una moral abierta, que prolonga el esfuerzo creativo de la vida en el movimiento y el progreso donde la persona no se hunde en la rutina del grupo cerrado, sino que se amplía para abarcar a toda la humanidad.

Por la perfección en el modo de alcanzar el fin:

Sociedades perfectas: Son aquellas que ofrecen a sus miembros tal cúmulo de bienes, estímulos y posibilidades que resultan suficientes para el perfecto desarrollo de la vida humana. De hecho la única sociedad perfecta es la sociedad civil o estado. También es considerada perfecta la sociedad que tiene los medios necesarios para alcanzar su fin y no depende de ninguna otra sociedad.

Sociedades imperfectas: Son las que por sus limitaciones no cumplen los anteriores requisitos. Es decir, no son suficientes para lograr por sí mismas sus fines o dependen de otra sociedad superior. Así la familia, aunque busque para sus miembros la totalidad de los bienes, de ningún modo puede conseguirlos por sí misma por una evidente carencia de medios.

2.3.6 INSERCIÓN SOCIAL

La sociedad en su conjunto no ha sido capaz de estructurar las estrategias necesarias, suficientes y eficientes para lograr que quien usa, abusa o depende de sustancias tenga un estilo de vida mejor que el actual, y que logre un mejor

funcionamiento interpersonal y social, por lo que la inserción social es limitada para estos grupos de personas. A la fecha, no se conocen estudios y cifras que nos permitan tener una valoración real de los resultados de la reinserción social.

Los jóvenes que usan, abusan y dependen de sustancias, en su mayoría, no han conseguido la inserción en ambientes laborales, pues aún están en situaciones escolares.

Los usuarios y dependientes de sustancias, así como quienes se encuentran en proceso de recuperación y rehabilitación, son considerados, cuando son incluidos, como grupos que deben ser tratados de diferente manera por el solo hecho de pertenecer a grupos minoritarios (aunque los datos los coloquen como grupos que van en aumento). Son grupos marginados socialmente porque no se ha logrado convencer a la sociedad de que la adicción a sustancias tiene una base social, además de biológica, y que debe ser considerada como un problema social y de salud pública a causa de su fuerte impacto.

Los mecanismos de reinserción social sean muy limitados e insuficientes, incluso para grupos que no se encuentran en situación de riesgo. Si a esto le sumamos la escolaridad y las competencias solicitadas por los empleadores, veremos que la oferta se reduce y limita las alternativas de los jóvenes en proceso de recuperación, tratamiento y rehabilitación, de hallar un camino hacia la inserción en una sociedad que los excluyó automáticamente cuando fueron calificados como adictos.

Aunque los modelos de integración social pretenden abarcar en el diagnóstico, la recuperación, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social a la mayoría de personas que se atienden, se basan en uniformidades que no consideran sus diferencias y se piensa que todos los adictos son un mismo grupo diferente que debe ser integrado a la sociedad, sin respetar esas diferencias, como las de género. Incluso, en algunos grupos dedicados al tratamiento de pacientes adictos a sustancias se cree que un adicto está solo porque ya no consume la sustancia (o

sustancias) que lo llevó a ese estado y que está listo para integrarse en los ámbitos familiar, social y ocupacional.

La situación legal es otro factor de peso en esta problemática, puesto que generalmente se relaciona ser usuario de una sustancia con hechos delictivos. Aunque la obtención, compra y posesión sí se asocia con hechos de carácter delictivo, solo el consumo genera un fuerte estigma social hacia los usuarios de sustancias.

En los procesos terapéuticos no abarcan específicamente la etapa de la reinserción social, dejando ésta bajo responsabilidad del propio usuario y su familia, quienes lo enfrentan con sus propias limitaciones y alcances, provocando tensiones en el ámbito familiar.

A pesar de que las diferentes problemáticas sociales ya han sido o están siendo abordadas por sectores gubernamentales y la sociedad civil, y que el caso de la reinserción social es un tema que actualmente se discute y atiende, consideramos que ha sido insuficiente y es necesario su reabordamiento y un reenfoque en su atención.

Una de las principales preocupaciones en el ámbito del abordamiento de las problemáticas sociales es la identificación y duplicación de los modelos exitosos. El caso de la reinserción social no es la excepción, por lo cual es necesario conocer cuáles son las experiencias de éxito en nuestras comunidades.

Todos estos factores conforman una complejidad inherente al binomio de adicciones y reinserción social. De continuo surge la duda en el caso de las personas consumidoras, si es la exclusión una de las causas que los llevó a la adicción o si, por el contrario, una vez considerados adictos en recuperación o rehabilitados fueron excluidos de la sociedad. A nuestro juicio, prevalecen ambas situaciones. Por un lado, cuando una persona diagnosticada como adicto a cualquier sustancia trata de lograr la inserción se halla con dificultad o de plano le

niega la oportunidad de insertarse. Por otro lado, si la persona se siente excluida de ambientes sociales, la presión social contribuye a que esa persona desarrolle dependencia a sustancias.

Algunos elementos que podrían ayudar a la reinserción social de este grupo vulnerable:

Basar la reinserción en el conocimiento de la realidad social.

Es deseable la especificidad de la relación entre adicciones y reinserción social para su abordamiento de manera profesional, humana y social.

Considerar la exclusión como un mecanismo que ha funcionado por inercia hacia estos grupos, impidiendo la inclusión. El estudio de este mecanismo ayudará a la revisión de las relaciones causales y sus efectos para conocerlo bien y poder influir de manera positiva y sustantiva en él.

Ejecutar programas tendientes al desarrollo de capacidades y habilidades personales específicas, con procesos cognitivos significativos para la reinserción, mediante programas suficientes y efectivos de capacitación, adiestramiento y desarrollo humano, rescatando la importancia de la prevención como una estrategia sustantiva y el apropiamiento de factores de protección y mejoramiento de estilos de vida.

Buscar en forma constante y adaptativa mecanismos específicos de reinserción familiar y comunitaria. El proceso adictivo afecta de manera negativa el ambiente familiar, por lo que es necesario impulsar mecanismos para la reconstitución familiar.

Construir y reenfocar redes para hacer accesible la inserción y la reinserción social, por medio de la integración de redes orientadas hacia los resultados, donde los participantes pertenezcan a estructuras vinculadas vertical y horizontalmente que conecten instituciones públicas y privadas.

Promover el desarrollo de una conciencia colectiva en torno a la problemática de las adicciones y la reinserción social, desde una perspectiva de diversidad, de tolerancia y con abordamiento de género, extendiendo, difundiendo y duplicando la información para beneficiar un número cada vez mayor de personas.

Sistematizar experiencias para la identificación y el fomento de modelos, programas y acciones que impulsen de manera efectiva la inserción y la reinserción social. (*Luis Caballero Martínez Médico – Psiquiatra, Especialista en diagnóstico y Tratamiento, Universidad Puerta de Hierro 2005*)

2.3.7 REHABILITACIÓN

Dr. Lenin Torres García (2007) menciona que está de moda hablar del involucramiento de la familia dentro del proceso de recuperación del paciente adicto a drogas, pero analicemos primero cómo la adicción afecta la familia y posteriormente cómo se recupera esta.

La misma forma de negación usada por la persona adicta se puede utilizar por sus seres queridos que no se dan cuenta que existe un problema serio. Familiares de la persona adicta a menudo sufren de una condición conocida como “codependencia.” En muchos casos los pensamientos y las sensaciones de esposas, hijos y hermanos son controlados por el comportamiento y las emociones del adicto y esto causa la destrucción de la unidad familiar. Los miembros de la familia pueden sentirse responsables por el problema, ya que puede darles esperanza equivocada que ellos pueden “curar” a su ser querido.

La codependencia se revela en muchas formas.

La adicción puede hacer que la familia oculte el problema, quizás no permitiendo a visitantes en el hogar o prohibiendo discusiones sobre la enfermedad entre miembros de la familia.

Cuando la persona adicta está intoxicada, los familiares pueden intentar proteger a su ser querido diciéndole al jefe de la persona adicta que el adicto no puede ir a trabajar ese día porque está enfermo/a cuando en realidad está intoxicado.

Otro problema relacionado a la codependencia se presenta cuando un miembro de la familia intenta controlar el comportamiento del adicto, ocupando su tiempo libre, de tal modo atentando impedir que él o ella beban alcohol o usen drogas.

EL ADICTO Y LA FAMILIA EN RECUPERACIÓN

La recuperación de la familia del adicto es necesaria para poder sanar de manera integral todo el daño producido por la adicción en el sistema familiar.

Los niños tampoco son inmunes a la codependencia.

Ellos pueden revelar cólera o pueden intentar lograr metas muy altas en la escuela o en deportes para desviar la atención de la familia lejos de la adicción. Los hijos de personas adictas también pueden determinarse a alcanzar metas poco realistas. Estas metas pueden promover la depresión o una adicción en el. Algunas personas se aíslan de su familia y amigos como modo de enfrentar el problema.

La recuperación de la familia del adicto es necesaria para poder sanar de manera integral todo el daño producido por la adicción en el sistema familiar. Uno de los aspectos más importantes en el proceso de rehabilitación del adicto es la intervención que debe realizarse con el grupo familiar. Es preciso señalar que la familia del adicto se ve afectada seriamente durante todo el período en que se fue desarrollando la adicción.

Al igual que el adicto puede recuperarse y vivir una nueva vida, libre de adicciones y con una mejor calidad de vida, la familia tiene derecho y necesidad de recuperarse. La mayoría de las veces es primero un familiar el que toma conciencia del problema y da los primeros pasos en búsqueda de ayuda.

Al principio el codependiente está tan obsesionado con ayudar a su adicto, que necesita apoyo para poder enfocarse en sí mismo y comenzar su proceso de recuperación. Pronto será evidente para el codependiente, que sólo puede ayudar, si él mismo está en recuperación, pues esta enfermedad afecta a toda la familia.

La codependencia se caracteriza por un sentido de urgencia por el control de la conducta de otros, especialmente hacia el adicto. Por esto una de las primeras metas a trabajar en la recuperación de la familia, es el desarrollo del desprendimiento emocional. Este desprendimiento se hace a través del cambio de formas de pensar y de actuar que vienen con la recuperación.

El codependiente se desprende de su obsesión por el control, y de los patrones de conducta compulsivos, que le causan dolor.

Desprendimiento no es más razonable para enfrentar el problema de la adicción. Nadie que está “enganchado” en una dinámica de codependencia, puede ayudar a un adicto a recuperarse. La adicción daña las relaciones familiares, haciendo muy difícil la expresión del amor sano. El desprendimiento emocional habilita al codependiente para poder ejercer y brindar el amor que siente por el adicto. A la misma vez que le permite establecer límites sanos con claridad y firmeza.

La reeducación de la familia en el proceso de rehabilitación de los trastornos adictivos debe dirigirse primeramente a identificar alteraciones que derivan en importantes aspectos de disfuncionalidad. Uno de los problemas más serios que deben enfrentar son las intensas y frecuentes manipulaciones que reciben del adicto.

Por otra parte se distorsionan los sentimientos del grupo generándose en algunos sobreprotección, rabia, angustia, temor todo lo cual favorece en uno o varios miembros del grupo del fenómeno de la dependencia que ha sido descrito por diversos autores.

Es importante remarcar que: la familia organizada y bajo la guía de un profesional entrenado, puede convertirse en una herramienta de intervención sumamente valiosa para romper la negación del adicto. Sin embargo es necesario para poder iniciar ese proceso que los miembros estén dispuestos a iniciar y mantener su propia recuperación personal como dependientes.

Es común que después de que un adicto entra en un centro de rehabilitación y es visitado por la familia se mencionen frases como: “Me tratan mal”, “No me dan comida”, “Me piden hacer aseo y cocinar”.

“Me roban las cosas”, “Esto no es para mí”, “Yo no estoy tan enfermo como para quedarme”, “Ya es suficiente, aprendí la lección”, “Pierdo el tiempo”.

Los familiares deben identificar diferentes formas y situaciones de manipulación a las que estaban sometidos por los consumidores. Esta identificación incluye a la manipulación que se genera en el período de adicción previo al ingreso al tratamiento, permitiendo evitar un importante porcentaje de abandonos; este cambio de actitud es que la persona adicta enfrente las consecuencias de sus actos y perciba que no tiene la opción de seguir manipulando a la familia.

Para poder lograr el desprendimiento sano, es necesario trabajar intensamente en la recuperación de la dependencia. Es una capacidad que llega a lo largo del tiempo.

La manipulación es uno de los síntomas y conductas más característicos del paciente adicto; y consiste en despertar en el interlocutor (por lo general un familiar, un amigo, compañeros de trabajo o incluso el terapeuta), emociones de protección, lástima o comprensión que lo lleven a obtener su deseo de mantenerse en el consumo y evitar las consecuencias de sus actos sin asumir las responsabilidades que ello implica.

Es importante para la familia analizar de los sentimientos y emociones en torno al familiar. Un factor importante en la reeducación de los familiares es preocuparse de las emociones y afectos que les genera el familiar. Diferentes emociones entre las que destacan: Pena, lástima, dolor, tristeza, rabia, culpa, desconfianza y temor. En esta etapa se manifiestan emociones y sentimientos que son comunes a la mayoría de las familias: confusión y ansiedad, temor al juicio social y familiar, sensación de fracaso como padres o como pareja y temor a enfrentar los problemas dejándolos al equipo clínico o a los profesionales a cargo.

Los familiares deben aprender y generar conductas orientadas a que la responsabilidad de mantener la abstinencia es del familiar recuperado, que la institución y los terapeutas sabrán enfrentar el problema y que los familiares deberán mantener una firme actitud de que en caso de una recaída el residente debe volver al proceso.

Como familiares a veces el cariño puede evitar que pongamos límites adecuados para protegernos o para evitar colaborar con la conducta adictiva. Sin embargo el amor de la familia combinado de manera balanceada, con la firmeza necesaria para establecer límites saludables, es una herramienta vital en el proceso de convivir con un adicto activo.

La terapia familiar puede ser de utilidad, pero a veces su uso se restringe a etapas específicas de la recuperación de cada familia. No es una buena idea tener sesiones de terapia familiar con el adicto, si este adicto no está en proceso de recuperación.

Los Grupos de Autoayuda, basados en los “DocePasos”, para familias o para dependientes son de suma utilidad en el tratamiento de los familiares del adicto. Proveen de soporte emocional a través de una red de contactos en recuperación alrededor del mundo entero.

Muchas veces los familiares no se animan a asistir si el adicto no está en recuperación, porque no le encuentran sentido; sin embargo los beneficios potenciales para el codependiente son tantos, que es una muy buena idea asistir, independientemente de la actitud del adicto.

Los dependientes en recuperación también pueden sufrir recaídas en su proceso de recuperación.

Muchas veces la recaída viene porque el adicto finalmente está mejor, y ya el codependiente deja de cuidar su recuperación personal. Otras veces las recaídas vienen como producto del desánimo que resulta de una recaída del adicto. El codependiente es responsable por su propia recuperación y no de la recuperación del adicto. Una recaída no debe ser interpretada como fracaso total, sino que debemos aprender de ella y retomar el proceso de recuperación lo antes posible.

Después de todo lo expuesto, no cabe duda: La familia es un elemento vital y clave de recuperación del adicto y de la familia en sí.

2.3.8 PROCESO DE RECUPERACIÓN

El reto inicial del tratamiento del adicto es evitar el abandono precoz. Los contactos frecuentes en las primeras semanas son críticos para establecer la alianza terapéutica a través de la cual se ha de motivar y alentar al paciente a llevar a cabo el tratamiento. Dada la naturaleza de la adicción es habitual que muchos pacientes se vean impulsados a tratarse por sus familias.

Además, el carácter intermitente de la adicción a suele generar unos primeros encuentros clínicos característicos (p. ej. Exploraciones psicopatológicas) que pueden resultar desconcertantes para el clínico con poca experiencia.

Los objetivos principales para la recuperación de la adicción son:

1. Lograr la abstinencia de la adicción e interrumpir el ciclo de consumos compulsivos.

2. Prevenir las recaídas.

En cada caso, la indicación terapéutica ha de realizarse sobre una base individual que considere la existencia de síntomas de abuso, dependencia y abstinencia y el examen del estado mental. En la evaluación inicial se determinará cuál es el tratamiento más adecuado, así como las condiciones médicas o psiquiátricas acompañantes que condicionan el plan de tratamiento.

Así como todo proceso tenemos que tener antecedentes del paciente los cuales ayude al tratamiento, Historia Clínica: consumo; motivación para tratarse; otros problemas.

Crear una relación terapéutica.

Incrementar la motivación para el tratamiento (afirmaciones automotivacionales, escucha empática; afrontar las resistencias; señalar las incongruencias; apoyar la libertad de elección; revisar consecuencias de la inacción).

El modelo de tratamiento de la TCC (consumo con conducta aprendida; condicionamiento de las emociones, pensamientos y conducta por la adicción; estudio del proceso como facilitador del cambio; sustitución de patrones de conducta por otros que fomentan la abstinencia; necesidad de la práctica).

Introducir el procedimiento del análisis funcional. Se pide al paciente una matriz con desencadenantes, pensamientos y sensaciones, conducta, consecuencias positivas y consecuencias negativas de, al menos, episodios de consumo.

Plantear y negociar los objetivos del tratamiento y el contrato terapéutico.

Justificar teóricamente otros aspectos del tratamiento.

Identificar ejemplos personales de decisiones aparentemente irrelevantes (ejercicio práctico de auto-registro).

Practicar la toma de decisiones seguras (ejercicio práctico).

Anticipar situaciones futuras de alto riesgo. Crisis, acontecimientos vitales positivos y negativos que pueden ocasionar recaídas (ejercicio práctico).

Desarrollar un plan de afrontamiento personal genérico (teléfonos de urgencia, recuerdo de consecuencias negativas del consumo, lista de acontecimientos positivos, procedimientos de distracción, lista de lugares seguros) (ejercicio práctico).

Introducir los pasos básicos de las técnicas de solución de problemas como alternativa al consumo. Identificar el problema y especificar.

Considerar varios enfoques alternativos (tormenta de ideas), seleccionar la solución aparentemente mejor y someterla a una evaluación crítica (ejercicio práctico).

Practicar habilidades de solución de problemas dentro de la sesión.

Revisar y aplicar las habilidades de solución de problemas psicosociales que suponen una barrera para el tratamiento (distinguir entre los que deben suceder a la abstinencia y los que deben antecederla porque impiden el comienzo del tratamiento). Requiere el conocimiento de recursos comunitarios.

Desarrollar un plan de apoyo concreto para enfocar los problemas psicosociales y familiares.

Identificar el problema, definir el objetivo. Identificar los recursos, especificar un plan y controlar como progresa.

Controlar y apoyar los esfuerzos de los pacientes para llevar adelante el plan (ejercicio práctico).

Las sesiones con familiares y allegados al paciente tienen como objetivos:

Brindar a los allegados la oportunidad de conocer el tratamiento. Las sesiones se han de planificar cuidadosamente para evitar que se desvirtúe su intención (¿quién va a acudir? ¿Para qué? ¿Cómo puede colaborar en el tratamiento?).

Analizar los procedimientos a través de los cuales pueden intervenir los familiares y allegados: acompañar al tratamiento, contribuir a la reducción de estímulos condicionados, participar en actividades placenteras libres de drogas, apoyar al paciente en situaciones de ayudar a afrontar otros problemas y contribuir al cumplimiento de la toma de la medicación en su caso (práctica con contrato).

Todo esto ayudará al paciente en el proceso de recuperación de su adicción al igual que se le va trabajando en terapias los problemas familiares que tiene, para que su recuperación sea completa y eficaz. (*Delegación del Gobierno para el "Plan Nacional Sobre Drogas 2008", Luis Caballero Martínez – Médico Psiquiatra.*).

2.4 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

2.4.1 Hipótesis

La carencia afectiva incide en los procesos de recuperación de los pacientes de la Clínica Antiadicciones PROCUBANA.

2.4.2 Hipótesis Particulares

- La discontinuidad es el tipo de carencia afectiva que predomine en los pacientes

- El proceso de recuperación terapéutica se ve afectada por la carencia afectiva

2.5 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES

Unidad de observación: pacientes de la clínica antiadicciones PROCUBANA

Variable Independiente: Carencia afectiva familiar

Variable Dependiente: Proceso de recuperación

Termino de relación: incidencia

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

El investigador acoge en su trabajo el enfoque crítico-propositivo de carácter cuantitativo. Cuantitativo porque se recabará información que será sometido a un análisis matemático. Cualitativo porque estos resultados pasarán a la criticidad con soporte del marco teórico.

3.2 MODALIDADES DE INVESTIGACIÓN

Bibliografía – documental

Se investigó a través de libros, textos, módulos, periódicos, revistas, Internet, así como de documentos válidos y confiables a manera de información primaria.

De campo

Se realizó a través de las entrevistas con los internos de clínica, los cuales arrojaran datos directos de la investigación que son reales y servirán para la comprobación de los objetivos e hipótesis de la investigación.

De intervención Social o Proyecto Factible

Se ejecutó la observación directa del fenómeno social que atraviesan los internos, si no que a través de los hallazgos obtenidos se permitirá elaborar una propuesta de solución al problema investigado

Asociación de variables

La investigación fue llevada a nivel de asociación de variables porque permite estructurar predicciones a través de la medición de las relaciones entre variables. Además puedes medir la relación entre variables a partir de ello, determinar las tendencias o modelos de comportamiento mayoritario

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

| | |
|--------------|-----------------|
| Pacientes | 20 |
| Familias | 20 |
| Total | <hr/> 40 |

Se aplicó en el universo de la población $n=25$; $N=n$, como la población de universo es de estudio finita toda ella se constituyó en la muestra en cada uno de los estratos.

3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable Independiente: Carencia Afectiva Familiar

| Concepto | Dimensiones o categorías | Indicadores | Ítems | Técnicas | Instrumentos |
|--|--------------------------|--|---|-------------------------|--|
| La carencia afectiva señala la situación en que se encuentra una persona que ha sufrido o sufre la privación de la relación con su madre y familiares produciéndose unas relaciones discontinuas, Insuficientes y distorsionadas | Discontinuidad | Separación Desesperanza Angustia Protesta Desinterés | ¿La carencia afectiva se da por pérdida de un familiar? | Encuesta | Cuestionario para conocer el tipo de carencia afectiva |
| | Insuficiencia | Depresión Aislamiento Negación | ¿La familia ha incidido en la patología de la adicción? | Entrevista estructurada | Historia clinica |
| | Distorsión | Intolerancia Frustración Violencia Consumos | | | |

Variable Dependiente: Proceso de recuperación

| Concepto | Dimensiones o categorías | Indicadores | Ítems | Técnicas | Instrumentos |
|---|---|---|--|--|---|
| <p>se define al proceso de recuperación como un programa de intervención basado en el correcto diagnóstico a través de charlas terapéuticas educativas, dirigidas a la persona afectada y a sus familiares, quienes se comprometen a participar y acompañar al paciente durante el tratamiento durante este proceso se puede presentar resistencia al tratamiento, deserción al centro de tratamiento y falsa recuperación.</p> | <p>Resistencia al tratamiento</p> <p>Deserción al centro de tratamiento</p> <p>Falsa recuperación</p> | <p>No existe colaboración voluntaria.</p> <p>No asistencia</p> <p>No tener conciencia de la enfermedad</p> <p>Fugas</p> <p>Actitudes agresivas</p> <p>Maltrato</p> <p>Recaída</p> <p>Presencia de conductas adictivas</p> <p>Formación de rasgos de personalidad compulsiva</p> | <p>¿El proceso de recuperación se da en todos los pacientes con adicción?</p> <p>¿El proceso de recuperación es fácil observar en el adicto?</p> | <p>Encuesta</p> <p>Entrevista Estructurada</p> | <p>Test GHQ Escala de Salud General</p> <p>Historia clinica</p> |

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Entrevista Estructurada, nos permitió saber cómo afecta la carencia afectiva en su proceso de recuperación.

Encuesta para saber el Tipo de Carencia Afectiva, dirigida a familiares del paciente para conocer el tipo de carencia afectiva que tiene cada uno de los pacientes, teniendo así los tipos de carencia afectiva que son los siguientes

Según estudios, vivencias y trayectoria por Bowlby Médico Psiquiatra define la carencia afectiva de esta manera.

- La carencia por discontinuidad

Aparece por la ruptura repetida de la relación establecida entre la madre o sustituto materno y el niño, ligada a cambios cualitativos en esta relación, por motivos diversos y a pesar de que la misma persona sea la que sigue atendiendo al niño físicamente. (Enfermedad súbita de la madre, desviación de la atención afectiva por la irrupción de otras necesidades en el seno de la familia, etc.).

- La carencia por insuficiencia

Aparece este tipo de carencia, en el caso de negligencia manifiesta, es más frecuente en instituciones de asistencia o en el hospital. El niño no encuentra un sustituto maternal adecuado o recibe una modernización totalmente insuficiente y por ello no tiene posibilidades de interacción adecuada con una figura maternal.

- La carencia por distorsión

La persona vive con su madre o un sustituto materno pero no tiene posibilidad de interacción adecuada con ella. No recibe los cuidados adecuados.

Diversos factores actúan sobre la perturbación relacional favoreciéndola o modificando su repercusión en la persona, en este sentido debe valorarse la existencia de:

Tiempo: La duración de la deprivación o de la perturbación relacional en meses o en años.

Recuperación: La posibilidad de restablecer la relación correcta pasado el tiempo de perturbación

Naturaleza: Según cuál sea el tipo de deprivación que ha padecido el ser humano (discontinuidad, insuficiencia o distorsión).

Edad: Según la edad el efecto y las consecuencias serán distintos.

Antecedentes: Según cuál sea el tipo de atención y calidad de modernización previo a la experiencia de alteración relacional afectiva.

Intensidad: Si la alteración es parcial o total, fuerte o suave, se modificara también la respuesta

La valoración de estas variables permite conocer y evaluar la posible reversibilidad de la situación en que se encuentra el niño y las secuelas que de ello se puedan derivar.

Escala de Salud General GHQ, Dirigida al paciente esto sirvió para saber la evolución del proceso terapéutico en el interno.

En el intento los médicos y profesionales de la salud en general de evaluar objetivamente los niveles de salud, fue lo que motivó a *David Goldberg* a elaborar un cuestionario de autoreporte de salud general (o cuestionario de salud autopercebida), así como posteriormente, a decenas de autores a modificarlo, adaptarlo y perfeccionarlo.

Es una técnica elaborada por este autor, en el Hospital Universitario de Manchester, Inglaterra, en la década de los 70, con el fin de evaluar el grado de salud general. El cuestionario inicial consistía en 60 preguntas. Posteriormente se han elaborado versiones más cortas de 30, 28 y 12 ítems respectivamente que han mostrado igual utilidad según diferentes estudios de validación efectuados. Este cuestionario fue elaborado por Goldberg con la intención de identificar la severidad de disturbios psiquiátricos menores, por lo cual se considera que, en realidad, lo que mide es salud mental y no el estado de salud general que tendría que incluir el autoreporte de sintomatología física.

Esta técnica fue concebida como un cuestionario autoadministrado dirigido a la situación actual del examinado. El origen de los ítems de esta escala se fundamenta en estudios previos sobre enfermedades mentales y la experiencia clínica del grupo de trabajo de Goldberg. Recorre cuatro áreas psiquiátricas fundamentales: depresión, ansiedad, inadecuación social e hipocondría.

El GHQ es un cuestionario para evaluar salud autopercebida, o sea la evaluación que hace el individuo de su estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales. Así los ítems 3, 4, 5, 9 y 12 comienzan preguntando "se ha sentido..." y el 7 "ha sido capaz de disfrutar...". También este cuestionario pretende la evaluación de algunas de sus funciones intelectuales y fisiológicas, como es el caso de los ítems 1 y 2 y la autovaloración del individuo en el establecimiento y alcance de sus metas y propósitos en la vida (ítems 10 y 11) y del enfrentamiento a las dificultades (ítems 6 y 8).

En general, este cuestionario ha sido recomendado tanto en la investigación epidemiológica como en el trabajo clínico, siempre que se pretenda evaluar un estado general de salud mental o bienestar. La mayoría de los autores reconocen que la mejor utilización del GHQ es precisamente en estudios epidemiológicos, poblacionales en los que se requiera una evaluación de la salud mental desde la perspectiva de la medicina a nivel primario, preventivo.

También ha sido empleado para evaluar la asociación de la salud mental con algunos elementos psicosociales tales como los problemas psicosociales en los jóvenes estudiantes, los ancianos, las mujeres embarazadas y puérperas, y los familiares y cuidadores de enfermos crónicos.

Algunos autores lo han utilizado en grupos de pacientes, tales como pacientes cardiovasculares, endocrinos, cancerosos, neurológicos, reumatológicos, asmáticos, sidosos; así como también en pacientes quirúrgicos, ginecoobstétricos, pacientes con fatiga crónica, con trastornos alimentarios, en alcohólicos y en otras toxicomanías, y también para evaluar la prevalencia de disturbios psicológicos en población hospitalaria.

El análisis realizados de los ítems de esta escala nos indica que refiere a indicadores de salud mental autopercebida y, en este sentido, ofrece también una evaluación de este aspecto del bienestar psicológico, aunque no contempla otros como son la evaluación cognitiva sobre la propia vida que incluye la satisfacción con el logro de metas; ni los aspectos de la esfera emocional, evaluando la presencia de aspectos positivos y negativos y su relativo predominio, que es, a nuestro juicio, lo que determina la presencia de un determinado nivel de bienestar.

3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

| PREGUNTAS BÁSICAS | EXPLICACIÓN |
|----------------------------------|---|
| 1.- Para qué? | Para investigar cómo influye la carencia afectiva familiar en el proceso de recuperación |
| 2.- De qué personas u objetos? | Familiares y pacientes de la Clínica Antiadicciones "PROCUBANA" |
| 3.- Sobre qué aspectos? | La Carencia afectiva familiar y su incidencia en el proceso de recuperación |
| 4.- Quién? Quiénes? | Roberto Fabián Yanchapanta Galora |
| 5.- Cuándo? | Junio – Diciembre 2010 |
| 6.- Dónde? | Centro de Antiadicciones PROCUBANA |
| 7.- Cuántas veces? | Dos prueba piloto y prueba definitiva |
| 8.- Qué técnicas de recolección? | Encuestas, entrevista |
| 9.- Con qué? | Cuaderno de notas, historias clínicas, cuestionario no estructurado test. |
| 10.- En qué situación? | En las oficinas, en la consulta, en la sala de terapia durante todo el período que el paciente este en la clínica |

3.7 PLAN DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

- Revisión crítica de la información recogida; es decir limpieza de información defectuosa, contradictoria, incompleta, no pertinente, etc.
- Repetición de la recolección, en ciertos casos individuales, para corregir fallas de contestación.

- Calificación y análisis de los test para establecer el nivel de la variable.
- Análisis de la guía de observación para corroborar la información de los test.
- Tabulación de la información y elaboración de cuadros de acuerdo a la variable.
- Manejo de información (reajuste de cuadros con casillas vacías o con datos muy reducidos cuantitativamente, que no influye significativamente en los análisis).
- Estudio estadístico de datos para presentación de resultados.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS DE ASPECTOS CUANTITATIVO.

ENCUESTA PARA SABER EL TIPO DE CARENCIA AFECTIVA

Cuadro N°1

| TIPO DE CARENCIA AFECTIVA | PUNTAJE TOTAL | % MUESTRA |
|---------------------------|---------------|-------------|
| DISCONTINUIDAD | 12 | 60 |
| INSUFICIENCIA | 2 | 10 |
| DISTORSIÓN | 6 | 30 |
| TOTAL | 20 | 100% |

ANÁLISIS: Los resultados indican que de las familias investigadas tienen un tipo de carencia afectiva, un 60% discontinuidad, un 10% Insuficiencia y un 30% son por Distorsión.

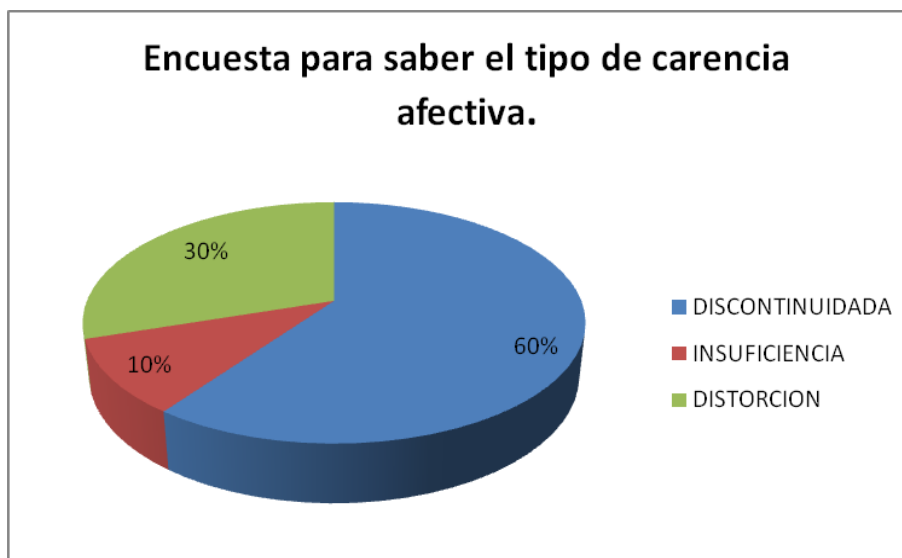


Grafico N° 1

INTERPRETACIÓN: Después del análisis se puede observar que una gran parte de las familias son moderadamente funcional la situación repercute en el área afectiva de los pacientes siendo el motivo de la investigación.

1. Se siente rechazado afectivamente por la pérdida de un familiar.

Cuadro N°1.1

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------|-------------------|-------------------|
| Casi Nunca | 0 | 0 |
| Pocas Veces | 0 | 0 |
| A Veces | 14 | 70 |
| Muchas Veces | 4 | 20 |
| Casi Siempre | 2 | 10 |
| TOTAL | 20 | 100% |

ANÁLISIS: Los resultados indican que los pacientes se encuentran rechazados afectivamente por la pérdida un familiar: A veces 70%,., muchas veces 20%, casi siempre 10%.

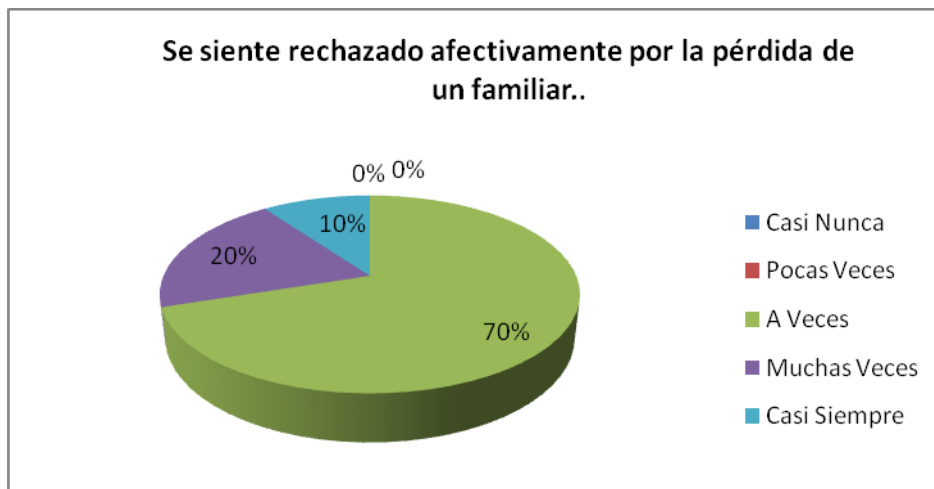


Gráfico N°1.1

INTERPRETACIÓN: Se puede observar que en la población es casi frecuente el rechazo por la pérdida de un familiar del hogar, lo que provoca un distanciamiento entre los integrantes, por la separación de uno de ellos.

2.- Piensa que su familia incide en su adicción

CUADRO N° 1.2

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| Casi Nunca | 0 | 0 |
| Pocas Veces | 8 | 40 |
| A Veces | 8 | 40 |
| Muchas Veces | 4 | 20 |
| Casi Siempre | 0 | 30 |
| TOTAL | 20 | 100% |

ANÁLISIS: Se puede observar que la familia incide en su adicción siendo así: Pocas veces 40%, a veces 40%, muchas veces 20%

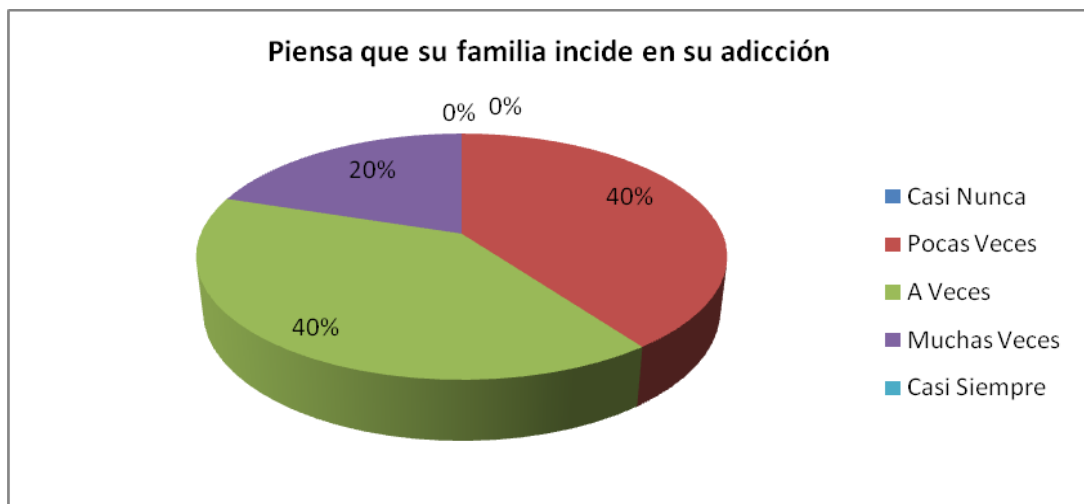


Gráfico N°1.2

INTERPRETACIÓN: se analizó que la familia incide en su adicción porque el predominio es A veces esta situación que genera inseguridad e inestabilidad y desesperanza entro los integrantes de la familia.

3.- Cumple Uds. Sus responsabilidades en casa.

Cuadro N°1.3

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| Casi Nunca | 0 | 0 |
| Pocas Veces | 8 | 40 |
| A Veces | 10 | 50 |
| Muchas Veces | 2 | 10 |
| Casi Siempre | 0 | 0 |
| TOTAL | 20 | 100% |

ANÁLISIS: Los resultados indican que el cumplimiento de las responsabilidades en casa es: Pocas veces 40%, a veces 50%, muchas veces 10%

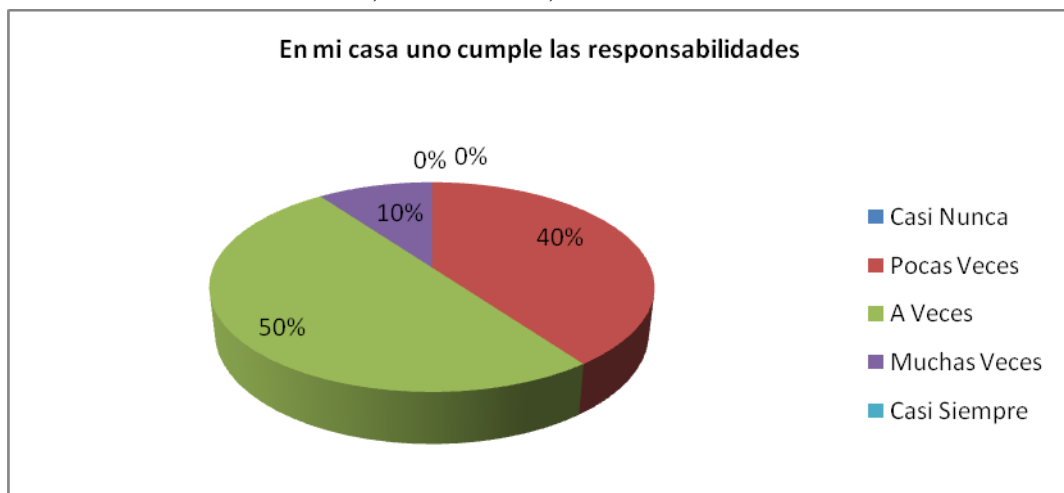


Gráfico N° 1.3

INTERPRETACIÓN: Se evidencia que el establecimiento de los roles en el hogar esto causa la no responsabilidad y no cumplimiento de los integrantes lo cual en el paciente esto indica que más adelante tendría angustia por no saber qué es lo que quiera de la vida.

4.- Las manifestaciones de cariño en casa son diarias.

Cuadro N°1.4

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| Casi Nunca | 0 | 0 |
| Pocas Veces | 8 | 40 |
| A Veces | 10 | 50 |
| Muchas Veces | 0 | 0 |
| Casi Siempre | 2 | 10 |
| TOTAL | 20 | 100% |

ANÁLISIS: El cuadro indica que las manifestaciones de cariño forma parte de la vida cotidiana de la familia en un porcentaje de: Pocas veces 40%, A veces 50%, casi siempre 10%.

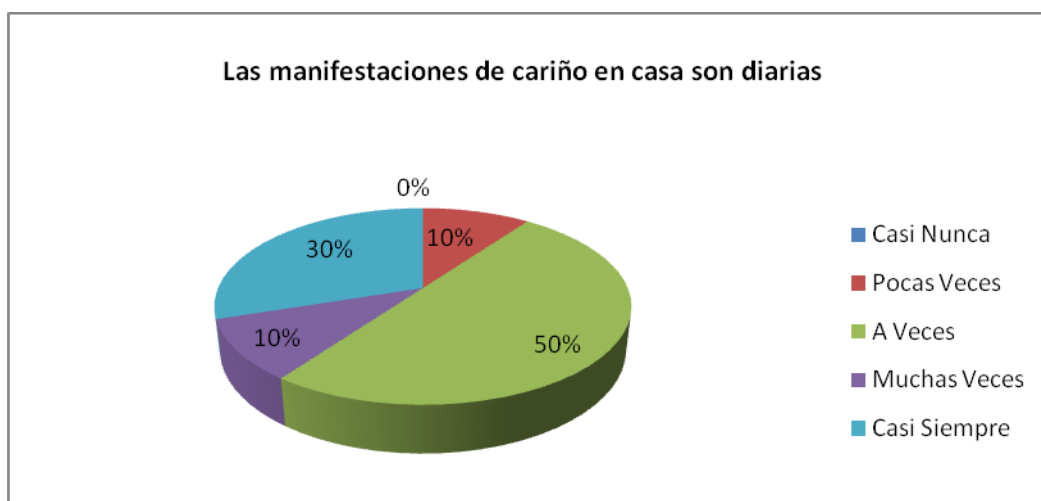


Gráfico N°1.4

INTERPRETACIÓN: Se evidencia que el cariño dentro de las familias no es el prudente y causa perdida de afecto en los integrantes, lo cual repercute en el paciente con protesta en sus obligaciones y así como en su hogar.

5.- Se comunica en su casa de forma clara y directa.

Cuadro N°1.5

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| Casi Nunca | 6 | 30 |
| Pocas Veces | 8 | 40 |
| A Veces | 6 | 30 |
| Muchas Veces | 0 | 0 |
| Casi Siempre | 0 | 0 |
| TOTAL | 20 | 100% |

ANÁLISIS: Los resultados indican que las familias se comunican, de forma clara y directa con una incidencia de: Casi nunca 30%, pocas veces 40%, a veces 30%.

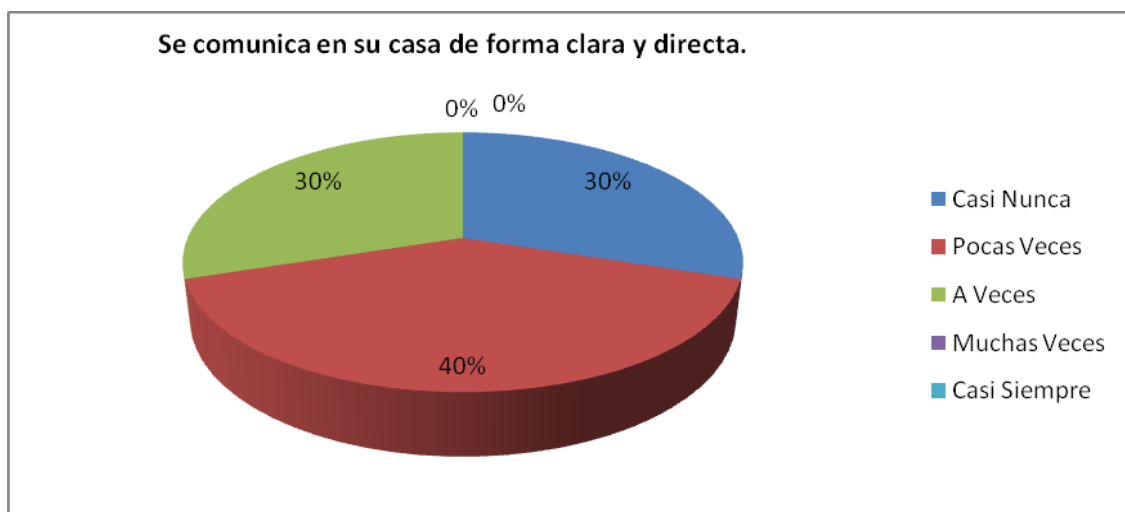


Gráfico N°1.5

INTERPRETACIÓN: En el presente gráfico se evidencia que las familias no expresan sin insinuación ni de forma clara y precisa, existe un desinterés.

6.- En casa toleran los errores realizados por Uds.

Cuadro N°1.6

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| Casi Nunca | 4 | 20 |
| Pocas Veces | 2 | 10 |
| A Veces | 10 | 50 |
| Muchas Veces | 4 | 20 |
| Casi Siempre | 0 | 0 |
| TOTAL | 20 | 100% |

ANÁLISIS: El porcentaje indica que las que la tolerancia en las familias es de la siguiente manera: Casi nunca 20%, pocas veces 10%, a veces 50%, muchas veces 20%.

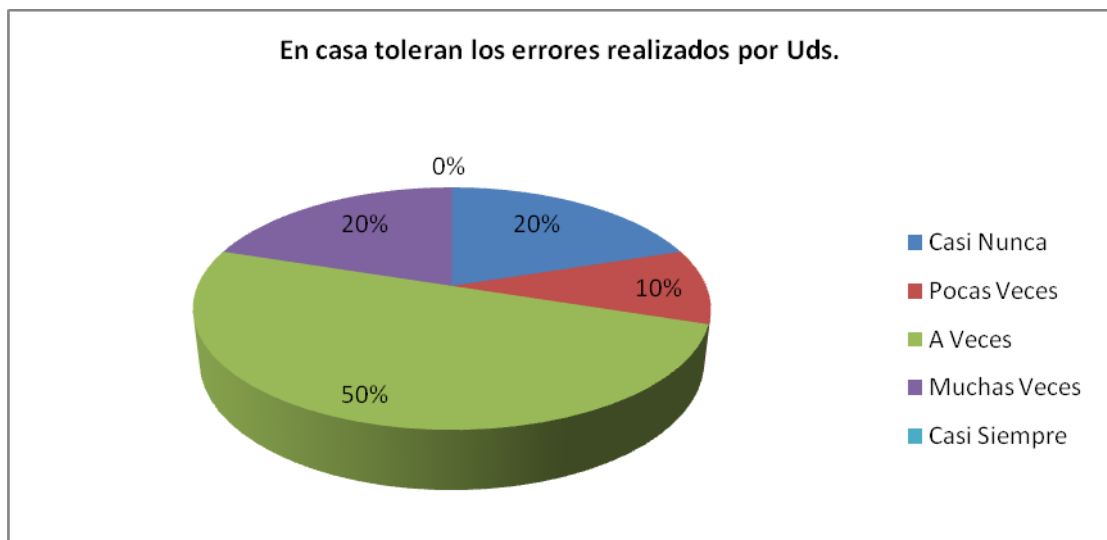


Gráfico N° 1.6

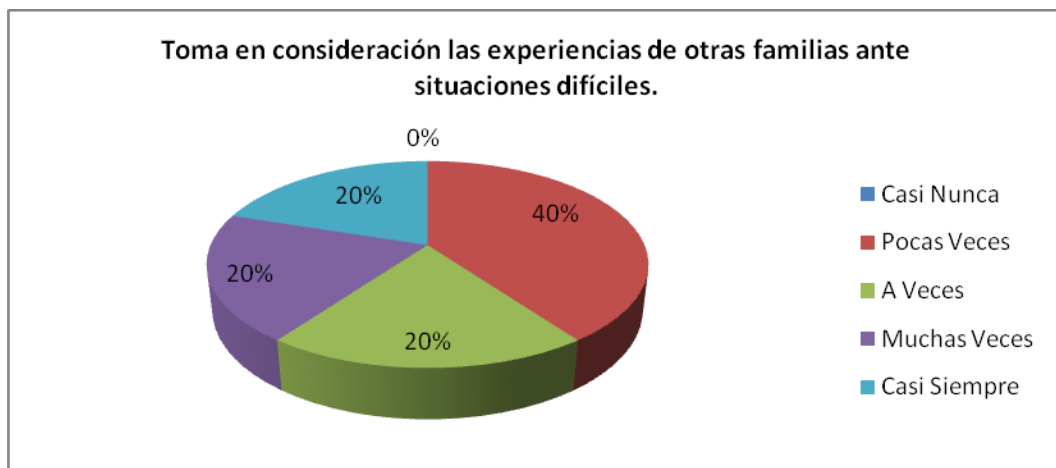
INTERPRETACIÓN: se evidencia en el gráfico que las familias pueden aceptar los defectos de los demás y poder sobrellevarlos dentro de la clínica y no caer en una depresión por su internamiento.

7.- Toma en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.

Cuadro N° 1.7

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| Casi Nunca | 0 | 0 |
| Pocas Veces | 8 | 40 |
| A Veces | 4 | 20 |
| Muchas Veces | 4 | 20 |
| Casi Siempre | 4 | 20 |
| TOTAL | 20 | 100% |

ANÁLISIS: Al considerar las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles los encuestados manifiestan que: Pocas veces 40%, a veces 20%, muchas veces 20%, casi siempre 20%.



Gráficos N° 1.7

INTERPRETACIÓN: En el gráfico se evidencia que a veces los encuestados toman las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles, por lo que se cierran en sus propias alternativas de solución sin encontrar resultados positivos, influyendo directamente en el área interpersonal de los pacientes y no caer en un aislamiento.

8.- Cuando alguien de la familia tiene algún problema los demás lo ayudan.

Cuadro N°1.8

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------|-------------------|-------------------|
| Casi Nunca | 4 | 20 |
| Pocas Veces | 2 | 10 |
| A Veces | 6 | 30 |
| Muchas Veces | 6 | 30 |
| Casi Siempre | 2 | 10 |
| TOTAL | 20 | 100% |

ANÁLISIS: La tabla indica que cuando alguien de la familia tiene un problema los demás le ayudan: Casi nunca 20%, pocas veces 10%, a veces 30%, muchas veces 30%, y casi siempre 10%.

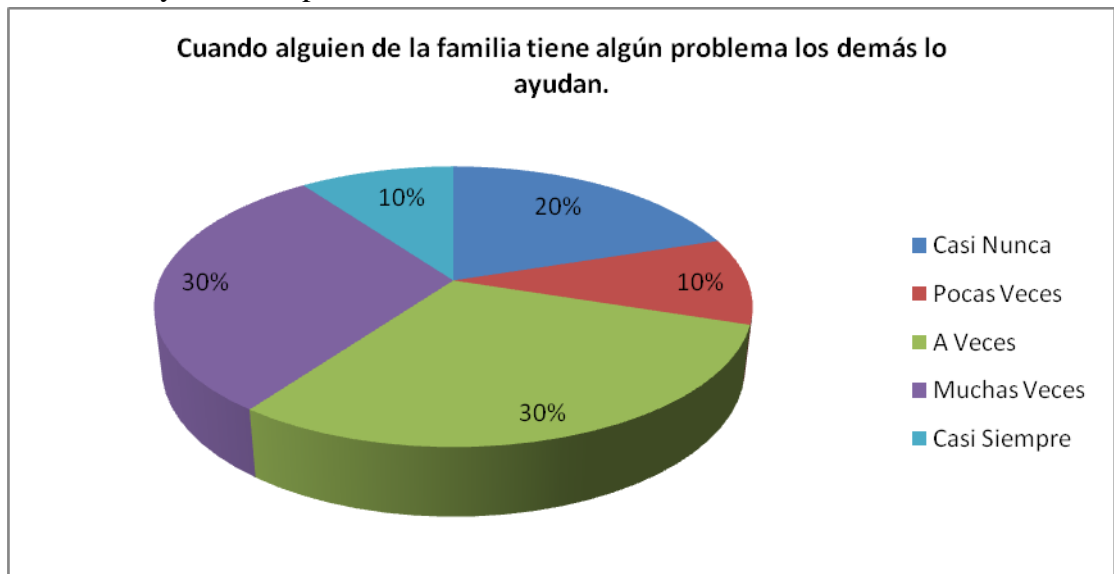


Gráfico N° 1.8

INTERPRETACIÓN: Las familias investigadas muestran que al tener algún tipo de problema, los integrantes casi siempre lo ayudan a solucionar. Esto repercute si no lo hay y se produciría la negación del problema.

9.- Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado.

Cuadro N° 1.9

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------|-------------------|-------------------|
| Casi Nunca | 0 | 0 |
| Pocas Veces | 10 | 50 |
| A Veces | 8 | 40 |
| Muchas Veces | 2 | 10 |
| Casi Siempre | 0 | 0 |
| TOTAL | 10 | 100% |

ANÁLISIS: Al distribuir las tareas en forma de que nadie este sobrecargado los encuestados respondieron lo siguiente: pocas veces 50%, a veces 40%, muchas veces 10%.

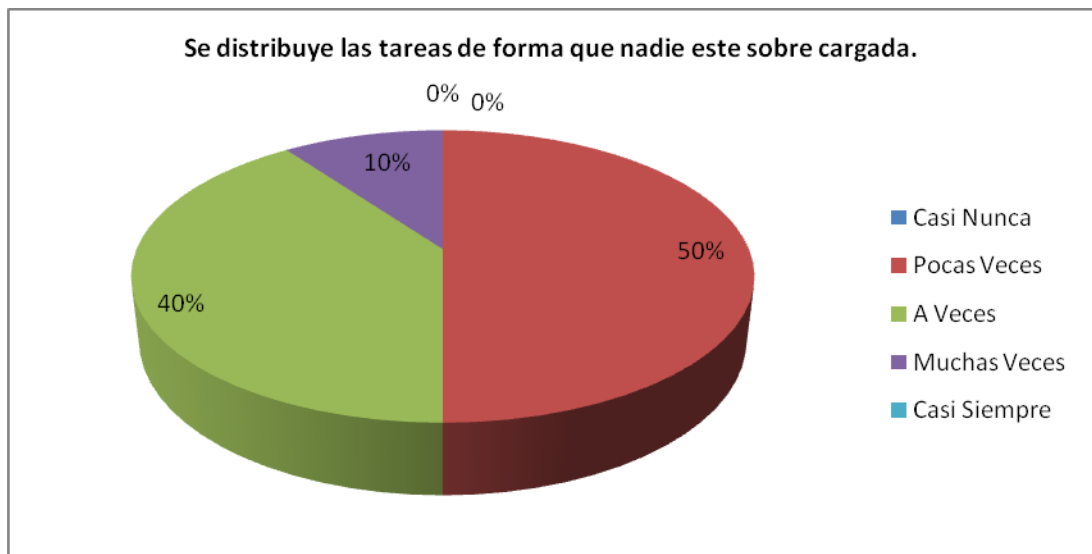


Gráfico N°1.9

INTERPRETACIÓN: Pocas veces las familias distribuyen las tareas de forma que nadie este sobre cargado creando malos entendidos, resentimientos, preferencias e intolerancia entre los integrantes, creando grupos.

10.- Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.

Cuadro N°1.10

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| Casi Nunca | 4 | 20 |
| Pocas Veces | 10 | 50 |
| A Veces | 6 | 30 |
| Muchas Veces | 0 | 0 |
| Casi Siempre | 0 | 0 |
| TOTAL | 20 | 100% |

ANÁLISIS: La pregunta 10 refiere a las costumbre familiares y su modificación en determinadas situaciones, respondiendo de la siguiente forma: Casi nunca 20%, Pocas veces 50%, A veces 30%.

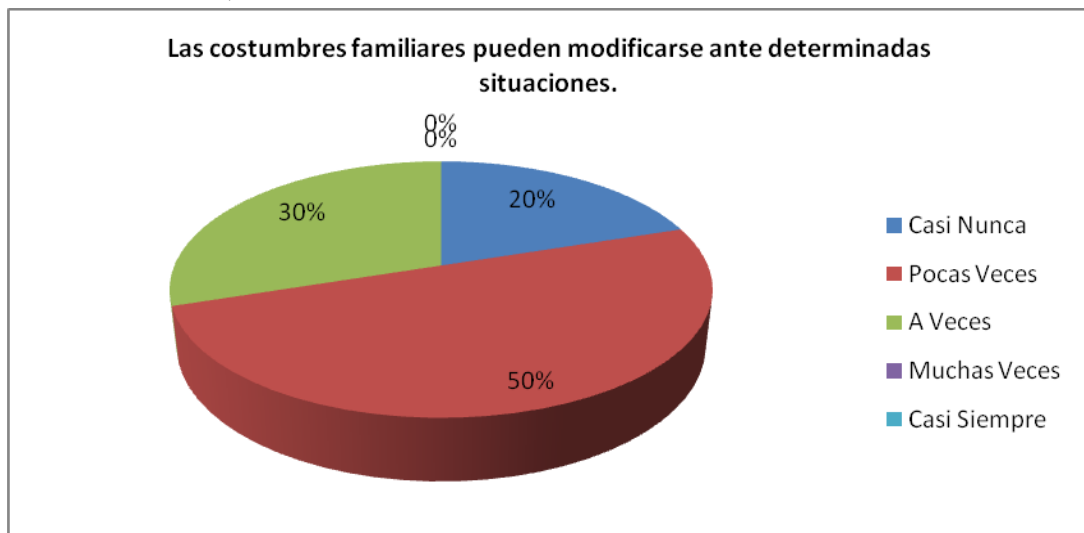


Gráfico N°1.10

INTERPRETACIÓN: las costumbres familiares pocas veces pueden ser modificadas en determinadas situaciones, esto representa una ambivalencia, por un lado muestra sólidos valores, en otros sentidos se evidencia que no admite errores todo lo puede controlar, generando en los pacientes sentimientos de frustración al momento de equivocarse.

11.- Se siente frustrado cuando no le salen las cosas como Uds. las planea.

Cuadro N° 1.11

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| Casi Nunca | 0 | 0 |
| Pocas Veces | 8 | 40 |
| A Veces | 10 | 50 |
| Muchas Veces | 2 | 10 |
| Casi Siempre | 0 | 0 |
| TOTAL | 20 | 100% |

ANÁLISIS: En la pregunta referente a si se siente frustra cuando algo le sale mal se obtiene los siguientes porcentajes: Pocas veces 40%, a veces 50%, muchas veces 10%.

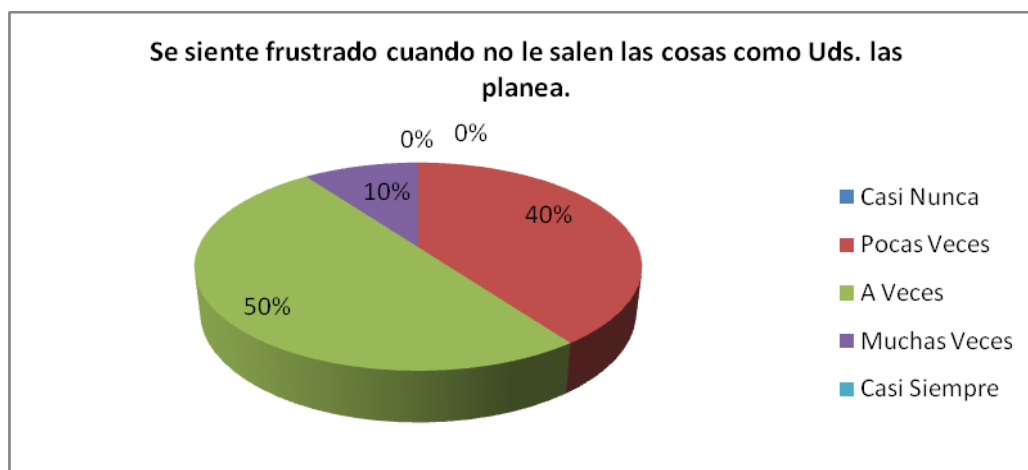


Gráfico N° 1.11

INTERPRETACIÓN: Después del análisis con lo referente a la frustración que tiene cuando le sale mal se denota que no existe la comunicación y la confianza en la familiar para hablar del tema, razón por la cual prefiere no expresar lo que en realidad siente.

12.- Ante una situación difícil, Uds. es capaz de buscar ayuda en su familia.

Cuadro N° 1.12

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| Casi Nunca | 0 | 0 |
| Pocas Veces | 4 | 20 |
| A Veces | 10 | 50 |
| Muchas Veces | 6 | 30 |
| Casi Siempre | 0 | 0 |
| TOTAL | 20 | 100% |

ANÁLISIS: En el presente cuadro se observa las siguientes características con respecto a su reacción ante una situación difícil: Pocas veces 20%, a veces 50%, muchas veces 30%.

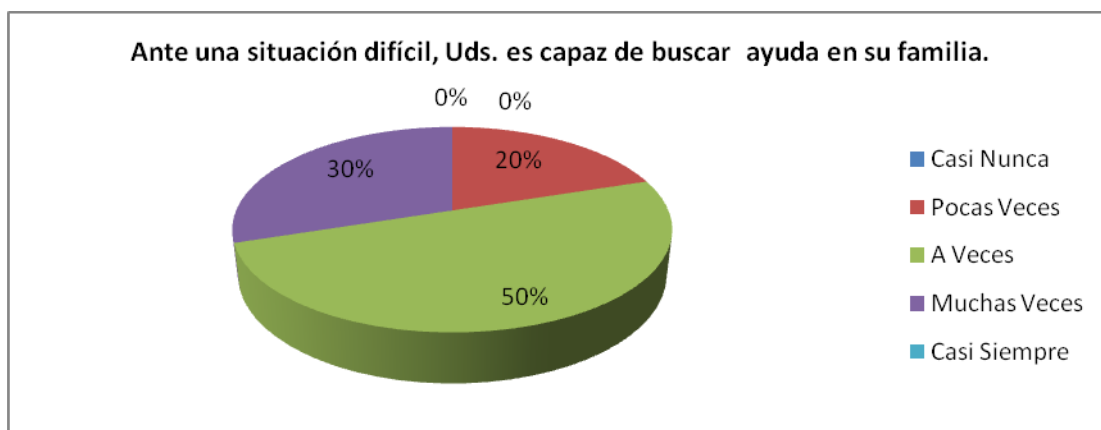


Gráfico N°1.12

INTERPRETACIÓN: Con respecto con la pregunta ante una situación familiar difícil es capaz de buscar ayuda en la familia, se encuentra que no lo hacen con mucha frecuencia lo cual no lo permiten solucionar dificultades buscando ayuda profesional, debido a que creen ser capaces de solucionar sus dificultades del consumo.

13.- Los criterios de los miembros de su familia son respetados por el núcleo familiar.

Cuadro N° 1.13

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| Casi Nunca | 4 | 20 |
| Pocas Veces | 4 | 20 |
| A Veces | 6 | 30 |
| Muchas Veces | 6 | 30 |
| Casi Siempre | 0 | 0 |
| TOTAL | 20 | 100% |

ANÁLISIS: Los resultados indican que la frecuencia que los criterios de los miembros son respetadas por el núcleo familiar son: Casi nunca 20%, pocas veces 20%, a veces 30% y muchas veces 30%.

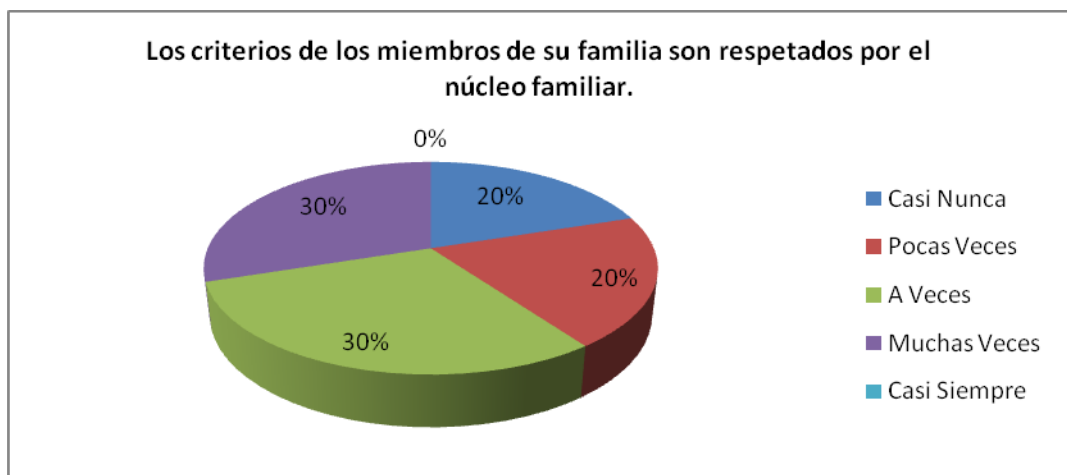


Gráfico N°1.13

INTERPRETACIÓN: Según el análisis del cuadro se observa que en la familia se respeta los criterios de cada miembro de la misma, la cual es beneficiosa para el desarrollo individual.

14.- Reacciona con violencia cuando le salen mal las cosas.

Cuadro N° 1.14

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| Casi Nunca | 4 | 20 |
| Pocas Veces | 6 | 30 |
| A Veces | 10 | 50 |
| Muchas Veces | 0 | 0 |
| Casi Siempre | 0 | 0 |
| TOTAL | 20 | 100% |

ANÁLISIS: En la muestra obtenida se pudo observar que en la frecuencia con la que reacciona con violencia es de: Casi nunca el 20%, pocas veces 30% y a veces 50%.



Gráfico N° 1.14

INTERPRETACIÓN: Se pudo observar que en las familias observadas no existen una expresión de violencia en su totalidad cada miembro lo cual crea una inestabilidad emocional en los paciente provenientes de este tipo de hogares cuando enfrenta el consumo.

INTERPRETACIÓN ESCALA DE SALUD GENERAL GHQ

Cuadro N° 2

| SALUD MENTAL | PUNTAJE TOTAL | % MUESTRA |
|--------------------|---------------|-------------|
| CONFLICTO LEVE | 10 | 50 |
| CONFLICTO MODERADO | 8 | 40 |
| COMFLICTO GRAVE | 2 | 10 |
| TOTAL | 0 | 100% |

ANÁLISIS: en las tabulaciones de la escala de salud general, se evidencia los siguientes resultados con mayor número de respuestas conflictivas: conflicto leve 50%, conflicto moderado 40% y conflicto grave 10%.

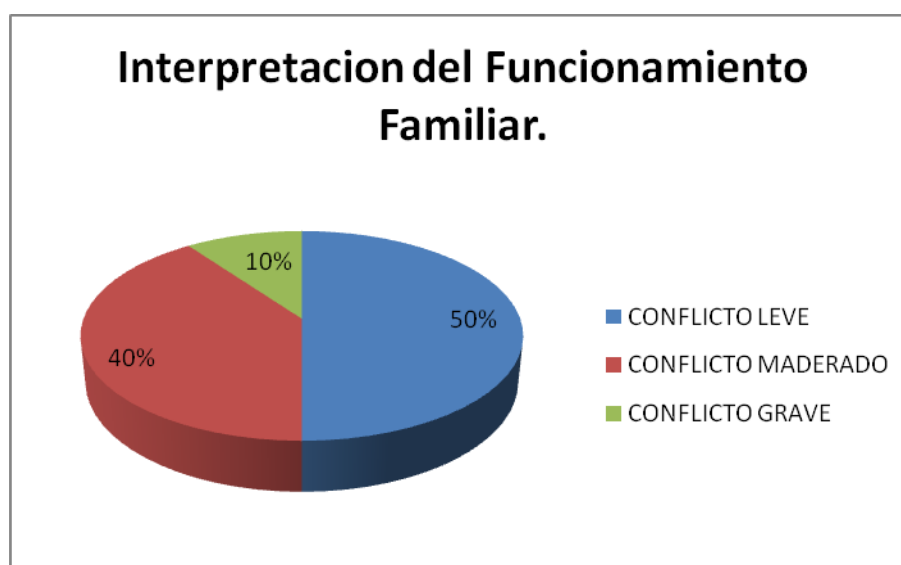


Gráfico N°2

INTERPRETACIÓN: luego de analizar los resultados se identifica la salud mental de los pacientes evaluados con respecto a los conflictos leves, conflictos que provocan aislamiento, ansiedad y depresión, falta de poner de sí mismos para que pueda ser una recuperación adecuada.

1. Ha podido concentrarse en lo que hace.

Cuadro N° 2.1

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------|-------------------|-------------------|
| Casi Nunca | 0 | 0 |
| Pocas Veces | 2 | 10 |
| A Veces | 2 | 10 |
| Muchas Veces | 8 | 40 |
| Casi Siempre | 8 | 40 |
| TOTAL | 20 | 100 |

ANÁLISIS: Los resultados indican que los pacientes han podido concentrarse bien en: Pocas veces 10%, a veces 10%, muchas veces 40%, casi siempre 40%.

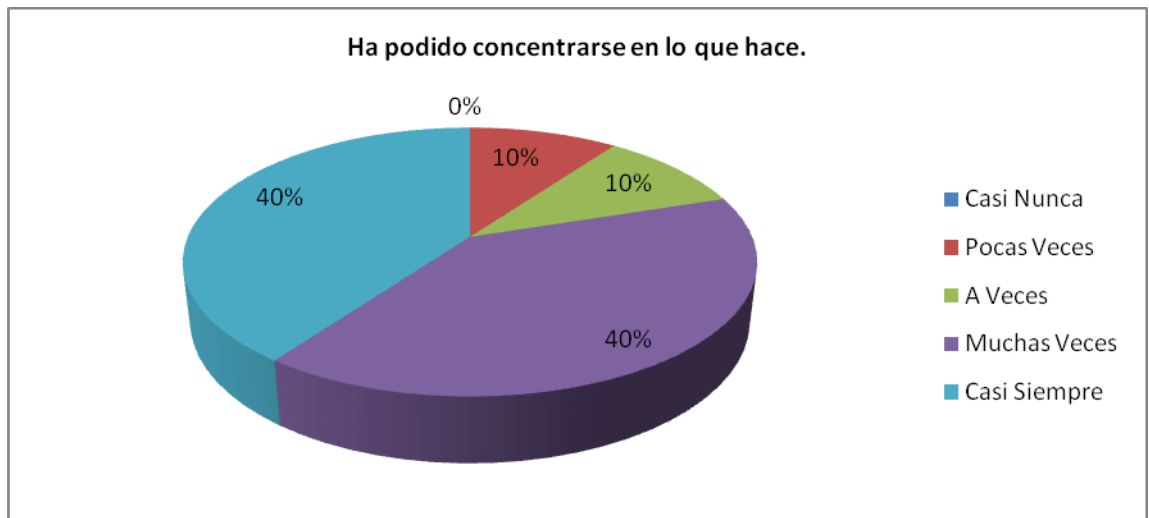


Gráfico N ° 2.1

INTERPRETACIÓN: Se puede observar en la población seleccionada, que es un poco frecuente que puede concentrarse en lo que hace en forma individual dentro de la clínica, lo que provoca una falta de atención en los pacientes.

2. Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño.

Cuadro N° 2.2

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| Casi Nunca | 2 | 10 |
| Pocas Veces | 6 | 30 |
| A Veces | 8 | 40 |
| Muchas Veces | 2 | 10 |
| Casi Siempre | 2 | 10 |
| TOTAL | 10 | 100 |

ANÁLISIS: Se puede observar que la frecuencia en sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño es: Casi nunca 10%, pocas veces 30%, a veces 40%, muchas veces 10% y casi siempre 10%.

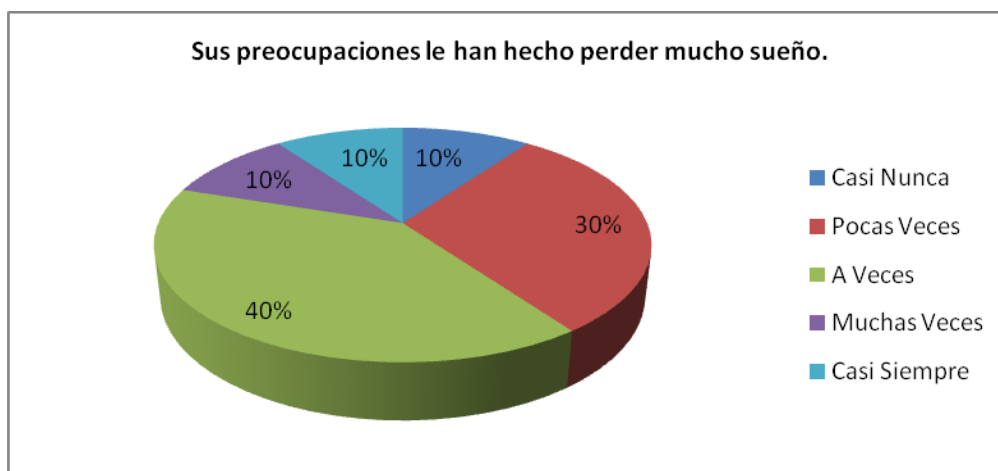


Gráfico N° 2.2

INTERPRETACIÓN: Luego de analizar los porcentajes más altos da que muchas veces en lo que significa sus preocupaciones con la pérdida de sueño, tiene incertidumbre en lo que le puede pasar en el futuro.

3.-Ha sentido que está jugando un papel muy importante en la vida.

Cuadro N° 2.3

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| Casi Nunca | 0 | 0 |
| Pocas Veces | 0 | 0 |
| A Veces | 8 | 40 |
| Muchas Veces | 8 | 40 |
| Casi Siempre | 4 | 20 |
| TOTAL | 20 | 100% |

ANÁLISIS: Los resultados indican que la frecuencia de haber sentido que está jugando un papel útil en su vida es: a veces 40%, muchas veces 40%, casi siempre 20%.

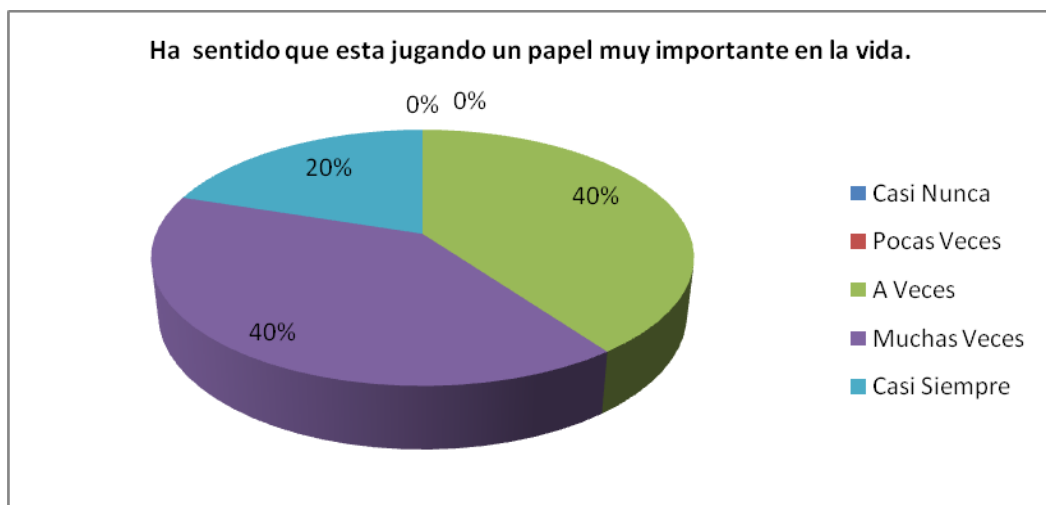


Gráfico N° 2.3

INTERPRETACIÓN: Se evidencia que las personas a veces sienten que no tienen un papel útil en la vida, esto causa incumplimiento de responsabilidades dentro de la clínica lo cual repercute en el proceso de recuperación.

4.-Se ha sentido capaz de tomar decisiones

Cuadro N° 2.4

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| Casi Nunca | 0 | 0 |
| Pocas Veces | 0 | 0 |
| A Veces | 2 | 10 |
| Muchas Veces | 10 | 50 |
| Casi Siempre | 8 | 40 |
| TOTAL | 20 | 100 |

ANÁLISIS: el cuadro indica que las manifestaciones de poder tomar decisiones es: a veces 10%, muchas veces 50% y casi siempre 40%.

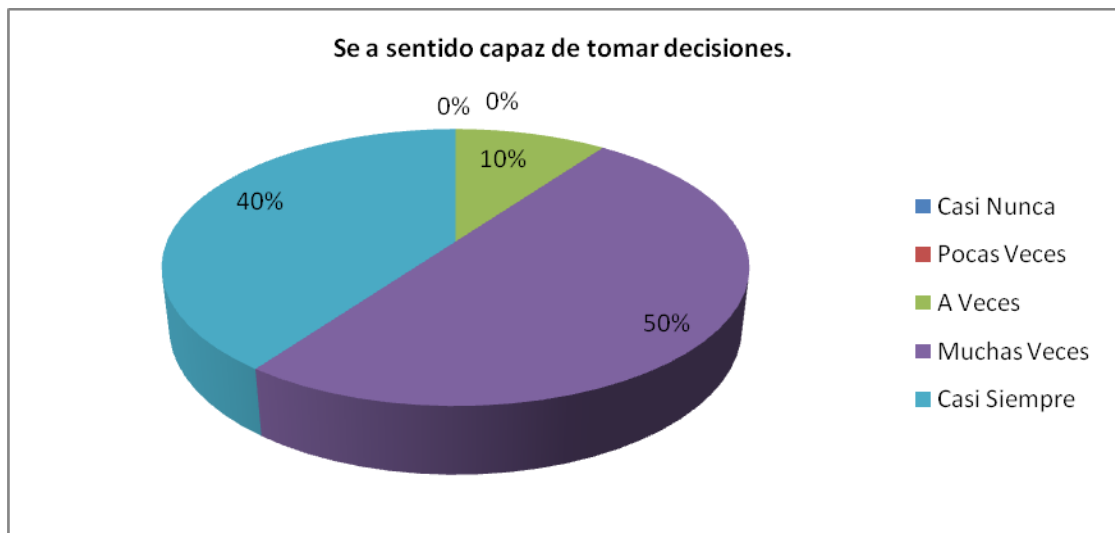


Gráfico N° 2.4

INTERPRETACIÓN: Se evidencia que los pacientes pueden tomar sus propias decisiones, esto causa un incumplimiento de responsabilidades hacia las terapias que se emite dentro de la clínica, lo cual repercute en su recuperación rápida y eficaz.

5.- Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión.

Cuadro N° 2.5

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| Casi Nunca | 0 | 0 |
| Pocas Veces | 8 | 40 |
| A Veces | 4 | 20 |
| Muchas Veces | 6 | 30 |
| Casi Siempre | 2 | 10 |
| TOTAL | 20 | 100 |

ANÁLISIS: los resultados indican que los pacientes al ver sentido constantemente agobio y tensión es de: pocas veces 40%, a veces 20%, muchas veces 30% y casi siempre 10%.

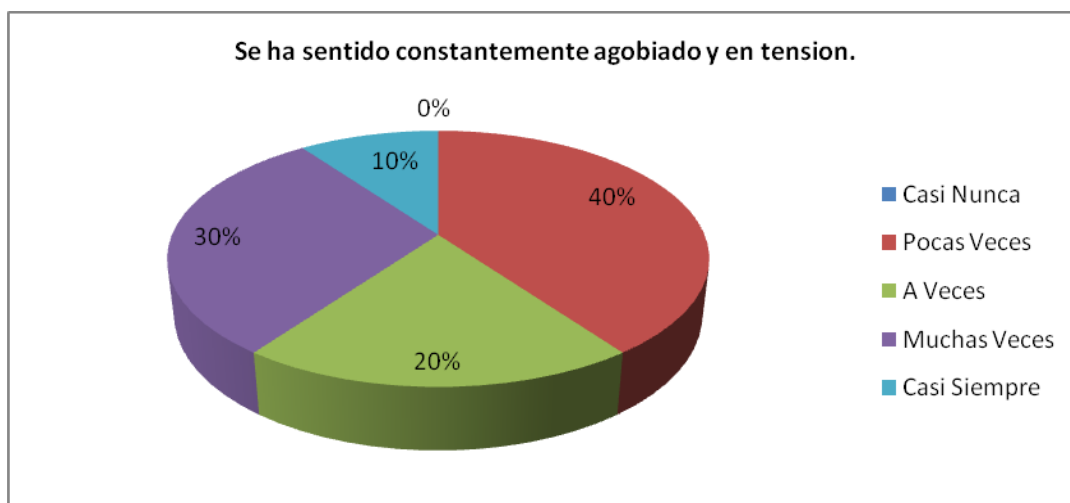


Gráfico N° 2.5

INTERPRETACIÓN: Los porcentajes indican que los pacientes han sido estables en cuanto a su personalidad dentro de la institución sin dejar de lado que también tiene un poco de tensión por la incertidumbre de su proceso.

6.- Ha sido que no puede superar sus dificultades.

Cuadro N° 2.6

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| Casi Nunca | 4 | 20 |
| Pocas Veces | 8 | 40 |
| A Veces | 4 | 20 |
| Muchas Veces | 2 | 10 |
| Casi Siempre | 2 | 10 |
| TOTAL | 10 | 100% |

ANÁLISIS: el porcentaje indica que los pacientes pueden superar sus dificultades de la siguiente manera: casi nunca 20%, pocas veces 40%, a veces 20%, muchas veces 10%, casi siempre 10%.

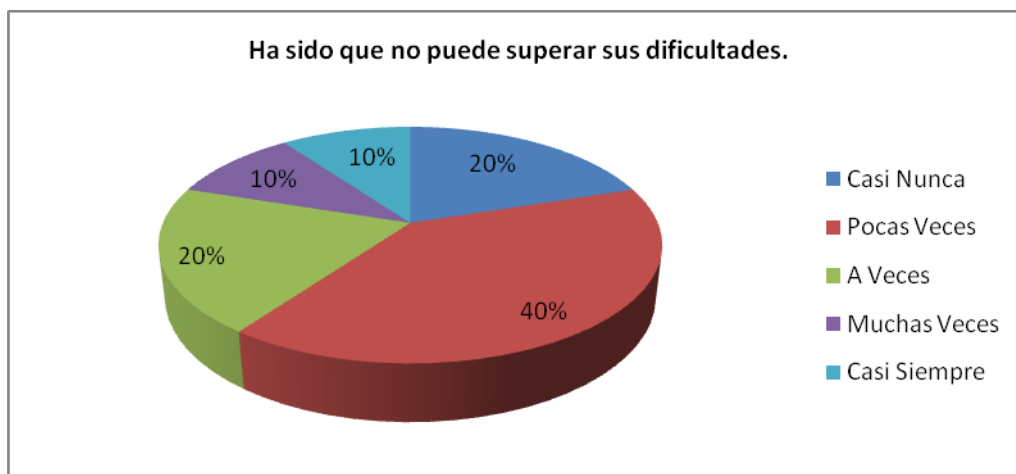


Gráfico N° 2.6

INTERPRETACIÓN: En el cuadro se evidencia que los pacientes saben que pueden superarse así como un porcentaje mayor en pocas veces, esto repercute en su proceso ya que se puede dar una falsa recuperación.

7.- Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día.

Cuadro N° 2.7

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| Casi Nunca | 0 | 0 |
| Pocas Veces | 0 | 0 |
| A Veces | 6 | 30 |
| Muchas Veces | 8 | 40 |
| Casi Siempre | 6 | 30 |
| TOTAL | 20 | 100% |

ANÁLISIS: al considerar el ser capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día los encuestados manifiestan que: a veces 30%, muchas veces 40% y casi siempre 30%.

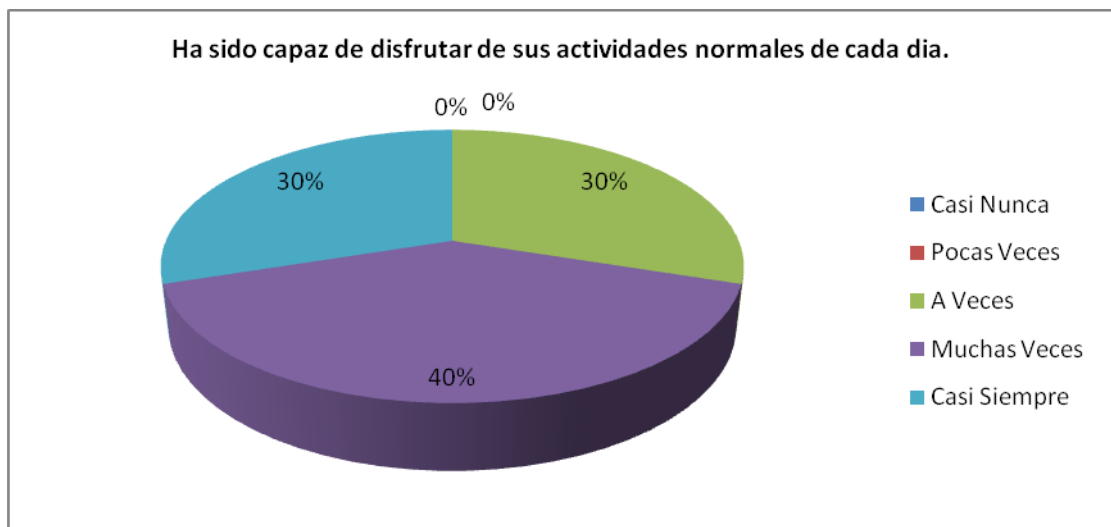


Gráfico N° 2.7

INTERPRETACIÓN: En el gráfico podemos observar que muchas veces los encuestados han sido capaz de realizar sus actividades normalmente cada día esto nos puede indicar que el paciente realiza sus acciones acorde a lo establecido en la clínica, influyendo directamente en lo interpersonal de los internos para su recuperación.

8.- Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas.

Cuadro N° 2.8

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| Casi Nunca | 0 | 0 |
| Pocas Veces | 4 | 20 |
| A Veces | 2 | 10 |
| Muchas Veces | 8 | 40 |
| Casi Siempre | 6 | 30 |
| TOTAL | 20 | 100% |

ANÁLISIS: La tabla indica que cuando algún paciente es capaz de hacer frente a sus problemas en: Pocas veces 20%, a veces 10%, muchas veces 40% y casi siempre 30%.

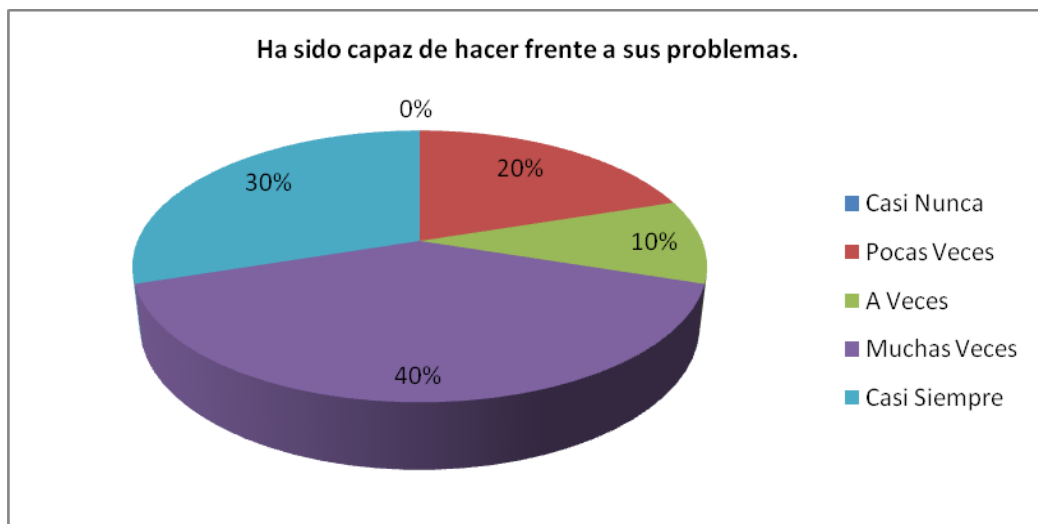


Gráfico N° 2.8

INTERPRETACIÓN: Los pacientes investigados muestran que son capaces de hacer frente a sus problemas, esto nos ayudaría en su proceso de recuperación ya que cada persona necesita tener un tipo de tratamiento de acuerdo a su problema.

9.- Se ha sentido con el humor variable y deprimido.

Cuadro N° 2.9

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| Casi Nunca | 4 | 20 |
| Pocas Veces | 4 | 20 |
| A Veces | 8 | 40 |
| Muchas Veces | 4 | 20 |
| Casi Siempre | 0 | 0 |
| TOTAL | 20 | 100% |

ANÁLISIS: la tabla indica que los pacientes se han sentido con el humor variable y deprimido en: casi nunca 20%, pocas veces 20%, a veces 40%, muchas veces 20%.

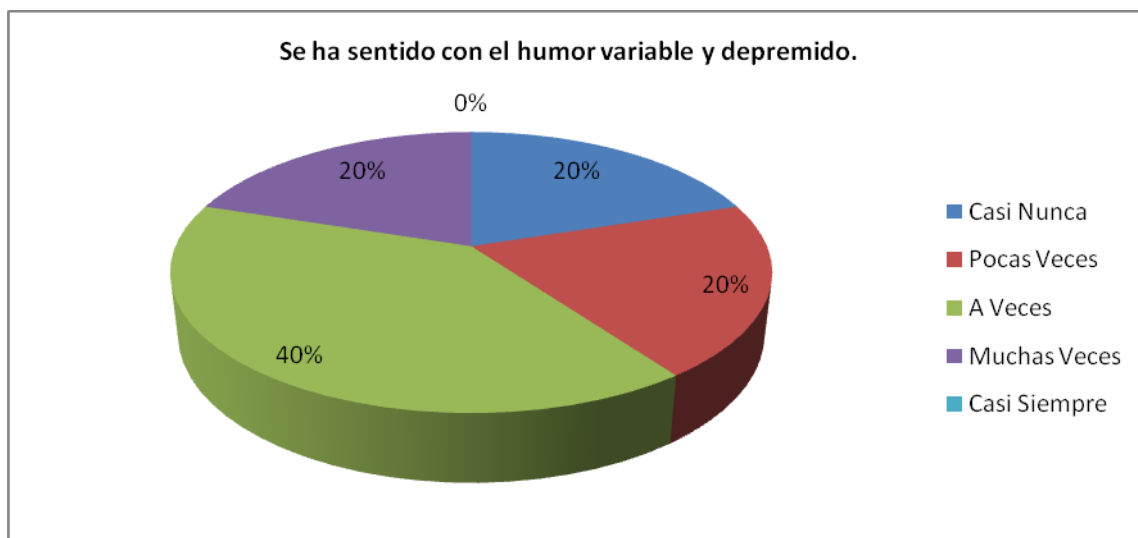


Gráfico N° 2.9

INTERPRETACIÓN: Pocas veces los pacientes tienen el humor variable y deprimido, creando una inestabilidad, resentimientos entre ellos, creando grupos.

10.- Ha perdido confianza en sí mismo

Cuadro N° 2.10

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| Casi Nunca | 6 | 30 |
| Pocas Veces | 4 | 20 |
| A Veces | 6 | 30 |
| Muchas Veces | 4 | 20 |
| Casi Siempre | 0 | 0 |
| TOTAL | 20 | 100% |

ANÁLISIS: la pregunta 10 refiere a la pérdida de confianza en sí mismo que esta es de: casi nunca 30%, pocas veces 20%, a veces 30%, muchas veces 20%.

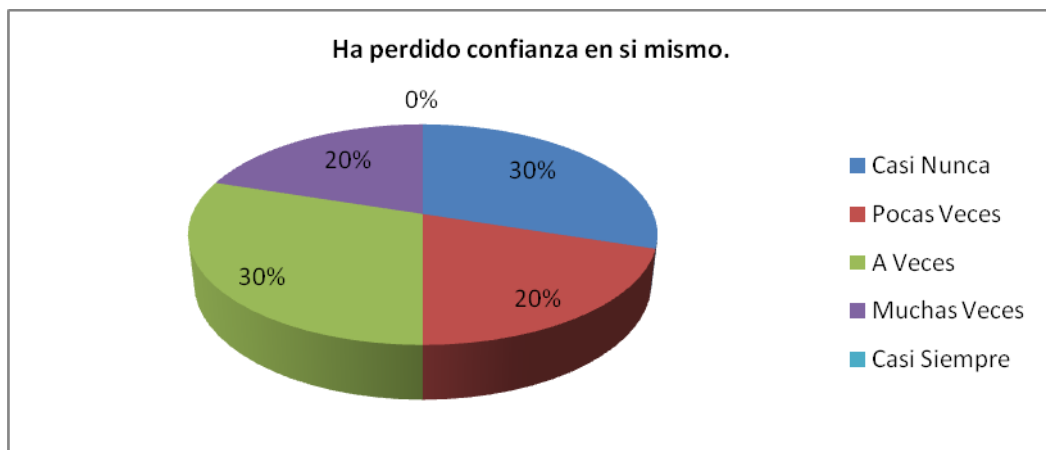


Gráfico N° 2.10

INTERPRETACIÓN: después del análisis los pacientes han perdido la confianza en sí mismo a veces, generando que la autovaloración no está en equilibrio y generando sentimientos de depresión, frustración al momento de poder recuperarse.

11.- Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada.

Cuadro N° 2.11

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| Casi Nunca | 10 | 50 |
| Pocas Veces | 6 | 30 |
| A Veces | 2 | 10 |
| Muchas Veces | 2 | 10 |
| Casi Siempre | 0 | 0 |
| TOTAL | 20 | 100 |

ANÁLISIS: en la pregunta refiere ha pensado que usted que es una persona que no vale para nada, obteniendo el siguiente resultado: casi nunca 50%, pocas veces 30%, a veces 10%. Muchas veces 10%.

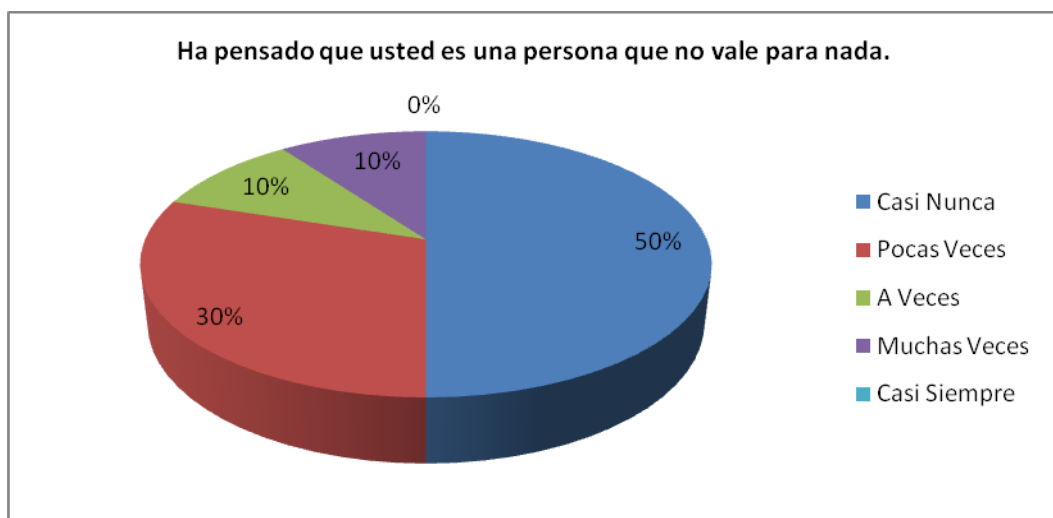


Gráfico N° 2.11

INTERPRETACIÓN: el cuadro indica que en su mayoría no existe un autoestima en los pacientes y por lo cual su recuperación no es la ideal que la clínica da a sus pacientes.

12.- Siente sensaciones de ansiedad y temblores en su cuerpo.

Cuadro N° 2.12

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| Casi Nunca | 10 | 50 |
| Pocas Veces | 10 | 50 |
| A Veces | 0 | 0 |
| Muchas Veces | 0 | 0 |
| Casi Siempre | 0 | 0 |
| TOTAL | 20 | 100% |

ANÁLISIS: En el presente cuadro se observa las siguientes características con respecto a las sensaciones de ansiedad y temblor en su cuerpo que nos da el porcentaje: casi nunca 50%. Pocas veces 50%.

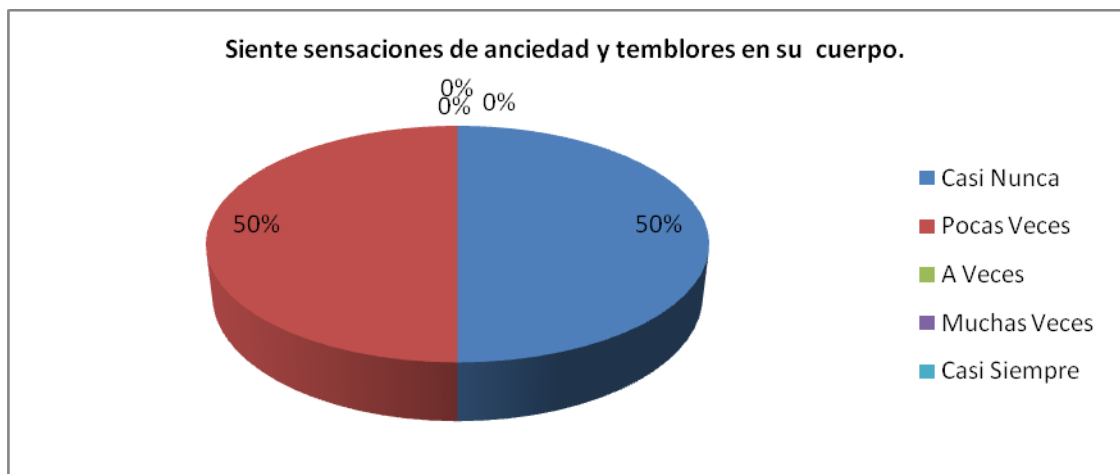


Gráfico N° 2.12

INTERPRETACIÓN: el análisis nos muestra que los pacientes en recuperación no están inclinados en su recuperación, lo cual refiere que no expresan en realidad lo que sienten y piensan, esto repercute en su inserción para la sociedad.

13.- Ha sufrido de alteraciones gastrointestinales, alucinaciones paranoia, ideación suicida.

Cuadro N° 2.13

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| Casi Nunca | 10 | 50 |
| Pocas Veces | 8 | 40 |
| A Veces | 2 | 10 |
| Muchas Veces | 0 | 0 |
| Casi Siempre | 0 | 0 |
| TOTAL | 20 | 100% |

ANÁLISIS: En la muestra se pudo observar que el haber sufrido alteraciones gastrointestinales, alucinaciones, paranoia, ideación suicida nos dio el siguiente resultado: casi nunca 50%, pocas veces 40%, a veces 10%.

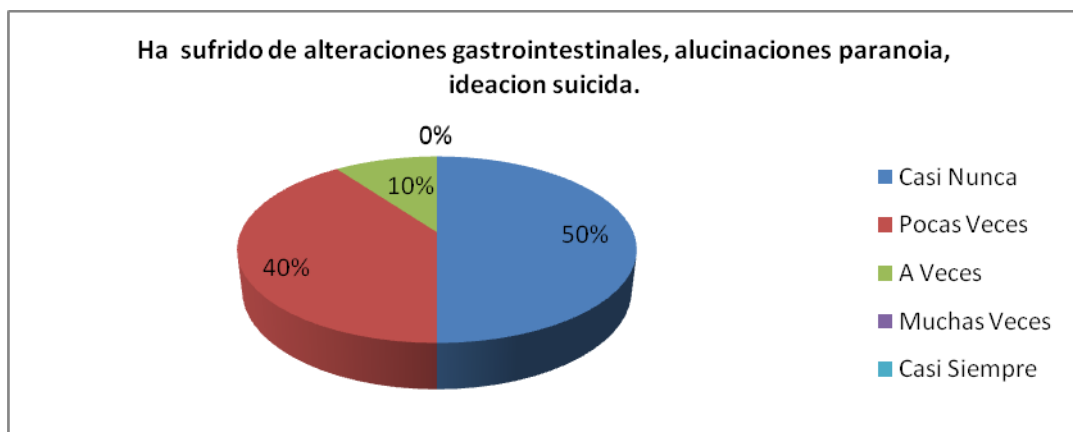


Gráfico N° 2.13

INTERPRETACIÓN: con respecto a la pregunta ha sufrido de alteraciones gastrointestinales, alucinaciones, paranoia, ideación suicida, se encuentra que no han sufrido mucho, debido a creer que ellos pueden recuperarse dependiendo de otros.

14.- Ha disminuido su apetito o aumentado.

Cuadro N° 2.14

| ALTERNATIVAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| Casi Nunca | 0 | 0 |
| Pocas Veces | 6 | 30 |
| A Veces | 6 | 30 |
| Muchas Veces | 4 | 20 |
| Casi Siempre | 4 | 20 |
| TOTAL | 20 | 100% |

ANÁLISIS: Con respecto a la pregunta si el apetito a disminuido o aumentado la respuesta fue: pocas veces 30%, a veces 30%, muchas veces 20%, casi siempre 20%.

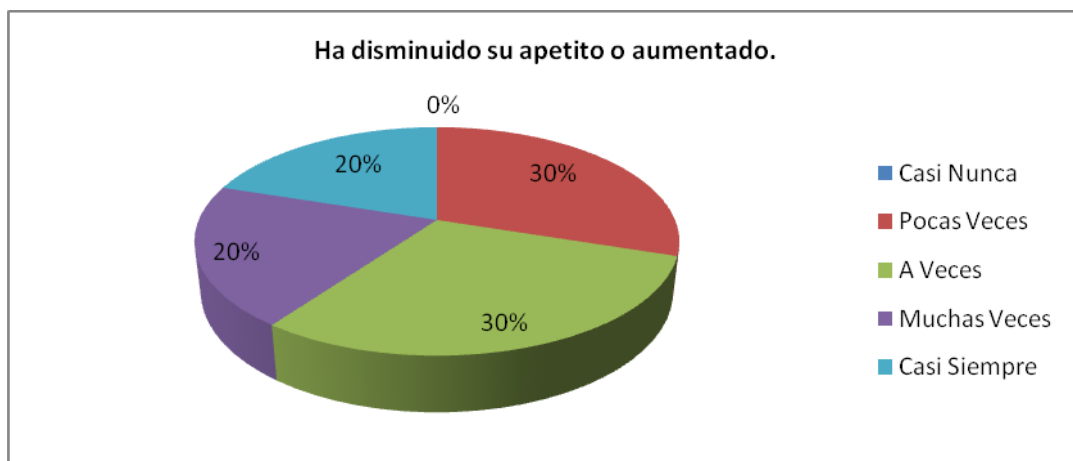


Gráfico N° 2.14

INTERPRETACIÓN: con respecto a la pregunta ha disminuido su apetito o aumentado, los pacientes los incrementos o disminución es a veces, los incrementos se puede dar una ansiedad y la disminución a una depresión, para la cual el caso debe ser estudiado y darle su debido tratamiento para una adecuada recuperación.

4.2 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

Hipótesis

La carencia afectiva familiar incide en el proceso de recuperación de los pacientes de la clínica antiadicciones PROCUBANA de la Ciudad de Ambato Provincia de Tungurahua.

VERIFICACIÓN

- Se comprueba la hipótesis de la investigación realizada, la carencia afectiva familiar incide en el proceso de recuperación de los pacientes de la clínica antiadicciones PROCUBANA, debido a que el 60% de las familias de los pacientes presentan el tipo de carencia afectiva por Discontinuidad, por Distorsión un 30% y por Insuficiencia el 10% y un lo cual genera en un 41.7% en el estado de salud mental para el proceso de recuperación del paciente teniendo conflictos leves el 50%, conflictos moderados 40%, conflictos graves 10%. Datos obtenidos del análisis e interpretación de los reactivos psicológicos aplicados a la muestra.
- La investigación se evidencia en el cuadro N°1 que la Discontinuidad es el tipo de carencia afectiva que predomina en los pacientes que esto genera en los pacientes una desesperanza al internamiento, angustia al procedimiento, protesta a las reglas establecidas en la clínica, desinterés por el proceso de recuperación y todo esto producido por la separación de uno de los familiares.
- De los pacientes que se encuentran en la clínica se ven afectados en su proceso de recuperación por carencia afectiva dándonos como consecuencia la no colaboración voluntaria, el no querer asistir a las reuniones en la sala de terapia, querer seguir en la negación durante todo el proceso, tratar de buscar una salida de la clínica, comportamientos inadecuados, ser propensos a una recaída ya que su salud mental no es el adecuado así como lo señala la investigación en el cuadro N°2

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Después de las entrevistas a los familiares y pacientes, se obtiene que las familias no tienen una buena comunicación y son permisivas, además que los roles de los padres en un 60% de las familias han sido sustituidas por otras personas cercanas a ellos ya que sufrieron la pérdida de uno de los padres por lo cual existe inseguridad y dependencia la misma la lleva a refugiarse en las drogas. Dando como conclusión que la carencia afectiva incide en el proceso de recuperación de los pacientes de manera considerable.
- Los resultados en carencia afectiva familiar significa que en las familias estudiadas el 60% por Discontinuidad, 30% por Insuficiencia, el 10% por Distorsión, siendo la Discontinuidad la predominante y por ende la carencia de afectividad de estos hogares, por lo cual condicionan en forma directa o indirecta las expresiones afectivas de los internos en diversos contextos dentro de sus relaciones interpersonales. Resultados que son confirmados luego de la aplicación del reactivo psicológico los cuales se remarcan una dificultad grave en el referente al área familiar.
- Se pudo observar a través de la aplicación de la escala de salud general GHQ, se ratifica las relaciones interpersonales la cual es causa de diversas conductas que presentan los pacientes con relación a su internamiento, factores predominantes inseguridad, autoestima baja, inestabilidad emocional, incapacidad de establecer relaciones sociales, conductas agresivas miedos, temores al igual puede perjudicar en su recuperación, la

intervención terapéutica con dificultades de establecer una comunicación asertiva con el terapeuta.

5.2 RECOMENDACIONES

- Trabajar en el área interpersonal de los internos, debido a que su inserción a la sociedad puede percutir en su personalidad y llegar a una recaída o generar posibles trastornos.
- También se debe trabajar con las familias en la comunicación verbal y no verbal, expresiones de sentimientos, estructuración de jerarquías, roles y límites que debe existir dentro del núcleo familia tanto individual como grupal a través de la terapia del modelo estructural de Salvador Minuchin que permite a la familia a través de las intervenciones terapéuticas generar cambios benéficos en la salud familiar y conyugal, facilitando la comunicación y resolución de problemas, permite establecer formas de vida satisfactorias siempre y cuando se tome en cuenta los objetivos que persigue la familia y cada miembro que lo conforma lo cual deben ser reales en cuando a su situación y abstinencia alguna droga.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1 DATOS INFORMATIVOS

6.1.1 Título

Programa de acercamiento familiar con el interno de la Clínica Antiadicciones PROCUBANA

6.1.2 Institucional

La aplicación del modelo se realizara en la Clínica Antiadicciones PROCUBANA de la ciudad de Ambato provincia de Tungurahua.

6.1.3 Beneficiarias

Pacientes y familiares con carencia afectiva que presentan dificultad en el proceso de recuperación

6.1.4 Tiempo de Duración

3 meses

6.1.5 Equipo Técnico

- Profesionales
- Egresado de Psicología Clínica: Fabián Yanchapanta

6.1.6 Materiales

- . Espacio físico
- . Equipos de oficina
- . Guías de entrevista
- . Reactivos Psicológicos

6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

Los pacientes y familiares estudiados en la Clínica Antiadicciones PROCUBANA de la ciudad de Ambato porcentaje predominante del 60% en Discontinuidad lo cual se demuestra en el cuadro N° 1

En la investigación se obtiene que el 60% de Discontinuidad debido a que no se toman decisiones para cosas importantes esto repercute en el área afectiva, no cumplen las responsabilidades, existe la pérdida de un familiar, no tolera los errores realizados, no pueden comunicarse de forma clara y directa y son incapaces de buscar ayuda en la familia, por cuanto el otro 30% de la muestra presenta Insuficiencia donde las familias no les ayudan a sobrellevar los problemas que tienen dentro de alguna institución como puede ser la escuela o lugares de trabajo y la carencia afectiva afecta de forma indirecta en las relaciones interpersonales saben tomar en consideración las experiencias de otras familias en situaciones difíciles, no con frecuencia se apoyan unos a otros cuando requieren ayuda y los intereses de cada uno de los miembros y sus necesidades son respetados por sus por el núcleo familiar; situación que influye directamente en le área afectiva de los pacientes, y el 10% tiene Distorsión ya que proviene con un patrón de conducta aprendida.

Las situaciones familiares de los internos investigados repercute en el área afectiva específicamente en sus relaciones interpersonales con un 41%, lo cual genera en los internos conductas agresivas, labilidad emocional, aislamiento, falta de expresión de sentimientos, baja autoestima y dependencia, situación que repercute en su proceso de recuperación.

6.3 JUSTIFICACIÓN

El modelo a aplicar de la terapia estructural de Salvador Minuchin, quien es conocido como el artista de la terapia familiar estructural y su modelo se ha convertido en uno de los más aplicados debido a que sus técnicas son sencillas y claras que puede emplearse en cualquier contexto familiar y social, además de brindar una organización y señalización a la estructura de la familia para su tratamiento. Este modelo maneja las jerarquías, donde los mayores tienen mayor estatus. Los miembros de la familia se agrupan en subsistemas según su posición en la familia, cualquiera que sea la configuración en un momento dado, deberá existir límites claros y bien definidos entre los miembros de la familia. Alianzas y coaliciones se reconoce como realidad de la familia, el objetivo de la terapia familiar estructural es reestructurar el sistema en medida en que la familia lo permita o lo resista para funcionar de manera más efectiva o funcional competente y cooperativa. La aplicación de este modelo es muy importante ya que las familias disfuncionales de la Clínica Antiadicciones PROCUBANA presentan dificultades en las jerarquías, no existe límites claros ni bien definidos, este modelo motiva a que exista cambios en la estructura familiar de manera que funcione de una manera más efectiva, logrando que se identifique jerarquías, para que exista funciones y responsabilidades dentro del núcleo familiar y alcanzar la recuperación total y una buena salud mental en los internos.

6.4 OBJETIVOS

6.4.1 General:

- Aplicar el Modelo Estructural en las familias disfuncionales en los pacientes de la Clínica Antiadicciones PROCUBANA

6.4.2 Específicos:

- Establecer una buena comunicación entre los miembros de la familia.
- Modificar la expresión de sentimientos afectivos entre paciente y familia.
- Fortalecer las relaciones interpersonales de la familia.

6.5 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA TÉCNICA

6.5.1 Introducción

Salvador Minuchin creador del modelo terapéutico es de Argentina, creció en una familia de inmigrantes judíos-rusos donde recibe su título de médico en 1946, en 1950 emigra a EUA para ubicarse en la ciudad de Nueva York, para estudiar psiquiatría, para luego realizar y crear la “terapia familiar estructural”(1974). Sus concepciones acerca de las importancias de las estructuras y los límites de los contextos familiares se impusieron en el medio de los psicoterapeutas de los años 60. su modelo estructural comprende a la familia como un sistema que tiende a la defensa de su estabilidad ante los cambios de condiciones e influencias internas y externas que suelen favorecer la disfuncionalidad mediante mecanismos de sufrimiento de la familia o de alguno de sus miembros. Llego a sus manos el artículo Ackerman The Unity of the family, pero encontró limitaciones para trabajar con familias de clase más baja con poca educación. Las aportaciones del grupo integrado por Salvador Minuchin y Jay Haley, fueron sustantivas tanto en el modelo de familia como es sus técnicas terapéuticas y su metodología la que llegaron a conocer como “Terapia estructural”.

6.5.2 MODELO TERAPÉUTICO

El modelo de la terapia familiar estructural trabaja sobre tres componentes esenciales: la estructura, los subsistemas y los límites.

La estructura será la forma de organización en la cual interactúan los miembros de la familia la misma que detalla reglas que rijan sus transacciones. Está formada en parte por su principio universal y en parte por las pautas de su propia idiosincrasia

Las familias son identificadas por los subsistemas. En la unión conjunta de los miembros para desarrollar ciertas funciones, cada individuo, o dos o más formarán un subsistema, éstos son determinados por generaciones. Cada miembro de la

familia desarrolla diferentes roles en distintos subgrupos. Una persona podrá ser madre, hija y hermana, al mismo tiempo. Cada individuo y subsistema, así como toda la familia, están interrelacionados a través de límites personales, barreras invisibles que identifican a individuos y subsistemas, que regulan la relación de uno con otro, y que funcionan para delimitar y definir la autonomía de cada uno de ellos. Estos límites pueden ser rígidos o difusos. Los rígidos serán muy restrictivos y permitirán poco contacto con los subsistemas, produciendo personas y subsistemas muy aislados e incommunicados el aspecto positivo de este tipo de límites es que permite la independencia, crecimiento y autonomía. Los límites difusos se caracterizan por tener alto grado de apoyo mutuo, pero a costa de la independencia y la autonomía; por lo general, los padres con este tipo de límites son cariñosos y afectivos, pasan mucho tiempo con sus hijos, hacen mucho por ellos y tienen dificultad para socializar fuera de la familia, fomentando la dependencia y la autoestima.

Salvador Minuchin determina varias etapas para el desarrollo de la familia, de acuerdo con el crecimiento de los hijos, donde la familia tendrá que ir ajustándose a estos cambios:

- La formación de la familia, etapa que se desarrolla a través de la interacción de la pareja, formando una unidad o subsistema con sus propios límites.
- La familia con hijos pequeños, estadio que se presenta con el nacimiento del primer hijo y que forma un nuevo subsistema (padre-hijo y madre-hijo).
- Familias con hijos de edad escolar y adolescentes, etapa que representa una nueva generación de los subsistemas respecto de sus actividades, tiempo, ocupación y responsabilidad.

- Familia con hijos mayores, en este estadio la familia sufre un desajuste, por lo general, los hijos dejan la casa parental. Éste es un nuevo reajuste, un reencuentro de los cónyuges para vivir en pareja.

6.5.3 TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

Manifiesta Salvador Minuchin que realizar las técnicas terapéuticas debe ser un arte, el terapeuta deberá descubrir y aplicar técnicas que concuerden con cada familia en el aspecto transaccional y con la personalidad de él mismo. Con la imitación de las técnicas de otro terapeuta, la terapia se puede convertir en impersonal e irrelevante porque no va de acuerdo con la personalidad del terapeuta y, como consecuencia, no será efectivo en el tratamiento. Por tanto, los detalles de la terapia son también personales.

Manifiesta Minuchin tres procesos que se deben dar durante la terapia y las técnicas a aplicarse:

1. Acercamiento o incorporarse a la familia.
 - Posición cercana.
 - Posición media.
 - Posición alejada.
2. Mapa de la estructura familiar o "filiograma".
3. Técnicas de intervención.

ACERCAMIENTO

El incorporarse en la familia es el primer paso que debe dar el terapeuta en lo que se refiere al acercamiento es decir recibir a la familia en una posición de experto y

conocedor con la finalidad que la familia reciba al terapeuta como el indicado para resolver sus conflictos.

El terapeuta al trabajar con el tratamiento de una familia representa un reto y una confrontación por lo que deberá lograr aceptación y comprensión, ya que en las familias varias veces la familia o uno de sus integrantes pone resistencia o rechaza el tratamiento, presentándose con un comportamiento defensivo y recalando que él no es el enfermo; el objetivo terapéutico será integrarlo a las sesiones.

- a) Posición cercana.- En este nivel el terapeuta puede llegar a afiliarse a los miembros de la familia, inclusive hacer una coalición con alguno de ellos.
- b) Posición media o *tracking* (participando). El terapeuta interviene a la familia en una posición neutral, escuchándola y ayudándola a hablar, entrando y saliendo del sistema familiar.
- c) Posición alejada o *disengaged* (distanciándose). El terapeuta no participa como actor, únicamente como director.

La estructura de la familia se podrá estudiar únicamente durante la interacción. Lo que importa es la dinámica de la acción de ésta y no lo que dicen que pasa o lo que el terapeuta cree que sucede. La familia tiene que hablar de ella para que emerja la dinámica.

La estructura familiar podrá ser evaluada por los parámetros de diagnóstico de la terapia estructural, éstos son las jerarquías, los límites, las alianzas, las coaliciones, el territorio, la geografía y los subsistemas.

Jerarquías

Que hace referencia al miembro con mayor poder en la familia. Para los profesionales que aplican el modelo estructural, el poder deberá encontrarse en la diada parental.

Límites

Los límites están constituidos por las reglas que definen quienes participan y de qué manera lo hacen en una situación determinada, su función es la de proteger la diferenciación de los sistemas y subsistemas en funcionamiento nos permite delimitar funciones y responsabilidades de cada miembro de la familia.

Los límites pueden ser ascendentes, descendentes, rígidos o flexibles. "Familias funcionales, límites definidos", sin llegar a los extremos de amalgamamiento-desvinculación.

Alianzas

El terapeuta deberá observar las alianzas existentes entre dos o más miembros de la familia. Éstas pueden ser transitorias, flexibles patológicas, rígidas o permanentes, contra uno o más integrantes de la familia.

Coaliciones

Cuando las alianzas se convierten en el objeto de perjudicar a un tercero.

Territorio

Corresponde al espacio que ocupa cada miembro de la familia, en tiempo y lugar. Se pueden presentar dos polarizaciones patológicas; una, cuando alguien de la familia ocupa demasiado espacio y, la otra, cuando un miembro de la familia se encuentra en la periferia.

Geografía

Se refiere a la ubicación de la familia en el hogar, cómo duermen, cómo comen, etc. Esto se refleja también en la manera de sentarse en las sesiones de terapia (término aportado por el doctor Raymundo Macías).

6.5.4 MAPA DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR

El diagnóstico estructural de la familia se puede esquematizar a través de un instrumento conocido como el mapa de la estructura familiar o familiograma. El familiograma es un instrumento estático y tiene como objetivo representar a la familia al momento de iniciar la terapia, es decir como representa su patología.

Minuchin define al familiograma como una poderosa simplificación que ayuda al terapeuta a organizar el complejo material que está obteniendo; también sirve como diagnóstico y para determinar y evaluar los objetivos y metas terapéuticas. Esta herramienta ayuda a esquematizar las jerarquías, alianzas, coaliciones, pautas repetitivas generacionales, el territorio, los subsistemas y otros.

El familiograma (figura I) se esquematiza en forma de árbol genealógico de hasta tres generaciones, su forma vertical arroja proyecta información a través de las generaciones, mientras que la horizontal nos muestra los cambios originados en una familia durante su ciclo de vida.

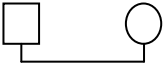

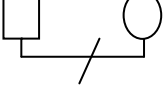
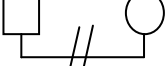
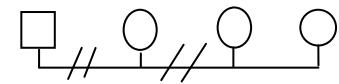
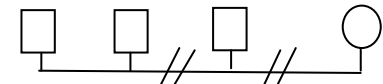
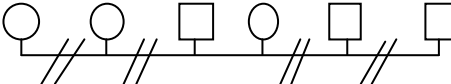
6.5.5 CONSTRUCCIÓN DE UN FAMILIOGRAMA

La construcción de un familiograma se realiza en base a tres niveles:

- Mapeo de la estructura familiar. Aquí se representa las diferencias biológicas, su relación legal, edad y psicopatología, utilizando para ello las nomenclaturas que tendrá significado para los profesionales de este campo.
- Recoger información familiar. Luego de definirlo, se pueden añadir datos sobre la demografía, el funcionamiento y evento críticos. La demografía

tiene que ver con las edades, fechas de nacimiento y muerte, ocupación y educación. El funcionamiento se refiere a las conductas de cada miembro, sus datos médicos y funcionales. Los eventos críticos, son las crisis de las familias, emigración, accidentes y sucesos que pudieran afectarla.

- Delinear las relaciones familiares. Estas se determinaran de acuerdo con la observación directa del terapeuta y el reporte de la familia. Se refiere a los límites, las coaliciones, el involucramiento

| | |
|---|------------------------------------|
|  | Unión por matrimonio |
|  | Pareja en unión libre |
|  | Pareja separada |
|  | Pareja divorciada |
|  | Marido con varias esposas |
|  | Esposa con varios maridos |
|  | Dos cónyuges con múltiples esposos |

6.5.6 TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

Este modelo trabaja con tres técnicas:

- Técnicas de diagnóstico
- Técnicas de reestructuración
- Técnicas de apoyo

Técnicas de diagnóstico

No hay ninguna fuente en el documento actual.

Dentro de la técnica de diagnóstico se trabaja:

- 1. Dramatización.** Se trata de la técnica por medio de la cual el terapeuta pide a la familia que interactúe en su presencia y así obtener información importante que muchas veces la familia no lo considera así, esta dramatización puede ser:
 - a) Espontánea.- después del proceso de acercamiento el proceso de espontaneidad se presenta inevitablemente en la primera sesión
 - b) Interpretaciones provocadas. Minuchin provoca que las cosas pasen, la técnica será establecer un nuevo escenario para cambiar las secuencias de la interacción.
 - c) Interacciones alternativas. Técnicas que son variantes del mismo tema: 1) si las cosas no ocurren hay que hacer que ocurran; 2) el terapeuta explora la posibilidad de desarrollar una transacción poco común en la familia; 3) mantener la distancia durante la interacción de la familia.
- 2. Focalización.** Por su observación de la familia, el terapeuta recibe información, que deberá seleccionar y darle un significado. Se observan los límites, las fuerzas, los problemas y se determina el familiograma, así como la

estrategia terapéutica, seleccionando primeramente el foco y, en segundo lugar, se desarrolla el tema terapéutico de trabajo.

3. Intensidad. Es la técnica por medio de la cual el terapeuta hace escuchar el mensaje a la familia, más allá de las fuerzas defensivas de ésta. Estas técnicas se pueden dar en:

a) Repetición del mensaje. Reiterar el mensaje las veces que sean necesarias para que se comprenda.

b) Mensaje isomórfico. Mensajes que superficialmente parecen diferentes, pero en su estructura profunda son similares.

c) Cambio del tiempo o ritmo de la familia. Ésta desarrolla una estructura con noción propia del tiempo y del movimiento. La técnica será modificar esto.

d) Cambio de distancia. Las familias desarrollan, a través del tiempo, el sentido de distancia o aproximación de cada uno de sus miembros. La técnica será que el terapeuta se acerque o se aleje de la familia, para enfatizar o relajar la intensidad.

e) Resistencia a la presión de la familia. La técnica será establecer el liderazgo ante la familia y no hacer lo que la familia quiera, sino lo que el terapeuta haya planeado.

Técnicas de reestructuración

Estas técnicas cuestionan la estructura familiar, los límites, la manera en que hace las cosas la familia, sus interacciones y su forma de solucionar los problemas.

1. Límites. Dar la permeabilidad a los límites que separan los subsistemas. Éstos se pueden dividir en:

a) Distancia psicológica. Generalmente la manera en que los miembros de la familia se sientan durante la sesión terapéutica, reflejan los índices de sus

afinidades, las diadas, tríadas y distancia que existen entre ellos. El terapeuta deberá aplicar sus conocimientos y realizar movimientos que establezcan nuevos límites en la familia.

b) Tiempo de interacción. Extender o acortar el proceso es una técnica para aumentar la intensidad y demarcar o separar sistemas. Es más importante que ocurra la transacción, que el contenido del proceso.

2. Desbalance. El objetivo terapéutico será cambiar la relación jerárquica de los miembros de un subsistema. Existen dos problemas con esta técnica: primero que es poco ética y por definición, injusta; segundo, la necesidad de apoyo que tiene la familia respecto del terapeuta. Esta técnica podrá tener cuatro categorías de acuerdo a lo que la familia requiera:

a) Afiliación con miembros de la familia. La posición del terapeuta, de experto y de confianza, le permite hacer intervenciones dentro de la familia.

b) Alternando afiliaciones. Alternar afiliación con dos subsistemas en conflicto es una técnica complicada pero muy eficaz.

c) Ignorar a miembros de la familia. Esta técnica va contra algunos principios terapéuticos, ya que consiste en hablar y actuar como si ciertos miembros de la familia fueran invisibles, por lo que sólo se utiliza en estructuras patológicas muy rígidas.

d) Coalición contra miembros de la familia. Cuando un miembro de la familia está en desventaja en relación a los demás, el terapeuta hará coalición con el primero para darle más fuerza.

3. Complementariedad. El objetivo terapéutico será hacer ver y experimentar a los miembros de la familia que pertenecen a una entidad y que ésta es tan grande

como su yo individual. Para facilitar este objetivo, el terapeuta deberá retar a la familia en dos aspectos:

a) Desafiando el problema. Por lo general los síntomas familiares se presentan en una persona, en el paciente identificado (PI); el primer reto será desafiar esta verdad.

b) Desafiar la puntuación de eventos. El terapeuta reta la epistemología familiar, introduciendo el concepto de expansión temporal.

4. Paradojas. El uso de las paradojas se basa en la comprensión de tres conceptos: a) la familia como un sistema autorregulador, b) los síntomas como función autorregulador, y c) la resistencia de un sistema al cambio, como consecuencia de los dos anteriores. Las paradojas se usan como:

- Intervenciones directas, referidas a consejos, explicaciones, sugerencias e interpretaciones y tareas a realizar.
- Intervención paradójica, donde se dice lo opuesto a lo que se quiere que se realice.
- Intervención reversible, una persona cambia de opinión respecto de algo, para que los demás lo comprendan en forma de mensaje paradójico.

Técnicas de apoyo

1. Construcciones. La familia tiene su organización cognitiva y constituye su visión del mundo. El terapeuta le ofrece una realidad diferente, utiliza las verdades de la familia para la reconstrucción de una nueva realidad de su mundo. Con estas técnicas el terapeuta cuestiona la concepción del mundo que tiene la

familia y son: las construcciones cognitivas y la búsqueda de los lados fuertes de la familia.

2. Realidades. La familia no sólo tiene una estructura, sino un esquema cognitivo legítimo para la organización familiar. Al llegar la familia a terapia, desea que el terapeuta pule y repare su organización. El terapeuta, como creador de nuevos mundos, ofrecerá a la familia otro mundo, con otra realidad, para lo cual utiliza realidades que son verdad para todas las familias, como son:

- a) Símbolos universales. Verdades que son del dominio universal.

- b) Verdades familiares. La manera en que se desarrollan las estructuras familiares son análogas a como se desarrollan los procesos sociales.

- c) Consejo de especialista. Consejos del terapeuta como experto en la materia.

6.6 METODOLOGÍA – MODELO OPERATIVO

| ETAPA | OBJETIVO | ACTIVIDADES | RECURSOS | RESPONSABLES | TIEMPO |
|-----------------------|--|--|--|--------------|----------------------|
| Preparación Logística | Reconocer el espacio físico, los recursos humanos y técnicos donde aplicara el inicio de la terapia. | Preparación del material teórico práctico. | Material de oficina Material bibliográfico Sala terapéutico Evaluación continua. | Investigador | Del 02 al 07 de mayo |
| Encuadre | Establecer normas y objetivos de la terapia. | Realizar entrevistas individuales y aplicación de reactivos psicológicos. | Material de oficina Entrevistas clínicas Consultorio Evaluación continua. | Investigador | 09 al 14 de mayo. |
| Rapport y empatía | Crear un clima óptimo para desarrollar la terapia. | Dinámicas de integración y ambientación, expectativas de las familiar y pacientes. | Sala de Terapia Papelógrafos Bibliográfico Humanos (familias y pacientes) Evaluación continua. | Investigador | 16 al 21 de mayo. |
| Entrenamiento | Enseñar a los | Reunión con las familias. | Material de oficina | Investigador | 24 al 28 de |

| | | | | | |
|---------------------------------|---|--|--|--------------|--------------------|
| | asistentes del modelo estructural. | Exposición del reglamento interno y los objetivos que pretende la modelo estructural. | Material bibliográfico Sala Terapéutica Evaluación continua. | | mayo. |
| Metas familiares y del paciente | Establecer las metas que desean lograr los asistentes. | Realizar un foro para establecer las metas familias e individuales que quieren obtener a través del proceso terapéutico. | Material de oficina Sala Terapéutica Humanos Evaluación continua. | Investigador | 01 al 04 de junio. |
| Técnicas de reencuadramiento | Observar las reglas límites y problemas que presentan las familias de los pacientes. Retroalimentar en la carencia afectiva. | Escenificación | Material de oficina Sala Terapéutica Humanos Material bibliográfico Evaluación continua. | Investigador | 06 al 11 de junio. |
| Técnicas de reestructuración | Cuestionar el ambiente afrontar el ambiente que se | Establecimiento de los objetivos después de un consenso. | Material de oficina Sala Terapéutica Humanos | Investigador | 14 al 18 de junio |

| | | | | | |
|-------------------|---|--|---|--------------|-------------------|
| | maneja la familia y cuestionar la forma de solucionar los problemas. | | Evaluación continua. | | |
| Complementariedad | Capacitar a los miembros de la familia con respecto a la comunicación asertiva, la afectividad y expresión de sentimientos. | <p>Dramatización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espontánea • Provocada • Interacciones alternativas | <p>Material de oficina</p> <p>Sala Terapéutica</p> <p>Humano</p> <p>Cartelografos</p> <p>Evaluación continua.</p> | investigador | 21 al 25 de junio |
| Técnicas de apoyo | Trabajar en base a realidad de cada familia, construyendo alternativas de cambio y recuperación del paciente. | Cuestionar la realidad, manipulación que mantiene el paciente. | <p>Material de oficina</p> <p>Sala Terapéutica</p> <p>Humanos</p> <p>Material Bibliográfico</p> <p>Evaluación continua.</p> | Investigador | 28 al 31 de junio |

| | | | | | |
|------------------------------------|---|--|---|--------------|-------------------|
| Técnicas de apoyo | Trabajar en base a realidad de cada familia, construyendo alternativas de cambio y recuperación del paciente. | Cuestionar la realidad, manipulación que mantiene el paciente, lograr que las familias sean consistentes de los aspectos positivos que tienen la ayuda al miembro que cayó en la adicción. | Material de oficina Sala Terapéutica Humanos Material Bibliográfico Evaluación continua. | investigador | 1 al 15 de julio |
| Evaluación del proceso terapéutico | Evaluar si el proceso terapéutico ha dado resultados acorde a los objetivos del modelo estructural. | Llevar un registro de evaluación continua (cada sesión), que determine los avances. | Material de oficina Proceso corrector Sala Terapéutica Historias clínicas Evaluación continua | investigador | 17 al 22 de julio |

6.7 MARCO ADMINISTRATIVO

6.7.1 RECURSOS

6.7.1.1 RECURSOS INSTITUCIONALES

- Universidad Técnica de Ambato
- Clínica Antiadicciones PROCUBANA

6.7.1.2 RECURSOS HUMANOS

Investigador: Egdo. Roberto Fabián Yanchapanta Galora

Tutor: Ps.C. Fabricio Guerrón

6.7.1.3 RECURSOS MATERIALES

| MATERIALES | PRECIOS |
|-----------------------|----------------|
| Materiales de Oficina | \$ 100 |
| Copias e impresiones | \$ 120 |
| Transporte | \$ 100 |
| Imprevistos | \$ 200 |
| Alimentación | \$ 120 |
| Total | \$ 640 |

Nota: El proyecto será auto financiado por el investigador, la institución brinda todas las facilidades en infraestructura en la viabilidad para la recolección de la información de la nuestra seleccionada.

6.7.2 CRONOGRAMA

| MESES | MAYO | | | | JUNIO | | | | JULIO | | | |
|--|-------|---|---|-----|-------|---|-------|---|-------|-------|---|---|
| ACTIVIDAD | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Preparación Logística | ————— | | | | | | | | | | | |
| Selección de los miembros del grupo | ————— | | | | | | | | | | | |
| Elaboración de reglas para el grupo | ————— | | | | | | | | | | | |
| Encuadre, Rapport y Empatía | ————— | | | | | | | | | | | |
| Aprendizaje de Convivencia | | | | ——— | | | | | | | | |
| Especificar Objetivos | | | | ——— | | | | | | | | |
| Técnicas diagnosticas | | | | | ————— | | | | | | | |
| Técnicas de restructuración (Comunicación, afecto) | | | | | | | ————— | | | | | |
| Técnicas de apoyo | | | | | | | | | | ————— | | |
| Evaluación del proceso terapéutico | ————— | | | | | | | | | | | |

6.8 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN

La evaluación será realizada de forma continua para esto se utilizará las siguientes técnicas psicológicas: la observación, hojas de evaluación, la entrevistas para medir la existencia de cambios favorables en el paciente. Y para la familia la evaluación se realizaría cada semana para evaluar el cambio de ellos y pueda ser de respaldo para la recuperación del interno.

BIBLIOGRAFÍA

AYUDO J.L. (1980). “Trastornos de personalidad”

BEJARANO (2000). “Manual de prevención de adicciones”. Editorial Alfa

CONACE. (1996). “Estudio Nacional del consumo de drogas”. Santiago de Chile.

DSM-IV “manual diagnóstico y estadístico” mason.sa.

ESPADA, J., Méndez, (2003). “Adolescencia: Consumo de Alcohol y Otras Drogas”.

FERNÁNDEZ Hermida, J.R. (2006). “Family predictors of parent participation in an adolescent drug abuse prevention program”.

GARCÍA E. (1999).” Intervenciones grupales con padres para disminuir las tasas de recaída y abandono de tratamiento en hijos toxicómanos basadas en el modelo de emoción expresada”.

GRINDBERG Lr (1980) R.” identidad y cambio”. Ed. Piados. Psicología Profunda.

HERRERA E. Luis, y otros (2010). “Libro Tutoría de la Investigación Científica”. Cuarta edición

LÓPEZ-TORRECILLAS (2005). “Influencia del apoyo familiar en la autoeficacia de los drogodependientes”. Adicciones

LLORET D. (2001). “Alcoholismo: Una visión familiar”. Salud y Drogas

MUÑOZ-RIVAS, M. & Graña, J. L. (2001).” Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes”.

SÁNCHEZ Juan José y otros (2000). “Manual de Psicoterapia Cognitiva”.

VALLEUR Marc (1999).” La droga sin tapujos”. Editorial Sal Térrea, colección proyecto, número 26

ANEXOS

ANEXO N.-1

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA

ENCUESTA PARA SABER EL TIPO DE CARENCIA AFECTIVA

INSTRUCCIONES:

- A. Conteste con honestidad
- B. No hay respuestas buenas o malas
- C. Ninguna pregunta tiene una respuesta correcta
- D. Toda información es reservada
- E. Ponga una cruz (x) en el casillero correspondiente

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Nombre..... Edad..... Fecha de aplicación.....

| PREGUNTAS | Casi nunca | Pocas veces | A veces | Muchas veces | Casi siempre |
|---|-----------------------|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1. Se siente rechazado afectivamente por la pérdida de un familiar. | | | | | |
| 2. Piensa que su familia incide en su adicción. | | | | | |
| 3. Cumple Uds. Sus responsabilidades en casa | | | | | |
| 4. Las manifestaciones de cariño en casa son diarias. | | | | | |
| 5. Se comunica en su casa de forma clara y directa. | | | | | |
| 6. En casa toleran los errores realizados por Uds. | | | | | |
| 7. Toma en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles. | | | | | |
| 8. Cuando alguien de la familia tiene algún problema los demás lo ayudan. | | | | | |
| 9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones. | | | | | |
| 11. Se siente frustrado cuando no le salen las cosas como Uds. las planea | | | | | |
| 12. Ante una situación difícil, Uds. es capaz de buscar ayuda en su familia. | | | | | |
| 13. Los criterios de los miembros de su familia son respetados de cada cual son respetados por el núcleo familiar. | | | | | |
| 14. Reacciona con violencia cuando le salen mal las cosas. | | | | | |

Investigado por: Egdo. Psicología Clínica

ANEXO N.-2

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA

ESCALA DE SALUD GENERAL GHQ

Instrucciones: Lea cuidadosamente estas preguntas. Nos gustaría saber si usted ha padecido de alguna molestia o trastorno y como ha estado de salud en las últimas semanas. Conteste todas las preguntas; marque una cruz en la respuesta que se identifique. Nos interesa saber las dificultades recientes y actuales, no los del pasado.

Nombre..... Edad..... Fecha de aplicación.....

| PREGUNTAS | Casi nunca | Pocas veces | A veces | Muchas veces | Casi siempre |
|---|-----------------------|------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1. Ha podido concentrarse bien en lo que hace. | | | | | |
| 2. Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño | | | | | |
| 3. A sentido que está jugando un papel útil en la vida | | | | | |
| 4. Se ha sentido capaz de tomar decisiones | | | | | |
| 5. Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión | | | | | |
| 6. ha sentido que no puede superar sus dificultades | | | | | |
| 7. Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día | | | | | |
| 8. ha sido capaz de hacer frente a sus problemas | | | | | |
| 9. Se ha sentido con el humor variable y deprimido | | | | | |
| 10. Ha perdido confianza en sí mismo | | | | | |
| 11. Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada | | | | | |
| 12. Siente sensaciones de ansiedad y temblor en su cuerpo. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 13. Ha sufrido de alteraciones gastrointestinales, alucinaciones paranoia, ideación suicida. | | | | | |
| 14. ha disminuido su apetito o ha aumentado. | | | | | |

Investigado por: Egdo. Psicología Clínica