



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ
INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y ADMINISTRACION

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES
MAESTRIA EN PSICOTERAPIA HUMANISTA Y EDUCACIÓN PARA LA PAZ
PROGRAMA NACIONAL DE POSTGRADOS DE CALIDAD CONACyT

“PSICOTERAPIA GRUPAL CON ENFOQUE HUMANISTA: ANSIEDAD Y
BLOQUEOS GESTALGICOS CON HOMBRES CONSUMIDORES DE DROGAS”

TESINA QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN PSICOTERAPIA HUMANISTA Y EDUCACION PARA LA PAZ

POR

XOCHITL ISABEL RODRIGUEZ QUINONEZ
BECADA POR EL CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGIA

†

DIRECTORA DE TESINA

DRA. MARIA ELENA VIDAÑA GAYTAN

TUTOR NACIONAL

DR. ENRIQUE NAVARRETE SANCHEZ
UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ
Instituto de Ciencias Sociales y Administración
Departamento de Ciencias Sociales
Maestría en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz
Programa Nacional de Posgrados de Calidad CONACyT

**“Psicoterapia grupal con enfoque humanista: ansiedad y
bloqueos gestálticos con hombres consumidores de drogas”**

Tesina que para obtener el grado de
Maestría en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz

Por

Xochithl Isabel Rodríguez Quiñonez
Becada por el Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología

Dirección de Tesina
Dra. María Elena Vidaña Gaytán
Codirección
Dr. Juan Quiñones Soto

Tutor Nacional
Dr. Enrique Navarrete Sánchez
Universidad Autónoma del Estado de México

Ciudad Juárez. Chihuahua

26 de Agosto 2019

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ
Instituto de Ciencias Sociales y Administración
Departamento de Ciencias Sociales
Maestría en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz



“Psicoterapia grupal con enfoque humanista: ansiedad y bloqueos gestálticos con hombres consumidores de drogas”

Tesina que para obtener el grado de
Maestría en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz

Por

Xochithl Isabel Rodríguez Quiñonez

Matric.171452, CVU 861101 Bec. 632874

Orcid. 0000-0002-3014-1440

Dirección de Tesina

Dra. María Elena Vidaña Gaytán

Orcid. 0000-0003-1686-587X

Codirección

Dr. Juan Quiñones Soto

Orcid. 0000-0002-9698-0941

Comité Tutorial

Dr. Enrique Navarrete Sánchez

Universidad Autónoma del Estado de México

Orcid. 0000-0003-0024-6062

Dr. Francisco Antonio Calderón González

Orcid. 00000002-2151-7450

Mtro. Pedro Enrique Yáñez Camacho

Orcid. 0000-0001-5687-7790

Ciudad Juárez, Chihuahua

26 de Agosto, 2019



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ

DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS ACADÉMICOS ACTA DE EXAMEN DE GRADO

MATRICULA : 171452

En Ciudad Juárez, Chihuahua, siendo las 12:00 horas del 26 de Agosto del 2019, se reunieron en el Instituto de Ciencias Sociales y Administración

Los señores sinodales

Dr. Enrique Navarrete Sánchez
Dr. Francisco Antonio Calderón González
Mtro. Pedro Enrique Yañez Camacho

bajo la presidencia del Dr. Enrique Navarrete Sánchez, para proceder al examen de grado en:

Maestría en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz

De la C. **Xóchitl Isabel Rodríguez Quiñonez**

quien presentó Examen de Grado

Los señores sinodales replicaron a la sustentante y terminada la réplica correspondiente, después de debatir entre sí reservada y libremente resolvieron declararla:

APROBADA POR UNANIMIDAD

Acto continuo el presidente del jurado le hizo saber el resultado de su examen y le tomó protesta.

Presidente


Dr. Enrique Navarrete Sánchez

Secretario


Dr. Francisco Antonio Calderón González

Vocal


Mtro. Pedro Enrique Yañez Camacho

El Director General de Servicios Académicos hace constar que las firmas anteriores son auténticas.

Director del Instituto


Mtro. Santos Alonso Morales Muñoz

Director General de Servicios Académicos


Dr. Antonio de la Mora Covarrubias

RECTOR


Mtro. Juan Ignacio Camargo Nassar



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ
INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y ADMINISTRACIÓN
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA HUMANISTA Y EDUCACIÓN PARA LA PAZ



DEPENDENCIA: Ciencias Sociales
FOLIO/MATRÍCULA: 171452
LIBRO:
ACTA PROVISIONAL DE EXAMEN
DE GRADO 2019/06

En Ciudad Juárez, Chihuahua, siendo las 12:00 horas del día 26 de agosto del 2019, se reunieron los Sinodales:

Dr. Enrique Navarrete Sánchez	Presidente
Dr. Francisco Antonio Calderón González	Secretario
Mtro. Pedro Enrique Yáñez Camacho	Vocal

quienes replicaron la presentación del examen profesional de la sustentante **Xóchitl Isabel Rodríguez Quiñonez**; terminada la réplica correspondiente, deliberaron de manera reservada y libremente resolvieron declararla:

Aprobada por unanimidad de votos

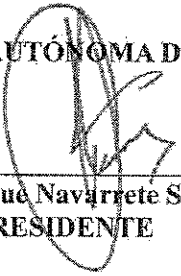
otorgándole el grado de **MAESTRA EN PSICOTERAPIA HUMANISTA Y EDUCACIÓN PARA LA PAZ**.

En el ejercicio de su profesión de tan alta responsabilidad, tenga presente, ante todo, que debe emplear sus conocimientos y habilidades profesionales al servicio de las causas justas con lealtad, honradez y ética profesional.

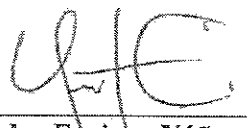
¿PROTESTA SOLEMNEMENTE Y BAJO SU PALABRA DE HONOR QUE, AL EJERCER SU PROFESIÓN, TOMARÁ COMO NORMA DE CONDUCTA EL PRESTIGIO DEL GRADO DE MAESTRO EN PSICOTERAPIA HUMANISTA Y EDUCACIÓN PARA LA PAZ, LOS INTERESES DE LA SOCIEDAD Y EL PROGRESO DEL PAÍS?

SI ASÍ LO HICIERE QUE LA REPÚBLICA SE LO PREMIE, Y SI NO, QUE LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y LA PATRIA SE LO DEMANDE.

Se da fe en esta **UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ**, el 26 de agosto del 2019.


Dr. Enrique Navarrete Sánchez
PRESIDENTE

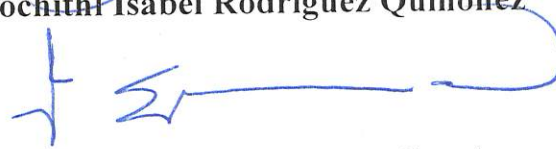

Dr. Francisco Antonio Calderón González
SECRETARIO


Mtro. Pedro Enrique Yáñez Camacho
VOCAL

*Psicoterapia grupal con enfoque humanista: ansiedad y bloqueos gestálticos con hombres consumidores de
drogas
Tesina*


Per


Xochithl Isabel Rodríguez Quiñonez


Dra. María Elena Vidaña Gaytán
Directora de tesis


Dr. Juan Quiñones Soto
Codirector

SÍNODO


Dr. Enrique Navarrete Sánchez
Universidad Autónoma del Estado de México
Presidente

Dr. Francisco Antonio Calderón González
Secretario


Mtro. Pedro Enrique Yáñez Camacho
Vocal

Dr. Alberto Castro Valles
Coordinador de la Maestría en Psicoterapia
Humanista y Educación para la Paz

26 de Agosto de 2019

Ciudad Juárez, Chih., a 09 de Agosto de 2019

Dr. Alberto Castro Valles
Coordinador
Maestría en Psicoterapia Humanista
Y Educación para la Paz

Por medio de la presente comunico que la C. Lic. **Xochithl Isabel Rodríguez Quiñonez** con número de matrícula **171452** ha concluido con el documento de su **tesina titulada: "Psicoterapia grupal con enfoque humanista: ansiedad y bloqueos gestálticos con hombres consumidores de drogas**, la cual cumple con cada uno de los lineamientos establecidos por el programa. Por consiguiente, la sustentante está en condiciones de presentar su Examen Profesional de Grado que permita su proceso de Titulación como Maestra en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz.

Sin más por el momento quedo de usted.

Atentamente



Dra. María Elena Vidaña Gaytán
Profesora Investigadora del ICESA
Directora de Tesis

Ciudad Juárez, Chihuahua, a 19 de junio de 2019.

Dr. Alberto Castro Valles
Coordinador de la Maestría en Psicoterapia Humanista
y Educación para la Paz

Por este conducto me dirijo muy atentamente a usted, a fin de informarle que, habiendo cumplido con las observaciones y requisitos solicitados en la pre defensa de la alumna Xóchithl Isabel Rodríguez Quiñonez, con matrícula 171452, se libera su tesis para la defensa en el tiempo que esta coordinación indique.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.



Dr. Juan Quiñones Soto

c.c.p. Archivo



Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Ciencias de la Conducta

Toluca, México., a 05 de agosto del 2019.

Asunto: Aprobación de Tesina.

Dr. Alberto Castro Valles
Coordinador de la Maestría en Psicoterapia
Humanista y Educación para la Paz
Presente.-

Por medio de este conducto, le comunico atentamente que la egresada **Xochithl Isabel Rodríguez Quiñonez**, con número de matrícula 171452, ha realizado las modificaciones observadas a su tesina denominada: "**Psicoterapia grupal con enfoque humanista: ansiedad y bloqueos gestálticos con hombres usuarios de drogas**", en mi función como Lector e integrante del Comité Tutorial en tiempo y forma, por lo que emito la **aprobación** del documento final que permita generar los procesos de presentación de su examen de grado.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente



**FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA CONDUCTA
COORDINACION DE
ESTUDIOS AVANZADOS**
Dr. Enrique Navarrete Sánchez
Universidad Autónoma del Estado de México
Tutor Nacional de Tesina



CONOCIMIENTO
COMPARTIDO
JUSTITIA CURAM PALATIUM FERTILITAS
ADMINISTRACION 2016 - 2012

Filiberto Gómez s/n Barrio de Tlacopa,
Col. Guadalupe. C.P. 50010
Toluca, Estado de México
Tel. (722) 2720076
www.facico-uamex.mx



Cd. Juárez Chihuahua., a 29 de julio del 2019.

Asunto: Aprobación de Tesina.

Dr. Alberto Castro Valles
Coordinador de la Maestría en Psicoterapia
Humanista y Educación para la Paz
P r e s e n t e.-

Por medio de este conducto, le comunico atentamente que la egresada **Xochithl Isabel Rodríguez Quiñonez**, con número de matrícula 171452, ha realizado las modificaciones observadas a su tesina denominada: "**Psicoterapia grupal con enfoque humanista: ansiedad y bloqueos gestálticos con hombres usadores de drogas**", en mi función como Lector e integrante del Comité Tutorial en tiempo y forma, por lo que emito la **aprobación** del documento final que permita generar los procesos de presentación de su examen de grado.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente



Dr. Francisco Antonio Calderón González
Lector de Tesis/Comité Tutorial

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES

Licenciatura en Psicología



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE CIUDAD JUÁREZ

Ciudad Juárez Chihuahua. 29 de julio de 2019.

Asunto: Aprobación de Tesina.

Dr. Alberto Castro Valles
Coordinador de la Maestría en Psicoterapia
Humanista y Educación para la Paz
Presente.-

Por medio de medio, hago constar la estudiante egresada **Xochithl Isabel Rodríguez Quiñonez**, con matrícula 171452, concluyó los ajustes y modificaciones observadas a su tesina denominada: "**Psicoterapia grupal con enfoque humanista: ansiedad y bloqueos gestálticos con hombres usadores de drogas**".

Por tal motivo, como lector e integrante del Comité Tutorial, otorgo mi **aprobación** del documento final que permita generar los procesos de presentación de su examen de grado.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente

Mtro. Pedro Enrique Yañez Camacho
Lector de Tesis/Comité Tutorial
Coordinador del Programa de Licenciatura en Psicología

Dedicatoria

*A mi hijo quien es mi impulso para seguir superándome y ser su guía, Leonardo
eres mi mayor motivo para no caer.*

A Pedro mi compañero de vida, mi amor; sin su apoyo no sería posible continuar.

A mi madre quien ha sido mi mejor ejemplo de fortaleza y de amor.

*A mis hermanos quien siempre han estado en mi camino y siempre me han apoyado
con su paciencia y amor.*

Agradecimientos

A la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez por permitirme la oportunidad de seguir preparándome como profesionista.

A la Coordinación de la maestría en psicoterapia humanista y educación para la paz; lugar donde siempre encontré un apoyo en su momento con la Dra. María Elena Vidaña Gaytán, así como con el actual coordinador, el Dr. Alberto Castro.

Al consejo nacional de ciencias y tecnologías (CONACYT) por otorgarme esta beca y la oportunidad de seguir con mi formación académica

A mi directora de tesina la Dra. María Elena Vidaña Gaytán quien siempre ha sido una guía para la elaboración de mi investigación

A todas mis amistades que de alguna u otra forma han contribuido con su apoyo a que yo siga adelante y que me dan aliento en mis momentos de desaliento, a mis familiares por su apoyo.

A mi psicoterapeuta quien ha estado conmigo en este caminar y de quien he aprendido también el camino del humanismo

Al Maestro Jorge Lozano quien ha sido un gran maestro para mí, de quien he aprendido este camino del enfoque gestáltico, gracias por todas sus palabras de aliento y por su apoyo incondicional.

A Vanessa quien me ha ayudado en cada cuestión tecnológica y también por sus palabras positivas para yo seguir adelante.

A mis compañeros de esta formación por su apoyo, de cada uno aprendí algo y un agradecimiento muy especial para todos mis maestros.

A Oscar Altamirano por su apoyo, ayuda y cooperación incondicional.

A Dios por ser siempre mi luz.

Resumen

Una de las principales causas de enfermedades de transmisión sexual, daños orgánicos y de los altos índices de mortalidad es el uso y abuso de drogas, comportamiento que se asocia regularmente a los estilos de afrontamiento de la realidad individual. Con base en los efectos del uso de sustancias, la presente investigación pretende asimilar los bloqueos gestálticos con las reacciones de ansiedad en un grupo de jóvenes internos en centros de rehabilitación utilizando la terapia grupal bajo una perspectiva humanista. El objetivo de esta investigación fue diseñar e implementar una intervención grupal que revele la relación entre ansiedad y bloqueos gestálticos con enfoque humanista en un grupo de hombres internos en centros de rehabilitación. Con alcance descriptivo y la metodología se ajusta predominantemente al enfoque cualitativo. Los instrumentos que se utilizaron fue la escala de bloqueos gestálticos Castanedo-Munguía; así como la escala de ansiedad A-MAS. En esta investigación se detectó que una de las causas que mantiene el consumo de drogas en los internos es la negación, es decir que el consumo disminuye la capacidad de satisfacer las necesidades, por lo que al romperse el equilibrio emergen los síntomas de ansiedad y se incrementan sus niveles. Por lo tanto, se encontró la relación entre los bloqueos gestálticos de confluencia, desensibilización y deflexión con la emergencia de los síntomas de ansiedad. Se da la intervención terapéutica grupal con un enfoque humanista durante 25 sesiones. Los resultados muestran una disminución en los síntomas de ansiedad y por ende el incremento en la habilidad de asimilación y control de los bloques gestálticos.

Palabras clave: Drogas, Ansiedad, Bloqueos gestálticos, Psicoterapia.

Abstract

One of the main causes of sexually transmitted diseases, organ damage and high rates of mortality is the use and abuse of drugs, behavior that is regularly associated with coping styles of individual reality. Based on the effects of the use of substances, the present investigation intends to relate gestalt blockades with anxiety reactions in a group of young inmates in rehabilitation centers using group therapy from a humanistic perspective. The objective of this research is design and implement a group intervention between anxiety and gestalt blockage through group psychotherapy with a humanistic focus in a group of young inmates in rehabilitation centers. The method is descriptive, and the methodology conforms to the qualitative model. The instruments used were the Castanedo-Munguía gestalt blockade scale; as well as the anxiety scale A-MAS. In this investigation it was detected that one of the causes that keeps the consumption of drugs in the inmates is the negation, that is to say that the consumption diminishes the capacity to satisfy the needs, reason why when breaking the balance the symptoms of anxiety emerge and increase their levels. Therefore, the relationship between gestalt blockade of confluence, desensitization and deflection was found with the emergence of anxiety symptoms. Group therapeutic intervention is given with a humanistic approach during 25 sessions. The results show a decrease in anxiety symptoms and therefore the increase in the ability to assimilate and control gestaltic blocks.

Keywords: Drugs, Anxiety, Gestalt blockages, Psychotherapy

Tabla de Contenido

Introducción.....	1
___ Antecedentes.....	3
___ Formulación del problema.....	6
___ Justificación.....	9
___ Objetivo General.....	12
___ Objetivos específicos.....	12
___ Panorama de la tesina.....	12
Capítulo I Soporte teórico.....	13
___ Psicoterapia Gestalt.....	13
___ Psicoterapia de grupo.....	13
___ El hombre en el grupo.....	16
___ Tipos, modelos y programas en los procesos grupales.....	17
___ Estudios sobre psicoterapia analítica de grupo.....	22
___ Psicología de grupos.....	23
___ Psicoterapia de grupo en la práctica clínica.....	24
___ Marco legal y ético de la intervención.....	25
___ Ansiedad.....	27
___ <i>Teoría Conductual</i>	33
___ <i>Teoría Cognitiva</i>	33
___ Bloqueos gestálticos.....	36
___ Adicción.....	38
Capítulo II Metodología del estudio.....	40
___ Plan de intervención.....	41
Capítulo III Perspectiva Diagnóstica.....	43
___ Participantes del estudio.....	43
___ Tabla No. 1.....	44
___ Tabla No.2.....	44
___ Exploración de situación de vida.....	44
___ Grupo A.....	44
Capítulo IV Proceso de Intervención.....	50
___ Proceso de intervención.....	50
___ Condición final de los participantes.....	58
Capítulo V Conclusiones y Recomendaciones.....	65
___ Alcances y limitaciones.....	68
___ Recomendaciones.....	68
Referencias documentales.....	70
Anexo 1. Entrevista de patrón de consumo.....	72
Anexo 3 Escala de ansiedad.....	75

Introducción

Una de las principales causas de los altos índices de mortalidad y discapacidad, así como uno de los factores de riesgo sobresalientes para la adquisición de distintas enfermedades, lesiones, accidentes y además violencias más importantes a nivel mundial es el consumo de drogas.

El uso de sustancias tóxicas se asocia con frecuencia a la incapacidad de solucionar problemas relacionados con el proceso de desarrollo y maduración de los individuos, así como con alteraciones en la percepción de la realidad, disminuyendo la capacidad de satisfacer las necesidades de los usuarios, lo cual se relaciona con la emergencia de síntomas de ansiedad, fenómeno que aparece incomprensible en los tratamientos alternativos.

Edmun Husserl (1859-1938) como precursor de la psicología gestáltica se centra en la descripción de los fenómenos y aunque no los explica, enfatiza que lo que se capta del fenómeno es la figura que reflejan los sentidos. Por su parte. Woldt y Toman citando a Perls, Hefferline y Goodman (1951) se refieren al fondo como el sustento que da origen a la figura, y describen el emerger de la figura desde las funciones fisiológicas que se encuentran en un segundo plano, es decir en el fondo de la percepción en un momento determinado de la experiencia del sujeto dando origen a la figura. La forma es por lo que es importante destacar que en este estudio el análisis es fundamentalmente humanista ya que se ve a la ansiedad como consecuencia de un factor externo que modifica el ciclo de experiencia alterando la percepción de las necesidades reales, apareciendo como figura el consumo de drogas, pero el fondo va más allá de esta necesidad con un satisfactor inmediato que oculta cada vez más las necesidades reales de los usuarios de drogas.

El participante en el devenir de la emergencia sintomática satisfecha a través del uso de sustancias busca el restablecimiento del equilibrio, mismo que Maslow (1908-1970), describe como autorrealización, entendida como la culminación o la tendencia al crecimiento que Maslow explica como la obtención de la satisfacción de las necesidades progresivamente superiores y a la vez, la satisfacción de la necesidad de estructurar el mundo desde sus propios análisis y valores. Por otro lado, Rogers (1956) enfatiza la libertad de los individuos a la hora de tomar el rumbo de sus vidas, creía que la personalidad de cada persona se desarrollaba

según el modo en el que se consigue ir acercándose o alejándose de sus objetivos vitales, en una lucha continua por llegar a ese equilibrio que desplaza en conductas incluso destructivas como el uso de las drogas.

El modelo que se utiliza es descriptivo y se sujeta al método cuantitativo utilizando la estrategia de pre-posprueba en una muestra interna en las instituciones en dos instituciones que se dedican a dar atención en adicciones. Se reservan los nombres de dichas instituciones para guardar la confidencialidad de cada uno de los participantes, se reconocerá como centro número uno y número dos. En el centro uno es un programa basado en ayuda mutua y con los doce pasos de alcohólicos anónimos. En el centro dos se ofrece tratamiento integral, se apoya el síndrome de abstinencia con medicamento, proceso psicoterapéutico y el participante se puede retirar del tratamiento cuando lo desee, en ambos centros el contrato es por tres meses y el participante se puede retirar en el momento que lo desee.

En ambas instituciones las características predominantes es la población flotante ya que los usuarios de drogas fácilmente pueden interrumpir los tratamientos que se les sugiere. La intervención fue con un proceso psicoterapéutico grupal humanista, con la finalidad de que los participantes reduzcan sus niveles de ansiedad e incrementen la habilidad en la asimilación y control de sus bloqueos gestálticos. Zinker (1977) describe los bloqueos gestálticos como la propia interrupción de la energía y estos evitan el contacto con el satisfactor de sus necesidades, la disonancia del bloqueo gestáltico y el satisfactor de la necesidad emerge en la experiencia de los individuos como síntomas típicos de ansiedad a través de manifestaciones físicas, psíquicas y motoras.

Se inició la experiencia de intervención en el centro número uno centro de los cuales de acuerdo con los criterios de inclusión se seleccionan a cinco de ellos y se excluyen a los al resto de los interesados en participar en la intervención. En el centro número dos de igual manera se excluyeron cinco de la intervención por no cumplir el criterio de inclusión. Con ambos grupos se interviene con técnicas lúdicas con la finalidad de disminuir los niveles de ansiedad y fomentar una empatía, confianza y cohesión entre los participantes a través de algunas técnicas tales como la relajación, respiración diafragmática, ejercicios, masajes corporales y el soporte tecnológico freez-framer. Una vez fomentada la empatía, confianza y

cohesión se les explican los bloqueos gestálticos para lograr su asimilación y control por medio de las técnicas.

Antecedentes

En el 2008 en la Universidad de Oviedo en España se realizó una investigación denominada “eficacia del programa de reforzamiento comunitario (CRA) más incentivos para el tratamiento de la adicción a la cocaína” por García Rodríguez; el objetivo era analizar la eficacia de un programa de tratamiento para la adicción a la cocaína. El estudio se realizó de forma aleatoria solo a hombres en Asturias y Madrid en España que cuenten con los criterios de adicción a la cocaína, mayores de 20 años, residir a corta distancia del lugar del tratamiento para que le permita acudir 2 o 3 veces por semana en función de la fase del tratamiento. La exclusión para recibir este tipo de tratamiento era la de sufrir algún trastorno de tipo patológico como demencia o psicosis. Los instrumentos utilizados fueron el Michigan Alcoholism Screening Test también conocido como el MAST, este instrumento es para evaluar el abuso de alcohol, se trata de un cuestionario de 25 ítems diseñados para proporcionar una visión rápida del abuso de alcohol. También se aplicó el SOCRATES (Stages of change readiness and treatment eagerness scale de Miller y Tonigan 1996). es un cuestionario auto aplicado de 19 ítems para valorar la motivación para el cambio compuesta por tres factores los cuales fueron reconocimiento, ambivalencia y primeros pasos, también se aplicó el instrumento denominado (Beck Depression Inventory), este instrumento es un cuestionario auto aplicado de 21 ítems con 4 alternativas que evalúa un alto espectro de síntomas depresivos.

El programa es ambulatorio de 12 a 18 meses de duración el tratamiento constando de terapia grupal 2 o 3 veces por semana y sesiones individuales en caso de ser necesario, se trabajó con la abstinencia a la cocaína, cambios en el estilo de vida y asesoramiento en las relaciones de pareja. En las conclusiones mencionan que ya existen varios estudios que demuestran la eficacia de este programa, sin embargo, son realizados en Estados Unidos. Los resultados de esta investigación mostraron una forma probable de reducir los costes de estos programas y resultó viable implementar este programa de incentivos a través de donaciones públicas y privadas.

Así mismo Cano-Vindel, en Madrid España, realizó una investigación donde la ansiedad se entiende como una emoción negativa o desagradable con alta activación fisiológica, ligada a diferencias individuales y surge porque el individuo percibe que cierta situación representa una amenaza; esto se denominó valoración de la situación, sin que esta situación se logre remediar por falta de recursos a lo que se entiende como afrontamiento.

Las conductas del consumo de drogas son motivadas por la ansiedad ya que consumir ayuda en su estado de ánimo, lo cual presenta déficit a la hora de lograr afrontamiento. Cuando el consumo cesa se provoca el síndrome de abstinencia y en este cuadro surge ansiedad como una emoción negativa provocando altas reacciones fisiológicas por lo que es de suma importancia tratar específicamente la ansiedad enseñando al individuo a reducir su malestar. Las estrategias y técnicas que se utilizaron en el programa de intervención fueron de tipo cognitivo, utilizando la reestructuración cognitiva, solución de problemas, manejo de la ansiedad, técnicas de relajación que son las fisiológicas, desensibilización sistemática y bio-feedback, también se utilizaron técnicas motoras que son la exposición, el ensayo conductual reforzado y entrenamiento en habilidades sociales. En esta investigación concluyeron que antes de decidir que técnica utilizar para la reducción de la ansiedad primero hay que hacer una evaluación individual.

Por otro lado, en la Universidad de Rafael Landívar, Facultad de Humanidades Campus Quetzaltenango, Bethancourt (2011) ayudaron al paciente a lograr su recuperación, empleando también una intervención familiar buscando el poder de la familia como grupo de presión positiva, esta investigación se desarrolló en una población de hombres y mujeres adictos/as en recuperación del grupo de narcóticos anónimos de la zona I de la ciudad de Quetzaltenango, Guatemala con edades de entre los 20 y 45 años. El propósito fue determinar el grado de ansiedad y depresión que presentaban. El resultado fue que el 100% de población se encontró enferma, clasificándose dentro del moderado de ansiedad y depresión, también se demostró que el paciente y la familia se encuentran afectados con una serie de factores psicosomáticos que afectan las relaciones interpersonales. Mencionó que la ansiedad es concerniente a sensaciones angustiosas y la depresión con la tristeza; así que la ansiedad y la depresión están relacionadas y se ha llegado a considerar que la ansiedad antecede a un episodio depresivo, lo cual quiere decir que la depresión termina con un estado de ansiedad.

En esta investigación se llegó a la conclusión que es necesario un tratamiento con técnicas de relajación para los adictos en recuperación ya que estas técnicas ayudan en la mejora de la actitud y forma de vida en los adictos en recuperación.

En la Universidad Autónoma de Nuevo León, Cabello García (2013) diseño, aplicó y evaluó la efectividad de un programa de prevención al uso de alcohol, tabaco y marihuana en jóvenes desde el enfoque Gestalt, el tipo de estudio fue cuasi experimental con recolección de datos pre-test y pos-test. La muestra fue presentada por 68 jóvenes con una media de edad de 15 años, de los cuales fueron 34 hombres y 34 mujeres, este estudio fue realizado en una escuela de preparatoria pública. Los instrumentos que se utilizaron fueron dos: la prueba de perfil de consumo para evaluar el consumo de drogas de los participantes y el test de Psicodiagnóstico de la Gestalt (TPG) que midió el nivel de los bloqueos gestálticos en los jóvenes. La investigación fue de corte cuantitativo, descriptivo y de comparación de medias entre los grupos de estudio. Los resultados obtenidos fue la demostración de que los participantes tomaron conciencia del consumo de sustancias. En los resultados obtenidos se reflejaron diferencias significativas en los bloqueos de proyección, retroflexión y confluencia.

A nivel local en el Programa de la Maestría en Psicoterapia Humanista y en Educación para la Paz en la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez se han realizado diversas siguientes intervenciones. Quiñonez Arreola (2016), favoreció el afrontamiento de la necesidad del consumo de drogas en un paciente en la etapa de prevención de recaída, fue un estudio con un enfoque fenomenológico, cualitativo, donde la población que se aborda son todos los pacientes que se encuentran en el proceso de reinserción. Se realizaron quince sesiones que fueron video grabadas y transcritas con fines de análisis, se trabajó con la realización de una historia clínica, así como la aplicación de la escala de habilidades de afrontamiento (CBI), una escala de satisfactores cotidianos y además una sobre confianza situacional. Los resultados obtenidos fueron que la psicoterapia Gestalt beneficia la toma de conciencia de la afectación que se produjo en las áreas impactadas durante el tiempo de consumo.

También, Muñoz Saucedo (2016), favoreció la regulación orgánica en seis hombres líderes de centros de rehabilitación a las adicciones a través de un proceso de

psicoterapia humanista, el enfoque que se utilizó fue cualitativo con alcance explicativo y diseño no experimental. La intervención constó de quince sesiones terapéuticas y se aplicaron las técnicas supresivas, expresivas y de integración.

Martínez Nevárez (2016), diseñó, aplicó y evaluó una intervención breve grupal, para lograr aumentar la inteligencia emocional con hombres de 18 a 43 años, en donde dominaba el consumo de alcohol y mariguana en usuarios de la Comunidad Terapéutica Fundación Casa Nueva. La intervención se conformó de ocho sesiones, que permitieron el conocimiento de diferentes temáticas que conforma la inteligencia emocional, el enfoque fue predominantemente cualitativo, de tipo exploratorio, la medición fue medida con un pretest y postest al inicio de la intervención y al final de esta misma. Los resultados obtenidos al término de la intervención breve grupal fue el aumento significativo en las áreas de percepción, regulación y expresión emocional lo que logro el desarrollo de su inteligencia emocional.

Por su parte, Alarcón Hernández (2016), evaluó y analizó los resultados de una intervención de psicoterapia Gestalt con un enfoque humanista a un grupo de personas que son líderes rehabilitados que presentan síntomas de estrés traumático secundario. El enfoque que se utilizó fue cualitativo, hubo aplicación de pre-test y pos-test. La metodología fue mediante la psicoterapia Gestalt y diferentes técnicas de programación neurolingüística. Fueron veinte sesiones de dos veces por semana. Los resultados obtenidos fue la disminución del nivel de Estrés Traumático Secundario, reflejando cambios de comportamiento los cuales fueron el autocuidado, grupos de contención, fortalecimiento de lazos familiares y trabajo en equipo.

Formulación del problema

La percepción polifacética de consumo de drogas varía en los y las diferentes instituciones dedicadas al estudio e investigación de estas por lo que se concepción se monitorea desde diversas fuentes, en aras de una concepción más homogénea y multidisciplinar. Por otro lado, la encuesta nacional del consumo de drogas, alcohol y tabaco 2016-2017 (ENCODAT) siendo esta la más reciente, en donde se reportó una prevalencia de consumo alguna vez en la vida de cualquier droga de 18.6 % en los estudiantes hombres de

secundaria y bachillerato y de 15.9 % para las estudiantes mujeres, de manera que la prevalencia total de consumo fue 17.2%. Es importante mencionar a los estados con más prevalencia de consumo alguna vez de cualquier droga significativamente mayores al promedio nacional (17.2%) son de Ciudad de México (25%); Quintana Roo (22%); Estado de México (21.1%); Jalisco (20.1%); y Chihuahua (19.8%). El 5.8% de los estudiantes reporto haber consumido drogas médicas fuera de prescripción, este porcentaje es mayor en las mujeres (6.5%) que en los hombres (5.1%). En el último mes, el porcentaje de consumo de drogas médicas fue de 2%, 1.8% en hombres y 2.1% en mujeres. Por nivel de estudios, el 4.7% de los estudiantes de secundaria y el 7.5% de bachillerato reportaron consumir este tipo de sustancias alguna vez en la vida (ENCODE, 2014).

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones del país, realiza una medición del consumo de drogas en distintas instituciones: En los centros de tratamiento y rehabilitación no gubernamentales durante el 2016 se registraron un total de 60,582 personas que acudieron a 1,125 centros de tratamiento en 281 ciudades de las 32 entidades federativas del país. La media de edad de las personas que acudieron a estos centros de tratamiento fue de 31.08 años; principalmente de sexo masculino (89.6%). Las drogas de mayor impacto que se reportan después del alcohol (39.3%) son el cristal (22.9%), la mariguana (14.3%), la cocaína (9.4%), los inhalables (5.5%), la heroína (3.4%) y el tabaco (2.6%) (SISVEA,2016).

La Organización de las Naciones Unidas calcula que uno de cada 20 adultos, es decir 250 millones de personas de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una droga, esta cifra equivale aproximadamente a la población de Alemania, Francia, Italia y reino unido. Al parecer el aumento en el uso de drogas no ha sido considerable, ya que se calcula que más de 29 millones de personas que consumen drogas sufren trastornos relacionados con el uso de drogas y que 12 millones de esas personas son consumidores de drogas por inyección de los que el 14 % viven con VIH, las consecuencias del consumo de drogas para la salud son devastadoras. La cantidad de muertes relacionadas con el uso de las drogas en el 2014 se calculó en aproximadamente 207,400, lo que quiere decir 43.5 muertes por millón de personas de entre 15 y 64 años, esta cifra ha permanecido estable en todo el mundo, aunque esto es y seguirá siendo inaceptable y evitable. Las muertes que han sido provocadas por sobredosis constituyen de manera aproximada un tercio y la mitad de todas las muertes

relacionadas con las drogas. Las personas que se inyectan drogas se exponen a las peores consecuencias en el ámbito de la salud y sobre todo si no hay precaución, también existe un alto riesgo de sobredosis ya sea mortal o no, una de cada siete personas que se inyectan vive con VIH, y una de cada dos vive con la hepatitis C. este grupo de personas tienen el riesgo más alto de contraer este tipo de enfermedades (ONU, 2014).

Por su parte el uso del cannabis suma 183 millones en el 2014, esta sigue siendo la droga de más frecuencia de consumo a nivel mundial, las anfetaminas siguen después del cannabis en el consumo. Los consumidores de opiáceos y opioides que son sujetos a prescripción médica se estiman en 33 millones de consumidores. A su vez el horizonte mundial del consumo de drogas resulta más impreciso porque muchas personas que consumen drogas ya sea ocasional o habitual, tienden a ser policonsumidoras que utilizan más de una sustancia simultánea o sucesivamente. Por consiguiente, las personas más jóvenes buscan tratamiento por trastornos debidos con el uso de cannabis y anfetaminas que al de otras drogas. Esto deja claro el aumento del consumo de cannabis y anfetaminas y como consecuencia el aumento de las personas que se someten a tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de esta droga. En general los hombres tienen una probabilidad de consumir cannabis, cocaína o anfetaminas tres veces mayor que las mujeres, estas últimas tienden más a utilizar los opioides y tranquilizantes con fines médicos. Las disparidades de género en el consumo de drogas, puede ser atribuido a las oportunidades de consumirlas en un entorno social; la mayoría de los estudios indica que la prevalencia del consumo de drogas es mayor en los jóvenes que en los adultos; la diferencia de género en cuanto al consumo, son menores entre los jóvenes que entre los adultos.

En cuanto a la oferta y mercados de drogas; los cultivos para la producción el más extendido sigue siendo el del cannabis, en el periodo 2009-2014 refirieron que en este periodo existía en 129 países. El cannabis sigue siendo la droga con que más se trafica en el mundo, aunque ha aumentado mucho la incautación de drogas sintéticas. Pese a que las sustancias sujetas a fiscalización internacional eran 234 en el 2014. En el 95% de los países que presentaron informes en el 2014 se interceptó cannabis en sus diversas formas, que representan más de la mitad de los 2,2 millones de incautaciones comunicadas ese año a la oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, seguido de los estimulantes de

tipo anfetamínico, los opioides y las sustancias relacionadas con la coca. En todos los países fue mayor el número de hombres (en promedio el 90% del total) que el de mujeres que entraron en contacto formal con el sistema de justicia penal por tráfico de drogas o por posesión de drogas para consumo personal. Sin embargo, la presentación en los datos desglosados por sexo ha mejorado con los años y refleja que el número de mujeres detenidas por delitos relacionados con drogas ha ido aumentando. Es posible que en estos últimos años haya aumentado la oferta de drogas por internet, incluido en el mercado anónimo en línea de la “red oscura”, esto es motivo de preocupación ya que esta es una nueva forma de captar consumidores y así facilitarles el acceso a las drogas y puede ser en los países desarrollados como en los países en desarrollo (UNODC, 2014). Según la encuesta nacional del consumo de drogas, alcohol y tabaco 2016-2017.

Ante la epidemiología mostrada podemos decir que este problema de salud pública afecta tanto a mujeres como hombres de cualquier nivel socioeconómico, edad, cultura y por ende el consumo de la droga afecta diversas dimensiones a nivel familiar, social, legal, laboral; sin embargo el foco para esta investigación será centrarnos en la dimensión individual en donde los usuarios de drogas se encuentran algunos bloqueos y se utilizan de manera inconsciente para desplazar los sentimientos y emociones de minusvalía, controlando la conducta impulsiva, como el uso de sustancias, manifestando este tipo de comportamiento como una figura que oculte el fondo de las necesidades y provocando inestabilidad en los usuarios. Por lo tanto también utiliza sustancias para controlar los niveles de ansiedad como figura, mientras que se omite el uso del bloqueo como soporte principal del equilibrio en el funcionamiento de los hombres, por lo tanto se sugiere que el modelo terapéutico que se implemente sea desde una perspectiva humanista y se focalice en los grupos de intervención.

Justificación

Los problemas en relación con el uso y abuso de sustancias tóxicas se ha convertido en una generalización conductual que abarca todas las edades y sexos según el último informe mundial de Drogas publicado el 26 de junio del 2018 por la Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el Delito (UNODC). Menciona que el uso de fármacos sin prescripción médica ha ido en incremento lo que provoca un problema de salud pública. Los opiáceos

provocan un gran daño y significan el 76% de las muertes asociadas a consumo de sustancias psicoactivas. Este informe brinda una mirada amplia de la oferta y demanda de opiáceos, cocaína, marihuana, estimulantes de tipo anfetamínico y nuevas sustancias psicoactivas, así como el impacto en la salud.

Juárez por ser frontera de estados unidos se caracteriza como una ciudad de paso y se convierte en asentamiento pluricultural que concentra el mayor número de individuos que utilizan y abusan de las drogas legales e ilegales, se afirma que aquí se asientan cifras más altas que en las zonas metropolitanas más populosas del estado de México. Todo esto de acuerdo al Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA), que se alimenta de los datos que aportan los Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA) de las entidades federativas, esta ciudad encabeza la lista de los principales municipios y luego se encuentra León, Pachuca, Tecomán, Ciudad de México e Irapuato. Los expertos mencionan que esta situación se puede atribuir al hecho de que Ciudad Juárez es vulnerable a estos problemas de salud pública por ser frontera lo que la convierte en una ruta de tráfico de drogas.

Con respecto a las intervenciones psicológicas éstas se explican a partir de diversos modelos teóricos en el modelo psicodinámico fundado por Sigmund Freud, se centra en el tema del inconsciente; en las experiencias infantiles, esta teoría sostiene que la conducta es el resultado de una serie de movimientos e interacciones que se producen en la mente de las personas; la segunda fuerza es la escuela cognitivo-conductual la cual se enfoca en la vinculación del pensamiento concibe a la persona como un organismo, las terapias conductuales son conocidas también como modificación de la conducta, toman para sus explicaciones las aportaciones del condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el aprendizaje por modelado para ellos el terapeuta es un agente directivo y con control; ponen todo el énfasis en la conducta y tratan de identificarla y definirla; la tercer fuerza conocida como psicología humanista nació en la época de los sesentas y surge a raíz de un descontento con las otras dos fuerzas, su punto de partida es ver al sujeto como un ser autónomo que tiende a la autorrealización dentro de este enfoque destaca Abraham Maslow, Rogers su terapia es no directiva y centrada en la persona; la cuarta fuerza, la psicología transpersonal amplia los horizontes de la psicología humanista al darse cuenta de que el

desarrollo del *self*, si mismo o yo mismo si no que tenía un alcance mucho más amplio, el ser humano es capaz de trascender, de ir más allá de los condicionamientos y limitaciones de la humanidad, se ocupa de promover lo que se ha venido llamando la vida espiritual, promueve a sí mismo la consciencia. Pero son insuficientes para generar cambios y lograr la reducción total del consumo.

En opinión de Bunge (1980), una de las características que definen al ser humano es su grado de curiosidad y hacer preguntas; es en este sentido que se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿La psicoterapia grupal Gestalt logrará la disminución de la ansiedad y la asimilación de los bloqueos gestálticos en hombres usadores de drogas? Los principios de la psicoterapia humanista es el respeto a la capacidad del ser humano de darse cuenta que posibilita la autorrealización y la libertad, las decisiones del ser humano están guiadas por el darse cuenta del presente inmediato y del futuro, antes que únicamente del pasado, como un esfuerzo que apunta hacia el crecimiento y el desarrollo a no mantener la estabilidad, el ser humano no está determinado únicamente por su pasado, sino que es un agente de construcción del mundo, para comprender la experiencia de otro, el ser humano comparte su mundo como un privilegio especial que requiere una relación exclusiva yo-tú y no como una dicotomía yo-ellos, existe compromiso con un enfoque fenomenológico, tendencia a la realización o al crecimiento, creencia en la capacidad humana de auto resolución, respeto por la experiencia subjetiva de cada persona por otra parte.

Kenneth (2006) Señala que hoy en día existen dos métodos a nivel de estudios de investigación epidemiológica, reconocidos por la comunidad internacional, para evaluar programas, a saber: 1) Evaluación de Resultados y, 2) Evaluación de proceso. En este tipo de estudio se pretende seguir la línea de la evaluación del proceso ya que lo que se evaluarán son los cambios que se generen a partir de una valoración previa sobre el consumo de drogas antes de iniciar la intervención humanista. Para Arillo (2007) Respecto al éxito o fracaso de las intervenciones: los resultados son diversos. Por tanto, es necesario considerar ciertas características para su diseño, como los modelos que las sustentan, así como, limitaciones, ventajas, y sus elementos de éxito o fracaso. El modelo de influencias sociales, según los reportes científicos, han tenido éxito en la disminución de la prevalencia del consumo de drogas, que va de un 5% a 30% a través del tiempo. (p.96).

Objetivo General

Diseñar e implementar una intervención grupal que revele la relación entre ansiedad y bloqueos gestálticos.

Objetivos específicos

- 1.- Identificar manifestaciones de ansiedad y los bloques gestálticos más significativos en consumidores de drogas.
- 2.- Disminuir la ansiedad y asimilar bloqueos gestálticos en consumidores de drogas.
- 3.- Analizar los cambios en la ansiedad y en los bloqueos gestálticos mediante el pre y pos-intervención.

Panorama de la tesina

En la introducción se describe los antecedentes teóricos y metodológicos del estudio, a través de un marco teórico referencial que se circunscribe en investigaciones anteriores a la presente. En el capítulo 1 se sustenta teóricamente la presente investigación, en el capítulo 2 se describe el proceso de evaluación de la población y la selección de la muestra final, así como los instrumentos a utilizar así mismo el tipo de análisis de la información, el capítulo 3 abarca la perspectiva diagnóstica, es decir el contexto en el que se circunscribe el estudio. El capítulo 4 se desarrolla más detalladamente el proceso de intervención terapéutica, además de los resultados finales obtenidos de la pre prueba y la post prueba. Finalmente, en el capítulo 5 corresponde a las conclusiones, recomendaciones alcances y limitaciones del estudio.

Capítulo I Soporte teórico

Psicoterapia Gestalt

La psicoterapia Gestalt humanista con influencias del psicoanálisis y de la filosofía oriental, al igual de otras orientaciones de terapias humanistas, no se centra en la enfermedad, sino en lograr la salud desde las potencialidades que posee la persona misma. Cuando el paciente asiste a terapia es porque tuvo el reconocimiento de que sus necesidades existenciales no están cubiertas (Perls, 1976, p. 53). La obligación del terapeuta es no generar juicios de valor en base a las necesidades de cada uno de los pacientes, su trabajo es facilitarle a cada uno el desarrollo de sus potencialidades y así lograr sus metas más significativas (Perls, 1976, p. 54). Desde el punto de vista gestáltico, el neurótico no es simplemente alguien que una vez tuvo un problema, es una persona que tiene un problema constante, aquí y ahora. Sus dificultades de hoy se relacionan con el modo como se comporta hoy. No se lleva bien, en el presente y, a menos que aprenda a resolver los problemas a medida que surgen tampoco será capaz de llevarse bien en el futuro (Perls, 1976, p.69).

El paciente al experimentarse a sí mismo en tres niveles como fantasear, representar roles, y hacer ira llegando a un entendimiento de su mismo. En esta situación viva, el paciente aprende por su mismo como integrar sus pensamientos, sus sentimientos y sus acciones, tanto en la sala de consulta, como en su vida cotidiana. La psicoterapia deja de ser una excavación del pasado en términos de represiones, conflictos edípicos y escenas primarias, y se convierte en una experiencia de vivir el presente. (Perls, 1976, p. 38). El propósito de la psicoterapia es crear un hombre bien integrado, que pueda vivir en un contacto significativo con su sociedad, sin ser tragado completamente por ella y sin retirarse completamente de ella (Perls, 1976, p. 38). En la terapia Gestalt se impulsa al crecimiento y desarrollo de las potencialidades humanas, no se trata de una felicidad instantánea, el proceso de crecimiento toma tiempo (Perls, 1974, p.13).

Psicoterapia de grupo

La intervención está sustentada en la modalidad de Psicoterapia grupal por lo que es importante mencionar a algunos autores que definen que es psicoterapia de grupo, que es

un grupo y el hombre en el grupo. De acuerdo con Moreno (1975), la psicoterapia de grupo es un método para tratar conscientemente y en el marco de una ciencia empírica las Terapias de Grupos. En este sentido González (2005) señala que un grupo terapéutico implica el tratamiento de varios pacientes a cargo de uno o dos terapeutas. El tratamiento es simultáneo, posibilita al individuo el llegar a una mayor mejora y comprensión de sus problemas que con el procedimiento dual de la psicoterapia clásica, ya que el grupo revela al terapeuta aspectos inéditos del paciente. La psicoterapia de grupo es el método utilizado por un conjunto de terapeutas para sanar al enfermo. Esta asociación de colegas constituye junto con el paciente un “grupo”, el cual les permite observar y vigilar eficazmente la evolución del mal, dentro de un marco inminentemente psicoterapéutico. La psicoterapia de grupo nace gracias a la acción de un conjunto de enfermos, quienes colaboran con uno o varios psicoterapeutas para curar al compañero más necesitado. Ese bloque de paciente contribuye a que el enfermo en cuestión manifieste, con valor, sus conflictos afectivos (p.10).

Una de las ventajas de la terapia de grupo es el permitir que el individuo se sienta identificado, al lograr que se exprese abiertamente sin tabúes sociales; facilita la obtención de modelos de identificación; explora una serie de problemas para generar soluciones posibles en un ambiente real; establece múltiples transferencias; y brinda al psicoterapeuta la oportunidad de utilizar este tipo de terapia en conjunción con otras (González, 2005, p.11). Grinberg, Langer y Rodríguez (1977) definieron que la psicoterapia de grupo se define como el conjunto de personas que se reúnen en un lugar determinado, a una hora preestablecida de cómo un acuerdo entre terapeuta y pacientes y que comparten una serie de normas tendientes a la consecución de un objetivo común. (González, 2005, p.12). Mientras que González Núñez (1992) definió que el grupo terapéutico es la reunión de tres o más personas denominadas pacientes, reunión más o menos permanente y voluntaria, donde los individuos reunidos interactúan y se interrelacionan con fines psicoterapéuticos; así pues, los integrantes de un grupo se reconocen como miembros que se encuentran ubicados dentro de un contexto determinado por el propio terapeuta y aceptan comportarse con base a una serie de valores y normas, explicitados dentro de un sistemas terapéutico, a lo que se le denomina contrato terapéutico (González, 2005, p. 13).

Una de las ventajas de este autor es que incluye teorías de todos modelos ya que se explica que no todos los pacientes son iguales por lo que no se puede aplicar un solo modelo. El terapeuta tiene la obligación de analizar a sus pacientes y encontrar el método más adecuado para que sea efectivo con todos los pacientes. Es por esto por lo que el autor brinda las herramientas y la teoría necesaria para realizar esta tarea. Por lo tanto, es necesario indicar cuales son las bases de la terapia de grupo.

Por su parte, Díaz (2002) define el grupo como un proceso psicosocial en el que un psicoterapeuta experto con entrenamiento adicional especializado en procesos de grupos utiliza la interacción emocional en grupo pequeños, para reparar la salud mental enferma; es decir, para llevar a cabo la mejoría de las disfunciones de la personalidad en individuos seleccionados para este propósito específico (p.40). Otro autor como O'Donnell (1974 - 1977) caracteriza al grupo terapéutico como una organización micro-social objetivamente describable; reunión de personas organizadas en tiempo y espacios determinados que tienen como objetivo la revelación y transformación de las conductas inadecuadas de sus integrantes y el descubrimiento y afirmación de conductas sanas (Díaz, 2002, p.40). Así mismo, Freud realizó aportaciones importantes al estudio de los grupos, aunque, como bien lo señala Foulkes, sus contribuciones se basan en los hallazgos de la psicología individual. Contempla los procesos grupales como simples extensiones de las actividades de la mente del sujeto; visualiza la forma en la se modifica la dinámica individual en el grupo, sin pretender explicar las fuerzas inmanentes, características de los grupos (Díaz, 2002, p. 63).

Bion en Díaz, se percató de que los estudios tempranos en la formación de los grupos no estructurados se caracterizan por un empuje emocional regresivo que tiende a relajar los límites del yo y a reactivar deseos y modalidades de relaciones objétales tempranos, que incluyen identificaciones y búsqueda de la relación no conflictiva con la madre gratificadora de necesidades (Díaz, 2002, p. 67). Por lo tanto, Ezriel en Díaz, señalaba que en el grupo independientemente del contenido manifiesto que se exprese, se desarrolla un problema grupal común subyacente, una tensión grupal común inconsciente para el grupo, pero que determina su comportamiento. Esta tensión grupal común parece representar el denominador común de las fantasías e inconscientes dominantes en todos los miembros (Díaz, 2002, p.

74). Así mismo, Foulkes llama a su enfoque grupal analítico o grupo análisis y no psicoanálisis grupal. Considera que los conceptos psicoanalíticos pueden aprovecharse en el contexto de grupo para facilitar la terapia, pero insiste en que los procesos que les corresponden son equivalentes, más no idénticos, a los observados en la situación psicoanalítica individual (Díaz, 2002, p. 77). La escuela francesa considera que lo que el psicoanálisis de grupo debe tratar de comprender, es “lo que significa la actitud y pensamientos de un miembro del grupo para los demás y como cada uno reacciona de manera específica al problema común de grupo. El grupo es el aparato formador de una parte de la realidad psíquica de los sujetos (Díaz, 2002, p. 81).

Este autor, Díaz se enfoca más en el modelo psicoanalítico basándose en grandes figuras como Sigmund Freud, Wilfred R, Bion, Henry Ezriel, Sigmund Heinrich Foulkes y la escuela francesa.

El hombre en el grupo

Uno de los conceptos fundamentales que Battegay (1978) menciona, es el de “grupo” el cual se entiende como una formación social altamente organizada, compuesta por un número, casi siempre reducido, de individuos estrechamente relacionados entre sí. La esencia del grupo consiste en “vivir los unos para los otros”, pues está integrado por miembros atraídos por la semejanza de ideas y sentimientos, y en que cada uno de ellos ejerce una determinada función. Por otro lado, se menciona que no debe confundirse el término de “grupo” y “multitud”, ya que la multitud es un agregado desorganizado, casual e indeterminado de personas, que no tienen nada en común, excepto la percepción de un objeto exterior (p. 16).

De acuerdo con Battegay (1979) un grupo terapéutico es una asociación de tres o más miembros que actúan, terapéuticamente, al unísono. La meta que un grupo terapéutico pretende no es la conservación de este, sino el fomento de la introspección, la maduración y el desarrollo interior de cada elemento. El grupo terapéutico se encamina al esclarecimiento de los conflictos y problemas de sus miembros, al reconocimiento de las normas de grupo, en lo que atañe a sus efectos, así como a la corrección del comportamiento subsiguiente al aprendizaje social (p. 120).

El concepto de psicoterapia de grupo engloba determinados métodos de tratamiento, que, en presencia de uno o varios terapeutas, estimulan la labor auto centrada de los socios; se acude, para ello, a motivaciones psicológicas profundas y a la dinámica, la cual actúa, sobre los individuos y sobre el conjunto de los mismos. La psicoterapia de grupo nace por la acción de un grupo de enfermos, que colaboran, con uno o varios psicoterapeutas para curar al compañero más necesitado. Ese bloque de pacientes contribuye a que el enfermo en cuestión manifieste con valor, sus conflictos afectivos (Battegay, 1978, p. 138-139). Otro punto que vale la pena destacar de Battegay (1978) es que existen distintos procedimientos psicoterapéuticos de grupo, los cuales son:

- Psicoterapia de actividades de grupo. Este procedimiento es ideal para niños, siempre y cuando no sufran profundas alteraciones. En este método se crea un clima especial para ellos, altamente permisivo, en el que puedan expresarse con toda libertad a través de actividades manuales o juegos (p. 140).
- Psicoterapia analítica de grupo. Puede ser utilizada para niños, adolescentes o adultos y está indicada especialmente para los neuróticos. En este método se utilizan mucho las asociaciones libres y se produce mucho el fenómeno que Freud llamó “transferencia”. Al igual que en la psicoterapia individual, el terapeuta es el expone de las manifestaciones verbales y no verbales de los participantes. (p. 141-144).
- Psicoterapia de grupo directivo-sugestivo. Este procedimiento incluye todas aquellas formas de psicoterapia en donde el psicoterapeuta interviene, guía a los pacientes con una intervención más o menos activa en la marcha del grupo (p. 145).
- Psicodrama. Esta forma de psicoterapia de grupo se basa en la idea de que los conflictos neuróticos se han de vivenciar, no solo con palabras, sino también con acciones. Por lo tanto, se crean escenarios especiales en los que tanto el terapeuta como sus ayudantes, animan a los pacientes a repetir en una representación escénica periodos conflictivos de sus vidas cargados de emotividad (p. 146-148).

Tipos, modelos y programas en los procesos grupales

Guimón (2003), menciona que durante los últimos años se han impuesto en el campo de la salud mental unos enfoques eclécticos o genéricos y de duración a menudo limitada que

posteriormente describe. Sin embargo, también menciona que su objetivo no es que el autor sea una descripción detallada, sino que en verdad sea un manual semejante a los que han sido elaborados para diferentes tipos de psicoterapias individuales cognitivo-comportamentales (p. 19). Principalmente, las técnicas de grupo han tenido como efecto el modificar la relación dual tradicional del tratamiento psiquiátrico. Sin embargo, con el pasar de los años, los psiquiatras también se han interesado no nada más en los fenómenos intrapsíquicos, sino también por los fenómenos de interacción de los individuos de un grupo (Guimón, 2003, p. 23). ¿Psicoterapia analítica o dinámica? Esa es una interrogante que ha estado en la mente de muchos profesionales sobre que método emplear en sus psicoterapias. Sin embargo, Blum (1953), considera al psicoanálisis como un proceso basado en la asociación libre y en la interpretación de todos los datos verbales y no verbales utilizando la transferencia y contratransferencia y, sobre todo, relacionando las pulsiones infantiles y los conflictos inconscientes con el pasado. Por otro lado, para que una psiquiatría sea considerada dinámica, se acepta que debe reconocer la importancia del inconsciente y de la transferencia. A su vez, la psiquiatría dinámica está ligada al concepto de los conflictos que surgen entre los deseos y las defensas (p. 24).

Existen ciertos parámetros técnicos para que una psicoterapia grupal pueda ser llamada así. Para empezar, la psicoterapia deberá ser llevada a cabo por especialistas que hayan adquirido el conocimiento de mecanismos implicados en su modificación y que traten de prever y de evaluar los resultados de su intervención. De este modo, la psicoterapia de grupo deberá adscribirse a uno o varios modelos teóricos (psicodinámico, cognitivo, psicoeducativo, etc.), los grupos deben ser conducidos por psicoterapeutas (médicos, psicólogos y otros) que tengan formación de grupo y que sean además capaces de evaluar los resultados de su trabajo. Finalmente, el trabajo grupal permite al paciente retomar contacto con una realidad exterior, a menudo olvidada en el momento de las crisis, a través de diferentes medios; la noción de placer es reencontrada y a menudo trabajada (Guimón, 2003, p. 6).

Schneider y Corey (1997) mencionan que a menudo se les ha preguntado sobre que teoría siguen, sin embargo, ellos declaran que no se han casado con ninguna orientación porque con los años se han dado cuenta que funcionan más con un marco integral el cual

siguen modificando y practicando (p. 3). Liderar grupos sin tener una teoría explícita racional es como volar un avión sin un plan de vuelo, del mismo modo que se puede llegar al destino final, también se puede quedar sin combustible. Es por esto que se necesita contar con las bases teóricas pertinentes, de este modo se garantiza que el grupo llegará al estadio final de productividad. Cabe mencionar que no todos los grupos son iguales ya que no van enfocados a los mismos objetivos, no utilizan las mismas técnicas y el rol del líder es diferente por lo que no deben ser tratados de la misma manera (Schneider y Corey, 1997, p.8).

La terapia de grupo surgió durante la Segunda Guerra Mundial en respuesta a la escasez del personal entrenado para proveer terapia individual. Al principio se menciona que el terapeuta seguía asumiendo su rol como si estuviera dando una sesión individual y trabajaba con un pequeño número de clientes que tenían el mismo problema. Sin embargo, con el pasar de los años los expertos se dieron cuenta que la terapia de grupo si estaba siendo eficaz, pero los métodos que utilizaba el terapeuta no lo eran tanto. El grupo llegaba a funcionar debido a que entre los miembros del grupo se apoyaban, se confrontaban y la interacción les servía en demasía, no obstante, los terapeutas tuvieron que innovar métodos que les permitiese integrarse más a los grupos (Schneider y Corey, 1997, p.11). Todo líder de grupo o terapeuta debe contar con ciertas aptitudes y habilidades que les permitan tener un excelente manejo del grupo y que además puedan ser eficaces en el tratamiento. Estas aptitudes son:

- **Escucha activa.** Este punto sin duda es el más importante ya que el terapeuta deberá aprender a prestar completa atención a todo lo que las personas le comuniquen y este proceso incluye mucho más que solo estar escuchando las palabras (Schneider y Corey, 1997, p. 69).
- **Reflejar.** Esta es una habilidad que depende de la escucha activa y es la habilidad de transmitir la esencia de lo que las personas han comunicado para que pueden analizarlo y entenderlo. Se utiliza el parafraseo de lo que el propio integrante del grupo dijo para que así se dé cuenta de lo que está diciendo (Schneider y Corey, 1997, p. 69).
- **Clarificar.** Es una habilidad que puede ser aplicada durante las fases iniciales del grupo y resulta de gran valor. Implica centrarse en los problemas subyacentes clave

y resolver los sentimientos confusos y conflictivos de los miembros del grupo (Schneider y Corey, 1997, p. 70)

- **Resumir.** Cuando el proceso del grupo se estanca o se fragmenta, la habilidad de resumir resulta útil. No obstante, se recomienda que al final de cada sesión grupal, se emplee un resumen de lo que se vio (Schneider y Corey, 1997, p. 70).
- **Facilitar.** El líder de grupo debe ser capaz de crear un ambiente óptimo y confortable en donde los clientes se sientan cómodos y se atrevan a compartir abiertamente sus miedos y expectativas (Schneider y Corey, 1997, p. 70).
- **Enfatizar.** Un líder de grupo empático puede ser capaz de sentir el mundo subjetivo del cliente. Esta habilidad requiere que el líder tenga características como cuidado y franqueza, además de que debe contar con un repertorio amplio de experiencias que le sirvan como base para identificarse con otros (Schneider y Corey, 1997, p. 71).
- **Interpretar.** Los líderes de grupo que son altamente directivos son propensos a hacer uso de la interpretación, el cual ofrece posibles explicaciones para ciertos comportamientos o síntomas (Schneider y Corey, 1997, p. 71).
- **Interrogar.** Esta no es tanto una habilidad e incluso es sobre utilizada por muchos líderes de grupo. Cabe mencionar que no es muy recomendada utilizar esta técnica en grupos con personas con ansiedad o estrés ya que esto solo les generaría más ansiedad o estrés. Se debe tener especial cuidado con la interrogación (Schneider y Corey, 1997, p. 71).

Las relaciones interpersonales y los problemas psíquicos de los individuos de un grupo. Cabe destacar que la diferencia entre terapia de grupo y psicoterapia de grupo es importante. El término “terapia” de grupo se emplea cuando los efectos terapéuticos son secundarios sin el consentimiento explícito de los participantes para ser tratados y, sin un fin específico. El término “psicoterapia de grupo”, en cambio, se empleará solo cuando objetivo único e inmediato es la salud psicoterapéutica del grupo y sus miembros y cuando se obtiene ese objetivo mediante medios científicos incluidos en el análisis, el diagnóstico y el pronóstico (p. 79).

El método más antiguo y con mayor audiencia de psicoterapia de grupo es la forma interactiva, cuyos principios constituyen el fundamento de todos los métodos. Su característica principal es la ayuda recíproca, terapéutica, de todos los miembros. La psicoterapia de grupo tiene dos objetivos principales: 1) favorecer la integración del individuo frente a las fuerzas incontroladas que lo rodean; 2) promover la integración del grupo (Moreno, 1975, p. 83).

Tal como menciona Moreno (1975) el terapeuta tiene una función especial, su primer cuidado debe ser la productividad terapéutica y la estabilidad del grupo. Por esto es que debe tener experiencia con grupos y estar dotado de una sensibilidad de tal manera que esté preparado para ayudar a otros individuos. Sin embargo, el terapeuta también es miembro del grupo y como tal, también sus problemas personales pueden en ocasiones ser objeto de una discusión terapéutica (p. 87).

Por otro lado, el psicodrama es terapia profunda de grupo y se define como aquel método que sondea a fondo la verdad del alma mediante la acción. La catarsis que provoca es, por eso mismo, una “catarsis de acción”. Empieza donde termina la psicoterapia de grupo y la amplía para hacerla más efectiva. Es una transformación natural y espontánea de una sesión de psicoterapia de grupo en un psicodrama. El líder de grupo es el encargado de crear un ambiente propicio para que la actividad pueda ser llevada a cabo reproduciendo tus vivencias como una actuación y comentándola al final. Cabe señalar que el método psicodramático se sirve principalmente de cinco distintos medios: el escenario, el protagonista, el director terapéutico, el equipo de las fuerzas terapéuticas auxiliares y el público (Moreno, 1975, p. 108).

Estudios sobre psicoterapia analítica de grupo

En general, el grupo está constituido por el psicoterapeuta, los pacientes y en algunos casos, uno o dos observadores. Zimmermann (1969), considera en primer lugar al psicoterapeuta ya que este es el que determina en gran parte las características generales del grupo y también coloca en un nivel igual a los observadores ya que son considerados como extensiones del psicoterapeuta. Las otras características de grupo son: el número de pacientes, frecuencia y duración de las sesiones, lugar de reuniones, distribución y posición de los pacientes en la sala, regularidad del tratamiento, grupo abierto y grupo cerrado, vacaciones, pago, oportunidad de ingreso de un paciente, y el problema de las conductas individuales en el transcurso del tratamiento en grupo que a continuación se describirán con más detalle (p.40). De acuerdo con Zimmermann (1969), el psicoterapeuta de grupo de orientación psicoanalítica debe poseer no solamente características naturales, la formación y experiencia exigidas de un buen psicoterapeuta y psicoanalista, sino también cualidades especiales que le permitan enfrentarse con un grupo de personas constituido por 6 u 8 enfermos. Además, debe contar con una cualidad realmente indispensable que es la sincera estima y verdadero interés en personas funcionando en grupos (p.41).

El observador puede tener una función más o menos activa como colaborador durante la terapia de grupo, sin embargo, también puede fungir como un simple secretario anotando todo lo que el psicoterapeuta haga o diga. Es importante mencionar que no puede haber más de dos observadores por sesión ya que el grupo se llega a inquietar. Generalmente el observador se encuentra dentro de las terapias con la finalidad primordial de investigación (Zimmermann, 1969, p.47). Zimmermann destaca que cada psicoterapeuta decide el número de pacientes con los que quiere o se le facilita trabajar, sin embargo, se menciona que, al menos tratándose de la psicoterapia de orientación analítica, el número máximo sería diez y el mínimo dos pacientes. Otro factor que puede determinar el número de pacientes es el funcionamiento y la finalidad del tratamiento (p.50). Una gran parte de expertos psicoterapeutas concuerdan que lo óptimo es trabajar con dos sesiones semanales ya que los avances de la terapia se ven más rápido y no deben pasarse de la hora de sesión (Zimmermann, 1969, p.52).

Zimmerman (1969) explica que el local de las reuniones debe de obedecer a ciertas características que se observan en los consultorios de análisis individual. La sala debe estar suficientemente protegida contra ruidos de cierta intensidad y su decoración debe ser discreta, conteniendo únicamente los muebles de un consultorio común y los necesarios para la comodidad de todo el grupo (p.53). Al principio, la asistencia a las sesiones de tratamiento deber ser en principio regular, debido a que solamente así se podrá acompañar, comprender y participar afectivamente en las sucesivas situaciones que surgen y se desenvuelven en el grupo. Las faltas frecuentes al tratamiento denotan resistencia y el comienzo del desmembramiento del paciente y grupo (p.54). Cabe mencionar que es muy importante que en la entrevista preliminar se vean puntos importantes tales como las vacaciones, pago, dudas y temores respecto al tratamiento de grupo y en dado caso que al paciente no le parezca algún aspecto, poder negociarlo.

Psicología de grupos

Sbandi (1990) menciona que no es de extrañar que existan casi tantas definiciones de grupo como autores que se ocupan de este tema. Sin embargo, la definición en donde la mayoría de los autores concuerdan, es: conjunto de personas que dentro de un marco de coordenadas espaciotemporales cooperan unas con otras y, por consiguiente, se hallan mediata o inmediatamente en activa relación o comunicación mutua, y que por propia iniciativa forman un orden interno y están orientadas cada una según sus funciones, a la realización de un valor (p.92). Existen diferentes clases de grupos, inclusive Sbandi (1990) menciona que, sin ser exhaustivos, podrían llegar a enumerar 31 denominaciones de grupos, no obstante, la mayoría son antítesis de otras ya existentes por lo que el autor no menciona todas (p.98).

Los grupos organizados son aquellos en que las funciones necesarias para la realización de las tareas en el grupo ya han sido distribuidas y aceptadas por sus miembros. Mientras que en el grupo no organizado las funciones no son específicas de cada uno y pueden ser desempeñadas por diferentes miembros. El grupo estructurado es aquel cuyos miembros se han dado normas fijas, han repartido las funciones y cada uno ha aceptado la que le corresponde. Los grupos informales pueden poseer una organización y estructura. Por otro

lado, los grupos formales son aquellos cuya estructura depende hasta tal punto de otras instituciones, organizaciones o grupos, que difícilmente podría ser modificado sin que se llevasen a cabo reformas en los otros grupos o instituciones. Los grupos primarios son siempre pequeños, por ejemplo, una familia o equipo de trabajo. Los grupos secundarios están destinados a ser más grandes como un partido, una nación o un país (p.99).

Cuando se habla de grupos cerrados o abiertos, se refiere al grado de accesibilidad que tienen los grupos a admitir a nuevos miembros en sus grupos. Si no aceptan a los nuevos miembros, se dice que es un grupo cerrado. Por otro lado, si el grupo permite el acceso a nuevos miembros, es un grupo abierto. Los grupos ajenos o propios tienen que ver en como los miembros consideran a su grupo y al de los demás. En este sentido, la distinción tiene importancia especial en relación con la comunicación interhumana, y con frecuencia es aplicada en conexión con estereotipos que tienen su origen en la pertenencia a determinados grupos. El grupo de pertenencia es aquel en que uno se halla en un momento dado. El de relación es aquel al que uno se siente unido al menos por el sentimiento, aunque aún no pertenezca a él (p 100). Finalmente, están los grupos homogéneos y los grupos heterogéneos. Mientras mayor sea el número de características iguales entre los miembros del grupo, se considera un grupo homogéneo (p.101).

Psicoterapia de grupo en la práctica clínica

Con regularidad, los terapeutas de grupo heredan pacientes con patologías de carácter que han resultado parcial o totalmente resistentes al tratamiento previo. Debido a esto, los pacientes pueden regresar con regularidad a terapia y, de hecho, con frecuencia se les refiere como un último recurso a los terapeutas grupales. Por otro lado, los diversos estudios han demostrado que los miembros de los grupos, mediante su apoyo, cuestionamiento, asociaciones personales y asociaciones en provecho de lo que la persona necesite, ayudan al tratamiento y mejoramiento de los pacientes (Alonso y Swiller, 1996, p.16).

Alonso y Swiller (1996) mencionan que la terapia analítica de grupo utiliza como su principal recurso la matriz grupal la cual se denomina una red de interrelaciones que evolucionan en el grupo. Una de las ventajas es que su metodología guía a quienes la

practican en la creación y empleo de la matriz dinámica de grupo para alcanzar los fines terapéuticos (p.33). Otro punto de gran importancia es que el papel del conductor en el análisis de grupo se describe, de manera convencional, en términos de la función dual como un administrador dinámico y analista-interpreté. El conductor como administrador dinámico debe tener una función ejecutiva y se ocupa de los aspectos no transferibles de su función en la que se inviste al conductor con el poder y autoridad para la toma de decisiones que afectan la creación, mantenimiento y supervivencia del grupo. El administrador como analista-intérprete intenta utilizar la estructura que ha creado y mantenido para alcanzar fines terapéuticos. En este papel, la función del conductor es transferible a otros miembros del grupo, con el fin de que el grupo en si se vuelva agente de cambio (Alonso y Swiller, 1996, p.39).

Marco legal y ético de la intervención

En el marco legal y ético de la intervención se encontró la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. En el 2009 la sociedad mexicana de psicología publicó un libro denominado código ético del psicólogo y por último el código deontológico de la Asociación Europea de la Terapia Gestalt; por lo que se refiere a la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones; el objetivo de esta norma es constituir los medios y criterios para la atención multidisciplinaria de las adicciones; esta norma es de sujeción para todo el territorio nacional para los que prestan sus servicios en materia de salud en el sistema nacional de salud y también para los que ofrecen establecimientos y servicios preventivos, de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, así como para los que investigan, capacitan y enseñan en el ámbito del control de las adicciones.

Al iniciar la intervención, se solicitó el permiso a los directores de las instituciones para comenzar las sesiones, así como el llenado de un consentimiento informado por parte de los participantes de esta investigación, de acuerdo al Artículo 61 del Código Ético del Psicólogo, se mantiene la confidencialidad debida, además, como esta información es probable que se exponga ante terceros como parte de la dinámica académica de exposición de registros de

datos, se utilizan pseudónimos que evitan la inclusión de identificadores personales (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009).

De acuerdo al Artículo No. 8 del Código Ético del Psicólogo indica que existe responsabilidad de la conducción ética de la investigación, bajo su supervisión, como parte del proceso de desarrollo e implementación de proyectos de investigación, el psicólogo consulta con expertos, en este caso, la directora de tesina y los maestros de metodología, los cuales apoyan en la realización de este proyecto. El Artículo No.12 indica que es el psicólogo quien toma las medidas razonables para evitar dañar a los participantes en investigación, y para minimizar el daño cuando éste sea previsible e inevitable (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009). Se debe agregar que uno de los formatos más importantes en una investigación es el consentimiento informado (Artículo 118) , el cual indica en su formato, el propósito de la investigación, la identidad y la filiación del investigador, el motivo de la investigación, la duración, el derecho del sujeto a retirarse del estudio en cualquier momento y por cualquier razón, los posibles beneficios para el individuo y para la sociedad, los posibles daños, riesgos o molestias para el individuo, un compromiso de mantener la confidencialidad estricta de los resultados, los datos del investigador en caso de tener dudas, así como un lugar para la firma del sujeto que indique que está de acuerdo en participar y que entiende el propósito de la investigación, esta información generalmente supone que la persona posee la capacidad para consentir, se le ha proporcionado la información significativa concerniente al procedimiento, ha expresado libremente y sin influencias indebidas su consentimiento y el consentimiento se ha documentado en forma apropiada (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009).

Los terapeutas humanistas- Gestalt tienen que tomar las precauciones apropiadas para asegurar la seguridad de sus clientes, en el entorno físico en el cual se desarrolla la terapia. Con esta población el psicoterapeuta y/o el psicólogo, además de adoptar una postura directiva, debe ser muy paciente y sencillo al dar instrucciones y, de ser posible, poner el ejemplo de cualquier cosa. Hay que ser muy flexible, la clave está en la relación o el vínculo creado con ellos (Hernández-Zamora, 2007). Otro documento que es particularmente importante para esta investigación es el Código Deontológico de la Asociación Europea para Terapia Gestalt (EAGT, por sus siglas en inglés) en la cual el bienestar del cliente es la

preocupación primera del terapeuta. la dignidad, el valor y el carácter único del cliente será respetado, en todas las circunstancias. Como terapeuta gestalt, promover una ampliación de la consciencia, de alentar la autoestima, de facilitar el desarrollo del self y de la autonomía del cliente. Aspiran, al mismo tiempo, a ensanchar las eventuales elecciones disponibles, su voluntad y capacidad de aceptar la responsabilidad de las decisiones que tomen. Se estará alerta en el momento en que otras relaciones o compromisos exteriores entren en conflicto con los intereses del cliente. Cuando exista un conflicto tal de intereses, es responsabilidad del terapeuta declararlo y estar dispuesto a trabajarse los problemas implicados. También se reconocerán las relaciones duales, tales como las laborales, de amigos cercanos, de familia o de cónyuge alterarán probablemente su juicio profesional (Castanedo y Munguía, 2011).

Es importante recalcar que todos los intercambios entre el terapeuta y el cliente serán considerados confidenciales, buscando supervisión si existe cualquier duda acerca de los límites de la confidencialidad. El cliente estará informado de que en circunstancias extremas, cuando represente un peligro para él mismo o los demás, se podrá salir del grupo terapeutico. Además, la información específica recogida en este estudio, se solicitara el permiso del cliente para presentar los datos en un conferencia o publicación, se solicito el permiso del cliente y se les garantizo la confidencialidad de la identidad.

Ansiedad

Una de las variables de medición de este estudio es la ansiedad por lo que se considera un elemento necesario en el ser humano. Por lo tanto, cuando nos referimos a la ansiedad estamos hablando de un estado muy similar al miedo, sin que exista una situación que sugiere que exista peligro o que existirá peligro. Es un momento vivencial de aprensión o el pronosticar algún peligro posible. La ansiedad también genera algún cambio a nivel fisiológico, se encuentra en vigilancia, en alerta. (Bilbao Maya, 2010).

La ansiedad se define como un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el procedimiento de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas

cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez.

A partir de la década de los años sesenta, se empezó a considerar que la ansiedad constituye un estado emocional no resuelto de miedo sin dirección específica, ocurriendo tras la percepción de una amenaza (Epstein, 1972). La ansiedad es una parte de la existencia humana, todas las personas sienten un grado moderado de la misma, siendo ésta una respuesta adaptativa. La ansiedad sigue siendo un tema de gran importancia para la Psicología; su incorporación es tardía, siendo tratado sólo a partir de 1920, abordándose desde distintas perspectivas. Según el Diccionario de la Real Academia Española (vigésima primera edición), el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo. Si bien la ansiedad se destaca por su cercanía al miedo, se diferencia de éste en que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Marks, 1986).

La característica más llamativa de la ansiedad es su carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndole un valor funcional importante (Sandín y Chorot, 1995); además, tiene una función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo, concibiéndose como un mecanismo biológico adaptativo de protección y preservación ante posibles daños presentes en el individuo desde su infancia (Miguel-Tobal, 1996). Existe una gran variabilidad interindividual en cuanto al rasgo de ansiedad, debido a la influencia tanto de factores biológicos como aprendidos; así pues, algunos sujetos tienden a percibir un gran número de situaciones como amenazantes, reaccionando con ansiedad, mientras que otros no le conceden mayor importancia.

El sistema categorial dominante en la psicopatología actual promueve diferencias cualitativas tanto entre los sujetos clínicos y los normales como entre las categorías clínicas; la diferenciación entre ambos tipos de ansiedad se concreta en la demanda de tratamiento por el sujeto, siendo ésta de carácter multicausal. Desde otra perspectiva, se ha considerado la ansiedad patológica como rasgo y como estado a la vez (Spielberger, 1966, 1972),

traduciéndose en el trastorno en sí mismo por la presencia de síntomas irracionales y perturbadores para el individuo. Por su parte, Sheehan (1982) diferencia la ansiedad exógena (conflictos externos, personales o psicosociales) de la endógena (autónoma e independiente de los estímulos ambientales); la primera está ligada a la ansiedad generalizada, mientras que la segunda es la responsable de los ataques de pánico y en su extensión, de diversos cuadros fóbicos. En resumen, la ansiedad alude a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez.

Para el DSM V una sola persona puede padecer más de un trastorno de ansiedad y los clasifica como trastornos primarios, donde se encuentra el trastorno de pánico, agorafobia, fobia específica, trastorno de ansiedad social, mutismo selectivo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancia/medicamento. También menciona otras causas de ansiedad y síntomas relacionados como por ejemplo el trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático, trastorno de estrés agudo, trastorno de la personalidad por evitación, trastorno de síntomas somáticos y trastorno de ansiedad por enfermedad.

La filosofía existencial considera que la ansiedad es una respuesta de carácter humano que está dirigida hacia la amenaza que sufren los valores morales, y que aparece cuando el sistema de valores que da sentido a la vida del ser humano se ve amenazado de muerte. La ansiedad se concibe como el resultado de la percepción (consciente o inconsciente) por parte del individuo de una situación de peligro, que se traduce en ciertos estímulos sexuales o agresivos y da lugar a la anticipación del ego (Freud, 1964); Freud identifica elementos fenomenológicos y fisiológicos en sus estudios sobre la ansiedad, defendiendo que las distintas formas de neurosis están determinadas por la intensidad y el carácter que presentan a raíz de la experiencia traumática y en función de la etapa de desarrollo psicosexual en la que se encuentre el individuo.

A partir de la década de los años cincuenta, la ansiedad empezó a ser pensada como una dolencia de sobreexcitación, en tanto la exposición extensa ante un estímulo excitante puede desembocar en una incapacidad para la inhibición de la excitación (Malmo, 1957). Por su parte, Wolpe (1958) describe la ansiedad como "lo que impregna todo", estando condicionada a distintas propiedades más o menos omnipresentes en el ambiente, haciendo que el individuo esté ansioso de forma continua y sin causa justificada. En la década de los años sesenta se formuló la teoría tridimensional de la ansiedad, según la cual, las emociones se manifiestan a través de reacciones agrupadas en distintas categorías: cognitiva o subjetiva, fisiológica y motora o comportamental, las cuales correlacionan escasamente entre sí (Lang, 1968). Esto quiere decir que una persona puede mostrar una reacción muy intensa en la categoría subjetiva, moderada en la fisiológica e incluso leve en la motora, mientras que otra persona puede mostrar todo lo contrario, llegando a la conclusión de que existe alta variabilidad interindividual en la reacción. Por eso, a finales de los años sesenta, se empieza a concebir la ansiedad como un término referido a un patrón de conducta caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, cogniciones y activación fisiológica (Franks, 1969), como respuesta a estímulos internos (cognitivos o somáticos) y externos (ambientales). Se trata, por tanto, de un constructo multidimensional compuesto por tres componentes (motor, cognitivo y fisiológico), los cuales interactúan entre sí.

A partir de la década de los años setenta, se empieza a considerar que la ansiedad constituye un estado emocional no resuelto de miedo sin dirección específica, ocurriendo tras la percepción de una amenaza (Epstein, 1972). Por su parte, Marks y Lader (1973) describen la ansiedad crónica y continua como ansiedad de fluctuación libre. Otro autor importante de esta década fue Wolpe, que propuso a partir de la psicopatología experimental una definición operacional; éste viene a definir la ansiedad como una respuesta autónoma de un organismo individual concreto después de la presentación de un estímulo nocivo y que, de forma natural, posee la facultad de provocar dolor y daño en el individuo (Wolpe, 1979).

Por otro lado, en los años ochenta se comienza a describir las características de la ansiedad. Así, Lewis (1980) señala que, en primer lugar, constituye un estado emocional experimentado como miedo o algo similar cualitativamente y distinto a la ira; en segundo lugar, es una emoción desagradable (sentimiento de muerte o derrumbamiento); en tercer

lugar, se orienta al futuro, relacionándose con algún tipo de amenaza o peligro inminente; en cuarto lugar, en ella no aparece una amenaza real y, si la hay, el estado emocional sugerido resulta desproporcionado a ésta; en quinto lugar, se señala la presencia de sensaciones corporales que causan molestias durante los episodios de ansiedad, por ejemplo, la sensación de ahogo, opresión en el pecho, dificultades respiratorias, etc.; en último lugar, se informa de la manifestación de trastornos corporales que bien pertenecen a funciones controladas voluntariamente de huida, defecación, etc., o bien obedecen a funciones involuntarias o parcialmente voluntarias como vómitos, temblor y sequedad de boca.

La ansiedad también se ha descrito como una reacción adaptativa de emergencia ante situaciones que representan o son interpretadas por el sujeto como una amenaza o peligro para su integridad, poniendo en marcha una serie de mecanismos defensivos a través de, entre otras, una estimulación del sistema nervioso simpático y de la liberación de catecolaminas, responsables de buena parte de los síntomas somáticos que integran la respuesta ansiosa (Tyrrer, 1982). Rachman (1984) propone que la ansiedad dentro de la psicopatología actual corresponde a una respuesta condicionada, anticipatoria y funcional; este autor añade que, dentro de la visión científica de la ansiedad, no se presenta correlación positiva entre el peligro objetivo y la ansiedad, sino que ésta tiene un carácter irracional, es decir, se produce ante situaciones sin peligro real. En 1985 dos psicólogos norteamericanos, Husain y Jack Maser, afirman que la década de los años ochenta pasaría a la historia como la década de la ansiedad, y es a partir de entonces cuando la misma pasa a ocupar un lugar preferente que perdura hasta nuestros días.

A partir de los años noventa, se propone que la ansiedad es un estado emocional que puede darse solo o sobreañadido a los estados depresivos y a los síntomas psicósomáticos cuando el sujeto fracasa en su adaptación al medio (Valdés y Flores, 1990). Miguel-Tobal (1990) propone que "la ansiedad es una respuesta emocional, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos, displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo, y aspectos motores, que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. Por otro lado, según la Asociación Americana de Psiquiatría (1994), la ansiedad fóbica se ha definido como una reacción excesiva o irracional a una situación particular.

En definitiva, la ansiedad se ha visto como una reacción emocional consistente en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación que se acompañan por la activación del sistema nervioso autónomo simpático; ésta es anticipatoria, teniendo un valor funcional y utilidad biológica (Sandín y Chorot, 1995). Tobeña (1997) la considera como una emoción que modifica los parámetros biológicos y se expresa a través de diferentes aparatos y sistemas.

Teoría Psicoanalítica

Esta teoría sostiene que la ansiedad del psiconeurótico es producto del conflicto entre un impulso inaceptable y una contrafuerza aplicada por el ego. Freud pensó la ansiedad como un estado afectivo desagradable en el que aparecen fenómenos como la aprensión, sentimientos desagradables, pensamientos molestos y cambios fisiológicos que se asocian a la activación autonómica. Este autor identifica elementos fenomenológicos subjetivos y fisiológicos, siendo los primeros más relevantes bajo su punto de vista, añadiendo que es el componente subjetivo el que implica, en sí mismo, el malestar propio de la ansiedad. Por otra parte, el carácter adaptativo, actuando como una señal ante el peligro real e incrementando la activación del organismo como preparación para afrontar la amenaza. Además, Freud (1971) identifica tres teorías sobre la ansiedad, la primera la llamo ansiedad real que aparece ante la relación que se establece entre el yo y el mundo exterior; se manifiesta como una advertencia para el individuo, es decir, le avisa de un peligro real que hay en el ambiente que lo rodea.

Para Freud, toda psiconeurosis es un trastorno emocional expresado en el plano psíquico, con o sin alteraciones somáticas y con una leve deformación afectiva del sentido de la realidad, que se manifiesta en las relaciones sociales e interpersonales como la expresión de otros conflictos psicológicos. Cualquier tipo de psiconeurosis (neurosis) presenta una característica común: la ansiedad, refiriéndose aquí a un estado puramente mental del sujeto; otras características a destacar son la inmadurez emocional y la necesidad de dependencia, que es a su vez un producto del psicoinfantilismo del neurótico, ya que todo neurótico suele sentirse la mayoría de las veces como un ser inferior e inseguro respecto a los demás.

Teoría Conductual

Frente a las teorías dinámicas, aparece un nuevo modelo que trata de acercar el término hacia lo experimental y operativo. El conductismo parte de una concepción ambientalista, donde la ansiedad es entendida como un impulso que provoca la conducta del organismo. Desde esta perspectiva, Hull (1921, 1943, 1952) conceptualiza la ansiedad como un impulso motivacional responsable de la capacidad del individuo para responder ante una estimulación determinada. Esta teoría utiliza en el estudio de la respuesta de ansiedad los términos de miedo y temor frecuentemente. Así, desde las teorías del aprendizaje, la ansiedad se relaciona con un conjunto de estímulos condicionados o incondicionados que elicitan a la misma en forma de respuesta emocional; además, ésta se concibe como un estímulo discriminativo, considerando que la ansiedad conductual está mantenida a partir de una relación funcional con un refuerzo obtenido en el pasado. Todo ello indica que se puede entender el escenario en el que se aprende la conducta de ansiedad a través del aprendizaje por observación y el proceso de modelado.

Teoría Cognitiva

Después de la década de los años sesenta esta teoría empieza a cobrar importancia en el ámbito de la Psicología. Las formulaciones de Lazarus (1966), Beck (1976) y Meichenbaum (1977), centradas en el concepto de estrés y los procesos de afrontamiento, acentúan la importancia de los procesos cognitivos. La mayor aportación del enfoque cognitivo ha sido desafiar el paradigma estímulo-respuesta, que se había utilizado para explicar la ansiedad. Los procesos cognitivos aparecen entre el reconocimiento de una señal aversiva y la respuesta de ansiedad que emite el sujeto. Desde esta teoría, el individuo percibe la situación, la evalúa y valora sus implicaciones; si el resultado de dicha evaluación es amenazante, entonces se iniciará una reacción de ansiedad modulada por otros procesos cognitivos; situaciones similares producirán reacciones de ansiedad parecidas en su grado de intensidad.

La persona con ansiedad interpreta la realidad como amenazante, pero esto no es totalmente cierto porque la situación que él percibe puede no constituir una amenaza real;

dicha percepción suele venir acompañada de una sensación subjetiva de inseguridad, nerviosismo, angustia, irritabilidad, hipervigilancia, inquietud, preocupación, miedo, agobio, sobreestimación del grado de peligro, pánico, atención selectiva a lo amenazante, interpretación catastrofista de los sucesos, infravaloración de la capacidad de afrontamiento, disfunción de la capacidad de memoria y concentración, etc.

En la actualidad, la ansiedad de carácter clínico se caracteriza por presentar una serie de factores entre los que se cuenta que la emoción sea recurrente y constante, que la respuesta emocional emitida sea desproporcionada en relación a la situación, que sea evocada en ausencia de algún peligro ostensible; además, el individuo puede quedar paralizado por un sentimiento de desamparo o se muestra incapaz de realizar conductas adaptativas a la situación con objeto de eliminar dicha ansiedad. Por otra parte, el funcionamiento psicosocial o fisiológico también resulta deteriorado (Akiskal, 1985). Por último, Beck y Clark (1997) describen en su modelo de la ansiedad y el pánico una secuencia de procesamiento de la información basada en procesos cognitivos automáticos, por un lado, y controlados por otro, al tiempo que consideran el papel crucial que la anticipación juega en la ansiedad.

Teoría Cognitivo-Conductual

En esta teoría cognitivo-conductual se vincula a autores como Bowers (1973), Endler (1973) o Endler y Magnusson (1976), aunando las aportaciones del enfoque cognitivo y del conductual. Así, la conducta quedaría determinada a partir de la interacción entre las características individuales de la persona y las condiciones situacionales que se presentan. Cuando un individuo siente o afirma tener ansiedad, intervienen en dicho proceso distintas variables, por lo que ninguna de ellas debe ser despreciada para el estudio de este; se trata de variables cognitivas del individuo (pensamientos, creencias, ideas, etc.) y variables situacionales (estímulos discriminativos que activan la emisión de la conducta). Según esto, la ansiedad pasa de ser concebida como rasgo de personalidad a ser considerada como un concepto multidimensional, existiendo áreas situacionales específicas asociadas a diferencias relativas al rasgo de personalidad.

A partir de ahí surge la teoría interactiva multidimensional (Endler y Magnusson, 1976; Endler, Magnusson, Ekehammar y Okada, 1976; Endler y Okada, 1975), que concuerda con la hipótesis de la congruencia propuesta por Endler en 1977, la cual defiende que es imprescindible la congruencia entre el rasgo de personalidad y la situación amenazante para que la interacción entre ambos dé lugar al estado de ansiedad. En el caso de la teoría tridimensional de Lang (1968), se considera a la ansiedad como un sistema triple de respuesta en el que interactúan manifestaciones cognitivas, fisiológicas y motoras.

En definitiva, la ansiedad empieza a ser conceptualizada como una respuesta emocional que, a su vez, se divide en tres tipos de respuestas, las cuales incluyen aspectos cognitivos, fisiológicos y motores, debido a la posible influencia de estímulos tanto internos como externos al propio individuo; el tipo de estímulo que provoca la respuesta de ansiedad está determinado, en gran medida, por las características del individuo (Miguel-Tobal, 1990).

Los criterios establecidos en la quinta revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, DSM V, por sus siglas en inglés. Refiere que una sola persona puede padecer más de un trastorno de ansiedad y los clasifica como trastornos primarios, donde se encuentra el trastorno de pánico, agorafobia, fobia específica, trastorno de ansiedad social, mutismo selectivo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancia/medicamento. También menciona otras causas de ansiedad y síntomas relacionados como por ejemplo el trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático, trastorno de estrés agudo, trastorno de la personalidad por evitación, trastorno de síntomas somáticos y trastorno de ansiedad por enfermedad. A continuación, se presenta un cuadro sinóptico en donde se describen las características de los síntomas de la ansiedad según Rojas (2004).

- Físicos
 - Palpitaciones.
 - Opresión Precordial.
 - Temblores.
 - Hipersudoración.
 - Sequedad de la boca.
 - Dificultad respiratoria.
 - Pelizco gástrico.

- Psicológicos
 - Inquietud interior.
 - Desasosiego.
 - Inseguridad.
 - Presentimiento de la nada.
 - Temor a perder el control.
 - Temor a la muerte.
 - Temor al suicidio.
- Conducta
 - Estado de alerta/hipervigilancia.
 - Dificultad para la acción.
 - Bloqueo afectivo.
 - Inquietud motora.
 - Trastornos del lenguaje no verbal.
- Intelectuales
 - Diversos errores en el procesamiento de la información.
 - Expectación generalizada de matiz negativo.
 - Pensamientos preocupantes y negativos.
 - Pensamientos ilógicos.
 - Dificultad para concentrarse.
 - Trastornos de la memoria.
- Asertivo
 - Descenso muy ostensible en las diversas habilidades sociales
 - Bloqueo en la relación humana.
 - No saber que decir ante ciertas personas.
 - No saber decir que no.

Bloqueos gestálticos

Los bloqueos gestálticos son la propia interrupción de la energía y estos evitan el contacto con el satisfactor de sus necesidades, evitando el cierre de la experiencia, teniendo una relación muy cercana con los esquemas neuróticos adquiridos desde muy temprana edad.

Autor y año	Bloqueos gestálticos
Perls (1976)	Este autor definió cuatro mecanismos neuróticos: Introyección, “incorporar patrones, actitudes, modos de actuar y pensar sin ser de la persona” Proyección “Hacer responsable al medio ambiente de lo que se origina en el sí mismo” ambos conceptos (p.45) Confluencia, “La persona no siente ningún límite entre el sí mismo y el ambiente. Retroflexión
Salama	“Siguiendo el ciclo de la experiencia como lo esquematiza Salama, encontramos la fase del reposo, el bloqueo conocido como postergación, el cual sirve para impedir la continuidad natural de cada momento, la frase típica sería luego lo hago. A esta fase le sigue la sensación, y el bloqueo es la desensibilización, y presenta una negación del contacto de las sensaciones con el organismo y la necesidad emergente. Luego hallamos la formación de figura, cuyo bloqueo es la proyección, la cual es atribuir a algo externo al individuo lo que pertenece a sí mismo. La siguiente fase es la movilización de la energía y es la introyección, el cual implica la incorporación de actitudes, ideas y creencias que no fueron asimiladas por el organismo y son ajenas al yo. Pasando la zona

	externa hallamos la fase de la acción, el bloqueo es la retroflexión que implica que la persona se hace a sí misma, cuando le gustaría hacérselo a los demás. El siguiente es el precontacto cuyo bloqueo es la deflexión en el cual el organismo evita enfrentar el objetivo relacional, dirigiendo su energía a objetos que son alternativos y no significativos. Viene entonces el contacto, cuyo bloqueo es la confluencia, que se refiere a cuando el individuo no tiene límites entre sí mismo el medio. Por último, mencionare el postcontacto y el bloqueo es la fijación y este consiste en la necesidad de no retirarse del contacto, lo cual lleva al organismo a rigidizar sus patrones de comportamiento”.
Castañedo y Munguía (2016)	Confluencia, es la no discriminación del organismo y el entorno. Desensibilización, entendida como la reducción de los registros propioceptivos e interoceptivos. Deflexión, es la evasión de la satisfacción de la necesidad. Proyección, es decir la atribución de la necesidad de la persona a otra persona. Retroflexión, es la energía vuelta en contra de la propia persona que originalmente estaba destinada a la satisfacción de la necesidad. Introyectos, son las normas sociales instaladas en la persona sin ser asimiladas.

El ciclo de la experiencia da inicio en el reposo Zinker (1977), y de ahí surge una nueva experiencia y ese vacío permite la iniciación de nuevos acontecimientos y el bloqueo es la postergación, se bloquea una Gestalt pasada y este impide una nueva. Entonces este ciclo da inicio en la sensación que es cuando se siente algo, pero no se identifica que es y esto crea una tensión y el bloqueo es la desensibilización, se niega el contacto con el organismo y su sensación, aquí hay confusión ya que no sabe que quiere y no hay formación de figura. Por lo tanto en el ciclo de la experiencia sigue formación de figura y es cuando se identifica de una forma clara lo que se necesita y el bloqueo que existe es la proyección y en este bloqueo el individuo no se responsabiliza y culpa a otros Zinker menciona que el individuo sabe que necesita pero no sabe cómo obtenerlo, la siguiente fase en el ciclo de la experiencia es la movilización de la energía que es cuando el individuo se llena de fuerza para lograr satisfacer su necesidad y el bloqueo es la introyección, en este bloqueo el individuo integra ideas y creencias de fuera y no tienen que ver con el pero las traga como si fueran suyas y no las asimila, en este bloqueo se puede observar represión fisiológica existe resistencia a la expresión.

Continua la acción y aquí ya es el ciclo de la experiencia pero externo y es cuando el individuo se moviliza hacia satisfacer esa necesidad, el bloqueo es la retroflexión y la persona en este bloqueo se hace a si mismo lo que le gustaría hacerle a los demás o a su alrededor, en este bloqueo el individuo no se satisface con lo que hace por lo que hay resistencia al encuentro, regula mal el tiempo del contacto con el satisfactor. De aquí le sigue el contacto

que es cuando el organismo se une con el satisfactor y así se cubre esa necesidad, el bloqueo es la confluencia que es cuando el individuo no tiene límites con su medio, puede existir angustia de separación ya que el individuo busca a alargar el satisfactor y es más bien por ese temor a quedar solo consigo mismo. La siguiente fase es retiro que es cuando se inicia la asimilación y así pasar a la necesidad siguiente, el bloqueo es la fijación que es cuando el organismo no se retira del contacto y así rigidiza sus conductas, un ciclo falso da la formación de la figura y está equivocada y aparentemente da la satisfacción no hay contento y este se presenta cuando las cosas se dan por obligación y sin tomar en cuenta la necesidades reales del individuo.

Si el ciclo es interferido o interrumpido por lo toxico o violento que la persona aprendió en su socialización y genera la imposibilidad de satisfacer esas necesidades y es lo que se define como violento, estas interrupciones se les llama resistencia y pueden ser violentas ya que evitan el crecimiento a los cambios necesarios. Desde una posición toxica las maniobras están dirigidas a empobrecer la capacidad de elección y decisión, la interferencia es negativa en el manejo de las sensaciones y necesidades que moviliza de manera constante y esto tiene que ver con las construcciones culturales ya que fueron introyectadas en su modo de aprendizaje de las habilidades sociales necesarias para lograr sobrevivir en el mundo en el que el individuo nació y el cual se hizo cargo de su existencia en diferentes niveles. Zinker (1977), Y al ser tóxico se promueven conductas inhibitoras en el desarrollo en cuanto a las potencialidades como individuo. Y desde la necesidad de sobrevivir se fueron construyendo respuestas necesarias frente a ese entorno hostil desde su manera de pensar y sentir y además actuar con su medio ambiente.

Adicción

Según Udo Roeser y Achim Voitsmeier, definen la adicción como “la incapacidad de satisfacer necesidades básicas y de enfrentar problemas y dificultades de manera adecuada”. Otro rasgo de la adicción a las drogas es el resultado terminal de un complejo transcurso de enfermedad donde intervienen factores de carácter genético, psicológico, social, biográfico y los relativos a la sustancia. Sin embargo, el proceso adictivo tiene la singularidad de restringir el proceso de vida desde sus principios y en cualquiera de los objetos de adicción

de que se trate. La adicción obstruye frontalmente el proceso de vida y limita severamente los panoramas existenciales del individuo (Arreola Viera, 2007). En la terapia Gestalt se aprecia el fenómeno de la adicción “el proceso adictivo se gesta a partir de la conducta evitativa sistemática que tiene por objeto mantener alejado al organismo de las experiencias inconclusas irritantes”.

Según (Arreola, 2007), considera a la adicción como un bloqueo del ciclo de la experiencia, piensa que la adicción es un asunto inconcluso, ve la adicción como una preferencia hacia el enganche a objetos adictivos, también supone que la adicción es una patología propia. El consumo es únicamente el síntoma, lo cual quiere decir que solo es la punta del iceberg, dando a entender que solo es eso; sin embargo, al profundizar nos damos cuenta de que hay más información por debajo y nos topamos con un sinfín de situaciones graves y complejas, nos enteramos de situaciones en su historia de vida que no han sido resueltas, hay emociones dolorosas que fueron guardadas, resentimientos, creencias limitantes, vergüenzas no manejadas, culpa. Queda claro que nos topamos con un acumulado de situaciones que por supuesto sostienen esta conducta adictiva (Hernández, 2011).

Según la Organización Mundial de la Salud: “Droga”, es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del funcionamiento natural del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas. Cualquier vía de administración. Sin especificar cual, las drogas pueden ingerirse como el alcohol o los medicamentos, el tabaco y la marihuana se fuman y existen otras drogas que pueden ser por vía intravenosa, otras pueden ser aspiradas por la nariz, etc. Las drogas pueden alterar el sistema nervioso central. Estas alteraciones pueden ser variadas, existen drogas estimulantes que generan excitación; otras drogas tranquilizan, calman o eliminan dolor, como lo son las drogas depresoras, otras drogas ocasionan trastornos perceptivos con diversa intensidad, estas drogas se denominan alucinógenas (OMS,2001).

Capítulo II Metodología del estudio

La metodología asignada a esta investigación es predominantemente con enfoque cualitativo con un alcance descriptivo, que por criterios de exclusión y a través de una muerte súbita estadísticamente hablando, se redujo a un caso único, entiéndase que dicha población es muy inestable y con alta movilidad en la que no se garantiza la permanencia de los usuarios por lo tanto, se hace una evaluación consistente para los casos crónicos del uso de sustancias. La población son hombres en rehabilitación con consumo de sustancias tóxicas como cristal, cocaína, heroína y alcohol entre otras. La muestra es cautiva cuya edad fluctúa entre 15 y 40 años, todos usuarios de drogas. El tipo de estudio es intervención psicoterapéutica.

Se utilizaron los instrumentos de medición de ansiedad (A-MAS), Escala de bloqueos Gestálticos de Castanedo y Munguía, y la entrevista clínica. Se realizó un pre y una post prueba, así mismo se llevaron a cabo análisis no paramétricos con la ayuda del software SPSS, específicamente un análisis de prueba de Fisher que corresponde al análisis de chi cuadrada.

Se utilizó el diseño cuasi experimental ya que esta permite la evaluación de programas donde los sujetos generalmente no son elegidos de forma aleatoria para las condiciones experimentales, sino que son características que poseen los sujetos antes de comenzar la investigación, esto quiere decir que los grupos ya están conformados, son grupos intactos.

- 1. Entrevista de patrón de consumo**, que incluye reactivos sobre edad, género, estado civil, grado de estudio y ocupación, el patrón de consumo entre otros. (anexo 1).
- 2. Escala de bloqueos Gestálticos** de Castañedo y Munguía (2014). Instrumento validado en población mexicana. Con un coeficiente alfa de Cronbach de .89. Mide seis áreas y consta de 48 reactivos, en escala de Likert, con opciones de respuesta en donde 0 es nada de acuerdo y 4 es total acuerdo. Mide los bloqueos de Proyección, Deflexión, Retroflexión, Confluencia, introyectos y desensibilización. Anexo 2
- 3. Amas-a. escala de ansiedad manifiesta en adultos.**
Mide la ansiedad en sus manifestaciones fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales, mentira y ansiedad total, consta de 36 reactivos con escala

de respuesta dicotómica. SI-NO, con un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.77. (Anexo 3).

La población de ambos centros se dividió en dos grupos uno denominado como A y B, sin embargo, es menester aclarar que en un inicio se trabajó solo con la población del Centro número uno, los cuales eran en ese momento 15 hombres, de los cuales 3 sufren muerte súbita por lo que, se reduce la muestra a 12 hombres usadores de drogas, de acuerdo a los criterios de inclusión de estos 12 solo quedan 5, por lo que se excluyen 7 con base en los criterios de exclusión. Del centro número dos, cuyas características determinan a la población como flotante ya que la estancia en la institución es electiva y de ambos sexos, por lo que se inicia con un grupo de 10 hombres y mujeres usuarios de drogas, de los cuales en función de los criterios de inclusión y exclusión se eligieron 5 y se descartó el resto. El proceso de intervención se sujeta al modelo humanista, basado en la técnica gestáltica y una táctica holística, donde se conjunta la intervención en el conocimiento y el control de los síntomas de ansiedad y del bloqueo gestáltico.

Plan de intervención

Sesión:	Objetivo	Técnicas
Evaluación diagnóstica.	Contar con un perfil de los usuarios con respecto a la situación actual de los dos grupos A y B. Indicadores del nivel de ansiedad y la escala de bloqueos, la exploración de vida que son las bases para iniciar con el proceso de intervención	Entrevista inicial Aplicación de instrumentos. Exploración de vida. Patrón de consumo.
Proceso lúdico en el grupo.	Comprender la diferencia de las relaciones, cuando se basan en una desconfianza o confianza. Conocer el autoconcepto de sus compañeros. Conocer datos básicos o cualidades de otras personas del grupo. Aprender a percibir una situación desde el punto de vista de otra persona.	Entrevistas mutuas Patio de vecinos Cambiar de punto de vista
Proceso lúdico en el grupo.	Favorecer la confianza en el grupo y en cada uno de ellos. Eliminar miedos. Favorecer la distensión y sentimiento de confianza y unión del grupo. Avanzar en el proceso de confianza en sí mismo y en el grupo. Tomar conciencia de la importancia de otros, percibir al grupo y el sentimiento de soledad.	Lazarillo Elefantes Zambullirse hacia adelante

<p>Ansiedad</p>	<p>Conocer la definición de ansiedad. Identificar la respuesta fisiológica en cuanto a la ansiedad</p>	<p>Respiración diafragmática Tres preguntas: ¿Que es para Ustedes Ansiedad? ¿Han sentido ansiedad en algún momento de su vida? ¿Qué han hecho para bajar esa ansiedad experimentada? Relajación Masajeador para espalda y cuello. Masaje corporal Software Freezframer</p>
<p>Bloqueos gestálticos.</p>	<p>Conocer cómo afecta las interrupciones en el ciclo de la experiencia para su proceso de rehabilitación. Se trabajó en que la persona se apropie de sí misma y se haga responsable. Así mismo se trabajó con hacer contacto con sus emociones y sensaciones Se trabajó en que la persona pueda habilitarse a sí misma a expandir su darse cuenta. Se trabajó en el fortalecimiento de su yo.</p>	<p>“yo soy, yo no soy”. “Frases”. Deflexión “Fantasía”. Deflexión “Juego de roles”. Deflexión “Sensaciones”. Desensibilización “Lo que no soy yo”. confluencia “Lo que yo soy”. Confluencia “Recuerdo”. confluencia</p>
<p>Post evaluación</p>	<p>Comparar puntuaciones</p>	<p>Aplicar instrumentos</p>

Capítulo III Perspectiva Diagnóstica

Este capítulo muestra la perspectiva diagnóstica que se tiene acerca de la evaluación inicial, con respecto al patrón de consumo, los bloqueos existentes y el tipo de ansiedad de cada uno de los participantes de los dos grupos que conforman este estudio. Los criterios de selección para conformar los grupos fueron los siguientes:

- a) Haber tenido un mes de desintoxicación.
- b) Participación voluntaria para integrarse al trabajo grupal.
- c) Disposición para responder los instrumentos de evaluación.

Participantes del estudio

Los participantes de esta investigación fueron hombres de 15 a 40 años en rehabilitación de drogas, así mismo cabe destacar que son dos centros de rehabilitación, Uno de ellos es reconocido a nivel nacional ya que el tratamiento que se ofrece es multidisciplinario en donde hay médicos, psicólogos, trabajadora social. El otro es una comunidad terapéutica de tipo particular autofinanciable. La dinámica de ingreso de nuevos pacientes en ambos centros es de puertas abiertas es decir hay una gran movilidad con relación a que en ocasiones llegan hombres y en otras ocasiones se retiran del tratamiento o en el mejor de los casos cumplen con el tratamiento que consta de tres meses. En primera instancia aparecen dos tablas y posteriormente una narrativa de los elementos encontrados en la historia de vida de cada uno de ellos. En la tabla No.1 aparecen los datos generales de los participantes, los nombres reales de las personas fueron cambiadas por un número de identificación con el objetivo de proteger su identidad y para dar cumplimiento al código ético con relación a guardar datos confidenciales de las personas

Tabla No. 1
Datos generales de los participantes Grupo A

D A	Droga de impacto	Edad	Estado civil	Escolaridad	Ocupación
P	Participante				
1	1 Heroína	38	Separado	Secundaria	Operador
2	2 Heroína	40	Soltero	Ninguna	Albañil
3	3 Cristal	19	Soltero	2do. Primaria	Ninguna
4	4 Pastillas	21	Soltero	Bachillerato	Empleado
5	5 Alcohol	33	Soltero	Bachillerato	Comerciante

Tabla No.2
Datos generales de los participantes Grupo B

Participante	Droga de mayor impacto	Edad	Estado civil	Escolaridad	Ocupación
1	Mariguana	31	Unión libre	Posgrado	Nefrologo
2	Cocaína	37	Unión Libre	Secundaria	Jefe de grupo
3	Mariguana	16	Soltero	Secundaria	Estudiante
4	Heroína	31	Soltero	Secundaria	Artesano
5	Mariguana	21	Soltero	Bchillerato	Ventas

Se describe de manera sucinta y breve las características relevantes de la vida de cada uno de los participantes en el proceso terapéutico; entre las cuales se destaca la pobre capacidad de experimentar sus sensaciones y necesidades emergentes, Por otro lado se denota la facilidad con que aparentemente son manipulados para logros de terceros, lo que maximiza la figura, ocultando el trasfondo de la cuestión.

Exploración de situación de vida

Grupo A

Participante 1. Es una persona atenta, pertenece a una familia de bajos recursos lo que le hicieron salir de su casa para buscar trabajo y ayudar a su madre ya que esta era soltera y con cinco hijos de los cuales él ocupaba el lugar número uno en escala descendiente; esta razón lo llevó a las calles y desde muy joven estar en contacto con las drogas y posteriormente con el uso y abuso de ellas, se casó muy joven y procreó dos hijos con su pareja la cual

abandono la relación cansada de la adicción del participante por lo que siguió refugiándose en el consumo de las drogas.

Participante 2. Es una persona callada en la actualidad la situación de él es de calle; sin embargo, recibe apoyo en este centro de rehabilitación, el viene de una familia de muy bajos recursos por lo que se salió de su casa muy jovencito y ya no regreso y esto lo llevo al mundo de las drogas ya que se encontraba solo y aprendió el oficio de albañil que es de lo que vive; sin embargo, no cuenta con un domicilio donde vivir.

Participante 3. Es una persona que pertenece a una familia fragmentada ya que los padres están separadas desde que él era pequeño y la madre inicio a vivir en unión libre con una persona adicta a las drogas, con su padrastro el inicio a consumir drogas y posteriormente también se drogaba con el padre, la madre es ausente ya que nunca se hizo cargo de el por lo que él podía salir de su casa y regresar cuando así lo decidiera sin recibir ningún tipo de límite, refiere sentir que está solo y que así debe salir adelante ya que toda su familia consume drogas.

Participante 4. Es una persona muy tranquila sin embargo es atento, el viene de una familia con solvencia económica, el recibe toda la atención de la madre y eso a él no le gusta, en la escuela era muy tímido y solo tenía y un amigo con quien compartían fuera de clases y en la secundaria conoció a otro amigo con quien empezó a tomar y a consumir drogas y fue cuando sintió que consumiendo dejaba de ser tímido y así podía entablar conversación con chicas y chicos.

Participante 5. Es una persona cooperadora refiere que ha vivido cosas muy tranquilas ya que cuenta con el apoyo de sus padres; aunque estos están divorciados; a la edad de 15 años inicio a consumir alcohol y la frecuencia era cada tres días y cada que tomaba llegaba a tomarse una botella de alcohol, menciona que a la edad de 20 inicio con la cocaína cada fin de semana y eran tres dosis y actualmente utiliza cocaína cada vez que tiene dinero; refiere que toda esta situación le provoco problemas con su familia ya que la relación con la mamá de su hijo se terminó, otra pérdida que ha tenido por el uso de alcohol y cocaína es el convivir más con su hijo y tener problemas en el trabajo ya que faltaba constantemente.

Grupo B

Participante 1. Es una persona que en un principio se mostró apático sin embargo posteriormente se abrió a compartir que es médico con especialidad en nefrología, mencionando que estaba internado ya que en su trabajo le dieron esa oportunidad; esto para conservar su empleo, menciona que también cuenta con el apoyo de su pareja ya que vive en unión libre, refiere tener una buena relación con sus padres y hermanos, a la edad de quince años inicio a consumir alcohol, a los 18 años inicio con cannabis, a los 25 años empezó a consumir metilhidato y posteriormente a los 30 años inicio a ingerir barbitúricos, menciona que ha experimentado sentirse deprimido en varias ocasiones a lo largo de su vida; así como estados de ansiedad, refirió que actualmente en momentos se siente desesperado por el encierro; pero que sin embargo elige seguir hasta el término de su tiempo ya que es un compromiso que se hizo a el mismo y a su pareja a quien menciona en todas sus conversaciones.

Participante 2. Es una persona que viene de una familia desintegrada, desde pequeño su madre lo abandono con su abuela, situación que a la fecha él no ha logrado superar ya que refiere que le guarda mucho rencor a su mamá biológica y que no quiere ni verla, menciona esto ya que la madre lo busca y espera tener un acercamiento con él, menciona que inicio a vivir en unión libre hace 20 años y que ya es abuelo lo que le llena de emoción; al hablar de su historial de consumo refirió que a los doce años de edad inicio a consumir alcohol y cocaína, menciona que nunca le pusieron límites y que por eso inicio tan joven a consumir, posteriormente a los 15 años inicio a utilizar piedra y la uso durante 9 años y ya por último a los 35 años de edad comenzó a utilizar metanfetaminas, comenta que está ahí para evitar perder su trabajo ya que si no deja de consumir podría quedar desempleado

Participante 3. Es una persona cooperadora y sociable; refiere que se siente tranquilo en el centro internado porque ya no quiere consumir, está estudiando la preparatoria, comenta que su mamá también tiene problemas con el consumo del alcohol y que ha tenido problemas serios con ella y con sus hermanos a causa de esta situación ya que el empezó a consumir a los 13 años marihuana y a los quince años alcohol y que solo en una ocasión en su vida a usado cocaína, refiere que con las personas que pasa mayor parte de su tiempo es con amigos pero que todos tienen problemas en el consumo de alcohol y drogas así que no le funciona

como apoyo para dejar de consumir pero que cuenta con el apoyo de su abuela y que él está decidido a dejar de consumir.

Participante 4. Se trata de una persona cooperadora menciona que la relación con su familia ha sido un poco fría ya que la mayor parte de su vida ha tenido problemas considerados serios con sus padres y con sus hermanos, menciona que actualmente vive en unión libre y que se siente contento con ella y además apoyado para poder terminar con su adicción, refiere que a la edad de quince años empezó a utilizar marihuana y a los 20 años inicio con la heroína y menciona que le ha sido muy complicado dejar esa adicción ya que lo intento con metadona pero que también es adictiva y el ya no quiere sustancias en su cuerpo y es el motivo por el que se encuentra internado, menciona que le ha sido difícil pero que tiene la decisión de dejar la heroína.

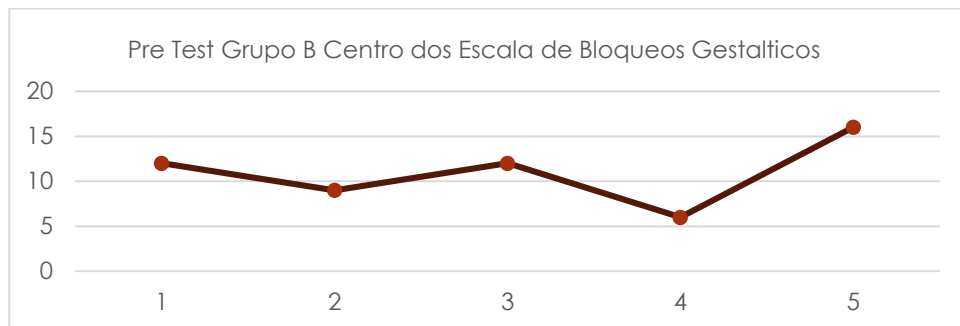
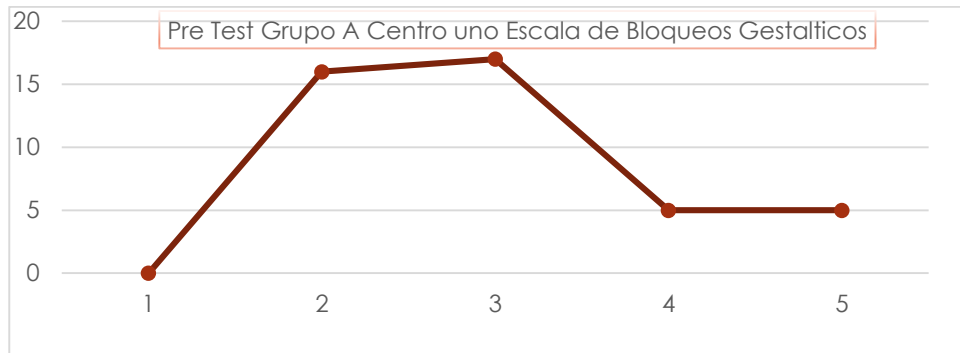
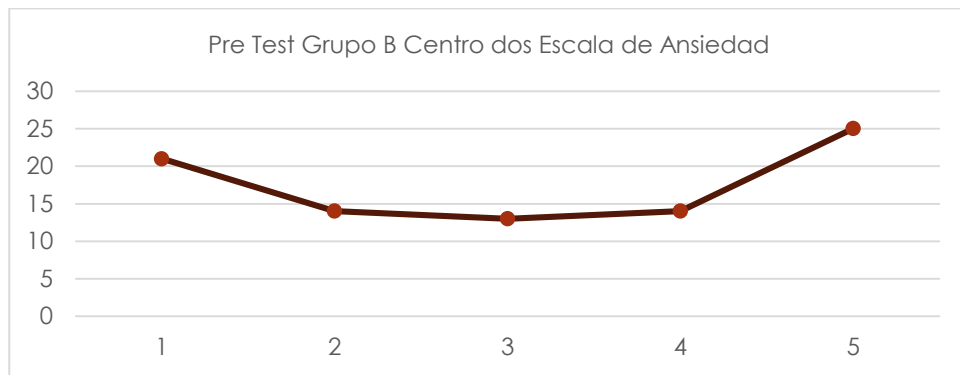
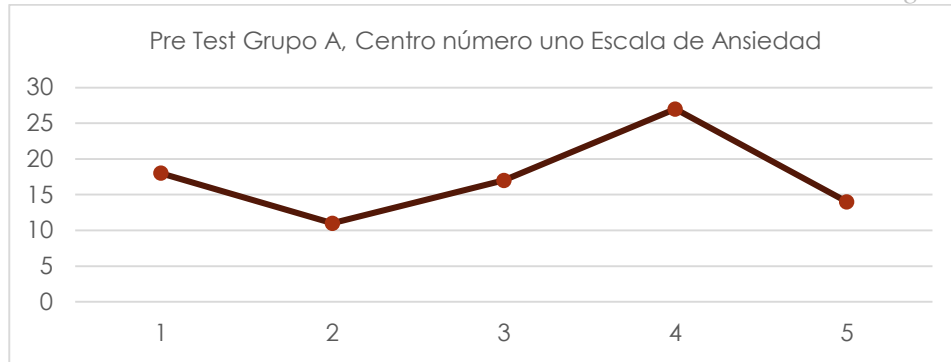
Participante 5. Es un joven tranquilo, cooperador, atento refiere que siempre ha tenido problemas serios con su madre; pero que sin embargo llevan una relación muy cercana, refiere que su padre nunca ha tenido problemas que el considere serios; pero que con sus hermanos si, para él es muy importante su relación de noviazgo ya que refiere que su novia lo apoya en todo y que la extraña mucho pero que a la vez es quien le brinda esa fortaleza para elegir seguir internado hasta el término de su tratamiento, menciona que a la edad de quince años empezó a consumir alcohol y marihuana; posteriormente a los 19 años continuo con el alcohol pero en cantidades más elevadas y que a esa edad inicio a utilizar alucinógenos, refiere que a lo largo de su vida ha experimentado depresión y ansiedad incluso tuvo un intento de suicidio, menciona que ha vivido situación de violencia en el transcurso de su vida.

Condiciones iniciales de la intervención

Como ya se ha descrito con anterioridad la muestra compuesta por cinco hombres en cada uno de los grupos; cabe hacer mención que se trabajó con dos grupos, denominados como grupo A y grupo B. A continuación, se muestra en grafica los resultados obtenidos de la pre-prueba de los instrumentos utilizados y ya antes mencionados.

Psicoterapia grupal humanista: ansiedad y bloqueos gestálticos con hombres consumidores de drogas”

Xochithl Isabel Rodríguez Quiñonez



Las condiciones iniciales que se obtuvieron con base en la escala de ansiedad, escala de bloqueos gestálticos Castanedo-Munguía, indican que los niveles de ansiedad son elevados y los bloqueos gestálticos dominantes son la confluencia, la desensibilización y la deflexión. En la desensibilización el individuo bloquea sus sensaciones, se encierra en sí mismo sin lograr hacer contacto con sus experiencias, niega ese contacto sensorial entre el organismo y sus necesidades emergentes, estas sensaciones se adormecen tanto interna como externamente lo que evita el reconocimiento de sus necesidades y por ende la no satisfacción de estas. Por lo tanto, existe auto sabotaje, existen enfermedades psicosomáticas y/o adicciones.

Por otro lado, en la confluencia existe temor al abandono y por lo tanto se aglutina con el otro en cualquier o todos los aspectos de su personalidad, pierde su identidad y su capacidad para manipular su ambiente; se somete haciendo lo que otros dicen para evitar algún conflicto o problema con los otros y solo considera los intereses de los demás y deja de lado sus propios intereses, tiene dificultad para definirse a sí mismo. Así mismo en la deflexión existe un temor para enfrentar lo cual le genera sensaciones de angustia, evita el contacto y el mostrarse tal como es. En conclusión, le da temor sentir y mejor decide mantenerse adormecido en cuanto a sus sensaciones ya que no le gusta su realidad y el mantenerse desensibilizado le ayuda a no sufrir y a su vez pierde la capacidad de identificar sus propias necesidades y solo trata de dar gusto a los demás y cumplir las expectativas de otros, olvidándose de el mismo y así evitando hacer contacto por temor a ser como realmente es.

Capítulo IV Proceso de Intervención

El programa con modalidad grupal está basado en estrategias humanistas de tipo grupal; las sesiones fueron flexibles a cualquier necesidad emergente dentro del grupo sin perder la visión holista y de la capacidad del terapeuta para observar la totalidad y no sólo por separado o espacios aislados es decir de forma lineal. (Yontef, 1997). Se trabajó primero con la evaluación diagnóstica. En primera instancia se aplicaron los instrumentos psicológicos los cuales fueron las escalas de bloqueos gestálticos y la escala de ansiedad, así como entrevista inicial. La intervención consistió 25 sesiones psicoterapéuticas grupales de las cuales cuatro se utilizaron para la aplicación de preprueba y posprueba ya que fueron dos grupos con los que se trabajó.

Proceso de intervención

El esquema general de la intervención se muestra en el siguiente diagrama.



A continuación, se describe cada una de las sesiones que se trabajaron en la psicoterapia de grupo.

Sesión 1. Entrevista Inicial

Sesión 2. Aplicación de instrumentos de la escala de ansiedad y la de los bloqueos gestálticos

Sesión 3. Exploración de vida.

Sesión 4. Patrón de consumo

Sesión 5. En un principio se les dio la bienvenida y se les pregunto a cada uno que como se sentían y posteriormente cada uno tuvo oportunidad de comentar como se sentían y a continuación se trabajó de manera lúdica con un dinámica denominada “entrevistas mutuas”, el desarrollo de esta es por parejas y el objetivos es comprender la diferencia de relaciones y conocer el auto concepto del compañero; lo cual fue favorable ya que se sintieron identificados entre ellos mismos. Al término de esta sesión se les agradeció su cooperación y se les pregunto que como se sentían, que les había gustado y si tenían alguna sugerencia.

Sesión 6. Al inicio de esta sesión se les pidió que comentaran como se sentían en ese momento y posteriormente se trabajó de manera lúdica con una dinámica denominada “patio de vecinos”; con esta dinámica se profundizo en el conocimiento de la persona que conformaba el grupo, se conocieron datos básicos y cualidades de otras personas; lo que los hizo sentir empatía entre ellos. Al término de esta sesión se les agradeció y se les pregunto que les gusto y como se quedaban después de esa sesión y cada uno tuvo tiempo para expresar su sentir.

Sesión 7. Al inicio de esta sesión se les pidió como en todas y cada una de las sesiones que se realizaron que fue preguntarles cómo se estaban, como se sentían y cada uno expreso como se encontraban en ese momento, posteriormente se trabajó de manera lúdica con una dinámica denominada “cambiar de punto de vista”; el desarrollo de la dinámica fue que se pusieran en el lugar de los otros compañeros y el objetivo fue lograr aprender a percibir una situación desde el punto de vista de otra persona, lo cual se dio sin dificultada ya que se

dieron cuenta que es para ellos ha sido desfavorable la emisión de juicios. Al término de esta sesión se les agradeció y después se les pregunto que les gusto y que no y si tenían alguna sugerencia y por último se les pregunto cómo es que se quedaba y que habían aprendido; todos tuvieron su tiempo para expresar sus puntos de vista.

Sesión 8. Al inicio de la sesión se les pregunto cómo estaban y cada uno tuvo tiempo para comentar como estaban y enseguida se trabajó de manera lúdica con una dinámica llamada “Lazarillo”; el desarrollo fue que un compañero guiara a otro con los ojos vendados lo cual logro obtener suficiente confianza y se logró a través de la colaboración, el paseo no se trató de una carrera de obstáculos para quien tuvo los ojos vendados, se buscó y se logró una ocasión de experiencia, cada uno estuvo atento a los sentimientos que vivieron internamente y también a los sentimientos experimentados por su compañero. Al finalizar este juego cada uno comento que les gusto y como se sentían, con que se quedaban, que habían aprendido y por último expreso cada uno como se quedaban.

Sesión, 9. Al inicio se le dio tiempo a cada uno de ellos para que comunicaran como se sentían y enseguida se trabajó de manera lúdica con una dinámica llamada “elefantes”; el desarrollo de esta dinámica fue que el grupo llegara a la meta, esto después de atravesar un camino de obstáculos que ellos no ven, este objetivo se dio sin problema ya que el grupo fue atento entre ellos. Al final cada uno de los integrantes del grupo comento como se sentían con ese juego y que fue lo que más les gusto y que aprendieron y al final expresaron como se quedaban.

Sesión 10. Al inicio de esta sesión se les pregunto cómo estaban y cada uno tuvo tiempo de expresar su sentir y de manera posterior se trabajó de manera lúdica con una dinámica de nombre “zambullirse hacia adelante”; esta dinámica se trató de que el grupo hiciera un circulo con un compañero al centro y este se lanzaba sobre los brazos de los compañeros, se logró favorecer la confianza en el grupo, se sintieron sostenidos por el grupo lo cual ayudo a estimular la cooperación y coordinación. Al final de esta sesión se les dio tiempo para que expresaran que les gusto y que aprendieron de esa sesión, como lo aplicarían en sus vidas y como se quedaban ese día.

Sesión 11. Al inicio de esta sesión se les dio la bienvenida y se les pregunto cómo se sentían en ese momento y cada uno tuvo tiempo para expresar como se sentían, posteriormente se les realizaron tres preguntas, las cuales fueron: ¿Qué es para Ustedes ansiedad?, ¿han sentido ansiedad en algún momento de su vida?, ¿Qué hicieron para bajar esa ansiedad experimentada?, se les dio tiempo a cada uno de ellos para que contestaran, posteriormente se trabajó con respiración Diafragmática; es el modo de respiración relajante que utiliza el diafragma, este es un musculo que se encuentra debajo de las costillas y arriba del estómago, con esta respiración el diafragma ocasiona que el estómago en vez del pecho suba y baje. Cuando los pulmones se llenan de aire el diafragma presiona hacia abajo y el estómago sube, cuando los pulmones se vacían de aire el diafragma vuelve a subir y el estómago baja y el resultado que se tuvo fue el de una respiración lenta, uniforme y profunda, los beneficios de esta respiración diafragmática son varios y entre ellos es la disminución de la ansiedad. Al finalizar este ejercicio de relajación se les pregunto cómo se sentían y cada uno tuvo tiempo para contestar y por último se les pregunto cómo se sentían y que habían aprendido con esta sesión.

Sesión 12. Al inicio de la sesión se les pregunto cómo se sentían y cada uno tuvo tiempo para expresar como se sentían y enseguida se trabajó con “relajación” (Imaginación guiada), el desarrollo fue la atención de cada uno de los participantes fue dirigida hacia un escenario imaginado el cual les transmitió paz y calma. Posteriormente se le realizaron tres preguntas a los participantes, las cuales fueron: ¿Qué es para Ustedes la ansiedad?, ¿en qué momentos de su vida han experimentado ansiedad?, ¿Qué han hecho para aminorar esa ansiedad experimentada? Se trabajó con la escucha activa ya que se prestó completa atención a todo lo que las personas comunicaban y se transmitió esa misma esencia de la comunicación y se logró que los participantes entendieran y se sintieran aceptados entre todos los miembros del grupo. Al finalizar el ejercicio se les pregunto cómo se sentían y que habían aprendido con esa sesión y cada uno expreso su experiencia (Sheneider y Corey, 1997).

Sesión 13. al principio de esta sesión se les pregunto cómo estaban y cada uno menciono como se sentían, cada uno tuvo tiempo de expresar como se sentían en ese momento y como en cada una de las sesiones se les valido con alguna pregunta o con una frase, posteriormente se trabajó con el Masajeador de espalda y cuello, el cual ayudo a aliviar

el dolor ayudando a reducir la tensión acumulada y descontracturar los músculos; pero antes de eso se aplicó una técnica de relajación donde se utilizó la fantasía guiada. Al finalizar esta sesión se les pregunto qué les pareció la sesión, que les gusto y como se quedaban ese día.

Sesión 14. Se inició esta sesión preguntándoles cómo se sienten y cada uno tuvo tiempo de manifestar como se sentían, después se les pidió que se pusieran de pie y que caminaran alrededor del círculo grupal y posteriormente se les pidió que caminaran por el círculo, pero de reversa, posteriormente se les pidió que se estiraran su cuerpo de manera libre. Enseguida de eso de trabajo con un masaje corporal; la dinámica se desarrolló con la aplicación de fricción o presión con las manos en diferentes partes del cuerpo de una forma organizada; se utilizó para relajar los músculos, manejo de la ansiedad, aliviar el dolor, reducir el estrés lo cual en ese momento se logró ya que los participantes refirieron sentirse muy relajados. Se creó un ambiente óptimo y confortable y los miembros del grupo se abrieron para recibir este masaje ya que presentaron cierto temor por el contacto; sin embargo, se logró que se abrieran. Al término de esta sesión y como en cada una de las sesiones se les pregunto cómo se sentían y que les gusto y por último como se quedaban ese día.

Sesión 15. Al inicio de esta sesión se les dio la bienvenida y después se les pregunto cómo se encontraban ese día y cada uno tuvo tiempo para expresarse, enseguida se trabajó con el Software Freezframer; actualmente conocido como Sistema Em wave PC para manejo del estrés; a través de este sistema de software se pudo ver en la pantalla de su ordenador los comportamientos de su corazón en tiempo real. Es un entrenador del ritmo cardiaco de coherencia diseñada para que el usuario prevenga, maneje y reviertan los efectos del estrés; ellos aprendieron a encontrar y mantener la coherencia fisiológica con los resultados que se desplegaron en la pantalla cuando cada uno estuvo concentrado en una emoción o sentimiento positivo. Al término de esta sesión se les pregunto qué les pareció ese ejercicio, que les gusto y que aprendieron.

Sesión 16. Iniciando esta sesión se les pregunto cómo estaban y cada uno tuvo tiempo de expresar como se sentían, posteriormente se trabajó con una dinámica denominada “Yo soy, Yo no soy”; esta sesión se trató en que los participantes colocaran todo aquello que ellos creían ser y todo a través de frases y también todo lo que ellos creían no ser y posteriormente se les pidió que cada una de las frases donde creían no ser o ser pero con un tipo de

connotación negativa, se les pidió que esas frases las convirtieran en frases positivas. Durante la sesión se aplicó la escucha activa ya que se prestó completa atención a cada uno de los participantes y a su vez ellos aprendieron a desarrollar esta habilidad. Así mismo hubo reflejo ya que esta información obtenida se analizó entre ellos y así lograron ser un agente de cambio entre ellos. En esta sesión se trabajó el fortalecimiento del yo para que ellos tomaran conciencia de su propia estima. Al término de esta sesión se les pregunto cómo se sentían y que habían aprendido en esa sesión.

Sesión 17. Al iniciar esta sesión se les dio la bienvenida y la pregunta al iniciar cada una de las sesiones, la cual era como estaban y como se sentían en ese momento y posteriormente se trabajó con una dinámica llamada “Frases”; en el desarrollo de esta sesión se les pidió que hablaran entre ellos sin ningún tipo de restricción, que hablaran de lo que quisieran de la manera que quisieran y posteriormente se les pidió que hablaran con frases impersonales y ya por último se hizo una reflexión de cómo se sintieron de manera sensorial. En esta sesión hubo escucha activa con todos los miembros del grupo, hubo trato horizontal, se enfatizó ya que se recalcaron características positivas y el cómo se sintió cada uno en esta sesión. Al término de esta sesión se les pregunto que les gusto y que aprendieron con esa sesión y por último como se quedaron ese día.

Sesión 18. Esta sesión se inició preguntándoles cómo se sentían en ese momento, cada uno tuvo tiempo de contestar y expresar su sentir, posteriormente se trabajó con una dinámica denominada “Fantasía”. En esta sesión se les pidió que hablaran en frases personales en segunda persona, frases sobre nosotros y por último frases personales; estas frases se trabajaron mediante la fantasía ofreciéndoles escenario supuestos y por último se trabajó en la reflexión de cómo se sintieron físicamente al experimentar estas fantasías a lo que mencionaron haber aprendido donde sentían más la emoción, mencionaron que en el estómago, en la nuca, en las piernas. Todo lo anterior se logró ya que existió trato horizontal, escucha activa, reflejo que es donde se utilizó la comunicación obtenida y se explicó y analizo, motivo por el cual se interpretaron ciertos comportamientos o síntomas que ahí resultaron. Por último, se les pregunto cómo se sintieron en esa sesión, que aprendieron y ya por último como se quedan ese día.

Sesión 19. Iniciando esta sesión se les pregunto cómo se sentina y cada uno tiempo para decir como estaban, posteriormente se trabajó con una dinámica llamada “Juego de roles”; el desarrollo de esta sesión fue la reflexión de como por medio del uso de las palabras o frases que se utilizaron en la comunicación con los otros compañeros y el hecho de haber vivido a través de esas frases el experimentar el cambio de roles y al hacer contacto con toda esta fantasía, ellos refirieron haberse dado cuenta lo importante que es tomar responsabilidad y el comprometerse con cada conversación con los otros y con ellos mismos. Para esta sesión como en todas se creó un ambiente optimo y confortable para que los miembros del grupo pudieran abrirse en esta sesión por lo que hubo un trato horizontal, escucha activa, hubo parafraseo lo que ayudo para que los resultados fueran óptimos en el grupo. Al término de esta sesión se les pregunto cómo se sintieron y como se quedaban ese día.

Sesión 20. Se inició la sesión con la pregunta de inicio de cada una de las sesiones, de cómo se estaba y como se sentían, después se trabajó con una dinámica denominada “recuerdos”. Pero antes se trabajó con relajación se les pidió que buscaran en sus recuerdos alguna situación donde hayan dicho “si” y en realidad necesitaban decir que “no” y que recordaran lo mucho que se sintieron frustrados y a través de la imaginación se les pidió que se colocaran en ese momento con esa persona y que ahora la respuesta que dieran fuera “no” a esa petición. Posteriormente se les pregunto algún cambio experimentado a nivel corporal a lo que manifestaron sentirse enojados con ellos mismos y con la persona que tenían frente a ellos en esa situación pasada y refirieron que al decir “no” en este momento se sintieron raros y hubo quien sintió un nudo en el estómago, en la garganta, hubo quien menciona presión en la cabeza; sin embargo, al término de la sesión comentaron sentirse liberados. Se trabajó con escucha activa ya que hubo total atención a los miembros del grupo sobre lo que decían y hacían lo cual logro que entre ellos se replicara esta escucha activa, también hubo parafraseo, eso ayudo a un mayor entendimiento entre ellos lo cual los hizo sentirse identificados. Al finalizar la sesión se les pregunto que les gusto de la sesión y como se quedaban ese día.

Sesión 21. Se inició con la pregunta inicial de las sesiones de cómo estaban y como se sentían, después se trabajó con una dinámica de nombre “Lo que no soy”; se les pidió que se colocaran frente uno de sus compañeros y les pedí que le expresaran a su compañero todo lo

que ellos no eran y al expresar esas frases se les pidió que tomaran contacto con esas afirmaciones de ellos mismos delante del otro. En la reflexión mencionaron sentirse tranquilos ya que se sienten aceptados por sus compañeros. El grupo ya se encontraba favorecido por la integración de los participantes lo que facilitó la escucha activa entre todos los miembros del grupo, así como un trato horizontal, en esta sesión se enfatizaron las características positivas de los participantes lo que ayudó a reconocer su sí mismo y aceptarlo. Al término de esta sesión se les preguntó cómo se sintieron con esos ejercicios y como se quedaban ese día.

Sesión 22. Se inició con la bienvenida y con la pregunta inicial y como cada sesión cada uno de los miembros del grupo tuvieron tiempo para manifestar su sentir, enseguida se trabajó con una dinámica llamada “Lo que yo soy”. En el desarrollo de esta sesión se les pidió que nuevamente se colocaran frente a uno de sus compañeros y les pedí que recordaran las frases de la sesión anterior de “yo no soy” las cambiaran por la frase de “yo soy” y que tomaran contacto con sus sensaciones al momento de cambiar esa frase, de cómo se sintieron con esa afirmación y ya por último se les pidió permiso para que los otros mencionaran lo que ven en ellos y esto con la intención de que cada uno conociera más de ellos pero a través de otros; a lo que mencionaron sentirse emocionados y conmovidos ya que no sabían lo que reflejaban hacia afuera y el darse cuenta de que eran cosas positivas. En esta última sesión se reforzó esa identificación de su mismo a través del trato horizontal, así como la escucha activa, se utilizó el parafraseo para que ellos tuvieran claro lo que estaban diciendo, lo cual se dio sin dificultad ya que ellos se encontraban dentro de un ambiente confortable y se encontraban más abiertos para compartir su sentir. Al finalizar la sesión se les agradeció su cooperación y se les preguntó que les gusto y como se sentían, y por último como se quedaban ese día.

Sesión 23. Se inició preguntándoles cómo se sentían ese día y posteriormente se trabajó con una dinámica denominada “Sensaciones”, se les aplicó a los participantes una técnica de respiración de tres tiempos, donde se les pedía inhalar, sostener y exhalar y posteriormente se les vendaron los ojos y se les pasó a uno por uno una mandarina y se les pidió que la tocaran, que la sintieran, que la olieran y se les pidió que dijeran que era lo que tenían en la mano después se les pasó un chocolate y se les pidió que hicieran lo mismo, que lo tocaran,

que lo olieran y seguido a eso se les dio por ultimo una rebanada de pastel y se les pidió que olieran lo que se les estaba pasando. A los participantes se les alteraron las sensaciones al tocar y oler esos alimentos e hicieron contacto con sus sensaciones, emociones y gusto. Al término de la sesión se les pregunto cómo se sentían, que habían aprendido y por último como se quedaba ese día.

Sesión 24. Se inició con la pregunta usual de cómo estaban y cada uno tuvo tiempo de expresarse, enseguida se aplicaron los instrumentos post prueba de la escala de ansiedad; así mismo se trabajó con las interrogantes que los participantes del grupo pudieran tener y todo esto a través de la escucha activa, se ofrecieron explicaciones para preguntas que ellos tenían en base a la ansiedad. Al finalizar se les pregunto que les gusto de esa sesión y como se quedaban ese día.

Sesión 25. Se dio inicio preguntándoles cómo se sentían y cada uno dijo como se sentía y posteriormente se aplicaron los instrumentos post prueba de la escala de los bloqueos gestálticos. Al termino se les pregunto cómo se sentían y que habían aprendido en esas sesiones, que les había gustado, si tenían alguna sugerencia y les agradecí todo el apoyo hacia esta servidora.

Condición final de los participantes

Existe una diferencia significativa estadísticamente hablando entre el pre y el post test de ansiedad, sin embargo, esto nos devela un nivel de ansiedad esperado entre los participantes con puntajes que fluctúan entre 45 y 54 puntuaciones T a reserva de dos casos que entraron al rango de ansiedad clínicamente significativa con una puntuación de 72 y 71 puntaje T respectivamente.

Tests of Within-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
ans	Sphericity Assumed	500.000	1	500.000	15.203	.004	.628
	Greenhouse-Geisser	500.000	1.000	500.000	15.203	.004	.628
	Huynh-Feldt	500.000	1.000	500.000	15.203	.004	.628
	Lower-bound	500.000	1.000	500.000	15.203	.004	.628
Error(ans)	Sphericity Assumed	296.000	9	32.889			
	Greenhouse-Geisser	296.000	9.000	32.889			
	Huynh-Feldt	296.000	9.000	32.889			
	Lower-bound	296.000	9.000	32.889			

F(1,9) = 15.203, P= .004 Eta cuadrada parcial = .628

Pre test

Grupo A	IHS	FIS	SOC	MENTIRA	TOT
1	11	3	4	0	18
2	6	3	2	4	11
3	8	5	4	1	17
4	12	9	6	5	27
5	7	3	14	0	14

Grupo B	IHS	FIS	SOC	MENTIRA	TOT
1	12	5	4	3	21
2	9	3	2	6	14
3	8	2	3	6	13
4	7	4	3	1	14
5	12	7	6	3	25

*Psicoterapia grupal humanista: ansiedad y bloqueos gestálticos con hombres
consumidores de drogas”
Xochithl Isabel Rodríguez Quiñonez*

Post test

Grupo A	IHS	FIS	SOC	MENTIRA	TOT
1					
2					
3					
4					
5	5	1	4	0	10

Grupo B	IHS	FIS	SOC	MENTIRA	TOT
1	10	5	2	4	17
2	4	4	3	5	11
3	6	0	1	6	7
4	3	2	3	1	8
5	10	6	5	0	21

INTERPRETACION DE LAS PUNTUACIONES† DE LA AMAS

Puntuación T	Categoría Descriptiva	Significado potencial de las puntuaciones
Ansiedad total		
≥ 75 T	Extrema	Graves niveles de ansiedad <ul style="list-style-type: none"> • Probable alteración del pensamiento y debilitamiento de la energía emocional • Preocupación y rumiación excesiva • Temores vagos • Deficiencia en toma de decisiones, falta de juicio • Probable depresión concomitante
65 – 74 T	Clínicamente Significativa	<ul style="list-style-type: none"> • Temeroso y ansioso, posible exceso de preocupaciones • Probabilidad de algunas manifestaciones psicofisiológicas de la ansiedad • Posible rigidez en el proceso de pensamiento.
45 – 54 T	Esperada	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptado a su entorno, posiblemente excitable • Trata de estar bien a pesar de ciertas inseguridades • Tiende a depender de la interpretación psicológica de sus problemas
≤ 44 T	Baja	<ul style="list-style-type: none"> • Confiado y centrado • Tendencias narcicistas.

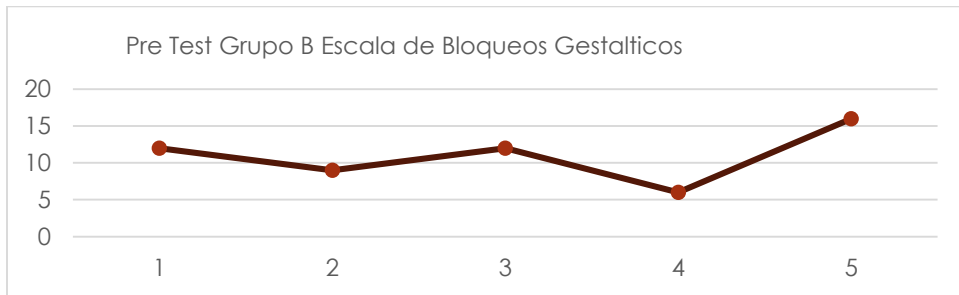
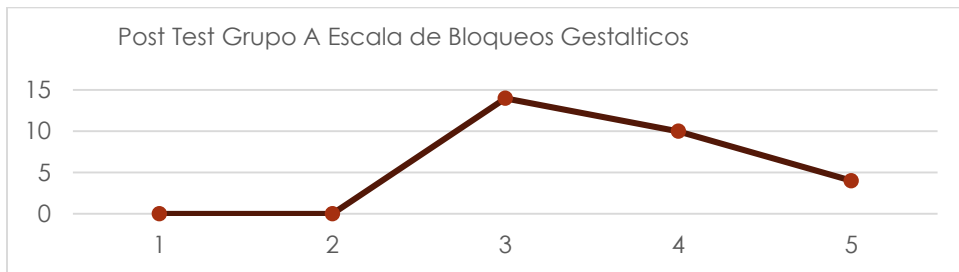
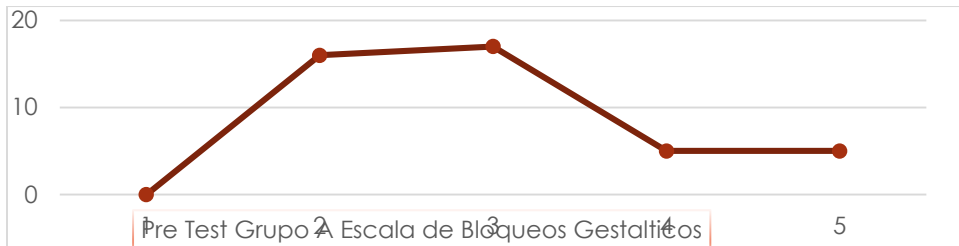
Además, debido a la condición del tiempo de consumo, la posible abstinencia y el soporte terapéutico se reflejan los tres bloqueos gestálticos con mayor puntaje, los cuales son la deflexión, desensibilización y confluencia por lo que los niveles de ansiedad en el pre y el post test son los esperados dentro de los rangos de normalidad de la misma prueba (AMAS).

Grupo A	Desensibilización	Deflexión	Proyección	Confluencia	Retrolexión	Introyeccion
1						
2						
3	22	19	12	15	26	14
4	10	25	11	29	19	10
5	2	3	3	3	3	4

Grupo B	Desensibilización	Deflexión	Proyección	Confluencia	Retrolexión	Introyeccion
1	15	8	0	7	8	9
2	4	4	2	1	5	3
3	16	9	3	7	11	6
4	1	2	2	1	5	4
5	16	21	10	25	22	10

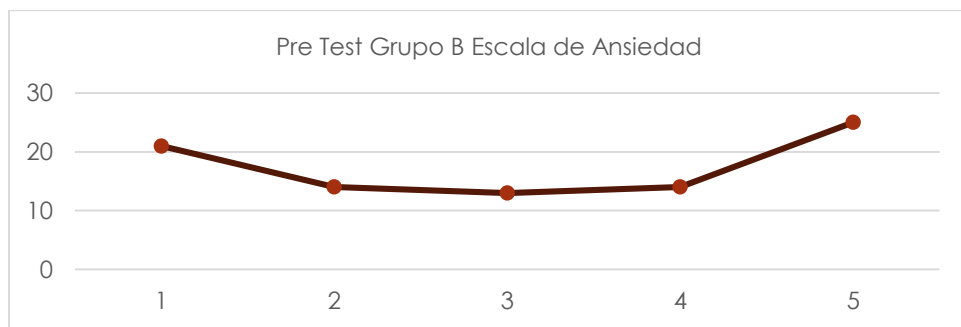
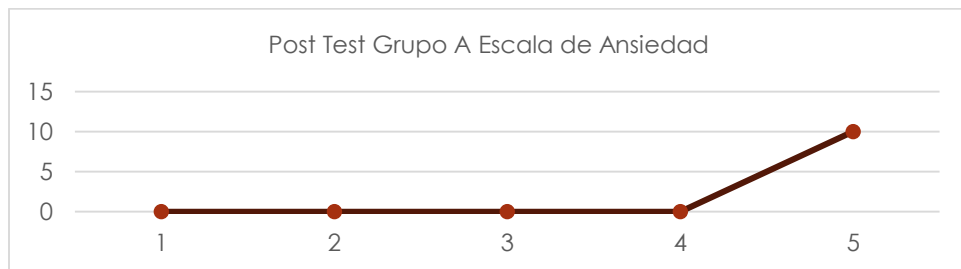
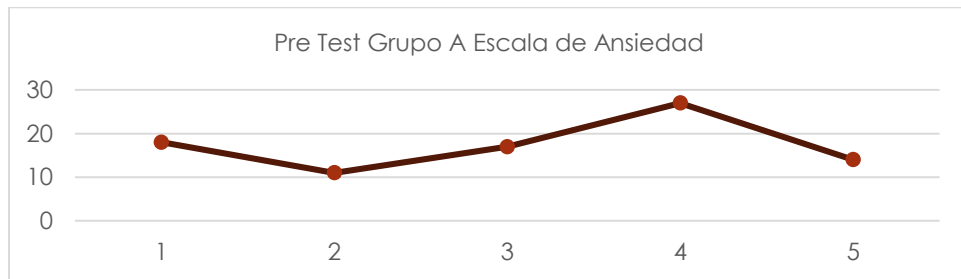
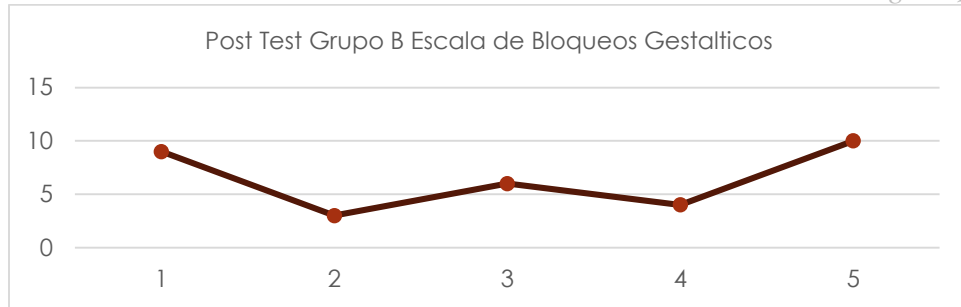
El que se manifiesten los bloqueos gestálticos sin ninguna relación significativa con los niveles de ansiedad y que sobresalga una ansiedad esperada devela simbólicamente el uso de la figura como control de la conducta olvidándose del fondo que realmente impulsa el comportamiento, es decir se utiliza el uso de drogas para controlar los niveles de ansiedad como figura, mientras que se omite el uso del bloqueo gestáltico como soporte principal del equilibrio en el funcionamiento de los hombres estudiados en este proyecto, por lo tanto se sugiere que el modelo terapéutico que se implementa desde una perspectiva humanista se focalice en grupos específicos y continuos durante todo el tratamiento ya que como se mencionó anteriormente la muerte súbita de algunos casos por la falta de control institucional afecto probablemente en la relación que existe entre el bloqueo gestáltico y el nivel de ansiedad.

De acuerdo con los principios gestálticos humanistas, a través de esta investigación se devela el uso de los bloqueos gestálticos de una manera inconsciente para desplazar los sentimientos y emociones de minusvalía, controlando la conducta impulsiva, como el uso de sustancias, manifestando este tipo de comportamiento como una figura que oculte el fondo de la inestabilidad de los sujetos.



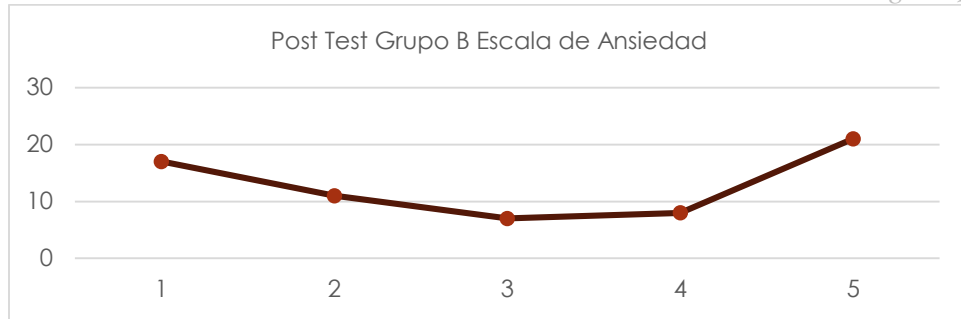
Psicoterapia grupal humanista: ansiedad y bloqueos gestálticos con hombres consumidores de drogas”

Xochithl Isabel Rodríguez Quiñonez



Psicoterapia grupal humanista: ansiedad y bloqueos gestálticos con hombres consumidores de drogas”

Xochithl Isabel Rodríguez Quiñonez



Capítulo V Conclusiones y Recomendaciones

Una de las conclusiones a las que se llega con este estudio es que el bloque más frecuente en los usuarios independientemente de la sustancia es la desensibilización, en donde el individuo bloquea sus sensaciones, se encierra en sí mismo sin lograr hacer contacto con sus experiencias, niega ese contacto sensorial entre el organismo y sus necesidades emergentes, en donde la primera necesidad es consumir droga y dejar de lado otras necesidades por lo que las sensaciones se adormecen tanto interna como externamente lo que evita el reconocimiento de otras dimensiones en su vida, tales como el área familia, laboral y social y por ende la no satisfacción en estas. Por lo tanto existe auto sabotaje, que no le permite visualizar otros caminos funcionales, otro bloqueo que resulto elevado fue el de la confluencia en donde se refleja temor al abandono y gracias esto él se confunde con el otro y evita la diferencia entre él y su medio, se somete y hace lo que los otros le dicen para quedar bien, tiene dificultad para definirse a sí mismo; así mismo se vio otro bloqueo elevado denominado deflexión en este sentido existe un temor para enfrentar lo cual le genera sensaciones de angustia, evita el contacto y el mostrarse tal como es.

En estos bloqueos que resultaron elevados en estos grupos se pudo ver que los participantes presentaban una pobre percepción de ellos mismos por lo que también se trabajó en el fortalecimiento del yo. Una características de los usuarios de este Centro de Rehabilitación es el temor al abandono y por lo tanto continuamente se someten haciendo lo que otros dicen para evitar algún conflicto o problema con los otros y solo consideran los intereses de los demás y dejan de lado sus propias necesidades e intereses, tienen dificultad para definirse a sí mismos, por lo tanto se aglutina con el otro en cualquier o todos los aspectos de su personalidad, pierde su identidad y su capacidad para manipular su ambiente; por lo tanto se concluye que la confluencia es un bloqueo que anula a su sí mismo permitiendo ser manipulados y esto los lleva en un principio al uso de sustancias y no avanzar en su recuperación; así mismo la desensibilización y la deflexión los lleva a evitar hacer contacto y temor a enfrentar cualquier situación que se les llegue a presentar.

Trabajar con hombres en rehabilitación de drogas ha sido un trabajo satisfactorio en el ámbito personal y profesional ya que fue una experiencia llena de aprendizaje. Definitivamente la intervención psicoterapéutica con hombres en rehabilitación de drogas deja una gran enseñanza ya que queda claro el desarrollo desincronizado y los conflictos que emergen de la aglomeración de la población ya que son factores que aunados a la violencia social e institucional provocan la plataforma sólida para buscar mecanismos de equilibrio para salvaguardar la integridad emocional y protegerse a través de un bloqueo y es por ello que desembocan en el uso de sustancias tóxicas entendiéndose por ello todo aquello que el sujeto utiliza para alterar sus sentidos desde el alcohol hasta el más sofisticado químico o la más exótica planta.

Por otro lado, la ausencia de la familia, es decir el poco contacto con ellos como persona, le hace desde el lugar de mirarlos con la etiqueta de adictos lo cual provoca en ellos incertidumbre y miedo y se refugian en mecanismos de protección exacerbados ya que, en la búsqueda de recuperar la afectividad, la confianza y la integración al núcleo familiar lo ven lejano. Los objetivos que se diseñaron y que se implementaron con estrategias humanistas, se cumplieron de manera acertada y esas estrategias fueron implementadas de manera conveniente; sin embargo, también es importante señalar que hubo ocasiones que las condiciones no permitieron trabajar conforme lo planeado y por ese motivo es importante trabajar con las necesidades emergentes del campo.

En esta intervención se identificaron los niveles de ansiedad apoyándose esta investigación con el inventario denominado A-MAS que es un instrumento que mide escalas de ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales. También se aplicó la escala de bloqueos gestálticos de Castanedo y Munguía la cual mide seis áreas y consta de 48 reactivos; las aplicaciones fueron pre-prueba y post-prueba donde los resultados finales arrojaron una baja en la escala de ansiedad así como en los bloqueos gestálticos.

La oportunidad de trabajar con hombres en rehabilitación de drogas permite a esta investigación considerar el uso de sustancias un problema social agudo y polifactorial, las vertientes de investigación han proliferado y en aras de rectificar o ratificar el modelo de intervención grupal; donde se utilizó la técnica narrativa de grupos encontrando que los

bloqueos gestálticos predominantes en dicha población son la confluencia, la desensibilización y la deflexión. El tratamiento es funcional ya que el grupo que recibe la intervención directa ha logrado la disminución en los niveles de ansiedad y la asimilación de los bloqueos gestálticos lo cual dio paso a la concientización del problema en el aquí y el ahora. Así mismo, el trabajar con hombres en rehabilitación de drogas permitió a esta investigación conocer cómo se sienten con su adicción y dio la oportunidad de que ellos se sintieran aceptados sin ser juzgados lo cual ayudo para trabajar el tema de la responsabilidad lo cual cambio su autoconcepto.

Hablando de la intervención es importante decir que fue un proceso atractivo lleno de retos para la investigación y tal vez sea oportuno hacer una recomendación a quien tenga la intención de llevar a cabo una investigación en este tema; considero importante comentar que sería de gran beneficio tener una muestra más amplia ya que el lapso de la intervención pueda tener cierta inestabilidad por posibles cambios que se pudieran dar y que estén fuera de control del investigador además que el hecho de que la muestra sea más amplia el análisis pueda ser más certero. En el bloqueo de la desensibilización los cinco teóricos mencionados como lo son Perls, Castanedo y Munguia, Salama y Zinker coinciden en que la desensibilización es la negación al contacto de las sensaciones con el organismo y la necesidad emergente. Así mismo también coinciden que el bloqueo denominado confluencia es cuando el individuo no tiene límite entre sí mismo y el medio. Así mismos el bloqueo de la deflexión lleva al individuo a tener temor de enfrentar y le es más cómodo evitar cualquier contacto. Cabe mencionar que estos teóricos también coinciden en que los bloqueos gestálticos son la propia interrupción de la energía y a su vez evitan el contacto con la satisfacción de sus necesidades por lo que se evita el cierre de la experiencia.

Bilbao Maya define la ansiedad como un estado similar al miedo sin que exista una situación aparente de peligro y menciona que esta situación genera cambios fisiológicos. Epstein, 1972 coincide y refiere a la ansiedad como un estado de agitación y caracterizado por la anticipación de peligro y refiriendo también cambios físicos en el individuo. Tobal, 1990 propone que la ansiedad es una respuesta emocional displacentera llena de tensión además acompañada de cambios físicos. En la terapia Gestalt se aprecia el fenómeno de la adicción “el proceso adictivo se gesta a partir de la conducta evitativa sistemática que tiene

por objeto mantener alejado al organismo de las experiencias inconclusas irritantes”. La teoría Gestalt no alcanza a explicar todo el fenómeno complejo y multidimensional de las adicciones. Explica lo personal. Según (Arreola, 2007), considera a la adicción como un bloqueo del ciclo de la experiencia, piensa que la adicción es un asunto inconcluso, ve la adicción como una preferencia hacia el enganche a objetos adictivos, también supone que la adicción es una patología propia. Para Hernández, 2011 el consumo de drogas es solamente el síntoma ya que al profundizar en la historia de vida se puede dar cuenta que hay emociones dolorosas guardadas no resueltas.

Alcances y limitaciones

De acuerdo con Battegay (1979) un grupo terapéutico es una asociación de tres o más miembros que actúan, terapéuticamente, al unísono. La meta que un grupo terapéutico pretende no es la conservación de este, sino el fomento de la introspección, la maduración y el desarrollo interior de cada elemento. El cual se dio sin problema ya que se logró un nivel razonable en su toma de conciencia y la responsabilidad en sus elecciones y a su vez el grupo se encamino de alguna manera al esclarecimiento de los conflictos y problemas de cada uno de sus miembros, la corrección del comportamiento subsiguiente al aprendizaje social. La terapia individual es muy recomendable para los participantes ya que es importante el fortalecimiento del sí mismo.

La limitación principal que se acentuó fue que el trabajo grupal fue abierto lo que significa que los miembros se podían retirar del proceso en el momento que ellos decidieran ya que siempre se les aclaro que era voluntario además que la intervención fue flexible, eso por un lado y otro factor ponderante era que en cualquier momento podrían cumplir su tratamiento dentro del centro y se podían retirar.

Recomendaciones

Las recomendaciones finales serian que se apoyen en practicantes en el área física ya que rutinas de ejercicio ayudan a los hombres en rehabilitación de drogas a manejar de manera positiva sus niveles de ansiedad y no solo como una cuestión recreativa; también se recomienda un tipo convenio para que los practicantes de psicología presten su apoyo en

terapias individuales y grupales lo cual ayudara a fortalecimiento personal en esta población; por último se recomienda buscar el apoyo psiquiátrico ya que estos hombres en rehabilitación ven alterados sus niveles de ansiedad así como cambios físicos producto del síndrome de abstinencia y al ser medicados adecuadamente ayudara a que ellos se mantengan alertas y conscientes para el trabajo del sí mismo y no solo dejar la droga de manera abrupta. Por lo que lo ideal sería atención multidisciplinaria para que esas necesidades sean cubiertas en todos los ámbitos. Se vio la necesidad de una política de salud y la posibilidad de que se distribuyan recursos a este tipo de atención y de esa manera lograr la regulación en los anexos para que por lo menos haya un médico y un psicólogo, aunque como se mencionó antes lo ideal y necesario es la atención multidisciplinaria.

Referencias documentales

- APA (2014). *DSM-V*. EU: American psychiatric Association.
- Arillo, E. (2007). Programa Educativo contra tabaquismo para estudiantes de secundaria en diez ciudades de México. *Memorias del Congreso Internacional “Modelos de vanguardia para la atención”*. Centros de Integración Juvenil.
- Battegay, R. (1978). El hombre en el grupo. En *Psicoterapia de grupo: concepto y clasificación*. Barcelona, España: Herder.
- Bilbao, A. (2010). *Gestalt para la ansiedad*. México, D.F. Alfaomega grupo Editor.
- Cascon, P. (2000). *La alternativa del juego I*. México: Los libros de la catarata
- Castanedo, C. (1997). *Grupos de encuentro en terapia Gestalt*. Editorial Herder, Barcelona.
- Coolican, H. (2005). *Métodos de investigación y estadística en psicología*. México: Manual moderno.
- Cruz-Zamora, M. (2008). *El terapeuta gestalt: herramientas para el psicodiagnóstico*. Palma de Mallorca: Asociación Española de Terapia Gestalt.
- Díaz, I. (2002). Aportaciones del psicoanálisis a los grupos. En *Bases de la terapia de grupo*. 63-62. Bogotá, Colombia: Pax México.
- Díaz, I. (2002). El grupo terapéutico. En *Bases de la terapia de grupo*. 40-62. Bogotá, Colombia: Pax México.
- González, J. J. (2005). Grupo terapéutico y psicoterapia de grupo. En *Psicoterapia de grupos. Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas*. 3-13. Distrito Federal, México: Manual Moderno.
- Guimón, J. (2003). *Manual de terapias de grupo. Tipos, modelos y programas*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Hernández, Fernández, Baptista. (2014). *Metodología de la Investigación*. México. D.F.: Mc Graw Hill.
- Kenneth, V. (2006). Evaluación de un programa de prevención para la reducción de la violencia y el uso y abuso de drogas en una comunidad de escasos recursos. *Memorias del Congreso Internacional “Modelos de vanguardia para la atención”*. Centros de Integración Juvenil. P.46-47
- Lewis, A. (1980). Problems presented by the ambiguous word anxiety as used in psychopathology. In G. D. Burrows & B. Davies (Eds.), *Studies on anxiety*. 1-15. Amsterdam: Elsevier/North-Holland.
- Miguel-Tobal, J. J. (1990). La ansiedad. In J. L. Pinillos & J. Mayor (Eds.), *Tratado de psicología general: Motivación y emoción*. 309-344. Madrid: Alhambra.
- Moreno, J. (1975). *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. Distrito Federal, México: Fondo de Cultura Económica.
- Pérez, López y Gutiérrez. (2015). *Evaluación de programas e intervenciones en psicología*. Madrid: Editorial DYKINSON.
- Perls, F. (1976), *Enfoque Gestáltico y testimonios de terapia*. Santiago de Chile. Chile, Editorial cuatro vientos.
- Reynolds, Richmon, Lowe. (2007). *Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos*. México, Manual Moderno.
- Rogers, C. (1990), *El Proceso de Convertirse en Persona*. México, Editorial Paidós.
- Rojas E. (2004). La ansiedad. Madrid: Booket.

- Sandín, B. (1990). Factores de predisposición en los trastornos de ansiedad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 43, 343-351.
- Sbandi, P. (1990). *Psicología de grupos*. Barcelona, España: Herder.
- Schneider, M. y Corey, G. (1997). *Groups. Process and practice*. California, Estados Unidos de América: Brooks/Cole Publishing Company.
- Sinay, Blasberg. (2000). *Gestalt para Principiantes*. Buenos Aires, Era Naciente.
- SISVEA Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. (2015). *Reporte Anual 2015*. México, Ciudad Juárez: SISVEA.
- SISVEA Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. (2016). *Informe junio 2016*. México: SISVEA.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2009). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Spielberger, C. D., Pollans, C. H. & Wordan, T. J. (1984). Anxiety disorders. In S. M. Turner & M. Hersen (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis*. 263-303. New York: John Wiley and Sons.
- Yontef, G. (1997). *Proceso y diálogo en psicoterapia gestáltica*. Chile: Cuatro vientos.
- Zimmermann, D. (1969). *Estudios sobre psicoterapia analítica de grupo*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Páginas web consultadas:

<http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2011/05/22/Bethancourt-Berenice.pdf>

<http://lasadicciones tienensolucion.com/sociedad/la-relacion-entre-el-alcohol-y-la-violencia/>

http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf

https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf

Anexo 1. Entrevista de patrón de consumo

Fecha: _____

1.-Nombre completo: _____

2.- Edad: _____ Sexo: _____

3.- Estado Civi: _____

4.Direccion: _____

5.- Telefono: _____ Escolaridad: _____

6.- Ocupación: _____ Salario mensual: _____

7.- Tiempo trabajando en el empleo actual: _____

8.- ¿Depende económicamente de alguien? Si () NO () ¿de quién? _____

9.- Personas con las que vive: _____

10.- ¿Tiene pareja? _____ Tiempo de relación: _____

11.- Consumo en el último año:

Tipo de sustancia	Forma de consumo	Frecuencia de consumo	Cantidad consumida	Edad de inicio
-Alcohol	Ingerida			
-Marihuana	Inyectada			
-Cocaína	Fumada			
-Heroína	Inhalada			
-Metanfetaminas				
-Inhalables				
-Alucinantes				
-Drogas de diseño				
Medicamentos estimulantes				
Medicamentos depresores				
Tabaco				

12.- Principal sustancia de consumo

(1) Alcohol___ (2) Tabaco___ (3)Marihuana___ (4)Cocaina___ (5)Crack___ (6)Otras ¿Cuál?_____

13.- En caso de consumo de alcohol, ¿Qué tipo de bebidas consume?

(1) Cerveza___ (2) Vino___ (3) Pulque___ (4) Coolers___ (5) Destilado___ (indique cual: ron, ginebra, aguardiente, vodka, whisky, tequila, mezcal, etc. _____

14.- ¿Desde hace cuánto consume en forma excesiva alcohol/drogas? _____

15.- Normalmente consume: _____ (1) solo _____ (2) acompañado

16.- El lugar donde consume normalmente es: _____ (1) público _____ (2) privado

17.- ¿En qué lugares consume con más frecuencia? _____

18.- Una vez que empieza a consumir alcohol/drogas, ¿puede detener su consumo voluntariamente?

____ (1) Si ____ (2) No

19.- Mensualmente, ¿Qué cantidad de su sueldo utiliza en comprar lo siguiente?

_____ Alcohol _____ Tabaco _____ Drogas

Anexo 2 Escala de bloqueos Gestálticos Castanedo-Munguía (2014)

		Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo de acuerdo	Muy de acuerdo	Total acuerdo
	A continuación, encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase e indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas.					
1	Dependo de otras personas y constantemente les pido ayuda.					
2	No puedo descifrar mis sentimientos y emociones.					
3	Cuando me hacen un planteamiento serio me gusta contar chistes.					
4	Cuando no soy perfecto (a) me siento muy mal.					
5	Casi siempre que he fracasado ha sido por los obstáculos					
6	La cabeza me duele a menudo.					
7	Soy fácilmente influenciable					
8	Me cuesta trabajo conocer mis sensaciones, sentimientos y emociones.					
9	No me confronto con mis problemas.					
10	Estoy atado (a) a mis deberes y obligaciones.					
11	Cuando las cosas me salen mal regularmente es por irresponsabilidad de otros.					
12	Guardo muchos secretos y remordimientos.					
13	Me atemoriza quedarme solo (a) y que nadie me ame o cuide de mí.					
14	No presto atención a lo que siento.					
15	Tiendo a divagar y a no centrarme en una sola cosa.					
16	Todos los mandatos se deben cumplir esté o no de acuerdo.					
17	La gente me pone agresivo (a).					
18	Soy mucho más desconsiderado (a) conmigo que con otras personas.					
19	Puedo enamorarme hasta sentir que mi vida depende del otro.					
20	Me cuesta trabajo saber que sentimiento tengo.					
21	Veó TV cuando tengo tareas que hacer.					
22	Soy muy estricto (a) en el cumplimiento de las normas sean buenas o malas.					
23	Mi éxito y mi fracaso en gran parte dependen de los otros.					
24	Aparento serenidad, aunque por dentro "explote".					
25	Permito que otras personas decidan por mí que hacer en cosas importantes.					
26	No puedo decir cómo me siento.					
27	Es fácil que cambie de tema en una conversación.					
28	Lo que mis padres dijeron es incuestionable.					
29	Otras personas dificultan mis logros.					
30	Me duelen los músculos, aunque no haya realizado ejercicio.					
31	Permito que otras personas influyan en mis decisiones.					
32	No puedo reconocer mis sentimientos y emociones.					

*Psicoterapia grupal humanista: ansiedad y bloqueos gestálticos con hombres
consumidores de drogas”*

Xochithl Isabel Rodríguez Quiñonez

33	Me entretengo mucho tiempo con la computadora cuando tengo otras cosas que hacer.					
34	Me siento muy irritado (a) cuando las cosas no se hacen como se deben.					
35	Mis dificultades con las personas son porque ellos no me entienden.					
36	No expreso lo que pienso ni lo que siento.					
37	Pido a otras personas que me guíen en lo que hago.					
38	Me cuesta trabajo conocer mis emociones.					
39	Me gusta mucho imaginar cosas aunque no las haga en realidad.					
40	Me preocupo demasiado si no cumplo todas las normas, aunque no esté de acuerdo con ellas.					
41	No soy valorado por las personas cercanas a mí.					
42	Siento hormigueo en el cuerpo o vértigo cuando estoy bajo presión.					
43	Me cuesta trabajo poner límites a otras personas.					
44	Me cuesta trabajo conocer mis sentimientos.					
45	Cuando hablo doy muchos rodeos a lo que realmente quiero decir.					
46	Todo lo que hago debe ser perfecto.					
47	Siempre habrá envidiosos que no permiten la superación.					
48	Aunque tenga un nudo en la garganta no lloro.					

Anexo 3 Escala de ansiedad

Para cada oración, encierre su respuesta en un círculo.		
SI	NO	1. Me preocupa hacer lo correcto.
SI	NO	2. Es frecuente que me sienta inquieto.
SI	NO	3. Me preocupo por lo que podría pasarle a mi familia.
SI	NO	4. Siempre soy agradable con todos.
SI	NO	5. Me pongo nerviosa cuando las cosas no salen bien para mí.
SI	NO	6. Muchas veces me siento acelerada o intranquila.
SI	NO	7. Es fácil que me sienta mal cuando me llaman la atención.
SI	NO	8. Siempre soy amable.
SI	NO	9. Me preocupo por cosas que no tienen importancia.
SI	NO	10. Es frecuente que la gente diga que soy inquieta.
SI	NO	11. La vida se está complicando demasiado.
SI	NO	12. Siempre soy educada.
SI	NO	13. Es fácil que hieran mis sentimientos.
SI	NO	14. Es frecuente que sienta mi cuerpo tenso.
SI	NO	15. Me preocupa el dinero.
SI	NO	16. Me preocupa lo que va a pasar.
SI	NO	17. Estoy nerviosa.
SI	NO	18. Me cuesta trabajo tomar decisiones.
SI	NO	19. Me preocupa hacerme vieja.
SI	NO	20. Me preocupa el futuro.
SI	NO	21. Mis músculos se sienten tensos.
SI	NO	22. Me preocupa como me está yendo en el trabajo.
SI	NO	23. Es fácil que me desespere con los demás.
SI	NO	24. Siempre digo la verdad.
SI	NO	25. Me preocupa lo que los demás piensen de mí.
SI	NO	26. Me cuesta mucho trabajo estar quieta.
SI	NO	27. Me preocupa la muerte.
SI	NO	28. Siempre soy buena.
SI	NO	29. Muchas veces me siento cansada.
SI	NO	30. Me preocupo cuando me acuesto a dormir.
SI	NO	31. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal.
SI	NO	32. Me caen bien todas las personas que conozco.
SI	NO	33. Me siento preocupada gran parte del tiempo.
SI	NO	34. Me despierto pensando en mis problemas.
SI	NO	35. Es frecuente que me sienta muy estresada.
SI	NO	36. Parece que los demás hacen las cosas más fácilmente que yo.