



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 humanista en la experiencia de ansiedad
existencial de consumidores de sustancias psicoactivas”**

Tesis que para obtener grado de Maestra en Psicoterapia Humanista
y Educación para la Paz

Por

Tatiana Alexandra Tamayo Zapata
Becada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Dirección
Dr. Francisco Antonio Calderón González

Codirección
Mtro. Víctor José Rivera Forero
Universidad de la Costa, Barranquilla, Colombia

Ciudad Juárez, Chihuahua

19 de mayo de 2021

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

MAESTRÍA 
**Psicoterapia Humanista
y Educación para la Paz**

**“Psicoterapia humanista en la experiencia de ansiedad
existencial de consumidores de sustancias psicoactivas”**

Tesis que para obtener grado de Maestra en Psicoterapia Humanista
y Educación para la Paz
LGAC: Psicoterapia Gestalt y Humanista

Por

Tatiana Alexandra Tamayo Zapata

*Becada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
ORCID 0000-0003-4152-9210*

Dirección

Dr. Francisco Antonio Calderón González

ORCID 0000-0002-2151-7450

Codirección

Mtro. Víctor José Rivera Forero

Universidad de la Costa, Barranquilla, Colombia

Comité Tutorial

Ciudad Juárez, Chihuahua

19 de mayo de 2021

Agradecimientos

Dedicatoria

Comité Lector

Resumen

El consumo de sustancias psicoactivas de manera adictiva consiste en un problema de salud pública cuyas causas y manifestaciones son variadas y complejas, en las áreas familiar, de pareja, laboral, escolar, afecciones médicas y mayor predisposición a trastornos mentales. Esta intervención tuvo como objetivo describir los cambios con respecto a la experiencia de ansiedad existencial de dos usuarios en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas. Se realizaron 12 sesiones en tres etapas: registro de la condición inicial, intervención por medio de técnicas de psicoterapia humanista y evaluación de resultados. La metodología utilizada ha sido desde el enfoque cualitativo fenomenológico con alcance descriptivo, estudio de caso múltiple con muestreo a conveniencia para la selección de dos participantes. Como estrategias en la recolección de información se realizaron entrevistas semiestructuradas y notas de evolución que se enriquecieron con instrumentos para la identificación de las características del consumo como Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas, Cuestionario Breve de Confianza Situacional, Escala de Satisfacción General y el Inventario de Ansiedad de Beck. La intervención incluyó la comprensión de diferentes áreas de la vida de los participantes por medio un proceso de psicoterapia con enfoque humanista existencial. Se evidenció que al inicio de la intervención los participantes mostraban una vivencia de la ansiedad existencial neurótica, para empezar a desarrollar formas de afrontamiento de manera constructiva, afirmándose como seres responsables de su vida.

Palabras clave: Consumo de sustancias, Experiencia de ansiedad existencial, Psicoterapia humanista.

Abstract

Addictive use of psychoactive substances is a public health problem that can cause negative effects on a family, couple, work, and school areas, besides medical conditions and increased predisposition to mental disorders. This intervention aimed to describe the changes regarding the experience of existential anxiety of two subjects in a rehabilitation center. Method: qualitative phenomenological descriptive, case study multiple, random sampling. Where used semi-structured interviews and evolution notes that were complemented with measurement instruments about the characteristics of taking drugs such as the Inventory of Drug Use Situations, Brief Situational Confidence Questionnaire, General Satisfaction Scale, and Beck's Anxiety Inventory. The intervention was carried out in 12 sessions for each participant, in 3 stages: evaluation, intervention, and closure, based on existential therapy. Participants experienced existential anxiety in a restrictive way that was leading them to neurosis, results show that the intervention promoted constructive coping strategies, affirming themselves as beings responsible for their life.

Key words: addiction, experience of existential anxiety, humanistic psychotherapy.

Tabla de contenido

Resumen.....	6
Introducción.....	10
Formulación del problema	10
Antecedentes de intervención en las adicciones.....	19
Justificación de la intervención psicoterapéutica humanista.....	24
Objetivos del estudio	26
General	26
Específicos.....	26
Capítulo I. Soporte Teórico.....	27
Consumo de sustancias psicoactivas.....	27
Uso, abuso y adicción	28
Políticas públicas para el tratamiento y prevención	30
El modelo de reducción de riesgos y daños	31
Psicoterapia humanista Gestalt.....	32
Psicoterapia humanista existencial	36
Ansiedad existencial	38
Valores y experiencia de ansiedad existencial	39
Deseo, voluntad e intencionalidad	40
Recursos noológicos	42
Estrategias de afrontamiento de la ansiedad existencial	46
Las dimensiones de la vida humana	47
Capítulo II. Metodología	48
Enfoque	48
Tipo de estudio	50
Diseño	50
Categorías del estudio.....	51
Supuesto de intervención	52
Técnicas e instrumentos de registro.....	53
Consideraciones éticas	56
Población a la que se dirige la intervención.....	58
Selección de participantes	58
Sistematización de la información y método de análisis	59
Capítulo III. Resultados	61
Participantes	61
Participante 1	62
Condición inicial del participante 1	63
Descripción inicial ansiedad existencial participante 1	65
Proceso psicoterapéutico del Participante 1	67
Participante 2.....	91
Condición inicial del participante 2.....	92
Descripción inicial ansiedad existencial participante 2	94
Proceso psicoterapéutico del participante 2	96
Discusión.....	119
Capítulo IV. Conclusiones y recomendaciones.....	124

Referencias documentales	126
Anexos	133
Anexo 1. Consentimiento Informado.....	133
Anexo 2. Instrumentos de registro.....	135
2.1 Entrevista semiestructurada.....	135
2.2 Notas de evolución.....	136
2.3 Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD)	137
2.4 Inventario de Ansiedad de Beck	140
2.5 Escala de Satisfacción General	141
2.6 Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS1)	142
Anexo 3. Oficios de autorización institucional	143

Índice de tablas y gráficos

Tablas

Tabla 1. Criterios diagnósticos del Criterio A, común para todas las sustancias	29
Tabla 2. Restricción de los recursos noológicos	45
Tabla 3. Características sociodemográficas de los participantes	61
Tabla 4. Resultados previos P1 Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas..	63
Tabla 5. Resultados previos P1 Escala de Satisfacción General	64
Tabla 6. Resultados previos P1 Cuestionario Breve de Confianza Situacional	64
Tabla 7. Primera unidad de análisis P1. Dimensiones de la vida humana.....	81
Tabla 8. Segunda unidad de análisis P1. Proceso terapéutico	88
Tabla 9. Resultados previos P2 Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas..	93
Tabla 10. Resultados previos P2 Escala de Satisfacción General	93
Tabla 11. Resultados previos P1 Cuestionario Breve de Confianza Situacional ...	94
Tabla 12. Primera unidad de análisis P2. Dimensiones de la vida humana	109
Tabla 13. Segunda unidad de análisis P2. Proceso terapéutico	116
Tabla 14. Descripción de cambios con respecto a la experiencia de ansiedad existencial participante 1. Primera unidad de análisis	120
Tabla 15. Descripción de cambios con respecto a la experiencia de ansiedad existencial participante 1. Segunda unidad de análisis	121
Tabla 16. Descripción de cambios con respecto a la experiencia de ansiedad existencial participante 2. Primera unidad de análisis	122
Tabla 17. Descripción de cambios con respecto a la experiencia de ansiedad existencial participante 2. Segunda unidad de análisis	123

Gráficos

Gráfica 1. Evolución mundial consumo de sustancias psicoactivas	12
Gráfica 2. Evolución consumo de sustancias a nivel nacional	13

Introducción

La adicción a sustancias psicoactivas de manera clínica se entiende como el consumo repetitivo de una o varias drogas o incluso de medicamentos autoadministrados, que, aunque trae consigo consecuencias negativas, se evidencia que los intentos por disminuir, controlar o eliminar este consumo suelen fallar y se acompañan de signos clínicos como la tolerancia y la abstinencia. Se han identificado diversas consecuencias negativas que afectan en varias áreas de la persona que consume sustancias psicoactivas, como la familiar, de pareja, laboral, escolar o incluso tienen implicaciones en la salud o predisposición a trastornos mentales, como la depresión, trastornos de ansiedad y trastornos de la personalidad. Al ser la adicción un tema complejo y diverso de abordar existen gran variedad de abordajes de intervención que van desde terapia individual, grupal, intervenciones ambulatorias o residenciales y en comunidades terapéuticas con o sin profesionales, entre otros. Por lo regular, dichos enfoques apuntan a la abstinencia como principal objetivo, llegando a presentar resultados positivos, pero al medir la efectividad en el índice de permanencia en la abstinencia que pueden llegar a presentar las personas en recuperación, se estima que no supera al 20% después del primer año de tratamiento.

Formulación del problema

El consumo de drogas es una problemática de salud pública donde se ha evidenciado cambios en la historia de las dinámicas del consumo, tanto a nivel mundial como nacional. Para el año 2004 en el mundo, cerca de 185 millones de personas, es decir el 4.7% de la población entre 15 a 64 años había consumido drogas, de estos por lo menos el 5% presentaba consumo adictivo según la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC, 2004). Se ha registrado que para el 2009 a nivel mundial 210 millones de personas reportaron haber consumido drogas (UNODC, 2017). En 2014 se estimaba que entre 155 y 210 millones de personas habían consumido drogas, representando el 5.7% de la población entre 15 y 64 años, con un consumo problemático entre el 10 al 15%. Sin embargo, se presenta dificultad a la hora de establecer medidas precisas para estos datos, debido a que países como Estados Unidos utilizan manuales

diagnósticos como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM] o el Clasificación Internacional de las Enfermedades [CIE], pero en países de Asia solo cuentan a las personas que utilizan drogas inyectables de manera prolongada (UNODC, 2017).

Para el año 2017, esta cifra incrementó en un 30%, estimando que 271 millones de personas de 15 a 64 años habían consumido alguna sustancia psicoactiva (UNODC, 2017). Adicionalmente, se evidenció una alta prevalencia en América del Norte, África, Europa y Asia del uso de sustancias de tipo opiáceos, así como un incremento del consumo de metanfetaminas en Asia y América del Norte, donde la marihuana ha sido la droga de mayor uso (UNODC, 2017). A nivel mundial, la marihuana se ha mantenido estable como la sustancia de mayor consumo, seguida por los estimulantes anfetamínicos (UNODC, 2004; UNODC, 2010; UNODC, 2015), aunque la cocaína y los opiáceos se encontraban en tercer y cuarto lugar respectivamente en el año 2004 (UNODC, 2004). Sin embargo, en el 2010 el consumo de opiáceos aumentó, ocupando el tercer lugar seguido de la cocaína (UNODC, 2010).

Al analizar los datos por regiones del mundo, la Organización de los Estados Americanos y Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [OEA/CICAD] identificaron que para el 2019, el alcohol, la marihuana, la cocaína y los estimulantes de tipo anfetamínico fueron los que presentaron mayor prevalencia en el continente americano, donde el consumo es mayor en los hombres que en las mujeres y que en general, el inicio del consumo se encuentra ubicado a los 15 años, pero el grupo etario con mayores tasas de consumo problemático se ubica entre los 18 a 34 años (OEA/CICAD, 2019).

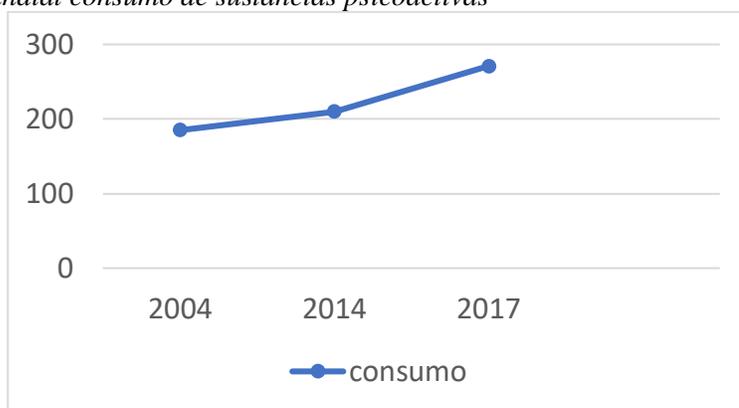
De acuerdo con el consumo por regiones del mundo de sustancias específicas, se encuentra que la prevalencia del consumo de alcohol se encuentra entre el 30% y el 50% en los países de las Américas, iniciando generalmente en la etapa de educación secundaria, se evidencia que en mayor medida se da en los hombres, pero dentro de países como Colombia, Guyana y Panamá se encuentran los niveles más altos de consumo en mujeres

entre el 12% y 17%. El consumo de marihuana ha mostrado un incremento general en la población, países como Canadá, Estados Unidos, Chile y Jamaica presentaron la prevalencia más alta de consumo, se observó aumento del riesgo debido a las nuevas formas de consumo, como por ejemplo el vapeo en Estados Unidos, del cual aún no se cuentan con datos claros de sus efectos (OEA/CICAD, 2019). En México, la Secretaría de Salud (2016) encontró que el alcohol era la principal droga de inicio, así como la principal causa para requerir tratamiento.

La gran oferta de la marihuana, su despenalización en algunos países y su utilización de forma médica puede generar una menor percepción de riesgo por su consumo entre las personas que la utilizan (OEA/CICAD, 2019). Aunque la marihuana presenta mayor prevalencia, el consumo de opiáceos se considera más problemático, siendo éste una de las principales causas de búsqueda de tratamiento, en Europa un 56% y en Asia un 60% de la población en recuperación (UNODC, 2004; UNODC, 2010). En la gráfica 1, se observa que a nivel mundial el consumo de drogas ha ido incrementando de acuerdo con las cifras presentadas.

Gráfica 1.

Evolución mundial consumo de sustancias psicoactivas



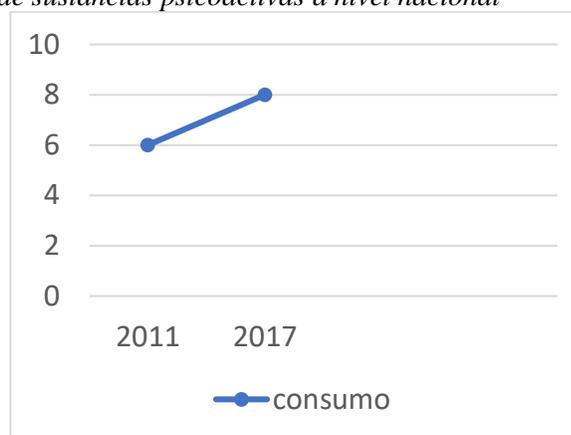
Fuente: Elaboración propia a partir de las cifras UNODC (2004, 2017).

Se ha estimado que cerca de 17 millones de personas con edades comprendidas entre 15 y 64 años han consumido cocaína en el último año a nivel mundial, se resalta que, de esa cifra, la mitad, es decir 8.5 millones de personas que se reportaron en América, presentaron una prevalencia de 0.35%, siendo Estados Unidos, Canadá, Uruguay y

Argentina los de mayor consumo de cocaína, mientras que Estados Unidos y Costa Rica de *crack* [combinación de clorhidrato de cocaína y bicarbonato sódico] (OEA/CICAD, 2019). Así mismo, los estimulantes de tipo anfetamínico entre los que se encuentran el éxtasis, las anfetaminas y metanfetaminas han mostrado un incremento en el consumo, pues en Estados Unidos y Canadá presentaron una mayor prevalencia del consumo en la población en general de un 0.9% (OEA/CICAD, 2019).

Gráfica 2.

Evolución consumo de sustancias psicoactivas a nivel nacional



Fuente: Elaboración propia a partir de las cifras de Secretaría de Salud (2019, 2020).

En el contexto nacional para el 2017, el Observatorio Mexicano de Drogas indicó que las drogas con mayor prevalencia de consumo eran el alcohol con 35.1%, la marihuana con 30.7%, las anfetaminas con 14.3%, seguido del tabaco con 10.8%, la cocaína con 5.0% y los opiáceos con un 0.3%. De éstas se destaca que los opiáceos son los que cuentan con un más alto nivel de dependencia con un 76.38%, seguido por los estimulantes de tipo anfetamínico con 57.15% y la cocaína con 47.03%, según datos publicados por la Comisión Nacional contra las Adicciones [CONADIC] (CONADIC, 2019a). Por lo tanto, si bien la prevalencia de los últimos tres es menor, al generar mayor dependencia aumenta la necesidad de que los consumidores requieran un tratamiento. En promedio, la edad de inicio del consumo en México se da a los 15 años, donde el 60% de las personas que consumen de manera dependiente tienen como ocupación ser estudiantes de tiempo completo, con escolaridad de secundaria o bachillerato en su mayoría (CONADIC, 2019a).

En la gráfica 2, se observa que a nivel nacional ha incrementado el consumo de sustancias psicoactivas, de acuerdo con información mencionada.

En el ámbito regional, de acuerdo con los datos de la Secretaría de Salud [SS] se ha observado un aumento del consumo de sustancias dentro del Estado de Chihuahua, evidenciado en el número creciente de personas que han requerido tratamiento por la dependencia de estas, pues para el inicio de la década, en el 2011 se atendieron 109 mujeres y 132 hombres, mientras que en 2019 se atendieron a 2 067 mujeres y 3 736 hombres de forma ambulatoria. En Ciudad Juárez se pasó de 3 casos de mujeres y 13 de hombres en 2011, a 390 mujeres y 1 000 hombres en el 2019. Se encuentra igualmente que en el 2017 se presentó el mayor número de personas atendidas entre este periodo de tiempo (SS, 2020).

Consumir drogas trae consigo consecuencias negativas para la vida de las personas, esto puede generar altos costos en el sistema de salud, entre ellos se encuentra la muerte. Se estimó que en el 2017, por lo menos 585 000 personas murieron en el mundo por causas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas, tanto por los trastornos adictivos, como por enfermedades como cáncer o hepatitis C causadas por el consumo. Se observó que la mayor morbilidad está ubicada en América y Asia, relacionado especialmente con el consumo de sustancias de tipo opiáceos (UNODC, 2019).

De acuerdo con CONADIC (2019a) entre el 2013 y el 2017, se presentaron 14 907 muertes, de los cuales 14 042 eran hombres y 865 mujeres. Además de la muerte, las drogas acarrearán importantes problemas de salud. En el 2017 ingresaron a las unidades de hospitalización 8 435 personas, 1 178 mujeres y 7 255 hombres por problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. Específicamente en Chihuahua fueron atendidos 231, de estos 91 de ellos debido al consumo de alcohol. La población de 18 a 34 años es la que tiene mayor dificultad social y menor capacidad para desarrollar sus actividades dentro de estos se encuentra el mayor número de días perdidos al año según el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP, 2017).

Además de la muerte, se evidencian otras patologías asociadas al consumo de sustancias psicoactivas de manera prolongada como son efectos negativos de tipo psicológico, biológico y social, donde se destaca que el alcohol se asocia con alto riesgo de cáncer y disminución de la capacidad cognoscitiva de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud [OMS] (OMS, 2010). Para el Centro de Integración Juvenil [CIJ], la marihuana puede generar episodios de ansiedad, depresión e incluso falta de motivación (CIJ, 2004) y la cocaína puede generar estados de psicosis o insuficiencia cardiaca según la Organización Panamericana de Salud [OPS] (OPS, 2009). Se encontró que se pueden presentar conductas agresivas o antisociales de acuerdo con el CIJ (2010), o presentar conductas sexuales de riesgo, estimando que por lo menos 2.5% de las personas que usan drogas inyectadas viven con VIH (CONADIC, 2019b).

El consumo de alcohol de manera frecuente puede provocar amnesia, afección hepática según la Asociación Americana de Psicología (APA, 2014), además de pérdida de la capacidad cerebral y cognoscitiva, mayor riesgo de cáncer y varios problemas médicos asociados (OMS, 2010). Así mismo, el consumo de alcohol generó comportamientos de alto riesgo como sostener relaciones sexuales sin protección, lo cual aumenta la posibilidad de contagio de enfermedades de transmisión sexual asociado al consumo de otras drogas (CIJ, 2010), así mismo puede dar lugar a conductas sociales violentas (APA, 2014).

La vía de consumo más común de la marihuana es por medio de la combustión, por lo que al igual que el tabaco, genera daños en las vías respiratorias. En adolescentes, el consumo prolongado de marihuana puede interferir en su desarrollo, así como generar estados de depresión y ansiedad. Otro de los efectos es el denominado síndrome amotivacional que se caracteriza por estados agudos de desmotivación, falta de energía y pérdida de interés de realizar actos correspondientes a la edad (CIJ, 2004). La cocaína es consumida generalmente en polvo, en pasta o en la droga conocida como *crack*, la edad de inicio de consumo se ubica entre los 12 y 17 años (CIJ, 2004); el consumo regular puede generar psicosis, ansiedad, depresión, comportamiento violento o a nivel físico generar insuficiencia cardiaca que puede producir la muerte (OPS, 2009).

De manera común, se encuentra que las personas que presentan consumo de sustancias de manera adictiva cuentan también con otros trastornos de salud mental, la coexistencia de estos dos trastornos se denomina *patología dual*, por lo tanto, este factor debe tenerse en cuenta a la hora de la intervención para que sean tratados ambos trastornos a la vez. La sociedad científica española de estudios sobre el alcohol, alcoholismo y otras toxicomanías [Socidrogalcohol] en el año 2010, señaló que los trastornos de personalidad y del estado del ánimo son los que mayormente se presentan. Como parte de la explicación del problema de consumo de sustancias psicoactivas de manera prolongada, se tienen en cuenta los factores de riesgo o de protección. Se encontró que estos son aquellas características sociales o individuales que pueden llegar a incrementar o disminuir la probabilidad de presentar, en este caso, una adicción. Dentro de estos factores se han identificado algunos referentes a los familiares, individuales, culturales, así como comunitarios y las relaciones con los pares o la escuela (Socidrogalcohol, 2010).

La familia tradicionalmente se ha visto como el ente primero que se encarga de instaurar las reglas para vivir en la sociedad, dentro de esta también se promueve el desarrollo emocional, personal, cognitivo e incluso espiritual (Alpízar Jiménez, 2016). En un escenario ideal, la familia ha sido considerada como un factor de protección al contar con dinámicas positivas, que incluyan la comunicación y normas de disciplina claras (Socidrogalcohol, 2010), por el contrario, la presencia de miembros consumidores de sustancias, diferentes manifestaciones de violencia o una baja percepción del riesgo del consumo de sustancias, se mostraron como factores de riesgo para presentar adicción a sustancias (CIJ, 2004).

Se han identificado varios factores de riesgo dentro de los que se encuentran características personales y sociales que pueden llegar a incrementar la probabilidad de presentar consumo de drogas de manera dependiente (Socidrogalcohol, 2010). La presencia de miembros de la familia que sean consumidores, baja percepción de riesgo de las sustancias, diversas manifestaciones de violencia (CIJ, 2004), altos niveles de estrés de manera prolongada (Ruisoto & Contador, 2019), así como actitudes favorables como grupo

(Socidrogalcohol, 2010), dentro de factores de riesgo en el ámbito familiar, individual, comunitario y con los pares.

Los factores culturales y comunitarios se encuentran relacionados, en estos se incluyen características como un nivel socioeconómico bajo, creencias y normas flexibles hacia el consumo de sustancias, baja percepción de riesgo y facilidad para conseguir drogas son factores de riesgo para la adicción al consumo de sustancias (Socidrogalcohol, 2010). Por otro lado, el apoyo social, espacios para actividades como ejercicio (Ruisoto & Contador, 2019), normas que promuevan el descenso del consumo y les brinden expectativas positivas para su futuro (Socidrogalcohol, 2010) son factores de protección para la evitación de las adicciones.

Las actitudes favorables del grupo de pares hacia las drogas, compañeros que consuman y que rechacen a quien no, se consideran factores de riesgo para desarrollar las adicciones (Socidrogalcohol, 2010). En este sentido, si el grupo es un factor para la aparición de la adicción, también es un factor importante para la curación (Ovejero Bernal, 2000). Por otro lado, la resistencia a la presión social negativa, el apego a compañías no consumidoras y el enganche a actividades de manejo de tiempo libre de forma positiva, son considerados factores protectores (Socidrogalcohol, 2010). Otro factor de riesgo puede ser un bajo nivel o deserción escolar, así como conductas antisociales, enmarcado dentro del tipo de escuela, específicamente aquellas que son muy grandes. Aunque si la escuela brinda una educación de calidad, un clima positivo a nivel institucional o se encuentra una percepción de apoyo al personal y a los estudiantes, esta podrá ser considerada como un factor de protección (Socidrogalcohol, 2010).

La adicción a sustancias se considera como un trastorno recurrente, según Menon & Kandasamy (2018) se encontraron cifras de recaída de más del 75% en consumidores de alcohol y del 80-95% en policonsumidores de nicotina, heroína y alcohol, dentro del año siguiente a la intervención. A nivel regional, CONADIC (2019b) encontró cifras de hasta un 90% de probabilidad de recaída en personas consumidoras de sustancias ubicadas en las ciudades fronterizas con Estados Unidos.

Los tratamientos actuales se enfocan en la permanencia de la abstinencia, como objetivo total y rápido dentro de la terapia (Tizoc-Marquéz, Rivera-Fierro, Rieke-Campoy y Cruz-Palomares, 2017), por lo tanto, la recaída es uno de los factores importantes a considerar dentro del tratamiento de adicciones. La recaída se entiende como el volver nuevamente a patrones de comportamiento y de pensamiento utilizados en la adicción, que por medio del tratamiento se habían superado, pero que al presentarse nuevamente el consumo activo se retorna al estado inicial (Martínez, Rodríguez y Vinces, 2019). Por otro lado, Brownell y Schulthess (2013) mencionan que a través de la recaída se crea un aprendizaje para buscar modificar la dinámica del comportamiento, por lo tanto, indican que el objetivo de la terapia sería la reducción de daños.

A mayor tiempo de consumo, mayor es la relación que se tiene con las dificultades para permanecer en abstinencia, esto debido a los cambios que se producen por el consumo prolongado en el cerebro (Martínez, Rodríguez y Vinces, 2019; Sinha, 2007), así también como el estrés (Martínez, Rodríguez y Vinces, 2019; Ruisoto & Contador, 2019; Sinha, 2007). Los factores de riesgo de la recaída pueden influir en la continuación del tratamiento, esto especialmente cuando la modalidad es ambulatoria (Calvo-García et al, 2016). Los factores individuales están los biológicos Existen cambios en el cerebro que se producen por niveles de estrés altos de manera crónica, estos cambios favorecen los cambios que se presentan al momento del consumo de sustancias, además ha sido relacionado como un disparador importante del *craving* o ansias y la recaída (Ruisoto & Contador, 2019). Asimismo, factores psicológicos e individuales pueden favorecer el uso de sustancias psicoactivas. Se ha evidenciado que las situaciones de vida negativas que se encuentran asociados a niveles de estrés altos que son factores de riesgo para la presentación y el empeoramiento de los trastornos de adicción (Krenek, Prince & Maisto, 2017; Ruisoto & Contador, 2019; Zilberman, Yadid, Efrato & Rassovsky, 2019).

Desde la psicología humanista, se considera que los síntomas patológicos surgen a partir de la estructura existencial que la persona ha creado en su mundo, con un fin particular. Así, la comprensión de la patología debe preceder a toda explicación externa y comprender la forma en la que el individuo ha estructurado su mundo, explorando el cómo

la persona confronta su experiencia de ansiedad (De Castro, García y González, 2017). No se basa en describir los síntomas que se presentan, más si la estructura existencial en la que estos síntomas surgen, construido por medio de la relación del individuo consigo mismo, con los demás y con el mundo (Aguirre, Delgadillo y Guzmán, 2003). En las adicciones un tema existencial común es la evitación de la toma de responsabilidad de su vida (Sharf, 2012). Por lo tanto, que los consumidores de sustancias buscan no afrontar su experiencia de ansiedad existencial, al generarles angustia e incertidumbre asumir su libertad, de acuerdo con De Castro, García y González (2017), una experiencia de ansiedad asumida de manera destructiva le cierra las posibilidades de la persona, por lo tanto, en el presente, no confronta de manera constructiva las situaciones que se le presentan.

En el siguiente apartado se describen antecedentes de intervención en el trabajo con personas que tienen adicciones a sustancias psicoactivas, se han rescatado los contenidos trabajados, las estrategias, la eficacia y resultados obtenidos.

Antecedentes de intervención en las adicciones

A nivel mundial se han presentado diversas acciones, con el fin de intervenir en la adicción o incluso prevenir el inicio de consumo de alguna sustancia. Las intervenciones en materia de adicción parecen ser tan variadas como las manifestaciones que presentan las personas con esta problemática, donde cada una de las intervenciones enfatiza su interés en un aspecto del cliente, por lo que requieren de una intervención multidisciplinar por lo complejo de su intervención (Ovejero Bernal, 2000).

Socidrogalcohol (2010) indicaron que las terapias cognitivo-conductuales son las que cuentan con mayores estudios en el tratamiento de adicciones, así como mayor evidencia empírica. Refieren que se ha evidenciado su efectividad tanto a nivel grupal o individual, así también presenta mayores resultados a corto, mediano y largo plazo, encontrando que, al ser combinada con otros tratamientos, como el farmacológico, esta efectividad aumenta. Se ha visto un incremento en la utilización de la entrevista motivacional, la cual en varios se encuentra combinada con las terapias cognitivo-

conductuales (Piñeiro, Fernández del Río, López-Durán y Becoña, 2014). Se encuentra así, que estos no abordan el tema de la ansiedad existencial dentro de sus intervenciones.

Por otro lado, González Lomba y López Durán (2017) en España, realizaron una revisión de la literatura de los artículos publicados en PubMed y PsycInfo acerca de la efectividad de los tratamientos en las adicciones, encontrando que los más referenciados eran los que utilizaron la entrevista motivacional, la terapia cognitivo-conductual y las terapias breves. Destacan que la terapia cognitivo conductual arroja resultados positivos al ser combinada con la entrevista motivacional, sin embargo, este resultado positivo no se encuentra en todos los estudios. Por otro lado, exponen que las intervenciones breves son recomendables para tratar con los adolescentes. Llorente del Pozo e Iraurgi-Castillo (2008) mencionan que la combinación de la terapia cognitivo conductual es recomendable realizarla con el modelo del cambio de Prochaska y DiClemente y el de prevención de recaídas de Marlatt, interviniendo así en el aspecto social de la conducta adictiva. Por lo tanto, se evidencia, que estos estudios tampoco abordan la experiencia de ansiedad existencial de los consumidores de sustancias psicoactivas.

Piñeiro et al (2014), midieron las diferencias de la combinación de la entrevista motivacional y la terapia cognitivo-conductual por medio de un grupo experimental y un grupo control de personas adictas al tabaco en España. En este estudio encontraron que no existen diferencias significativas en la implementación de la terapia cognitivo-conductual y la combinación de esta con la entrevista motivacional.

La OMS expuso la eficacia que las terapias breves han mostrado especialmente en el área de la atención primaria, basado en el modelo de cambio de conducta expuesto por Prochaska y DiClemente, utilizando así también la entrevista motivacional para favorecer el cambio (OMS, 2011). Sin embargo, Socidrogalcohol (2010) comentó que los efectos de las intervenciones por medio de la entrevista motivacional tienden a disminuir con el tiempo, por lo que no son suficientes por sí solas, siendo más efectiva como un complemento con otros tratamientos. Así mismo, Díaz-Martínez, Díaz-Martínez, Rodríguez-Machain, Díaz-Anzaldúa, Fernández Varela y Hernández-Avila (2011) realizaron un estudio con

estudiantes universitarios en ciudad de México con dependencia al consumo de alcohol, encontraron que la terapia motivacional presentó mayor efectividad en el tratamiento que la terapia cognitivo-conductual, y que el modelo de intervención grupal presentó mayores beneficios que el de intervención individual.

En Colombia, Torres Carvajal (2010) realizó revisión de la literatura encontrada en la base de datos Med-Line acerca de la efectividad de los tratamientos por medio de la entrevista motivacional. Encontró que esta es útil para la atención primaria, siendo una herramienta efectiva al ser implementada por medio de pequeñas intervenciones a largo plazo, sin embargo, estos resultados no son concluyentes, ya que evidenció algunos estudios en los que no se encontraban resultados positivos, expone que esto puede deberse a que los resultados pueden variar de acuerdo con el profesional que los administre.

Dentro de las terapias utilizadas para el tratamiento de las adicciones, también tiene en cuenta el componente familiar, en este sentido Marcos Sierra y Garrido Fernández (2009) realizaron revisión de la literatura encontrada en bases de datos científicas relacionadas con la terapia familiar en el tratamiento de las adicciones. Mencionaron que los resultados muestran que estas pueden llegar a mejorar la adherencia al tratamiento, así como menor uso de drogas posterior al tratamiento. Indicaron que la terapia familiar presentó una mayor eficacia al implementarlo en grupos. Existe variedad en la modalidad de atención, pudiendo ser individual o grupal, modelos de comunidad terapéutica o grupos de ayuda mutua. Fiestas y Ponce (2012) llevaron a cabo en Perú un estudio por medio de la revisión de literatura en bases científicas, para determinar si existía una mayor efectividad del modelo de comunidad terapéutica, donde no encontraron evidencia que diera información sobre su mayor efectividad, comparado con otras opciones terapéuticas ambulatorias o de corta duración, aunque en un entorno penitenciario evidenciaron que se encuentra un beneficio la implementación de la intervención por medio de comunidad terapéutica.

En México, existen varias opciones que ofrecen el tratamiento a las adicciones por medio de grupos de ayuda mutua. Pavón-León, Gogea Schoechea-Trejo, Blázquez-Morales,

Mejorada Fernández y Meyer Gómez (2014) realizaron un análisis de casos en un centro de ayuda mutua en México, proponiendo un seguimiento en tres momentos diferentes de la atención. De los 94 posibles participantes, 40 decidieron no participar y 27 no terminaron su tratamiento, por evasión o decisión propia. Los resultados de este estudio no pudieron arrojar información sobre la efectividad de este modelo de atención, debido a las negativas de los participantes a brindar información y a no poder ubicarlos al finalizar el tratamiento. Se encontró que mayormente los participantes se encontraban en este centro por presión familiar, por lo cual, se evidencian beneficios momentáneos al estar internados, no hay evidencia de que sean eficaces en el tiempo.

De acuerdo con Rojas, Real, García-Silberman y Medina-Mora (2011) se evidenció que en México el tratamiento más utilizado para la intervención en el tratamiento de adicciones se basó en el método cognitivo-conductual, por medio de la intervención breve. A continuación, se encontraba la terapia de reemplazo, seguido de terapia farmacológica y la psicoterapia. Estos tratamientos encontrados cuentan con el objetivo de reducir los patrones de consumo, así como de mantener la abstinencia de la persona en rehabilitación. Sin embargo, se evidencia la falta de publicaciones para evaluar los resultados obtenidos, así tampoco se encuentran investigaciones con grupos poblacionales, como mujeres, adolescentes o indígenas.

Existen diversos estudios que evidencian la efectividad de los modelos de intervención o los enfoques que se utilizan para el tratamiento de las adicciones, los cuales en algunos momentos llegan a ser contradictorios unos con otros. Pero, aunque se exponen resultados positivos estos tratamientos no parecen brindar una solución a la problemática que se presenta. González Lomba y López Durán (2017) resaltan que el índice de éxito de estos tratamientos es bajo, medido en términos de la abstinencia. Machín Ramírez y Mendoza (2015) refirieron también a las múltiples veces en las que la persona entra a servicios de rehabilitación, alta incidencia de recaídas y falta de instrumentos de evaluación claros de las intervenciones realizadas en los centros ambulatorios y residenciales.

El gobierno de México adelantó actualmente dentro de su estrategia Nacional de Paz y Seguridad 2018-2024 un apartado en donde busca reformular el combate a las drogas (Gobierno de México, 2018). El enfoque planteado en esta estrategia se encuentra relacionado con los principios de la intervención por medio de la reducción de riesgos, ya que menciona lo insostenible que llega a ser el abordaje a la problemática de consumo de sustancias, enfocándose solo en la prohibición de las drogas haciendo las denominadas “guerra contra las drogas” o “guerra contra los narcos”, poniendo el foco de la atención en las personas y en las condiciones sociales que propician un consumo de forma adictiva. Aún no se cuenta con resultados o publicaciones acerca de esta estrategia, pero, por ejemplo, se puede evidenciar los distintos debates políticos que se han realizado en torno a la legalización de la marihuana.

A nivel nacional a manera de prevención, el Gobierno ha creado diversas acciones para la intervención de la problemática, la más reciente consiste en la Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones “Juntos por la paz”, dirigida especialmente a niños y jóvenes, esta se presenta como una plataforma donde puedan ser escuchados y orientados, donde se busca brindarle otras opciones diferentes a las mencionadas dentro de la narco-cultura (CIJ, 2019). Sin embargo, de acuerdo con lo mencionado por Machín Ramírez y Mendoza (2015) este tipo de estrategias presenta, por un lado, implicaciones del consumo de las drogas, disuadir el consumo cuando existe droga y reprimirlo cuando se da, sin contar con un análisis adecuado de la población a la cual va dirigida, ni tener en cuenta sus particularidades, llegando incluso a generar impacto en la pobreza y la marginación.

Recientemente se ha visto la implementación de un enfoque de reducción de riesgos. Tizoc-Marques, Rivero-Fierro, Rieke-Campoy y Cruz-Palomares (2017) exponen que la reducción de riesgos es una propuesta de tratamiento desde los objetivos de cada uno, dependiendo también de la experiencia de cada individuo. Esta intervención no apunta directamente a la abstinencia en poco tiempo como lo proponen las intervenciones previamente realizadas, la abstinencia se puede presentar si es el deseo de la persona. Este enfoque plantea ver a la persona como alguien que requiere de una intervención en salud, más no un criminal.

En los últimos años ha tomado fuerza un nuevo enfoque de tratamiento para las adicciones más integral, que no se encuentra basado en la abstinencia como única meta alcanzable, el cual se denomina *reducción de riesgos*. De acuerdo con Tatarsky & Marlatt (2010) cerca del 75% de los servicios que se ofrecen en Estados Unidos cuentan con esta particularidad, lo cual genera que varias personas no solo busquen ayuda médica, sino otros profesionales de salud con objetivos a largo plazo considerando, de acuerdo con Tatarsky (2003), sus necesidades. El tratamiento de reducción de riesgos cuenta con un enfoque biopsicosocial (Little, 2008), el cual no se encuentra en contra de la abstinencia como objetivo terapéutico, más bien la complementa (Insúa Cerretani y Grijalvo López, 2000), al enfatizar la concientización de la experiencia de la persona y el significado que ésta le da a la sustancia consumida, lo cual ha sido factor relevante en la prevención de recaídas (Tatarsky, 2002).

Dentro de los factores psicológicos implicados en la recaída se encuentra el desarrollo de la personalidad, Ovejero Bernal (2000) se refiere a las adicciones como una forma de crear nuevas identidades sociales, el cual, especialmente en la adolescencia es muy susceptible a los grupos de pares con los que se relacione la persona. Los factores de protección en esta área estarían ligadas a un autoconcepto positivo, al desarrollo de habilidades socioemocionales, a la presentación de resiliencia o a contar con aspiraciones para el futuro claras (Socidrogalcohol, 2010).

Se evidencia que de los estudios publicados es poco lo que se habla acerca de la experiencia de ansiedad, no entendida solamente desde su concepción fisiológica, por lo tanto, el presente estudio se guio por la siguiente pregunta de intervención *¿Cuáles son los cambios con respecto a la experiencia de ansiedad existencial de los consumidores de sustancias psicoactivas por medio de la psicoterapia humanista?*

Justificación de la intervención psicoterapéutica humanista

Como se ha señalado, el consumo de drogas en México y en el mundo se considera un problema de salud pública porque más que ser un problema de salud de un individuo, es un problema social de varias comunidades, por lo tanto, es importante intervenirlo. Las

acciones tomadas para la intervención de la situación si bien han mostrado resultados positivos, se sigue evidenciando un incremento en los casos que requieren intervención, así como el gran porcentaje de recaídas que se presentan. Por otro lado, no se evidencian instrumentos claros dentro de las instituciones que brinden información de una evaluación objetiva de la efectividad de los diferentes modelos utilizados para la atención de las adicciones.

Un enfoque emergente para la intervención y prevención de las adicciones es el de reducción de riesgos y daños, este presenta un modelo de intervención complejo, tomando en cuenta el contexto de la persona, desde el cual esta construye su identidad y ubica sus opciones y posibilidades para el futuro. Esto, junto con la poca investigación realizada en torno a los efectos de la psicoterapia humanista para la intervención de las adicciones son algunas de las razones escogidas para llevar a cabo este estudio de intervención.

Para esta propuesta de intervención se ha tomado como población y directos beneficiarios a personas consumidoras de sustancias psicoactivas que asisten a un centro de rehabilitación de uso de drogas de una Asociación Civil de Ciudad Juárez, que complementará el objetivo que presenta la Asociación al buscar el acompañamiento y la intervención para buscar disminuir o eliminar el consumo que estos usuarios presentan, por medio de su modelo de ayuda mutua, esta, al no utilizar profesionales para la atención que brinda puede dejar temas sin tratar de manera personal o grupal, como por ejemplo el afrontamiento de la experiencia de ansiedad. Por medio de esta intervención se fortalece el afrontamiento de la experiencia de ansiedad existencial consumidores de sustancias psicoactivas, promoviendo la toma de decisiones responsables y más saludables, el cual va a fortalecer su proceso de recuperación y contribuir en su bienestar mental.

Así, es pertinente implementar un proceso de psicoterapia humanista que permita más allá de buscar eliminar el deseo de consumir, que la persona encamine su energía a afirmar sus valores, afrontando así de una manera más constructiva su ansiedad existencial, lo que con el tiempo se espera dé la oportunidad de mantener la abstinencia.

Objetivos del estudio

General

Describir los cambios con respecto a la experiencia de ansiedad en consumidores de sustancias psicoactivas por medio de la psicoterapia humanista

Específicos

1. Identificar las características del consumo de sustancias psicoactivas de los participantes por medio de la aplicación de instrumentos
2. Diseñar e implementar un proceso de psicoterapia humanista en consumidores de sustancias psicoactivas
3. Describir y evaluar los cambios en la experiencia de ansiedad existencial de los participantes de acuerdo a las formas de afrontamiento neurótica o constructiva.

En el siguiente apartado se abordan los fundamentos teóricos útiles en la comprensión de las adicciones y se expone el modelo de trabajo desde el cual se ha abordado la presente intervención psicoterapéutica.

Capítulo I. Soporte Teórico

Las drogas son sustancias que al estar dentro del organismo generan alteraciones en la consciencia. Los consumidores de sustancias psicoactivas de manera adictiva presentan un deseo constante de conseguir la droga, aun cuando esto les pueda causar efectos negativos en su vida. La experiencia de la ansiedad existencial se experimenta de manera constructiva o de manera destructiva. De acuerdo con De Castro, García y González (2017) desde la psicoterapia humanista existencial, de forma constante buscamos la seguridad, puesto que los cambios tienen a generar miedo, cuando la forma de afrontar esta experiencia de ansiedad se da de manera destructiva se afirman valores pasados, aun cuando ya no son funcionales para la persona, esto aun cuando los valores no son estáticos y se actualizan con el crecimiento propio. En los consumidores de sustancias psicoactivas se evidencia que sus formas de afrontar la experiencia de ansiedad están relacionadas con suplir malestar fisiológico o relacional. A continuación, se expondrán más estos términos y el cómo se relacionan con el objetivo de este proyecto.

Consumo de sustancias psicoactivas

Se entiende por drogas a las sustancias que de manera natural no son producidas por el cuerpo y que cuando se introducen en el organismo generan cambios en el funcionamiento normal, ya que afecta el pensamiento, la memoria, el estado de ánimo y el comportamiento (CIJ, 2004). En la actualidad, el término droga se utiliza para definir las sustancias, ya sean legales o ilegales, que alteran funciones psíquicas del organismo, se consumen por el placer que generan y no se pueden usar con fines terapéuticos (CONADIC, s.f.). Existe una gran variedad de drogas utilizadas, entre las más conocidas se encuentran el alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos, los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, los estimulantes, el tabaco y otras sustancias, las cuales son las que se encuentran incluidas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición [DSM-5] (APA, 2014).

Las drogas se pueden clasificar como legal o ilegal o por los efectos que generan en el sistema nervioso central. Por un lado, se encuentran los estimulantes, que producen

sensación de euforia y excitación, como la cocaína, anfetaminas, metanfetaminas o el éxtasis; están también las depresoras, que pueden generar estados de relajación, como los derivados del opio (morfina, heroína, codeína), tranquilizantes o inhalables; por último, las alucinógenas, que alteran la percepción y pueden generar alucinaciones, se encuentra la marihuana, el peyote, los hongos o la dietilamida del ácido lisérgico [LSD] (CONADIC, s.f.).

Uso, abuso y adicción

La diferencia entre el uso, el abuso y la adicción, va a estar relacionada con la frecuencia del consumo y las consecuencias negativas que este le trae al sujeto. De acuerdo con Socidrogalcohol (2010) se denomina uso a un consumo esporádico en el que no se perciben efectos negativos. En el abuso, el consumo es continuo aun cuando se presentan efectos negativos y la adicción o dependencia, se presenta cuando hay un uso excesivo, genera consecuencias negativas y se da por un periodo de tiempo prolongado. El diagnóstico de la adicción desde el DSM-5 (APA, 2014), parte de varios criterios que se encuentran relacionados con el control deficitario, el deterioro social, el consumo de riesgo de la sustancia y criterios farmacológicos, donde se encuentra que la persona falla en sus intentos de disminuir el consumo, utiliza una gran parte de tiempo para estar bajo los efectos o recuperándose de la sustancia, lo hace a pesar de que esto genera un riesgo para sí mismo y se presenta la tolerancia -disminución del efecto, por lo tanto se aumenta la dosis- y la abstinencia -síndrome que se presenta al dejar de consumir la sustancia-.

El DSM-5, incluye la categoría trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. Allí se incluyen 10 clases diferentes de drogas como: el alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos, los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, los estimulantes, el tabaco y otras sustancias (APA, 2014). Este manual menciona: “la característica esencial del trastorno por consumo de sustancias es la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con dicha sustancia” (p.483).

Para el diagnóstico de este trastorno, el DSM-5 distingue dos grupos: los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias. Se tienen en cuenta diferentes variables, entre ellas, los cambios subyacentes en las estructuras cerebrales, estos se manifiestan en los patrones conductuales que se presentan en las recaídas repetitivas y en el deseo intenso de consumir nuevamente. El manual presenta los criterios diagnósticos para las 10 sustancias mencionadas, aunque presenta el criterio A, el cual es común para todas, en la tabla 1, se exponen los criterios de este grupo, que hacen referencia al control deficitario, al deterioro social, al consumo de riesgo y a los farmacológicos.

Tabla 1.
Criterios diagnósticos del Criterio A, común para todas las sustancias

Criterio 1	Requiera mayor cantidad de la sustancia u ocupa mayor tiempo en ello	Relacionados con el control deficitario
Criterio 2	Se expresan pretensiones de abandonar o regular el consumo, presentándose varios intentos sin éxito	
Criterio 3	Se invierte una gran cantidad de tiempo consiguiendo la sustancia, consumiéndola o recuperándose de sus efectos	
Criterio 4	Deseo intenso de consumir, las actividades giran en torno a la sustancia	
Criterio 5	Consumo recurrente que interfiere en ámbitos académicos, laboral o domestico	Deterioro social
Criterio 6	El consumo continúa a pesar de presentar problemas interpersonales	
Criterio 7	Se presenta reducción o abandono de actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo de la sustancia	
Criterio 8	Se consume la sustancia aun cuando se presente un riesgo físico	Consumo de riesgo de la sustancia
Criterio 9	Se continúa el consumo, aun cuando la persona conoce que le produce un problema físico o psicológico	
Criterio 10	Tolerancia, se presenta disminución del efecto causado por la dosis actual, por lo tanto, se aumenta la dosis de la sustancia	Criterios farmacológicos
Criterio 11	Abstinencia, es un síndrome que se presenta al disminuir la concentración de la sustancia en la sangre o los tejidos en una persona que ha consumido de forma prolongada. El tipo de sustancia va a hacer que la abstinencia se experimente de manera diferente	

Fuente: Criterio A trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos DSM-5 (APA, 2014)

Con estos criterios expuestos en la tabla 1, se cuenta con la base para realizar el diagnóstico, ya dependiendo de cada una de las sustancias va a variar de acuerdo con la especificidad de ésta. Este diagnóstico se puede especificar si es leve o grave de acuerdo con el número de criterios que cumpla, el DSM-5 (APA, 2014) menciona que el diagnóstico es leve si presenta 2 o 3 síntomas, moderado si presenta 4 y 5 síntomas o grave si presenta 6 síntomas o más, igualmente se debe especificar la remisión: en remisión inicial, se presentan los criterios durante un tiempo mínimo de 3 meses, pero menor a 12

meses; remisión continuada, se cumplen los criterios durante más de 12 meses; en un entorno controlado, se encuentra en un centro para tratar su problema de consumo.

Políticas públicas para el tratamiento y prevención

De acuerdo con lo mencionado por Machín Ramírez y Mendoza (2015) las políticas que se han utilizado, no solo en México si no en el mundo, para la prevención o el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas; se encuentran relacionadas con la criminalización de este consumo, condenando unas sustancias más que otras, como por ejemplo la legalidad del alcohol, el tabaco o incluso el café. Los autores refieren que las políticas públicas en materia de drogas influyen directamente en niveles de pobreza y marginación, por lo tanto, sugieren que se debe apuntar a la inclusión social y a la disminución de vulnerabilidades que lleven a elegir un estilo de vida, tanto de productor, comerciante como del consumidor de drogas.

Se encuentra que para la prevención del consumo de drogas Machín Ramírez y Mendoza (2015) describieron cuatro modelos básicos con diferentes supuestos: (1) Modelo médico-sanitario, que consiste en brindar información que parece objetiva sobre las implicaciones del consumo, los cuales tienen intereses de por medio de las industrias que comercializan las drogas legales. Parten del hecho de que brindar información da resultado para la evitación de la conducta, pero generan curiosidad y dinámicas de buscar identidad, pertenencia y placer. (2) Modelo ético-jurídico, que presenta dos objetivos, por un lado, el disuadir el consumo de drogas y reprimirlo en caso de que se dé, este se basa en la criminalización del consumo y la tenencia de drogas. (3) Modelo psico-social, es más complejo que los anteriores, realiza intervenciones más constantes en el tiempo, involucrando a la población objetivo. Aquí se considera al sujeto como un ente activo, no un mero receptor de información, por lo tanto, se asume como un ser responsable. (4) Modelo sociocultural, parte de las condiciones socioeconómicas y sociales y las considera más importantes que las psicológicas, puesto que no se considera solo a un sujeto como enfermo, se busca que la comunidad se involucre, promoviendo la inclusión y la cooperación.

El modelo de reducción de riesgos y daños

La premisa de la reducción de riesgos es aceptar a las personas como son, ofreciendo satisfacción para sus necesidades básicas y así incrementar el compromiso del cliente y reducir su resistencia al cambio (Vakharia & Little, 2016). Es una propuesta de tratamiento desde los objetivos de cada uno, dependiendo también de la experiencia de cada uno, esta intervención no apunta directamente a la abstinencia en poco tiempo como lo proponen las intervenciones previamente realizadas, la abstinencia se puede presentar si es el deseo de la persona, este enfoque plantea ver a la persona como alguien que requiere de una intervención en salud, más no un criminal (Tizoc-Marqu ez et al, 2017).

Como modelo de intervención a personas consumidoras de sustancias psicoactivas, el modelo de la reducción de riesgos surge en los años 80, principalmente como opción para la reducción de contagio de VIH en los consumidores de drogas inyectables (Insúa y Grijalvo, 2000). Por otro lado, como enfoque de terapia, Terapia de Reducción de Riesgos - HRT por sus siglas en inglés-, inició a principios de 1990 para ofrecer un acercamiento desde los valores de la autodeterminación, la inclusión, libre de daños y promoción de la salud pública. El trabajo de la reducción de daños es facilitar el crecimiento del cliente, el auto descubrimiento y el proceso de toma de decisiones (Vakharia & Little, 2016). Además, se busca resaltar las competencias de los clientes y el apoyo al desarrollo de la autoeficacia y la responsabilidad a largo plazo (Insúa y Grijalvo, 2000, Tatarsky & Marlatt, 2010).

La adicción es multicausal y presenta una variedad de expresiones. El tratamiento debe incluir factores como la familia, así como los efectos fisiológicos, físicos y psicológicos del consumo prolongado que se presenta. Para el tratamiento psicoterapéutico de la drogodependencia se encuentra que uno de los objetivos es mejorar la calidad de vida del paciente, para lograr un proceso satisfactorio se deben tener en cuenta la relación terapéutica, la motivación y la percepción de satisfacción por parte del paciente (Rodríguez-Martín, Gallego-Arjiz, López-Ewert, Reguera-Errasti, Quevedo De la Peña y Broche-Pérez, 2019).

Se ha señalado que en la problemática del uso y abuso de sustancias psicoactivas se genera determinado estado psicoemocional y se expone a continuación. Brownell (2012) expresa las bases para un tratamiento a problemas de drogadicción o automedicación, donde aborda desde las primeras fases de la intervención como la voluntad de cambiar, hasta el seguimiento del tratamiento teniendo en cuenta las recaídas que se puedan presentar, así mismo el autor hace referencia a que se trata de conseguir un estado de salud mental y de bienestar, para esto es necesario un cambio de verdad, no sustituir la sustancia adictiva por otra o por otro comportamiento similar. A continuación se presenta el enfoque como marco general desde el cual se fundamenta la presente intervención, y se finaliza con la exposición teórica y metodológica enfocada en el trabajo con la ansiedad existencial.

Psicoterapia humanista Gestalt

Los modelos de intervención actuales para la drogodependencia son variados, pero se pueden ubicar principalmente dos modalidades de atención, la primera tiene que ver con la intervención por medio de pares, es decir personas que han superado su adicción y ahora están ayudando a otros en su rehabilitación. La segunda, reconoce la importancia de la experiencia de las personas que han pasado por el proceso de rehabilitación, pero incorpora así mismos profesionales del área de la salud para la intervención, como médicos, psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeros, psicólogos, educadores, entre otros. El segundo modelo al brindarse por medio de las comunidades terapéuticas sigue el modelo Minnesota, del cual Rodríguez (2009) expone que surge a mediados de la década de 1940, respondiendo a la necesidad de no ver al paciente desde la superioridad médica, si no como humano. Para la presente intervención se tomará como base los postulados de la psicoterapia humanista, especialmente aquellos con aproximación existencial, los cuales serán explicados a continuación.

El enfoque humanista aparece en la primera mitad del siglo XX como respuesta ante las limitaciones de los dos enfoques que le preceden. El enfoque psicoanalítico se denominó la primera fuerza, que se enfoca en las pulsiones y el inconsciente, así como en

las situaciones ocurridas en la infancia; el conductismo es considerado como la segunda fuerza, este pone su énfasis en las respuestas brindadas ante los estímulos del ambiente, se encuentra basado en el positivismo (Castanedo, 2008), para el autor, la psicología humanista es denominada la tercera fuerza, expresando: “se inspira en la filosofía existencial y concibe al hombre como un ser en proceso de autorrealización, capaz de desarrollar sus capacidades y potencialidades” (p.371). Por otro lado, Martorell y Prieto (2008, Citado por Quitmann, 2006) menciona que parte de tres influencias: (1) filosóficas; (2) sociales y culturales; y (3) psicológicas. Lo central para la psicología humanista es el ser humano, así se muestra en desacuerdo con la objetividad que se presentaba como exigencia científica dentro de las corrientes psicológicas de la época.

La psicología humanista no surgió de la mano de una sola persona que expusiera su método, por el contrario, fue el trabajo de varias personas, como Erich Fromm, Kurt Goldstein, Karen Horney, Gordon Allport, Henry Murray, Carl Rogers, Rollo May Gardner Murphy, Erik Erikson o Maslow, que ha sido considerado su principal precursor (Villegas, 1986). Se presenta como una nueva filosofía de vida, para comprender mejor al hombre, esta no surge de la nada, está mediada por el contexto político y social de este periodo.

A principios del siglo XX se ubican las primeras aproximaciones a la creación de este enfoque psicológico. Quitmann (2006) identifica como el tiempo histórico del surgimiento de esta corriente entre 1929, año donde se estaba viviendo una crisis económica mundial y el año de 1962, cuando se funda la American Association of Humanistic Psychology. En el año de 1929 se encontraban varias situaciones de crisis financiera en el mundo, en Estados Unidos por ejemplo fue el año en el que ocurrió el conocido viernes negro, la situación había llevado al país a presentar grandes cifras de desempleo y una visión negativa generalizada ante la situación. El enfoque humanista presenta varias vertientes o aproximaciones a su objeto de estudio, como la Gestalt, la terapia Centrada en la Persona, la Logoterapia, o la aproximación existencial, estos toman como referencia la fenomenología. Por un lado, el énfasis de los humanistas es el desarrollo del potencial humano, por el otro, para los existenciales el centro es la construcción

personal auténtica desde las posibilidades que se hallan en la relación del sujeto y el mundo.

La psicología humanista con enfoque Gestalt según Yontef (1997) fue creada por Frederick (Fritz) y su esposa Laura Perls en la década de los 40. Gestalt proviene de una palabra alemana que no cuenta con una traducción directa al español, esta hace referencia a la configuración o la forma en la que se organizan las partes individuales que configuran un todo, para la Gestalt es muy importante la percepción y el proceso principal de este sería la formación de la figura-fondo (Perls, 1976). Se hace énfasis en que el todo es más que la suma de sus partes, buscando que el fenómeno sea entendido en su totalidad (Tarangano, 1979).

De acuerdo con García (2005), la psicología Gestalt en sus inicios se planteó como un estudio de la percepción, para luego interesarse también en otros procesos como el aprendizaje, la memoria, la conducta social, entre otros. Toda gestalt forma una figura que se destaca sobre un fondo, lo cual hace posible la percepción (Tarangano, 1979). De acuerdo con esta percepción y con la construcción subjetivo de este, la Gestalt utiliza premisas de la física, como la Teoría del Campo, Yontef (1997) define el campo como “un todo en el cual las partes están en relación y correspondencia inmediata unas con otras, y ninguna parte queda al margen de la influencia de lo que ocurre en otro lugar del campo” (p. 121) el campo cuenta con un carácter objetivo que permite integrar la comprensión de lo interno con lo externo (Spagnuolo, 2002).

Este campo mencionado al presentarse como una totalidad busca estar completo por medio del equilibrio, al lograr este proceso se crea un crecimiento. Al proceso de crecimiento del organismo se le denomina contacto, estos se encaminan hacia las necesidades y se dan en las fronteras del campo donde se encuentran involucrados el organismo y el entorno, el complejo sistema de contactos se denomina *self* (Perls, Hefferline y Goodman, 2003). Spagnuolo (2002) relaciona el concepto del *self* con el concepto de *experiencia*, partiendo de lo espontáneo y complejo de teorizar de estos conceptos.

Este *self* también se encuentra encargado de realizar los ajustes creativos necesarios para organizar la experiencia y resolver problemas (Perls y Goodman, citados en Spagnuolo, 2002). Se plantea que el *self* cuenta con 3 funciones que hacen referencia a las capacidades que cuenta la persona para relacionarse con el mundo: 1. La función Ello, relacionado con el contexto, la vivencia corporal y las sensaciones internas; 2. La función Personalidad, hace referencia a la capacidad del organismo de contactar con el entorno diferenciándose de este, mencionando lo que “soy yo”, y; 3. La función Yo, busca la mediación entre las dos funciones anteriores, alienándose o no con las partes del campo (Spagnuolo, 2002).

La terapia Gestalt por medio del método fenomenológico facilita el “darse cuenta”, en el que por medio del dialogo con el terapeuta se busca que el paciente se dé cuenta de lo que hace, como lo está haciendo y qué puede hacer para cambiarlo, esto enmarcado dentro de la aceptación y valoración de sí mismo (Yontef, 1997). Este “darse cuenta” puede definirse que se presenta en por medio de 3 tipos: (1) El darse cuenta del mundo exterior, hace referencia en el contacto sensorial con los objetos en el presente; (2) El darse cuenta del mundo interior, incluye las sensaciones internas en el presente; (3) El darse cuenta de la fantasía, lo cual incluye la actividad mental que va más allá del presente, los recuerdos, anticipaciones del futuro, imaginaciones, entre otros (Stevens, 2003).

Se encuentran varios tipos de técnicas para realizar en el transcurso de la psicoterapia, estas se muestran como experimentos al no contar con la certeza de cuál será su resultado. Se ha propuesto la siguiente clasificación de acuerdo con el objetivo de la técnica: técnicas supresivas, que buscan suprimir la acción evitativa; técnicas evitativas, que facilitan la expresión de sentimientos y necesidades, o; técnicas integrativas, buscan un diálogo entre polaridades como por ejemplo “yo debería” y “yo quiero” (Carabelli, 2013), al realizar ejercicios gestálticos se tiene en cuenta el ciclo de la experiencia que se plantea desde el mismo, se empieza por darse cuenta de la sensación, la emoción, la figura, para movilizar, actuar y llevar a cabo los cambios.

La intervención por medio de la psicoterapia Gestalt puede ser de gran ayuda, ya que explora la experiencia personal y los patrones relacionales que sostienen las decisiones que toma el paciente, tanto en la adicción, como en la recuperación, aquí tanto cliente como terapeuta trabajan juntos para facilitar el "darse cuenta" y los factores únicos para cada terapia (Brownell, 2012). Por medio de la psicoterapia humanista, no se pretende la disminución de los síntomas, sin embargo, se evidencia que a medida que el proceso terapéutico avanza y las personas tienen una apertura consciente a la experiencia de ansiedad, se empiezan a notar mejorías en los síntomas, lo que puede llevar a facilitar el proceso de despliegue de posibilidades (De Castro et al, 2017).

Psicoterapia humanista existencial

La psicoterapia humanista existencial no es una sola, esta vertiente se basa en los postulados teóricos de filósofos y psicoterapeutas existenciales de hace unas décadas (Martínez Ortiz, 2011a), entre los cuales se destacan Erwin Strauss, Karl Jaspers, Ludwig Binswanger, Edmund Husserl y Martín Heidegger. Ante esto, De Castro, García y González (2017) comentan que los términos importantes para la comprensión de esta vertiente son: libertad, voluntad, orientación hacia el futuro, capacidad de elección responsable y conciencia intencional, intencionalidad, sentido de vida, valores, entre otros.

La psicoterapia existencial definida por Yalom (2000) hace referencia a “una aproximación dinámica a la terapia que se centra en las preocupaciones que están enraizadas en la existencia del individuo” (p. 193). Desde esta aproximación se pone de relieve la confrontación de la persona con su experiencia, confrontación con las, como lo describe Yalom (2000) preocupaciones supremas: muerte, libertad, soledad y sin sentido.

La terapia humanista con aproximación existencial busca comprender como es el ser-en-el-mundo, no sólo viendo como la persona interactúa consigo misma, sino también su relación con los demás, ante esto se reconocen cuatro formas de ser-en-el-mundo: *Umwelt*, *Mitwel*, *Eigenwelt* y *Überwelt*. Sharf (2012) comenta que el *Umwelt* se encuentra relacionado con lo biológico del entorno; en el *Mitwel* su ubica el área de las relaciones humanas; en el *Eigenwelt* indica está el propio mundo, es decir las relaciones que se tiene

consigo mismo, por último; en el *Überwelt* la relación con lo espiritual. En este sentido no solamente somos parte del mundo, al tiempo que somos parte del mundo lo estamos constituyendo, aquí toma relevancia la fenomenología, que pretende describir el proceso por el cual la persona se co-constituye en el mundo (De Castro et al, 2017).

La psicoterapia humanista con aproximación existencial parte de los fundamentos de la fenomenología hermenéutica, es por esto por lo que se ha indicado la importancia no de interpretar a la persona, más bien tratar de comprender la forma en la que se configura en el mundo. En este sentido este enfoque de terapia no se basa en técnicas o en métodos específicos durante la terapia, ya que lo que se considera sería un acercamiento existencial a las cuestiones del ser, y como indica May (1963, citado por De Castro et al, 2017) “que la técnica tenga valor en función de la persona y no al contrario” (p. 240). Por medio de esta se promueve que la persona enfrente de una manera constructiva su experiencia de ansiedad.

Se busca comprender como la persona se configura en el mundo, por lo tanto, no es posible generalizar técnicas idénticas para todas las personas, De Castro et al (2017) señalan: “se debe ser cuidadoso de no colocarse al servicio de la técnica, y no pretender forzosamente a todo ser humano a dicha técnica, ya que de esta forma se reduce al ser humano a la categoría de objeto” (p. 157). Así entonces, de acuerdo con los autores cobran importancia elementos como la presencia, ubicarse en el aquí y el ahora, así como la relación terapéutica, con estos se espera comprender la forma en la que la persona utiliza su intencionalidad y se enfrenta la experiencia de ansiedad, se invita a la persona a relacionarse consigo mismo, a la vez que lo hace con el terapeuta, el terapeuta en este caso no busca la actitud neutra que se promueve en otros enfoques psicológicos.

Para describir las experiencias humanas se hace uso entonces de preguntas que traten de esclarecer el qué, el cómo y el para qué. Cada una de estas preguntas se observan a la luz de la intencionalidad, así el qué hace referencia a los valores que la persona pretende afirmar, el cómo se atiende en el presente, en el aquí y el ahora promoviendo en el paciente el darse cuenta de su rol activo en la creación de su mundo, por último, el para qué

apunta hacia captar de manera vivencial su intencionalidad y el sentido de sus experiencias (De Castro et al, 2017). Los autores recomiendan no realizar las preguntas encaminadas a esclarecer el qué, cómo y para qué, por medio de preguntas racionales o directas, ya que esto promueve la intelectualización de la experiencia.

De Castro et al., (2017) exponen cuatro estrategias de intervención existencial, propuestas por Scheneider y May: (1) la presencia, en esta por medio de la empatía se busca crear un espacio en el que la persona se siente cómodo, comprendido y en confianza para continuar con el trabajo de indagar acerca de su experiencia; (2) invocar lo actual, al hacer esto se espera evidenciar como la persona vivencia la forma de relacionarse consigo mismo, a través de la relación con el terapeuta, esto se puede lograr por medio de ejercicios de observación o experimentos, como los propuestos por la terapia Gestalt; (3) vivificar y confrontar las resistencias, busca evidenciar la forma en la que la persona bloquea o evita desarrollar sus potencialidades, así es útil solicitar una descripción sobre lo que se obtiene o se evita con sus acciones, por último; (4) creación de sentido, esta se encamina a reflejar a la persona su intencionalidad por medio de sus valores y las decisiones realizadas en su vida diaria.

Teniendo en cuenta los fundamentos teóricos a continuación se menciona la metodología por medio de la cual se llevó a cabo la intervención propuesta.

Ansiedad existencial

De acuerdo con Yalom (2000) la psicoterapia existencial “pone de relieve un conflicto que fluye de la confrontación del individuo con los datos de la existencia” (196), es decir estas preocupaciones que surgen de manera normal al ser humanos, el autor describe cuatro preocupaciones supremas: la *muerte* se ve un conflicto entre la conciencia de la inevitabilidad de la muerte y el deseo de continuar existiendo; la *libertad* se ve a un individuo responsable y autor de su mundo, se observa una confrontación del vacío bajo nuestros pies y nuestro deseo de terreno firme y estructura; el *aislamiento existencial* surge

el conflicto "nuestro absoluto aislamiento y nuestro deseo de contacto, de protección, nuestro deseo de formar parte de una totalidad más grande" (p. 197); y el *sinsentido* donde se enfrenta la persona con su búsqueda de significado. La confrontación con la existencia con estos aspectos, especialmente el temor a la muerte lleva a la ansiedad existencial, que cuando se afronta de una manera poco adaptativa puede llevar a experimentar síntomas patológicos.

Para dar una definición May (1996) retoma a Golstein quien indicaba que la ansiedad era una experiencia subjetiva de un sujeto ante una condición catastrófica, donde catastrófico se podría presentar cuando el individuo valora que no puede afrontar las demandas del medio, no necesariamente refiere a una situación de intensidad emocional, puede estar relacionada con lo que cada cual considera una amenaza. Resalta que medir la intensidad no es lo importante, ya que es una experiencia cualitativa. Se entiende la ansiedad como algo diferente al miedo, ya que el miedo se presenta ante un objeto específico, mientras que la ansiedad es un miedo vago e inespecífico.

Valores y experiencia de ansiedad existencial

Los valores se encuentran relacionados con lo que es importante para cada uno, lo cual va de la mano con la forma de configurarse y afirmarse como ser-en-el-mundo, así vemos la relación entre los valores y la ansiedad existencial. La ansiedad existencial se entiende como una experiencia que surge de la necesidad de valorar, dotar de significado sus actos, así como de preservar lo que es importante para la persona. De Castro et al., (2017) comentan acerca de dos tipos de ansiedad, la normal o constructiva y la neurótica o destructiva. En la *ansiedad neurótica* se presentan niveles de ansiedad que no guardan proporción adecuada con el evento que sucede. De acuerdo con lo mencionado por Kierkegaard (citado en De Castro, 2000) el proceso de construirnos en el mundo y de expandirnos requiere utilizar recursos creativos y enfrentarnos a nuestras propias posibilidades, en este proceso interviene la ansiedad, cuando se presenta ansiedad neurótica se evidencia una disminución de la persona ya que exhibe miedo a la libertad.

Se denomina ansiedad normal al sentimiento de incertidumbre por lo que nos depara el futuro, pero que nos permite actuar. Se presenta de manera *constructiva* cuando un ser que de manera consciente se pregunta por sus valores y busca afirmarlos, por medio de estos valores desarrollamos los proyectos que se van configurando dentro de nuestro proyecto de vida. La ansiedad neurótica, además de las manifestaciones fisiológicas y cognitivas, donde la respuesta que presenta el individuo no es proporcional con la situación a la que está expuesto, la persona al sentir que lo que valora como importante, su proyecto de vida puede estar siendo amenazado, podría evidenciar comportamientos extremistas, poco funcionales e incluso patológicos (De Castro et al, 2017).

Deseo, voluntad e intencionalidad

Los deseos pueden ser tan variados como necesidades biológicas, demandas sociales, emociones, gustos y demás. Estos se encuentran relacionados e influenciados por las sensaciones físicas y emocionales, a su vez las experiencias físicas y emocionales tienen implícitamente un deseo. Para identificar estos deseos, por tanto, se empieza por la experiencia corporal en la que se enmarca (De Castro et al, 2017), según el autor el sentir el deseo, implica no solamente analizarlo racionalmente, el desear es un acto consciente del deseo y a diferencia de lo planteado por el psicoanálisis no es objetal.

Cuando el deseo no se presenta de manera consciente, May (de acuerdo con De Castro et al, 2017) indica que se presenta un deseo ciego, más semejante o lo que es la satisfacción de un impulso o una necesidad, al buscar solamente la satisfacción del placer evitando el vacío y el desagrado, se podrían presentar enfermedades psicológicas. La cura, cuando se presenta un síntoma patológico, no se presenta al disminuir los síntomas, se da al resignificar y conocer el significado de los deseos, lo cual conlleva a tener un actuar responsable, con el cual la persona se pueda enfrentar al futuro de manera consciente. El deseo y la voluntad van de la mano, la voluntad en este sentido llevaría a la acción.

La intencionalidad hace referencia a cómo el sujeto vivencia sus deseos, y la manera en la que usa la voluntad para relacionarse con los deseos, esto igualmente orientados a la toma de decisión o afirmación de un valor (De Castro et al, 2017), el autor indica la

importancia de la temporalidad al hablar de intencionalidad, ya que se busca atender la forma en como la persona percibe o interpreta su pasado, por medio de su orientación en el presente hacia el futuro. Esta intencionalidad reúne varios de los elementos previamente mencionados, ya que de manera practica se entendería como la forma en que las personas se orientan para reafirmar sus valores, sus intereses o proyectos, lo cual puede dotar de sentido a su vida.

La intencionalidad entonces reúne los determinantes a los que la persona ha estado expuesto, tanto internos como externos, guiándose sobre la pregunta del para qué se está reforzando o evitando algo, bien sea abriéndose a las posibilidades que tiene en el futuro o restringiéndolas, eligiendo o no desarrollarse de forma autentica o constructiva (Martínez Ortiz, 2011b). Para entender esta intencionalidad debe analizarse a partir de cómo se vivencia en los deseos y el medio por el cual se usa la voluntad para relacionarse con estos deseos. Estas relaciones nos llevan a darnos una idea del proceso experiencial de cada persona (De Castro et al, 2017).

Al momento del proceso terapéutico estos le dan una especial importancia a la experiencia y comprensión de la persona, comprensión entendida a la forma en que el individuo se crea y relaciona con el mundo, ante esto May citado por De Castro et al (2017), exponen: “debemos tratar de comprender la forma en que cada ser humano ha estructurado su experiencia, lo cual debe subyacer siempre a toda técnica” (p.152), la forma en la que esta situación se da es por medio de la relación terapéutica, basada en el interés autentico del terapeuta por la persona que tiene enfrente.

Adicionalmente, De Castro et al (2017) comentan: “la técnica y la teoría deben tener sentido en función de la persona y no al contrario, para lo cual es necesario que la psicología se preocupe primero por comprender antes que por explicar todas las experiencias del ser humano” (p.153). Esto se presenta siguiendo la oposición de la psicología humanista al objetivismo planteado, ya que se pretende dejar de lado la rigidez de los enfoques psicoterapéuticos anteriores a la psicología humanista.

Dentro de la psicoterapia humanista con aproximación existencial cobra importancia la identificación de los valores de la persona, aquello que dota de sentido y por lo que está dispuesto a vivir o a morir si es necesario, esto también coincide con las metas o aspiraciones que se tengan, a futuro sirven como guía para la toma de decisiones (Martínez Ortiz, 2011a). Según Frankl (citado por Martínez Ortiz, 2011b) desde la logoterapia se presenta una clasificación de tres tipos de valores, estos serían formas de encontrar sentido: (1) Valores de creación, que se concretan por medio de mi trabajo; (2) Valores de experiencia o vivenciales, se enmarcan en lo que recibo para mí, y; (3) Valores de actitud, se muestran en circunstancias de sufrimiento, lo que la logoterapia denomina triada trágica: el sufrimiento, la culpa y la muerte. Estos valores se presentan como un medio para encontrar el sentido de vida.

Los valores se encuentran directamente relacionados con el sentido de vida de cada persona, estos dan lugar a que una persona actúe de una manera al enfrentarse a situaciones específicas (Martínez Ortiz, 2011b). Los valores se relacionan con la parte espiritual de la persona, esto entendido en una forma no religiosa, por lo tanto, la exploración de los valores es una parte esencial del *Überwelt* al definir que es valioso o no para la persona, descubrir que ha hecho o no la persona para perseguir sus proyectos, cuáles de estos valores reconoce libremente o no lo hace por vergüenza, esto se encuentra relacionado con la búsqueda de comprender el-ser-en-el-mundo de la otra persona (Martínez Ortiz, 2011a).

Recursos noológicos

La dimensión noética o noológica se encuentra dentro de lo espiritual, se reconoce como potencia pura, existen varios elementos de la parte espiritual, entre estos se encuentra lo físico y lo psicológico, los cuales son necesarios para la expresión de esta, lo noológico contiene aspectos cognitivos y metacognitivos. Los recursos noéticos, entonces son recursos del ser humano, Frankl los consideraba como categorías inherentes a la existencia humana. Estos recursos no se encuentran en un plano psicofísico, son potencia o posibilidad de manifestación. Se expresa por medio del autodistanciamiento y la autotranscendencia (Martínez, 2013).

De acuerdo con Martínez (2013) el **autodistanciamiento** es la "capacidad de tomar distancia de uno mismo, de monitorear y controlar los propios proceso emotivo-cognitivo" (p. 111). Este no se refiere a distanciarse del mundo solamente, también de cada uno de nosotros, de uno mismo. El autodistanciamiento se manifiesta por medio de la autocomprensión o autoconocimiento, autorregulación y de la autoproyección, descritas a continuación de acuerdo con lo expuesto por Martínez (2013):

La **autocomprensión** no está relacionada con la hiperreflexión, debido a que esta no acepta lo captado, la autocomprensión hace referencia entonces a la capacidad que se tiene de observarse, no de una manera pasiva, ya que le da una valoración a lo que ocurre, es una aceptación, lo cual no es sinónimo de resignación, ya que esta aceptación va de la mano con la emoción que producen las situaciones dadas.

La **autorregulación** hace referencia a la "capacidad de tomar distancia y regular los propios procesos cognitivos y emotivos, de reconciliarse con lo psicofísico o de oponerse a sí mismo si es preciso" (Martínez, 2013, p. 114), de este entonces emerge el poder posponer la satisfacción de instintos, es decir generar autodisciplina. La autorregulación se da de manera consciente, no es, por lo tanto, una regulación que busca reprimir más bien pretende manejarse a sí mismo, con la responsabilidad que trae las decisiones tomadas.

La **autoproyección** hace referencia a esa capacidad de poder hacerse una imagen de uno mismo de forma diferente, también de verse siendo distinto en el futuro, en esta se encontraría la motivación para el cambio.

Por otro lado, la **autotrascendencia** se refiere a la capacidad de dirigirse hacia algo o alguien significativo, esta se encuentra relacionada con la intencionalidad, puesto que esta dirección se encuentra de la mano con la responsabilidad, Martínez (2013) refiere que Frankl entiende la intencionalidad como la parte cognitiva de la autotrascendencia. La autotrascendencia no se refiere solamente a la parte cognitiva implicada dentro de la intencionalidad, también se encuentra la capacidad de encontrarse con el otro, de reconocerlo y amarlo, así como captar la realidad a su manera, por medio del sentido y los

valores. Se expresa mediante la diferenciación, afectación y entrega, de acuerdo con Martínez (2013) se definen de la siguiente manera:

Diferenciación: La diferenciación permite reconocerse a sí mismo en frente del otro, sin perder lo que uno es, por tanto, dentro de esta se encuentra la capacidad de generar vínculos y obtener un soporte social.

Afectación: En la afectación se encuentra la percepción afectiva, así entonces se presenta una tensión al estar en medio del ser y del deber ser, dentro de esta tensión está la atracción que tienen los valores para guiar el actuar de las personas. Así como la intencionalidad se presenta como el componente cognitivo, dentro de la afectación se encuentra el componente emocional.

Entrega: se evidencia por la capacidad de entrega a una tarea, especialmente de una manera altruista, servir a otros es una de sus características.

La expresión de estos recursos noológicos no se presenta de manera secuencial, actúan de manera simultánea afectándose uno y otro, así como menciona Martínez-Ortiz, Díaz del Castillo-Buitrago y Jaimes-Osma (2010): La facultad de autoproyección – entendida como facultad específicamente humana para verse a sí mismo diferente en el futuro- que se expresa como manifestación del autodistanciamiento, no podría existir sin la capacidad de afectación de la autotranscendencia, pues la misma le permite al ser humano dejarse tocar por valores o sentidos que lo inviten a actuar de alguna manera; de igual forma, sería difícil autorregularse -oponerse al organismo psicofísico- si al mismo tiempo no existe un buen nivel de autocomprensión que le permita a la persona verse en la necesidad de autorregularse (p. 259).

Se entiende entonces, que la expresión de estos recursos para ser de manera adecuada su expresión debe ser simultánea. Estos recursos al encontrarse en la dimensión espiritual y considerarse como potencia, no enferman, pero si pueden verse disminuidos, restringidos o no expresados de una manera adecuada evidenciándose esto en el plano

psicofísico (Martínez, 2013). Martínez (2013) expone las manifestaciones de la restricción de los recursos noológicos, presentada en la tabla 2.

Tabla 2.
Restricción de los recursos noológicos

Autodistanciamiento	Autotrascendencia
Arraigo intrapsíquico que impide verse a sí mismo en situación	Hiperreflexión que impide salir de sí mismo
Dificultad para monitorear los propios procesos emotivos y cognitivos	Baja percepción valorativa y de sentido
Dificultad para regular los propios procesos emotivos y cognitivos	Predominancia perceptiva de valores útiles, sensibles y vitales
Déficit de la capacidad para dialogar, tomar distancia u oponerse a los mandatos de lo psicofísico	Déficit del reconocimiento de la mente del otro con independencia de la mente propia
Estrechez del campo fenoménico	Poca resonancia afectiva, excepto en términos de bien estar y no de bien-ser
Predominancia de la actividad y pasividad incorrecta	Dificultad de expresión y manifestación amorosa en términos de amor genuino
Dificultad para ver otras opciones de sí mismo	Predominancia de la actividad y pasividad incorrecta
Alta identificación con el síntoma	Poca flexibilidad del campo fenoménico
En ocasiones pueden desarrollarse niveles de automonitoreo, pero no de autorregulación	Predominancia del amor sexual y erótico

Fuente: Manifestación de la restricción de los recursos noológico, (Martínez, 2013, p. 142).

La expresión de estos recursos noológicos se presenta de una manera moderada, restringida o bloqueada, Martínez (2013) plantea 6 factores diferentes de la interacción de estos recursos: (1) Impotencia/potencia noética, implica a todos los recursos noológicos; (2) Apego de sí mismo/Distancia de sí mismo, hace referencia a la distancia de la parte psicofísica, incluye la autocomprensión, autorregulación y autoproyección; (3) Sometimiento de sí mismo/Dominio de sí mismo, se refiere a la *governabilidad personal*, incluye la autocomprensión, autorregulación y diferenciación; (4) Inmanencia/Trascendencia, incluye la afectación, entrega y diferenciación lo cual se relaciona con la sensibilidad de la persona hacia el mundo y el sentido; (5) Indiferenciación/Diferenciación, en este se encuentra el nivel de diferencia de los recursos propios y los de los demás, se ubican los recursos de diferenciación y autocomprensión, y; (6) Regresión/Proyección, se ubica la autoproyección y mide el nivel de proyección de la persona.

Estrategias de afrontamiento de la ansiedad existencial

Martínez Ortiz (2011b) de acuerdo con los postulados de Frankl sobre la logoterapia, identifica cuatro formas de responder y autorregularse ante los estímulos que presenta el mundo, se encuentra que una persona sin patología puede ser flexible y adaptar sus estrategias de afrontamiento dependiendo de la situación, sin embargo, una persona con síntomas patológicos va a presentar una reducción en esta capacidad de respuesta, estas surgen del deseo.

Pasividad y actividad incorrecta de primer nivel: estrategias primarias para disminuir la ansiedad, las cuales atienden a las sensaciones físicas especialmente. En este nivel es común encontrar las automedicaciones y el consumo de sustancias psicoactivas, también conductas compulsivas (la comida o el sexo) o incluso conductas autolesivas.

Pasividad y actividad incorrecta de segundo nivel: igualmente buscan la distención de lo psicofísico, evitando la evaluación de sentimientos y pensamientos desagradables, el primer y segundo nivel no ayudan a construir, pero buscan anestesiarse el dolor. Este segundo nivel es un poco más elaborado, busca modificar el ambiente y las circunstancias, recibiendo retroalimentación del mundo.

Actividad y pasividad correcta de tercer nivel (pasividad justa): se monitorea y controlan las estrategias de pasividad y actividad incorrectas, haciendo oposición a los mandatos de evitar el displacer psicofísico. En este se hace uso de los recursos noéticos, especialmente el autodistanciamiento. Se buscan soluciones, no distenciones, por lo que se aprende a encarar la angustia o ansiedad existencial.

Actividad y pasividad correcta de cuarto nivel (actividad correcta): se aceptan los propios límites y se hace uso de la dimensión espiritual para consolidar el sentido de vida. Se encuentra relacionado especialmente con la autotrascendencia, por lo que aquí se despliega la libertad.

Las dimensiones de la vida humana

De acuerdo con Romero (1999) “el substrato tanto del comportamiento como de la subjetividad es la experiencia” (p. 33) estas se encuentran relacionadas con las vivencias de la persona y de cómo se establece en su mundo particular. La experiencia humana se encuentra mediada por lo social y lo cultural, en el que se encuentran implícitos valores y creencias. Romero (2011) expone un resumen de su teoría sobre las dimensiones de la vida humana, por medio de esta plantea que la existencia está categorizada por dimensiones (Dm.) que son inherentes al ser y por medio de estas configura su realidad, esto “nos permiten abordar el fenómeno humano en toda su complejidad y riqueza” (p. 177).

Romero (1999; 2011) explica las dimensiones de la existencia de la siguiente manera:

- Dm. de la corporalidad: somos individuos corporales y por medio del cuerpo pueden ser vividas las demás dimensiones existenciales, así también desplegar las tres modalidades de existir, es decir ser, tener y hacer. Desde esta dimensión se preguntaría ¿cómo se afirma la persona con su cuerpo?
- Dm. social e interpersonal: desde esta dimensión se observa cómo lo social y lo interpersonal va dotando al individuo de rasgos distintivos, cómo se relaciona consigo mismo y con los otros. Preguntándose ¿cómo se relaciona en el plano interpersonal?
- Dm. de las actividades o praxis: el trabajo es una de las actividades que pueden brindarle al individuo una realización, este enmarcado dentro de la cultura es una forma de trascender, por medio del trabajo se atiende a las necesidades de la vida cotidiana y se crean nuevas posibilidades. Se pregunta ¿cómo se realiza en sus actividades, principalmente en el trabajo?
- Dm. afectiva: hace referencia tanto al cómo se viven las emociones, como respuesta psicósomática ante una situación, como a los sentimientos, los cuales se experimentan como una forma de vínculo y a los estados de ánimo en donde varios sentimientos se relacionan entre sí predominando algunos más que otros

que influyen en la forma de ver la realidad. Se pregunta ¿cómo vive sus estados de ánimo?

- Dm. motivacional: existen diferentes motivaciones algunas guiadas por necesidades (o biológicas), deseos (existencial o social) o por intereses (arte), lo cual nos hace movilizarnos hacia la consecución de estos. Se indaga así por ¿cuáles son las motivaciones que estimulan el proyecto de vida?
- Dm. axiológica: al valorar cosas y eventos le dotamos con una atribución negativa o positiva o una jerarquización con respecto de otros valores que se tengan. Todas nuestras elecciones y preferencias se encuentran ligadas a los valores. Se busca observar ¿cuáles son los valores y creencias que dan sentido a su vida?
- Dm. espacio-temporal: somos seres temporales que nos configuramos en un espacio delimitado, tenemos finitud. Somos un pasado que nos acompaña, en un presente que va construyendo un futuro por medio de nuestros actos y proyectos. Se inquiriere acerca ¿cómo ocupa los lugares y sí su visión del mundo se encuentra de acuerdo con su etapa de vida?

En el siguiente apartado se describe la metodología utilizada en la presente intervención psicoterapéutica.

Capítulo II. Metodología

Enfoque

Se adopta un enfoque cualitativo, el cual según Katayama Omura (2014) tiene como principales objetivos el describir fenómenos complejos, que sean típicamente humanos, busca comprender la naturaleza humana de forma individual o grupal, entre otros, que permitan ser interpretados con alcance analítico. Esta perspectiva brinda la oportunidad de que el centro de la reflexión sea el ser humano, buscando su comprensión por medio de los significados sociales creados por el sujeto. Además, presenta un método abierto y flexible, puesto que busca la interpretación de estos significados e imágenes sociales, se orienta a la comprensión de los discursos, tanto de manera personal como grupal, tomando como base

el contexto (Serbia, 2007). La psicología humanista se basa en el establecimiento de la relación terapéutica por medio de un interés genuino de las partes involucradas.

La investigación cualitativa asume al individuo como persona en sociedad, los cuales, al ser capaces de construir su realidad, lo son también de interpretar sus condiciones de vida. Uno de los métodos en los que se puede basar esta investigación cualitativa es el planteado desde la fenomenología hermenéutica, esta brinda la oportunidad de la comprensión o la interpretación de los asuntos humanos enmarcados dentro de sus contextos socioculturales propios (Mieles, Tonon y Alvarado, 2012). La fenomenológica hermenéutica, presenta dos variables, por un lado, se encuentra la fenomenología el cual le asigna un valor importante a la experiencia subjetiva de los hechos, los cuales son los principales elementos para comprender la cosa; y por el otro, se encuentra la hermenéutica, la cual busca la interpretación o comprensión por medio del lenguaje (Barbera e Inciarte, 2012).

Adicionalmente, se toma como referencia a Husserl y a Heidegger como los precursores, el primero de la fenomenología, el segundo de la fenomenología hermenéutica, Barbera e Inciarte (2012) exponen que esta metodología cuenta con tres puntos esenciales como fundamento: (1) tomar en cuenta el mundo de la vida, lo que definía Heidegger como “ser ahí” o “dasein”; (2) implementar un tratamiento subjetivo de modo relación yo/tú plantada por Buber, que favorezca la construcción del sentido y los significados, y; (3) el investigador descubra e integre las unidades de sentido. Por lo tanto, el modelo de intervención será el fenomenológico hermenéutico, teniendo en cuenta también que de este se deriva la psicología humanista. Este enfoque de la psicología no se centra en la patología, busca la autorrealización del cliente y en lo que este puede llegar a ser, de acuerdo con esto Bados López (2008) menciona que los síntomas que se presentan están relacionados con la incongruencia, la no autorrealización y la brecha entre el sí mismo real y el imaginario.

Tipo de estudio

Se trata de un proceso psicoterapéutico, entendido desde la psicología existencial como una intervención que busca comprender la forma en la que cada persona se crea y se experimenta en relación con su mundo, esto implica adentrarse en su sistema de valores para entender su intencionalidad, es decir la disposición afectiva que la persona tenga hacia una situación y el sentido que les dé a las situaciones por medio de lo que es significativo para sí mismo (De Castro et al., 2017).

Dicho proceso se ha llevado a cabo en la modalidad en línea, esto respondiendo al contexto actual de restricciones por la pandemia generada por el virus COVID-19. En las últimas décadas se ha evidenciado que el uso de las tecnológicas es cada vez más común por parte de la población en general, por lo tanto, es necesario la creación e implementación de herramientas que permitan estandarizar un poco el proceso de los servicios psicológicos por medio de diferentes medios electrónicos, como videollamada, chatas, correos electrónicos, talleres, conferencias y demás (Consejo General de la Psicología España, 2017). La intervención en línea presenta beneficios como lo son la eliminación de las limitaciones geográficas, lo cual puede generar que el uso de las tecnologías aumente la oportunidad de que las personas accedan a servicios psicológicos (APA, 2013).

Se evidencia que los principios éticos de la psicología en línea son los mismos que se plantean durante las sesiones presenciales, así también se han encontrado resultados igual de positivos en la aplicación de las terapias en línea o las que hacen uso de medios electrónicos para la intervención (Consejo General de la Psicología España, 2017).

Diseño

El diseño en investigación hace referencia al abordaje general del proceso, caracterizándose por mayor flexibilidad y apertura en el enfoque cualitativo, lo que posibilita realizar ajustes según el curso y evolución de los acontecimientos durante el proceso psicoterapéutico. Es decir, permite realizar ajustes conforme la evolución del caso. Acorde a los fundamentos epistemológicos, el diseño ha sido fenomenológico, el cual se

pronuncia por describir y entender las experiencias de los sujetos desde su propia perspectiva, y el psicoterapeuta confía en la intuición para aprender tales experiencias (Salgado Lévano, 2007). En este tipo de diseños la selección de los participantes no se realiza bajo criterios de representatividad o con métodos aleatorios, de modo que los participantes dentro de esta intervención no se consideran como un número significativo de la población, no fueron escogidos al azar debido a que presentan diversas historias de vida y cuentan con características únicas propias.

Además, ha sido un estudio de caso múltiple bajo los preceptos de la investigación cualitativa. Los estudios de caso han ido ganando importancia en el campo de la investigación en psicoterapia, la unidad básica para el estudio en psicoterapia sería el estudio de caso, este permite la revisión de eventos a través del tiempo, en el contexto en el que se presenta la situación, de manera detallada y práctica. El conocimiento que brinda el estudio de caso depende del contexto, lo cual es adecuado para las ciencias sociales y disciplinas basadas en la observación y el entendimiento de la conducta humana y su interacción con el contexto (Widdowson, 2011). El estudio de caso es adecuado cuando se busca responder a la pregunta "cómo" o "por qué", cuando el investigador tiene poco control de los eventos y cuando el foco de atención es un fenómeno contemporáneo dentro de un contexto de la vida real (Yin, 2018).

Categorías del estudio

Ansiedad existencial

Se entiende como una experiencia que surge de la necesidad de valorar dotando de significado a los actos, preservando lo que es importante para la persona, pudiendo ser de tipo constructiva o neurótica generando en cada caso diversas formas de afrontamiento

Ansiedad neurótica (o destructiva): busca la evitación, se presenta miedo a la libertad, no se despliegan los recursos creativos de la persona, se pueden identificar síntomas patológicos de esta forma de ansiedad (De Castro et al, 2017). Se presentan dos

modos de afrontamiento, los cuales no buscan solucionar, más bien anestesiar. Martínez Ortiz (2011) los explica así:

- a) *Pasividad y actividad incorrecta de primer nivel*: su objetivo es buscar disminuir el malestar psicofísico, evadiendo el tema central que genera la ansiedad, como por ejemplo la utilización de las sustancias psicoactivas.
- b) *Pasividad y actividad incorrecta de segundo nivel*: se busca disminuir el malestar psicofísico por medio de las relaciones interpersonales, intentando recibir retroalimentación del mundo.

Ansiedad normal (o constructiva): de manera consciente el individuo se pregunta por sus valores y busca afirmarlos. Despliega sus posibilidades existenciales de acuerdo con los valores que pretende afirmar o preservar y no trata de evitarla (De Castro et al, 2017). Martínez Ortiz (2011) expone dos formas de afrontamiento, van de la mano con la responsabilidad y la libertad de la persona:

- a) *Actividad y pasividad correcta de tercer nivel* (pasividad justa): se identifica el deseo de evitar la ansiedad por medio de las estrategias de pasividad y actividad incorrecta de segundo y tercer nivel, y en vez de usarlas busca soluciones al respecto.
- b) *Actividad y pasividad correcta de cuarto nivel* (actividad correcta): se busca la resignificación de las experiencias.

Definida la categoría de estudio, se expone el supuesto elaborado que ha guiado el presente trabajo de intervención.

Supuesto de intervención

Se espera que por medio de la intervención se identifiquen nuevos recursos y formas de afrontar la ansiedad existencial desde su parte constructiva, es decir se propicien formas de afrontamiento de la ansiedad existencial desde la actividad y pasividad correcta de tercer y cuarto nivel, donde los participantes encuentren recursos que les permitan hacer uso de estrategias más allá de la distensión del malestar de lo psicofísico por medio de las

sustancias psicoactivas, lo cual se encuentra de la mano con disminuir o eliminar su consumo, al ampliar la consciencia de nuevas formas de relacionarse con los otros y con ellos mismos.

Técnicas e instrumentos de registro

Las técnicas en investigación cualitativa se presentan como una herramienta útil para la obtención de información, acorde con los objetivos de la intervención (Rojas, 2011), la técnica tiene presente un instrumento de aplicación, como por ejemplo al usar la técnica de encuesta su instrumento es el cuestionario.

A continuación, se exponen las herramientas utilizadas con el fin de identificar las características del consumo de sustancias psicoactivas de los participantes, al integrar las demás áreas de la persona y valorando las situaciones, intereses y lo que valoran más de su experiencia de consumo. Así también, teniendo en cuenta lo planteado por May (1996) sobre el tema de la parte física de la ansiedad, refiere que esta no nos da una comprensión completa de la experiencia de ansiedad, pero esta si debe ser abordada para responder a la pregunta sobre las necesidades que trata de satisfacer el individuo, May resalta igualmente que el objetivo al buscar comprender la ansiedad no es la medición de su intensidad, puesto que se presenta como una experiencia cualitativa.

Entrevista Semiestructurada: se utilizó con el fin de contar con información cualitativa sobre el estado actual de la persona y su contexto. Bautista (2011) comenta que esta clase de entrevista es flexible, se presenta por medio de preguntas abiertas y reflexivas, que ayuden a dar información de interés para el objetivo de la investigación, así también menciona que no se basa en un modelo rígido, por lo que requiere un grado de espontaneidad.

Martínez Ortiz (2011b) expresa que la entrevista es el medio adecuado para evidenciar las estrategias de afrontamiento que el individuo utiliza, debido a las propias restricciones de autodistanciamiento que interfiere con la capacidad de verse a sí mismo. Así también, se identifica que la ansiedad existencial tiende a confundir nuestra consciencia

de sí mismos y al mismo tiempo confundir la percepción de la situación objetiva (May, 1996) (Anexo 2.1). Estos datos fueron utilizados a la hora de describir los resultados de la intervención por medio del método descriptivo fenomenológico.

Notas de Sesión (construcción equipo de investigación): de acuerdo con los elementos descritos por Martínez (2011b) con respecto al psicodiagnóstico se propuso utilizar un formato de notas de sesión con la información sobre el objetivo de la sesión, examen mental, autodescripción del participante, resumen de la sesión, revisión de tareas, prescripción o tareas propuestas, elementos a tener en cuenta en la próxima sesión, autorreferencia y observaciones. Este instrumento de registro podrá dar cuenta de la categoría de intervención, en este caso de la ansiedad existencial, al realizar la descripción como se presenta durante las sesiones de psicoterapia y poder ser utilizadas para la comparación y su evolución respecto a las sesiones tenidas (anexo 2.2).

Se hizo uso de las transcripciones como apoyo para el diligenciamiento de este formato. Se entiende así que las transcripciones son la materia prima de la cual se seguirán los pasos para la comprensión de las expresiones del colaborador y se puedan generar nuevos conocimientos, esto a nivel descriptivo desde el marco del fenómeno estudiado (Giorgi, 1985 y Moreira, 2001, citados por Moreno, 2014), en este caso de lo referente a la experiencia de ansiedad existencial de los participantes.

Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas ISCD planteado por Annis y Martín en 1985 de acuerdo con los postulados de Marlatt, cuenta con 60 reactivos donde pretende identificar las situaciones de riesgo que pueden llegar a ser precipitadores de un posible consumo. Presenta ocho categorías con dos divisiones y subdivisiones: 1) situaciones personales: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol y necesidad o tentación de consumo; 2) situaciones que involucran a terceras personas: conflicto con otros, presión social y momentos agradables. La puntuación va de 0% a 100%, donde una puntuación entre 70% y 100% brinda información de una gran probabilidad de riesgo de consumo en esa situación (SS, 2014a). Se adaptó a

población mexicana teniendo resultados de confiabilidad test-retest de .98 (De León y Pérez, 2001) (Anexo 2.3).

Inventario de Ansiedad de Beck: planteado por Beck, Epstein, Brown y Steer en 1988 y estandarizado en población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez en 2001, este cuestionario brinda información sobre los síntomas más comunes asociados a la ansiedad, cuenta con 21 reactivos dando resultado entre ansiedad mínima, leve, moderada o severa. Se le asigna una puntuación de acuerdo a la elección del sujeto, “poco o nada” cero puntos; “más o menos” un punto; “moderadamente” dos puntos; “severamente” tres puntos, al hacer la sumatoria total se indica el nivel de ansiedad: de 0 a 5 puntos ansiedad mínima; de 6 a 15 puntos ansiedad leve; de 16 a 30 puntos ansiedad moderada; de 31 a 63 puntos ansiedad severa (SS, 2014b). Fue estandarizado en población mexicana con una muestra de 1000 participantes, consiguiendo una consistencia interna Alpha de Cronbach de .83 y validez de constructo de acuerdo a los factores en la versión original: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001) (Anexo 2.4).

Escala de Satisfacción General: se presenta como una valoración porcentual de la satisfacción de la persona en diversas áreas de la vida cotidiana, elaborada por Azrin, Master y Jones en 1973. Presenta 10 reactivos que brindan información sobre la valoración del individuo sobre su satisfacción en las siguientes áreas: consumo/sobriedad, progreso en el trabajo o en la escuela, manejo del dinero, vida social y recreativa, hábitos personales, relaciones familiares o matrimoniales, situación legal, vida emocional, comunicación y satisfacción general. Presenta confiabilidad de .76 con adecuada consistencia interna (SS, 2014a) (Anexo 2.5).

Cuestionario Breve de Confianza situacional CCSI: Propone desde la teoría de autoeficacia de Bandura 8 reactivos que brindan información sobre el nivel que percibe la persona para resistirse al consumo. Cuestionario de auto-reporte que mide factores de riesgo como: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad física, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros. La calificación se da de 0% a 100% dónde las puntuaciones cercanas al 0% indica

que el individuo se siente poco capaz de resistirse al consumo en la situación identificada (SS, 2014a). Validado en población mexicana por Echeverría y Ayala (1997) (Anexo 2.6).

Consideraciones éticas

Se tuvieron en cuenta las debidas consideraciones éticas, de acuerdo con Reynoso Erazo y Seligson Nisenbaum (2005), para determinar la viabilidad desde la ética de la intervención se deben responder las siguientes preguntas:

“¿Cuáles son los derechos de los pacientes? ¿Qué significa la confidencialidad y cómo se practica? ¿Qué conlleva el cuidado o la atención a los pacientes? ¿La propuesta terapéutica beneficia al paciente? ¿Me interesa ayudarlo o sólo quiero sacar provecho de él? Como terapeuta, ¿soy un agente de la sociedad o estoy del lado del paciente?” (p. 120).

Tales preguntas se presentaron como guía para el planteamiento desde la ética de la intervención. Dentro de este documento se pretende brindar una respuesta a cada una. Para empezar, se tomó como referencia el Código Ético del Psicólogo (SMP, 2010) y el Decreto No. LXV/EXLEY/0756/2018 II. P.O. Ley de Salud Mental del Estado de Chihuahua (Gobierno del Estado Libre y Soberano de Chihuahua, 2018), estos buscan establecer las bases para la atención a las personas que presentan trastornos mentales y el actuar de los profesionales en el área de la salud mental, el primero a nivel nacional y el siguiente a nivel local.

El Código Ético del Psicólogo propone las pautas para esclarecer el ejercicio del psicólogo, en este caso se aplica como actividad profesional, científica y de investigación, dentro de los principios básicos que establece se encuentra en primera medida el respeto a los derechos y a la dignidad de las personas, seguido de un cuidado responsable por el bienestar del individuo, integridad en sus relaciones y responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).

El Código Ético y el Decreto mencionados, resaltan la importancia de los derechos de los pacientes, los cuales están relacionados con los derechos humanos. Allí se mencionan, entre otros, que los pacientes tienen el derecho de tener un trato digno y

respetuoso, recibir información clara, participar sobre las alternativas del tratamiento, a ser incluido y no ser aislado, a menos que se indique medicamento y a la protección por parte del Estado y de su familia. Por lo tanto, los profesionales de la salud mental deben dirigir su actuar por estos principios de respeto ante los pacientes.

Igualmente se tuvo en cuenta lo enunciado en la Declaración de Helsinki, esta declaración surgió después del código de Nuremberg tras el juicio realizado a las personas encargadas de realizar experimentos en personas humanas, donde no fue considerado el bienestar de estos para dichos procedimientos. Por lo tanto, la Declaración de Helsinki busca brindar una referencia ética desde un principio de no daño a las personas participantes en investigaciones, en el caso de México se encuentra que la Ley General de Salud, especialmente el artículo 100 ha sido basado en esta declaración, garantizando el bienestar y la debida información del procedimiento a la persona que se encuentra participando en el proceso (SS, s.f.).

Se reconoce la importancia de la firma del consentimiento de informado ya que de acuerdo con lo mencionado por Bautista (2011) éticamente no es correcto que los participantes de una investigación no conozcan sobre el objetivo de esta, así como sus riesgos y beneficios, por lo tanto, por medio del consentimiento de informado se les da el respeto necesario a los participantes, resaltando su autonomía y voluntariedad de ser parte de la intervención.

La ética, entonces, responde a las preguntas anteriormente planteadas, respetando los derechos de los participantes, incluyendo en esta a la confidencialidad. Se entiende para efectos de esta intervención a la confidencialidad como el anonimato de los participantes, presentando los resultados o fragmentos de la intervención de forma que no se incluyan datos personales, que puedan dar como resultado la identificación de la persona tratada.

La participación se hizo de manera libre y voluntaria, teniendo claro que en el momento que desearan podían abandonar el ejercicio, sin necesidad de brindar explicaciones o ningún tipo de sanción, así mismo, se garantizó la confidencialidad de los datos personales. Las consideraciones éticas acá expuestas se llevaron a cabo por medio de:

- Se creó una relación terapéutica basada en el respeto, buscando el bienestar de los participantes, utilizando un lenguaje cordial y entendible, teniendo comunicación los días y horas acordadas.
- Se realizó la exposición y firma del consentimiento de informado, explicando el objetivo de la intervención, así como los riesgos y beneficios que supone. Se tuvo en cuenta los protocolos de remisión y canalización de la Asociación Civil, en caso tal de que los participantes requirieran de intervención adicional.
- Con el consentimiento de los participantes se realizó la grabación de audio de las sesiones, indicando el momento en que se empezaba a grabar y finalizaba. Los archivos de audio, así como sus respectivas transcripciones fueron guardados con contraseña en el equipo de cómputo personal de la terapeuta y borrados posteriormente al finalizar la utilización de estos datos.
- Se omitieron nombres o señas particulares que permitan identificar a los participantes, con el fin de garantizar su confidencialidad, dando también la oportunidad a los participantes de indicar que información no deseaban fuera incluido dentro de la investigación.
- Fue utilizada una herramienta de videollamada cifrada de extremo a extremo, usando un espacio privado, libre de posibles intervenciones de terceros.

Población a la que se dirige la intervención

Adultos jóvenes (21 y 23 años) consumidores de sustancias psicoactivas de tipo estimulante del sistema nervioso central, que experimenten consecuencias negativas provenientes del consumo. Residentes en una Asociación Civil para atender las problemáticas referentes a su consumo dependiente.

Selección de participantes

Los participantes para esta intervención se eligieron por medio de muestreo por conveniencia, el cual hace referencia a que no se tiene el dato exacto de cuantas personas cuentan con el fenómeno a investigar, por lo tanto se recurre a las personas que se encuentren (Mendieta, 2015). De estas personas encontradas se realizó la elección de los

participantes de manera cuidadosa e intencional, Martínez-Salgado (2012) menciona que estos participantes son elegidos por “sus posibilidades de ofrecer información profunda y detallada sobre el asunto de interés para la investigación. El interés fundamental no es aquí la medición, sino la comprensión de los fenómenos y los procesos sociales en toda su complejidad” (p. 614). Esto se relacionó con el método de intervención planteado para el presente proyecto, donde no se buscó generalizar con los resultados obtenidos, se buscó construir conjuntamente el significado de las experiencias de los beneficiarios.

Sistematización de la información y método de análisis

Se realizó la integración final de la información con los datos obtenidos por medio de los instrumentos de registro. Para el análisis descriptivo del Inventario de Situaciones de Consumo, Inventario de Ansiedad de Beck, Escala de Satisfacción General y Cuestionario Breve de Confianza Situacional, se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS por sus siglas en inglés), con lo que se pudo establecer el panorama inicial y final con respecto a las características del consumo de los participantes.

Para la descripción de manera cualitativa del constructo de ansiedad existencial se tomó en cuenta lo siguiente. Yalom (2000) expresó que “el interés fundamental no es la medición, sino la comprensión de los fenómenos y los procesos sociales en toda su complejidad” (p. 614). Lo cual se encuentra de acuerdo con el método de intervención planteado para el presente proyecto, donde no se busca generalizar con los resultados que se obtendrán, se pretende construir conjuntamente el significado de las experiencias de los beneficiarios.

Análisis de la información y datos

Se llevó a cabo el análisis de la información y datos por medio del método descriptivo fenomenológico, planteado por Giorgi (2012) este resalta que para empezar a utilizar este método se debe tener en cuenta la actitud no reduccionista, una actitud de reducción fenomenológica de lo que se está investigando. La fenomenología no dicta los

fenómenos, más bien busca entender como el fenómeno se presenta a la consciencia y este proceso es descriptivo. La descripción es diferente de la interpretación aclara el autor.

El método descriptivo fenomenológico presenta 5 pasos: 1) leer la descripción completa para tener la noción de todo, la aproximación fenomenológica es holística y no avanza hasta entender los datos; 2) al releer desde el inicio la descripción se empiezan a hacer marcas para formar unidades de sentido, estas son arbitrarias y libres de teoría; 3) transformar la información, en este paso se toma igualmente las palabras del individuo y se expone en los términos psicológicos adecuados para el fenómeno estudiado. Este paso es el corazón del método; 4) las expresiones más sensibles se revisan nuevamente y se describe la estructura de la experiencia; 5) se usan entonces estos datos para clarificar e interpretar la información (Giorgi, 1997; Giorgi, 2012). Este método se presenta como el adecuado para la presente intervención, ya que como lo menciona Yalom (2000) la fenomenología es el método adecuado para la comprensión del individuo, buscando ir al fenómeno mismo sin presupuestos o ideas normalizadas.

Se siguieron los 5 pasos del método descriptivo fenomenológico empezando por la relectura de la información obtenida durante las sesiones, para lo cual se utilizaron las transcripciones realizadas, posterior a esto se identificaron las unidades de sentido, tal y como se presentaban en el discurso de los participantes. Identificadas las unidades de sentido se procedió a crear una tabla para la presentación de los siguientes pasos, en la primera columna se ubicaron los datos sobre la transformación de lo dicho por los participantes a la luz de la teoría aquí utilizada, utilizando una segunda columna para revisar nuevamente la estructura de la experiencia, involucrando así la propia autorreferencia de la terapeuta.

De acuerdo con la información obtenida en las diversas etapas de la intervención, los diversos instrumentos y herramientas de registro y los datos presentados por medio del método planteado por Giorgi, se realizó la comparación de los dos estudios de caso, encontrando las similitudes y las diferencias, así como describiendo de forma cualitativa

como la actitud hacia el afrontamiento de la ansiedad existencial fue evolucionando a lo largo de las sesiones, integrando la información obtenida.

Capítulo III. Resultados

Primero, se solicitaron los permisos institucionales requeridos por la asociación civil de la cual son usuarios los participantes, realizando la conexión entre estos y la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Luego, se realizó una reunión con los usuarios para explicar los objetivos del proyecto de intervención y su metodología mediante invitación, así también, se realizó la exposición de los derechos de los participantes y el supuesto esperado de trabajo relacionado con la experimentación más consciente de la experiencia de ansiedad de las participantes en la intervención. Posterior a la firma del consentimiento de informado se procedió a dar inicio con la intervención propuesta.

Participantes

Participaron dos adultos jóvenes, de sexo masculino, solteros, policonsumidores de sustancias psicoactivas, donde se evidenció que su droga de impacto se encuentra dentro de la categoría de estimulantes, como lo es la metanfetamina (crystal meth) y la cocaína. Se trata de usuarios internados en un centro de rehabilitación de Ciudad Juárez, uno residente de la misma ciudad y el otro en Estados Unidos.

Tabla 3.

Características sociodemográficas de los participantes

	Participante 1	Participante 2
Sexo	Hombre	Hombre
Edad	23 años	21 años
Droga de impacto	Metanfetamina (crystal meth)	Cocaína
Edad inicio del consumo	14 años	10 años
Escolaridad	Preparatoria incompleta	Preparatoria incompleta
Lugar de residencia	Ciudad Juárez	Estados Unidos
Ocupación	Sin ocupación	Sin ocupación
Estado civil	Soltero	Soltero

Elaboración propia

Ambos participantes tienen un nivel de escolaridad de preparatoria incompleta, sin colocación laboral antes del internamiento, y casi nula identificación de actividades de recreación diferentes a los espacios de compartir con otras personas igualmente consumidoras. Se resumen estas características en la tabla 12.

Enseguida se describe con detalle de modo individual cada caso y su condición inicial.

Participante 1

Paciente masculino, 23 años, actualmente internado en un centro de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas, comenta que su droga de impacto es el *crystal* (crystal meth), aunque ha tenido también consumo de marihuana, alcohol, inhalantes, cocaína y pastillas. Refiere inicio de este consumo desde los 14 años aproximadamente, el cual lo relaciona con deseo de aprobación de pares, querer “encajar en un círculo”, esto coincidió con la separación de sus padres y cambio en su dinámica familiar, puesto que el padre sale del núcleo y ahora su madre debía suplir el rol de proveedora, dejándolo sin supervisión aparente, indica “consumía para fugarme de mi realidad”.

Habiendo establecido los acuerdos pertinentes se empieza con la exploración del problema actual. Consultante que se encuentra institucionalizado en centro de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas, dicho centro cuenta con un modelo de ayuda mutua, sin la presencia de profesionales de la salud. Comenta que si bien no es la primera vez que ha estado institucionalizado, sería la primera vez en acceder a terapia psicológica, a lo cual se encuentra interesado al referir tener “pensamientos raros”, sin brindar mayores detalles al respecto, se acuerda en este punto retomarlo nuevamente con el fin de establecer primero la relación terapéutica y construir un espacio de confianza.

Al realizar el examen mental de la primera sesión se observa que el consultante acude a sesión por sus propios medios, mostrándose cauto, pero con disposición al trabajo terapéutico. Porte y actitud adecuados para su edad y contexto. Atención, memoria, sueño e inteligencia parecen estar conservadas para su edad, sin embargo, no se descarta afectación

debido a su prolongado abuso de las sustancias psicoactivas. Pensamiento podría encontrarse afectado, pues refiere tener “pensamientos raros”, en el transcurso de la intervención se identifican estos pensamientos como alucinaciones auditivas. Lenguaje desordenado, coloquial, pero coherente, lo que parece estar relacionado con su nivel educativo y contexto social. Juicio y raciocinio parecen encontrarse conservados, sin embargo, se une con los “pensamientos raros” referidos.

Condición inicial del participante 1

A continuación, se encontrará la información correspondiente a los resultados de la aplicación previa de los instrumentos de registro con respecto a la situación actual sobre el consumo de sustancias psicoactivas. En la tabla 13 se evidencian los resultados del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas, observando que los puntajes más altos se encuentran relacionados con las categorías de emociones desagradables (66.6), emociones agradables (66.6) y necesidad o tentación de consumo (66.6), estas son las situaciones que, de acuerdo con este inventario, el participante 1 identifica como de mayor riesgo para un posible consumo futuro, por lo tanto se consideró importante abordarlo dentro del proceso de intervención.

Tabla 4.

Resultados previos P1 Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD)

Escala	Puntaje
Emociones desagradables	66.6
Malestar físico	60
Emociones agradables	66.6
Probando autocontrol	46.6
Necesidad o tentación de consumo	66.6
Conflicto con otros	50
Presión social	40
Momentos agradables con otros	60

Elaboración propia

En la tabla 14 se observan los resultados de la Escala de Satisfacción General en la que se identifica que el participante se siente insatisfecho en las áreas de su vida aquí presentadas, solo en el área de progreso en el trabajo se siente satisfecho, identificado un

poco en su motivación por encontrarse realizando un servicio de cocina dentro del centro, lo cual lo hace sentir útil y con una responsabilidad.

Tabla 5.

Resultados previos P1 Escala de Satisfacción General

Área de vida	Nivel de satisfacción
Consumo	1
Progreso en el trabajo o en la escuela	7
Manejo del dinero	1
Vida social / recreativa	1
Hábitos personales	1
Relaciones familiares o matrimoniales	1
Situación legal	1
Vida emocional	1
Comunicación	2
Satisfacción general	3

Elaboración propia

En la tabla 15 se encuentra la información sobre los resultados del Cuestionario Breve de Confianza Situacional, por medio de este instrumento se identifica que el participante se percibe en general con autoconfianza de resistir el consumo de sustancias en la mayoría de las situaciones, excepto en las situaciones acerca de emociones agradables y necesidad física. Este resultado brinda información acerca de puntos importantes a ser tratados dentro de las sesiones, como el manejo de las emociones y el trabajo con el cuerpo, además coincide con el resultado del ISCD.

Tabla 6.

Resultados previos P1 Cuestionario Breve de Confianza Situacional

Reactivos	Percepción de confianza
Emociones desagradables	70%
Malestar físico	100%
Emociones agradables	50%
Probando mi control sobre el alcohol	No respondida
Necesidad física	0%
Conflicto con otros	100%
Presión social	70%
Momentos agradables con otros	70%

Elaboración propia

Descripción inicial ansiedad existencial participante 1

Se evidencia que el participante 1 experimenta ansiedad existencial en diversos momentos, tanto de su historia actual, como de su pasado, se identifica en primera medida la amenaza de sus valores, como por ejemplo el de la familia, el cual sufre un cambio al momento del padre abandonar el núcleo familiar, identificando así que el participante pudo haber llegado a sentir que ya no tenía un lugar en el mundo que hasta ese momento había conocido, puesto que el padre desempeñaba una función de proveedor y el que imponía orden y disciplina, al presentarse este cambio las relaciones familiares se modificaron, siendo ahora la madre quien debía fungir como proveedora, cambiando su rol de cuidadora, esto igualmente pudo haber llevado al participante 1 a sentirse en una situación de desprotección e impotencia al querer conservar las relaciones como se encontraban, sin saber cómo comunicar sus emociones de ira, resentimiento y tristeza con respecto a la situación, expresa: “encontré algo que me fugaba de mi realidad, que al llegar a mi casa y no ver a mi padre, no ver a mi madre, que yo siempre llegaba y les contaba cómo me sentía y todo eso pues me sentía mal, empezaba a llorar y tome muy malas decisiones ahí en esa edad”.

Se observa también que el participante 1 experimenta ansiedad existencial al considerar que su padre ya no estaría con él y con su hermana, pero sí cuidaría otros hijos, pudiendo afectar su autopercepción y su sensación de valía o de significancia, se identifica el deseo del participante de que esta situación no hubiera pasado de esta forma, de haber continuado con su familia como se presentaba, esta situación le generó una gran incertidumbre con respecto de su futuro, encontrando en la aceptación social de sus pares por medio del consumo alguna identidad y sentimiento de pertenencia a algo.

A continuación se menciona lo observado con respecto a las formas de afrontamiento de la ansiedad existencial:

Primer nivel: consumo de “cristal”, en un primer momento para ganar reconocimiento de sus pares y como forma de olvidarse de los problemas en su hogar. Se

identifica esta forma de afrontamiento desde la evitación y el deseo de disminuir su malestar psicofísico temporalmente por medio de la droga.

Segundo nivel: tiende a buscar aprobación constante por parte de los demás, ya sean pares o figuras de autoridad, así puede llegar a buscar ser el centro de atención, sin embargo sus relaciones pueden llegar a ser superficiales y a buscar aislarse si no consigue resaltar en la primera impresión, lo cual parece estar motivado por el temor de sentir rechazo ante los demás, llevándolo a presentar sentimientos de inferioridad. Participante tiende a evitar enfrentar sus responsabilidades, desde la delegación de estas a los otros, como por ejemplo el culpar a su padre por haberse ido del núcleo familiar o a su madre por ya no pasar tanto tiempo con él. Se presentan también relaciones interpersonales desde la codependencia, tanto con su madre como con su expareja, se identifica así la manipulación y culpabilización al otro para evitar asumir la responsabilidad dentro la relación, que lo lleva también a mostrarse ante los demás como una víctima.

Estas estrategias le brindan una disminución temporal de la intensidad de la ansiedad existencial, sin llegar a confrontar directamente el motivo que la genera, lo cual evidencia que la afronta desde una forma neurótica, no constructiva.

Tercer nivel: en cuanto a su capacidad de autocomprensión se puede decir que presenta un nivel bajo, ya que le cuesta trabajo evaluarse en la situación, así como relacionarse emocionalmente por temor a ser rechazado. Empieza a identificar como la sustancia es una forma de evitación, falta trabajo en la identificación de su responsabilidad dentro de sus patrones codependientes, al solo identificar la responsabilidad en el otro. Autorregulación se presenta muy poco. Su autoproyección se presenta en sus deseos de estudiar y conseguir un trabajo.

Cuarto nivel: se evidencia dificultad en la capacidad de diferenciación con el otro, caracterizado en su búsqueda desplazamiento de la responsabilidad y el temor al rechazo. Dentro de la autotranscendencia se evidencia que su afectación y entrega se ve limitada por su negativa a enfrentar directamente sus emociones, especialmente aquellas que considera negativas.

De acuerdo con lo anterior se llevó a cabo el proceso de intervención que se resume a continuación, en donde se buscó promover la responsabilidad propia, la identificación y expresión de emociones, así como el despliegue de sus herramientas para afrontar las situaciones que le pueden generar malestar al participante, con el fin de promover estrategias de afrontamiento de la ansiedad existencial de forma constructiva.

Proceso psicoterapéutico del Participante 1

Sesión 1. Objetivo: realizar el primer acercamiento con el participante para construir la relación terapéutica y conocer sus expectativas dentro del proceso de intervención. Así mismo, realizar la primera aplicación de los instrumentos de registro.

Estrategias utilizadas: la presencia, donde por medio de la empatía y la escucha activa se invita a la creación de un espacio de confianza para formar las bases de una adecuada relación terapéutica; parafraseo y validaciones.

Resumen de la sesión: Se ha realizado el establecimiento de las bases para la relación terapéutica, compartiendo los datos necesarios para el cumplimiento de las consideraciones éticas, expresión de las expectativas dentro de terapia y aplicación instrumentos de registro. De acuerdo con la información durante esta sesión se evidencian algunos de los significados que le da al consumo del cristal, donde comenta que lo hace para “fugarse de su realidad”, se identifica que se encuentra en un punto del consumo donde lo realiza no tanto por el placer que este le traería, más por evitar las consecuencias negativas de la abstinencia, por otro lado, también se observa el desplazamiento de su responsabilidad hacia los otros, mencionando a sus padres, hermana o pares como posibles responsables de su consumo. Se evidencia una constante evasión a enfrentar responsabilidades, especialmente en lo relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas, en esta desplaza su responsabilidad a sus pares y sus padres, especialmente el progenitor quien se mostraba como si figura de autoridad, presenta exigencias de cariño y atención, relacionados con la etapa de ciclo vital en la cual se encontraba al momento del inicio de consumo, es decir, 14 años.

Sesión 2. Objetivos: 1) conocer las dinámicas de las relaciones familiares. 2) Identificar los significados que el participante le da a su consumo, así como las soluciones intentadas.

Estrategias utilizadas: metáfora, parafraseo, descripción, invocación de lo actual, devoluciones y validaciones, dialogo socrático, construcción de relación terapéutica.

Resumen de la sesión: Se evidencia disposición por parte del participante, pero todavía poca apertura. Refiere que desde pequeño su padre era el encargado de proveer económicamente a la familia, tomando varios trabajos al tiempo incluso para sustentar los gastos, relata que su padre era quien imponía la disciplina en el hogar, al parecer por medio del miedo, por otro lado, su madre era la cuidadora en el hogar, se refiere a ella como una persona abnegada que siempre buscaba complacerlos y darles todo. Expresa que a la edad de 14 años, su padre “lo abandonó” puesto que al parecer tenía una relación extramatrimonial, situación que lo marcó mucho presentando sentimientos de resentimiento hacía su padre. De acuerdo con lo mencionado sobre la historia con su padre, se observa que el participante parece delegar la responsabilidad de su consumo en este, expresando que su padre ya no se encontraba para decirle que estaba bien o mal, aun cuando esta situación le causaba efectos negativos a él, por lo tanto, se evidencia que presenta forma de afrontar la ansiedad existencial por medio de los dos primeros niveles, desde lo físico por medio de la sustancia, desde lo relacional con sus relaciones familiares, llevando a una evitación de la responsabilidad de sus actos, delegándolo en otros, especialmente su padre, quien era su figura de autoridad. Se observa que de la interacción con su hermana pueden surgir reflexiones sobre sus propias actitudes, ya que al parecer sin darse cuenta se ve reflejado en ella, refiere que ella también consume y que este consumo empezó debido a la pareja de ella, por medio de esta proyección con ella se empieza a invitar al autodistanciamiento. Relativo a la relación con la madre, el participante la describe como codependiente, comenta “ella necesita alguien que le esté dando problemas, o alguien así para sentirse bien y para ella”, sin embargo, se observa que el participante no asume su responsabilidad dentro de la relación con patrones de interacción codependiente, desplazando nuevamente la responsabilidad en los demás, en este caso en su progenitora.

Por medio del diálogo socrático se invita a la identificación de sus propios patrones dependientes con ella. Se empiezan a identificar los valores del participante y uno de ellos se encuentra relacionado con la familia, comenta que su sobrina es una de sus motivaciones para estar buscando un cambio para él, ya que no desea que siga creciendo en ese ambiente.

En esta sesión también se presentó la oportunidad de hablar sobre actividades de ocio, que no incluyan el consumo, identificando el jugar fútbol como un “convivio sano”.

Sesión 3. Objetivo: explorar más sobre los patrones relaciones codependientes, así como continuar identificando los significados construidos alrededor del consumo de sustancias

Estrategias utilizadas: metáfora, parafraseo, descripción, invocación de lo actual, devoluciones y validaciones, dialogo socrático, construcción de relación terapéutica, elementos visuales “rueda de emociones”.

Resumen de la sesión: Se indagó sobre sus relaciones de pareja, comentando especialmente sobre una ocurrida hace cerca de 5 años. Indicó que fue una relación bonita, consultante muestra culpa ante una situación en la que su expareja fue víctima de violencia sexual y él no pudo ayudarla al no estar allí con ella. Expresa que ella ahora tiene otra relación y él no ha querido estorbar, puesto que ella ahora se encuentra con un “buen hombre”, por medio del dialogo socrático se invita a que el participante evidencié que él también puede ser un buen hombre, donde concluye que al no estar bajo los efectos de la sustancia sí lo es, refiriéndose a sí mismo como “buena vibra” también. Identificó que ella, así como su padre, son un elemento que lo han llevado a consumir. Se realiza acompañamiento desde la validación, resaltando los pequeños cambios que ha evidenciado dentro de la relación terapéutica, pues su compartir en esta sesión fue más fluido, con un poco más de detalles respecto a la experiencia vivida con esta pareja mencionada. Debido al poco repertorio sobre la identificación y nominación de las emociones se propone una herramienta visual denominada “rueda de emociones”, presentando las diversas manifestaciones de las emociones básicas, el consultante refirió que era una herramienta útil para él, ya que le ofrece más posibilidades de comunicación, especialmente en su parte

emocional. Permitiendo así una identificación más amplia acerca de las emociones, no solo de las que lo llevaban al consumo, así como las actuales en el aquí y el ahora.

En esta sesión se continúan observando algunos significados que el participante le da al consumo, en esta se observó que podía ser un medio para la evitación de algunas emociones, así como la evitación de la responsabilidad y cómo se encuentran ligados a sus relaciones interpersonales, esto coincide con los resultados del ISCD en tres de sus puntajes más altos como emociones desagradables y situaciones agradables con otros. La señal en esta sesión se encontraba intermitente, lo cual hacía la comunicación torpe e interrumpida.

Sesión 4. Objetivos: 1) Promover al aumento de la toma de consciencia con el fin de generar responsabilidad. 2) Valorar e integrar polaridades.

Estrategias utilizadas: metáfora, parafraseo, descripción, invocación de lo actual, devoluciones y validaciones, dialogo socrático, relación terapéutica, integración de polaridades.

Resumen de la sesión: se encuentra un poco preocupado debido a la situación económica actual de su mamá, ya que debido a la pandemia sus ingresos se han visto disminuidos, lo cual se evidencia puede llegar a ser un motivo de recaída ya que refiere sentirse frustrado y mal, al estar allí internado y no poder ayudarla, se guía la reflexión acerca de la ayuda que podría brindar desde lo que tiene en el momento, situándose en el presente primero. Sin embargo, debido a su estado de ánimo parece no estar abierto a este tipo de devoluciones, lo cual se intensifica debido a que la conexión de esa sesión especialmente fue pésima, lo que interfirió con una contención emocional de forma más adecuada. Concluye que para ayudarla primero debe trabajar en sí mismo.

Se nota que en esta sesión el consultante presenta labilidad emocional y resistencia a tocar un tema, que finalmente aborda por su cuenta, lo referido en la primera sesión como sus “pensamientos raros”, hace notar que le cuesta mucho abordar el tema, sin embargo, resulta hablando de este. Comenta que “escucha voces” explica “después como que me quede traumando, no sé si es trauma, no sé qué es, pero, escucho como voces que me, no

me piden auxilio, pero como que gritan mi nombre, y gritan mi nombre y o sea, hasta la fecha los sigo escuchando diario”, comenta que después del ataque sexual que recibió su exnovia, ella le indicó que entre gritos pedía de su ayuda, es por esto por lo que “quedaron traumas”, se evidencia culpa y frustración por debajo de esta situación, la cual, sin embargo surgió finalizando la sesión, por lo tanto, se agradece la confianza y se genera el compromiso de retomarlo en las siguientes sesiones para evaluarlos más a fondo. Se valora la presencia de estos, refiere escucharlos fuera de él, por ambos oídos, empezaron cerca de los 19 años. Indica que especialmente escucha voces, sin embargo, cuando se encuentra bajo los efectos de la sustancia y presenta privación del sueño ha llegado a tener alucinaciones visuales, en forma de sombras. Comenta que aun cuando ya tiene unos meses sin el consumo, estas voces se siguen presentando de manera regular.

Se evidencia mayor apertura del consultante con el proceso terapéutico, trayendo a sesión aspectos que le generan molestia, así como profundizando un poco más, brindando un poco más de detalles con sus respuestas. Se notó desde el principio de la sesión que el consultante presentaba un estado emocional diferente a su actitud en sesiones pasadas, por medio del acompañamiento, la validación y la aceptación se logra la apertura a que este comparta la situación que le genera mayor malestar, sus pensamientos raros presentados en forma de alucinaciones auditivas. Se observa que poco a poco también se encuentra más atento a la toma de consciencia, debido a esto, como terapeuta también me empecé a sentir más cómoda en el espacio terapéutico, sin embargo el tema de la virtualidad sigue siendo una limitante, puesto que la comunicación se presenta interrumpida y se presentan limitaciones para abordar el aspecto emocional del participante desde el cuerpo.

Sesión 5. Objetivo: explorar más a fondo las alucinaciones auditivas expuestas por el participante

Estrategias utilizadas: metáfora, parafraseo, descripción, invocación de lo actual, devoluciones y validaciones, dialogo socrático, relación terapéutica, integración de polaridades, psicoeducación, herramientas diagnosticas con base en manuales diagnósticos.

Resumen de la sesión: se invitó a compartir de manera más amplia la información sobre estos “pensamientos raros”. Expone que al principio (hace 3-4 años) surgieron después de la situación que ocurrió con su exnovia al haber sido víctima de violencia sexual por parte de un atacante desconocido. Comenta que el último episodio de alguna manera fuerte, fue antes de internarse, donde estando bajo los efectos del consumo sintió la voz que le gritaba y su reacción fue salir corriendo, sintiendo estos gritos detrás suyo, indica haber caminado un par de horas, experimentando mucho miedo y llorando, después de este episodio menciona haber tomado la decisión de buscar ayuda porque temía “quedarse en el avión”, informa que a veces bajo los efectos de la sustancia observaba signos de despersonalización al no tener control sobre su cuerpo. Señala no haber hablado en otra ocasión con nadie sobre esta situación, pero que hablarlo le genera tranquilidad. Expresó que al estar bajo los efectos del consumo estas alucinaciones se pueden presentar todos los días, pero al estar en abstinencia se pueden presentar de 4 a 5 veces por semana. Comentó no haber identificado un patrón específico de aparición de estas voces, que le gritan por ayuda o le advierten algo, puesto que se pueden presentar en cualquier estado de ánimo, en la mañana o en la noche.

Con el fin de evaluar estas alucinaciones se aplica el apartado de Trastornos psicóticos de la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (2000), la cual, si bien se encuentra de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV, brinda información útil para el diagnóstico. De acuerdo con los resultados de esta codifica para trastorno psicótico de por vida, sin embargo, se hace aclaración de que su etiología se dio a raíz de la intoxicación por medio de las sustancias psicoactivas, por lo tanto, coincide con los criterios diagnósticos para trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos. Por lo tanto, se hace explícita la necesidad de que el consultante obtenga una valoración psiquiátrica, utilizando la psicoeducación para indicarle los límites a los que se pueden llegar por medio del proceso terapéutico y los resultados que se obtendrían al combinar este trabajo con la posible medicación que pueda requerir. Sin embargo, se tiene en cuenta las limitaciones que se presentan, primero por la situación de pandemia; y segundo, por la baja cobertura de psiquiatras que se tiene en Ciudad Juárez. Así se invita a la corresponsabilidad del participante respecto a la presencia de estas alucinaciones auditivas, así también

buscando la integración de su red de apoyo, como por ejemplo proponiendo hablar de esto con su progenitora. Ante el tema de las alucinaciones participante identificó reducción significativa dentro del curso de terapia, aun cuando esta no se encontraba directamente enfocada a tratar esta situación.

Sesión 6. Objetivo: promover la responsabilidad por medio de la identificación de patrones de interacción, especialmente aquellos que se presentan desde la codependencia

Estrategias utilizadas: metáfora, parafraseo, descripción, invocación de lo actual, devoluciones y validaciones, dialogo socrático, relación terapéutica, integración de polaridades, reflexión por medio de referencias a películas, analogías, invitación a utilizar mensaje del yo.

Resumen de la sesión: Se presenta Participante1 quien refiere al inicio de la sesión que le gustaría tratar un tema específico, ya que “me he estado dando cuenta, verdad, que me gusta llamar la atención, no sé por qué, o sí, falta de atención a lo mejor”, evidenciando su apertura dentro de la terapia y su incremento de su capacidad del darse cuenta de que desea la atención de varias personas, pero al parecer le hace falta especialmente la atención de sus padres. Comenta que la situación por la que se dio cuenta de esto es que una de las razones por las cuales se dio cuenta de esto es porque realiza publicaciones en redes sociales con el fin de que las personas le pregunten acerca de él, pero al hacerlo la última vez se cuestionó esta situación.

Indica que ha identificado que sus padres se culpan por todo lo que ha ocurrido en su vida, llevando a tratarlo como un joven de 14 años, señala “ellos están en el pasado, no miran al presente”, además indica que su forma de prestarle atención es por medio de mimos. Consultante de manera verbal refiere no querer más este tipo de trato, pero concluye que él es manipulador y que a veces saca provecho de la situación, se observa que si bien al hablar les comenta a sus padres que no deben sentir culpa, afirma que la ha utilizado a veces para ganar la atención, se resalta este patrón de interacción. Por otro lado, habla acerca de la relación con su mamá especialmente, en donde indica que ha intentado que lo dejé tomar sus decisiones y alejarse, pero regresa nuevamente cuando busca la

corrección de sus consecuencias, indica no querer más esta clase de interacción, puesto que lo “está haciendo inútil”, se invita a la reflexión acerca de la responsabilidad, por medio de mensajes desde el Yo para expresarse desde lo que busca, por qué y a que se compromete. Se hace más clara la parte que mencionaba sobre la codependencia con su madre, identificando ahora la parte que también le corresponde a él, evidenciando que dentro de la relación los dos se manipulan y concluyendo que la mejor decisión que puede realizar es poner límites.

Por otra parte, dentro de estas relaciones codependientes se habla también de su exnovia, refiere que hace poco recibió un mensaje de ella, el cual lo dejó pensando mucho, puesto que ella tiende a ser un elemento que lo desestabiliza emocionalmente, llegando al punto de indicar que de ella depende su felicidad, sin embargo, resalta que estar al lado de ella, lo llena de inseguridad, identificando elementos de sentimientos de inferioridad, lo que repercute en su autoestima y en su estado de ánimo. Comenta que está preparando una conversación que lo ayude a abordar temas que le sirvan, de acuerdo con los aprendizajes acerca de poner límites. Se invita a la toma de responsabilidad de la situación por medio del cambio del mensaje “no puedo” por el “no quiero”, consultante identifica que al hablar desde el yo no puedo, está haciendo referencia a que no tiene voluntad o no la suficiente para tomar acción, por lo que se encuentra de acuerdo en decir que ya no quiere que esta situación con ella continúe de la misma manera. Se habla también acerca de los autoengaños, como él los refiere, al crearse una idea en la cabeza, en este caso con su exnovia, pero que también lo ha identificado con la sustancia. Se identificó mayor apertura por parte del participante a la hora de identificar sus patrones de interacción y cuál es su responsabilidad dentro de la situación, que permite que estas interacciones continúen de la forma codependiente, se resalta el hecho de su disposición a la toma de consciencia y buscar nuevas formas de interacción al valorar que estos intentos de solución utilizados hasta ahora no le han dado un resultado favorable en cuestión de los valores que preserva y cómo busca proyectarse como ser-en-el-mundo.

Sesión 7. Objetivo: identificar posibles nuevas formas de interacción que el participante ha encontrado.

Estrategias utilizadas: psicoeducación, metáfora, parafraseo, descripción, invocación de lo actual, devoluciones y validaciones, dialogo socrático, relación terapéutica, integración de polaridades, analogías

Resumen de la sesión: en esta sesión el participante se veía con una expresión de felicidad en su rostro, lo cual fue asociado a que debido a lo hablado en la sesión anterior sobre la situación con su exnovia y como ha identificado le ha permitido que de ella dependa su estado emocional, comenta haber tomado la decisión de poner límites en esta interacción y “cerrar este capítulo de su vida”, se evidencia entonces que el participante muestra mayor responsabilidad ante lo identificado en terapia, ya que lo lleva a la acción, sin necesidad de continuar postergando la conversación que quería tener, esto tal vez por el miedo a la respuesta que tendría, se observa que la reacción ante esto es de satisfacción consigo mismo, al ir identificando las acciones que ha tomado para su bienestar, al ir revalorando sus creencias y poner en acción lo que decide se encuentra más acorde con su sistema de valores. Así también, el participante identifica en esta sesión que ha podido observar nuevas alternativas, que antes le costaba observar puesto que “veía el mundo gris”, hace alusión también acerca de cómo la relación terapéutica construida desde la confianza y la autenticidad le ha funcionado para identificar aspectos de su vida que ahora ve positivos, desde cosas básicas como comer, dormir o no ser rechazado por su aspecto físico, lo cual se reencuadra como acciones de autocuidado, resumiéndolo él en que ahora se quiere y se muestra más cariño, así mismo identifica que en las primeras sesiones delegaba la responsabilidad en otros y buscaba mostrar una figura de víctima y de tristeza, cosa que ha ido identificando y cambiando en él mismo.

Sesión 8. Objetivos: 1) identificar las situaciones de recaídas anteriores, con el fin de verlas desde el punto de vista de qué aprendizajes tomar de estas, así como 2) identificar las herramientas que el participante tiene para afrontar las posibles recaídas

Estrategias utilizadas: psicoeducación, metáfora, parafraseo, descripción, invocación de lo actual, devoluciones y validaciones, dialogo socrático, relación terapéutica, integración de polaridades, analogías

Resumen de la sesión: se presenta el participante comentando que ha identificado varios cambios en él, lo que lo hacen tener mayor motivación para la construcción de un futuro diferente. Se aborda el tema de las recaídas iniciando por la evaluación de las situaciones previas que lo han llevado a recaer, comenta que ha identificado 3 factores han sido de riesgo para él, estar solo o más bien tener tiempo de ocio; su exnovia o en ese caso relaciones de pareja; y socializar relacionado con su búsqueda de aceptación social. Al tomar cada una de las situaciones se invita a evidenciar que situaciones podría hacer diferente de acuerdo con las herramientas que ha evidencia hasta ahora en él. Menciona que el estar solo se relaciona un poco con él no está haciendo algo, en donde expresa que el deporte o el estudiar (terminar la preparatoria), pueden ser actividades que le ayuden, así también se le invita a pensar en tiempo de ocio de calidad. Con respecto al tema de relaciones de pareja se identifican nuevos elementos del patrón de interacción por medio de la codependencia, donde el participante refiere que el recaer o el consumir de más lo utilizaba como una forma para que su exnovia viera “que le había destruido la vida”, en esto se invita a identificar la responsabilidad consigo mismo y como este daño que quiere hacer a los otros, está realmente dirigido hacia él.

Por último, identifica que el socializar puede ser un factor protector y de riesgo para él, puesto que para empezar observa la necesidad de cambiar de círculo social, ya que refiere la mayoría de sus amigos son personas que consumen sustancias psicoactivas, y si bien haya algunos que no consuman “cristal”, el hecho de consumir otra sustancia lo lleva a esta. Informa que cuenta con pocos amigos que no consumen, pero que no sabe cómo relacionarse con ellos. En el participante se evidenció constante sentimiento de inferioridad que se encontraba acompañado de constante comparación con los otros, sin embargo, en esta sesión la comparación fue más hacia el punto de motivación por medio de un ejemplo a seguir. Para la siguiente sesión se propone pensar en dos o tres estrategias más para afrontar una posible recaída.

Sesión 9. Objetivo: Revalorar los patrones de interacción que ha presentado con las personas que lo rodean, especialmente con su familia, con el fin de ser involucrados desde una manera más auténtica más allá de la manipulación presente hasta ahora.

Estrategias utilizadas: trabajo con las resistencias, psicoeducación, metáfora, parafraseo, descripción, invocación de lo actual, devoluciones y validaciones, dialogo socrático, relación terapéutica, integración de polaridades, analogías

Resumen de la sesión: para esta sesión participante refiere no haber realizado la actividad propuesta, lo cual da cuenta de las resistencias de este. Comenta que se ha sentido irritado en la semana debido a situaciones derivadas del servicio de cocina que realiza dentro del centro, lo cual también lo hace pensar en la forma de interacción que tiene con su familia, donde se continúa viendo la manipulación y el tratarlos como objeto al buscarlos solamente cuando presenta alguna necesidad. Se invita a revalorar este tipo de interacción, invitándolo a integrarlos a su vida como personas, como menciona Buber desde una relación Yo Tú, por medio del uso de las metáforas y analogías se trabajan sus resistencias, al mencionar que ha puesto generalmente una barrera con su familia y amigos, pero la cual desea volverla una valla, ya que es más pequeña y tiene espacios para ver y ser visto por su familia. Se aborda también un poco el tema de red de apoyo, donde se evidencia que el participante no identifica a personas cercanas como tal, presentando desconfianza y miedo en la interacción con personas consumidoras de sustancias, esto él lo relaciona con lo que vio y vivió cuando se encontraba en este medio, lo que lo hace decir no querer volver allí. Esto parece estar ligado con su decisión de buscar nuevos amigos, otras personas con quien interactuar, que presenten otros pasatiempos diferentes al consumo de sustancias, lo cual se puede identificar como la búsqueda de un factor protector por parte del participante.

Sesión 10. Objetivo: promover la identificación de diversos planes de acción, con el fin de flexibilizar sus opciones y prever una posible recaída

Estrategias utilizadas: trabajo con las resistencias, psicoeducación, metáfora, parafraseo, descripción, invocación de lo actual, devoluciones y validaciones, dialogo socrático, relación terapéutica, integración de polaridades, analogías

Resumen de la sesión: se presenta participante comentando que en la semana salió del centro por un par de día, debido al trámite que realiza para sacar su documento de identidad, menciona que estuvo en casa de su progenitora y que esto le trajo malos

recuerdos, así también se presentaron situaciones de riesgo para una posible recaída, ya que su hermana es consumidora de sustancias y el ambiente entre su hermana y mamá se encontraba tenso, refiere que antes de estar dentro de su proceso actual el haber estado en esta posición fácilmente lo habría llevado a consumir, sin embargo, en esta oportunidad no lo pensó y lo tomó más bien como motivación para continuar en su proceso de cambio, afianzando sus avances y reafirmando lo que ya no quiere para él en su vida. Esto se identifica como algo positivo en el participante, quien al enfrentarse a una situación fuera del espacio seguro del centro de rehabilitación, decidió hacer algo diferente y no recurrir a los patrones de consumo anteriores. Comparte acerca de sus planes a futuro, en donde se encuentra la parte de presentarse para enlistarse en la Armada de México, ya que identifica varios elementos que para él pueden ser favorables, como el ingreso económico estable, la actividad física que podría realizar, la posibilidad de crecer dentro de la fuerza o por medio de estudiar carreras universitarias y la idea de que al tener una supervisión no consumiría al no “querer defraudar”, se le invita a valorar esta decisión desde también los aspectos negativos, como el hecho de estar expuesto a situación de consumo y la posibilidad de que no sea aceptado, comentando sobre la importancia de tener un “plan b”, cuestiones que el participante había decidido no prestar atención hasta el momento, lo cual se podría identificar como un posible riesgo de recaída, al no tener varias opciones y no ser flexible en las decisiones que contempla para sí mismo.

Sesión 11. Objetivo: hacer conscientes las situaciones en las que se presenta autosabotaje

Estrategias utilizadas: trabajo con las resistencias, psicoeducación, metáfora, parafraseo, descripción, invocación de lo actual, devoluciones y validaciones, dialogo socrático, relación terapéutica, integración de polaridades, analogías

Resumen de la sesión: se presenta participante quien comenta que últimamente ha visto que su ánimo se encuentra bajo, expone que se encuentra preocupado por su mamá y su hermana, además comparte una situación en la que al estar de permiso se acercó a casa de éstas, pero ellas no se encontraban, resalta que al entrar al baño encontró una bolsa con

una dosis grande de “cristal”, informa que su reacción no fue el querer consumir, pensó más bien en su hermana y cómo se encuentra en un punto en donde no busca esconderla ni de su mamá.

Comenta que ha visto pocos avances en él en las últimas semanas y que incluso su servicio en la cocina ya no lo motiva, que siente que no está siendo reconocido por su trabajo, se identifica que esto puede estar relacionado con autosabotajes y cómo podría ser una forma del participante de continuar con sus patrones de interacción desde el delegar la responsabilidad a los otros, se le invita a la reflexión y a la revaloración de esto, donde refiere que así es, que así se siente que es lo que está haciendo, complementa con que si bien tiene esta sensación “hay algo” que no le permite irse del centro, lo que relaciona con los efectos negativos que ha evaluado del consumo de sustancias, pareciendo mostrar una diferente forma de afrontar la ansiedad existencial, desde la búsqueda de sentido y la no evitación. Como actividad para la siguiente sesión se le invita a realizar una carta “para los días malos”, la cual pretende ser una ayuda para estos días en que su ánimo es bajo y se “estanque” en sus pensamientos.

Sesión 12. Objetivo: realizar el cierre del proceso de intervención, invitando a la identificación de las herramientas encontradas y de los beneficios de esta con el fin de promover el autoapoyo

Estrategias utilizadas: trabajo con las resistencias, psicoeducación, metáfora, parafraseo, descripción, invocación de lo actual, devoluciones y validaciones, dialogo socrático, relación terapéutica, integración de polaridades, analogías, reconocimiento simbólico de logros

Resumen de la sesión: para la última sesión se pretendió que el participante identificara estas herramientas o cambios que haya observado en el transcurso del proceso de intervención, se le invita a observar un antes y un después de las situaciones que resalta, como el hecho de mencionar que ahora logra tomar mejores decisiones, lo cual le ayuda con su propósito de mantenerse sin consumo, expresa que antes de la terapia identificaba un porcentaje de cerca el 25% de buenas decisiones y ahora puede decir que se ubica en un

70%; reconoce también cambio y mejoría en su expresión emocional, estando antes en un porcentaje del 15% a pasar al 65% en la actualidad, lo cual le ayuda a identificar sus emociones, entenderse y saber cómo actuar, así también a no ser impulsivo y no esconderse de algunas emociones; con respecto a lo que él denominó pensamientos raros (alucinaciones auditivas) reporta disminución en la presencia de estos, tanto de su frecuencia como magnitud, refiere que al principio se encontraban presentes en un 80-90%, pero ahora al enfrentarlas y reconocerlas se presentan en un 10-15%, igualmente se hace énfasis en la importancia de atender esta situación por parte de un psiquiatra.

Resalta que encontró diversos beneficios de la terapia que pueden ayudarle a conseguir su objetivo de mejorar su vida y continuar sin consumo, como el hecho de la identificación de patrones de relación codependientes con su madre y su exnovia, la importancia de contar con un plan b, reconocer su responsabilidad e identificar cuando la está delegando en otras personas, decidir “ya no ser ese disco rayado” al mirar el pasado pero tomarlo de aprendizaje desde el aquí y ahora, en general refiere contar con una manera diferente de verse a sí mismo, a su historia y a sus proyectos futuros.

Comenta que faltaron cosas por tratar más a fondo, como el miedo al éxito o al fracaso, el pensar de manera negativa constantemente y el confiar más en él, se realiza la reflexión acerca de cómo utilizar las herramientas ya identificadas con el fin de trabajar esto por su cuenta o por medio de los recursos que encuentra en el centro donde se encuentra. Se finaliza la sesión realizando un ejercicio simbólico de la construcción de un certificado que enumera los principales beneficios que el participante refiere, lo cual parece agradaarle.

Siguiendo con el método de descripción fenomenológica planteado por Giorgi, a continuación se encuentra de manera detallada la categorización y subcategorización de las unidades de sentido encontradas, lo cual permite una aproximación fenomenológica descriptiva de esta vivencia de la ansiedad existencial por parte del participante, tomando como base las dimensiones de la experiencia humana de Romero, así como el proceso de

adicción identificado, el rasgo particular como lo son las alucinaciones auditivas y la relación terapéutica que se muestran en las siguientes tablas.

Tabla 7

Primera unidad de análisis. Dimensiones de la vida humana

Sub categoría y unidades de análisis	Transformación
<p>Dm. corporal</p> <p>“con eso del coraje, empecé a sustanciarme más, cada vez más y más, y llegué a un momento en que estaba más, en que ya eras más adicto, mi adicción era más grande y todo eso, entonces ya ahí, este, me empecé, como se llama, a descuidar físicamente” (sesión 3)</p> <p>“Ahorita sufro un poquito de la autoestima, un poquito (risa) bueno, porque estoy gordito, no me gusta estar gordo (...)eso me ha llevado a consumir, porque no me gusta, no me gusta estar gordo (...) pues siento que no soy nada atractivo” (sesión 4)</p> <p>“he llegado a un punto muy desagradable de la adicción, la adicción es muy desagradable, he llegado a un punto en donde te he contado, no me aseaba y que esto y que lo otro, muchas cosas que no me importaba nada, ni mi físico, ni lo que traía puesto, ni nada de eso, siendo que cuando ando bueno y sano es todo lo contrario” (sesión 4)</p> <p>“muchas cosas, va, reír, fijate que sí, me la pasaba muy amargado y todo eso, pero si muchas cosas que necesito y al momento de comer, pues yo siento que, si lo disfruto, pero a veces pienso y digo este (risa) de lo que me estaba perdiendo, ihhh, porque antes no comía y ahora como digo, no pues, como te diré, o sea, siento que son cosas que necesita mi cuerpo” (sesión 5)</p> <p>“ya veo el problema del porqué estoy gordo, estoy muy nervioso así pensando, no más me la paso comiendo” (sesión 11)</p>	<p>La autoimagen del participante 1 se ve afectada por la negación a su aspecto físico actual, cambios que se presentan de manera inevitable al presentarse pautas de autocuidado como el dormir y tener por lo menos 3 comidas al día, cosa que se había negado al estar en post de la sustancia nada más.</p> <p>Se identifica al cuerpo como un medio para buscar el placer por medio de la distensión momentánea del malestar psicofísico, en el pasado utilizando principalmente la droga, en el presente por medio de la comida.</p> <p>Se observa que si bien el participante hace uso todavía de estrategias de primer nivel, se permite autodistanciarse y reconocer en el momento que las está usando, ampliando así un poco su recurso de responsabilidad con respecto a sus propósitos, estrategias encontradas en el tercer nivel de las formas de afrontamiento de la ansiedad existencial.</p>
<p>Dm. social e interpersonal</p> <p>“como que me sentí solo, quise buscar compañía, amor, comprensión y pues no lo encontré” (sesión 2)</p>	<p>Por medio de esta dimensión de la existencia se puede identificar como el participante utiliza las formas de afrontamiento de la ansiedad existencial de segundo nivel.</p> <p>Se observa que los otros tienen un lugar muy importante en la forma en la que el participante creó</p>

“yo siempre pensaba el que yo era que me sustanciaba y no hacía daño a nadie, pero no es así, daño a mi familia, daño a gente que me quiere y pues me estoy acabando a mí mismo” (sesión 2)

“codependiente, es que ella quiere, ella necesita alguien que le esté dando problemas, o alguien así para sentirse bien y para ella, este, o sea, como se decía, si pues estar ahí queriendo solucionar o algo así” (sesión 2)

“algo que me da mucho coraje es que estaba criando a otros hijos que no eran de él, mientras que yo que era su hijo pues me perdía y él tampoco nunca supo la manera de cómo llegar conmigo a hablarle, yo estuve muy resentido con él y bueno si acaso me hablaba, ya no le obedecía, ya no le tenía miedo, ya nada de respeto ni nada” (sesión 2)

“encontré algo que me fugaba de mi realidad, que al llegar a mi casa y no ver a mi padre, no ver a mi madre, que yo siempre llegaba y les contaba cómo me sentía y todo eso pues me sentía mal, empezaba a llorar y tomé muy malas decisiones ahí en esa edad” (sesión 2)

“o lo usaba para impresionar a los demás, a las muchachas o yo que sé, a que ahhh se droga y todo eso” (sesión 4)

“Si porque, pero yo lo hice por querer impresionar, por falta de autoestima, que también viene al caso. Porque es lo que yo tenía en mi mente, yo quería llamar la atención de mis padres también impresionar” (sesión 4)

“incluso cuando tuve a mí, a mí ex, también yo decía, o sea, yo siempre, yo siempre pensaba que ella tenía otro que esto y que lo otro, que estaba conmigo no más por pura, cómo se llama, compasión” (sesión 4)

“buscando amor, buscando amor, buscando amor este... con la gente que conozco, con los que son mis amigos, amigas, familiares” (sesión 6)

“no me siento como un buen hombre para ella y siempre quiero estar como a su nivel o algo así y siempre me miro por debajo, siempre, siempre, o sea, ahí ella es una muchacha trabajadora y esto y lo otro, que sale adelante por ella, y yo siento que es poco lo que le ofrezco y me siento inseguro” (sesión 6)

su mundo, buscando llenar los vacíos por la pérdida de la idea que había vivido hasta el momento de la familia, especialmente del padre, buscando la atención y la aceptación por parte de sus pares o pareja, utilizando la manipulación y el desplazamiento de su responsabilidad en los otros, esto pudo haberle brindado una oportunidad de sentirse importante y protegido, sin embargo se relaciona desde el miedo al rechazo, lo cual lo hace sentir como inferior al no creerse suficientemente digno del reconocimiento o del cariño, buscado principalmente en su padre, pero desplazado hacia los otros.

Se observa también que los otros también pueden llegar a ser un instrumento para la evitación de la confrontación con sentimientos poco agradables para el participante, como por ejemplo la tristeza, en donde el no estar solo le brinda la oportunidad de no sentir su tristeza, así no conectar con sus emociones, participante expone que por medio del “cristal” se le facilita la expresión de su tristeza, pero que prefería realizar consumir solo, al parecer para continuar guardando su imagen ante los otros, generando así relaciones superfluas, sin una adecuada comunicación de sus necesidades, evitando la intimidad.

Se observa inicio del participante del despliegue de estrategias de afrontamiento de tercer nivel, al identificar los patrones de relaciones codependientes, en donde comprende su responsabilidad dentro del mantenimiento de estas relaciones, no solamente desplazándolo en los otros, sino también desde la aceptación de sus propios actos de manipulación, culpabilización y demás que podían mantener estos patrones de relación. Participante comparte sentirse liberado y muy feliz de haber puesto límites en la relación con su expareja, con la cual no se había permitido hacerlo debido a que tenía miedo de enfrentarse al dolor, tristeza y rechazo, sin embargo, al enfrentar la situación y aceptar su realidad y limitaciones, observa que al enfrentar constructivamente la situación su respuesta es lo contrario a lo catastróficamente esperado desde su miedo al rechazo. Esto le permitió el establecimiento de límites en la relación y la identificación de planes de acción para hacerlo con la relación con su progenitora, así como el proponerse relaciones más íntimas y auténticas, donde no busca esconder sus emociones.

“tanto ellos, como yo, verdad, pues dependemos, acostumbrados” (sesión 6)

“dependía mucho mi felicidad o mi alegría de alguien” (sesión 7)

“hay mucha diferencia, el simple hecho de dormir, es algo que o sea, no hacía antes, el simple hecho de comer es algo que no hacía antes, el simple hecho de convivir con personas y poder tener una conversación sana, es algo que no hacía antes, ir a la tienda” (sesión 7)

“Voy rompiendo con mi... cómo te diré, yo siento como que cadenas, algo así, cadenas que me ataban y me devolvían el sufrimiento de atrás y me siento como liberado y me siento como ahhh ya me liberé, ya no tengo que pensar en ella (...) quiero empezar a cerrar capítulo y yo siento que voy bien, con esto que hice voy bien porque ya es una manera de, pues, empezar a cerrarlo” (sesión 7)

“siempre necesito estar con alguien, no me gusta estar yo solo, conmigo mismo, porqué, porque hay una tristeza, y hay dolor, y cuando empiezan a llegar esos pensamientos de tristeza y dolor, pues... si hay alguien cerca pues relajé, para poder ocultar mi dolor y tristeza” (sesión 7)

“no se socializar, no sé de qué hablar con las demás personas que no se drogan, mi ambiente siempre ha sido de drogas y esto y lo otro o puras cosas raras, verdad, y me cuesta trabajo, me siento inferior ante ellos, no sé por qué, me siento inferior, o sea, si hay dos conversaciones de alguien que no se droga, no hablo o presto más atención para ver de qué trata su tema y así y trato de no hablar, porque siento que al hablar, pues me vería muy vulgar o muy, cómo te diré, o si o muy pobre intelectual o algo así” (sesión 8)

“siempre he tenido temor en hacer las cosas mal, no sé cómo mantener una relación así, digamos estable, si te decía antes de que cuando estaba con ella me sentía que quería hacer las cosas bien y esto y lo otro, pero que a veces sentía que no estaba a su nivel, siempre me ha pasado eso, con ciertas, soy muy, muy inseguro, muy inseguro y soy muy, cómo te diré, muy manipulador” (sesión 8)

Sin embargo, se evidencia que el participante todavía no se siente confiado del todo desde sus capacidades para afrontar su vida fuera del centro, ya que decidió quedarse allí hasta que pueda llevar a cabo su plan de enlistarse en la Armada mexicana, en donde, si bien ha establecido relaciones de manera más sana, con los consejeros del centro, con sus compañeros e incluso con la terapeuta, estás continúan siendo formas de evitación de la ansiedad existencial.

Se identifica también que el participante empieza a desplegar estrategias de afrontamiento de cuarto nivel al diferenciarse de sus padres o pareja, identificando sus patrones codependientes y estableciendo límites, donde puede darse cuenta de que el otro es una persona diferente y que cada cual tiene la responsabilidad dentro del mantenimiento de los vínculos interpersonales.

Dm. de las actividades o praxis

“el servicio de la cocina me gusta cocinar, son muchas cosas que a lo mejor no hacía antes, y a lo mejor, son cosas que se hacen y aquí me están

Participante identifica por medio de la realización de un oficio una forma de identidad y pertenencia, lo cual lo ubica en un rol de responsabilidad dentro del centro, este papel desempeñado lo hace sentirse bien consigo mismo, como una persona útil, lo cual

volviendo a, otra vez a, como le diré, a surgir estos, como se llama, pues digamos dones” (sesión 1)

“un buen hombre es trabajador, responsable, umm... que más... o sea alguien que no consuma” (sesión 3)

“necesito entender es que las cosas se hacen poco a poco y con esfuerzo y eso es lo que no me gusta, no me gusta porque no me gusta batallar y para cada cosa buena que yo quiera hacer no voy a entender que se necesita un esfuerzo y tiempo, valor y todo eso para poder llevarlas a cabo, esas cosas son las que necesito trabajar yo” (sesión 12)

es un contraste a cómo es su percepción a cuando estaba consumiendo, donde se ve como casi un ente, casi sin ubicarse dentro del rango de humano.

Por medio de este oficio también se identifica una estrategia de afrontamiento de segundo nivel, al buscar la aceptación y la validación de los otros para encontrar la motivación para continuar haciéndolo, llegando incluso a identificar posible autosabotaje, tratando de utilizarlo como excusa para plantearse la posibilidad de abandonar el proceso en una ocasión.

Por medio del trabajo o del estudio el participante identifica un propósito, el cual se encuentra una forma de vivenciarse, la cual según él no es compatible con el estar consumiendo, por lo tanto, lo puede considerar como un factor protector para su mantenimiento en abstinencia

Dm. afectiva

“una gran culpa verdad, por muchas cosas, cosas que me han estado atormentando de pensamientos” (sesión 2)

“siempre tenía una autoestima así pa’ bajo y todo y hoy no, me siento orgulloso de las cosas que hago y como las hago, y confiado en lo que puedo hacer” (sesión 3)

“muy melancólico, si acá de despecho y siempre queriendo llorar, yo siento que porque todas mis emociones me las guardaba, todo, todas mis emociones (...) pero ya cuando estaba solo, ahhh, empezaba sacar toda mi flor (ahhh como emulando expresión de dolor) sentía una tristeza con alguien o algo, recordando algo, lo guardaba y estando solo ya empezaba a llorar” (sesión 4)

“me sentía cuando, me acuerdo cuando estaba resentido, celoso, inseguro, desbastado, apenado también, insignificante, inferior, pobre, espantado de repente, aterrado también” (sesión 4)

“todo me lo guardaba, y era donde mi mente como le dijera, que no va conmigo, de mis emociones, que pudiera sentirme enojado, de repente triste, y luego de repente decepcionado” (sesión 4)

“yo ya no quería compartir mi dosis, entonces tuve que aprender a cómo hacerlo, para drogarme, entonces ahí fue donde empezó la depresión, la no energía, la nostalgia, tristeza, soledad, decepción, acá pobre, inferior, todo eso” (sesión 4)

Participante busca la vinculación y la atención por parte de mostrarse triste, pero evita un contacto íntimo para evitar sentir el rechazo de los otros.

Los estados de ánimo evidenciados en el participante 1 son principalmente de tristeza y nostalgia, sin embargo, al final de la terapia menciona que su estado de ánimo se encuentra más relacionado con la felicidad y la alegría, evidenciando actitudes positivas en él, unido a los actos de autocuidado utilizados durante el transcurso de la terapia, de acuerdo con Romero el participante expresa más sentimientos ego-distónicos desde el sentimiento de inferioridad, rechazo a sí mismo, culpa, arrepentimiento, entre otros, para pasar a sentimientos ego-sintónicos al ir avanzando las sesiones, apareciendo sentimientos de valor propio como la autoestima, la autoaceptación, la autoconfianza, la dignidad, entre otros.

Al reconocerse con base en estos sentimientos ego-sintónicos el participante refiere que su mundo antes lo veía gris para ahora verlo de colores, haciendo referencia a su apertura a las posibilidades y herramientas que puede hacer uso, no solo desde la evitación al utilizar estrategias de afrontamiento de primer nivel usando la sustancia como forma de no encarar su dolor, empezando a desplegar ahora formas de afrontamiento en el tercer nivel desde la autocomprensión dándole nombre y un lugar a sus emociones y la autorregulación identificando sus estados de ánimo y actuando conforme con estos, reconociendo su responsabilidad en estos actos,

“(…) T: cuando consumes cristal entonces al parecer es más fácil que expresas tu tristeza. P1: Si. Si, pues sí, es así (sesión 4)

“como que adquiero la atención de alguien y ya como que me siento bien, ya cuando la adquiero ya como que se me olvida la depresión y ya empiezo a hablar como de otras cosas, y digo no pues entonces es lo que yo, en esos es donde descubro que quiero llamar la atención” (sesión 6)

“busco atención, atención en depresivo, nostálgico, para, pues para practicar o no sé, tener la atención de alguien, porque no puedo estar así como solo” (sesión 6)

“ya no dependo de una sustancia, ya no dependo, o sea, ya no, ya no siento los estragos de la malilla y de nada de eso, ya veo la realidad diferente de la vida, o sea, ya no veo ahí mi mundo gris según yo y esto y lo otro, ya empiezo a ver ya digamos con más felicidad cada momento que va pasando de mi vida” (sesión 7)

“mis primeras sesiones era como más triste y ahhh pobrecito y ahorita ya no, ya es completamente diferente ya es más, o sea, ya le halló como más sabor a la vida y esto y lo otro y ya hago mis cosas y me emociono, porque ya voy poniendo límites que yo quería poner mucho más antes y no lo hacía por miedo de que, de que a lo mejor me iba a quedar un vacío de tristeza y no, es todo lo contrario, me queda un vacío de que ah si puedes, o sea, no dependes de ella, no dependes de alguien más, no dependes de esto, del sufrimiento o del disco rayado de tu papá o esto, tu solamente te quieres clavar el pensamiento de eso necesitas brincar de eso” (sesión 7)

“Sí, me empiezo a querer” (sesión 7)

“me ha puesto más claro porqué he recaído, o sea, que no es el problema las drogas, no son mis amigos, no son esto, no son lo otro, soy yo por mis emociones, por no saber llevar una decisión correcta o un problema” (sesión 11)

“a veces amanezco y digo, no manches estoy motivado ahora me siento, positivo, ahora me siento triste, ahora me siento agobiado, o sea, es como identificando en mi vida y saber que si esa emoción es triste, pues voy a mirar a mi alrededor triste, pues identificarlo y saber que eso me puede causar

buscando no culpar a otros o a sí mismo por no saber responder o identificar sus emociones.

problemas, no me puede causar problemas sino que puedo tener un día malo de esa emoción que siento ese día, si me siento feliz pues ese día voy a andar todo feliz, ese día todo me va a parecer bien, si hay problemas pues no hay problema y esto, pero si me siento triste lo voy a guardar más, o sea, va a favorecer a mi emoción, momento, lugar o persona” (sesión 12)

Dm. motivacional

“no quiero volver a pasar por eso, quiero tener una mejor vida, quiero hallarle un sentido a la vida, algo por lo que, pues no es vida, no es vida estar así y mucho menos a mi alrededor” (sesión 2)

“porque ya se había convertido en una necesidad, entonces este, estando solo, porque yo solo, bueno, yo elegí estar solo” (sesión 4)

“Cuando me pasaban, bueno, te voy a explicar más o menos como es, si me drogo para mañana, para pasado mañana ya tengo la malilla y para pasado mañana, ya no traigo síntomas de droga ni nada, ya ando en mis 5 sentidos, a lo mejor con ansiedad, pero ya soy yo, o sea, entonces, yo me sentí así y andaba muy alegre y sonriéndole a la vida, y esto, tener una vida de trabajo y que esto y que lo otro, sonriendo y contando chistes, y relajando y queriendo jugar futbol, y corriendo, algo así, sabes cómo, muy emocionado, pero no más probaba tantito, aunque sea tantito la sustancia y pum, se acababa se montaba todo, todo, todo, y luego venia el arrepentimiento” (sesión 4).

“hay muchas motivaciones porque el día de hoy quiero superarme, sabes cómo, quiero superarme a mí mismo y buscar una relación y decir, o sea, no más fue una etapa y ya se cerró el ciclo” (sesión 8)

“es lo que realmente quiero, ya miro, no le miro las cosas como que así ayy, ya veo la situación realmente no me sigo de que, como de que, si realmente quiero seguir en eso o realmente quiero mejorar mi vida, con que estar estudiando en la universidad y esto y lo otro, y me da motivos y quiero superarme a mí mismo, no quiero trabajar de chalan o de ayudante” (sesión 10)

“cómo te diré, hay algo en mí que anhelo cambiar, anhelo cambiar bastante, me frustro al querer cambiar mis planes y no poder llevarlo a cabo como según lo quería tener, yo según para estas fechas ya no estaba aquí, yo me hacía de ese plan, pero no lo puedo hacer y empiezo a darme tristeza, me

Se encuentran motivaciones en el participante para las emociones o desde las emociones, para buscar evitar emociones consideradas para él como negativas o para buscar el placer y la disminución del malestar psicofísico, como se ha indicado al estar utilizando estrategias de afrontamiento de primer nivel.

Surgimiento del deseo – impulso de búsqueda – satisfacción – período refractario, es el ciclo que plantea Romero de los deseos que surgen de necesidades físicas, se identifica que el participante al convertir su consumo en una necesidad se observa que primero su motivación surge movido por la percepción de necesidad física, que lo lleva a buscar consumir pensando que con esto puede evitar sus emociones de tristeza, lo cual no es satisfactorio para él ya que causa un efecto contrario y lo hace sentir más miserable, para entrar al período refractario y con el tiempo empezar nuevamente el ciclo.

Se observa que las motivaciones que estimulan el proyecto de vida del participante se encuentran relacionadas con el estudio, el trabajo, la familia y el mantenerse fuera de consumo, dándole más peso a los efectos positivos que ha identificado en él al estar sin consumo, se identifica un plan de vida, donde se permite ser flexible y considerar que este plan puede fallar, que hay cosas que no controla, por lo tanto despliega su capacidad de identificar otras herramientas que le permitan construir un lugar, identificar su dirección y propósito desde la afirmación constructiva de sus emociones y deseos. Se observan estrategias de afrontamiento de tercer nivel, al permitirse la autocomprensión identificando sus opciones y posibles salidas, así como la autoproyección planeando su proyecto de vida de manera consciente.

Sin embargo, la confrontación con estas posibilidades todavía genera ansiedad existencial en el participante, al buscar afrontarlas desde un lugar para él considerado como seguro, como lo es el centro en el que se encuentra recluso.

empiezo a cansar de lo mismo, de la rutina” (sesión 11)

“como plan b y todo eso, y sí. Fíjate que me sirvió mucho, porque estoy pensando ya eh no te desanimas, ya estás en un lugar muy avanzado, ya has caminado bastante, vas a echar todo a la basura no, no te dejes llevar por tus emociones piensa más las cosas, que motivos tienes” (sesión 12)

“ahorita no, ahorita las decisiones que tomo acá es para mi bien, para ir formando un futuro poco a poco, las decisiones que tome ahora no son relacionadas con el consumo, son relacionadas con mi vida” (sesión 12)

“yo voy a construir mi futuro, yo soy el responsable de lo que vaya a hacer o de lo que no vaya a hacer, las decisiones que tome y eso me ha servido, de oye sí, no es mi madre, no es mi padre, no es mi hermana, soy yo responsable de mi propia vida” (sesión 12)

Dm. axiológica

“fue donde empecé yo a perder todos mis valores, porque era un chavo muy respetuoso, muy estudioso” (sesión 2)

“sí tengo 100 pesos y en vez de comer, yo prefiero drogarme, pues ya me estoy olvidando de mí, porque necesité el alimento pero necesito drogarme, porque era más mi adicción, que mi hambre” (sesión 4)

“he llegado a un punto muy desagradable de la adicción, la adicción es muy desagradable, he llegado a un punto en donde te he contado, no me aseaba y que esto y que lo otro, muchas cosas que no me importaba nada, ni mi físico, ni lo que traía puesto, ni nada de eso, siendo que cuando ando bueno y sano es todo lo contrario” (sesión 4)

“no digamos pues no gano mucho, porque la atención la tengo un día, máximo, unas horas, pero de ahí en fuera ya ando buscando así como otras formas, con tíos, tías, esto y lo otro, me gusta ser así, no me gusta, no me gusta ser así, pero como a veces me ha funcionado como que la aplico” (sesión 6)

“no quiero defraudarme otra vez, tengo miedo a defraudarme, tengo miedo a tropezar, al fracaso, tengo miedo al éxito, tengo miedo a muchas cosas (...) siempre si voy a tomar una decisión quiero

Se identifican valores desde el hedonismo, dándole mayor importancia a la evitación del displacer por medio de la satisfacción de lo psicofísico.

Se identifican valores para el participante como la familia, el cual por temor al cambio presentado en esta buscó este espacio seguro negando la situación fijándose en un espacio de tiempo que ya no existía, lo cual no se presentaba como algo funcional para él, puesto que se encontraba atrapado en el discurso del desplazamiento de la responsabilidad, además no se permitía dar cuenta que por medio de sus actos de evitación dañaba esto que quería preservar, es decir su familia.

Se observan también valores ligados a la vinculación por medio de la aceptación del otro, sin embargo al ser vividos desde la evitación del displacer por medio del consumo se vivenciaba desde la no vinculación autentica con el otro. Al respecto se buscó promover la responsabilidad en sus relaciones interpersonales, invitando a la identificación de sus patrones y conductas que mantenían relaciones superfluas o codependientes. La identificación y establecimiento de límites en las relaciones personales desde la responsabilidad y el conocimiento de sí mismo se pueden ubicar como estrategias de tercer y cuarto nivel, permitiéndose vivenciarlo de manera más constructiva y flexible.

No se buscó eliminar el deseo de consumir, se buscó que la energía utilizada para la evitación de la

mirarle el lado malo, casi no le miro el lado bueno” (sesión 11)	confrontación con los valores que considera amenazados se utilice para afirmarlos, lo que con el tiempo dará la oportunidad de mantener la abstinencia.
<p>Dm. espacio-temporal</p> <p>“No nada más sentirme encerrado y estar pensando en mi familia, de que están haciendo el día de hoy, si comieron y esto y lo otro o qué está pasando, y no poder ayudarlas con algo, no poder hacer algo” (sesión 4)</p> <p>“pues, es que está difícil afuera, pues no hay trabajo, no hay muchas cosas y siento que si saliera pues estaría en la casa y eso es un motivo como para recaer, o enfermarme, y pues yo siento que estoy más seguro aquí dentro de este lugar, pues, por obvias cosas, por estar seguro y pues estaría en tratamiento un poco más” (sesión 5)</p> <p>“sí he estado batallando en irme, porque se me hace un poco pesado, mi madre batallando, mi hermana no entendiendo y luego yo como que no avanzo dentro de este lugar, porque necesito para acá para mi proyecto” (sesión 11)</p> <p>“ya no estoy como el disco rayado de que mi padre, mi padre, no, ya no, yo tomé mis decisiones” (sesión 12)</p>	<p>Participante parece haberse quedado en el espacio de tiempo de cuando tenía 14 años y su papá se fue del hogar, comentando que desea construir una buena relación con su padre sin tener que hablar de eso, además presentando actitudes de adolescentes desde el querer rebelarse y hacerse daño buscando generar culpa en sus padres, evidenciando así estrategias de afrontamiento de la ansiedad existencial de segundo nivel, manipulando sus relaciones interpersonales. Con respecto al espacio-tiempo, en el transcurso de las sesiones participante se permitió empezar a desplegar estrategias de afrontamiento de tercer nivel al autodistanciarse de esta narrativa que se contaba sobre él mismo y permitirse ver el pasado como punto de referencia, de aprendizaje, más no de anclaje y fijación, para así empezar a vivenciar de manera más consciente su libertad de ser y de hacer desde su proyecto de vida.</p> <p>Si bien el hecho de encontrarse todavía en el centro se identifica como una estrategia de afrontamiento de segundo nivel, se resalta que lo hace de manera consciente, valorando sus opciones y calificando este sitio como un lugar que le brinda sostén y protección para continuar desarrollando sus herramientas que le permitan hacerle frente a “la vida real”.</p>

Elaboración propia

Tabla 8

Segunda unidad de análisis. Proceso terapéutico

Sub categoría y unidades de análisis	Transformación
<p>Proceso de adicción</p> <p>“lo consumía para fugarme de mi realidad, en el ambiente que, no me gustaba ver a mí, bueno y no veía a mi mamá, mi hermana, bueno tantas cosas que pasaban a mi alrededor que en vez de enfrentarlas, me drogaba para perder el conocimiento de ellas, para no estar pensando en eso, si para fugarme de mi realidad más que nada” (sesión 1)</p>	<p>Fugarse de la realidad y tratar de evitar el displacer fueron los principales significados que el participante le concedía a su consumo, en donde identificaba que buscaba no estar en esa familia que ya no era su familia, debido a los cambios que se presentaron por el padre, el cual al no contar ni querer confrontar los sentimientos y emociones que esta situación le generaba prefería buscar una realidad alterna, así fuera de manera momentánea. Esto se presenta como estrategia de afrontamiento</p>

“y cada vez que me drogaba, no sí, si pues es que no valgo para nada y que esto y que lo otro, y me drogaba, porque según yo para fugarme de mi realidad, ya te lo había dicho, para fugarme de mi realidad” (sesión 4)

“Cuando me pasaban, bueno, te voy a explicar más o menos como es, si me drogo para mañana, para pasado mañana ya tengo la malilla y para pasado mañana, ya no traigo síntomas de droga ni nada, ya ando en mis 5 sentidos, a lo mejor con ansiedad, pero ya soy yo, o sea, entonces, yo me sentí así y andaba muy alegre y sonriéndole a la vida, y esto, y tener una vida de trabajo y que esto y que lo otro, sonriendo y contando chistes, y relajando y queriendo jugar fútbol, y corriendo, algo así, sabes cómo, muy emocionado, pero no más probaba tantito, aunque sea tantito la sustancia y pum, se acababa se montaba todo, todo, todo, todo, y luego venía el arrepentimiento” (sesión 4).

“no soy el miserable que me hacía sentir yo en mi adicción, el miserable que todos lo odian y pahhh, pobrecito” (sesión 7)

“no me encierro en mi problema, puede haber soluciones, no siempre tengo que recurrir a la droga y en otra manera es de que, eyy pensaste que era fácil o qué, pues no es fácil, esto es una lucha constante y pues bueno, motivaciones que a veces me doy, como que es una autoayuda” (sesión 8)

“ya no es lo mismo mi vida de hace uhh de antes, que de ahora, nada que ver, pues ya mis pensamientos son un poco más diferentes, hoy día casi no pienso en la sustancia” (sesión 9)

“T. ok, suena bastante interesante esta parte, si hace unos 6 meses hubieras llegado a tu casa y hubieras visto desorden, tu mamá peleando con tu hermana y pues como que está situación tal vez que la refieres un poco tensa ¿Cuál hubiera sido tu respuesta? P1. Voy y consumo T. y esta vez y ¿Lo pensaste? P1. No, por mi mente no se me pasó, gracias a dios” (sesión 10)

“me ha puesto más claro porqué he recaído, o sea, que no es el problema las drogas, no son mis amigos, no son esto, no son lo otro, soy yo por mis emociones, por no saber llevar una decisión correcta o un problema” (sesión 11)

“me meto al baño y todo y me quiero lavar las manos y encuentro pues, digamos, la droga, la

de primer nivel. Así como la aceptación social, siendo esta una estrategia de segundo nivel.

El permitirse la libertad de ser y hacer al abrirse a la identificación de otras formas de afrontamiento de su ansiedad existencial pudo haber llevado al participante a desplegar otras herramientas como tener un proceso de toma de decisiones más consciente desde la valoración de los diferentes escenarios, la identificación de patrones codependientes y su responsabilidad dentro del mantenimiento de estos, la construcción de otras formas de gastar su tiempo libre desde el deporte, la música, la lectura o la interacción con los otros buscando una relación menos superflua, entre otros.

Conforme fue avanzando el proceso terapéutico el participante se permitió valorar las consecuencias negativas que le había traído para su vida el utilizar esta estrategia para afrontar su ansiedad existencial, observando también y dándole más peso a los actos de autocuidado y los efectos positivos que encontró al estar sin consumir, llevándolo al periodo más largo de abstinencia que ha logrado hasta el momento, siendo cerca de casi un año.

<p>encuentro ahí y la levantó y todo y trae bastante droga y por mi mente no me paso, créeme que no me paso de y si me doy un fume, tantito... pues no, no me paso nada de eso por la mente” (sesión 11)</p>	
<p>Alucinaciones auditivas</p> <p>“algo que tengo es que pues hay pensamientos pues digamos muy raros en mi cabeza, muy, pues si, que a veces, como te diré, a veces... son muy raros de explicar” (sesión 1)</p> <p>“después como que me quede traumando, no sé si es trauma, no sé qué es, pero, escucho como voces que me, no me piden auxilio, pero como que gritan mi nombre, y gritan mi nombre y o sea, hasta la fecha los sigo escuchando diario” (sesión 4)</p> <p>“ya no los oigo como cerquita, los oigo retirado y veo es como ah canijo, no es lo mismo, porque yo los oía como si fuera en frente, ahí y ya no, ya los escucho como retirado y pues me siento mejor, porque ya no pienso mucho en eso, ya no me martirizo” (sesión 7)</p> <p>“pues vemos la vida muy diferente, en cuestión de que... pues en cuestión de todo, económica, física, emocional, mentalmente, familiarmente, o sea, todo marcha mejor sin ninguna sustancia” (sesión 7)</p> <p>“es como si le prestó atención, es como si le doy vida, porque después de hablarlo con usted es como, lo solté y eyy no, porque lo tenía muy atesorado de que yo no más, no le he dicho a nadie, por qué, porque tenía miedo de que me dijeran que estaba mal, que esto y que lo otro, que necesitaba un psiquiatra” (sesión 12)</p>	<p>Participante identifica como “pensamientos raros” a las alucinaciones auditivas que presenta, al parecer a causa del consumo prolongado del “cristal”, si bien fueron comentadas por él desde la primera sesión, fue hasta la cuarta que se permitió compartir el contenido de estos pensamientos, esto al parecer por la construcción de la relación terapéutica desde la confianza y el no juzgarlo.</p> <p>Se observa que el contenido de sus alucinaciones se encuentra relacionadas con la culpa, el remordimiento e incluso el deseo de venganza, presentándose como voces de mujeres que le piden ayuda. Menciona que el intento de solución que había utilizado hasta el momento era tratar de huir de estas voces, pero que esto no funcionaba para hacer que su intensidad o magnitud disminuyeran, sin embargo, aun cuando no se encontraba dentro del objetivo de intervención, ni fueron un tema central dentro de la terapia, se identificó que al momento de permitirse compartirlo y abrirse a la posibilidad de la mirada del otro (en este caso la terapeuta), la presencia de las alucinaciones disminuyó, presentándose casi todos los días al inicio de la terapia, a una vez a la semana al concluir el proceso, esto pudo haberse debido a la relación positiva que se buscó crear del participante con la presencia de estos, así como el encuentro mediante la relación terapéutica, utilizando la escucha activa y la psicoeducación como medio para invitar a un tratamiento más adecuado de estas por medio de valoración psiquiátrica. Esto pudo haberlo llevado a empezar a desplegar estrategias de afrontamiento de la ansiedad existencial de tercer nivel, por medio de la autocomprensión, autodistanciamiento y autorregulación.</p>
<p>Relación terapéutica</p> <p>“No, no a nadie. Solamente a ti, porque no le veo mucha importancia, créeme que no le veo mucha importancia y me siento raro al contarle, porque o sea, son cosas que yo siempre digo, no eso, no debes de contarle porque, o sea, qué van a pensar de ti, si te miras como disque normal” (sesión 4)</p> <p>“confiado, y como te diré... comprendido, si comprendido porque si, o sea, no he hablado a nadie de esto” (sesión 5)</p>	<p>De acuerdo con Romero se puede evidenciar dentro de esta construcción que se utilizaron las 5 modalidades básicas de la comprensión de la existencia: 1. intuitiva, senso-precepción y consciencia inmediata; 2. por la vía de la simpatía y la empatía; 3. racional, analítica y dialéctica; 4. motivacional; 5. comprensión semántica y lingüística.</p> <p>Así también se encontraron presentes las cuatro estrategias de intervención existencial propuestas por Scheneider: 1. Presencia, espacio de confianza; 2. Invocar lo actual, evidenciar la forma de relacionarse del paciente; 3. Vivificar y confrontar</p>

“el ambiente así como confianza usted, como para que uno se suelte, y va haciendo preguntas y es lo que más importa, porque entre pregunta y pregunta es cuando uno empieza a ver realmente el asunto y eso es lo que me agrada” (sesión 6)

“Pues, no miro, no le miro mucha diferencia, siento que está bien, por ciertas ocasiones por la señal y eso, pero como que se mata la inspiración, no es lo mismo cuando se empieza a soltar uno y luego como que piu, piu (imitando el sonido de la llamada cuando se cae) y volver a repetir uno como que Pero no, bien, yo digo que está bien” (sesión 6)

“Un mundo (risas) bueno, voy a tratar de abrir más las posibilidades” (sesión 10)

“me hizo bien soltarlo, me hizo bien, bastante bien, porque ya como que identifiqué mi problema” (sesión 12)

“me ha servido bastante, me ha servido porque yo tenía una perspectiva muy diferente, como el de codependiente que yo pensaba que mi madre era la que me necesitaba y nada que yo también” (sesión 12)

“a veces si me daba donde más me duele, pero es la realidad, yo, sabe estoy muy acostumbrado a que me apapachen, y usted llegaba como que no, no, no es tu papá, no es esto, no es tu novia, eres tú y sí tiene mucha razón, tiene mucha razón y me ha ayudado” (sesión 12)

las resistencias, cómo bloquea o evita desarrollar sus posibilidades; y 4. Creación de sentido.

Lo cual permitió la construcción de una relación terapéutica desde la confianza, yendo al ritmo del participante e identificando y trabajando junto con sus resistencias, esto permitió una relación en la que por medio relacional el participante se permitió experimentar y explorar diversos significados que había construido hasta ahora, especialmente de las relaciones y su relación con la sustancia, invitándolo a la responsabilidad y a enfrentar de manera constructiva su experiencia de ansiedad.

Se identifica que el medio virtual pudo ser un limitante en cuanto se presentaron ocasiones que la conexión fallaba y se caía, por lo que el participante debía repetir lo dicho o no entendía las preguntas realizadas, sin embargo, se logró establecer un vínculo terapéutico de ayuda para el participante.

Elaboración propia

Participante 2

Paciente masculino, 21 años, actualmente internado en un centro de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas, comenta que su droga de impacto es la cocaína, aunque ha tenido también consumo de marihuana, alcohol y drogas psicodélicas. Refiere inicio de este consumo desde los 10 años aproximadamente, iniciado al parecer por la exploración, el deseo de tener estados de consciencia alterados y la aceptación social dentro de su círculo.

Participante comenta que uno de los motivos que lo llevó a buscar ayuda fue un constante y muy fuerte dolor en el pecho, lo cual al parecer puede ser signo de la aparición de los primeros signos de una cardiopatía debido al consumo en exceso de cocaína, refiere presentar temor a la muerte y no volver a estar como antes ya que no estaba cuidando su salud.

Al realizar el examen mental de la primera sesión se observa que el consultante acude a sesión por sus propios medios, adecuada pauta de higiene observado en su porte y actitud. Atención, memoria, pensamiento, sueño e inteligencia parecen estar conservadas para su edad, sin embargo no se descarta afectación debido a su prolongado abuso de las sustancias psicoactivas. Lenguaje desordenado, coloquial, pero coherente, lo que parece estar relacionado con su manejo del idioma español. Juicio y raciocinio parecen encontrarse conservados.

Condición inicial del participante 2

A continuación, se encontrará la información correspondiente a los resultados de la aplicación previa de los instrumentos de registro con respecto a la situación actual sobre el consumo de sustancias psicoactivas. En la tabla ... se evidencian los resultados del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas, observando que los puntajes más altos se encuentran relacionados con las categorías de emociones agradables (100), presión social (86.6) y momentos agradables con otros (93.3), estas son las situaciones que, de acuerdo con este inventario, el participante 2 identifica como de mayor riesgo para un posible consumo futuro, por lo tanto se consideró importante abordarlo dentro del proceso de intervención.

En la tabla 9 se observan los resultados de la Escala de Satisfacción General en la que se identifica que el participante se siente satisfecho en la mayoría de las áreas de su vida, aunque en las áreas sobre el trabajo, manejo del dinero, relaciones familiares o matrimoniales y vida emocional reporte sentirse insatisfecho, estas áreas parecen ser las que presentan en el momento mayor afectación por su consumo de sustancias.

Tabla 9

Resultados previos P2 Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD)

Escala	Puntaje
Emociones desagradables	86.6
Malestar físico	63.3
Emociones agradables	100
Probando autocontrol	60
Necesidad o tentación de consumo	88.8
Conflicto con otros	50
Presión social	86.6
Momentos agradables con otros	93.3

Elaboración propia

Tabla 10

Resultados previos P2 Escala de Satisfacción General

Área de vida	Nivel de satisfacción
Consumo	10
Progreso en el trabajo o en la escuela	3
Manejo del dinero	3
Vida social / recreativa	8
Hábitos personales	6
Relaciones familiares o matrimoniales	2
Situación legal	2
Vida emocional	7
Comunicación	6
Satisfacción general	7

Elaboración propia

En la tabla 10 se encuentra la información sobre los resultados del Cuestionario Breve de Confianza Situacional, por medio de este instrumento se identifica que el participante se percibe con confianza de resistirse al consumo ante las situaciones que presenten emociones agradables, las de presión social y los momentos agradables con otros, lo cual no es concordante con el resultado del ISCD donde los puntúa como los de mayor riesgo, de acuerdo con esto se podría mencionar que el participante aún se encuentra en una etapa de precontemplación, teniendo contradicciones en sus motivaciones y en las situaciones que identifica como riesgosas para un consumo.

Tabla 11*Resultados previos P1 Cuestionario Breve de Confianza Situacional*

Reactivos	Percepción de confianza
Emociones desagradables	68%
Malestar físico	25%
Emociones agradables	100%
Probando mi control sobre el alcohol	30%
Necesidad física	0%
Conflicto con otros	50%
Presión social	75%
Momentos agradables con otros	75%

*Elaboración propia***Descripción inicial ansiedad existencial participante 2**

Se evidencia que el participante 2 experimenta ansiedad existencial en diversos momentos, tanto en el presente, como en sus experiencias pasadas, se observa su búsqueda de identidad por medio de la relación con los demás, buscando un espacio de pertenencia y vinculación, presentándose la droga como medio de lograrlo, pero al mismo tiempo como un obstáculo para experimentarse de manera auténtica con él y con los demás y lograr la construcción de estas relaciones interpersonales que le den la sensación de un sostén. La percepción negativa de su imagen corporal es otro elemento que lo lleva a experimentar ansiedad existencial.

El consumo constante de sustancias psicoactivas, en especial la cocaína, pudo haberlo llevado a la presencia de los síntomas iniciales de una posible cardiopatía, esta situación con lo confronta con el miedo a la muerte, Yalom (2000) expresa que el miedo a la muerte es uno de los principales motivos que lleva a las personas a experimentar ansiedad existencial, desde el participante 2 se observa que una de las formas en la que lo buscaba enfrentar era por medio de sentirse especial por medio de tratar la vinculación con el otro, pero eventualmente a no ser confrontada de manera consciente lo llevaba al aislamiento existencial al presentarse un conflicto entre sus posibilidades de ser y hacer y su deseo de estar incluido dentro de una totalidad más grande.

A continuación se menciona lo observado con respecto a las formas de afrontamiento de la ansiedad existencial:

Primer nivel: consumo de sustancias psicoactivas, se identifica esta forma de afrontamiento desde la evitación y el deseo de disminuir su malestar psicofísico temporalmente por medio de la droga.

Segundo nivel: manipular la relación con los otros, utilizando la reacción de los demás, la aprobación, buscando un espacio que le brinde la sensación de importancia y evitando el displacer de estar solo, sin embargo sus relaciones llegan a ser superfluas, usando la descalificación propia como forma de evitar el dolor por el rechazo. Estas estrategias le brindan una disminución temporal de la intensidad de la ansiedad existencial, sin llegar a confrontar directamente el motivo que la genera, lo cual evidencia que la afronta desde una forma neurótica, no constructiva.

Tercer nivel: en cuanto a su capacidad de autocomprensión se puede decir que presenta un nivel bajo, ya que le cuesta trabajo evaluarse en la situación, así como relacionarse emocionalmente por temor a ser rechazado. Empieza a identificar consecuencias negativas del consumo continuo de sustancias psicoactivas debido a su afectación a su salud, sin embargo todavía le cuesta trabajo identificar las demás consecuencias negativas, identifica muy poco la utilización de estas drogas con el fin de evitar el displacer al sentir emociones que él considera negativas, sin asumir todavía la responsabilidad de estos actos. Autorregulación, autocomprensión y autodistanciamiento se presentan muy poco. Autoproyección se ve motivada un poco por su miedo a la muerte, queriendo cambiar sus hábitos para poder vivir.

Cuarto nivel: Dentro de la autotranscendencia se evidencia que su afectación y entrega se ve limitada por su negativa a enfrentar directamente sus emociones, especialmente aquellas que considera negativas.

De acuerdo con lo anterior se llevó a cabo el proceso de intervención que se resume a continuación, en donde se buscó promover la responsabilidad propia, la identificación y expresión de emociones, así como el despliegue de sus herramientas para afrontar las situaciones que le pueden generar malestar al participante, con el fin de promover estrategias de afrontamiento de la ansiedad existencial de forma constructiva.

Proceso psicoterapéutico del participante 2

Sesión 1. Objetivo: 1) Establecimiento de la relación terapéutica y sus objetivos dentro de terapia; 2) Compartir sobre su historia de vida e historia de consumo.

Estrategias utilizadas: la presencia, donde por medio de la empatía y la escucha activa se invita a la creación de un espacio de confianza para formar las bases de una adecuada relación terapéutica; parafraseo y validaciones.

Resumen de la sesión: Participante menciona que antes de estar en el centro vivía con sus padres, ya que hacía relativamente poco había terminado una relación de pareja, dónde hubo como producto una hija, refiere que ha identificado que “se comía sus emociones” o que dejaba que estas lo destruyeran al no aceptarlas. Indica que a los 10 años empezó su consumo de sustancias psicoactivas utilizando marihuana, esto por los años de secundaria hasta la preparatoria; después empezó a utilizar sustancias de tipo alucinatorio como los hongos, LSD o DMT, comenta que esto fue por invitación de su mejor amigo, quien le compartía sobre su experiencia y decía querer sentirse así, se identifica que al parecer se encontraba en la búsqueda de sentir una experiencia cumbre por medio de estas - sustancias; comenta que la marihuana continuaba con su uso y ahora con cigarrillo, refiere que por estas drogas sus habilidades sociales se vieron afectadas, ya que se aislaba y no quería hablarle a nadie; expone que cerca de 16-17 años empezó su consumo de cocaína, la cual identifica como su droga de impacto actualmente, informa que identificaba varios efectos negativos de este consumo, sin embargo continuaba haciéndolo, comenta que se gastaba cerca de 600dls a la semana consiguiendo la sustancia, además de deteriorar sus relaciones interpersonales con amigos, familia y pareja, incluso llegando a afectar su salud, ya que ha tenido muchas molestias en su pecho y dolor en el corazón.

Comparte acerca de que en el momento que evidenció su adicción empezó a aumentar tuvo un fuerte dolor en el pecho donde se acercó al hospital pero no entró, diciéndose a sí mismo que si se calmaba no entraría, que si entraba al hospital significaría que ese dolor era real, se devolvió a su casa pero no pasó una buena noche, pensando que se iba a morir, pero que no le decía nada a su mamá por “pena”, se evidencia que esta

confrontación con la posible idea de muerte es utilizada como forma de motivación, ya que comenta estar consciente que fue su consumo de cocaína especialmente, lo que hizo llegar a ese punto del deterioro de su salud.

Al final de la sesión comenta irse feliz y aliviado. Resalta que le gusta mucho dibujar y las cosas artísticas, por lo que se le indica que se le van a estar proponiendo actividades que relacionen estos temas. Se observa una adecuada predisposición del participante al trabajo terapéutico, sin embargo parece presentar barreras de idioma, al haber vivido en Estados Unidos y hablado inglés por gran parte de su vida, sin embargo refiere entender y comunicarse bien en español. Así mismo comenta que presenta dificultades en su expresión emocional, eligiendo al parecer el enojo para esconder sus sentimientos como tristeza.

Sesión 2. Objetivo: Indagar acerca de las relaciones familiares y la forma de afrontamiento de la ansiedad existencial

Estrategias utilizadas: metáfora, parafraseo, descripción, invocación de lo actual, devoluciones y validaciones, dialogo socrático, construcción de relación terapéutica.

Resumen de la sesión: Se inicia la sesión y el participante comenta que es la primera vez que se encuentra en un centro de rehabilitación, refiere que para llegar allí fue un largo proceso, ya que tiende a huir de sus problemas y a no pedir ayuda, por lo que intento esconder sus problemas ante su familia, expone que empezaron a preocuparse al recibir una llamada de un amigo de él que les decía que su consumo estaba muy alto y se encontraba preocupado él, comenta que su hermano mayor le indicó que le ofrecía ayuda, pero que él debía tomar la decisión. Se identifica a su familia como una motivación externa para estar en el proceso de rehabilitación.

Comenta que la relación con su familia es buena, o que ha estado mejorando al estar allí en el centro, indica que su mamá sufre de la presión y se encontraba bien, pero al comentar que la situación por la que él estaba pasando su tensión aumento, a lo que el participante se siente culpable, pero que ahora se siente contento, ya que ellos se sienten

bien y están tranquilos de que él esté ahí, además que no quiere decepcionarlos. Informa que con sus hermanos la comunicación no ha sido muy amplia, refiere que cuando él era niño ellos estuvieron involucrados con pandillas, e incluso pagaron cárcel, lo cual es algo que no quiere para él, ya que vio que esto le causo mucho sufrimiento a sus padres, sin embargo, de alguna forma parece estar repitiendo este ciclo. Indica que con sus hermanos empezó a hablar sobre su problema de consumo de cocaína un día que estuvieron tomando alcohol y se dejó llevar por el efecto de esta sustancia para hablar de lo que sentía.

Habla sobre su afección cardiaca, comenta que al parecer no se encontraba recibiendo suficiente oxígeno, se identifican síntomas de ansiedad física, los cuales parecen estar relacionados tanto con el surgimiento de su dolor en el pecho, como el mantenimiento, ya que parece estresarse por esto.

Menciona que constantemente se encuentra tratando de mediar entre las partes en conflicto, estando atento a dos lados, algo así parece estar él, ya que su discurso se presenta un poco contradictorio, al final de la sesión expone sentirse como si mentalmente estuviera perdido, se invita al reencuadre de esto proponiendo el encontrar un tercer punto de vista, ya que los que tiene hasta ahora hacen referencia a cómo ha afrontado las situaciones hasta el momento.

Sesión 3. Objetivo: 1) explorar los significados construidos alrededor del consumo, 2) Invitar a la identificación y expresión de emociones

Estrategias utilizadas: metáfora, parafraseo, descripción, invocación de lo actual, devoluciones y validaciones, dialogo socrático, construcción de relación terapéutica, elementos musicales (canción para evocar emociones)

Resumen de la sesión: Se presenta participante expresando que ha estado trabajando en la aceptación hacia él mismo con lo que ha ido trabajando en las terapias que ofrece el centro, menciona que él constantemente se critica y siente que los demás también lo están haciendo. Comparte acerca de que sus inseguridades se presentan de diversas formas, como por su parte física, señala especialmente marcas de acné en su cara que lo

hace sentirse feo, indica que incluso llegó a presentar un intento suicida en la preparatoria, refiere que empezó su consumo al experimentar para salirse de su realidad con esto estuvo cerca de un año sin asistir a la escuela donde al parecer entonces se aisló y esto afectó su forma en la que socializaba con las personas, comenta que le daba nervios hablar con las personas que es sumado a su ansiedad social y a las cicatrices de acné lo hacía muy inseguro de él mismo, indica que tiene temor a que lo juzguen y se avergüence.

Comenta que otra de las formas en las que en este momento se siente inseguro es acerca de cómo habla ya que indica por medio del idioma español no siente que se pueda comunicar del todo bien, sin embargo comenta que en el centro todos lo han apoyado y le entienden cuando habla. Señala que le gusta mucho expresarse por medio de las artes por medio de la música, del dibujo o de otras expresiones artísticas, por lo tanto se propone escuchar una de las canciones de las cuales él podría expresar cómo se sienta en el momento comenta que le gustaría escuchar la canción bandolero de Natanael Cano, al escuchar esta canción se utilizan un par de frases para hacer reflexiones como por ejemplo el hecho que dice que no puede cambiar los tiempos que habla sobre libertad y sobre perdón en algunas partes de la canción. Comenta que si bien entonces él no puede cambiar los tiempos de lo que pasó puede cambiarse ahora en el futuro de cómo va a reaccionar y cómo va a responder ante algunas situaciones en esto por ejemplo comenta que al salir del centro va a enfrentarse con varios retos como el cortar conexiones con algunos amigos que sólo estaban para el consumo, el mejorar sus relaciones familiares tanto con sus padres hermanos así como sus tíos y primos.

Como actividad extra para la siguiente sesión se invita a realizar línea de tiempo de la historia de su consumo de manera creativa, en dónde exponga las emociones que relaciona del pasado y las emociones presentes.

Sesión 4. Objetivo: 1) explorar los significados construidos alrededor del consumo, 2) Invitar a la identificación y expresión de emociones

Estrategias utilizadas: metáfora, parafraseo, descripción, invocación de lo actual, devoluciones y validaciones, dialogo socrático, construcción de relación terapéutica, herramientas artísticas como el dibujo

Resumen de la sesión: se presentan participante comentando que en el momento se siente bien, ya que el fin de semana realizó un servicio y esto lo tuvo ocupado. Informa que socializar es muy importante para él en donde lo evidencia como una necesidad el ser aceptado por los otros, comenta que identificar el idioma ha sido un obstáculo para él, sin embargo él es el único que ha hecho comentarios al respecto puesto que los demás lo han aceptado así como habla, así identifica que él mismo es el que se pone sus obstáculos, se invita a la reflexión sobre que él mismo puede superar esos obstáculos.

Al hablar sobre el ejercicio propuesto en la sesión anterior comparte su dibujo sobre la evolución de su consumo, comenta que a los 10 años empezó el consumo de marihuana esto lo hacía sentir relajado como en una nube, a los 13 o 14 años empezó con el consumo de psicodélicos, esto lo define como una aventura en donde sus sentidos se encontraban alterados y se sentía como agua como si estuviera flotando, refiere que este consumo lo hizo aislarse de las personas ya que solamente estaba consumiendo y faltando a clase por ello, es aquí donde ingresa la cocaína a los 16 años donde identifica que esto le “ayuda” a socializar y quitarse la pena, en el dibujo que realiza se identifica una montaña y en la base unos árboles refiere que al momento de consumir cocaína se sentía en la cima del mundo y se dibuja en la cima de esta montaña, sin embargo, al preguntarle acerca cómo en realidad se sentía comenta que estaba escondiéndose entre los árboles, escondiéndose de sus responsabilidades y de sus sentimientos, participante afirma que ya no desea continuar huyendo de ello.

Sesión 5. Objetivo: 1) trabajar con las polaridades con el fin de promover la responsabilidad, 2) brindar herramientas para el manejo del estrés

Estrategias utilizadas: metáfora, parafraseo, descripción, invocación de lo actual, devoluciones y validaciones, dialogo socrático, relación terapéutica, integración de polaridades, herramientas artísticas por medio del dibujo, técnica de relajación.

Resumen de la sesión: se presenta participante quien refiere sentirse pensativo especialmente por cosas del pasado que ha ignorado, se identifica quien en la sesión su discurso se muestra bastante contradictorio comenta en varias oportunidades cosas como por ejemplo que extraña a su ex pero que no la extraña, que siente pero que no siente, que quisiera darle a todos la razón sin dársela a nadie básicamente. Comenta que constantemente ha querido ser la persona que medie entre los conflictos, sin embargo se evidencia que al hacer esto lo que está haciendo es evitar tomar una postura y dejándose llevar por la gente, desplazando su responsabilidad en los otros, refiere que uno de sus proyectos ahora es aprender a decir que no, ya que esto lo ha llevado a decir que sí cuando incluso puede afectar su salud como por ejemplo el que le ofrezcan café o en su historial el haber consumido la sustancia psicoactivas, se explora acerca de lo que ha ganado y lo que ha perdido de no tomar esta postura y comenta que lo que ha perdido su responsabilidad, indica que lo que ha ganado son memorias, sin embargo, aquí se presenta nuevamente la contradicción en donde se encuentra debatiendo si fueron buenas o malas. Se propone para la siguiente sesión plasmar de forma gráfica sus contradicciones.

Se resalta que en sesión anterior se hizo reflexión de cómo él mismo al parecer se estaba poniendo el obstáculo escondiéndose detrás del lenguaje, en esta sesión se observa su compartir más fluido, con menos muletillas dónde él identifica que “se le soltó la lengua” y ahora siente que puede darse a explicar mejor.

Se realiza una variación de la relajación progresiva de Jakobson por medio de la respiración y el tensar y relajar ciertas partes del cuerpo de manera consciente, comenta que este ejercicio le ayuda y puede serle útil para controlar síntomas físicos de su estrés, al final de la sesión refiere irse bien ya que ha ido identificando sus contradicciones.

Sesión 6. Objetivo: 1) promover la identificación y expresión de emociones, 2) identificar las motivaciones del participante, especialmente aquellas relacionadas con el miedo a la muerte

Estrategias utilizadas: metáfora, parafraseo, descripción, invocación de lo actual, devoluciones y validaciones, dialogo socrático, construcción de relación terapéutica,

elementos visuales “rueda de emociones”, integración de polaridades, herramientas artísticas por medio del dibujo

Resumen de la sesión: se presenta participante quien de acuerdo con lo mencionado en la sesión anterior trae un dibujo sobre sus contradicciones, se evidencia que este se representó a él en el medio de su cerebro y corazón, se trabaja por medio de esta representación gráfica, identificando el corazón como un elemento que lo llevó a la acción, así también a su familia. Por medio del desarrollo de una posible cardiopatía se observa que el participante presenta miedo a la muerte, en donde parece utilizar la defensa por medio del sentirse especial, siendo incluido socialmente y buscando no tomar postura, delegando la responsabilidad en otros.

Su discurso continua siendo un poco contradictorio, aunque parece deberse a que no encuentra las palabras adecuadas para expresar cómo se siente, por lo tanto, se comparte recurso visual “rueda de emociones”, ya que al preguntar por sus sensaciones refiere sentirse “neutral”, al observar las emociones descritas en la rueda compartida, participante se muestra sorprendido y refiere sentirse vulnerable, resaltando que no habría podido haberle dado ese nombre antes a su emoción, puesto que no conocía como llamarle, comenta que esto le sirve para poder identificar sus emociones, expresarlas más y conocerse mejor a sí mismo.

Sesión 7. Objetivo: 1) promover la responsabilidad por medio de la identificación de patrones de interacción, especialmente aquellos que se presentan desde la evitación de la responsabilidad, 2) identificar significados que le da a su consumo

Estrategias utilizadas: metáfora, parafraseo, descripción, invocación de lo actual, devoluciones y validaciones, dialogo socrático, relación terapéutica, integración de polaridades, psicoeducación, herramientas artísticas por medio del dibujo

Resumen de la sesión: el participante comparte acerca de lo que él denomina como “situaciones desagradables”, situaciones en las que él pueda llegar a sentirse incomodo como el hecho de que lo regañen, se equivoque o se burlen de él, indica que estas

situaciones lo llevan a sobre pensar las situaciones, lo cual valora y comenta que esto puede no ser una solución, más bien agrandar el problema al no ir a la acción y buscar evitar las situaciones desagradables. Refiere que estas situaciones generalmente lo llevan a consumir, sin embargo, identifica que estas podrían ser excusas, ya que al presentarse momentos agradables también lo ha llevado a consumir, informa que el consumo se podría relacionar con el hecho de evadir y no enfrentar situaciones que para él pueden ser difíciles, al parecer cuando está involucrada su responsabilidad.

Se invita a la identificación de actividades que pueden llegar a ser factores positivos para el participante, donde comenta que le gusta dibujar, escuchar o hacer música, leer libros, patinar o jugar basquetbol. Se observa que para el participante la mirada del otro es muy importante, presentando frases como “quiero que me vean como una persona educada”, así también se identifica retroflexión por parte de él, comentando que prefiere ser el primero que “se clava el puñal” para que así se sienta en menor medida cuando los otros lo hacen, esto hablando de su relación de pareja especialmente.

Se propone para la siguiente sesión abordar el tema de relación de pareja, así también se le invita a realizar un dibujo bajo la consigna “el héroe que hay en mí”, buscando identificar como desde estas situaciones desagradables que expone puede hacerles frente a las situaciones, más allá del consumo.

Sesión 8. Objetivo: 1) identificar elementos sobre el autoconcepto que tiene el participante, 2) continuar observando los significados que le brinda a la sustancia

Estrategias utilizadas: metáfora, parafraseo, descripción, invocación de lo actual, devoluciones y validaciones, dialogo socrático, relación terapéutica, integración de polaridades, psicoeducación, herramientas artísticas por medio del dibujo

Resumen de la sesión: se presenta participante compartiendo acerca del dibujo de la actividad propuesta la sesión anterior, se observa que realizó 5 situaciones, todas relacionadas al parecer con elementos que lo podrían hacer recaer o situaciones asociadas a los significados que le ha dado a su consumo: ser avergonzado; ser juzgado en un ambiente

laboral; autopercepción de su apariencia física; evadir responsabilidades, y; evitar sentir tristeza. Por medio de la metáfora y la identificación con personajes ficticios que al participante le gustan, se invita a valorar estas situaciones y qué podría ser/hacer diferente en estas. Se reflexiona sobre la responsabilidad, al identificar la elección que puede llegar a tener en las situaciones. Se observa que el participante se plantea desde un autoconcepto negativo al expresar “soy la oveja negra de mi familia y así debe de ser”, unido a comentarios en sesiones anteriores acerca de ser su “peor enemigo”.

Por otra parte, se habla acerca del tema de la relación de pareja anterior. Participante comenta que era una relación que empezó bien pero que se terminó haciendo “muy tóxica”, comenta que constantemente había peleas y que por su parte cuando ella cometía un error él buscaba por todas formas vengarse. Se identifica que al parecer usa una “máscara de enojo” para evitar confrontarse con situaciones que lo ponen triste, avergonzado o vulnerable, desde esta el participante refiere usarla para no ser violento, sin embargo, se invita a revalorar esto, pues desde su discurso se identifican patrones de violencia psicológica dentro de la pareja.

Al finalizar la sesión se evidencia que su estado de ánimo se ve triste, se propone realizar un ejercicio de relajación por medio de la respiración alternante, con el fin de ayudar a tramitar estas emociones. Se sugiere para la siguiente sesión trabajar nuevamente con el dibujo compartido, con el fin de abordar el tema de las recaídas y una posible prevención de ellas.

Sesión 9. Objetivo: identificar posibles situaciones de riesgo de recaída y las herramientas que puede utilizar para hacerle frente a estas

Estrategias utilizadas: metáfora, parafraseo, descripción, invocación de lo actual, devoluciones y validaciones, dialogo socrático, relación terapéutica, integración de polaridades, psicoeducación, herramientas artísticas por medio del dibujo

Resumen de la sesión: en esta sesión participante comparte que el fin de semana se sintió enfermo del estómago, por un tiempo trato de esconderlo, pero en el momento que lo

expreso se sintió bien al hacerlo, ya que recibió apoyo por parte de las personas en el centro, se hace la reflexión acerca de cómo de esta situación ocurrida se puede evidenciar que intento repetir el patrón de aislarse y no pedir ayuda por vergüenza, resaltando el hecho de haberse sentido bien y apoyado al momento de hacer algo diferente, que es lo que se invita a buscar hacer.

De acuerdo a lo graficado la sesión anterior, participante identifica que las emociones relacionadas con los escenarios planteados fueron vergüenza, inseguridad, tristeza, frustración e irresponsabilidad. Menciona que como aprendizaje de recaídas anteriores puede identificar que es una persona “muy atascada e impulsiva”, esconder que se siente mal o que tiene problemas y huir de sus responsabilidades y emociones, comenta que el hecho de darse cuenta de esto le ayuda para enfrentar las posibles situaciones que surjan con riesgo de recaída. Comenta que el centro donde se encuentra lo está tomando como un “experimento social”, ya que allí se presentan varias situaciones que podrían presentarse también afuera, como el hecho de charlas sobre consumo, peleas o discusiones con los otros, que le puede ayudar a prepararse para la exposición a situaciones en ambientes no controlados.

Como actividad para la siguiente sesión se propone hacer una “carta para los días malos”, con los aprendizajes y las situaciones que le pueden ser útiles recordar al momento de exponerse a situaciones que identifique como riesgo de recaída, se le invita a adecuarlo a sus gustos, teniendo en cuenta la predisposición del participante por el dibujo.

Sesión 10. Objetivo: 1) identificar los elementos que constituyen su miedo al rechazo, 2) invitar a revalorar sus mecanismos de afrontamiento desde la evitación

Estrategias utilizadas: metáfora, parafraseo, descripción, invocación de lo actual, devoluciones y validaciones, dialogo socrático, relación terapéutica, integración de polaridades, psicoeducación, herramientas artísticas por medio del dibujo

Resumen de la sesión: en esta sesión el participante comparte que estuvo a punto de pelearse con un compañero en el centro, expresa que esto le generó mucho enojo, pero al

final terminaron pidiéndose disculpas mutuamente, refiere que esto es nuevo, ya que antes no pediría disculpas, por el contrario buscaría la forma de algún tipo de venganza en contra de la persona de la cual sintió una ofensa.

De acuerdo con la actividad propuesta en la sesión anterior, comparte que realizó un dibujo, el cual no trae consigo en el momento, donde describe que él se encuentra nuevamente en el paisaje de la montaña y el bosque, pero esta vez si bien continúa escondido en el bosque, relata que está buscando el camino, colocando una frase para él acerca de que habrá oportunidades que no ganará, sin embargo habrá nuevos días. Se habla un poco más sobre esta parte de estar escondido y surge un tema acerca de que generalmente usa una “máscara de neutralidad” para mostrarle a las personas que a él no le interesan las cosas, como especie de protección ante un posible rechazo, ya que comenta que la idea es que eventualmente él se pueda creer también su máscara, sin embargo, las situaciones le siguen afectando. Se invita a la revaloración de este, identificando las polaridades, donde resumen que él se ha estado escondiendo de él mismo, de sus emociones, no solo por medio de la sustancia, también por medio de esta máscara, se propone, siguiendo sus palabras acerca de que el centro es un experimento social, de probar mostrarse de a poco sin la máscara.

Participante se muestra receptivo a las reflexiones realizadas, además se identifica mayor repertorio en la expresión emocional, lo cual él lo atribuye a las herramientas adquiridas tanto en el centro, como en la terapia individual.

Sesión 11. Objetivo: identificar las herramientas que el participante ha reconocido durante el proceso de intervención

Estrategias utilizadas: metáfora, parafraseo, descripción, invocación de lo actual, devoluciones y validaciones, dialogo socrático, relación terapéutica, integración de polaridades, psicoeducación, herramientas artísticas por medio del dibujo

Resumen de la sesión: se presenta participante comentando que el fin de semana se presentaron algunas situaciones que fueron muy agradables para él, como por ejemplo ver

una película que le recordó su infancia, jugar un momento, hacer un castillo de naipes y compartir un poco más sus emociones con sus compañeros, lo cual relaciona con el hecho de que al ir bajando su máscara de enojo o de neutralidad se puede permitir valorar y agradecer las pequeñas cosas.

Comparte que debido a que lavo accidentalmente el dibujo de la sesión anterior, lo volvió a hacer con un pequeño cambio, refiere ahora encontrarse en el bosque pero no dándole la espalda a la montaña, por el contrario, dirigiéndose hacia ella, mencionando que desea sentirse nuevamente en la cima de la montaña, reflexionando acerca de que si bien se dirige nuevamente a la cima de la montaña, ahora no tomará el camino fácil, haciendo referencia a la sustancia.

Se observa que el participante presenta resistencia de hablar de un tema, que al ser compartido se identifica culpa por una situación ocurrida con uno de sus mejores amigos, quien presenta una adicción al alcohol, indica que él había tratado de invitarlo a que buscara ayuda por su consumo, pero ya que el participante no se encontraba dispuesto a hacerlo prefirió ignorarlo y hacerlo a un lado, refiere que dentro de las acciones que quiere tomar para su rehabilitación se encuentra la reparación a personas que daño, entre ellas él, así que lo llamará. Se le resalta su búsqueda por ser congruente con lo que menciona que desea hacer para él, así también se hace la reflexión desde sus palabras de experimento social, que enfrentando esta situación puede identificar herramientas para enfrentar otras, como por ejemplo el hablar con su exnovia.

Sesión 12. Objetivo: 1) promover la planeación consciente de su proyecto de vida, 2) realizar la valoración y cierre del proceso terapéutico

Estrategias utilizadas: psicoeducación, metáfora, parafraseo, descripción, invocación de lo actual, devoluciones y validaciones, dialogo socrático, relación terapéutica, integración de polaridades, analogías, reconocimiento simbólico de logros

Resumen de la sesión: se presenta participante quien comparte que realizó un dibujo en la que ubicaba sus herramientas para afrontar la incertidumbre del futuro,

buscando querer estar nuevamente en la cima de la montaña, pero ahora no tomando el camino fácil por medio de la sustancia. Se propone realizar un ejercicio acerca del proyecto de vida, invitándolo a identificar sus objetivos cercanos y futuros, su plan para lograrlo, las herramientas que ya tiene para hacerlo y las limitaciones que puede presentar al respecto. Participante comenta que es una actividad que le agrada y le sirve mucho, ya que es la primera vez que de manera consciente planea de esta forma su futuro, así también se hace énfasis en la importancia de la flexibilidad, tanto de la forma como lograr sus objetivos, como de sus objetivos mismos.

Como parte del cierre del proceso terapéutico se realiza la construcción de un certificado simbólico en donde el participante pudo valorar las herramientas y los cambios que evidencio derivados del proceso terapéutico, de acuerdo con sus objetivos al empezar el proceso comenta que ahora ha sacado las cosas y no busca ocultarlas, es decir presenta un compartir más libre, comentando que el hablar libremente lo hacía antes en un 3% y ahora puede decir que es un 89%; el tener más confianza en sí mismo por medio de la autoaceptación lo valora como un antes en 80% (ya que era la sensación que la droga le daba que tenía), pero que en realidad era un 40% para ahora estar nuevamente en un 80% sin necesidad de usar la sustancia; la expresión de emociones la ubicaba antes como un 10% para ahora poder identificar y expresarlas en un 75%; no sentirse afectado por la creencia de que los otros lo juzgan, antes lo ubica como un 5% de afectación, ahora paso a un 80%.

Participante presenta un poco de miedo de salir y enfrentarse a un ambiente que no le brinde la misma seguridad que estaba experimentando en el centro, sin embargo comenta que los cambios y herramientas identificadas le pueden ayudar para continuar con su proceso de cambio al salir del centro.

Siguiendo con el método de descripción fenomenológica planteado por Giorgi, a continuación se encuentra de manera detallada la categorización y subcategorización de las unidades de sentido encontradas, lo cual permite una aproximación fenomenológica descriptiva de esta vivencia de la ansiedad existencial por parte del participante, tomando

como base las dimensiones de la experiencia humana de Romero, así como el proceso de adicción identificado, el rasgo particular presentación de una posible cardiopatía y la relación terapéutica que se muestran en las siguientes tablas.

Tabla 12

Primera unidad de análisis P2. Dimensiones de la vida humana

Sub categoría y unidades de análisis	Transformación
<p>Dm. corporal</p> <p>“tenía inseguridad de mi apariencia de cómo me veía y pasó mucho tiempo así y poco por poco y me di cuenta como que no apariencia es algo, sino como, es como mi personalidad” (sesión 3)</p> <p>“tenía inseguridad de mi apariencia de cómo me veía y pasó mucho tiempo así y poco por poco y me di cuenta como que no apariencia es algo, sino como, es como mi personalidad” (sesión 3)</p> <p>“el obstáculo el español es algo que me da la seguridad para atrás (...) nadie me dice nada, literalmente el único que dice algo de eso, soy yo” (sesión 4)</p> <p>“cómo se me soltó la lengua más, ya puedo explicar situaciones mejor y con eso ya puedo sacar más cosas, más temas y puedo explicar mejor, verdad y como siempre lo escondía” (sesión 5)</p> <p>“no me gusta como soy estoy viéndome en el espejo, como no me gusta lo que, como físicamente de una forma” (sesión 8)</p> <p>“la respiración, verdad, porque yo soy una persona muy ansiosa, am, tengo muchos nervios y mucha ansiedad entonces respirar de una forma, un ejercicio de respiración para que me tranquilice en el momento” (sesión 12)</p>	<p>Participante presenta un compartir limitado debido a su comprensión y expresión del lenguaje, al hablar en español, que si bien lo conoce y lo ha utilizado, hace muchos años no lo ponía en práctica, se observa que el participante constantemente hace comentarios acerca de que el hablar en español es algo que le brinda inseguridad, sin embargo parece que también usa esta explicación como forma de evitar relacionarse de forma más auténtica con él y con los demás, llevando a que, sea por la práctica, o sea por la confrontación con su mecanismo de defensa, participante se permite no excusarse en el lenguaje, dando como resultado una comunicación más fluida, incluso un poco más clara sobre él, sus situaciones y sus valores. El excusarse con el tema del lenguaje se observa como una estrategias de afrontamiento de segundo nivel, manipulando las relaciones, para, posteriormente empezar a desplegar estrategias de afrontamiento de tercer nivel, desde la autocomprensión de sus límites y el buscar conscientemente superarlos.</p> <p>La autoimagen del participante 2 se ve afectada por la negación a su aspecto físico, especialmente las marcas de acné, que lo hacía sentir inseguro, identificando en el consumo de la sustancia una solución momentánea para la distención del displacer de su aspecto.</p> <p>El cuerpo se presenta como un elemento importante dentro del proceso de cambio del participante, ya que este muestra las primeras señales de la necesidad de prestarle atención a sus sensaciones, ya que las formas de afrontamiento utilizadas desde el primer nivel surgieron efectos físicos negativos relacionados con la presencia de una posible cardiopatía, confrontándolo así con el miedo a la muerte.</p>
<p>Dm. social e interpersonal</p>	<p>La relación con los otros se presenta como una forma de afrontar la experiencia de ansiedad</p>

“me gustaban sacarla y hacerlo y de todo, para ser una, según yo por mal hablado como dicen, para según yo de miren todo lo que tengo” (sesión 1)

“yo sin pensarlo estaba afectando mis habilidades sociales, mi forma de cómo, yo nunca tenía eso de inseguridades hasta que empecé con esto, con grupos y no podía hablar y sentía que todos me veían mal y todo” (sesión 1)

“pero para socializar para mí, no sé por qué se convirtió en una cosa muy importante para mí y la cocaína, lo más cercanos que puedo decir es como se te zafa la inseguridad, no se te zafa se te va como la inseguridad y eso es lo que siento con la cocaína es por eso que me gustaba tanto” (sesión 4)

“cuando estaba fumando mota am era tan fácil para decir que sí, porque otra persona lo estaba haciendo” (sesión 5)

“yo me siento mal o algo así y luego pues me dejó llevar de la gente” (sesión 5)

“porque en realidad no más corría de mis batallas, verdad, un samuray batallarí, verdad, a lo mejor pero no sé cómo” (sesión 8)

“me veo como el malo al tratar de ignorar mis problemas me veo como el malo” (sesión 8)

“me pongo como bien negado y cómo se dice pues sí, pongo la máscara que no me importan las cosas y a lo último si pasa, a lo último no me va a importar, porque me la creo, pero la verdad es que si me importan las cosas no más es la máscara, pero para no, para no verme así pues la gente alrededor de mí que me vean así que no me importan las cosas pongo esa máscara que no me importa y luego ahí es cuando me la empiezo a creer” (sesión 10)

“sí bajo la máscara voy a ver que las personas me apoyan y todo y voy a tener que prepararme para el rechazo y pues no esconderme como yo con esa máscara y tener miedo a que me rechacen pues es muy cobarde una forma, necesito que saber cómo reaccionar y que no me afecte, verdad, porque obviamente hasta el día que me muera voy a tener muchas personas que me van a rechazar y necesito que aprender a cómo manejarme cuando hay personas que lo hacen” (sesión 10)

existencial desde el segundo nivel, utilizando la reacción de los otros, la aprobación, buscando un espacio que le brindara la sensación de importancia y evitando el displacer de estar solo. También se identifica formas de afrontamiento de primer nivel desde el consumo de sustancias. Estas dos formas de afrontamiento se contraponen, ya que por un lado busca la aceptación de los otros, pero por otro, el hecho de utilizar drogas psicodélicas o marihuana lo llevó a aislarse y a afectar sus habilidades sociales, buscando así otra droga que le ayude con esto, para disminuir momentáneamente la sensación de impotencia, sin enfrentar constructivamente su ansiedad existencial, desviando su atención a continuar tratando de evitar el displacer.

La relación con los otros se ve afectada también por su forma de relacionarse superflua, evitando la intimidad, ante esto lo identifica como la utilización de una máscara, a veces de enojo, a veces de neutralidad, para evitar el contacto auténtico con el otro y con sus propias emociones, estas se pueden ubicar dentro de las estrategias de afrontamiento de segundo nivel, lo cual eventualmente lo lleva a consumir, es decir una estrategia de primer nivel. Se observa que en al avanzar la intervención terapéutica participante se permite el despliegue de estrategias de afrontamiento de tercer nivel al autodistanciarse de sí mismo, permitiendo la flexibilización de está máscara usada, lo cual identifica como algo positivo para él, ya que puede llevarlo a una relación más cercana con los demás y con él mismo, dando paso a su propia aceptación, que al no encontrarla antes la estaba buscando en los demás.

<p>“ya cuando me dejó ir puedo disfrutar más, no pensar en lo que va a pensar la otra gente” (sesión 11)</p> <p>“ignoraba a todos, pero era de una forma egoísta, lo hacía para mí para que no me dañe, para que no me duela la situación, pero a lo último daño como a más gente, verdad, y dije oh si me alejo, no voy a dañar a nadie, yo voy a estar bien, pero yo alejándome y causo más problemas” (sesión 11)</p> <p>“momentos así agradezco mucho, verdad, hay en lo poquito bueno, no lo poquito porque hay muchas cosas buenas, pero lo poco que puedo tener aquí, las situaciones que vea que son buenas las agradezco más, las valoro más, de que no más ignorarlas” (sesión 11)</p> <p>“tengo que ser honesto conmigo mismo, porque lo que niego me somete de alguna forma y pues sí, sí era una persona toxica” (sesión 12)</p> <p>“tengo más confianza, más am cómo se dice, si se dice confianza o se dice como... como me acepto, am, aceptación, tengo más aceptación conmigo mismo” (sesión 12)</p>	
<p>Dm. de las actividades o praxis</p> <p>“estoy como estoy criticando y ya ves las personas dicen como, no, no, me doy cuenta que soy, am, que tengo talento de alguna forma y como lo niego” (sesión 3)</p> <p>“me gusta dibujar, me gusta hacer música, me gusta tocar la guitarra también y luego pues patino am me gusta eso mucho y también el basquetbol” (sesión 7)</p> <p>“porque como cuando me dejas tarea me siento motivado porque me deja como algo que hacer” (sesión 9)</p> <p>“conseguir un trabajo, primero como mentalmente conseguir un trabajo, me ayudaría con los problemas que tengo, me ayudaría con, quiero ser mejor con ahorrar, quiero estar como más cercas con mi familia” (sesión 12)</p>	<p>Participante 2 presenta poco reconocimiento de sus habilidades artísticas presentándose como su peor crítico, durante el proceso terapéutico se invitó a la identificación de sus propias cualidades, identificando su predisposición por expresiones artísticas como una fortaleza suya, esto desde la autocomprensión que le permite ampliar su mirada de sí mismo y no solo centrarse en aspectos que él califica como negativos.</p> <p>Se observa el dibujo como una forma de proponer la reflexión con el participante 2, esta herramienta pudo propiciar el inicio del despliegue de estrategias de afrontamiento de tercer nivel desde la autocomprensión y autodistanciamiento, sin necesidad de retroalimentar su pauta de evitación por medio de la excusa del lenguaje, el dibujo le permitió al participante identificar y valorar los aspectos negativos que se presentaron debido a su consumo y reinterpretar los significados positivos que le estaba confiriendo a la sustancia. Las herramientas artísticas también propiciaron el conocimiento de sí mismo, promoviendo un espacio de identificación y construcción consciente de su identidad.</p>
<p>Dm. afectiva</p>	<p>Intento de suicidio como estrategia de afrontamiento de primer nivel con el fin de</p>

“pues de esas drogas psicodélicas me hicieron, me aislé mucho y me puse bien deprimido me traté de matar una vez en la prepa” (sesión 1)

“me comía mis emociones y pues eso era mal y no más siempre estaba como enojado” (sesión 1)

“a veces te digo que esto de las emociones, las emociones son muy difíciles y todo, porque haces algo para cambiar pero afecta esto y es como muchas conexiones que afectan, las emociones es como el universo está como bien complicado” (sesión 3)

“yo soy mi peor enemigo” (sesión 3)

“me ando juzgando y no sé porque a lo último, después de que me pongo triste o enojado” (sesión 3)

“quiero estar como balanceado y todo, pero no sé, es que estoy negando la emoción pues quiero estar, quiero negar, y para decirlo para ya no estar mintiendo a mí mismo pues como me estoy negando que la extraña, está curioso” (sesión 5)

“vulnerable (...) no controlo y lo que uso para, lo que me ayuda con mis emociones verdad, que sería la sustancia” (sesión 6)

“yo digo que esta como es como describir las emociones am eso me ayuda mucho porque si no pues jamás diría eso, que estoy neutro y no podría explicar no podría explicarme a mí mismo ni como me siento, verdad” (sesión 6)

“pero a lo último del día todavía estoy como enojado y por eso antes como sería mejor ignorar como el problema, verdad, pero es como, está difícil” (sesión 7)

“cuando pasa algo como se nota en mi cara cuando me pongo enojado, cuando estoy triste lo convierto en coraje, porque me avergüenzo y no me gusta sentirme avergonzado y pues como avergonzado, verdad, entonces como si me dio coraje y no sé pues, no pues sí, ponía una máscara así” (sesión 8)

“tengo como las cosas que estaba escondiendo ya las estoy como confrontando más, ya pienso más en mi hija, ya pienso más en lo que hice, no me recuerdo, me ando acordando de muchas más cosas que me ponen triste, pero al mismo tiempo está mejor sentir eso porque no lo estoy ignorando y a

modificar el malestar que estaba sintiendo al no poderse relacionar con los otros, que le generaba sentimientos de tristeza y vulnerabilidad por los efectos secundarios del consumo de marihuana y drogas psicodélicas, que lo llevo a continuar con estrategias de primer nivel al cambiar de droga, en vez de cambiar él.

Presenta postura de auto-invalidación y ataque en su contra para evitar sentir el rechazo de otros. Participante experimenta ansiedad existencial al sentir emociones que para él son negativas, ante esto para evitar sentirse desprotegido asume actitud de desinterés y de no identificación ni expresión de emociones tratando así de evitar sentir las, llevándolo a un efecto contrario sin que él se diera cuenta. En el transcurso del proceso terapéutico participante identifica que se esconde detrás de máscaras a veces de enojo y a veces de neutralidad, para evitar sentirse vulnerable, la identificación y experimentación libre y consciente de sus emociones le permite afirmarlas de manera constructiva, desplegando recursos de afrontamiento de tercer nivel al autocomprenderse y permitirse autodistanciarse de sí mismo.

Los estados de ánimo evidenciados en el participante 2 son principalmente de tristeza y vulnerabilidad, sin embargo, al final de la terapia menciona que su estado de ánimo se encuentra más relacionado con la felicidad y la alegría, evidenciando actitudes positivas en él, unido a los actos de autocuidado utilizados durante el transcurso de la terapia, de acuerdo con Romero el participante expresa más sentimientos ego-distónicos desde el sentimiento de inferioridad, rechazo a sí mismo, culpa, arrepentimiento, entre otros, para pasar a sentimientos ego-sintónicos al ir avanzando las sesiones, apareciendo sentimientos de valor propio como la autoestima, la autoaceptación, la autoconfianza, la dignidad, entre otros.

veces estoy bien de sentir tristeza de alguna forma” (sesión 9)

“yo aprendí de mí mismo que cuando me siento triste, prefiero estar drogado que sentir triste, pero esta feo verdad, porque es muy diferente el caso porque ahora tengo mucho que perder, he perdido mucho, y tengo la oportunidad de recuperar mucho, esta vez sé que va a ser diferente” (sesión 9)

“está máscara (...) para que no me duela, para que no me afecte una emoción, entonces yo mismo me miento que no me importa para que este bien” (sesión 10)

“Les pongo la máscara como de ah pues no me importa nada según yo y como ah pues ya que, y luego pues sí sería como la de según yo estoy bien neutral” (sesión 10)

“antes supe cómo era, pero la verdad no me conocía entonces ahora poco por poco poniendo expresarme en la y saber y poder ya ves como el circulo ese, saber cómo las emociones realmente estoy sintiendo eso me ayuda mucho, entonces si me ando conociendo más cada día” (sesión 10)

“ya reconozco las cosas mejores, reconozco que las cosas pasan por una razón y no lo hago, no lo dejo afectarme tanto, pero también am, eso pues como estamos diciendo puedo distinguir mis sentimientos mejor, verdad, puedo saber lo que realmente siento en el momento,” (sesión 12)

Dm. motivacional

“es algo egoísta que yo tengo que vean que me estoy esforzando, porque si pongo todo el esfuerzo como y luego, a lo último, pues nada, está mal porque yo debo hacerlo por mí mismo, pero yo quiero que lo vea alguien” (sesión 1)

“me siento perdido de una forma, como mentalmente, como ya ves cómo te digo que estoy en el medio de todo” (sesión 2)

“yo digo que estaba escondido en los árboles, yo digo que estaba escondiéndome de la responsabilidad de una forma creo que me estaba escondiendo de mis sentimientos, por eso no, como me sentía bien” (sesión 4)

“yo necesitaba la droga para verla como una, como energía para el día, por ejemplo, pero era más como para ignorar situaciones, para sentirme así como

Se encuentran motivaciones en el participante para las emociones o desde las emociones, para buscar evitar emociones consideradas para él como negativas o para buscar el placer y la disminución del malestar psicofísico, como se ha indicado al estar utilizando estrategias de afrontamiento de primer nivel.

Surgimiento del deseo – impulso de búsqueda – satisfacción – período refractario, es el ciclo que plantea Romero de los deseos que surgen de necesidades físicas, se identifica que el participante al convertir su consumo en una necesidad se observa que primero su motivación surge movido por la percepción de necesidad física al verla como energía para el día o pensando que con esto puede evitar sus emociones de tristeza, lo cual no es satisfactorio para él ya que causa un efecto contrario y lo hace sentir más triste, para entrar al período refractario y con el tiempo empezar nuevamente el ciclo.

bien (ríe) pero sí, yo digo que estaba obsesionado y dependiendo para adictos y usar drogas es no más como de vez en cuando, pero la droga no tomar el control de la persona” (sesión 9)

“ya ves, am, no hacer las cosas con el hecho de ojalá que le guste a la otras personas y de eso, verdad, que lo haga para mí” (sesión 11)

“sí voy a hacer algo es porque me gusta a mí y no voy a dejar el miedo de la juzgación de la otra gente aferrarme o ser un obstáculo otra vez, verdad, porque muchas veces no voy por el camino que quiero y entonces no hago lo que quiero porque me da inseguridad de lo que va a pensar la otra persona, entonces completamente cambia mi motivación para las cosas que estoy haciendo” (sesión 11)

“yo era como un caso perdido (ríe), pero ahora quiero estar bien, verdad, quiero recuperar muchas cosas y para estar bien yo en el futuro necesito que ir al pasado un poquito, verdad, para aprender de la situación” (sesión 11)

“me ha ayudado mucho, porque ahora tengo un plan, el proyecto de vida y todo, suena como que tengo un plan, tengo más paciencia” (sesión 12)

“con el arte y el deporte, eso me distrae mucho, la verdad, am, y me da motivación, literalmente me motivo para hacer muchas cosas” (sesión 12)

“sí le quiero echar ganas a la vida, como que ya no quiero huir de mis problemas y me hace bien, verdad, porque literalmente nunca había tomado el tiempo para hacer y planear mi vida” (sesión 12)

“sí le quiero echar ganas a la vida, como que ya no quiero huir de mis problemas y me hace bien, verdad, porque literalmente nunca había tomado el tiempo para hacer y planear mi vida” (sesión 12)

“tener un plan b sería como prepararme para lo peor, de una forma, a lo mejor no pasa, no llega lo peor pero saber cómo reaccionar si no pasa lo que tú quieres y tener otro plan, porque de una forma todo se puede” (sesión 12)

“como skip steep, como no quiero, como aquí hay muchos pasos 1, 2, 3, 4 y voy en el uno y luego voy para el 4 y luego el 3 y esto me va a ayudar para no hacer eso” (sesión 12)

Las motivaciones encontradas en el participante 2 se encuentran relacionadas también con la satisfacción de la idea de lo que los otros esperan de él, mostrando así estrategias de segundo nivel, buscando en los demás la aceptación que él no se brinda a sí mismo. Conforme se desarrollaba el proceso terapéutico participante comenzó a desplegar estrategias de afrontamiento de tercer nivel como la autocomprensión al identificar que estaba escondiendo sus emociones y autoproyección al permitirse identificar y planear de manera consciente un proyecto de vida, desde sus limitaciones y su responsabilidad, comenzando así con las bases para empezar a utilizar estrategias de afrontamiento de cuarto nivel.

Dm. axiológica

“la estaba cagando y estaba haciendo cosas que no debería de hacer, no era responsable, era mentiroso, era bien egoísta” (sesión 2)

“como esa mentalidad de que si yo me meto el cuchillo primero no me lo van a meter a mí y no va a doler, tanto, porque yo lo hice primero, ah no va a doler tanto, porque ya ves es como es una mente bien acá verdad, una forma de pensar muy defensiva, verdad, yo” (sesión 7)

“pues cada cosa que pasaba que era desagradable iba a consumir” (sesión 7)

“Pues me escondía como de la responsabilidad, de la responsabilidad de confrontar los problemas y también como yo digo que sí, el dolor también” (sesión 7)

“momentos así agradezco mucho, verdad, hay en lo poquito bueno, no lo poquito porque hay muchas cosas buenas, pero lo poco que puedo tener aquí, las situaciones que vea que son buenas las agradezco más, las valoro más, de que no más ignorarlas” (sesión 11)

“es como yo quiero sentir pero sin tomar el camino fácil y yo quiero estar arriba quiero tener mi seguridad y como mi confianza” (sesión 11)

“ahora me conocía más de cómo me conocía antes y eso es ganancia, una gran ganancia para mí, porque estaba como perdido, verdad, ya no me siento perdido” (sesión 12)

Dm. espacio-temporal

“ando viviendo en el presente, porque no se me van largos los días, porque no me estoy futurizando mucho” (sesión 6)

“ando practicando eso, verdad, ando practicando como estar consciente de estar aquí por una razón y estar presente aquí me ayuda en no pensar las cosas no estar en otro lado, no desesperarme con pensar en ya irme en cosas así” (sesión 6)

“yo veo la sala como, como un experimento social” (sesión 9)

“me quedo en el momento y lo valorizo más y tendría la máscara como por ejemplo pues tendría,

Se identifican valores desde el hedonismo, dándole mayor importancia a la evitación del displacer por medio de la satisfacción de lo psicofísico.

Participante presenta valores relacionados con la vinculación, ya sea a su familia o con sus pares, estos al no buscar afirmarlos constructivamente da como resultado lo contrario, promoviendo desvinculación con él y con los otros. Al respecto se buscó promover la responsabilidad en sus relaciones interpersonales, invitando a la identificación de sus patrones y conductas que mantenían relaciones superfluas con los otros y consigo mismo. No se buscó eliminar el deseo de consumir, se buscó que la energía utilizada para la evitación de la confrontación con los valores que considera amenazados se utilice para afirmarlos, lo que con el tiempo se espera le dará la oportunidad de mantener la abstinencia.

Se observa que con el tiempo participante empezó a hacer uso de estrategias de afrontamiento de tercer nivel, como se mencionó desde la autocomprensión y el autodistanciamiento, además también comenzó con la utilización de estrategias de cuarto nivel, por medio de la afectación desde la autotranscendencia identifica y agradece pequeños momentos que puede valorar más que antes.

Participante ubicaba constantemente sus pensamientos en el pasado por medio de la hiperreflexión como una forma de intentar fugarse de su realidad actual y la no confrontación con su experiencia de ansiedad existencial, se observa mayor apertura del participante a estar en el presente, valorando el momento y teniendo en cuenta sus limitaciones actuales y futuras, mostrando así que empieza a desplegar estrategias de afrontamiento de tercer y cuarto nivel.

Se resalta que era la primera vez que el participante se encontraba en un centro de rehabilitación, el cual al tomar la actitud de usarlo como un experimento social se permitió abrirse a las posibilidades de ser y hacer, no solamente desde el consumo y las relaciones superfluas, sino desde el reconocimiento y expresión de emociones, contactando con los

estaría más como aquí, pero mi mente estaría en otro lugar” (sesión 11)

“sí pienso en el futuro y en el pasado, pero pienso más en el presente” (sesión 12)

demás, dentro de un espacio seguro como sentía al centro, convirtiendo este lugar como un sitio que le brindara sostén.

Elaboración propia

Tabla 13

Segunda unidad de análisis P2. Proceso terapéutico

Sub categoría y unidades de análisis	Transformación
Proceso de adicción	
“yo cuando estaba solo lo hacía así porque mi cuerpo lo quería y ya es cuando se convirtió en la adicción, más fuerte y más fuerte “ (sesión 1)	<p>La búsqueda de aceptación social y de sensaciones psicofísicas placenteras se observaron mucho en el participante, se identifica una evolución en su historia de consumo, empezando por la marihuana que lo hacía sentirse “en las nubes” y fugarse de su realidad, con los años empezó a experimentar con sustancias psicodélicas llevado al parecer por las descripciones de sus amigos y tratando de buscar la experimentación de una experiencia cumbre, esta etapa parece definirla como de “aventura”, debido a este consumo sus habilidades sociales se vieron afectadas, utilizando así la cocaína para tratar de solucionar esa situación, sin darse cuenta que esto podría agravarla más. Esto se puede ubicar como estrategias de afrontamiento de primer nivel.</p> <p>El permitirse valorar su responsabilidad dentro del manteniendo de esta conducta y su forma de vinculación superflua pudo haber propiciado la identificación de herramientas o de autoconfianza para enfrentarse con situaciones que consideraba como desagradables, y por lo tanto debían ser evitadas, es decir estrategias de primer y segundo nivel, para valorar la necesidad y la importancia de la no evitación empezando por la vinculación más auténtica con sus pares, lo que eventualmente puede ayudarlo también con su objetivo de eliminar su consumo, al observar de manera más consciente los efectos negativos y los significados que le estaba confirmando a la sustancia.</p>
“yo no pensaba que tenía un problema, ahora sí sé que tengo un problema como con la adicción” (sesión 3)	
“me aíse mucho, pero a un punto use la droga, use la cocaína para que se me quite esa inseguridad (...) cuando me pegaba la inseguridad, lo traté de remediar, o cómo se dice, el remedio eran las drogas, la cocaína” (sesión 3)	
“no sé por qué me hacía sentir muy bien la cocaína, a lo mejor me hacía ignorar mis problemas o me ayudaba, es lo que puedo agarrar de eso” (sesión 4)	
“pues a los 10 años empecé a fumar mota y ese tiempo estaba como en una nube mentalmente, me sentía así como relajado” (sesión 4)	
“la ansiedad social, por eso no me gustan las drogas psicodélicas que a lo último no tuve como el apoyo, no pude conectar con las personas, con nadie” (sesión 4)	
“yo me acuerdo de que literalmente eso de las inseguridades y todo, no tenía nada, nada de eso, eso como literalmente cuando me sentía de una forma mala consumía y consumía todos los días de la semana” (sesión 7)	
“prefería consumir para no confrontar ningún problema” (sesión 7)	

“yo no pensaba que era la cocaína la que me estaba haciendo daño, yo pensaba que era las mujeres y todo” (sesión 7)

“me siento así como que ningún problema me afecta mucho es como que acepto esas cosas son las cosas que me afectarían y que me harían drogarme, verdad, y pues este, me siento como este, me siento bien egoísta de alguna forma, como así como arriba de una montaña, de una forma, verdad, porque no dejo que los problemas me ataquen! (sesión 8)

“me autoengañaba mucho con decir como no pues, con sintiéndome arriba de la montaña era como sentirme así, como orgulloso” (sesión 8)

“yo sé que si tengo la fuerza, especialmente con todo lo que he reflexionado y lo que ha visto que la cocaína me ha traído y con lo que me ha ocasionado” (sesión 8)

“yo cambie completamente de mi personalidad por la sustancia, entonces soy un producto de la adicción de una forma, diría así, ahorita estoy en recuperación y no quiero decir que soy un adicto, quiero decir que tenía una adicción y ya no” (sesión 9)

“entonces no voy a huir de la incomodes de hablar con él y decirle todo esto, porque tenemos la amistad muy fuerte que podemos hablar de eso como hombre a hombre, hablar de las emociones y luego como no tener miedo” (sesión 11)

Posible cardiopatía

“en un punto me empezó a doler el pecho, el corazón o estaba como alborotado, porque estaba fumando cigarro también, y el oxígeno no estaba, yo sabía de eso de que el oxígeno, los dos juntos te van a fregar, te van a lastimar” (sesión 1)

“me preocupo de más de eso, pero sabiendo lo que es, a veces hay días que me duele demasiado, como de repente me duele bien recio y eso es lo que me da mucha ansiedad” (sesión 2)

“mi salud ahorita me preocupa, que tengo la presión alta, entonces a veces me duele el pecho” (sesión 2)

“con la malilla lo que pasa es que a veces tengo un sentimiento en común en mi pecho y cuando estaba en el hospital es un crecimiento porque el corazón no agarra oxígeno como debe y am, entonces, gracias a dios no es tan grave como para un infarto

El desarrollo de una posible cardiopatía que se encuentra relacionada con el consumo prolongado de sustancias psicoactivas, en especial la cocaína, confrontaron al participante con una de las principales fuentes de ansiedad existencial como lo es el miedo a la muerte, la forma de afrontar este medio del participante al parecer era por medio de la vinculación con los demás, pero eventualmente a no ser confrontada de manera consciente lo llevaba al aislamiento existencial al presentarse un conflicto entre sus posibilidades de ser y hacer y su deseo de estar incluido dentro de una totalidad más grande.

Al confrontarse al miedo a la muerte de manera más consciente pudo brindarle la oportunidad de evaluar la forma en la que estaba haciendo uso de su libertad de ser, tener y hacer desde la evitación, por medio del proceso de psicoterapia se buscó utilizar esta situación como una forma de promover el cambio, desde la toma de consciencia del cuerpo, la movilización de él y de su familia por la situación,

esa no más lo que pasa es que cuando paras de hacer la cocaína, lo que hace la cocaína es como te acelera el corazón mucho” (sesión 2)

“tengo la, cómo se dice, la mentalidad de que voy a parar por el hecho ya de mi salud me duele, me duele el corazón y tengo miedo de morirme” (sesión 6)

“porque la verdad como sí como tengo miedo de que me duela el corazón otra vez” (sesión 7)

Relación terapéutica

“la verdad es que estaba ignorando los problemas y estaba escondiéndome” (sesión 7)

“pues diciendo como am hablando contigo pero diciéndote las situaciones y todo am me ha ayudado” (sesión 9)

“sí saco los problemas con las personas como me pueden ayudar, verdad, como por ejemplo si te digo esto me has ayudado mucho como a saber mucho las emociones que he tenido, especialmente como por ejemplo esa rueda que me mandaste con muchas emociones, ahora tengo como tengo más, tengo más como palabras para describir cómo me siento y todo y si me ha ayudado mucho, la verdad como los días que me despierto digo, oh ahora tengo terapia” (sesión 9)

“me siento mejor, especialmente hablando” (sesión 11)

“sacarlos a la luz y pues no sé me ayudó mucho la verdad, porque si no pues nunca lo enfrentaría, verdad, nunca enfrentaría esa situación y pues me escondería mucho” (sesión 12)

“porque si me ayudó mucho como ya ves que tenía un psicólogo antes y era no más como la diferencia de alguien que le importa y la diferencia de alguien que no, verdad, entonces agradezco mucho, porque si me ayudaste mucho y como estabas ahí conmigo y lo agradezco mucho, me siento muy motivado y me siento como que tengo esperanza, estoy motivado por el futuro y estoy alegre y tengo ganas de seguir viviendo, verdad y la terapia pues me tiene mucho enfrente de mí, me ha ayudado a expresarme y a distinguir lo que siento y con eso me ayuda mucho y lo agradezco mucho, entonces me voy satisfecho” (sesión 12)

para buscar una vinculación más auténtica con él y con los demás.

Participante identificó que el utilizar herramientas de respiración, relajación, consciencia en el aquí y él ahora le ayudaron para disminuir las manifestaciones físicas de su malestar.

De acuerdo con Romero se puede evidenciar dentro de esta construcción que se utilizaron las 5 modalidades básicas de la comprensión de la existencia: 1. intuitiva, senso-precepción y consciencia inmediata; 2. por la vía de la simpatía y la empatía; 3. racional, analítica y dialéctica; 4. motivacional; 5. comprensión semántica y lingüística. Lo cual permitió la construcción de una relación terapéutica desde la confianza, yendo al ritmo del participante e identificando y trabajando junto con sus resistencias, de forma creativa sin caer en su justificación de la limitación del lenguaje, esto permitió una relación en la que por medio relacional el participante se permitió experimentar y explorar diversos significados que había construido hasta ahora, especialmente de las relaciones y su relación con la sustancia, invitándolo a la responsabilidad y a enfrentar de manera constructiva su experiencia de ansiedad.

Se identifica que el medio virtual pudo ser un limitante en cuanto se presentaron ocasiones que la conexión fallaba y se caía, por lo que el participante debía repetir lo dicho o no entendía las preguntas realizadas, sin embargo, se logró establecer un vínculo terapéutico de ayuda para el participante.

“como confiado la verdad porque al principio estaba como nervioso y pues no sabía cómo expresar lo que sentía y como decirlo y pues pasando el tiempo me sentí mejor, me iba mejor, porque ya para explicar las cosas, ahora sí sabía cómo expresar como distinguir lo que estaba sintiendo y pues, am, cómo se dice, distinguir los sentimientos y expresar las emociones y pues me sentí bien” (sesión 12)

Elaboración propia

Discusión

Se encontró que los participantes experimentaban ansiedad existencial en diferentes momentos de sus vivencias con respecto al consumo de sustancias psicoactivas, por ejemplo, por un lado, el participante 1 por medio de la experiencia del cambio en su núcleo familiar, el cual busco preservar y evitar la confrontación con la realidad, por el otro, el participante 2 en su búsqueda de identidad por medio de la relación con los demás, lo cual llevó a ambos participantes a actuar de manera impulsiva queriendo una disminución, aunque fuera momentánea del malestar. Respecto a esto De Castro, García y González (2017) expresan que al no vivenciar de manera consciente los deseos y restringirlos o negarlos, como el impulso de los participantes de no experimentar emociones para ellos negativas, los puede llevar a un círculo neurótico, en la consecución constante de satisfacción momentánea del malestar psicofísico.

De Castro, García y González (2017) comentan que “todo deseo nos proporciona un estado afectivo puntual” (p. 94), así se evidencia cómo los participantes cuentan con una vivencia de la experiencia de ansiedad de manera constructiva, esto empezando por el reconocimiento y expresión de sus emociones de manera consciente. Así mismo, también los participantes refieren conocerse y ser conscientes de sí mismo, lo cual de acuerdo con los autores promueve el ser más conscientes del mundo que los rodea e incentiva la responsabilidad. Así se hace relevante la invitación a los participantes de reconocer y expresar sus emociones para no bloquear su capacidad de vivenciarse de manera coherente, consciente y constructiva.

Se identificó también el miedo a la muerte, propia o de otros, con generador de ansiedad existencial, en el participante 1 observado en el contenido de sus alucinaciones y el participante 2 la movilización para el cambio debido al posible desarrollo de una cardiopatía. Yalom (200) plantea que el miedo a la muerte es una de las cuatro preocupaciones supremas de la existencia, junto con la libertad, el aislamiento existencial y el sinsentido, el autor comenta que la muerte es la fuente primordial de la ansiedad y así mismo de la psicopatología. Se evidencia en los participantes que una de las defensas que utilizan para enfrentar este medio a la muerte está relacionada con el sentirse especial, como forma de enfrentar también el aislamiento existencial. Es por esto que fue importante prestarle atención a este aspecto durante el desarrollo de la terapia, con el fin de promover una experiencia más consciente de este miedo, para construir una experiencia más constructiva de la experiencia de ansiedad.

A continuación se presentan los cambios evidenciados de los participantes en cuanto a su experiencia de ansiedad existencial, observando que en al principio de la intervención eran más comunes las manifestaciones de las estrategias de afrontamiento de primer y segundo nivel, relacionados con una vivencia de ansiedad existencial neurótica, notando que con el transcurso de la intervención terapéutica se empezó a identificar la aparición de estrategias de afrontamiento de tercer y cuarto nivel, relacionado con una vivencia de ansiedad existencial de manera constructiva.

Tabla 14

Descripción de cambios con respecto a la experiencia de ansiedad existencial participante 1. Primera unidad de análisis.

Dimensiones de la vida humana	Estrategias de afrontamiento	
	Experiencia de ansiedad existencial neurótica Primer y segundo nivel	Experiencia de ansiedad existencial normal o constructiva Tercer y cuarto
Dm. corporal	Cuerpo como medio de disminución de malestar momentáneo, en principio por la droga, ahora con la comida.	Con la intervención se promueve el autodistanciamiento al reconocer que buscaba la evitación y al permitirse ver otras posibilidades
Dm. social-interpersonal	Desplazaba su responsabilidad en otros con el fin de evitar sentir su tristeza.	Se observan autocomprensión, autodistanciamiento y

	Se relacionaba de manera codependiente.	autotrascendencia por medio de la diferenciación, identificando su responsabilidad en el mantenimiento de relaciones codependientes, al poner límites y al buscar establecer relaciones más íntimas.
Dm. de las actividades o praxis	Actividades en la cocina del centro como motivación para sentirse útil y sobresalir.	Identificación consciente de una parte de su proyecto de vida por medio del trabajo y del estudio.
Dm. afectiva	Sentimientos ego-distónicos desde el sentirse inferior, temerle al rechazo o la culpa. Principalmente emociones relacionadas con la tristeza, que según lo hacía ver el mundo gris. Consumo como forma de evitar la tristeza.	Sentimientos ego-sintónicos por medio de la autoestima, autoaceptación, autoconfianza o dignidad. Identificación de emociones relacionadas con la alegría, observando su mundo de colores y con más opciones, además no evitando, sino comprendiendo cuando se presenta la tristeza y las otras emociones que él consideraba negativas.
Dm. motivacional	Convertir consumo en necesidad física. Encaminar acciones hacia la evitación de emociones.	Comprender el consumo como forma de evitación de sensaciones displacenteras. Se muestra más flexible al ver otras oportunidades, aun cuando lo hace todavía desde un lugar que él considera seguro, como el centro donde está. Autocomprensión y autorregulación, al reconocer emociones y buscar entenderlas.
Dm. axiológica	Valor de la familia donde pretendía preservarlo pero desde la evitación de la confrontación de la realidad. Valores desde el hedonismo.	Autocomprensión y autoproyección al establecer límites en sus relaciones codependientes, diferenciación con los otros y construcción del proyecto de vida de manera consciente.
Dm. espacio – temporal	Anclado en el pasado en el momento de la separación de sus padres. Centro como lugar seguro y de sostén.	Cambio en la narrativa que se contaba sobre el hecho, desplegando su libertad de ser y hacer desde su proyecto de vida, centrándose en el presente y proyectándose en el futuro de manera consciente.

Elaboración propia

Tabla 15

Descripción de cambios con respecto a la experiencia de ansiedad existencial participante
1. Segunda unidad de análisis.

Proceso de terapéutico	Estrategias de afrontamiento	
	Experiencia de ansiedad existencial neurótica	Experiencia de ansiedad existencial normal o constructiva

	Primer y segundo nivel	Tercer y cuarto
Proceso de adicción	Fugarse de la realidad, evitar el displacer y buscar la aceptación social fueron los principales significados encontrados con respecto al consumo de sustancias.	Participante identificó otras posibilidades para afrontar su ansiedad existencial, identificación de patrones de relación codependiente, responsabilidad, valorando los efectos positivos que le ha traído el estar sin consumo, mostrándose desde su libertad de ser y hacer, lo cual pudo haberlo llevado a su periodo de mayor abstinencia.
Alucinaciones auditivas	Contenido de las alucinaciones relacionado con culpa, remordimiento o venganza. Usando como forma de afrontamiento la evasión de estas.	Al confrontarlas y reconocerlas al darles su espacio dentro de la relación terapéutica, pudo empezar a desplegar autocomprensión, autodistanciamiento y autorregulación con respecto a la identificación de sus alucinaciones auditivas, diferenciándose de ellas, lo que llevó al participante a experimentar disminución en la magnitud y frecuencia de la presentación de estas.
Relación terapéutica	Participante presentaba poca apertura en las primeras sesiones de la intervención terapéutica. Medio virtual identificado en algunos momentos como una limitación, especialmente en los momentos que la señal era intermitente.	De acuerdo con lo planteado por Romero y por Scheneider sobre la relación terapéutica se promovió un espacio de confianza, que permitió el trabajo con sus resistencias, para la promoción del despliegue de estrategias de afrontamiento de la ansiedad existencial de manera constructiva, afirmando sus valores, promoviendo su responsabilidad y la libertad de ser, hacer y tener.

Elaboración propia

Tabla 16

Descripción de cambios con respecto a la experiencia de ansiedad existencial participante

2. Primera unidad de análisis.

Dimensiones de la vida humana	Estrategias de afrontamiento	
	Experiencia de ansiedad existencial neurótica Primer y segundo nivel	Experiencia de ansiedad existencial normal o constructiva Tercer y cuarto
Dm. corporal	Autoimagen negativa, utilizando la droga como forma de disminución momentánea. Miedo a la muerte identificado en el dolor físico	Autocomprensión al aceptar límites. Promoción de relaciones más auténticas.
Dm. social-interpersonal	Búsqueda de aceptación social usando la droga para lograr esto.	Flexibilización de sus formas de afrontamiento al volverlas consciente.

	Máscara de enojo o de neutralidad para no afrontar sus emociones y tener relaciones superficiales.	Autodistancia y promoción de relaciones más cercanas con los otros.
Dm. de las actividades o praxis	Negar habilidades para evitar sentirse rechazado.	Identificación del dibujo como forma de autocomprensión y autodistanciamiento.
Dm. afectiva	Sentimientos ego-distónicos desde el sentirse inferior, temerle al rechazo o la culpa. Autoinvalidación y ataque con el fin de evitar sentir el rechazo por parte de los demás. Máscara de enojo o neutralidad para evitar reconocer la propia vulnerabilidad.	Sentimientos ego-sintónicos por medio de la autoestima, autoaceptación, autoconfianza o dignidad. Reconocimiento de su propia vulnerabilidad, identificando sus emociones y estados de ánimo no como algo negativo.
Dm. motivacional	Consumo convertido en necesidad física movilizándolo su energía hacia la consecución de este, tanto para suplir sus necesidades físicas, como para no evitar el reconocimiento y expresión de sus emociones. Motivación relacionada con las ideas de lo que cree que los otros esperan de él.	Autocomprensión y autoproyección, al verse como se presentaba en el presente desde el evitar las emociones y al verse de manera consciente en el futuro.
Dm. axiológica	Valores desde el hedonismo y la vinculación con los otros, pero afirmándolos desde la evitación.	Autocomprensión y autodistanciamiento, así como autotrascendencia al permitirse vivir en el momento agradeciendo pequeños momentos y valorándolos.
Dm. espacio – temporal	Hiperflexión ubicando principalmente sus pensamientos en el pasado.	Mayor disposición de estar en el presente, viendo sus limitaciones actuales y proyectándose de manera consciente hacia el futuro.

Elaboración propia

Tabla 17

Descripción de cambios con respecto a la experiencia de ansiedad existencial participante

2. Segunda unidad de análisis.

Proceso de terapéutico	Estrategias de afrontamiento	
	Experiencia de ansiedad existencial neurótica Primer y segundo nivel	Experiencia de ansiedad existencial normal o constructiva Tercer y cuarto
Proceso de adicción	Búsqueda de aceptación social, de sensaciones psicofísicas placenteras y la evitación de emociones negativas para él, se observaron cómo los principales significados con respecto al consumo de sustancias.	Valoración de estos significados, de su responsabilidad y formas de vinculación superfluas le permitieron empezar a desplegar estrategias de afrontamiento de la ansiedad existencial de manera constructiva, identificando de manera consciente estos significados y los efectos

		negativos del consumo, los cuales no se permitía identificar antes de la intervención terapéutica.
Posible cardiopatía	Miedo a la muerte como una forma de experimentar ansiedad existencial.	Confrontación del miedo a la muerte de manera más consciente, evaluando la forma en la que busca la evitación del displacer y los intentos de solución que ha utilizado, desplegando su libertad de ser, hacer y tener y movilizándose, tanto a él como a sus familiares para el cambio.
Relación terapéutica	Participante presentaba poca apertura en las primeras sesiones de la intervención terapéutica. Medio virtual identificado en algunos momentos como una limitación, especialmente en los momentos que la señal era intermitente.	De acuerdo con lo planteado por Romero y por Scheneider sobre la relación terapéutica se promovió un espacio de confianza, que permitió el trabajo con sus resistencias, para la promoción del despliegue de estrategias de afrontamiento de la ansiedad existencial de manera constructiva, afirmando sus valores, promoviendo su responsabilidad y la libertad de ser, hacer y tener.

Elaboración propia

De acuerdo con lo planteado en este apartado se pueden evidenciar los cambios con respecto a la experiencia de ansiedad existencial de los dos participantes, quienes son consumidores de sustancias psicoactivas, esto por medio de la implementación de la psicoterapia humanista.

Todavía en construcción...

Capítulo IV. Conclusiones y recomendaciones

En este último capítulo se plantean las conclusiones y recomendaciones finales del proyecto de intervención.

Por medio de la aplicación de instrumentos se logró identificar las características del consumo de sustancias psicoactivas de los participantes, observando así algunas de las motivaciones, situaciones de posible riesgo de recaída y su sensación de autoconfianza con respecto al afrontarse a situaciones de consumo.

De acuerdo con los resultados de los instrumentos y la observación realizada en la primera sesión, se llevó a cabo un proceso de psicoterapia humanista por medio del cual se concluye que al ser utilizadas las diversas estrategias de intervención existencial, es decir, la presencia, invocar lo actual, vivificar y confrontar las resistencias y creación de sentido, se puede lograr una relación terapéutica de confianza y apertura que permitieron movilizar cambios en los participantes.

Por medio del método fenomenológico hermenéutico se puede realizar la descripción y evaluación de los cambios presentados en la experiencia de ansiedad de los participantes, se concluye que es un método adecuado para dar respuesta a la pregunta de intervención planteada en el presente proyecto, puesto que por medio de los pasos planteados por el método se puede realizar un análisis de lo evidenciado por los participantes a la luz del marco referencial de la psicoterapia humanista con fundamentos existenciales.

Todavía en construcción...

Referencias documentales

- Aguirre, M., Delgadillo, M. y Guzmán, M. (2003). Fenomenología de la adicción a partir de estrategias humanistas. *Revista de divulgación científica*, (7) 14-24. Recuperado de http://www.xochicalco.edu.mx/galeria/dc/revistas/Divulgacion_Cientifica_07.pdf#page=14
- Alpízar Jiménez, L. (2015). Entorno familiar: factor de riesgo o protección para el desarrollo de conductas adictivas en los hijos. *Drugs and Addictive Behavior*, 1(1), 101-112.
- APA American Psychological Association (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychologist*, 68(9), 791-800. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035001>
- APA Asociación Americana de Psiquiatría (2014) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Bados López, A. (2008). La intervención psicológica: características y modelos. Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológicos. Facultad de psicología, Universidad de Barcelona.
- Barbera, N. e Inciarte, A. (2012). Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. *Multiciencias*. 12(2), 199-205. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90424216010>
- Bautista, N. (2011). *Proceso de la investigación cualitativa. Epistemología, metodología y aplicaciones*. Bogotá, Colombia: Editorial El Manual Moderno.
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la Investigación. Administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. Tercera edición, Colombia: Pearson Educación
- Brownell, P. (2012). *Gestalt Therapy for Addictive and Self-Medicating Behaviors*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Brownell, P., y Schulthess, P. (2013). Comportamientos dependientes. En G. Fransetti, M. Gecele, & J. Roubal, *Terapia Gestalt en la práctica clínica. De la psicopatología a la estética del contacto* (p. 477-508). Madrid, España: Asociación cultural los libros del Ctp.
- Calvo-García, F., Costa-Ribot, J. y Valero-Piquer, R. (2016). Motivos de abandono temprano de pacientes en tratamiento ambulatorio de adicción a sustancias. *Revista Española de Drogodependencias*. 41 (1) 41-55.
- Castanedo, C. (2008). *Seis Enfoques Psicoterapéuticos* (2da ed.) México: Manual Moderno.
- CIJ Centros de Integración Juvenil (2004). *Mujer y drogas*. Ciudad de México: CIJ.
- CIJ Centros de Integración Juvenil (2010). *Los jóvenes y el alcohol en México*. Ciudad de México: CIJ.
- CIJ Centros de Integración Juvenil (2019). *Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones "Juntos por la paz"*. Gobierno de México. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/cij/articulos/estrategia-nacional-de-prevencion-de-adicciones-juntos-por-la-paz>
- CONADIC. Comisión Nacional contra las Adicciones (2019a). *Observatorio Mexicano de Drogas (OMD)*. México: Comisión Nacional contra las Adicciones. <https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/observatorio-mexicano-de-drogas-omd>

- CONADIC. Comisión Nacional contra las Adicciones (2019b). *Informe sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención integral 2019*. Ciudad de México: Comisión Nacional contra las Adicciones.
- CONADIC. Comisión Nacional contra las Adicciones (s.f.). *Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida. Guía para el promotor de "Nueva Vida"*. Ciudad de México: Comisión Nacional contra las Adicciones.
- De Castro, A. (2000). *La psicología existencial de Rollo May*. Barranquilla: Ediciones Uninorte.
- De Castro, A., García, G. y González, R. (2017). *Psicología Clínica Fundamentos Existenciales*. (3 ed.) Barranquilla, Colombia: Editorial Universidad del Norte.
- De León, P. & Pérez, F. (2001). Adaptación, validación y confiabilización del Inventory of Drug Taking Situations (IDTS) y el Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ). Tesis de Licenciatura UNAM
- Díaz-Martínez, A., Díaz-Martínez, L., Rodríguez-Machain, A., Díaz-Anzaldúa, A., Fernández Varela, H. y Hernández-Ávila, C. (2011). Eficacia de un programa de intervenciones terapéuticas en estudiantes universitarios diagnosticados con dependencia al alcohol. *Salud Mental*. 34 (3) 185-194 recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000300001 ISSN 0185-3325
- Echeverría, SV. L. & Ayala, V. H. (1997). Cuestionario de confianza situacional: traducción y adaptación. México: Universidad Nacional Autónoma de México
- Fiestas, F. y Ponce, J. (2012) Eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 29 (1), 12-20. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36323255003>
- García, F. (2005). *Psicoterapia Gestalt. Proceso Figura-Fondo*. México (2ed): Manual Moderno
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), 235-260.
- Giorgi, A. (2012). The Descriptive Phenomenological Psychological Method. *Journal of Phenomenological Psychology*. 43, 3-12.
- Gobierno del Estado Libre y Soberano de Chihuahua (2018) *Decreto No. LXV/EXLEY/0756/2018 II. P.O. Ley de Salud Mental del Estado de Chihuahua. Chihuahua*. México.
- Gobierno de México (2018) Estrategia Nacional de Paz y Seguridad 2018-2024. Recuperado de: <https://www.gob.mx/sspc/articulos/estrategia-nacional-de-paz-y-seguridad-2018-2024?idiom=es>
- González Lomba, C. y López Durán, A. (2017). Revisión del tratamiento psicológico de la adicción al cannabis. *Health and Addictions. Salud y drogas* 17 (1), 15-26.
- Habibi, R., Nikbakht Nasrabadi, A., Shabany Hamedan, M., & Saleh Moqadam, A. (2016). The Effects of Family-Centered Problem-Solving Education on Relapse Rate, Self Efficacy and Self Esteem Among Substance Abusers. *International journal of high risk behaviors & addiction*, 5(1), 1-7

- Insúa, P. y Grijalvo, J. (2000). Programas de reducción de riesgos en atención a las drogodependencias: conceptos y acciones específicas. *Papeles del Psicólogo*. Núm. 77, 33-45.
- INP Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas*. Ciudad de México: Secretaría de Salud.
- Insúa, P. y Grijalvo, J. (2000). Programas de reducción de riesgos en atención a las drogodependencias: conceptos y acciones específicas. *Papeles del Psicólogo* 77, 33-45.
- Katayama Omura, R. (2014). *Introducción a la investigación cualitativa*. Lima, Perú. Fondo Editorial de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- Krenek, M., Prince, M. & Maisto, S. (2017). Life events and alcohol use disorder clinical course: Modeling the dynamic association. *Drug and Alcohol Dependence*. Vol. 180, 137-43
- Little, J. (2008). Harm Reduction Therapy Groups. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, vol. 1(1), 69-93.
- Llorente del Pozo, J. e Iraurgi-Castillo, E. (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabitación de cocaína. *Trastornos Adictivos*. VOL. 10(4) 252-274. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-tratamiento-cognitivo-conductual-aplicado-deshabitacion-13131181> DOI: 10.1016/S1575-0973(08)76374-8
- Machín Ramírez, J. y Mendoza, A. (2015). *Meta-modelo ECO2: Apuntes sobre prevención y reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas*. México: Centro Cáritas de Formación para la Atención de las Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas.
- Marcos Sierra, J. y Garrido Fernández, M. (2009). La terapia familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de psicología* 27 (2-3), 339-362.
- Martínez-Ortiz, E., Díaz del Castillo-Buitrago, J. y Jaimes-Osma, J. (2010). Validación de la Prueba “Escala de Recursos Noológicos Aquí y Ahora” Para Personas Mayores de 15 Años. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, vol. XIX(3), 257-272.
- Martínez Ortiz, E. (2011a). *Las Psicoterapias Existenciales*. Bogotá: Manual Moderno.
- Martínez Ortiz, E. (2011b). *Los modos de ser inauténticos. Psicoterapia centrada en el sentido de los trastornos de la personalidad*. Bogotá: Manual Moderno.
- Martínez, E. (2013). *Manual de psicoterapia con enfoque logoterapéutico*. Bogotá: Manual Moderno.
- Martínez, H., Rodríguez, A. y Vincés, G. (2019). Factores asociados en la adicción de pacientes con consumo de estupefacientes. *Universidad, ciencia y tecnología*. 23 (93) 82-89.
- Martínez-González, J., Vilar-López, R., García, A. (2018). Efectividad a largo plazo de la terapia de grupo cognitivo-conductual del alcoholismo: Impacto de la patología dual en el resultado del tratamiento. *Clínica y Salud*. Vol. 29(1) p. 1-8. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742018000100001&script=sci_abstract&tlng=en
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciencia & Saúde Coletiva*. 17(3), 613-619.

- May, R. (1996). *The meaning of anxiety*. (edición revisada) W.W. Norton & Company: Nueva York
- The Ronald Press Company. Mendieta, G. (2015). Informantes y muestreo en investigación cualitativa. *Investigaciones Andina*. 17(30), 1148-1150.
- Menon, J., & Kandasamy, A. (2018). Relapse prevention. *Indian Journal of psychiatry*, 60 (4), 473-478. Recuperado el 18 de Agosto de 2019 de <http://www.indianjpsychiatry.org/article.asp?issn=0019-5545;year=2018;volume=60;issue=8;spage=473;epage=478;aulast=Menon>
- Mieles, M., Tonon, G. y Alvarado, S. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas Humanistica*. 74, 195-225. Recuperado de: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=787a1a3d-7f52-4830-807e-75b4f3989e30%40sessionmgr101&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbG12ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=91353786>
- OEA/CICAD. Organización de los Estados Americanos y Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2019). *Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019*. Washington, D.C.: OEA.
- OMS Organización Mundial de la Salud (2010). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias a nivel de atención de la salud no especializada*. Geneva: Organización Mundial de la Salud.
- OMS Organización Mundial de la Salud (2011). *Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo problemático de sustancias – Manual para uso en la atención primaria*. Estados Unidos: organización Mundial de la Salud.
- OPS Organización Panamericana de la Salud (2009). *Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: un enfoque de salud pública*. Washington: OPS.
- Ovejero Bernal, A. (2000). La adicción como búsqueda de identidad: una base teórica psicosocial para una intervención eficaz. *Psychosocial Intervention*, vol. 9(2), 199-215.
- Pavón-León, P., Gogeochoechea-Trejo, M., Blázquez-Morales, M., Mejorada Fernández, J. y Meyer Gómez, R. (2014). Resultados del tratamiento en usuarios con trastorno adictivo en un centro residencial de ayuda mutua. *Revista Médica de la Universidad Varacruzana* 14 (1), 6-13. Recuperado de: https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol14_num1/contenido/index.htm
- Perls, F. (1976). *El enfoque Gestáltico y testimonios de terapia* (2da edición). Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Perls, F., Hefferline, R. y Goodman, P. (2003) *Terapia Gestalt: Excitación y crecimiento de la personalidad humana* (2da edición). España: Sociedad de Cultura Valle-Inclán.
- Piñero, B., Fernández del Río, E., López-Durán, A. y Becoña, E. (2014). ¿Mejora la entrevista motivacional la eficacia del tratamiento psicológico para dejar de fumar? *Anales de psicología*. Vol 30(1) 123-132. Recuperado el 24 de noviembre de 2019 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282014000100013 ISSN 1695-2294
- Quitmann, H. (2006). *Psicología Humanística*. Bogotá, Colombia: Editorial Herder.

- Reynoso Erazo, L. y Seligson Nisenbaum, I. (2005). *Psicología Clínica y de la Salud. Un enfoque conductual*. México. Manual Moderno. ISBN: 970-729-097-8
- Robles, R.; Varela, R.; Jurado, S.; y Páez, F., (2001). Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, (2), pp. 211-218.
- Rodríguez, A. (2009). Aspectos teórico-metodológicos, de las comunidades terapéuticas para la asistencia de la droga dependencia: sus comienzos. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Jujuy* 37, 317-327. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=185/18516803015>
- Rodríguez-Martín, B., Gallego-Arjiz, B., López-Ewert, P., Reguera-Errasti, J., Quevedo De la Peña, M., y Broche-Pérez, Y. (2019) Los primeros 90 días de tratamiento de adicciones: el rol de los grupos de apoyo para familiares. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones* 5 (1) p. 6-14. Recuperado de: <http://riiad.org/index.php/riiad/article/view/riiad.2019.1.02>
- Rojas, E., Real, T., García-Silberman, S. y Medina-Mora, M. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud Mental* 34 (4) 351-365. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000400008 ISSN 0185-3325
- Rojas, I. (2011). Elementos para el diseño de técnicas de investigación: una propuesta de definiciones y procedimientos en la investigación científica. *Tiempo de Educar*, vol. 12(24), 277-297
- Romero, E. (1999). *As dimensoes da vida humana: existencia e experiencia*. Sao José dos Campos: Novos Horizontes.
- Romero, E. (2011). El abordaje comprensivo fenomenológico-dialéctico de la Psicoterapia. En Martínez Ortiz (Comp.), *Las psicoterapias existenciales* (175-218). Manual Moderno.
- Ruisoto, P. & Contador, I. (2019). The role of stress in drug addiction. An integrative review, *Physiology & Behavior*, 1-26. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2019.01.022>
- Salas, E. (2013). Diseños preexperimentales en psicología y educación: una revisión conceptual. *Liberabit*, 19(1): 133-141.
- Salgado Lévano, A. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *LIBERABIT*, 13, 71-78.
- Serbia, J. (2007). Diseño, muestra y análisis en la investigación cualitativa. *Hologramática, Facultad de Ciencias Sociales UNLZ*, 7 (3), 123-146.
- Sharf, R. (2012). *Theories of psychotherapy and counseling. Concepts and cases*. 5ed. Estados Unidos: Brooks/Cole, Cengage Learning.
- Sinha, R. (2007). The role of stress in addiction relapse. *Current Psychiatry Reports*, 9(5), 388-395. Doi:10.1007/s11920-007-0050-6
- Socidrogalcohol (2010) *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona, España: Socidrogalcohol.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2002). *Código Ético*. México, Trillas.
- Spagnuolo, M. (2002). *Psicoterapia de la Gestalt. Hermenéutica y clínica*. Barcelona, España: Editorial Gedisa, S.A.
- SS Secretaría de Salud (2014a). *Manual del Programa de Prevención de Recaídas*. México: Secretaría de Salud.

- SS Secretaría de Salud (2014b). *Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas*. México: Secretaría de Salud.
- SS Secretaría de Salud (2016). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones. Informe SISVEA 2016*. México: Secretaría de Salud.
- SS Secretaría de Salud (2020). *Unidad de Transparencia*. México: s.p.
- SS Secretaría de Salud (s.f.). Declaración de Helsinki. Antecedentes y posición de la Comisión Nacional de Bioética.
- Stevens, J. (2003) *El darse cuenta. Sentir, imaginar y vivenciar* (24ª reimpresión). Chile: Cuatro vientos, Editorial.
- Tarangano, F. (1979). *Psicoanálisis gestáltico*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Tatarsky, A. (2002). *Psicoterapia de Reducción de Daños. Un Nuevo Tratamiento para Problemas de Drogas y Alcohol*. Estados Unidos: Jason Aronson Inc.
- Tatarsky, A. (2003). Harm reduction psychotherapy: Extending the reach of traditional substance use treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 25, 249-256.
- Tatarsky, A., & Marlatt, G. A. (2010). State of the art in harm reduction psychotherapy: an emerging treatment for substance misuse. *Journal of Clinical Psychology* 66 (2), 117-122. doi:10.1002/jclp.20672
- Tizoc-Marqu3ez, A., Rivera-Fierro, K., Rieke-Campoy, K. y Cruz-Palomares, M. (2017). Reducci3n de da3os como estrategia para el uso y abuso de sustancias en M3xico: Desaf3os y oportunidades. *RA XIMHAI*, vol. 13 (2) 39-51.
- Torres Carvajal, G. (2010). La entrevista motivacional en adicciones. *Revista Colombiana de Psiquiatr3a* 39, 171-187. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80619869012>
- UNODC. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (2004). *Informe Mundial sobre las Drogas 2004*. Austria: Naciones Unidas.
- UNODC. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (2010). *Informe Mundial sobre las Drogas 2010*. Nueva York: Naciones Unidas.
- UNODC. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (2015). *Informe Mundial sobre las Drogas 2015*. Austria: Naciones Unidas.
- UNODC. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (2017). *Informe Mundial sobre las Drogas 2017*. Austria: Naciones Unidas.
- UNODC. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (2019). *Informe Mundial sobre las Drogas 2019*. Austria: Naciones Unidas.
- Vakharia, S. & Little, J. (2016). Starting Where the Client Is: Harm Reduction Guidelines for Clinical Social Work Practice. *Clinical Social Work Journal* 45 (1), 1-12. DOI 10.1007/s10615-016-0584-3
- Villegas, M. (1986). La psicolog3a Humanista: Historia, Concepto y M3todo. *Anuario de psicolog3a* 34 (1), 9-45.
- Widdowson, M. (2011) Case Study Research Methodology. *International Journal of Transactional Analysis Research*. Vol. 2(1), 25-34.
- Yalom, I. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona, Espa3a: Ediciones Paid3s.
- Yin, R. (2018). *Case Study Research and Applications: Design and Methods* (6ta edici3n). Estados Unidos. SAGE Publications, Inc.

- Yontef, G. (1997). *Proceso y dialogo en Gestalt. Ensayos de terapia Gestáltica* (2da edición). Chile: Cuatro vientos editorial.
- Zilberman, N., Yadid, G., Efrati, Y. & Rassovsky, Y. (2019). Negative and positive life events and their relation to substance and behavioral addictions. *Drug and Alcohol Dependence*. 1-27.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado

Carta de consentimiento informado

A través de este consentimiento se manifiesta que:

Se le está invitando a participar en el proyecto de investigación **Psicoterapia humanista a consumidores de sustancias psicoactivas, un estudio de caso múltiple** que tiene como objetivo Analizar los efectos de la implementación de un proceso de psicoterapia humanista a través de estudio de caso múltiple de consumidores de sustancias psicoactivas promoviendo la reducción de riesgos. Donde se espera intervenir los aspectos y situaciones que lo llevan a consumir, con el objetivo de disminuir el riesgo de consumo.

La presente intervención contará con 12 sesiones con duración de 45-60 minutos cada una. En las cuales incluye una evaluación diagnóstica, intervención y cierre. Para estas se utilizarán instrumentos para el registro de la información, antes, durante y después de la intervención. Adicionalmente, se realizarán grabaciones de las sesiones con el fin de ser transcritas para analizar los resultados. Al aceptar mi participación en este proyecto entiendo que será totalmente voluntaria y que podré retirarme del proyecto en cualquier momento sin que esto me perjudique de ninguna manera.

Los riesgos que se pueden derivar de los procedimientos son mínimos, sin embargo, se contará con el acompañamiento de los profesionales encargados dentro del Centro de Atención para su evaluación, así como para su posible remisión a otro centro especializado.

El estudio presenta los siguientes beneficios intervenir en la problemática de consumo de sustancias psicoactivas buscando eliminar o disminuir la misma, y los investigadores se comprometen a entregar y explicar a los participantes la información actualizada obtenida del estudio sin que signifique gasto alguno.

Se me ha explicado que mi participación es voluntaria y que puedo abandonar el estudio en el momento que lo desee sin que esto afecte mi relación con institución involucrada. Se me ha garantizado que la información obtenida será manejada bajo las normas de confidencialidad y el principio ético del secreto profesional, guardando el anonimato de los participantes y sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante mi consentimiento escrito o por orden de la autoridad competente, tales como: autoridad judicial, órganos de procuración de justicia y autoridades sanitarias.

Declaro que todo lo que se ha mencionado en este documento me fue explicado verbalmente.

Con fecha _____ y, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación, acepto participar en el estudio antes mencionado.

Nombre, firma y/o huella digital del/la participante o responsable legal

Nombre y firma del testigo 1

Dirección

Relación que guarda con el participante: _____

Francisco Antonio Calderón González
Responsable
Director proyecto de tesis

Tatiana Tamayo Zapata
Responsable
Tesisista

Nota: En participantes menores de edad, menores de 8 años firma el padre o tutor legal. En edades de 8-17 años, se requiere el asentimiento y firma del/la menor de edad. Sustantivamente la misma información, en un lenguaje acorde a las edades de quienes participarán en la investigación.

NOTA DISPENSA DE CONSENTIMIENTO: En caso de no requerir el consentimiento fundamentar el hecho ya que puede ser un estudio por observación, retrospectivo o sin riesgo.

Este documento se extiende por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal y el otro en poder del investigador. Queda entendido que este documento estará disponible para su consulta y deberá ser conservado por el investigador responsable durante un mínimo de 5 años (NOM-004-SSA3-2012).

Para preguntas o comentarios comunicarse con el/la Dr. Francisco Calderón González, responsable del Proyecto, al teléfono 656 638 4847 y al correo electrónico francisco.calderon@uacj.mx.

En caso de sentir vulnerados sus derechos, puede comunicarse con la Dra. Gwendolyne Castillo Peraza, Presidente del Comité Institucional de Ética y Bioética de la UACJ, al correo gperaza@uacj.mx

Anexo 2. Instrumentos de registro

2.1 Entrevista semiestructurada

Fecha:

Nombre completo:

Edad:

Sexo:

Estados civil:

Dirección residencia:

Teléfono:

Escolaridad:

Ocupación:

Ingresos mensuales:

Duración en el último empleo:

Si en el momento se encuentra desempleado ¿Hace cuánto tiempo?

¿De dónde obtiene sus ingresos económicos?

¿Alguien depende económicamente de usted? Si No Cuantos:

Personas con las que vive:

¿Tiene pareja? ¿Es consumidora de sustancias psicoactivas?

Por favor indique las principales sustancias psicoactivas consumidas en el último año

Tipo de sustancia	Cuantas veces a la semana	Edad de inicio del consumo	Considera que es un consumo problemático

¿Ha podido detener el consumo de manera voluntaria? Si No ¿Cuál sustancia?

¿Cuánto tiempo?:

¿Ha estado en tratamiento por el consumo de sustancias? Si No ¿Cuánto tiempo?

¿Cuáles cree que son las situaciones que más lo llevan a consumir?

¿Cómo describiría las relaciones con sus familiares?

¿Cómo describiría las relaciones con sus amigos o compañeros?

¿Cómo describiría las relaciones con sus parejas?

¿Qué objetivo le gustaría proponerse para este proceso de intervención?

Observaciones

2.2 Notas de evolución

Nombre consultante:		Número de sesión:	
Fecha:		Hora:	
Siguiente sesión:		Hora:	
Objetivo de la sesión			
Examen mental			
Autodescripción			
Resumen de la sesión			
Revisión de tareas			
Prescripción o tareas propuestas			
Elementos a tener en cuenta en la próxima sesión			
Autorreferencia			
Diagnóstico			
Firma			
Tatiana Tamayo Zapata			

2.3 Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD)

Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas

Inventario de situaciones de consumo de drogas (ISCD)

Nombre: _____ Fecha: _____

<input type="checkbox"/>	Pre - tratamiento
<input type="checkbox"/>	Post - tratamiento
<input type="checkbox"/>	1er seguimiento
<input type="checkbox"/>	2do seguimiento
<input type="checkbox"/>	3er seguimiento
<input type="checkbox"/>	4to seguimiento

Instrucciones:

La lista que está a continuación señala varias situaciones o eventos en los cuales la gente consume drogas. Lea cada reactivo o enunciado cuidadosamente y conteste en términos de su propio consumo de drogas, de acuerdo a la escala que a continuación se le presenta:

- Si usted "nunca" consumió drogas en esa situación, marque 0
- Si usted "rara vez" consumió drogas en esa situación, marque 1
- Si usted "frecuentemente" consumió drogas en esa situación, marque 2
- Si usted "casi siempre" consumió drogas en esa situación, marque 3

Por favor anote la droga que usted consume con mayor frecuencia

Yo consumo _____

	Nunca	Rara vez	Frecuentemente	Casi siempre
1. Cuando me sentí alegre	0	1	2	3

Ejemplo:

Nota:

En este ejemplo usted rara vez consumió la droga en esta situación. Por favor responda en todas las situaciones.

Conteste las situaciones que a continuación se presentan.

Comisión Nacional Contra las Adicciones - Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones

	Nunca	Rara vez	Frecuentemente	Casi siempre
1. Cuando estaba feliz	0	1	2	3
2. Cuando quería probarme si podía usar esa droga con moderación	0	1	2	3
3. Cuando me sentí tembloroso	0	1	2	3
4. Cuando estuve en un lugar donde antes consumí o compe la droga	0	1	2	3
5. Cuando estaba deprimido por todo en general	0	1	2	3
6. Cuando me encontré con viejos amigos y quisimos pasar un buen rato	0	1	2	3
7. Cuando me sentí tenso o incómodo en presencia de alguien	0	1	2	3
8. Cuando me invitaron a casa de alguien y sentí que era inapropiado rehusarme en el momento en que me ofrecieron la droga	0	1	2	3
9. Cuando quería tener más energía para sentirme mejor	0	1	2	3
10. Cuando empezaba a sentirme culpable por algo	0	1	2	3
11. Cuando me sentí seguro y relajado	0	1	2	3
12. Cuando quise probarme que esta droga no era un problema para mí	0	1	2	3
13. Cuando me sentí enfermo	0	1	2	3
14. Cuando inesperadamente me la encontré	0	1	2	3
15. Cuando sentí que ya no tenía a dónde más acudir	0	1	2	3
16. Cuando estaba con un amigo cercano y quisimos sentirnos aún más unidos	0	1	2	3
17. Cuando fui incapaz de expresar mis sentimientos a los demás	0	1	2	3
18. Cuando salí con mis amigos y ellos insistieron en ir a algún lugar a consumir la droga	0	1	2	3
19. Cuando sentí que mi familia me estaba presionando mucho	0	1	2	3
20. Cuando quería bajar de peso para mejorar mi apariencia física	0	1	2	3
21. Cuando me sentí emocionado	0	1	2	3
22. Cuando quería probarme si podía consumir ocasionalmente la droga sin volverme adicto	0	1	2	3
23. Cuando sentí náuseas	0	1	2	3
24. Cuando vi algo que me recordó la droga	0	1	2	3
25. Cuando sentí que me dejé fracasar	0	1	2	3
26. Cuando estaba con amigos y quería divertirme más	0	1	2	3
27. Cuando otras personas me rechazaron	0	1	2	3
28. Cuando estuve con un grupo que consumía esa droga y sentí que esperaban que me les uniera	0	1	2	3
29. Cuando me sentí abrumado y quería escapar	0	1	2	3
30. Cuando sentí que no podía llegar a ser lo que mi familia esperaba de mí	0	1	2	3
31. Cuando me sentía satisfecho con mi vida	0	1	2	3
32. Cuando quise probar si podía estar con amigos que consumen drogas sin consumirlos	0	1	2	3

Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas

	Nunca	Rara vez	Frecuente mente	Casi siempre
33. Cuando tuve problemas para dormir	0	1	2	3
34. Cuando habla estado bebiendo alcohol y pensé en consumirla	0	1	2	3
35. Cuando estaba aburrido	0	1	2	3
36. Cuando quería celebrar con un amigo	0	1	2	3
37. Cuando parecía que no les cala bien a los demás	0	1	2	3
38. Cuando me presionaron a usar esta droga y sentí que no me podía negar	0	1	2	3
39. Cuando tenía dolor de cabeza	0	1	2	3
40. Cuando estaba enojado por cómo me salieron las cosas	0	1	2	3
41. Cuando recordé cosas buenas que habían pasado	0	1	2	3
42. Cuando quería probar si podría estar en lugares donde se consumen drogas sin hacerlo	0	1	2	3
43. Cuando quería mantenerme despierto para sentirme mejor	0	1	2	3
44. Cuando escuché a alguien hablar acerca de sus experiencias con esa droga	0	1	2	3
45. Cuando me sentí solitario	0	1	2	3
46. Cuando estaba pasándola bien con mi pareja y quise aumentar mi placer sexual	0	1	2	3
47. Cuando alguien me trato injustamente	0	1	2	3
48. Cuando estaba con un grupo en el que todos estaban consumiendo esta droga	0	1	2	3
49. Cuando no me estaba llevando bien con mis compañeros de la escuela o del trabajo	0	1	2	3
50. Cuando tuve algún dolor físico	0	1	2	3
51. Cuando estaba indeciso acerca de lo que debía hacer	0	1	2	3
52. Cuando habla pletos en mi casa	0	1	2	3
53. Cuando quería estar más alerta para sentirme mejor	0	1	2	3
54. Cuando empecé a recordar que buen acelere sentí cuando la consumi.	0	1	2	3
55. Cuando me sentí ansioso por algo	0	1	2	3
56. Cuando necesite coraje para enfrentar a otra persona	0	1	2	3
57. Cuando alguien interfirió con mis planes	0	1	2	3
58. Cuando alguien trato de controlar mi vida y quise sentirme más independiente	0	1	2	3
59. Cuando alguien estaba insatisfecho con mi trabajo	0	1	2	3
60. Cuando me sentí hostigado por el trabajo o la escuela	0	1	2	3

2.4 Inventario de Ansiedad de Beck

Comisión Nacional Contra las Adicciones - Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones

Inventario de ansiedad de Beck

Usuario: _____ Fecha: _____

<input type="checkbox"/>	Pre - tratamiento	<input type="checkbox"/>	2do seguimiento
<input type="checkbox"/>	Post - tratamiento	<input type="checkbox"/>	3er seguimiento
<input type="checkbox"/>	1er seguimiento	<input type="checkbox"/>	4to seguimiento

Instrucciones:

En el recuadro de abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuanto te ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una x según la intensidad de la molestia.

	Poco o nada	Más o menos	Moderadamente	Severamente
1. Entumecimiento, hormigueo				
2. Sentir oleadas de calor (bochorno)				
3. Debilitamiento de las piernas				
4. Dificultad para relajarse				
5. Miedo a que pase lo peor				
6. Sensación de mareo				
7. Opresión en el pecho o latidos acelerados				
8. Inseguridad				
9. Terror				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo				
12. Manos temblorosas				
13. Cuerpo tembloroso				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Asustado				
18. Indigestión o malestar estomacal				
19. Debilidad				
20. Ruborizarse				
21. Sudoración (no debida al calor)				

Versión estandarizada por Rubén Varela Domínguez y Eneida Villegas Hernández. Facultad de Psicología UNAM (2001).

0 - 5	Mínima
6 - 15	Leve
16 - 30	Moderada
31 - 63	Severa

Puntaje: _____

2.5 Escala de Satisfacción General

Comisión Nacional Contra las Adicciones - Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones

Escala de satisfacción general

Nombre: _____ Fecha: _____

<input type="checkbox"/>	Pre - tratamiento
<input type="checkbox"/>	Post – tratamiento
<input type="checkbox"/>	1er seguimiento
<input type="checkbox"/>	2do seguimiento
<input type="checkbox"/>	3er seguimiento
<input type="checkbox"/>	4to seguimiento

Este instrumento tiene como objetivo conocer su nivel de satisfacción con respecto a cada una de las áreas de su vida; las cuales se enlistan a continuación. Por favor, encierre en un círculo el número que corresponda al nivel de satisfacción que usted tiene con cada área. Los números más cercanos a uno, reflejan varios grados de insatisfacción, siendo el uno el nivel de mayor insatisfacción; mientras que los números más cercanos a diez reflejan los niveles más altos de satisfacción. Por favor, conforme lea cada área, pregúntese **¿Qué tan satisfecho me siento con mi funcionamiento en esta área de mi vida?** Es decir, establezca con base en la escala numérica (1-10) exactamente como se siente hoy con respecto a esa área. Evite pensar en lo satisfecho que se sentía ayer concéntrese solamente en la satisfacción que siente hoy en cada área de su vida. Por favor trate de que un área en particular no inflencie los resultados de la siguiente categoría. Si tiene alguna duda, por favor, pregunte en este momento a su terapeuta. De lo contrario, comience a contestar.

	Completamente									
	Insatisfecho					Satisfecho				
1. Consumo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Progreso en el trabajo o en la escuela	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Manejo del dinero	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Vida social /recreativa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Hábitos personales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Relaciones familiares o matrimoniales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Situación legal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Vida emocional	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Comunicación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Satisfacción general	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2.6 Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS1)

Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas

Cuestionario breve de confianza situacional CCS1

Nombre: _____ Fecha: _____

<input type="checkbox"/>	Pre - tratamiento
<input type="checkbox"/>	Post - tratamiento
<input type="checkbox"/>	1er seguimiento
<input type="checkbox"/>	2do seguimiento
<input type="checkbox"/>	3er seguimiento
<input type="checkbox"/>	4to seguimiento

Instrucciones:

A continuación se presentan 8 diferentes situaciones o eventos ante los que algunas personas tienen problemas por su forma de beber o consumir drogas. Imagínese que en este momento se encuentra en cada una de estas situaciones e indique en la escala que tan seguro se siente de poder resistir la necesidad de beber o consumir drogas, marcando con una "X" a lo largo de la línea 0% si está "INSEGURO" ante esa situación o 100% si está "TOTALMENTE SEGURO" de poderse resistir a beber o consumir drogas, como en el ejemplo.

Me siento... 0% _____ 70% _____ 100%
Inseguro Seguro

En este momento sería capaz de resistir la necesidad de beber o consumir drogas en aquellas situaciones que involucran...

- Emociones desagradables** (por ejemplo: si estuviera deprimido en general; si las cosas me estuvieran saliendo mal).

Me siento... 0% _____ 100%
Inseguro Seguro

- Malestar físico** (por ejemplo: si no pudiera dormir; si me sintiera nervioso y tenso).

Me siento... 0% _____ 100%
Inseguro Seguro

- Emociones agradables** (por ejemplo: si me sintiera muy contento; si quisiera celebrar; si todo fuera por buen camino).

Me siento... 0% _____ 100%
Inseguro Seguro

Anexo 3. Oficios de autorización institucional

Servicios de alcance y atracción de Adictos en Recuperación
SAADAR A .C

Cd. Juárez Chihuahua, 22 de septiembre del 2020.

Tatiana Alexandra Tamayo Zapata
Presente

Por este medio me permito saludarle y a la vez hacer de su conocimiento que se **AUTORIZA** a la licenciada Tatiana Alexandra Tamayo Zapata, con número de matrícula 194438, alumna de la Maestría en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz, para que ella realice en nuestra institución, la intervención de su proyecto de tesis titulado: "Psicoterapia humanista a consumidores de sustancias psicoactiva, un estudio de caso múltiple" en el periodo de octubre de 2020 a mayo de 2021.

Cabe mencionar que la forma de apoyo a la licenciada Tamayo será derivando casos de usuarios que se encuentran en proceso de rehabilitación y que estará asesorada por su director de tesis el Dr. Francisco Antonio Calderón González.

Se resalta que el proceso de intervención será en línea con la posibilidad de realizarse de manera presencial, cuando las medidas sanitarias y las directrices instituciones y nacionales de salud así lo permitan.

Agradezco de antemano la atención y sin más por el momento reciba un cordial saludo.

SERVICIOS DE ALCANCE Y ATRACCIÓN DE ADICTOS EN RECUPERACIÓN A.C.
S.A.A.D.A.R. A.C.
 Calle Ciruelo # 6595 Col. Granjero C.P. 32690
 Tel. 056-133-47-77 ext. y 619-26-07 local
 RFC SAA079118MB6 - saadar@hotmail.com

ATENTAMENTE

Javier Luevano Veloz
 Responsable del área administrativa de
SAADAR A.C

CS Scanned with CamScanner
 Calle Ciruelo 6595 Col. Granjero 32690 Cd. Juárez Chih.