



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

TESIS DOCTORAL

***IMPACTO DE LOS DÉFICITS NEUROPSICOLÓGICOS,
BIENESTAR SUBJETIVO, CALIDAD DE VIDA Y
PERSPECTIVAS FUTURAS PARA PERSONAS CON
PROBLEMAS DE ADICCIÓN. APROXIMACIÓN
ANTROPOLÓGICA.***

AUTORA: DÑA. SARA RUIZ PÉREZ

Director de Tesis:

Prof. Dr. José Antonio Martín Herrero. Departamento de Psicología Social y Antropología. Universidad de Salamanca.

Octubre, 2015



**UNIVERSIDAD
DE SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

TESIS DOCTORAL

***IMPACTO DE LOS DÉFICITS NEUROPSICOLÓGICOS,
BIENESTAR SUBJETIVO, CALIDAD DE VIDA Y
PERSPECTIVAS FUTURAS PARA PERSONAS CON
PROBLEMAS DE ADICCIÓN. APROXIMACIÓN
ANTROPOLÓGICA.***

AUTORA: DÑA. SARA RUIZ PÉREZ

Director de Tesis:

Prof. Dr. José Antonio Martín Herrero. Departamento de Psicología Social y Antropología. Universidad de Salamanca.

Octubre, 2015

DECLARACIÓN DE AUTORÍA:

Declaro que he redactado la tesis doctoral *“Impacto de los déficits neuropsicológicos, bienestar subjetivo, calidad de vida y perspectivas futuras para personas con problemas de adicción. Aproximación antropológica”* de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes bibliográficas citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes indicadas, textualmente o conforme a su sentido.

Declaro también que las fotografías que aparecen a lo largo de este trabajo son de mi autoría o cuentan, en su caso, con el permiso de los autores o protagonistas para su utilización.

Salamanca, 15 de octubre de 2015

Fdo. Sara Ruíz Pérez

RESUMEN.

Teniendo en cuenta el contexto social y en algunos casos personal en el que vivimos, sumido en un uso y abuso de sustancias y considerando la variedad de drogas y de personas que las consumen, nos planteamos acercarnos a esta realidad no solo de una manera teórica sino física y convivencial. Hemos intentado adentrarnos en las vidas de personas con problemas de adicción y colaborar conjuntamente para combatirlos y poder ser libre e independiente de este tipo de ataduras.

Hemos querido valorar los aspectos que favorecen la mejoría en la vida de estas personas, determinar sus características psicosociales y descubrir estrategias de reinserción y reintegración psicosociales. Intentamos transmitir un mensaje de esperanza a aquellas personas próximas a esta realidad: es posible dejar atrás ese mundo de consumo.

Para abordar los objetivos, proponemos la Antropología médica aplicada, caracterizada por una aproximación metodológica multitécnica; partimos de descripciones etnográficas precisas y rigurosas (a modo de *thick descriptions*), que enriquecemos con la información recibida por las personas afectadas por este problema a las que entrevistamos. La idea es alcanzar una comprensión profunda que refleje los principales fenómenos comportamentales y vivenciales tanto personales como sociales asociados a la subcultura de la droga.

Emplearemos conjuntamente técnicas cualitativas y cuantitativas para intentar plasmar las adicciones desde todos los puntos de vista, y poderlo hacer de la manera más enriquecedora posible. Para ello, tenemos en cuenta los datos que nos aportan los test y cuestionarios aplicados (enfoque cuantitativo) y sobre todo la propia vivencia y testimonio de las personas con adicción y su entorno más cercano (enfoque cualitativo), al que accederemos mediante la observación participante.

Nuestro objeto de estudio son las personas con problemas de adicción (enfoque emic); y para conseguir este principio hemos realizado nuestro trabajo de campo dentro de la ONG Proyecto Hombre Salamanca. El enfoque “emic” nos ha permitido conocer a las personas, empatizar con ellas, sentir en la propia piel sus sentimientos, sus problemas, sus virtudes. La convivencia diaria con las personas en tratamiento de rehabilitación, es lo que

verdaderamente ha hecho que nos acerquemos tan en profundidad a esta realidad, la de las adicciones.

Hemos tenido en cuenta la visión del entorno familiar y más cercano y también social. Desde la perspectiva “etic” hemos observado de una manera ajena el mundo de las adicciones y hemos registrado la conducta observada, desde el extrañamiento. Además nos hemos apoyado en otros observadores como la familia y la sociedad.

El objetivo básico de esta tesis doctoral ha sido la descripción etnográfica del sistema sociocultural relacionado con la subcultura de las drogas y, mostrar las variables que pueden influir en las adicciones, desde los síntomas y la afectación en la persona de la propia adicción (disease), a la experiencia personal (illness) y socio-familiar (sickness) de la misma. A lo largo del estudio, exponemos las estrategias de adaptación, integración y posible superación y rehabilitación de las personas que sufren adicciones (y de las personas que las acompañan), así como la mirada antropológica y social ante esta realidad.

Como conclusiones podemos indicar que las personas con problemas de adicción tienen muchas experiencias y vivencias negativas cuando consumían y que estas disminuyen cuando dejan de drogarse e inician una terapia de rehabilitación (illness). Este cambio proviene del aumento de su autoestima y sus capacidades a la hora de resolver conflictos, manejar las situaciones de un modo adecuado y gestionar correctamente sus sentimientos y emociones. Un factor fundamental para que se lleve a cabo este cambio, es el optimismo, que ayuda a la persona a vivenciar las cosas de un modo más sano (factor protector de salud).

Cada uno de los miembros que forman parte de una familia en la que hay una persona con adicción, padecen ésta de manera personal (illness familiar), no solo desde el prisma de las drogas sino desde el prisma afectivo (ver como un ser querido está consumiendo su vida). Todo esto, interfiere en la vida de las personas que constituyen la unidad familiar y también de su entorno más cercano. Sin duda alguna, las adicciones producen preocupaciones que padecen y vivencian los familiares y amigos, de una manera muy angustiada. Éstos no superan la adicción ni la repercusión de la misma hasta que la persona a la que acompañan en la terapia de rehabilitación, no lleva un periodo de tiempo amplio demostrando que realmente quieren cambiar de vida y que no

es una falsa promesa promovida por la desesperación y la presión familiar (la de dejar de consumir y cambiar).

Las personas con problemas de adicción muestran una calidad de vida y un bienestar subjetivo bastante insatisfactorio, sobre todo cuando estaban consumiendo (disease). Muestran estados de ansiedad medio altos e índices depresivos moderados y no tienen buen bienestar laboral, ni material, ni familiar, ni de pareja... por lo que perciben al mundo y a ellos mismos de una manera pesimista, negativa y desfavorecida. Entendemos que es importante tener a una perspectiva positiva de las personas, para entender mejor los procesos, comportamientos y su desarrollo tanto en lo personal como en lo social.

Con respecto al consumo de drogas, observamos que producen en la persona alteraciones y déficits cognitivos importantes para sus vidas (disease). El deterioro cognitivo unido a los síntomas que provocan el consumo de sustancias en el organismo; repercute de manera directa en la persona y en sus capacidades cognitivas, como la memoria, atención, concentración, control mental, funciones ejecutivas, inteligencia...

El uso y abuso de sustancias puede favorecer el desarrollo de un trastorno psiquiátrico, afectando la realidad de las personas de un modo más perjudicial, ya que su vida se ve mediatizada por ambas cosas, la adicción y el trastorno psiquiátrico asociado; en nuestra investigación fueron las personas que realizaban tratamiento en patología dual.

La sociedad muestra un cierto conformismo con las drogas y las personas que las consumen. Parece que a los miembros de la sociedad no les afecta ni repercute esta realidad, a no ser que la perciban cerca como un verdadero problema (personas adictas en su entorno cercano) o a no ser que repercuta sobre ellos las consecuencias sociales directas de la misma (riñas y peleas, robos, prostitución, venta y tráfico...). Pensamos conveniente promover e implicarnos en tareas culturales y sociales que favorezcan oportunidades en personas con ciertas problemáticas y en colectivos en exclusión; para poder conseguir un beneficio común para la cultura y la sociedad en la que se lleve acabo.

Una de las conclusiones más importantes de este estudio, que se lleva a cabo en torno a los siete u ocho primeros meses de tratamiento (aunque siguen cambiando a lo

largo de la terapia), es la constatación de las mejoras significativas producidas en todas las variables neuropsicológicas evaluadas, tales como: recuperación cognitiva sin existencia de deterioro, aumento en la memoria remota, memoria a medio plazo, en la atención, la concentración e inteligencia viso espacial, una mayor fluidez verbal y control mental, descenso el tiempo a la hora de realizar tareas sencillas y complicadas, recuperación en la ejecución y desarrollo de un plan de acción. El cambio y las mejoras significativas también las encontramos en torno al bienestar y calidad de vida, observando un descenso en la ansiedad tanto en el estado (momento puntual) como en el rasgo (característica personal), disminución del índice depresivo, aumento en el bienestar laboral, material, familiar, emocional y en la relación de pareja y mejora en la autodeterminación e inclusión social.

Por todos estos cambios que se producen en las personas en rehabilitación, y la repercusión que tienen para su persona, sus vidas y su entorno más cercano (familia, amigos, sociedad...) sólo podemos decir que la terapia educativa terapéutica que empleamos para la rehabilitación de adicciones, es adecuada y sirve para mejorar las vidas de muchas personas implicadas e inmersas en este mundo de consumo.

Por lo tanto la aplicabilidad de este trabajo gira en torno a la terapia educativa terapéutica, basada en el modelo bio psico social (MBPS). Demostraremos que trabajar con la persona las áreas cognitiva, afectiva, conductual y existencial y poder crecer en esos ámbitos, hacen a la persona más independiente, segura, libre, honesta y comprometida. La mejora y rehabilitación en todos estos aspectos, hacen a la persona más feliz y perciben sus vidas de una manera satisfactoria y sana (illness). Superando los síntomas de la enfermedad (adicción) y las consecuencias de la misma (disease); la persona se encuentra más satisfecha y con mejor calidad de vida y bienestar personal.

Esta terapia se puede utilizar de manera individual y de manera colectiva, para tratar un problema personal concreto, afrontar situaciones, gestionar sentimientos, ser consecuentes con decisiones tomadas, aceptar la realidad y la vida... o una realidad social, que en nuestro caso son las adicciones y sobre todo, el grupo de personas que lo forman.

En relación a este aspecto, la terapia se utiliza con el fin de que las personas de ciertos colectivos cambien de vida, sean autónomos e independientes y se responsabilicen de su vida y sus comportamientos. Por lo que se puede emplear y

utilizar para trabajar con distintos colectivos que pretendan estos objetivos en su terapia, entre los colectivos destacamos los siguientes:

- + personas con discapacidades físicas y/o psicológicas,
- + personas con enfermedades crónicas y/o degenerativas,
- + colectivos en riesgo de exclusión social y ya excluidos...
- + y, cualquier otro tipo de persona, ya que al fin y al cabo se trata de conocernos y aceptarnos, ser quien realmente somos con naturalidad, tolerancia y respeto, con la intención de descubrir o reaprender cualidades que teníamos olvidadas, para sentirnos fuertes y poder reconocer y perdonarnos lo que hemos hecho mal.

Desde el punto de vista grupal y social de la terapia, se descubre y surge la importancia del trabajo en grupos y con grupos. Es decir, la terapia educativa terapéutica se centra en el abordaje de grupos y trabajo de los mismos, para que puedan ofrecer a la persona el máximo beneficio. Entorno a estos aspectos: los grupos y las relaciones entre sus miembros y otros grupos, encontramos que su aplicabilidad es extensa:

- + trabajo con familias y/o pareja (relaciones afectivas, normas y límites, posicionamiento, respeto y amor),
- + trabajo de las relaciones interpersonales (habilidades sociales, empatía y asertividad),
- + relaciones con grupos de referencia (identificación, aceptación y tolerancia),
- + trabajo de cooperación y apoyo (gestión de sentimientos e ideas irracionales).

En definitiva, las relaciones se establecen en distintos contextos y con mucha diversidad de posibilidades, por lo que su aplicabilidad se puede extender a cada una de ellas.

PALABRAS CLAVE: Antropología aplicada, Antropología médica, adicciones, cambio, proceso terapéutico y calidad de vida.



A aquellas personas que se esfuerzan por conseguir un mundo y una vida mejor.

AGRADECIMIENTOS.

Llegados a este momento, sólo me queda mostrar mi agradecimiento hacia aquellas personas que han hecho posible que yo pudiese realizar esta tesis doctoral. Inicialmente y en representación de todos mis abuelos, a ti Güeli (Juliana), que de una manera incondicional, has acariciado con ternura mi vida y cada momento que hemos pasado juntas.

En segundo lugar a mis padres, Miguel Ángel y M^a Carmen, que me dieron el privilegio de poder estudiar lo que yo quería y me ofrecieron la libertad de decidir, para en ocasiones ganar y en otras perder. Pero en todas y cada una de ellas, siempre he notado que no estaba sola que estaban ahí, muy cerca de mí.

Continuar por mi ahora marido y desde hace quince años amigo Miguel, que siempre me dedicó un aliento de confianza y que a cada momento me mostró su apoyo y motivación. En ocasiones, este hecho, era el que me hacía seguir vinculada de alguna manera con la realización y terminación de este trabajo de campo. Gracias por la delicadeza de tus gestos y expresiones y por estar pendiente de mi, de lo que hago y más si cabe de lo que no hago, porque eso sólo te das cuenta tú.

Darte las gracias a ti también Dexter, que me has acompañado con cada lengüetada y que has olvidado todas las horas que he dejado de dedicarte para centrarme aquí, en esta investigación.

Seguir por mi tutor Jose Antonio, que me animó en todo momento a la realización de la misma y que de manera desinteresada, me ayudó a plantearme que podía iniciar la que a día de hoy, es esta tesis doctoral. En aquel entonces, mi conformismo, me impedía valorar otras tareas y responsabilidades a desarrollar y he de agradecerte que me motivaras a superarlo.

A ti Manolo, que en todo momento me has abierto las puertas de tu casa, a todos los niveles, y que sin ningún reparo, nunca has dudado en darme la posibilidad de poder estudiar el mundo de las adicciones, desde Proyecto Hombre Salamanca.

Es de agradecer tener la oportunidad de poder vivir esta experiencia y poder disfrutar de la convivencia con personas que luchan y se esfuerzan por conseguir sus

metas y por dejar atrás el oscuro y angustioso mundo de las drogas, gracias a todos y cada uno de vosotros, por dejarme formar parte de vuestras vidas.

No quiero olvidarme de mi compañera de trabajo y sobre todo amiga Ana, que no sólo compartimos licenciatura y rol terapéutico, sino lo más importante; compartimos momentos, mucha ilusión y ganas de mejorar ciertas cosas. Gracias, “a mayores”, como solemos decir nosotras, por tu ayuda y enseñanza en el análisis de datos e interpretación de los mismos. Y también por la paciencia y cariño con que lo has hecho.

En definitiva, doy las gracias a cada persona que ha compartido cada momento, cada conversación, cada gesto, cada detalle..., que ha formado parte directa o indirectamente, de la realización de esta tesis doctoral.

ÍNDICE DE CONTENIDOS.

1. INTRODUCCIÓN.....	26
1.1. Presentación del tema.....	26
1.2. Justificación.	29
1.3. Presentación de la metodología.....	31
1.4. Presentación del trabajo.	35
2. ESTADO DE LA CUESTIÓN, ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO...38	
3. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA.	45
3.1. Introducción.....	45
3.2. Objetivos.	46
3.2.1. Objetivo general.	46
3.2.2. Objetivos específicos.....	46
3.3. Metodología.....	47
3.3.1. Descripción del trabajo de campo o procedimiento.....	49
3.3.2. Características del grupo investigado o participantes.	54
3.3.3. Perfiles.....	54
3.3.4. Variables.....	55
3.3.5. Unidades de análisis.....	56
3.3.6. Técnicas de investigación.....	56
3.3.7. Análisis de los datos.	58
4. ADICCIÓN, DROGAS, DROGODEPENDIENTES Y TERAPIA.....	60
4.1. Adicción y drogas.....	60
4.1.1. Vías de administración.....	60
4.1.2. Dependencia y tolerancia.....	62
4.1.3. Clasificación de las drogas.....	63
4.1.4. Principales drogas depresoras del SNC.....	64
4.1.4.1. Opio y sus derivados.	64
4.1.4.2. Alcohol.....	66
4.1.4.3. Barbitúricos.	67
4.1.4.4. Benzodiazepinas.	67
4.1.5. Principales drogas estimulantes del S.N.C:.....	68
4.1.5.1. Cocaína.....	68
4.1.5.2. Anfetaminas.....	69
4.1.6. Principales drogas perturbadoras del SNC.....	70

4.1.6.1. Éxtasis.....	70
4.1.6.2. LSD.....	71
4.1.6.3. Cannabis.....	73
4.1.6.4. Sustancias volátiles.....	74
4.2. Tratamiento.....	75
4.2.1. Programa educativo terapéutico.....	75
4.2.2. El aprendizaje social.....	75
4.2.3. Proceso personal.....	78
4.2.3.1. Nivel comportamental.....	80
4.2.3.2. Nivel afectivo.....	82
4.2.3.3. Nivel cognitivo.....	84
4.2.3.4. Nivel existencial.....	87
4.2.4. Modelo de cambio basado en procesos.....	90
4.2.4.1. Dimensiones del modelo.....	91
4.2.4.1.1.1. Estadio de precontemplación.....	92
4.2.4.1.1.2. Estadio de contemplación.....	93
4.2.4.1.1.3. Estadio de preparación.....	93
4.2.4.1.1.4. Estadio de acción.....	93
4.2.4.1.1.5. Estadio de mantenimiento.....	94
4.2.4.1.1.6. El paso de unos estadios a otros.....	94
4.2.4.2. Estrategias para avanzar en las etapas.....	98
4.2.4.3. Variables o factores que influyen.....	100
4.2.4.3.1. Motivación para el cambio.....	100
4.2.4.3.2. Expectativas de autoeficacia.....	101
4.2.4.3.3. Toma de decisiones.....	102
4.3. Trabajo terapéutico y abordaje antropológico.....	102
4.3.1. Consistencia del ser personal.....	103
4.3.1.1. La persona como estructura de dones.....	103
4.3.1.2. La vocación.....	103
4.3.1.3. La persona como “autós”.....	104
4.3.2. Sentido existencial.....	104
4.3.3. Persona llamada a la plenitud.....	104
4.3.4. Apertura al otro y relación.....	105
4.4. Trabajo con familias, parejas y acompañantes.....	106
4.4.1. Sentido del trabajo con familias.....	106
4.4.2. Importancia de la familia en el proceso de cambio.....	107
4.4.2.1. Enfoque sociológico.....	107
4.4.2.2. Enfoque sistémico.....	108

4.4.2.3. Enfoque emocional.....	108
4.4.3. Función de la familia.....	109
4.4.4. Tipología.....	110
4.4.5. Conceptos relacionados.....	111
4.4.6. Trabajo con familias.....	112
4.4.6.1. Fase de motivación.....	112
4.4.6.2. Fase de crecimiento personal.....	113
4.4.6.3. Fase de reinserción social.....	114
4.4.7. Trabajo con parejas.....	114
4.4.7.1. Diferencias con el trabajo con familias.....	115
4.4.7.2. Tipología de las relaciones de parejas.....	115
4.5. La evaluación en las drogodependencias.....	116
4.5.1. Introducción.....	116
4.5.2. Evaluación de la persona (adictos, familia y sociedad).....	117
4.5.3. Evaluación de la terapia a nivel de beneficios en la persona.....	119
4.5.4. Dificultades de nuestra investigación.....	121
5. BIENESTAR SUBJETIVO Y CALIDAD DE VIDA.....	123
5.1. Antecedentes históricos.....	123
5.2. Bienestar subjetivo.....	125
5.2.1. Optimismo.....	126
5.2.2. Felicidad.....	127
5.3. Modelos teóricos.....	131
5.4. Elementos que lo componen.....	133
5.5. Cultura y calidad de vida.....	137
5.5.1. Calidad de vida.....	138
6. AFECTACION COGNITIVA.....	143
6.1. Aproximación teórica.....	143
6.2. Memoria.....	146
6.2.1. Introducción.....	146
6.2.2. Paradigmas e interpretaciones sobre la memoria.....	149
6.2.3. Bases neurológicas.....	154
6.2.4. Estudios relacionados.....	158
6.3. Funciones ejecutivas.....	159
6.3.1. Introducción.....	159
6.3.2. Bases neurológicas.....	161

6.4. Atención.....	162
6.4.1. Introducción.....	162
6.4.2. Características, determinantes y mecanismos implicados.....	163
6.4.2.1. Los mecanismos implicados son los siguientes.....	166
6.4.2.1.1. Atención selectiva.....	166
6.4.2.1.2. Atención dividida.....	166
6.4.2.1.3. Atención sostenida.....	166
6.4.2.1.4. Atención involuntaria.....	166
6.4.2.1.5. Atención voluntaria.....	167
6.4.3. Relación con otros procesos cognitivos.....	167
6.4.3.1. Atención, motivación y emoción.....	168
6.4.3.2. Atención y percepción.....	168
6.4.3.3. Atención e inteligencia.....	169
6.4.3.4. Atención y memoria.....	169
6.4.4. Teorías.....	170
6.4.5. Bases neurológicas.....	171
6.5. Inteligencia.....	172
6.5.1. Introducción.....	172
6.5.2. Evaluación.....	173
6.5.2.1. Los extremos.....	174
6.5.3. Modelos sobre el estudio de la inteligencia.....	175
6.5.3.1. Modelos factoriales no jerárquicos.....	175
6.5.3.1.1. El modelo general de inteligencia de Spearman.....	175
6.5.3.1.2. Modelos de capacidades primarias independientes.....	176
6.5.3.1.2.1. Modelo de Thurstones de capacidades primarias.....	176
6.5.3.1.2.2. Modelo cúbico de estructura de la inteligencia de Guilford....	177
6.5.3.2. Modelos factoriales jerárquicos de la inteligencia.....	177
6.5.3.2.1. Jerarquías puras: modelos clásicos de Burt y Vernon.....	177
6.5.3.2.1.1. Modelo jerárquico de niveles de Burt.....	177
6.5.3.2.1.2. Modelo jerárquico de inteligencia de Vernon.....	177
6.5.3.2.2. Modelos de Cattell y Horn (1966) con jerarquías mixtas:.....	178
6.5.3.2.3. Jerarquías integradoras más recientes.....	179
6.5.3.2.3.1. Modelo de los tres estratos de Carroll (1993).....	179
6.5.4. Controversias.....	179
6.5.4.1. La edad.....	180
6.5.4.2. Justicia cultural.....	181
6.5.4.3. Educación.....	182
6.5.4.4. Raza.....	183

7. ILLNESS: VIVENCIA DE LA ADICCIÓN DESDE EL ENFERMO.....	184
7.1. Introducción.....	184
7.2. Objetivos.....	185
7.3. Hipótesis.....	186
7.4. Método.....	186
7.4.1. Técnicas de investigación.....	186
7.5. Resultados.....	187
7.6. Discusión.....	198
8. ILLNESS FAMILIAR: LA VIVENCIA DE LA ADICCIÓN DESDE LA FAMILIA Y ENTORNO CERCANO.	201
8.1. Introducción.....	201
8.2. Objetivos.....	201
8.3. Hipótesis.....	202
8.4. Método.....	202
8.4.1. Selección del dispositivo.....	202
8.4.2. Técnicas de investigación.....	203
8.5. Resultados.....	203
8.6. Discusión.....	207
9. DISEASE: ESTADO DE ÁNIMO, BIENESTAR SUBJETIVO Y CALIDAD DE VIDA EN DROGODEPENDIENTES.	210
9.1. Introducción.....	210
9.2. Objetivos.....	211
9.3. Hipótesis.....	211
9.4. Método.....	211
9.4.1. Técnicas de investigación.....	211
9.5. Resultados.....	212
9.6. Discusión.....	223
10. DISEASE: DAÑO CEREBRAL Y AFECTACIÓN COGNITIVA (FUNCIONES EJECUTIVAS, MEMORIA, ATENCIÓN E INTELIGENCIA EN DROGODEPENDIENTES).	227
10.1. Introducción.....	227
10.2. Objetivos.....	229
10.3. Hipótesis.....	229
10.4. Método.....	229

10.4.1. Técnicas de investigación.....	229
10.5. Resultados.	230
10.6. Discusión.....	245
11. SICKNESS.....	248
11.1. Introducción.....	248
11.2. Objetivos.....	249
11.3. Hipótesis.....	250
11.4. Método.	250
11.4.1. Selección del dispositivo.....	250
11.4.2. Técnicas de investigación.....	251
11.5. Resultados.	251
11.6. Discusión.....	256
12. CONCLUSIONES. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	258
13. APLICABILIDAD DEL TRABAJO.....	265
14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	277
15. ANEXOS.....	302
15.1. Anexo 1. Entrevista usuario.....	302
15.1.1. Información demográfica.....	302
15.1.2. Escala de situación social.....	302
15.2. Anexo 2. Estudios de incidencia y prospectiva.....	303
15.2.1. Datos sociales.	303
15.2.2. Afectación corporal externa.	303
15.2.3. Datos sobre la adicción.....	304
15.2.3.1. Aparición de la adicción.....	304
15.2.3.2. Estado actual. Terapia-tratamiento.....	305
15.2.3.3. Otras adicciones.	305
15.2.3.4. Reacción de la pareja (¿soltero?).	306
15.2.3.5. Repercusión en la situación laboral.....	306
15.2.4. Biografía-historia de la familia.....	307
15.2.5. Vida cotidiana.....	310
15.2.6. Sexualidad.....	312
15.2.7. Finanzas.	313
15.2.8. Tema judicial.....	314
15.2.9. Superación.	314

15.3. Anexo 3. Cuestionario para la persona de referencia.....	315
15.3.1. Datos sociales.	315
15.3.2. Planificación y presupuesto.....	317
15.3.3. Relaciones sociales.....	319
15.3.4. Biografía familiar.....	319
15.3.5. Trabajo.....	319
15.4. Anexo 4: Glosario de siglas.....	321

ÍNDICE DE FIGURAS.

<i>Figura 1: Compartiendo una comida de navidad en familia</i>	32
<i>Figura 2: Variables implicadas en el modelo biopsicosocial</i>	43
<i>Figura 3: Compañeros de la misma comunidad</i>	53
<i>Figura 4: Compañeros de un grupo de autoayuda</i>	86
<i>Figura 5: Modelo tridimensional (Prochaska y DiClemente, 1985)</i>	91
<i>Figura 6: Posibilidades y factores que afectan a los estadios de cambio</i>	96
<i>Figura 7: Un día compartiendo en comunidad terapéutica entre compañeros</i>	105
<i>Figura 8: Resumen de variables que influyen en la calidad de vida</i>	142
<i>Figura 9: Modelo de procesamiento de la memoria prospectiva, Ellis (1991)</i>	152
<i>Figura 10: Zonas hipocampales corticales y subcorticales</i>	155
<i>Figura 11: Una tarde de charla entre chicas</i>	188
<i>Figura 12: Sustancia principal de consumo</i>	189
<i>Figura 13: Experiencias y vivencias positivas consumiendo</i>	191
<i>Figura 14: Percepción de vida cuando consumían</i>	192
<i>Figura 15: Ayudas percibidas durante el consumo (con adicción)</i>	193
<i>Figura 16: Experiencias y vivencias positivas durante la abstinencia (sin adicción)</i>	194
<i>Figura 17: Experiencias y vivencias negativas durante la abstinencia (sin adicción)</i>	194
<i>Figura 18: Percepción de vida durante la rehabilitación</i>	195
<i>Figura 19: Percepción personal durante la rehabilitación</i>	196
<i>Figura 20: Recursos personales para afrontar la adicción durante la terapia</i>	197
<i>Figura 21: Ayuda percibida y recursos asistenciales donde acudir</i>	197
<i>Figura 22.- Estado de ánimo familiar cuando un miembro consume</i>	204
<i>Figura 23: Reacción familiar cuando un miembro consume</i>	205
<i>Figura 24: Interferencia en la vida diaria cuando un miembro de la familia consume</i>	206
<i>Figura 25: Estado de ánimo familiar cuando un miembro está en rehabilitación</i>	206
<i>Figura 26: Superación de la adicción por parte del familiar o amigo de la persona que consumía</i>	207
<i>Figura 27: Ansiedad como estado puntual</i>	212
<i>Figura 28: Ansiedad como rasgo personal</i>	213
<i>Figura 29: Índice depresivo</i>	214
<i>Figura 30: Bienestar subjetivo</i>	214
<i>Figura 31: Bienestar material</i>	215
<i>Figura 32: Bienestar laboral</i>	216
<i>Figura 33: Bienestar de pareja</i>	216
<i>Figura 34: Ansiedad como estado</i>	217
<i>Figura 35: Índice depresivo</i>	218
<i>Figura 36: Índice de bienestar subjetivo</i>	218
<i>Figura 37: Bienestar subjetivo global</i>	219

<i>Figura 38: Bienestar subjetivo laboral.....</i>	<i>220</i>
<i>Figura 39: Bienestar familiar de manera objetiva.....</i>	<i>221</i>
<i>Figura 40: Bienestar familiar de manera subjetiva.....</i>	<i>222</i>
<i>Figura 41: Bienestar objetivo familiar.....</i>	<i>222</i>
<i>Figura 42: Bienestar objetivo emocional y físico.....</i>	<i>223</i>
<i>Figura 43: puntuación total de miniexamen cognoscitivo.....</i>	<i>230</i>
<i>Figura 44: Memoria remota.....</i>	<i>231</i>
<i>Figura 45: Retención y memoria visoespacial.....</i>	<i>231</i>
<i>Figura 46: Atención y concentración.....</i>	<i>232</i>
<i>Figura 47: Control mental.....</i>	<i>232</i>
<i>Figura 48: Funciones ejecutivas, ejecución de trazo a.....</i>	<i>233</i>
<i>Figura 49: Funciones ejecutivas, ejecución de trazo b.....</i>	<i>233</i>
<i>Figura 50: Funciones ejecutivas; búsqueda de llaves.....</i>	<i>234</i>
<i>Figura 51: Funciones ejecutivas, mapa del zoo.....</i>	<i>235</i>
<i>Figura 52: Inteligencia visoespacial.....</i>	<i>235</i>
<i>Figura 53: Índice de deterioro cognitivo (MMSE).....</i>	<i>236</i>
<i>Figura 54: Orientación espacial.....</i>	<i>237</i>
<i>Figura 55: Orientación temporal.....</i>	<i>237</i>
<i>Figura 56: Orientación temporal en los grupos estudiados.....</i>	<i>238</i>
<i>Figura 57: Atención y cálculo.....</i>	<i>238</i>
<i>Figura 58: Memoria a corto plazo.....</i>	<i>239</i>
<i>Figura 59: Memoria remota.....</i>	<i>239</i>
<i>Figura 60: Reproducción y copia de un dibujo.....</i>	<i>240</i>
<i>Figura 61: Memoria y retención visoespacial.....</i>	<i>240</i>
<i>Figura 62: Fluidez verbal.....</i>	<i>241</i>
<i>Figura 63: Atención y concentración.....</i>	<i>242</i>
<i>Figura 64: Control mental.....</i>	<i>242</i>
<i>Figura 65: Ejecución trazo a.....</i>	<i>243</i>
<i>Figura 66: Ejecución trazo b.....</i>	<i>243</i>
<i>Figura 67: Función ejecutiva, búsqueda de llaves.....</i>	<i>244</i>
<i>Figura 68: Función ejecutiva, mapa del zoo.....</i>	<i>244</i>
<i>Figura 69: Inteligencia.....</i>	<i>245</i>
<i>Figura 70: Percepción social de la adicción.....</i>	<i>252</i>
<i>Figura 71: Percepción social de las personas consumidoras de drogas.....</i>	<i>252</i>
<i>Figura 72: Aceptación social de las adicciones.....</i>	<i>253</i>
<i>Figura 73: Percepción social de las personas en terapia de rehabilitación.....</i>	<i>254</i>
<i>Figura 74: Aceptación social sobre personas en terapia.....</i>	<i>254</i>
<i>Figura 75: Recursos, apoyos y ayudas.....</i>	<i>255</i>
<i>Figura 76: Expectativas futuras.....</i>	<i>255</i>

Figura 77: Cannabis, éxtasis, cocaína, heroína y crack. Diversidad de drogas, hábitos y rituales de consumo..... 266

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. Presentación del tema.

La tesis doctoral “*Impacto de los déficits neuropsicológicos, bienestar subjetivo, calidad de vida y perspectivas futuras para personas con problemas de adicción. Aproximación antropológica*”, parte de las vivencias y reflexiones producidas a raíz de convivir y trabajar con personas con problemas de adicción; nace de la experiencia laboral y personal realizada en la institución Proyecto Hombre Salamanca desde 2005, del día a día luchando por combatir esta realidad, del esfuerzo de muchas personas por afrontar su vida con dignidad, del coraje de muchas familias que no pierden la esperanza por lograr recuperar a sus seres queridos, del apoyo de los voluntarios (personas “anónimas” que muestran el verdadero amor responsable) y del empeño de todos los compañeros en apostar por las personas y su rehabilitación del mundo de las adicciones.

Además de tener el tema claro por este motivo, nos animamos a abordar las adicciones desde un enfoque Antropológico, al pensar en el enriquecimiento que supondría el estudio del mundo de las adicciones desde la perspectiva de la Antropología médica aplicada. Contar con el apoyo incondicional del Prof. Dr. José Antonio Martín Herrero para ello, fue fundamental.

Entendemos la Antropología médica (*medical anthropology*) como un área de la Antropología social que desde 1963, se utiliza para referirnos a la investigación empírica y la producción de teorías por parte de los antropólogos sobre los procesos e interpretaciones sociociales y culturales de la salud, la enfermedad y las prácticas de asistencia sanitaria.

Abati y Martín Herrero (1993) explicaron la Antropología médica como una interesante área de investigación, que incorpora factores sobre la evolución económica y política referente a la sanidad y sus instituciones, utilización de tratamientos médicos (nutricionales, sobre trastornos psiquiátricos y/o mentales), la prevención e información médica y el estudio de factores biológicos y sociales que favorezcan la comprensión de ciertas circunstancias médicas y sanitarias. Es decir, la Antropología se introduce y

emplea en los tratamientos médicos de distintas sociedades y culturas para fortalecer estados saludables y superar aquellos de enfermedad.

Fabrega (1974), definió la enfermedad y sus dimensiones; y diferenció entre *disease* (designaba estados corporales alterados) e *illness* (alguien que está enfermo, pero los criterios son sociales, psicológicos y culturales). Fabrega identificó *illness* con la dimensión *emic* y *disease* con la *etic*. Además incorporó enfoques sobre las relaciones entre los síntomas de la enfermedad y la cultura.

Arthur Kleinman, Leon Eisenberg y Byron Good (1978), expusieron un modelo que prestaba especial atención a la noción de afección o malestar (*sickness*) y que acentuaba los aspectos sociales y culturales. Su modelo se basó en la distinción entre las dimensiones biológicas y culturales del malestar (*sickness*), enfermedad (*disease*) y padecimiento (*illness*).

Young (1982) propuso otra concepción de *sickness* (malestar, afección), basada en el análisis de las relaciones sociales. Para él, la diferenciación entre *disease* e *illness* resultaba insuficiente para explicar las dimensiones sociales del proceso de padecer y propone una tríada de categorías donde las tres tienen la misma importancia (el complejo *disease-illness-sickness*). A partir de este planteamiento, los modelos explicativos consideran tres dimensiones: *disease* (dimensiones biológicas de la enfermedad o síntomas que produce la misma en las personas), *illness* (dimensiones culturales de la enfermedad o vivencias y superación por parte de la persona) y *sickness* (dimensiones sociales de la enfermedad y cómo se percibe la misma).

En resumen, desde la antropología médica, la enfermedad es considerada como una variación indeseada en la dimensión física, psicológica y social de la salud. Se utilizarán los términos en inglés de *disease*, *illness* y *sickness* para hacer referencia a tres dimensiones desde las que podemos analizar la enfermedad.

Para Hofman (2002) estos conceptos enfatizan diferentes perspectivas de la vida, son reflejo de la perspectiva profesional, personal y social de la enfermedad, concernientes respectivamente a lo biológico, lo fenomenológico y el fenómeno comportamental.

Como analizaremos a continuación, *disease* hace referencia a la dimensión psico-orgánica de la enfermedad; indica una alteración fisiopatológica del cuerpo, que se manifiesta a través de signos y síntomas, en forma de datos objetivos. A partir de estos datos se realiza un diagnóstico y/o perfil a tratar. En nuestro caso, la adicción y como ésta afecta en la persona a nivel cognitivo y psicológico (los síntomas que producen el consumo de drogas).

Illness hace referencia a la dimensión subjetiva de la enfermedad, es decir, a la forma como se perciben y evalúan los síntomas, y la forma como cada individuo actúa frente a ellos en los diferentes sistemas sociales. Implica comprender el rol de enfermo y la experiencia de enfermar. Nosotros exponemos la visión de la persona que ha padecido una adicción y cómo la ha vivenciado y también cómo afronta la misma.

Según expusieron Hofman (2002) y Brown (2010), *sickness* es la dimensión social de la enfermedad, hace referencia a lo que la sociedad produce y es causa de enfermedad, y a lo que la enfermedad provoca a nivel social. Nosotros en este aspecto, intentaremos dar una pincelada social (cómo percibe la sociedad las adicciones y las personas que consumen, el estereotipo, el estigma así como los cambios que ha sufrido la sociedad y cómo todo ello afecta a la vida de estas personas).

Según Comelles (1993), la propuesta inicial de Fabrega era la reacción crítica a la ineficacia del modelo biomédico tradicional, las malas prácticas, la ineficiencia en determinadas culturas o el empeoramiento de los indicadores de salud en los países ricos.

Como respuesta al modelo biomédico, se propusieron otros modelos. El psiquiatra norteamericano George L. Engel planteó un modelo médico holístico, que denominó biopsicosocial. Engel (1977) explicó que la biomedicina era dualista, con un enfoque que separaba mente y cuerpo de la biografía y las emociones de la persona sin establecer relaciones o vínculos entre ambas esferas. También señaló que la biomedicina defendía un modelo causal clásico: “causa-efecto”, y que éste no podía abordar la realidad de una manera adecuada, ya que la realidad es compleja y en ella interactúan, una serie de sistemas con otros.

El modelo biopsicosocial o MBPS, es un modelo general que contempla que los factores biológicos, psicológicos (lo que implica pensamientos, emociones y

conductas) y sociales, juegan un papel importante en el funcionamiento humano, en el contexto de la enfermedad y de la percepción de la misma. La salud y la enfermedad se transmiten en red y los elementos de la red están interactuando de forma continua y simultánea, es decir, los elementos están interconectados.

Desde esta perspectiva, las personas se entienden como sistemas complejos. Llevándolo al ámbito de las adicciones, ésta viene causada por múltiples factores y no por un factor único (casualidad multifactorial del consumo de drogas). Para evaluar los sistemas de una manera precisa, se deben combinar la casualidad circular (considera que los factores influyen mutuamente para dar lugar a una situación concreta, y que ayuda a realizar una buena descripción de un fenómeno complejo como la adicción, en los niveles de consumo, abuso o dependencia), y la casualidad estructural (diferencia las causas de los fenómenos de manera jerarquizada entre necesarias, desencadenantes y asociadas, permitiendo decisiones y propuestas pragmáticas).

En el MBPS, el componente biológico busca entender la forma en que el origen de la adicción se deriva del funcionamiento del cuerpo del individuo. La parte psicológica busca posibles causas como la falta de autocontrol, confusión emocional, y los pensamientos negativos, entre otras. El componente social interpreta cómo los diferentes factores sociales (el nivel socioeconómico, la cultura, la pobreza, la tecnología, la religión...) pueden influir en las conductas adictivas.

En resumen, nosotros explicaremos mediante el MBPS la naturaleza de las adicciones y los tres componentes: biológico, psicológico y social. Empezaremos con una breve introducción sobre el mundo de las adicciones y sus síntomas a nivel biológico y psicológico (*disease*). Hablaremos sobre la afectación en la persona con problemas de adicción, la percepción de su realidad y cómo la vivió, de sus posibilidades y las maneras de aceptarla y asumirla adecuadamente (*illness*). En el componente social (*sickness*), intentaremos dar una visión de cómo lo percibe la cultura y la sociedad en la viven y conviven estas personas.

1.2. Justificación.

Lucas, en su Tesis Doctoral "*Actitudes sociales y familiares hacia las personas con Síndrome de Down. Un estudio transcultural*" (2013), nombraba a Joan Ablon como el propulsor de la Antropología médica por su enfoque etnográfico

aplicado. También en esta tesis se plantea una visión metodológica que engloba y ayuda a valorar perfectamente los aspectos que queremos estudiar nosotros desde la perspectiva de las adicciones.

Las investigaciones de Ablon tienen como finalidad, no sólo informar a los familiares, profesionales, estudiantes y público en general, sino sobre todo revelar la situación humana de sus informantes.

Ablon (1981) expuso que el interés de los antropólogos hacia las poblaciones estigmatizadas en la sociedad estadounidense era reciente y presentaba una serie de estudios variados sobre cuestiones referentes al estigma y la salud. También reflejó las experiencias y las historias de vida de las personas con diversas enfermedades estigmatizadas, tales como: diabetes, sordera, enanismo, quemados, enfermedad mental, lepra y neurofibromatosis. Además explicó cuestiones de la identidad, la percepción y la cognición relacionadas con problemas de salud específicos, las maneras de hacer frente a todo ello, las estrategias de adaptación y superación, patrones de afrontamiento, la educación, la economía, la intimidad, la búsqueda de pareja y el matrimonio.

Flores (2010) planteó que el trabajo de Joan Ablon tuvo como objetivo resaltar la identidad de las personas como seres humanos autónomos y sujetos a derechos civiles, con dignidad. También reivindicar un mundo sin barreras ni físicas ni sociales, que favoreciese la participación de las personas en todos los entornos y contextos sociales.

Como trabajador de Proyecto Hombre, hacemos algo semejante con nuestros informantes (personas con problemas de adicción), sus familias y acompañantes y también con una pequeña muestra de la sociedad.

El interés, motivación y justificación de esta investigación reside por lo tanto en la importancia de las adicciones y la repercusión que tiene, ya que afectan a un considerable número de personas de nuestra sociedad, y el relativamente escaso número de estudios sobre las condiciones y dificultades en la vida diaria de las personas que viven en esta situación.

Por lo tanto, se trata de ayudar, mediante la mejor comprensión de este fenómeno social y personal, a reorganizar el anterior estilo de vida de la persona,

desarrollando los cambios pertinentes y llegando a un nuevo estilo de vida adecuado a la nueva situación.

También se pretende superar la amenaza que sufre la propia imagen personal a nivel psíquico, mediante la intervención sobre la persona acompañada del trabajo con la familia y sobre el personal médico y sanitario.

Finalmente queremos destacar, que esta investigación se enmarca dentro de una encrucijada en la que intervienen la Psicología, Antropología, la Educación y reeducación, la Sociología y la Medicina. Plantea como objetivo general el estudio en profundidad de las estrategias de adaptación, integración y posible superación y rehabilitación de las personas que sufren las adicciones y las personas que las acompañan, así como la mirada antropológica y social ante esta realidad.

1.3. Presentación de la metodología.

Nuestro campo de trabajo y nuestros escenarios son las personas con adicciones, es por ello que creemos que pueden investigarse desde diferentes enfoques científicos. Hemos tomado la opción de un enfoque antropológico. El objetivo del antropólogo debe concentrarse en un ámbito de trabajo y descubrir lo que ocurre en ese ámbito. Para la descripción e interpretación cultural del comportamiento, Wilcox (1993) afirma que se han de seguir siete normas antropológicas:

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| 1ª.- Mirada emic. | 5ª.- Revisión continua. |
| 2ª.- Extrañamiento etic. | 6ª.- Transculturalidad. |
| 3ª.- Holismo moderado. | 7ª.- Diversidad de técnicas. |
| 4ª.- Teoría social. | |

La primera norma, hace referencia a lo que esta ocurriendo verdaderamente para los participantes, y cómo éstos perciben y construyen el ámbito donde se encuentran. Es necesario despojarse de las propias preconcepciones o estereotipos. Esta mirada antropológica también se conoce como “contexto”, “ángulo teórico específico” o “enfoque”.

El enfoque “emic” se construye fundamentalmente mediante el trabajo de campo; que permite conocer a las personas objeto de estudio, empatizar con ellos, ponernos en su lugar, sentir en su propia piel.

En este sentido, se considera que permanecer mucho tiempo realizando un trabajo de campo no produce, en y por sí mismo, una mejora etnográfica y no asegura de manera alguna que el producto final sea etnográfico. Todo dependerá de la habilidad del investigador, su sensibilidad, el problema, el contexto... aunque existe un consenso no escrito de al menos un año.

Centramos la investigación en la persona (enfoque emic), en nuestro caso, personas con problemas de adicción. Para conseguir este principio hemos realizado trabajo de campo dentro de la ONG Proyecto Hombre Salamanca y hemos empleado entrevistas formales e informales con personas que sufren esta situación. A parte, la convivencia diaria durante sus tratamientos de rehabilitación, es lo que verdaderamente ha hecho que nos acerquemos tan en profundidad a esta realidad, lo hayamos hecho desde dentro, y nos haya servido para liberarnos de todo prejuicio y/o estereotipo en este ámbito (figura 1).



Figura 1: Compartiendo una comida de navidad en familia.

La segunda norma intenta convertir en relevante o extraño lo que es común o familiar, darse cuenta de que tanto el investigador como los participantes dan muchas cosas por supuestas, de que algo que parece común es sin embargo extraordinario, y cuestionarse por qué existe o se lleva a cabo de esa forma, o por qué no es de otra manera distinta. Esto es la perspectiva “etic” el antropólogo como observador ajeno y que registra la conducta observada, desde el extrañamiento.

Hemos intentado convertir en extraño lo que es común, no dar las cosas por supuestas, afrontar el día a día y la investigación y registrar de forma objetiva las diferentes conductas observadas. Hemos utilizado la visión y opinión de otros observadores: hermanos, padres, familiares, parejas y amigos; de personas con problemas de adicción.

La tercera norma hace referencia al holismo moderado, que se basa en observar y describir las relaciones existentes entre el ámbito y su contexto; pero centrándose en el ámbito específico del trabajo. Es importante describir con exactitud los aspectos que se quieren tratar. No se apuesta por el holismo estricto, ya que no se puede abordar y describir todo, debido a que resulta práctica y teóricamente imposible observar la totalidad de relaciones y manejar los datos de manera precisa.

Esta tesis asume un holismo moderado, está centrada en las mejoras y avances a nivel físico, cognitivo y psicológico, entre otros, de personas con adicción y también de su entorno más cercano.

La cuarta norma se fundamenta en utilizar el conocimiento que uno mismo tenga sobre la teoría social, para guiar e informar las propias observaciones. Esta tesis emplea la teoría social; no sólo a la hora de utilizarla en parte de la intervención y la terapia (equipo profesional, voluntarios y resto de la sociedad en la que se reinsertan), sino en la parte convivencial de personas que viven con un mismo fin común: rehabilitarse de las adicciones.

La quinta norma, se centra en empezar la investigación sin categorías de observación, cuestionarios, hipótesis precisas o específicamente premeditadas; será el trabajo de campo y el proceso de investigación el que nos conducirá a desarrollar hipótesis específicas, categorías de observación y redefinir el tema de manera constante. Comenzamos la investigación sin categorías de observación, cuestionarios, hipótesis precisas o específicamente premeditadas. Ha sido el trabajo de campo con

sus facilidades y obstáculos el que nos ha conducido a desarrollar hipótesis específicas, depurar el proceso de estudio y ampliar las estrategias de recogida de información.

La sexta norma de Wilcox (1993), explica la necesidad de tener experiencia directa en otras culturas, o al menos cierta familiaridad con la literatura transcultural. Sánchez Fernández (2012), expuso que la transculturalidad se debe valorar desde el relativismo cultural, es decir todas las culturas se sitúan en el mismo plano, ninguna sociedad es superior a otra y por otra parte, también supone abandonar nuestro etnocentrismo.

Hemos tenido en cuenta el enfoque comparativo, que es un enfoque imprescindible en los estudios antropológicos. El método y la terapia que se efectúa en Proyecto Hombre, no solo es empleado en diferentes provincias nacionales, sino también en otros países como: Italia (de donde es originario), Inglaterra, Grecia, Portugal... Además de tener en cuenta que en Proyecto Hombre Salamanca, hay personas de distintos países (Francia, Italia, Inglaterra, Cuba, Colombia, Marruecos...) que han realizado o están realizando su proceso terapéutico.

La última norma hace referencia a la diversidad en los tipos de recogida de datos y en las técnicas empleadas. Desde el punto de vista del etnógrafo la variedad en los tipos de recogida de datos y en las técnicas empleadas, incrementa el valor de la validez y fiabilidad del estudio realizado.

Puesto que cada ámbito y cada área de estudio son únicos, se considera necesario adaptar los métodos y las técnicas a cada investigación. La “triangulación” ha servido también como modo de controlar la veracidad de la información recopilada, aspecto crucial cuando se trata de estudiar acontecimientos que se tienen que reconstruir con la mayor fidelidad posible. Hemos empleado la triangulación metodológica y de informantes, para lograr un conocimiento más profundo de nuestro objeto de estudio.

Sánchez Fernández (2012), explicó que estas normas tienen como objetivo la descripción e interpretación cultural, entendiendo por cultura ese complejo conjunto que incluye el conocimiento, las creencias, las artes, la moral, las leyes, las costumbres y otras aptitudes y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de la

sociedad. Pautas de comportamiento aprendidas y compartidas en mayor o menor grado por todos y cada uno de los miembros de un grupo.

Teniendo en cuenta todas estas normas necesarias para una investigación antropológica, creemos que la presente tesis cumple los requisitos señalados y fundamentalmente el propósito final, como es la descripción e interpretación cultural de la realidad del mundo de las adicciones.

1.4. Presentación del trabajo.

Partimos de la idea de que es posible recuperar y mejorar la calidad de vida de las personas en general, y concretamente de personas que en algún momento de su vida han tenido problemas de adicción. Para que esa mejora sea real, contamos con la intervención terapéutica que engloba las siguientes áreas: afectiva, cognitiva, conductual y existencial (desde un punto de vista antropológico) y cómo éstas afectan al cambio de estilo de vida, hacia uno más saludable. Se pretende la mejora en factores personales, socio-culturales, neuropsicológicos... y en el bienestar tanto subjetivo como objetivo, para ver qué aspectos puede recuperar la persona y que factores intervienen en dicha recuperación con el fin de que ésta sea la más breve y eficaz posible. También queremos analizar cómo viven la persona y su entorno más cercano la adicción y las consecuencias de la misma.

El abordaje de los distintos temas en este trabajo, se lleva a cabo mediante trece capítulos organizados de la siguiente manera:

El primer capítulo que es en el que estamos, es la introducción, tratando la presentación del tema, que en nuestro caso son las adicciones desde el punto de vista de la Antropología médica aplicada. La justificación del mismo, la metodología y la presentación del trabajo, donde nos encontramos ahora.

El capítulo siguiente, el segundo, aborda el estado actual de la cuestión: las terapias, para qué son esas terapias y a qué personas van destinadas, los antecedentes y el marco teórico.

El tercer capítulo, trata de los objetivos que pretendemos evaluar en esta tesis y de la metodología que hemos empleado para ello.

Expuestos los objetivos y la metodología a seguir, los capítulos que siguen hacen referencia a los aspectos más relevantes para la investigación que nos ocupa.

El capítulo cuarto se refiere al concepto actual de adicciones y drogodependencias, que aborda el estudio de las mismas y su posible evaluación. También se habla de la terapia educativa que se utiliza para la rehabilitación de personas con adicción y sus familias.

El quinto capítulo aborda el bienestar subjetivo y la calidad de vida y cómo el optimismo y la felicidad, favorecen la idea de tener y vivir una vida plena y satisfactoria. El capítulo sexto muestra el estudio a nivel teórico de la afectación cognitiva (memoria, atención, funciones ejecutivas, inteligencia) en las personas con problemas de adicción.

En la parte práctica y aplicada de este estudio, el séptimo capítulo, se evalúa la experiencia vivencial y significado de la adicción para la persona antes, durante y después de la rehabilitación; también las consecuencias en el entorno más próximo, considerando diversos aspectos de la relación familiar y repercusiones (illness).

En el octavo capítulo, estudiaremos cómo colabora, acompaña y participa la familia y el entorno más cercano con la persona con problemas de adicción, en la aceptación y vivencia de esta realidad (illness familiar).

El capítulo noveno analiza el estado de ánimo, bienestar subjetivo y la calidad de vida, en drogodependientes; para luego dar paso en el capítulo décimo al estudio del daño cerebral, la afectación cognitiva y las variables neuropsicológicas en drogodependientes (disease).

El capítulo undécimo de esta tesis registra la mirada social, así como la opinión y la forma de reaccionar de la población general, ante el mundo de las adicciones (sickness).

En el penúltimo capítulo recogemos las conclusiones y realizamos un análisis de los resultados obtenidos.

En el último capítulo se evalúa la aplicabilidad de la terapia educativa terapéutica que se efectúa en Proyecto Hombre Salamanca, con el fin de que se produzca una mejor rehabilitación y recuperación personal. Expondremos los resultados en relación a la

adicción, consumo, afectación cognitiva, valores afectivos y de bienestar personal. Finalizamos nuestro estudio con una serie de propuestas a modo de aplicabilidad del mismo; ya que creemos que éste es su verdadero valor.

Posteriormente se encontrarán las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes.

2. ESTADO DE LA CUESTIÓN, ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO.

Teniendo en cuenta que esta tesis está fundamentada en la Antropología médica aplicada, cabe descacar los orígenes de la misma y entender también la esencia en la que se basa.

Con el desarrollo de los programas de salud comunitaria en minorías étnicas y culturales y con la evaluación etnográfica y cualitativa de instituciones sanitarias (hospitales, manicomios, servicios de atención primaria...); es cuando empezó la colaboración entre la Antropología y la Medicina, en países como Estados Unidos, Canadá, México...

En el caso de los programas de salud comunitaria, se trataba de resolver los problemas de implantación de servicios, los grupos étnicos a los que iban destinados...; en el segundo caso, los conflictos interestamentales dentro de las instituciones, se centraba más en la usunción de responsabilidades y llegar a cabo objetivos y tareas, por parte de los profesionales: médicos, personal de enfermería, personal auxiliar y personal de administraciones.

En este sentido, varios estudios etnográficos demostraron que las crisis interestamentales tenían efectos directos en los criterios terapéuticos y en la atención a los enfermos; y que existía un cierto custodialismo institucional que influía de manera decisiva en las políticas de desinstitucionalización de la asistencia psiquiátrica y social en general.

Estas cuestiones motivaron la incorporación de antropólogos en programas de asistencia comunitaria, en la evaluación de variables sociales y culturales, en la epidemiología de ciertas formas de patología psiquiátrica, en la implantación de innovaciones terapéuticas y asistenciales...

Desde los años sesenta, en los países desarrollados, la biomedicina se vió expuesta a una serie de problemas que exigieron revisar los factores predisponentes de naturaleza social y/o cultural (en ocasiones, reducidos a simples variables en protocolos cuantitativos y a interpretaciones causales de índole biológica o genética). Entre estos deben destacarse:

- ✚ La importancia de desarrollar dispositivos y estrategias de apoyos y cuidados de larga duración, asumir intervenciones terapéuticas que requieran tiempo en la rehabilitación.
- ✚ La influencia e incorporación de conceptos, como calidad de vida, en relación a los criterios terapéuticos a cumplir.

En todos estos ámbitos, las investigaciones etnográficas de carácter cualitativo y específico, son indispensables para comprender la forma en que los enfermos y sus seres queridos incorporan e interpretan el conocimiento sobre salud y/o enfermedad. Es fundamental, estudiar el contexto en el que su experiencia se lleva a cabo, para entender las influencias complejas derivadas de variables culturales y sociales (incluyendo los medios de comunicación). Es lo que hemos hecho en nuestra investigación, estudiar el mundo de las adicciones, de las personas adictas y las relaciones culturales y sociales implicadas.

Además, hemos de tener en cuenta los problemas vinculados al desarrollo de dispositivos sanitarios y cómo éstos fueron evolucionando, desde una primera etapa en que eran concebidos como meros instrumentos contra la falta de oportunidades y las desigualdades (a la hora de acceder a los servicios sanitarios); a una nueva situación en la que se abordan distintos problemas derivados de las diferencias étnicas, culturales, religiosas, de grupos, de edad, género o clase social.

Para solventar estas posibles desigualdades, se ha ido especializando e individualizando cada vez más la terapia con personas con problemas de adicción. Marina (1999), comentó que sobre finales de los años ochenta e inicio de los noventa, el procedimiento indicado para personas adictas eran los tratamientos libres de drogas, pero que estos tampoco llegaban a ser la verdadera solución puesto que las personas no lograban adaptarse ni adherirse al tratamiento.

A partir de 1990, los programas de disminución de daños (más de ámbito asistencial) comienzan a coexistir con los programas libres de drogas. Prochaska y DiClemente (1994), proponen que los procesos terapéuticos comiencen a diseñarse de forma personalizada y se empieza a tener en cuenta la motivación personal y la etapa donde se sitúa la persona, según su propia escala.

En este sentido, con el paso del tiempo se han ido cambiando ciertos aspectos de la terapia para adaptarse a las nuevas necesidades de las personas con problemas de adicción (programas específicos para personas de alcohol o con patología dual...); y de aquí la importancia de poseer un cuadro o visión global del nivel de funcionamiento del paciente, es de vital importancia para la labor rehabilitaría, porque nos aportará el contexto o las condiciones generales objetivas donde se sitúa el proceso en el que deseamos profundizar.

Como consecuencia de ello buscamos optimizar las actuaciones terapéuticas, ya que al fin y al cabo se trata siempre de mejorar los tratamientos a favor de un mejor servicio. Deseamos evaluar la intervención terapéutica con personas drogodependientes (Proyecto Hombre Salamanca) y ver en qué área se debe incidir para mejorar la calidad de las personas, su bienestar objetivo y subjetivo y ver si podemos determinar si la terapia es eficaz o no, de cara a mejorar la rehabilitación y reinserción en dichas personas.

También queremos valorar cómo vivencia la persona la adicción y su propio proceso terapéutico de cambio de vida a todos los niveles, el contexto en el que se da, técnicas de superación y recursos para afrontar distintas situaciones de manera realista y siendo objetivo y sobre todo sin consumo de sustancias.

Pensamos que la diferencia existente desde que se ve llegar inicialmente a la persona a pedir ayuda, a cómo la vamos encontrando a medida que pasan los días, es muy evidente. No sólo en cuestión del deterioro y lo demacrados que llegan a nivel físico, sino observar que su desesperanza se convierte en ilusiones, que su soledad se trasforma en compañerismo y familia, que su culpa se torna a perdón y ver cómo alguien que no apuesta por sí mismo, empieza a cuidarse y quererse, para luego poderlo hacer con los demás. Vivenciar este cambio a todos los niveles en los demás, es lo que da sentido a nuestro trabajo, todos los días cuando nos acercamos a esta realidad, la de las adicciones y lo más importante, la de la vida de las personas que las sufren.

Además no podemos entender un proceso terapéutico sin la presencia de aquellas personas que acompañan a los drogodependientes en su tratamiento; generalmente familiares cercanos, que también padecen y vivencian a su manera el mundo de las adicciones y por lo que nos resulta adecuado el valorar su opinión y tener en cuenta su testimonio.

Creemos que es fundamental en la vida de las personas contar con familia y seres queridos y formar parte de sus vínculos afectivos y lo que ellos nos aportan. Ahora bien, no puedo entender un proceso terapéutico con éxito y sinceridad sin la presencia de un ser allegado y cercano. Las personas que acompañan a las personas adictas, son fundamentales ya que no solo apoyan a sus seres queridos, sino que tienen que cambiar ellos también, es más, no es lo que tienen que hacer lo que llama la atención, sino el cariño y delicadeza con que lo hacen. Es un verdadero ejemplo, acompañar y afrontar el mundo de las drogas con el mayor tacto y cariño posible. Agradecemos a todos los acompañantes, ese gesto de humanidad, que me baja a la tierra en muchas ocasiones.

No nos queremos olvidar tampoco, a la hora de llevar a cabo un proceso de cambio personal, como afectan las capacidades cognitivas y cómo éstas se ven alteradas con los consumos de drogas.

Para estudiar las capacidades cognitivas y los déficits que pueden haber producido el consumo de sustancias y para comprender como las personas adictas viven con estas carencias cognitivas, es necesario tener en cuenta la Neuropsicología.

La Neuropsicología se entiende como el estudio de las relaciones entre las funciones cerebrales, la estructura psíquica y la sistematización sociocognitiva; en sus aspectos normales y patológicos, abarcando todos los periodos evolutivos. Por lo tanto, la Neuropsicología, para muchos autores como Roger Gil (2001), tiene por objetivo el estudio de las capacidades cognoscitivas superiores y de sus alteraciones o déficits cognitivos, así como de los trastornos de la personalidad, producidos por lesiones del cerebro.

Crispín Lannes (2003) propone que dichas alteraciones (las cognoscitivas, emocionales, trastornos de personalidad) y todas aquellas enfermedades que afectan directa o indirectamente al Sistema Nervioso Central (SNC); constituyen mundialmente un serio problema de carácter social por las lesiones físicas y psíquicas que implica para la mayoría de las personas que las padecen.

Los pacientes con alteraciones del SNC, suelen modificar todo su contexto bio-psico-social y su personalidad, por tanto, valorar integralmente a estos pacientes no sólo permite determinar causas y efectos del proceso patológico, sino también recopilar información suficiente para restituir o compensar el potencial biológico, psicológico y social del enfermo y con ello mejorar su calidad de vida.

Nosotros planteamos la necesidad de abordar el tema de la ausencia de una disciplina o especialidad que pueda evaluar y tratar, de forma unitaria, los déficits cognitivos asociados al consumo de drogas y su consecuente daño cerebral.

Verdejo, Orozco, Sánchez, Aguilar y Pérez (2004), expusieron que el consumo prolongado y la adicción a diversas drogas se ha asociado consistentemente al deterioro de distintas funciones neuropsicológicas, entre las que destacan, por su crucial relevancia clínica, las funciones ejecutivas. Estos autores, en otro de sus artículos también comentaron que el consumo crónico de diversas drogas (cannabis, heroína, estimulantes) ha sido consistentemente asociado a la presencia de deterioros neuropsicológicos en un amplio espectro de funciones, principalmente: memoria, aprendizaje, atención, concentración y razonamiento.

Es bonito ver despertar estas capacidades de nuevo en las personas, ser participe del cambio y observar que después de los consumos, la culpa, el olvido y la soledad... las personas quieren empezar a utilizar la memoria, a recordar aunque les duela, ha aprender aunque les cueste y a prestar atención a más cosas que a las drogas. Podemos verlo en estos testimonios de algunos de nuestros informantes:

“Es mejor estar despierta y ser realista, sé lo que he hecho, ya no puedo decir que no me acuerdo de lo que hacía” (M.R.B.H. persona en terapia). “Es la primera vez en mi vida que acabo un bolígrafo...” (J.M.G.H. persona en terapia, 1 de mayo de 2013). “No sólo pienso en la cocaína, en estos momentos hay más cosas en mi vida que ocupan mi cabeza...” (A.B.G persona en terapia).

Hemos intentado recoger todos los aspectos de las adicciones, para poder determinar sus posibles alteraciones y sus repercusiones en la vida de personas que han vivido esta realidad. También para valorar la forma en que la adicción influye en las personas, teniendo en cuenta: variables afectivas, estado emocional, bienestar subjetivo y calidad de vida.

Es importante tener en cuenta todo lo expuesto, no sólo para poder determinar el deterioro y su implicación en la vida de éstas personas, sino también para ver si éste es irreversible o si se puede recuperar parte de las capacidades y ver hasta qué punto retornan a niveles normales. De ahí, la importancia de poder realizar un diagnóstico preciso y concreto de cada persona con problemas de adicción, que nos facilite la posibilidad de rehabilitación.

La figura 2 resume de una forma gráfica las variables que vamos a estudiar y como interactúan. Utilizaremos un modelo biopsicosocial (MBPS), que es resultante de la aplicación y evolución de la teoría general de sistemas en el ámbito de la salud.

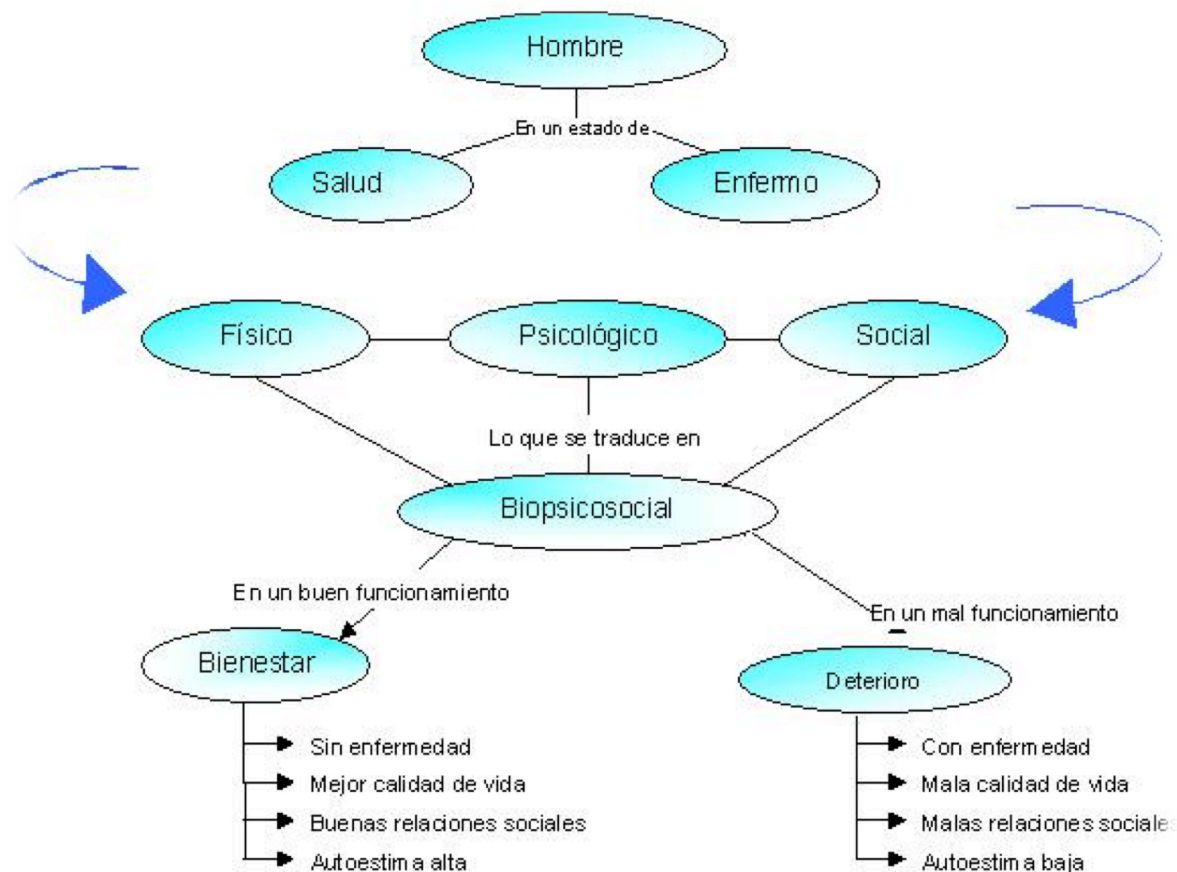


Figura 2: Variables implicadas en el modelo biopsicosocial; tomado de http://psiconata.blogspot.com.es/2006_09_01_archive.html

Bertalanffy (1976), planteó la teoría general de sistemas, en la que eliminó el reduccionismo del pensamiento lineal “causa efecto”, añadiendo un nuevo nivel de complejidad: el concepto de sistema (conjunto de elementos que interactúan entre sí, y en el que se establece una relación de interdependencia entre las partes).

En esta teoría, todos los componentes están organizados en sistemas; y permite estudiarlos desde un punto de vista analítico (estudiando un fenómeno complejo a través del análisis de sus partes) y también sintético (que explique las interacciones entre las partes).

Para concluir, si fuera necesario resumir en pocas palabras la intención y el objetivo fundamental de este estudio, es comparar los cambios producidos en diferentes aspectos, en las personas con problemas de adicción desde el momento inicial del

tratamiento, a los siete u ocho meses posteriores de haber comenzado la terapia, y cuando son altas terapéuticas (es decir, cuando ya han realizado su proceso terapéutico). Por otro lado ver cómo les afecta y les supone vivenciar esta realidad a la personas con problemas de adicción, teniendo en cuenta las personas más cercanas y participes del proceso de rehabilitación, para ofrecer una mirada nueva y poder saber cuáles son las nuevas metas horizontes y los beneficios del tratamiento de rehabilitación personal y socio-laboral en adiciones, que se ofrece desde los distintos tratamientos de Proyecto Hombre Salamanca, que vamos a estudiar en esta tesis.

3. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA.

3.1. Introducción.

Como ya se ha expuesto anteriormente, nuestro trabajo de campo se ha realizado en la ONG Proyecto Hombre de Salamanca. La importancia de evaluar la situación actual de las personas con problemas de adicción y la necesidad de optimizar los beneficios que se consiguen de la utilización de programas terapéuticos, fueron razones suficientes para que en el año 2010 se iniciara la presente investigación.

Los perfiles de las personas con problemas de adicción han ido cambiando a través de los años, en lo que se refiere al uso y/o abuso de las drogas y a las personas que las consumen. Teniendo en cuenta que hay una continua evolución, todo apunta a la necesidad de plantear como primer objetivo establecer diferencias antropológicas en las distintas agrupaciones de informantes (en virtud de diferentes variables como la cultura, la estructura socio-familiar y soporte económico, el empleo, su situación sanitaria, su situación judicial, el consumo de sustancias, la gravedad de la adicción, etc).

De esta forma se pretende obtener diferencias entre las personas que forman parte de los cuatro grupos que hemos establecido previamente (dual, alcohol, comunidad tradicional y programa ambulatorio), en lo que se refiere a variables o factores antropológicos.

En la convivencia con personas que han sufrido esta realidad, nos hemos dado cuenta de la necesidad de abordar estos factores antropológicos, ya que prevalecen y se estudian como precedentes de la propia adicción. Cuando desayunas con personas que han pasado por esta situación, comes, charlas, paseas, ríes, lloras, te levantas, te acuestas, riñes, te reconcilias, convives y vives... te das cuenta que es importante estudiar la sustancia que consumía la persona, si llevaba mucho tiempo haciéndolo, si los consumos eran abusivos..., aunque también es importante valorar su educación, sus recursos, posibilidades, su cultura, religión, procedencia, la familia, las relaciones socio-familiares...

En definitiva estas variables son las que hacen que una persona se plantee cambiar de vida, trazarse un camino a seguir y hacerlo de manera más adecuada, satisfactoria y honesta posible; es lo que da sentido a lo que hacemos y nos posibilita la opción de superarnos y creer en nosotros mismos, con el apoyo de los nuestros.

3.2. Objetivos.

3.2.1. Objetivo general.

El objetivo general de esta investigación ha sido valorar qué aspectos favorecen la mejoría en la vida de las personas con problemas de adicción, para que se altere su vida y su percepción de la misma lo menos posible y para que la persona sea capaz de manejar su vida y hacerlo de la manera más satisfactoria. También hemos intentado determinar las características psicosociales y descubrir estrategias de reinserción y reintegración psicosociales, en definitiva, para poder proporcionar ayuda a estas personas.

3.2.2. Objetivos específicos.

Teniendo en cuenta esta idea, los objetivos que queremos analizar y profundizar y, los que se desarrollan en esta tesis doctoral, son:

- ✚ Descubrir y describir rasgos antropológicos y psicosociales de la muestra de pacientes investigada y realizar diferentes descriptores de las adicciones y de los propios drogodependientes en virtud de diferentes variables: consumo de sustancias, gravedad de la adicción y otras variables sociodemográficas.
- ✚ Conocer y comprender cómo percibe la persona su propia adicción, la vivencia personal, autoimagen y situación antes de que la persona fuese adicta y después de la rehabilitación.
- ✚ Analizar la experiencia y significado de la adicción en el contexto socio-familiar. Queremos conocer el significado que tiene la adicción para la familia, especialmente el efecto de la misma y sus consecuencias en el cónyuge o entorno más próximo, considerando diversos aspectos de la relación familiar y repercusiones en el comportamiento de ambos. Así mismo también estudiaremos cómo colabora la familia con el paciente en la superación psicosocial de la adicción.
- ✚ Considerar las diferencias en personas con adicción, en relación a variables como estado de ánimo (depresión, stress y ansiedad), bienestar subjetivo y calidad de vida.
- ✚ Describir las diferencias en personas con adicción, en relación a determinadas variables neuropsicológicas (impacto de los déficits neuropsicológicos).

- ✚ Reflejar la mirada social ante el mundo de las adicciones y las personas que la padecen. ¿Alcanzar una mirada antropológica?
- ✚ Descubrir la aplicabilidad de la tesis. Valorar si las diferencias en los objetivos estudiados con anterioridad, son significativas para determinar si la terapia educativo-terapéutica se puede asignar como rehabilitadora en dichos términos. Valorar entonces, los daños y funciones cognitivas reversibles y la posible recuperación del deterioro cognitivo y afectivo emocional: variables y factores facilitadores y/o necesarios para el cambio y perspectivas futuras (terapias adecuadas a las personas, habilidades sociales, posibilidades del medio y familiares y sociales, ocio y tiempo libre, etc.).

3.3. Metodología.

Singer y Baer (2007) hablan de la Antropología médica como la manera de satisfacer las demandas humanitarias y científicas del campo de la medicina, mediante la búsqueda del origen social de las enfermedades. Para esto, Sobo y Loustaunau (2010), hicieron investigaciones en las que buscaban los obstáculos a los que se debían enfrentar las personas en el momento de pedir ayuda médica y cuidados de salud.

Pieronni (2006) expuso que los estudios etnográficos que se llevaban a cabo consistían sobre todo en observaciones, entrevistas y cuestionarios cuyo fin era averiguar la forma en que las personas percibían la salud y las enfermedades, y de qué manera la sociedad, la cultura, la política y el ambiente afectaban a su salud, positiva o negativamente.

En esta línea, planteamos la Antropología médica aplicada, representada por descripciones etnográficas estrictas, que junto con la información de las personas, aglutine y refleje otros fenómenos conductuales (personales y sociales), realizando una aproximación multitécnica.

Nos basamos en una epistemología y metodología antropológicas; y entre ambas (epistemología y metodología), se establecen las normas para llevar a cabo una investigación etnográfica, que puede ser de dos tipos: científica y/o humanista.

En el primer caso, no se consideran diferencias en lo referente a los objetivos y la manera de plantear la investigación en cualquier disciplina. Se planteó mediante el

positivismo, una metodología unificada para todas las ciencias sociales y las humanidades; que pretendía descubrir leyes generales. Defiende el método científico de verificación de hipótesis como medio para alcanzar el conocimiento teórico.

La aproximación humanista, defiende la exclusividad de cada disciplina. Contempla aproximaciones hermenéuticas y propone una metodología específica para las ciencias sociales, diferente de la de las ciencias naturales.

La adhesión a un paradigma epistemológico u otro, produce variaciones en relación a los objetivos y las normas de realizar la investigación (polémica en las técnicas de investigación cualitativas – cuantitativas).

El enfoque cualitativo, sugiere que la Antropología requiere la lógica de la cualidad, la perspectiva deductiva y las variables estadísticas. Además, las estadísticas tienen muchas interpretaciones y hay que observarlas y describirlas como verdades relativas (no absolutas ni totales), para la Antropología.

Desde la aproximación cuantitativa, con su enfoque nomotético y étic, se defiende la comprobación y un lenguaje estadístico matemático.

Nosotros proponemos en la realización de esta tesis, la utilización conjunta de ambas técnicas.

La metodología realizada para llevar a cabo nuestros objetivos comenzó por analizar cómo se define el usuario en términos sociodemográficos, sociales, legales, familiares, del ámbito de la salud...y cómo a su manera intenta conseguir la normalización de su vida, sin consumo de drogas.

Nos interesa investigar cómo se ve afectada su vida emocionalmente, cómo percibe sus estrategias y recursos personales para afrontar una vida con la mayor dignidad y felicidad posible, cómo se puede mejorar y recuperar estos aspectos mediante una buena rehabilitación y terapia recibida.

También se pretende analizar cómo interpreta el informante sus expectativas conductuales del entorno social y cómo busca hacer compatibles las consecuencias de la adicción con su vida familiar y profesional, así como otros aspectos sociales, es decir, cómo realiza su rol de enfermo, de persona con problemas de adicción ().

Es básico comprender cómo afecta la adicción a sus capacidades cognitivas y funciones mentales superiores; y también a su estado de ánimo y bienestar personal.

De especial relevancia es la comprensión de la actitud de la familia, acompañantes y personas cercanas que están apoyando en el proceso personal de cambio de estas personas adictas. Sobre esta cuestión investigaremos el rol del paciente en la familia, los sentimientos y las actitudes de los familiares hacia él, especialmente del cónyuge.

En resumen, pretendemos investigar el punto de vista personal del informante y también de la persona de referencia y/o acompañante. Para ello, se entrevistó a la persona y su acompañante (persona que mantiene más contacto con el paciente: cónyuge, padres...) para conocer sus opiniones y experiencias en relación con los mismos. La entrevista que nosotros empleamos fue la entrevista etnográfica: técnica de investigación cualitativa en la que establecimos unas relaciones respetuosas con el informante, que se caracterizaron por incluir suficiente:

- ✚ Rapport como para intercambiar información y puntos de vista sobre ciertos temas.
- ✚ Tiempo y sinceridad como para que el informante explore con el entrevistador el significado real de determinados sucesos que tienen lugar en su entorno social.

Tuvimos en cuenta la interacción – conversación entre investigador y entrevistado; y la relación asimétrica entre ambos. Se desarrolla en un proceso circular. El uso de esta entrevista etnográfica nos ha servido de una manera enriquecedora, no solo para entender la adicción desde el punto de vista de las personas con esa problemática, sino también el de las personas que les acompañan en su proceso de rehabilitación.

El proceso comenzó con la investigación de las diferentes formas de integrar la adicción y rehabilitación en el estilo de vida social de los pacientes. Continuando con el estudio de la forma de aceptación familiar del enfermo, según el tipo de relación previa mantenida. Por último, nos interesaba conocer cuál era la mejor forma de ayudar a estas personas en su difícil tarea de integrar su adicción y su recuperación en una vida plena y saludable.

3.3.1. Descripción del trabajo de campo o procedimiento.

Nuestro trabajo de campo se desarrolló en el dispositivo asistencial de Proyecto Hombre Salamanca; centro que desde hace once años lleva realizando rehabilitación de personas con problemas de adicción en esta ciudad. Esta investigación se ha llevado a cabo, en las instalaciones de este recurso, o bien en las comunidades terapéuticas (“Caminero” y “Huertas”) o bien en el centro de día.

Queremos destacar que se trata de un centro privado, gratuito y que a la hora de aceptar a los pacientes, no se hace ninguna diferenciación a nivel socioeconómico, étnico o cultural.

El tratamiento tiene como objetivo abordar las drogodependencias y rehabilitar a las personas que las padecen; además de desarrollar su prevención. Cuenta con programas destinados a cubrir las diferentes necesidades de este colectivo, desde las diferentes comunidades, los programas ambulatorios y la reinserción.

Incluye a las familias y los acompañantes dentro de la terapia (abordaje terapéutico y educativo).

Todos los programas de rehabilitación tienen un marco delimitador y unos objetivos claros, aunque flexibles en cuanto a las líneas de actuación terapéutica educativa, es decir, los procesos se individualizan y se ajustan también a los objetivos del informante.

Otra característica que no queremos olvidar, es que en el centro se atiende a personas con adicción a cualquier sustancia psicoactiva y también adicciones sin sustancia o comportamentales (ludopatías); aunque éstas últimas nosotros no las hemos analizado ni empleado en esta tesis.

Cuenta con un equipo multidisciplinar compuesto por psicólogos, psiquiatra, médica, enfermera, educadores sociales y especiales, etc. De esta forma se ofrece una cobertura lo más integral posible para una mejor atención hacia las personas con problemas de adicciones y sus familias.

La mayoría de personas que ingresan en el centro son de Salamanca y provincia, pero también hay personas de otras procedencias, generalmente de la misma comunidad autónoma, aunque también de distintas e incluso de otros países.

La aplicación de las entrevistas y demás pruebas, comenzó en el año 2010 y terminó en el año 2013. Esta fase se realizó durante todo el proceso de rehabilitación de los informantes; desde la llegada del paciente al centro hasta que la persona es alta terapéutica (finalización de su proceso de rehabilitación).

Para la realización de las entrevistas establecimos dos requisitos mínimos: en primer lugar no estar bajo los efectos de las drogas, puesto que la entrevista sería confusa a la par que inviable en la mayoría de los casos; el segundo requisito consiste

en la no utilización de la violencia tanto física como psicológica. En el proceso de selección y durante toda la investigación, mantuvimos presentes estos criterios mínimos de inclusión y exclusión.

En cuanto a los cuestionarios y las pruebas, se aumentó ligeramente el tamaño de los encabezados y de la letra, respetando en todo momento la esencia del test, todo ello con el objetivo de facilitar la lectura y la claridad. Las presentamos en la versión más abreviada para facilitar que se rellenaran en un periodo de tiempo corto; el tiempo para realizar las pruebas en su globalidad, fue aproximadamente de dos horas.

Dichas pruebas las aplicamos siempre de forma individual y dentro de las instalaciones del centro, en el mismo despacho y con las mismas condiciones ambientales. Siempre se cumplimentaron por la mañana.

En cuanto al orden de la aplicación, siempre se rellenó en primer lugar la entrevista, ya que lo aplicábamos conjuntamente con el usuario. Después, los demás cuestionarios podían ser rellenados por el mismo informante “los cuestionarios eran del tipo autoadministrados”, que se pueden rellenar de manera independiente y autónoma. El orden de aplicación para los demás cuestionarios, fue aleatoria.

Una vez cumplimentadas las entrevistas y cumpliendo lo dispuesto en el artículo 12 de la ley orgánica 15/1999, de protección de datos, del 13 de diciembre, se guardaban bajo llave en la carpeta correspondiente junto con el nombre de la persona que había contestado.

Por otro lado explicamos a los informantes que las respuestas de los cuestionarios no influían de ninguna manera a la hora de entrar o continuar en el centro, recibiendo terapia; es decir, que los rellenaban de manera voluntaria.

Además, todos fueron informados de la finalidad evaluativa e investigadora de las entrevistas semiestructuradas y los cuestionarios; en este sentido todos dieron su consentimiento para la participación en el estudio.

Al paciente se le invitaba a entrar de forma individual en una sala bien acondicionada de luz y temperatura y se le pedía que contestara lo mejor posible; en caso de que tuviesen alguna duda, se le decía que nos preguntara.

Pretendimos en todo momento, garantizar un ambiente con condiciones mínimas de bienestar y comprensión, necesario para rellenar en óptimas condiciones las entrevistas y pruebas.

Si la persona se encontraba mal o por cualquier razón no estaba en disposición de contestar la prueba, la realizaba en otro momento, evitando así riesgos como el cansancio, fatiga o la falta de concentración.

Todas las personas, habían pasado los 15 días de abstinencia obligada para incorporarse a uno de los tratamientos, es decir, que todos estaban en sus plenas facultades y sin los efectos de ninguna droga y/o sustancia.

Se dejó libertad para cumplimentarlos en un mismo día o incluso a lo largo de la semana si fuera necesario; cabe destacar que en la gran mayoría de los casos se rellenaron en el mismo día.

En resumen, como instrumento de trabajo, nos servimos de entrevistas y cuestionarios, que se concretaron en el desarrollo de cada objetivo y se aplicaron en el intervalo temporal junio de 2010 a julio de 2013. Durante este tiempo y en realidad durante toda nuestra experiencia con personas con problemas de adicción, hemos observado y convivido con ellos y nos han aportado la esencia de esta tesis doctoral, poder conocer a personas con esta realidad y ver que es posible cambiar si uno quiere y se lo propone, y si tiene apoyo...

La preparación de nuestro trabajo de campo abordó:

- ✚ La entrada en el campo. Recuerdo con exactitud el primer día que me acerqué a conocer la comunidad terapéutica de Proyecto Hombre Salamanca, en abril de 2015, en aquel entonces, la única que existía en esta ciudad. No era la primera vez que tenía cerca el mundo de consumo y las drogas, pero si era la primera vez que tomaba contacto con personas que apostaban por una vida mejor, independiente, satisfactoria, sana y sin drogas. Después de conocer al presidente y al equipo terapéutico; se reunió a toda la casa para presentarme y darme la bienvenida, fue un momento muy emotivo y entrañable. Un usuario (C.N.O), me enseñó las instalaciones del centro, los compañeros y también un pedacito de sus vivencias y su corazón. Al principio estaba nerviosa y sentía incertidumbre de no saber a qué me iba a enfrentar; esa inquietud se fue tornando enseguida en calma y confianza, fue algo fácil ya que todos mostraron cercanía y buen trato. Poco a

poco fui descubriendo las habitaciones, las personas, sus gestos...y día a día fui formando parte de sus vidas, a día de hoy la que es la nuestra.

- ✚ El uso de diferentes técnicas de recogida de información en el campo, como exponemos a continuación, en el apartado 3.3.6 de técnicas de investigación.
- ✚ Tener en cuenta la existencia de diferentes estilos en la realización de una investigación etnográfica, como es ésta. Las pautas para su abordaje pueden ser de dos tipos: científica y/o humanista. Nosotros empleamos ambas, ya que nos resultó más enriquecedor a la hora de tratar las adicciones, además los dos estilos se complementan.



Figura 3: Compañeros de la misma comunidad.

- ✚ El trabajo de campo como una experiencia emocional personal (figura 3). Sin duda alguna, la experiencia personal y el vínculo establecido con personas en rehabilitación, son los que nos han llevado a la realización de esta tesis. El contar con el testimonio de todos ellos, el poder formar parte de sus vidas y sus secretos, el ejemplo de superación y sacrificio que muestran cada día...nos sensibilizó con esta problemática: las drogas; y nos motivó a querer transmitir esta realidad y cómo la vivencian las personas que la padecen. Es más, todo lo

que nos han enseñado durante esta experiencia, es lo que verdaderamente da sentido a esta investigación. Nos cautivó la idea de volver a dar sentido a las cosas sencillas y cotidianas, a volver a confiar en quien tenemos al lado, a pedir ayuda y colaboración, a mostrar el cariño y los sentimientos...

- ✚ El conocimiento y cuidado de aspectos o variables, que podían influir en su desarrollo. Con posterioridad, en el apartado 4.5.4 dificultades de nuestra investigación, expondremos distintos aspectos que hemos tenido en cuenta para su realización.

3.3.2. Características del grupo investigado o participantes.

La muestra está constituida por personas que proceden de la zona geográfica donde se ubica el centro, Salamanca y provincia.

Aunque la característica fundamental de este grupo es su vinculación con el mundo de las drogas, es decir, son personas con problemas de adicción a sustancias.

Son personas que de alguna manera les atormenta esta realidad en la que viven, y que por diversos motivos, han ido a coincidir en Proyecto Hombre Salamanca. Esta es otra de las características que comparte este grupo de personas que se encuentran realizando su proceso de rehabilitación en las comunidades o centro de día de ésta institución, de la cual nos sentimos tan orgullosos de formar parte.

3.3.3. Perfiles.

La obtención de los participantes fue algo sencillo ya que se seleccionaron todos los usuarios que llegaron al centro por un lado y por otro que estaban realizando el proceso de rehabilitación (en el momento actual y a los siete u ocho meses posteriores); siempre mayores de 18 años.

Nuestra muestra comprende 84 informantes con problemas de adicción, de los cuales 21 realizaban tratamiento en la comunidad terapéutica tradicional (heroína, más desestructura, prisión...), 21 en patología dual (comorbilidad de adicción y uno o varios trastornos psiquiátricos), 21 en tratamiento para alcohol y 21 realizaban un tratamiento ambulatorio (cocaína, menos desestructura económica, socio-familiar...).

El primer grupo estará formado por pacientes que están más desestructurados, este primer grupo será un colectivo de más edad, larga historia de consumo (grupo de informantes de comunidad terapéutica tradicional)

El segundo serán personas con otros trastornos psiquiátricos asociados, con conflictos familiares y sociales debido a su desestabilización emocional y su falta de control de impulsos y de habilidades sociales (grupo de informantes con patología dual).

El tercer grupo serán personas con consumos de alcohol, de edad madura, con multas de tráfico o por conducir embriagado (grupo de informantes con trastornos de adicción al alcohol).

El cuarto, serán los pacientes que consumen cocaína, en este colectivo concurrirán personas con mayor poder adquisitivo, de menor edad y con un historial de consumo menor. Personas con un deterioro menor a nivel médico y psiquiátrico (informantes del grupo ambulatorio).

3.3.4. Variables.

La variable independiente fue la siguiente:

✚ Tipo de tratamiento:

- ✓ Comunidad terapéutica tradicional (21 personas consumidoras de heroína y/o porros (thc), más desestructura, temas judiciales y/o prisión,...).
- ✓ Tratamiento en patología dual (21 personas con problemas de adicción unida a trastorno psiquiátrico).
- ✓ Tratamiento por consumo de alcohol (21 personas alcohólicos).
- ✓ Tratamiento ambulatorio (21 personas con adicción a la cocaína y/o porros, menos desestructura socio-familiar, económica, laboral...).

Las variables dependientes fueron:

- ✚ Diferentes descriptores de las adicciones y de los propios drogodependientes en virtud de: consumo de sustancias, gravedad de la adicción y otras variables sociodemográficas.
- ✚ Descriptores y valoraciones sobre la percepción de la adicción para la persona que la padece.
- ✚ Estado de ánimo (depresión, stress y ansiedad), bienestar subjetivo y calidad de vida.
- ✚ Determinadas variables neuropsicológicas (impacto de los déficits neuropsicológicos, memoria, atención, funciones ejecutivas...).

- ✚ Descriptores y valoraciones de los acompañantes sobre: la vivencia personal, significado que tiene la adicción para la familia, diversos aspectos de la relación familiar y repercusiones en el comportamiento de ambos. Así mismo también estudiaremos cómo colabora la familia con el paciente en la superación psicosocial de la adicción.
- ✚ Reflejo y valoración social ante el mundo de las adicciones y las personas que la padecen. ¿Mirada antropológica?

3.3.5. Unidades de análisis.

La unidad de análisis en nuestra tesis doctoral son las personas.

- ✚ Personas con problemas de adicción que han iniciado una terapia de rehabilitación (Proyecto Hombre Salamanca).
- ✚ Personas que acompañan a estas personas adictas en rehabilitación (familiares, amigos, acompañantes...).
- ✚ Personas que forman parte de la sociedad a las que pedimos su opinión sobre las adicciones y las personas con problemas de adicción.

3.3.6. Técnicas de investigación.

Una característica del presente trabajo es el aspecto creativo que tiene la antropología, por su eclecticismo, su disposición para inventar, tomar prestado técnicas o conceptos disponibles en un momento dado. Desde este enfoque ecléctico, la antropología nos permite adoptar distintas técnicas de investigación, como nosotros hemos hecho en nuestro estudio. Hoy en antropología utilizamos la entrevista individual en profundidad (anexos I y II), técnica empleada por Malinowski, Nadel, Hymes, Spradley, Geertz u otros antropólogos para entrevistar a los informantes y captar el punto de vista de los nativos (Jociles Rubio, 1999).

Hemos tomado la sugerencia de Wengraf (2001), y hemos realizado entrevistas abiertas (no estructuradas), semiestructuradas y estructuradas. También hemos empleado las entrevistas en grupo, ya que no entendemos la rehabilitación de las drogodependencias, sin el sentido de comunidad y de convivencia con los demás. De la misma manera abordar temas conjuntamente, entre personas que viven la misma realidad, es fundamental. Ver que ese problema no sólo le ocurre a uno sino que a los demás también, es importante, más si cabe, ver que es posible afrontarlo y superarlo. Sentirnos identificados con los demás es importante para aceptar la adicción y también

para poner en funcionamiento los mecanismos necesarios para superarla y poder ser autónomo y poder formar parte de manera activa de la sociedad.

Como técnica de investigación básica para extraer la información hemos empleado la entrevista semiestructurada (que exponemos en los Anexos 1 y 2). Las preguntas de la entrevista están destinadas a analizar ciertos aspectos del usuario con problemas de drogas. En este caso nos interesan datos sociodemográficos, situación médica, empleo/soportes, finanzas, uso de alcohol y drogas, situación legal, historia familiar, relaciones familiares y sociales...

Pero evidentemente, otra técnica para la recogida de datos que hemos utilizado es la observación, ya sea directa y sistemática o participante. Hemos observado en el campo personas, entornos, acontecimientos y sucesos, objetos, indicadores sociales, conductas verbales y no verbales... En nuestro caso, personas con problemas de adicción que conviven en el mismo lugar y comparten un mismo objetivo, rehabilitarse de las drogas. Sus compartimientos, sus expresiones, sus gestos, su postura corporal, sus roles, estatus...

En relación a la observación participante, hemos participado con y entre los informantes, en un intento por no alterar su vida y dinámica habituales. Hemos explorado las relaciones existentes entre lo que se dice y lo que en realidad se hace; intentando hacer inmersión entre los informantes. Hemos llevado a cabo una convivencia física-verbal y social. En definitiva, creo que hemos realizado una observación de calidad que nos ha permitido percibir y comprender los aspectos tácitos de este grupo o cultura.

Otras técnicas empleadas en esta investigación son:

- ✚ Técnicas biográficas. Historias de vida.
- ✚ Técnicas de elicitación: empleadas para descubrir y revelar, ciertos conocimientos, que el informante no parecía tener bien estructurados, o simplemente era incapaz de comunicarlos oralmente. Su objetivo fue obtener información exploratoria, que permitiera identificar, describir y comprender ciertos dominios culturales. Destaca entre ellas la técnica de recuerdos libres.
- ✚ La cartografía de datos espaciales, análisis antropológico, de las dimensiones espaciales de la comunidad y de la vida individual. Indica cuales son los rasgos

estructurales más importantes de los entornos en los que aparecen las conductas que estudiamos (comunidad terapéutica de Proyecto Hombre salamanca) y permiten conocer cómo influye el entorno, sobre las relaciones interindividuales.

- ✚ También se han utilizado cuestionarios estandarizados, como diferentes pruebas y test de evaluación neuropsicológica (MMSE, DOMINO D-48, Figura compleja de REY, STROOP...) y otros cuestionarios como el depresión (BDI), ansiedad estado-rasgo (STAI), de bienestar subjetivo (EBP) y calidad de vida.

3.3.7. Análisis de los datos.

Después de recuperar todas las entrevistas y cuestionarios correctamente rellenados por los informantes y haberlos corregido, se procedió a introducir los datos en el programa informático SPSS. Todos los análisis estadísticos se realizaron con dicho programa. El análisis estadístico o análisis de datos engloba un conjunto de procedimientos diseñados para:

- ✚ seleccionar datos,
- ✚ describirlos y
- ✚ extraer conclusiones de ellos.

Este conjunto de procedimientos, pertenece a una rama de las matemáticas conocida por el nombre de estadística.

Es común encontrar la estadística dividida en dos partes: estadística descriptiva y estadística inferencial o inductiva.

La estadística descriptiva consta de una serie de procedimientos diseñados para organizar y resumir la información contenida en un conjunto (muestra) de datos empíricos; es lo que se corresponde con la descripción de datos.

La estadística inferencial o inductiva consta de una serie de estrategias que permiten inferir e inducir las propiedades de un conjunto de datos empíricos (muestra) al conjunto total de datos (población) a los que representan.

Si se trabaja con variables categóricas, como en nuestro caso, los datos suelen organizarse en tablas de doble o triple entrada, siendo cada una de estas entradas un criterio de clasificación (una variable categórica). Como resultado de esta clasificación,

las frecuencias (el número o porcentaje de casos) aparecen organizadas en casillas que contienen información sobre la relación existente entre ambos criterios.

Pero el grado de relación entre dos variables categóricas, no puede ser establecido únicamente observando las frecuencias de una tabla de contingencia. Pardo y Ruiz (2005) expusieron que para determinar si dos variables se encuentra relacionadas debe emplearse alguna medida de asociación, y que ésta debe de ir acompañada de su correspondiente prueba de significación.

Dicho esto y tras agrupar a los participantes se realizaron las correspondientes pruebas de significación, en nuestro caso se aplicó la prueba Chi-cuadrado (χ^2) de Pearson, se aplicó la prueba χ^2 de la razón de verosimilitud.

Para finalizar, se realizaron pruebas t de Student para analizar las diferencias de las medidas en relación con las variables continuas. En estos últimos análisis se tuvo en cuenta la prueba de Levene (F) que nos indica la homogeneidad de las varianzas. Los resultados también se plasmaron en puntuaciones llamadas puntuaciones Z.

4. ADICCIÓN, DROGAS, DROGODEPENDIENTES Y TERAPIA.

4.1. Adicción y drogas.

El concepto de adicción hace referencia a diversos aspectos como adicción al sexo, al trabajo, a las compras compulsivas, a las nuevas tecnologías... y también, como adicción sin sustancia o drogas. Nosotros estudiaremos la adicción en relación con personas consumidoras de drogas e intentaremos dar una visión general de las mismas.

El concepto de droga, para Becoña (1995) hace referencia a cualquier sustancia que administrada en el organismo, puede cambiar una o más funciones de éste. Esta definición incluye muchas sustancias que podrían no considerarse drogas en un principio. La dificultad comienza cuando queremos definir a las personas consumidoras de estas sustancias, ya que entran en juego aspectos como: uso, abuso, dosis administradas de modo terapéutico, consumos ocasionales; así como de la cultura de la que provienen. También es importante considerar el simbolismo que cada cultura atribuye a cada sustancia. En nuestra cultura occidental el vino ocupa un lugar destacado y en muchas ocasiones cargado de simbolismo (ritos religiosos, celebraciones, festejos...) y no por ello consideramos consumidor de drogas a aquellas personas que las usan de este modo. Por todo esto, intentaremos aclarar distintos conceptos en drogodependencias e intentar dar una visión precisa de esta realidad, para situarnos en nuestra investigación.

4.1.1. Vías de administración.

Salazar y Rodríguez (1994) planteaban la existencia de cinco vías de administración de drogas:

- ✚ Oral (ingerir, beber, mascar): la ingestión es la vía más lenta y la que genera menos dependencia. Sin embargo, el mascado de la sustancia por medio de la trituración y posteriormente de la absorción por la mucosa de la boca, hacen que el efecto de esa sustancia sea más rápido.
- ✚ Pulmonar (fumar e inhalar): cuando se inhala una sustancia, ésta tarda pocos segundos en llegar al cerebro, lo que produce grados de dependencia muy elevados y graves problemas cerebrales y pulmonares.
- ✚ Nasal (esnifar): la sustancia es aspirada a través de la mucosa nasal. Es la vía más utilizada para consumir cocaína.

- ✚ Parenteral (inyección intravenosa, intramuscular y subcutánea): En la vía intravenosa, la sustancia se puede introducir por cualquier tipo de vena y es la vía que generalmente utilizan las personas con adicción a la heroína. La vía intramuscular se emplea como alternativa a la venosa, cuando ésta resulta de difícil acceso debido a la repetida utilización de la misma (por los pinchazos realizados). En la vía subcutánea se introduce la sustancia de manera menos directa al organismo por lo que se tiene que utilizarse mayor cantidad de sustancia, para obtener la misma satisfacción.
- ✚ Rectal o genital (absorberse a través de las membranas mucosas del ano y la vagina). Aunque no es una vía especialmente asociada al consumo de drogas, sí que se ha asociado a fármacos. Son más utilizadas por los consumidores de cocaína y de heroína. El antropólogo Marvin Harris nos ha dejado algún ejemplo del consumo de sustancias por esa vía. Harris (1980) expuso en su obra “Vacas, cerdos, guerras y brujas” que el agente alucinógeno activo en los ungüentos de las brujas era la atropina (alcaloide procedente de algunas plantas como: la mandrágora, el beleño y la belladona); y que éstas lo aplicaban a las membranas vaginales mediante su baston o escoba.

La vía de administración utilizada afectará a la intensidad y rapidez de los efectos. El efecto final puede variar ampliamente dependiendo de la vía, cantidad y concentración de la sustancia, método de administración, del estado anímico de la persona, de donde esté y con quienes se encuentre, así como de las características de su personalidad. Hemos de tener también presente que puede simultanearse el consumo de distintas drogas por diferentes vías y que el efecto de una puede potenciar a otra, con el consiguiente riesgo de sobredosis.

El proceso que sigue el tóxico desde su entrada en el organismo hasta su eliminación depende de la fisiopatología de cada sustancia valorando de esta manera la absorción (se refiere a la entrada del tóxico en el organismo bien de forma directa (parenteral) o a través de las membranas respiratoria, gastrointestinal y cutánea), la distribución (una vez que el tóxico se encuentre en el fluido sanguíneo, se distribuirá por todos los tejidos, en forma de tóxico libre o ligado a proteínas), la transformación (proceso de metabolización) y la eliminación (pueden ser varias las formas de excreción de los tóxicos y sus metabolitos: vía urinaria, biliar, respiratoria, mediante la leche materna, u otras como puede ser sudor, saliva...). Cualquier tóxico puede ir provocando

lesiones a su paso en cualquier nivel comprendido desde la absorción hasta la eliminación.

4.1.2. Dependencia y tolerancia.

Cuando una droga se consume repetidamente, puede desarrollarse una necesidad imperiosa de seguir tomándola. Este proceso se conoce como dependencia pretendiendo señalar así la falta de libertad en la relación establecida respecto a la sustancia. Pérez y Martín (2007) describen a las personas dependientes, como personas con “fobia” a la autonomía.

Se pretende individualizar las distintas variedades de dependencia, debiendo precisarse para cada una los rasgos propios que la caracterizan y definen, de donde se desprende su peligrosidad y las medidas adecuadas de tratamiento, tanto de forma individual como colectiva. Puede ser de naturaleza psicológica y/o física.

- ✚ Dependencia psicológica: ocurre cuando una persona experimenta un deseo imperioso de obtener las sensaciones que le proporciona la droga (tales como exaltación, euforia, estimulación, sedación, hipnosis, alucinaciones o percepción alterada de las cosas) sin tener repercusiones orgánicas, por lo que la supresión no produce trastornos somáticos, al punto de preferir el estado modificado de conciencia a la normalidad. Cuando desaparece la dependencia psicológica podemos decir que esa persona se ha deshabitado.
- ✚ Dependencia física: aparece cuando después de un periodo de consumo de una sustancia se producen alteraciones reales en el organismo, hasta el punto que el tóxico se hace necesario para el mantenimiento del equilibrio del medio interno u homeostasis; como resultado de esta situación orgánica este deja de funcionar con normalidad si se suspende la administración de dicha sustancia, desencadenándose un cuadro patológico somático conocido como “síndrome de abstinencia”. Cuando erradicamos la dependencia física decimos que se ha desintoxicado.
- ✚ Tolerancia: se produce cuando a medida que se insiste en el consumo de una sustancia, se va necesitando una dosis cada vez mayor para conseguir los mismos efectos esperados. Es un concepto muy habitual que tratamos más de lo que parece a simple vista, por ejemplo cuando pensamos en el hecho de que una persona habituada a beber, necesita consumir más alcohol que una persona

abstemia para que comience a notarse los primeros signos de embriaguez. Escohotado (2001) planteaba que la tolerancia y el coste psicofísico podían presentarse a juicios subjetivos, para evitar este subjetivismo recurrió al análisis de sangre.

- ✚ Tolerancia cruzada: una sustancia que produce tolerancia puede inducir también a otra, aun cuando el sujeto no haya tenido contacto con esta segunda sustancia, este efecto se denomina tolerancia cruzada. En este sentido, Kramer y Cameron (1976) indicaron que el alcohol presenta tolerancia cruzada con los barbitúricos.
- ✚ Tolerancia inversa: posibilidad que tienen algunas sustancias de producir casi los mismos efectos, pero con dosis cada vez más pequeñas.

4.1.3. Clasificación de las drogas.

Hay numerosas formas de clasificar las drogas: duras y blandas, naturales y sintéticas... también, legales e ilegales como aseguraba Miller (1991). A menudo estas clasificaciones se solapan o conducen a conclusiones erróneas. Esta terminología es ampliamente utilizada por los medios de comunicación, pero no corresponde a criterios científicos. De todas las clasificaciones la más correcta es la que tiene en cuenta los efectos sobre el sistema nervioso central (SNC), y que exponemos a continuación:

- ✚ Depresoras del SNC. Son aquellas sustancias que elentecen la actividad del cerebro, provocando un mal funcionamiento del mismo y produciendo reacciones como: desinhibición, violencia, alteración de la conciencia..., hasta el coma. Las más importantes de este grupo son: opiáceos, alcohol, barbitúricos (su uso actual está en fase recesiva), benzodiacepinas (de uso cada vez más extendido). Laporte (1976) planteó que las drogas depresoras del SNC son las sustancias que producen más tolerancia y dependencia.
- ✚ Estimulantes del SNC. Son las sustancias que activan la actividad del cerebro, produciendo un funcionamiento acelerado de mismo. Genera en la persona estados de euforia, excitación, aumento de la actividad... De ellas destacamos: estimulantes mayores (anfetaminas, cocaína...) y estimulantes menores (nicotina, cafeína, presentes en muchas bebidas “sociales”, como té, café y en refrescos como la actual Coca-Cola, Red Bull y similares).
- ✚ Perturbadoras del SNC. Son sustancias que alteran la actividad cerebral, produciendo disrupciones en el funcionamiento, y dando lugar a distorsiones

perceptivas en la realidad de las personas que las consumen. Por este motivo, sus efectos son imprevisibles y no se puede determinar exactamente cómo van afectar a la persona que las consume. A la hora de consumir este tipo de sustancias, influyen aspectos como: el estado de ánimo, si se consumen en soledad o de manera social, la predisposición, el ambiente y el contexto en el que se lleva a cabo... Los más usados son: alucinógenos (LSD, peyote, mescalina, etc.), derivados del cannabis, sustancias volátiles (acetona, tolueno, etc.). En este grupo algunas de ellas podrían estar incluidas en el grupo A (depressoras del SNC)

Algunas drogas llamadas “de diseño”, como el éxtasis (MDMA) puede estar integradas tanto en el segundo como en el tercer grupo, ya que están estrechamente relacionadas con la amfetamina y/o con la mescalina, y se describen como drogas psicodélicas con propiedades estimulantes.

4.1.4. Principales drogas depresoras del SNC.

4.1.4.1. *Opio y sus derivados.*

- ✚ Opio: de consumo mínimo en nuestro país. Es el producto natural de una forma de amapola (*Papaver Somniferum*) y se conoce desde hace más de 5000 años. Consumido de forma masiva durante el Siglo XVIII en China, provocó a mediados del Siglo siguiente la llamada Guerra del Opio al intentar las autoridades de ese país el control de la sustancia. En forma de láudano se vendió libremente en Europa hasta el Siglo XX. La vía principal de consumo es fumada.
- ✚ Morfina: nombre comercial más frecuente: MST Continus. Es el principio activo principal del opio y fue descubierta a principios del Siglo XIX. Se denomina así en referencia al dios griego de los sueños Morfeo. Sin embargo, aunque puede provocar somnolencia su efecto hipnótico es poco fiable y solo tiene uso médico cuando la incapacidad para dormir se debe al dolor ya que se trata de un poderoso analgésico, hasta 5 veces más potente que el opio mismo. Durante la Guerra de Secesión americana se administró a los heridos de guerra de forma indiscriminada, de manera que posteriormente se denominó a la adicción a la morfina como la enfermedad del soldado.

- ✚ Codeína. Es un calmante similar a la morfina, aunque mucho menos potente. Presente en múltiples preparados de farmacia en analgésicos y en jarabes para el alivio de la tos (Codeisán, Termalgín codeína, etc.).
- ✚ Heroína (en argot: caballo, jaco, potro...). Durante el último cuarto del Siglo XIX se impulsó la búsqueda de una sustancia con cualidades calmantes similares a la morfina, pero sin su potencial adictivo. Escohotado (2001) expuso que la compañía alemana Bayer sintetizó la diacilmorfina o heroína, y la promocionó como un medicamento que no era adictivo y tal fue su éxito que los pacientes llegaron a sustituir la morfina por la heroína. Es el analgésico de origen natural más poderoso que se conoce, hasta 10 veces más potente que la morfina. La mayor parte de la heroína de nuestro entorno procede del Oriente Medio (Pakistán y Afganistán).

Durante el proceso de manufactura y venta se le añade otras sustancias con el objetivo de “cortar” la heroína: glucosa, sacarosa, lactosa, manitol, polvo de curry, sopa en polvo, harina, levadura, yeso, talco, polvo de ladrillo... y esto es lo que suele conllevar las sobredosis. Una sobredosis de heroína cursa con depresión respiratoria, baja tensión sanguínea, miosis (pupilas puntiformes), coma, colapso físico y muerte. Debido a los hábitos del “corte” y al grado variable de pureza es muy difícil valorar la dosis que toma cada usuario, así como identificar las sobredosis reales, ya que algunas consideradas como tales, son en realidad shocks anafilácticos producidos por las sustancias del “corte”.

Si un consumidor habitual suspende la dosificación de heroína, aparecen los síntomas del síndrome de abstinencia que varían de acuerdo con el individuo y el grado de dependencia y va desde un ligero malestar hasta un proceso extremadamente traumático y grave. Alcanza su punto álgido a las 72 horas y va disminuyendo progresivamente y cursa con debilidad, insomnio, lagrimeo, escalofríos, sudores, dolores articulares y midriasis (pupilas dilatadas). Si la abstinencia se mantiene disminuye la tolerancia y la vuelta al consumo puede suponer una sobredosis si se toma la cantidad a la que se estaba acostumbrado en un principio.

Las enfermedades que pueden conllevar el consumo de heroína son: afectación del aparato respiratorio como neumonía intersticial (provocada por el corte: talco,

algodón, almidón...); del SNC como encefalopatía post-anóxica (tras sobredosis), oftalmoplejia internuclear, mielopatías, polineuritis y/o mononeuritis; afectación del aparato músculo-esquelético como síndrome músculo-esquelético articular y rabiomiolisis; del sistema renal como glomerulopatía; de la sangre como anemia y trombopenia; del sistema inmunitario como hipergammaglobulinemia; del aparato digestivo como estreñimiento o pancreatitis aguda y del sistema endocrino como diabetes, trastornos de la erección, trastornos de la eyaculación, alteraciones menstruales o disminución de la libido.

- ✚ Petidina o Meperidina. Es un opioide (opiáceo sintético). Los nombres comerciales son Dolantina y Petigun, y es el único que produce midriasis (pupilas dilatadas).
- ✚ Metadona. Opiode de amplio uso en programas especiales para el tratamiento de la dependencia a la heroína. Aparece con nombres comerciales de Metasedin y Sedo Rapide.
- ✚ Pentazocina. Opiode comercializado como Sosegón y Pentazocina Fides.
- ✚ Fentanilo. Opiode de uso exclusivo como anestésico. Es 80 veces más potente que la morfina. Se comercializa como Fentanest y Thalamonal.
- ✚ Buprenorfina. Muy utilizado para paliar el síndrome de abstinencia de la heroína. Aparece bajo los nombres registrados de Buprex y Prefín.
- ✚ Dextropropoxifeno. Comercializado en cápsulas como Darvon y Deprancol. Produce una dependencia similar a la morfina.

4.1.4.2. Alcohol.

Sustancia que tomada en cantidades pequeñas o moderadas provoca euforia, desinhibición y disminución del sentido del ridículo, que conlleva un mayor atrevimiento para bailar, hablar... y esto puede dar lugar a equívoco para la persona que lo consume ya que puede parecerle un efecto estimulante. Si el alcohol se ingiere en cantidades mayores produce embriaguez, caracterizada por alteraciones del comportamiento, reducción de la capacidad autocrítica, mala coordinación motriz, alteración de la percepción... En cantidades elevadas puede provocar estado de coma.

La proporción de alcohol que contienen las bebidas alcohólicas viene indicada por su graduación, medidas por grado de alcohol puro. También es necesario tener en cuenta el volumen de líquido que contiene.

El hígado es el órgano encargado de transformar y eliminar el alcohol presente en el organismo, y lo metaboliza a un ritmo lento (100 miligramos por kilo de peso corporal y hora).

4.1.4.3. Barbitúricos.

Son depresores del SNC (en argot: bombones, barbis, caramelos, peanuts...). Deben su nombre al hecho de que el primer inductor sintético del sueño (ácido barbitúrico o malonilurea) se descubrió un día de Santa Bárbara a finales del Siglo XIX. Desde entonces se han obtenido más de 2.500 de los que unos 60 se han empleado en medicina como hipnóticos y sedantes en el tratamiento de la ansiedad, insomnio, epilepsia, migrañas y como anticonvulsivante, aunque los efectos varían según la sustancia y se incrementan cuando se combinan con alcohol y otras drogas.

Pueden ser de larga, media y corta duración en función del tiempo que tardan en actuar y en ser eliminados del organismo. Su uso frecuente causa dependencia física y psíquica y el síndrome de abstinencia que se genera puede llegar a ser de gravedad extrema. El margen de seguridad entre la dosis eficaz y la dosis letal en el uso de los barbitúricos es muy pequeño por lo que las sobredosis son muy habituales y muy problemático su control fuera del ámbito hospitalario. Por este motivo los barbitúricos están sufriendo una desaparición progresiva del mercado farmacéutico, siendo sustituidos por otras sustancias más controlables y seguras como las benzodiazepinas y quedando restringidos cada vez más al uso hospitalario y en trastornos muy concretos. Los más importantes son: fenobarbital (Luminal, Distovagal, Epanutín, Solufilina,...), amobarbital (Placidel, Isoamital,...) y secobarbital (Somatarax).

4.1.4.4. Benzodiazepinas.

Fármacos que producen depresión del SNC y son muy eficaces en la práctica médica. Por su utilidad y mayor margen de seguridad, están sustituyendo a los barbitúricos en los tratamientos de la ansiedad, epilepsias, insomnio severo, etc. Sin embargo también pueden generar dependencia y síndrome de abstinencia, aunque no

suele ser tan grave como el del barbitúrico. Las sobredosis mortales son raras ya que requiere un consumo muy alto, a no ser que se consuman junta a alcohol y otras drogas. Unas se pueden usar más como tranquilizantes y otras más como hipnóticos, las más habituales entre muchas más son: Alprazolam (Trankimacín), Bromacepam (Lexatín), Cloracepato (Tranxilium, Dorken), Clordiacepóxido (Huberplex), Diacepam (Valium, Aneurol, Stesolid...), Flunitrazepam (Rohipnol) y Loracepam (Orfidal, Idalprem).

4.1.5. Principales drogas estimulantes del S.N.C:

4.1.5.1. *Cocaína.*

Sustancia derivada de la planta *Erythroxylum*, es un alcaloide con acción anestésica en el sistema nervioso periférico y estimulante sobre el SNC (Caballero, 2005). La cocaína (en argot: nieve, dama blanca, perico, farlopa...) se da abundantemente en las regiones montañosas de Sudamérica, principalmente en Colombia, Bolivia y Perú. Durante Siglos, los indígenas americanos han mascado las hojas de coca en sus ceremonias religiosas o para aliviar los síntomas de cansancio provocados por trabajar en las condiciones de baja presión de oxígeno debido a la altitud media de la cordillera de los Andes. La concentración de cocaína así ingerida es mínima, por lo que no se producen serios problemas por esta forma de consumo.

A finales del Siglo XIX se descubrió una técnica para obtener un anestésico local de la hoja de coca, el clorhidrato de cocaína, que rápidamente se popularizó como ingrediente del Vino Tónico de Angelo Mariani, y posteriormente de muchos más productos comerciales. Pendergrast (1997) comentó que Sigmund Freud llegó a aconsejar el uso de la cocaína en el tratamiento de la depresión y la morfinomanía hasta que se descubrió el riesgo de dependencia.

Durante el proceso de producción del clorhidrato de cocaína se obtiene un producto intermedio, el sulfato de cocaína (en argot: pasta, basuko), de consumo casi exclusivo en Sudamérica.

Aunque las vías de administración de la cocaína son básicamente intranasal e intravenosa, también se puede consumir fumada pero requiere una preparación especial ya que la cocaína no es volátil y se destruye a temperaturas elevadas, por lo tanto se puede consumir fumada en forma de base libre y de "crack". Estas formas de consumo (freebasing) son especialmente adictivas ya que su efecto es fulgurante e inmediato. De

hecho se considera el consumo de “crack” como la forma más adictiva de consumir la droga más adictiva: la cocaína.

Durante años se creyó que la dependencia de la cocaína era exclusivamente psíquica, pero en los últimos años se ha descrito un síndrome de abstinencia físico, que puede llegar a durar más de 10 semanas y que se caracteriza por depresión, insomnio, irritabilidad, confusión y alteraciones del ánimo. También se ha tenido la falsa idea de que la cocaína no se “corta” con otras sustancias, habiéndose demostrado que prácticamente son las mismas que las utilizadas para la heroína, por lo que se pueden añadir las mismas complicaciones derivadas de este hábito entre los cocainómanos si tenemos en cuenta que la pureza de la droga en el mercado ronda entre el 24 y el 40%.

Los efectos del consumo de cocaína son variados y afectan a muchos sistemas orgánicos, pudiendo presentarse entre otros: midriasis, cefaléa, distimia, infarto cerebral, convulsiones, ideas paranoides de persecución o amenaza y crisis de pánico, siendo posible la sobredosis letal. Otro peligro creciente entre los adictos a la cocaína es el consumo compatible con la heroína, dándose casos de doble dependencia en consumidores de “bolas de speed” (heroína + cocaína).

Las enfermedades que puede producir el consumo de cocaína afectan al aparato respiratorio (parada respiratoria, edema pulmonar, tos, disnea, dolor torácico, quemaduras laríngeas, hemoptisis y por uso crónico la perforación del tabique nasal y rinosinusitis purulenta), al sistema cardiocirculatorio (arritmia, infarto, hipertensión arterial, neumomediastino), al SNC (hemorragia subaracnoidea o parenquimatosa, infartos isquémicos, convulsiones, hipertermia maligna, cefaleas y distonías), al sistema muscular (rabdomiolisis), al aparato digestivo (hepatotoxicidad) y, al sistema endocrino (trastornos de la erección, eyaculación retrógrada, trastornos menstruales y galactorrea).

4.1.5.2. Anfetaminas.

La anfetamina (en argot: anfetás, dietas, bennies) es un estimulante del SNC producido de forma sintética en Alemania a finales del Siglo XIX. Durante la Segunda Guerra Mundial se administró a los soldados para combatir la fatiga provocada por las batallas y en tratamientos contra el asma. En Europa fueron utilizadas por los universitarios especialmente en época de exámenes. Posteriormente se utilizó en el tratamiento de la narcolepsia, obesidad, enfermedad de Parkinson, depresión e

hiperactividad infantil aunque en la actualidad apenas son utilizados debido a los riesgos de su uso.

Los efectos son muy similares a los descritos en el caso de la cocaína y las formas más usuales de presentación de las anfetaminas son: sulfato de anfetamina (en argot “speed”). Normalmente aquella que se fabrica de forma ilegal contiene muchas impurezas. En nuestro país se comercializa como Centramina, sulfato de dexanfetamina (nombre comercial: Dexedrina y Metilamfetamina). Similar al sulfato de anfetamina pero mucho más activa, por lo que puede venderse como anfetamina de gran calidad. Existe también una forma fumable conocida en argot como “ice” (hielo) normalmente de gran pureza y con un alto potencial de generar dependencia y tolerancia y se han dado casos de muerte súbita con dosis bajas por lo que se especula que, al igual que ocurre con la cocaína, no existen dosis seguras.

Las enfermedades que puede producir el consumo de anfetaminas afectan al aparato cardiocirculatorio (miocardiopatía, fibrilación ventricular, infarto), al sistema respiratorio (edema pulmonar, fibrosis y hipertensión pulmonar), al SNC (hemorragias, edemas, hipertermia, convulsiones, disquinesias, psicosis tóxica en consumo crónico), al sistema sanguíneo (reacciones leucemoides), renal (insuficiencia renal), y endocrino (impotencia y retraso del crecimiento).

Otros productos psicoestimulantes de síntesis de efectos similares a las anfetaminas son: efedrona (en argot “cat”, “goob”), metilfedinato (Rubifen), pemolina, aminorex, metilaminorex...

4.1.6. Principales drogas perturbadoras del SNC

4.1.6.1. Éxtasis.

El nombre científico es el de metildioximetilamfetamina (MDMA), pero es más conocida por su nombre en argot de “éxtasis”, “burgers”, “X”, “M” o “M25”. Su nombre se asocia con el término “drogas de síntesis”, puesto de moda en los últimos 15 años, aunque este es un concepto erróneo, ya que literalmente son aquellas que no existen de forma natural y han de ser creadas en laboratorios, por lo tanto la heroína puede ser considerada “droga de síntesis”, al ser precisa en su elaboración una acción química. Por tanto cuando hablamos de “drogas de síntesis” no podemos interpretar que hablamos exclusivamente de MDMA.

El “éxtasis” o MDMA es una droga alucinógena con propiedades estimulantes por lo que también podría estar incluida en el apartado de estimulantes del SNC. La MDMA fue patentada en Alemania en 1914, pero no fue hasta los años setenta cuando se le dio un uso médico en terapias psiquiátricas en los EEUU. Desde 1985 coincidiendo con la prohibición de la MDMA por la legislación norteamericana, su consumo ha experimentado un fuerte incremento en Inglaterra y España asociado al fenómeno “acid house” y la “ruta del bakalao”.

La vía de administración más usual es la oral y los efectos aparecen entre treinta minutos y una hora después del consumo. Debido a la elaboración en laboratorios clandestinos la presentación es muy variable apareciendo en tabletas de múltiples formas y colores, así como mezcladas con otras sustancias en diversas dosis (LSD, anfetaminas...) por lo que los efectos son muy variados, apareciendo midriasis, sequedad de mucosas, aumento de la tensión arterial y frecuencia cardiaca y a dosis altas, insomnio, crisis de pánico, psicosis y alucinaciones visuales y auditivas. La muerte por consumo de MDMA se puede producir independientemente de la dosis administrada, y están contabilizados catorce casos de fallecimiento por consumo de MDMA entre los años 1989 y 1995, pero dada la capacidad perturbadora de esta sustancia se puede interpretar que muchas muertes por accidentes de tráfico pueden tener su origen en el consumo de MDMA.

Si se consume durante un periodo prolongado pueden aparecer episodios de “flash-back” (experiencia alucinógena sin ingesta de la sustancia). El uso continuado favorece la aparición de tolerancia y hay indicios para suponer que existe cierto grado de dependencia.

4.1.6.2. LSD.

La sustancia alucinógena más conocida es el LSD 25 o dietilamida del ácido lisérgico (en argot: “ácido”, “tripi”, “secante”), fabricada a partir del cornezuelo del centeno en la década de los cuarenta para facilitar la psicoterapia en pacientes psiquiátricos y administrada en dosis minúsculas (25 microgramos). Pero no fue hasta los años sesenta y asociado a determinados grupos de música y ciertos ambientes literarios, cuando inició el consumo ilícito del LSD aumentándose la dosis media hasta 200 microgramos. El efecto alucinante incluye experiencias tan subjetivas como “oír”

los colores y “ver” la música. Actualmente la dosis habitual es de 75 microgramos y se presenta en forma de papel secante troquelado en cuadrados de 6x6 mm, e impregnado de LSD disuelto en un líquido. Lo que da una idea de la dificultad de identificación como droga es que una hoja de papel secante del mismo tamaño que la empleada en la elaboración de estos apuntes, permite la fabricación de más de 1500 dosis. Estas hojas están además impresas con personajes de “comics” (Batman, Bart Simpson, Conan el Bárbaro...) y otros dibujos para hacerlas así más atractivas para el potencial consumidor.

Se desarrolla tolerancia de forma muy rápida si existe un consumo habitual, pero igualmente desaparece en 5-6 días, por lo que los consumidores suelen repetir la experiencia con el LSD con una periodicidad semanal. Los efectos comienzan a manifestarse una hora después de la administración por vía oral y desaparecen al cabo de 8-12 horas y aún más en el caso de un “mal viaje”. Puede cursar con pérdida del control emocional, desorientación, vértigo y pánico. Las secuelas más importantes del consumo de LSD son secuelas psicológicas como psicosis o el “flash-back” (retorno a la experiencia alucinógena incluso meses después de la última toma).

Dentro de las drogas alucinógenas destacan además del LSD otras sustancias obtenidas de diversas plantas (generalmente setas) y que tienen un uso casi testimonial en nuestras latitudes. Las más importantes son: psilocibina (se extrae de la seta *Psilocybe Mexicana*), mescalina (procede del cactus del peyote y era empleada por los indios mejicanos en sus ceremonias religiosas), ololihuqui o “Morning Glory” (procedente de plantas de Centro y Sudamérica), miristina (principio activo de la nuez moscada, presente en todas las cocinas de Europa y América como condimento. Su consumo como alucinógeno se localiza principalmente en los EEUU), amanita muscaria (la seta con propiedades alucinógenas más frecuente en nuestro medio), ibogaína (originaria del Congo y la costa occidental africana), Kawa-kawa (procede de la raíz de una variedad de pimienta propia de las islas del Pacífico), escopolamina (es el principio activo de plantas como Belladona, beleño, datura estramonium y mandrágora, todas ellas presentes en España. Su consumo fue muy frecuente en la Edad Media asociado a prácticas de brujería) y DMT o bufotenina (procedente de Haití y la cuenca del Orinoco es consumido en forma de un rapé llamado “cohoba” por los guerreros de las tribus locales para hacerse insensibles al dolor y al miedo).

Otras sustancias con los mismos efectos alucinógenos, pero obtenidas en laboratorios son: fenciclidina (en argot: PCP, polvo de ángel, clorhidrato de ketamina que se utiliza como anestésico) o el STP (iniciales de Serenidad, Tranquilidad y Paz).

4.1.6.3. Cannabis.

Conocida desde hace más de 5000 años la planta *Cannabis sativa* fue utilizada en un principio para la elaboración de cuerdas y sogas de cáñamo. Su uso como sustancia psicoactiva es histórico en los países cultivadores, aunque no fue hasta los años sesenta cuando comenzó a tener un uso popular en Europa y EEUU (en argot: maría, hashish, mierda, hierba, grifa, costo, kif, chocolate, mandanga, etc.).

El principio activo es el tetrahidrocannabinol (THC) que se encuentra en toda la planta excepto en las semillas, aunque el porcentaje de THC varía de unas partes a otras:

- ✚ Marihuana (contiene un 10 % de THC), son las flores, tallos y hojas de la planta cortados y triturados. Se consume básicamente fumada sola o mezclada con tabaco, aunque también puede ingerirse;
- ✚ Resina, se presenta comprimida en bloques o losas. Conocida popularmente como hashish, palabra probablemente derivada de la secta islámica persa de los hashishin, de donde deriva también el vocablo “asesino”. Contiene hasta un 20 % de THC y se consume mezclada con tabaco;
- ✚ Aceite, se obtiene mezclando la resina con acetona o alcohol y filtrando dicha mezcla, quedando un aceite que contiene un porcentaje de THC de hasta un 80 %. Su consumo se realiza impregnando el tabaco o el papel de los cigarrillos.

Está considerada como una droga alucinógena “menor”. Es la droga ilegal de mayor consumo en Europa y un 40 % de los jóvenes españoles de entre 15 y 30 años la han probado en alguna ocasión. Los efectos aparecen a los pocos minutos del consumo y pueden durar algunas horas, aunque varían mucho según la dosis. Suele comenzar con sensaciones placenteras de alegría, locuacidad y bienestar, aunque en personas condicionadas como deprimidos, consumidores novatos o dosis elevadas pueden aparecer efectos desagradables como suspicacias, paranoias y crisis de pánico.

La tolerancia se desarrolla rápidamente en los consumidores habituales y decae cuando cesa el consumo. Se han descrito casos de dependencia psíquica caracterizados por ansiedad, insomnio, alteraciones de la fase REM del sueño y se comienza a hablar de un síndrome de abstinencia físico con diarrea y pérdida de peso. Los riesgos de muerte por sobredosis son inexistentes, ya que no se ha descrito ningún caso probado, aunque lo que sí se ha demostrado es que el humo del cannabis tiene mayor potencial cancerígeno que el del tabaco y que produce trastornos en los fetos de las madres consumidoras ya que el THC aparece en la leche materna y también atraviesa la barrera placentaria.

Las enfermedades que pueden provocar en las personas son: intoxicación aguda, euforia, distorsión de la percepción, somnolencia, taquicardia e hipotensión; Intoxicación crónica como síndrome amotivacional, trastornos de la memoria y flash-back; sobre el aparato respiratorio como enfermedad pulmonar obstructiva crónica y sobre el aparato reproductor como antiandrógeno y antiprogesterona.

4.1.6.4. Sustancias volátiles.

Son sustancias consumidas principalmente por menores, dada su fácil adquisición al requerir un desembolso mínimo y estar presentes en múltiples productos domésticos del mercado como disolventes, lacas, pegamentos, pinturas, sprays, tintes, colas... La vía de administración es inhalatoria. El abuso surgió en EEUU en los años cincuenta, aunque su utilización en nuestro país fue minoritario, los efectos producidos en usuarios que en ocasiones no han cumplido los seis años son siempre dramáticos, como hemos observado.

Los efectos más corrientes son un comportamiento antisocial inestable, aturcido, mirada vacía y alucinaciones visuales y pueden afectarse órganos vitales como corazón, pulmones, riñón y cerebro. Las muertes accidentales son frecuentes. Normalmente tienen un efecto depresor del SNC por lo que también podrían clasificarse en ese grupo. No existen pruebas de una dependencia física, pero la dependencia psíquica puede ser muy grave.

Otra droga que se administra inhalando sus vapores es el nitrito de amilo (en argot: poppers, nitratos, bananas) es de uso médico muy habitual como antídoto del

cianuro y en la terapia de la angina de pecho, aunque su uso como sustancia alucinógena está hoy muy restringido y se centra principalmente en los ambientes homosexuales.

4.2. Tratamiento.

4.2.1. Programa educativo terapéutico.

El tratamiento que llevamos a cabo para la rehabilitación de adicciones, incide tanto en lo educativo como en lo terapéutico, entendiendo cada término como:

- ✚ Educativo: la educación consiste esencialmente en el desarrollo de las facultades humanas. El hombre a lo largo de la vida debe ir integrando su conocimiento para insertarse en la sociedad. Para ello el individuo debe ser autónomo. La educación tiene como fin prepararse para que las personas se integren en la sociedad.
- ✚ Terapéutico: es terapéutico todo aquello que es capaz de curar y, terapia es un conjunto de acciones que se ejercen sobre una persona y se dirigen a curar una enfermedad o se dirigen a modificar una personalidad o conducta.

Es complejo saber hasta dónde la terapia o el tratamiento es educativo y hasta dónde es terapéutico, porque es educativo en tanto en cuanto lo que hace es poner los medios e instrumentos al servicio de la persona para que realice un proceso de crecimiento personal y experiencial porque lo hace en contacto con la realidad del mundo de la adicción; terapéutico, si entendemos por estar sano, el vivir más felices y dignamente, es decir, ambas cosas que se pretenden evaluar en esta investigación.

4.2.2. El aprendizaje social.

Rotter (1945), basándose en el trabajo de Miller y Dollard (1941), planteó que una vez que se lleva a cabo un determinado comportamiento; éste produce una motivación específica en la persona, para volverle a realizar o no. Si el comportamiento tiene consecuencias positivas se repetirá y si tiene consecuencias negativas se evitará.

Si la persona considera que va a tener unas consecuencias positivas de su comportamiento y que tiene una alta probabilidad de que éste ocurra; habrá más posibilidades de que la persona lleve a cabo dicho comportamiento. Las consecuencias

positivas fortalecen la repetición de un comportamiento y las consecuencias negativas fortalecen la extinción del mismo.

Albert Bandura (1977) expandió la idea de Rotter, y expuso en su teoría aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual. El aprendizaje conductual considera que el entorno de las personas produce que actúen de un modo determinado. El aprendizaje cognitivo considera que las variables psicológicas son influencias fundamentales en el comportamiento de las personas. El aprendizaje social planteó la combinación de ambos factores: los sociales (entorno) y los psicológicos, como influyentes del comportamiento.

La teoría del aprendizaje social contempló como necesarias tres condiciones para que las personas puedan aprender y modificar su comportamiento: retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (un buen motivo para querer realizar esa conducta).

Albert Bandura expuso en su "teoría del aprendizaje social" tres formas posibles de aprendizaje de conductas: el aprendizaje por asociación o condicionamiento, el aprendizaje por experimentación de consecuencias y el aprendizaje por observación o modelos, o aprendizaje vicario.

Desde la teoría del aprendizaje se destacan tres aspectos:

- ✚ La conducta está regulada en gran medida por sus consecuencias.
- ✚ Como regla general, el observar el éxito en el comportamiento ajeno aumenta la tendencia a comportarse de forma similar, y si la conducta del modelo es castigada ocurre lo contrario, la tendencia es a disminuirlo.
- ✚ Uno de los antecedentes (función de estímulo) que más influye en el comportamiento son las expectativas que la gente tiene respecto a su propia eficacia personal.

La persona desde la infancia entra en un proceso de socialización que le permite aprender pautas de conducta, comportamientos; en una palabra, cómo actuar partiendo de unos modelos como son: la familia, la escuela, el barrio, la ciudad, etc., es decir, siempre dentro de un marco social y cultural.

Si todo este proceso se interrumpe por múltiples causas, en la persona surge la marginación, que por definición es: situación de un individuo o grupo de individuos que por su condición de vida no están integrados en la sociedad a que pertenecen.

Esto sucedería en el caso de las personas con las que nos encontramos en esta tesis, con lo cual es necesario para estas personas que ese aprendizaje social que, en su momento se paró o bloqueó, vuelva a darse, es decir, que se dé realmente un aprendizaje social.

Las condiciones necesarias para que se lleve a cabo el aprendizaje social son:

- ✚ Dar información: sobre instrumentos, sobre metodología, sobre objetivos, sobre la situación y participar en reuniones.
- ✚ Garantizar espacio creativo: ambiente permisivo y leal, respeto usuarios/formas, no rigidez en la estructura, distinguir entre prevenir y trabajar con el conflicto.
- ✚ Derecho a la persona a expresar opiniones: favorecer el grupo, consensuar decisiones, aceptar opiniones divergentes y autoayuda.
- ✚ Abiertos a revisarnos con el residente: el individuo y grupo abiertos a revisión,
- ✚ Creatividad: aportación personal y colectiva,
- ✚ Revisión: qué cambiar, y
- ✚ Aprendizaje: qué conclusiones.

Teniendo en cuenta los dos puntos expuestos con anterioridad y mi experiencia en este ámbito en Proyecto Hombre Salamanca, entendemos el tratamiento no como un método, sino más bien se aproxima a una filosofía de vida; su fundamento se sitúa en el concepto de autoayuda, garantizada por la ética de la solidaridad comunitaria y grupal y cuyo objetivo principal es promover un proceso de desarrollo personal a través de una interacción social que tiende a la autonomía. Cualquier intento de definición lo empobrece.

Por lo tanto, el programa para la rehabilitación de toxicómanos parte y se deriva del movimiento de comunidades terapéuticas, esta metodológicamente basado en la autoayuda y tiene un concepto humanista del hombre: ser. Considera el problema de la toxicomanía como un síntoma del individuo en crisis (crisis existencial, falta de sentido) y pretende dar sentido a lo cotidiano. Se entiende como el proceso del individuo, en el que la persona debe de hacer un proceso de cambio madurativo en tres áreas: comportamental, afectiva-cognitiva y decisonal-espiritual.

4.2.3. Proceso personal.

Si hablamos de proceso personal, es importante clarificar quienes son las personas protagonistas del mismo y qué características las definen, es decir, quién es la persona toxicómana que acude a nosotros y cuales son sus rasgos y/o características.

Entendemos que la drogodependencia de una persona lleva consigo, por lo general, una detención o deterioro importante en el proceso de maduración y crecimiento personal de la misma. Podemos decir que los drogodependientes precoces perdieron la oportunidad de alcanzar tanto una autovaloración adulta como unas relaciones interpersonales maduras y el ejercicio efectivo de sus recursos y capacidades sociales, así como un desarrollo adecuado de sus capacidades volitivas.

Para otros la drogodependencia ha reducido su mundo existencial y relacional: valores, inquietudes humanas, sociales y relaciones. Hay una serie de necesidades, actitudes y valores vitales que quedan afectadas por la drogodependencia: autoestima, autonomía, comunicación, amistad, responsabilidad, compromiso social... Presentan por lo general unos niveles bajos de tolerancia a la frustración y al malestar.

Si la persona se caracteriza cualitativamente por la autoconciencia de la realidad individual y externa, así como por la capacidad y necesidad de afrontarla responsablemente, en la mayoría de los drogodependientes estos dos aspectos quedan seriamente dañados. Todo el ámbito existencial de valores, actitudes, conducta ética, nada en la confusión y la incoherencia, dado que ha invertido su escala de valores y carece de autonomía y capacidad de elección; por lo que es fundamental un proceso de maduración y crecimiento personal que le posibilite la integración y resocialización en las mejores condiciones posibles.

Prochaska y DiClemente (1994), describieron las fases para el Proceso de Cambio en las dependencias, mediante el siguiente esquema.

Según esto podemos hablar de un proceso que se realiza según un modelo tridimensional, entendiéndose que se da según tres ejes, que serían los siguientes:

- ✚ Un eje horizontal que llamaremos estadios y que haría referencia al cuando se realizan los cambios. Distinguiremos tres estadios: Iniciación y 1ª motivación, Crecimiento personal e Incorporación social o Afianzamiento del estilo de vida autónomo.

- ✚ Otro vertical, que serían los Niveles de Cambio, que responden a qué se necesita cambiar. Aquí haríamos referencia a cuatro niveles ya que las conductas adictivas se producen en el contexto de unos niveles interrelacionados de la actividad humana. Estos niveles serán: N. Comportamental, N. Afectivo (relaciones interpersonales y familiares), N. Cognitivo y N. Existencial (entendiendo por tal todos los aspectos ético, escala de valores y estilo de vida)
- ✚ El tercer eje que podríamos decir diagonal lo llamaremos Procesos de Cambio y respondería al cómo se realizan los cambios.

Dicho trabajo se realiza en el proceso si entendemos por tal la actividad iniciada o experimentada por una persona que modifica el afecto, la conducta, las cogniciones o las relaciones interpersonales. Tal proceso lo podemos definir también como la acción de ir hacia delante y la acción de cambio tanto intrapersonal como interpersonal. Este proceso será un continuo pero no lineal sino más bien en espiral con múltiples bucles, con altos y bajos, estancamientos, marcha atrás a veces, pero siempre acumulativo en el sentido de que todo aquello que se va consiguiendo es enriquecedor para la persona y supone un aprendizaje aunque en ocasiones sea de los propios fracasos, sobre lo cual va a seguir madurando y construyendo. Desde aquí podemos entender muchas de las recaídas como momentos o episodios de este proceso en especial.

El proceso de rehabilitación irá desde el abandono del consumo al alejamiento del mundo de la droga, pasando por el crecimiento personal con la mejora de la autoestima, conocimiento personal, trabajo sobre las relaciones interpersonales y modificación de los patrones interaccionales, estilo comunicativo (reconocimiento y expresión de sentimientos) y cambio en las variables intrapersonales de tipo cognitivo, hasta la elección de un estilo de vida propio con una escala de valores que le dé sentido y le permita la integración social y una vida autónoma, satisfactoria y libre de drogas. La persona pasará de la impulsividad o inmediatez a la demora y la adecuación a la realidad y posibilidades personales, sabiendo esperar en la obtención de recompensas y pasará de la necesidad de satisfacciones externas a la obtención de satisfacciones que muchas veces vendrán de un mismo.

Las dimensiones están intrínsecamente relacionadas de manera que por un lado el proceso en estadios no es lineal sino en espiral, admitiendo por ello que la persona, en ocasiones, entra en una especie de círculos viciosos en que estaría dando vueltas sobre

sí mismo y no habría avances en su situación en los estadios. En otros momentos esas vueltas en espiral aunque aparentemente no supongan un cambio en su situación en los estadios e incluso en ocasiones suponga un retroceso, están suponiendo una interacción de la persona consigo mismo, por un lado, y con lo que le rodea por otro que suponen un enriquecimiento personal y por tanto un avance en su proceso personal.

Del mismo modo entendemos que cambios en algunos aspectos o niveles de la persona no se pueden dar sin modificaciones previas en otros y que si concebimos a la persona como un sistema debemos considerar que cualquier cambio en uno de los aspectos provocará cambios más o menos significativos en los otros, que a su vez por la ley de la retroalimentación repercutirá sobre los primeros.

De la misma manera debemos considerar que aunque unos niveles se trabajen y cambien fundamentalmente en un estadio del proceso más que en otros, dada la propia dinamicidad de la persona todos se modifican y cambian de alguna manera en todos y cada uno de los estadios.

Hemos de tener en cuenta que la persona drogodependiente no parte de cero en su proceso de maduración personal y que cada persona es distinta a las anteriores y tanto su momento como su estado de madurez es diferente por lo que el trabajo personal será distinto y tendremos que tener la suficiente capacidad de individualizar los procesos como para entender el momento personal de cada uno y colocarlo en la situación que mejor pueda favorecerlo.

4.2.3.1. Nivel comportamental.

En este nivel, el objetivo es pasar de un comportamiento destructivo o autodestructivo a otro socialmente adecuado y responsable. De un comportamiento forzado o condicionado a uno libremente elegido.

Proceso de cambio comportamental: mediante la adquisición de normas y límites, control de impulsos, realización de tareas, asunción de responsabilidades, autocontrol, decisión interna y responsabilidad social.

Comenzamos generalmente por lo conductual porque el cambio suele ser más rápido de conseguir, más consciente y contemporáneo y suele representar la principal razón por la que se acude. Al avanzar hacia niveles más profundos nos encontramos con

determinantes que pertenecen a momentos más alejados de la historia del individuo, más compleja será la intervención terapéutica y más resistencias habrá.

En un primer momento se cambia el comportamiento debido a una petición externa. El programa y el grupo le piden a la persona, a través de unas normas que se le exigen como condición para permanecer en el mismo y de unas tareas que deberá realizar, que modifique una serie de comportamientos. Las normas irán dirigidas a que la persona se aleje del ambiente relacionado con la droga, tanto de la sustancia en sí como de las personas y situaciones relacionadas con ese ámbito. En realidad a través de ellas se realizará por un lado lo que en lenguaje conductual se denomina “control de estímulos”, no exponiéndose a estímulos que le puedan llevar a consumir, y por otro será la base para iniciar un estilo de vida distinto fuera del ambiente en que se ha movido hasta ahora.

Las tareas servirán para que comience un cambio en su estilo de vida llevando a cabo una serie de responsabilidades, comenzando a trabajar los aspectos volitivos de la persona y una cierta exigencia y disciplina personal.

Estos primeros cambios de comportamiento rápidos y relativamente fáciles de conseguir, al menos momentáneamente harán posible conseguir una primera motivación ya que las personas, comienzan a comportarse y por tanto a verse de una manera muy distinta a la que mantenían muy poco tiempo antes y por otro lado también aquellos que están a su alrededor perciben ese cambio lo que actúa como reforzador de la conducta y a su vez favorece el efecto de retroalimentación.

En un segundo momento el comportamiento será fruto de una motivación interna provocada también por el trabajo en el campo afectivo. Dichos comportamientos ya no son por una exigencia normativa o porque los demás se lo pidan sino por un compromiso que la persona va adquiriendo con los demás, por una asunción de responsabilidades y un grado de exigencia personal, así como un fortalecimiento de sus capacidades volitivas que va adquiriendo a lo largo del proceso. Existe un autocontrol de los comportamientos.

La persona deberá tener espacio para proponer y realizar comportamientos y responsabilidades personales. Debe tener espacio para las propias decisiones. Este cambio será favorecido y motivado por el clima de corresponsabilidad con los otros y el compromiso comunitario desde la dinámica de autoayuda.

En un último momento el comportamiento será el resultado de una decisión interna, que será reflejo del cambio en su manera de pensar y tomar decisiones así como del momento afectivo en que se encuentra y consecuencia lógica de un cambio en la manera de situarse ante la vida. Estos comportamientos ya no tienen incidencia sólo en el ámbito el Programa si no en la sociedad en que la persona vive y en las personas que lo rodean en ella y por tanto hay una responsabilidad social en los comportamientos que elige, de lo cual debe hacerse consciente. Deberá analizar y decidir también qué tipo de comportamientos le van a permitir integrarse de una mejor manera en la sociedad que vive.

En este proceso, en ocasiones se da una vuelta a atrás en el sentido de recuperar comportamientos e imágenes duras o utilizadas en otros tiempos que le dan mayor seguridad ante la inseguridad interna que vive ante las nuevas dificultades de resocialización. Habrá que entenderlo como crisis por las que se pasan y con las que habrá que trabajar ayudando a reflexionar a la persona sobre ello y no como un indicativo de que esa persona no ha hecho ningún proceso ni interiorizado nada. Será necesario en estos casos mantener un ambiente donde la exigencia de comportamientos responsables sea importante pero sobre todo desde una reflexión de los propios residente y no solo como una imposición de manera que sus comportamientos sea el resultado de una decisión madura.

4.2.3.2. Nivel afectivo.

En este nivel se da paso de la dependencia a la autonomía, de la soledad y el egoísmo a la pertenencia afectiva y la valoración de los demás en su vida. De la inestabilidad afectiva y emocional a la búsqueda de un mayor equilibrio.

Proceso a nivel afectivo: las personas con problemas de adicción, se ven desbordados por los sentimientos, por los impulsos, sin objetividad. Se mueven habitualmente desde las necesidades emocionales, apetencias, vivencias, con la afectividad inestable, con una gran labilidad emocional. Todo ello se traduce muy frecuentemente en soledad, establecimiento de relaciones utilitaristas, dependientes y egoístas, e insatisfacción afectiva.

En un primer momento la persona experimenta que se le escucha, que se le respeta, se le da el mensaje de que su persona es importante aquí y ahora, más allá de lo que haya sido y lo que haya hecho hasta ahora.

A partir de este momento puede elegir entrar a formar parte de un grupo de personas que han tenido sus mismos problemas, en un ambiente libre de drogas y libre de juicios y prejuicios, en un espacio donde puede relacionarse, concienciarse de que no está sólo en su esfuerzo, donde puede exponer sus dificultades, donde será exigido y valorado, donde comenzará a establecer relaciones de amistad. Todo ello facilita el bajar las defensas y como consecuencia dello comenzar a verse a sí mismo más claramente y dejar que los demás también lo conozcan.

A continuación, mediante el clima de respeto y autoayuda la persona experimentará con más fuerza la pertenencia a un grupo, sentirse significativo para los otros. Se pasa de la dependencia a la interdependencia, me necesitan y necesito de los otros, doy y me dan. Lo que ocurre en el grupo no me es extraño, me siento corresponsable de él. Esto proporciona identidad a la persona y la necesidad que toda persona tiene de experimentar la amistad y el pertenecer a algo y que muchos drogodependientes han perdido o no han experimentado nunca en muchos de los casos.

Este ambiente le permitirá a la persona experimentar otro tipo de relaciones y explorar en su área afectiva para descubrir sentimientos, necesidades, bloqueos, mecanismos de defensa, es decir, realizar un proceso de conocimiento y observación de sí mismo, así como de cambio tanto en variables interpersonales como intrapersonales y crecimiento personal en los siguientes aspectos:

- ✚ Descubrimiento del yo a nivel emotivo, quién soy, cómo me comunico y cómo me relaciono y siento con los demás, cuáles son mis experiencias pasadas y cuales las actuales.
- ✚ Análisis del aquí y ahora y análisis histórico que me permita conocer cuáles son mis recursos y cuales mis capacidades y limitaciones.
- ✚ Reconocimiento y expresión de los sentimientos propios así como el de los otros, control de los mismos, aprender que sus sentimientos no tiene que dictar su forma de actuar, a controlar el comportamiento independientemente de cuales sean sus sentimientos.

En un último momento y realizado ya el trabajo anterior la persona continuará su proceso terapéutico buscando el llegar a un estilo de vida autónomo en el plano afectivo en un marco relacional más amplio y de una mayor libertad. Esto llevará consigo el elegir aquellas personas con quien quiere relacionarse, amigos, pareja, familia, etc., adquiriendo relaciones nuevas o manteniendo relaciones anteriormente adquiridas. Esto ya no está determinado o limitado por el Programa como hasta ahora sino que dependerá de la libre decisión de la persona.

Debe llegar a una maduración afectiva tal que su conducta no esté marcada y dirigida por los sentimientos, que deberá saber reconocer y expresar adecuadamente, sino que haya un equilibrio entre éstos y el pensamiento, de manera que la persona sea capaz de tomar decisiones desde la responsabilidad, los compromisos adquiridos y el estilo de vida que ha elegido y sea capaz de asumir las consecuencias de sus actos. También deberá haber adquirido una cierta capacidad en el sentido de ser capaz de soportar el malestar (afrontar la baja tolerancia a la frustración), de saber vivir y manejarse sin hacer lo que desea en todos los momentos, ser capaz de soportar cierto rechazo o no reconocimiento, empezar a perder el miedo a los juicios de los demás y no dejarse bloquear por ellos.

Esta autonomía afectiva le permitirá satisfacer sus necesidades pero manteniendo su integridad personal y el respeto por los demás. Pasar del sentirse bien al estar bien.

4.2.3.3. Nivel cognitivo.

El proceso cognitivo evolucionará desde una estructuración cognitiva inducida por el Programa en un primer momento, pasando por un periodo posterior de reestructuración personal, hasta llegar al afianzamiento de una estructura cognitiva funcional que sea propia y autónoma. Estos tres momentos, como ocurre en todos los procesos, aunque son secuenciales, no lo son de forma absoluta, y el residente las va viviendo de una forma dinámica, a menudo solapándose.

Este proceso, como vemos está muy relacionado con el del nivel afectivo, ya que tenemos que tener en cuenta que lo afectivo y lo cognitivo están íntimamente relacionados, a menudo se condicionan mutuamente y es difícil decidir si una vivencia concreta de una persona es expresión de lo cognitivo o de lo afectivo, siendo lo más

factible que un hecho afecte globalmente a ambos niveles, haciéndose pues necesario tener en cuenta esta interrelación de los dos niveles. En todo caso, lo específico del trabajo en el nivel cognitivo es el cambio del residente en su modo de procesar la información (entendida de modo amplio, es decir, incluyendo lo que percibe de su relación con los demás, de los acontecimientos que vivencia, etc.) de tal forma que el final de ese procesamiento, que será una conceptualización o una decisión concreta, sean más funcionales y positivas.

La persona llega al programa cognitivamente muy deteriorada: ha estado inmerso en un círculo de hábitos de decisión dependiente, más que racionales y objetivos, procesa la información que recibe del medio de un modo muy inadecuado, condicionado por apetencias, presuposiciones incorrectas, creencias irracionales y evaluaciones no correspondientes con la realidad, se propone metas excesivamente inmediatistas, tiene un concepto de sí mismo, de sus posibilidades y de su entorno, es decir, un Mapa Representacional, muy distorsionado, y sus capacidades de imaginación, fantasía, creatividad, conceptualización, percepción, etc., infrautilizadas o sobreexplotadas.

En un primer momento, el clima afectivo va a permitir también que dé comienzo la observación de sí mismo, el conocimiento de sus valores y sus límites, que pondere las ventajas y las dificultades en la relación con sus iguales y con su familia, comience a tomar conciencia de las ventajas e inconvenientes del consumo de drogas y de esta manera se cree una conciencia del problema que ejerza de motivador para tomar la decisión de abandonar el consumo y realizar un trabajo personal sobre sus problemas.

Todo el proceso anterior permite a la persona que vea una salida a sus problemas, “no estoy solo” y “si otros pueden por qué yo no” (figura 4). Los cambios que va realizando y el ambiente que experimente le permitirán comenzar a confiar en su capacidad para cambiar, para vivir y relacionarse sin drogas, para llevar a cabo algunas responsabilidades. Pasará de pensar que el problema está en la sustancia y en la sociedad a que el problema está en él y puede resolverlo. En definitiva aumentarán sus expectativas de autoeficacia y las expectativas de control sobre su vida, es decir, comenzará a sentir la confianza en su capacidad para realizar unas conductas concreta y para pensar que de su conducta y sus hechos dependerá el dejar de drogarse y cambiar

de vida. No es algo imposible de lo que él no sea capaz, ni es algo que dependa de la suerte o de los demás solamente.



Figura 4: Compañeros de un grupo de autoayuda.

El ambiente que se va generando a medida que la persona se va implicando en el programa posibilitará un mayor trabajo y un mayor cambio en el nivel cognitivo que se traducirá en lo siguiente:

- ✚ Conocimiento de sí mismo y toma de conciencia de sus cogniciones, de sus creencias irracionales y autodestructivas, de las funcionales y de crecimiento, de su análisis de los problemas y toma de decisiones, de su estilo de interacción con los demás.
- ✚ Enfrentándose a las situaciones de frustración y malestar, deberá sobreponerse a sus creencias irracionales de necesidad de aprobación de los demás para obtener el bienestar mediante la exigencia y reprimenda en ocasiones de los demás. También a las creencias irracionales de no poder soportar el malestar ni la incomodidad. En la actividad diaria del proceso terapéutico se presentarán suficientes acontecimientos activadores que permitan trabajar con las creencias

irracionalistas ya descritas y alguna otra para llegar a consecuencias conductuales nuevas.

- ✚ Ejercicios de comunicación y modificación del patrón interaccional. Aprendizaje de habilidades comunicativas.
- ✚ Análisis de problemas, enfrentamiento a los mismos y toma de decisiones.

Las experiencias que la persona va teniendo en la relación con los demás facilitarán la obtención de una mayor valoración personal y sentimiento de utilidad para los demás. Aumento de la autoestima.

Todas las experiencias anteriores permitirán que la persona aumente sus expectativas de éxito y de autoeficacia, es decir, confíe más en sus posibilidades y crea con más fuerza en su capacidad para actuar, así como la posibilidad de que su conducta le lleve a los resultados esperados y sobre la probabilidad de conseguir las metas marcadas, influyendo así en sus elecciones conductuales y la fuerza del compromiso que con ellas se establezca.

Por otro lado, desde este nivel, en un último momento la persona se irá marcando metas a obtener cada vez más reales y significativas para su vida. Es el momento de afianzamiento de un proceso decisional personal. Así como en un primer momento las decisiones venían delimitadas por su adecuación a las normas del Programa y al contrato con su grupo de referencia posteriormente va ir teniendo progresivamente mayor espacio para que las decisiones sean tomadas con referencia a la sociedad y adecuada por tanto a la realidad social con la que se enfrenta.

Después del aprendizaje realizado y las expectativas de éxito conseguidas, metas más altas se propondrá y si las consigue y atribuye el éxito a su propia habilidad, aumentará su autoeficacia y con ello seguirá el círculo cognitivo positivo.

4.2.3.4. Nivel existencial.

Entendemos nivel existencial el que lleva a cabo la persona consigo misma, para dar sentido a su vida.

Alfried Längle (2008, p.9), definió el análisis existencial como “... *una psicoterapia fenomenológico-personal, cuyo objetivo es ayudar a la persona a alcanzar*

un vivenciar libre (mental y emocional), tomas de posición auténticas y un trato responsable consigo mismo y con su mundo”.

Entedemos que para poder comprender de una manera global el área existencial, es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- ✚ Sentido existencial que la persona va descubriendo como clave última de su propia realidad. En general, el sentido consiste en el 'para qué', en la forma en que ha de realizar la plenitud a la que cada persona está llamada.
- ✚ Valores personales, que fruto de la estimación de lo real desde la propia persona, es decir, la estimación de la valía de lo que se hace presente en la conciencia respecto del crecimiento de la persona.
- ✚ Proyecto vital en el que se concreta en la práctica cómo se va a realizar el sentido y los valores. Este proyecto se presenta como lo que la persona debe concretamente hacer.
- ✚ Experiencia del proyecto, es decir, realización de lo valioso. Es el momento en que la persona se hace responsable de sí.
- ✚ En este nivel, la persona supera la actuación dirigida fundamentalmente por el deseo y la satisfacción inmediata a la actuación en coherencia con una escala de valores que la persona elige y da sentido a su vida. Obtener la capacidad de demorar las recompensas y buscar las satisfacciones en factores humanos y personales y no sólo en factores materiales externos.

Consideramos que la drogodependencia es también un problema existencial, un problema de estilo de vida que revela una situación de insatisfacción profunda y de malestar personal. Por tanto el proceso de rehabilitación habrá que plantearlo también desde el ámbito de los valores, desde el poner las bases para que la persona desarrolle su propio proyecto vital que le resulte satisfactorio y gratificante, elija su propio estilo de vida y lo haga desde una escala de valores propia pero coherente y realista con su situación y en función de una serie de actitudes que la persona ha cambiado.

Habrà una coherencia cuando aquello que creo o pienso que es bueno para mí y además lo deseo o me siento bien afectivamente con ello, también lo llevo a cabo comportándome consecuente con ello.

En un primer momento cuando la persona toma contacto por primera vez con el Programa y comienza a participar en los grupos e introducirse en el ambiente

existente en el Programa observará el valor de la comunicación, de la solidaridad como base de ayuda a sí mismo en la medida que se ayuda a los demás y una única forma de salir del egoísmo. Se le presentarán a nivel cognitivo las bases del Programa y los valores en que se fundamentan. Experimentará la gratuidad cuando sea escuchado sin pedírsele nada a cambio y sea una persona significativa para otros. Experimentará también la esperanza de poder salir del mundo en que estaba ahora y el comienzo de la confianza en sí mismo.

En un segundo momento la persona experimentará con más fuerza unos determinados valores. El ambiente de pertenencia y autoayuda le facilitará experimentar que él también puede ser útil a los demás, que saliendo de sí y dando a los demás también puede sentirse útil, creciendo y disfrutando.

Experimentará por tanto el valor de la solidaridad, así como el de la comunicación y la amistad, vivenciará la importancia de la responsabilidad así como de la honestidad consigo mismo y con los demás.

Desde estas vivencias propias la persona será capaz de analizar sus propios valores, así como las capacidades, recursos personales y sociales que posee y de esta manera elaborará su propia escala de valores con la que dar sentido a su vida, en función de la cual irá tomando las decisiones sobre su propia vida, que le permitirán reincorporarse a la sociedad de la forma más adecuada y gratificante posible.

En un último momento la persona se incorpora plenamente a la sociedad y es entonces donde de manera especial los valores y actitudes experimentadas hasta ahora se pondrán en contraste dialéctico y entrarán en conflicto con ocasiones con aquellos valores y actitudes más relevantes y con mayor peso en los grupos sociales a los que esa persona pertenece. A partir de aquí deberá ir definiendo cada vez más un estilo de vida propio el cual no será algo estático y definitivo sino siempre dinámico en cuanto que la persona lo irá definiendo en constante diálogo con sus propias capacidades, recursos y realidad social en la que vive guiado por aquellos valores que la persona ha experimentado y cree por tanto que pueden dar sentido a su vida y por tanto darle un estilo de vida autónomo que le reporten bienestar y coherencia.

Dicho estilo de vida decidido por la persona, guiará la toma de decisiones que realice a corto como a largo plazo y supondrá también aprender a respetar los valores y las decisiones de los otros.

Este proceso, por tanto, se dará de manera especial en este momento con pasos atrás y adelante, es decir con crisis, que tendrán que resolver en cada momento y supondrán pasos adelante en la maduración personal del residente.

Para que se dé este proceso existencial es tan importante el que la persona viva en un ambiente facilitador, donde descubra mediante la observación primero y la experimentación después, como que tome conciencia dello mediante el encuentro existencial con los otros y la expresión de estas experiencias vividas.

4.2.4. Modelo de cambio basado en procesos.

El modelo de cambio se ha basado en los procesos necesarios a realizar si se quiere obtener una modificación en una determinada conducta (situación). En nuestro, se pretende que las personas cambien de tener una conducta adictiva a una de no consumo (abstinencia). En muchas ocasiones, este cambio en la conducta se centró únicamente en la dicotomía: “consumo - no consumo”, sin tener en cuenta a los procesos que hacen posible dicho cambio. Desde esta concepción se da por hecho que las personas que acuden a realizar un tratamiento o que verbalizan que quieren cambiar (dejar de consumir), ya están preparados para ello.

Sin embargo, la realidad de las personas con problemas de adicción es diferente. Personas que acuden a recursos asistenciales como el nuestro, con intención de cambiar pero sin la predisposición pertinente o la actitud adecuada para iniciar y posteriormente mantener ese cambio.

En este sentido; Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson (1986); Marlatt, Baer, Donovan y Kivlahan (1988); Prochaska, DiClemente y Norcross (1992); Rosen y Shipley (1983); Schneider y Khantzian (1992); Shaffer (1992) entendieron el cambio como un proceso (continuo) que consta de diferentes etapas o fases.

El modelo de cambio como proceso que más éxito ha tenido en los últimos años es el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (1992). Es un modelo tridimensional que proporciona una visión global y al mismo tiempo específica del cambio a partir de la interrelación que existe entre estadios, procesos y niveles de cambio (figura 5).

Los estadios especifican los distintos niveles de predisposición al cambio que la persona puede manifestar cuando se plantea cambiar su conducta o su comportamiento ante determinada cuestión.

Tejero y Trujols (1994), expusieron que situar a la persona en uno de los estadios (el más representativo), conllevaba poder evaluar cuándo es posible que sucedan determinados cambios en el comportamiento de dicha persona.

Los procesos permiten comprender cómo suceden esos cambios, cómo va incrementándose el nivel de predisposición al cambio. Estos procesos engloban también, otra serie de cambios (ocultos o manifiestos) que la persona puede emplear a la hora de mantener, modificar o consolidar su comportamiento (nivel motivacional).

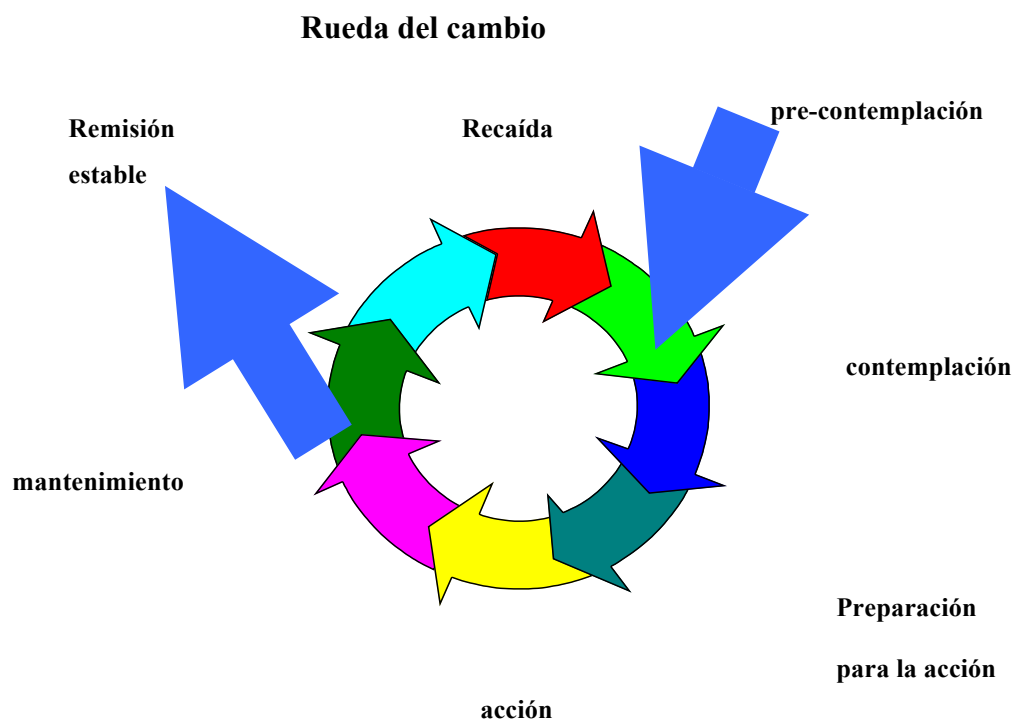


Figura 5: Modelo tridimensional (Prochaska y DiClemente, 1985).

4.2.4.1. Dimensiones del modelo.

4.2.4.1.1. Estadios de cambio.

Según el modelo, existen cinco estadios a través de los cuales la persona va desarrollando y madurando el proceso de cambio que esta realizando. Para nosotros,

conlleva el proceso de cambio desde que la persona decide dejar de consumir, hasta que logra y mantiene estar abstinentes.

Los estadios recogidos en este modelo son los siguientes: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

4.2.4.1.1.1. Estadio de precontemplación.

- ✚ La persona que se encuentra en esta fase nunca se ha parado a reflexionar sobre su situación, no percibe que tenga ningún problema y no emplea tiempo en cambiar ninguna conducta, ya que no lo valora necesario.
- ✚ No se ha planteado la repercusión que tienen sus comportamientos y los consumos, ni para sí mismo ni para las personas que los quieren. Considera que sus comportamientos y su manera de vivir (estilo de vida) no conlleva ningún tipo de problema. No percibe que la adicción tenga consecuencias ni aspectos negativos, por lo que no expresa muchas emociones ni reacciones ante éstas consecuencias y aspectos.
- ✚ Las drogas tienen para la persona aspectos y consecuencias positivas. Valora como satisfactorias y gratificantes las consecuencias de consumir. Por este motivo, considera el hecho de consumir como algo gratificante.
- ✚ La motivación de las personas que se encuentran en este estadio es escasa o nula, lo que conlleva que no quieran cambiar su comportamiento adicto y se queden estancados en esta fase.
- ✚ Dado que no consideran tener ningún problema, cuando acuden a tratamiento lo hacen bajo una motivación externa (por medidas judiciales, presionados por la familia y amigos...), es decir, no lo hacen porque realmente sientan la necesidad sino para reducir la tensión judicial y/o socio-familiar.
- ✚ La persona se suele mostrar reticente a la hora de aceptar la presión externa y más si ésta presión va dirigida hacia el cambio (dejar de consumir); es lo que llamamos “resistencias al cambio”. Es adecuado en este estadio, que el profesional sepa abordar estas resistencias, siendo una buena técnica para ello la entrevista motivacional.

4.2.4.1.1.2. Estadio de contemplación.

- ✚ En esta etapa la persona es más conscientes de las consecuencias que generan su comportamiento adictivo. Esto les permite empezar a plantearse algunos aspectos con respecto a su conducta adictiva. La persona se para a reflexionar y recapacitar sobre sobre comportamiento adictivo tanto a nivel cognitivo como afectivo.
- ✚ La persona empieza a tener cierta predisposición a la hora de recibir opiniones y preguntas sobre su comportamiento adictivo. Comienza a plantearse la posibilidad de dejar de consumir.
- ✚ La persona tiene intención de cambiar pero no realiza ningún cambio ni modifica nada en su comportamiento. No ha adquirido un compromiso personal de cambio, se queda en la intención.
- ✚ Empieza a valorar algunas consecuencias negativas en el consumo de drogas y no sólo percibe cosas buenas. La persona se encuentra ambivalente ante la conducta adictiva.
- ✚ En este estadio la persona se caracteriza por querer expresar y transmitir su problema de adicción, para entender los síntomas, causas, consecuencias que puede haber generado en ellos el consumo de drogas.

4.2.4.1.1.3. Estadio de preparación.

- ✚ Es el momento en que la persona toma la decisión (intención) y comienza a realizar algunos cambios en su comportamiento adictivo (conducta manifiesta). Piensan firmemente en dejar de consumir y en cambiar de estilo de vida, es decir, en darse la oportunidad de hacer las cosas de otra manera.
- ✚ En este estadio la persona realiza cambios a nivel afectivo, empezando a expresar y comentar cómo se siente y cómo percibe el estilo de vida relacionado con el mundo de las adicciones.

4.2.4.1.1.4. Estadio de acción.

- ✚ La persona realiza un verdadero cambio en su comportamiento adictivo. Deja de consumir y se distancia del mundo vinculado al consumo.

- ✚ El informante modifica sus comportamientos, tanto los que realizaba de un modo oculto (conducta encubierta), como los que realizaba de manera abierta y clara (conducta manifiesta).
- ✚ En este estadio la persona se compromete personalmente a la realización del cambio; aspecto que se ve reflejado en los cambios que realiza la persona ya que requieren esfuerzo, motivación y constancia.
- ✚ Como consecuencia de la abstinencia, que es la conducta manifiesta más llamativa para el entorno, la persona obtiene apoyo y refuerzo social, lo que refuerza todos los cambios que está realizando.

4.2.4.1.1.5. Estadio de mantenimiento.

- ✚ La persona intenta mantener la abstinencia y los cambios obtenidos en su comportamiento, en los estadios anteriores.
- ✚ En este estadio se lleva a cabo el análisis y prevención de recaídas, ya que es un aspecto que suele preocupar mucho a las personas en rehabilitación: la posibilidad de recaer y de defraudar a sus seres queridos. También temen ser capaces de afrontar esta posibilidad (volver a consumir) y las consecuencias de la misma.
- ✚ Para que la persona pueda hacer frente a las recaídas; tenemos que evitar que éstas ocurran (eliminando los factores de riesgo) y si ocurriesen, que la persona pueda afrontarla con los máximos recursos posibles (fomentar factores de protección).
- ✚ La persona comienza a percibirse del modo que siempre ha deseado, y tiene la convicción de que esta haciendo las cosas de una manera adecuada y como considera oportuno.

4.2.4.1.1.6. El paso de unos estadios a otros.

Este modelo aportó el concepto de avance, haciendo referencia a los pasos a seguir dentro del proceso de cambio. Por nuestra experiencia, sabemos que las personas con problemas de adicción no evolucionan de manera lineal en los distintos estadios del proceso; en ocasiones se estancan, en otras avanzan, en otras vuelven a estadios anteriores... Por lo tanto, personas que han logrado estar abstinentes puede que vuelvan a consumir, otros dejan de consumir y logran estar abstinentes de manera definitiva.

La recaída puede aparecer si los recursos que utiliza la persona para continuar sin consumir no son los adecuados. Si la persona no mantiene la abstinencia, suele mostrar sentimientos de culpa, de fracaso y posible desesperanza, baja autoestima y decaimiento.

Antes de abandonar definitivamente el mundo de las drogas, las personas adictas suelen tener consumos puntuales o recaídas a lo largo de su proceso, es decir, que pueden formar parte del mismo.

La recaída puede conllevar que la persona abandone el tratamiento o por el contrario puede que continúen en el mismo. Si la persona sigue realizando la terapia se suele situar en uno de los estadios que la permita recapacitar y retomar su proceso de cambio donde lo dejó. Pocas personas vuelven al estadio de precontemplación.

Es importante tener en cuenta la relación terapéutica que se establece ya que ésta influye en la confianza y claridad a la hora de decir y hacer las cosas; y también a la hora de cumplir y llevar a cabo los objetivos. Por todo esto, es necesario que se favorezcan las condiciones convenientes para que la relación sea lo más beneficiosa posible.

Para que se realice el paso de un estadio a otro, es adecuado contar con la motivación de la persona (externa o interna) y con la predisposición y actitud que tiene para el cambio. La persona puede modificar su motivación y predisposición ante el proceso de cambio, por lo que tenemos que realizar las intervenciones terapéuticas necesarias para que la persona no se desmotive y tenga buena predisposición.

En los estadios iniciales de la terapia, nuestra labor es ayudar a las personas a aumentar la motivación para la realización del cambio. En estadios superiores la intervención se centra en fomentar los recursos y estrategias que favorecen que la persona continúe abstinentemente y mantenga un estilo de vida saludable.

A continuación comentamos las diferentes actividades (procesos de cambio) que según Prochaska y DiClemente puede realizar una persona en los distintos estadios y durante el proceso de cambio personal (posibilidades y factores). A modo esquemático de lo comentado con anterioridad, exponemos la siguiente figura 6:

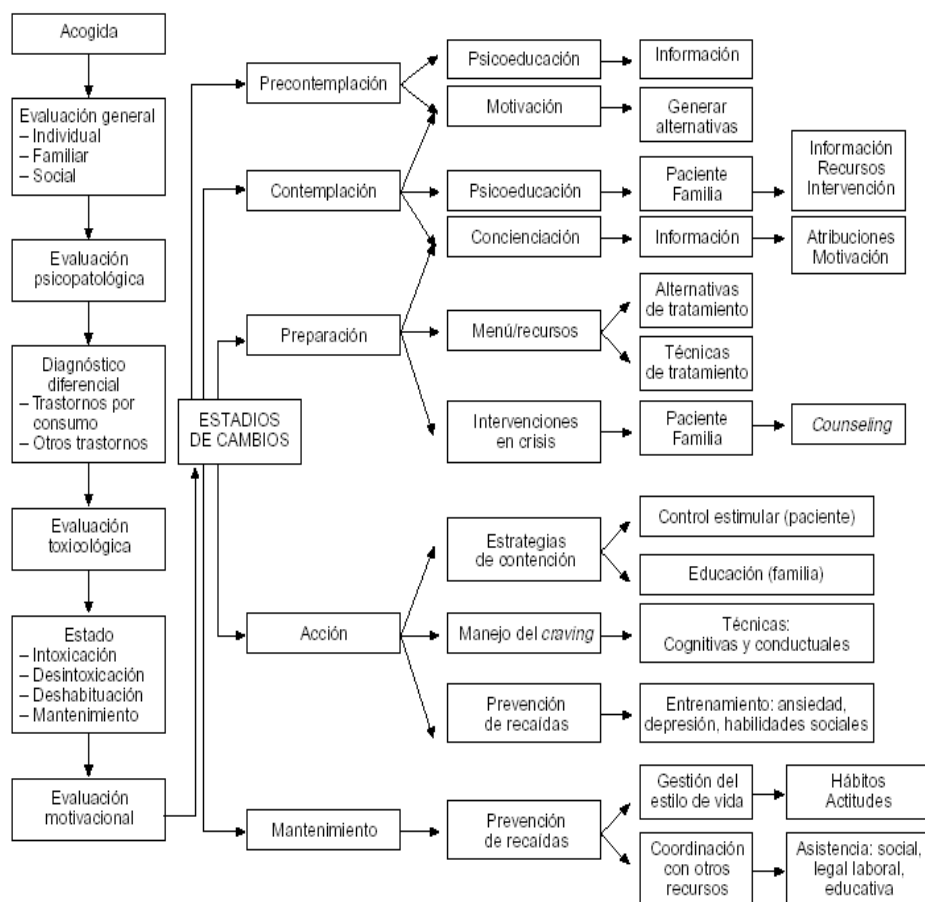


Figura 6: Posibilidades y factores que afectan a los estadios de cambio.

4.2.4.1.2. Procesos de cambio.

Prochaska y Prochaska (1993) consideraron los procesos como el conjunto de actividades que lleva a cabo y vivencia la persona para cambiar determinada conducta, pensamiento, sentimientos y/o relación.

Los procesos engloban tanto aspectos cognitivos como conductuales; los cuales favorecen a las personas a cambiar determinadas rutinas y hábitos vinculados al consumo.

Los procesos enunciados en el modelo son:

- ✚ Aumento de concienciación. La persona aumenta e intensifica el análisis que hace sobre las consecuencias que produce consumir. Comienza a valorar y tomar conciencia de su realidad y de su problemática.

- ✚ Autorreevaluación. Consiste en una valoración afectiva y cognitiva que la persona hace sobre el hecho de consumir y tener un comportamiento adictivo y cómo éste influyen en la manera de ver y entender la vida (valores, necesidades, prioridades). También hace referencia a la valoración que la persona hace sobre los beneficios de estar abstinerente.
- ✚ Reevaluación ambiental. Consiste en una valoración del impacto que está teniendo la adicción para las personas que las quieren y para la sociedad en la que viven. La persona se plantea cómo sería su vida sin adicción.
- ✚ Alivio dramático. Hace referencia a la experimentación y expresión de las reacciones emocionales que provienen de la toma de conciencia de la adicción y sus aspectos negativos.
- ✚ Autoliberación. Conlleva un compromiso personal que se caracteriza por el convencimiento de creer en uno mismo y sus posibilidades (capacidades y habilidades) y con esto, fortalecer la capacidad de elegir y tomar decisiones con respecto al cambio a realizar.
- ✚ Liberación social. La persona interioriza lo que representa para la sociedad el mundo de las adicciones y su deseo de eliminarlas.
- ✚ Manejo de contingencias. Hace referencia a los recursos en el comportamiento a la hora de aumentar o disminuir la probabilidad de que dicho comportamiento se realice, mediante la utilización de refuerzos.
- ✚ Relaciones de ayuda. Es la colaboración y el apoyo socio familiar con el que la persona se encuentra para realizar su terapia (familia, amigos, voluntarios, terapeutas,...).
- ✚ Contracondicionamiento. Consiste en la modificación de las respuestas que se dan con respecto a la adicción, en los tres niveles siguientes: conductual, cognitivo y fisiológico. Se producen comportamientos alternativos a los anteriormente realizados.
- ✚ Control de estímulos. La persona disminuye situaciones y factores de riesgo y aumenta situaciones y factores de protección.

4.2.4.1.3. Niveles de cambio.

Prochaska y Diclemente (1992, 1993) plantearon cinco niveles a la hora de intervenir en los procesos. Todos los niveles están interrelacionados entre sí, de tal

manera que lo que ocurre en un nivel se ve relegado en los otros. Los niveles son: síntoma/situación, cogniciones desadaptativas, conflictos interpersonales actuales, conflictos sistémicos-familiares y conflictos intrapersonales. Hay diferentes niveles a la hora de abordar los problemas psicológicos, aunque todos ellos están organizados de manera jerárquica.

Se recomienda empezar a intervenir por el primer nivel, síntoma/ situación; ya que el cambio es más sencillo de realizar y mantener en este nivel. Inicialmente suele coincidir con la demanda de la persona a tratamiento. Este nivel requiere que la persona comience a tomar conciencia de la necesidad de cambio.

No obstante, las intervenciones terapéuticas que realizamos en todos los niveles, deben de ser tenidas en cuenta, ya que repercute en los logros que la persona obtiene del cambio.

4.2.4.2. Estrategias para avanzar en las etapas.

En el modelo transteórico, tratamos de provocar una buena predisposición al cambio en las personas con problemas de adicción con el fin de aumentar su motivación mediante la utilización de distintas técnicas. Consideramos que la motivación se puede modificar y esto es un aspecto fundamental para la intervención ya que dependiendo en el estadio que se encuentre la persona, emplearemos las estrategias adecuadas para aumentar su motivación.

Entendemos que la persona en rehabilitación es la protagonista de su proceso de cambio, es decir, que tiene el compromiso y la responsabilidad última de llevar a cabo determinados comportamientos y estilo de vida. También influye la percepción que la persona tenga sobre sus capacidades y recursos para la realización y mantenimiento de la conducta esperada.

Velasquez, Maurer, Crouch y DiClemente (2001) analizaron cómo determinadas técnicas terapéuticas pueden favorecer a la persona a mejorar a medida que avanza en las distintas fases. Lo particular de esta propuesta terapéutica radicó en que se podían realizar intervenciones terapéuticas específicas e individualizadas para cada persona, es decir, se podían emplear las estrategias terapéuticas adecuadas a cada

momento y a cada persona. Esto conllevó que la persona interiorizase mejor su proceso de cambio y lo pudiese realizar de una manera más adecuada, ya que se estaba adaptando la intervención a sus necesidades personales. La utilización de técnicas favorece la comprensión de los procesos de cambio y lo que estos requieren.

Las técnicas terapéuticas que nosotros hemos empleado son las siguientes:

- ✚ La psicoeducación. Educar e informar a la persona sobre la adicción y las consecuencias de la misma y también favorecer que la persona asuma la responsabilidad en sus comportamientos, controle sus impulsos, gestione sus sentimientos y module sus conducta de cara a tomar conciencia de su problemática y su realidad.
- ✚ La clarificación de valores. El objetivo de esta técnica es que la persona identifique y concrete su escala de valores y los vaya integrando en su vida de la manera más adecuada posible. Ayuda a la persona avanzar en el proceso terapéutico que realiza. Tras el análisis de los valores suele haber una toma de decisiones sobre cómo conseguir el cambio deseado y esta decisión favorece y anima a la persona a la realización de dicho cambio.
- ✚ Solución de problemas. Hace referencia a la resolución de conflictos y cómo estos se pueden abordar. Se intenta aumentar las capacidades y recursos personales para suplir las carencias o dificultades.
- ✚ Establecimiento de metas. Se pretende que la persona establezca metas y objetivos de manera realista y objetiva.
- ✚ Planificación de la prevención de recaídas. Buscamos reforzar los logros realizados por la persona y fortalecer los recursos personales que le ayudan a superar sus dificultades y a evitar los factores de riesgo. Con esta técnica también trabajamos para favorecer en la persona el uso de recursos que aumenten los factores de protección.
- ✚ Técnicas de relajación. Permite gestionar estados de ánimo y conseguir calma en momentos de ansiedad o inquietud.
- ✚ Entrenamiento en asertividad. El fin de esta técnica es que la persona se posicione de un modo adecuado y sepa responder sin dejarse llevar por los impulsos y la inmediatez sino por su opinión y criterio personal, sin ser vulnerable a la opinión de las demás personas.

- ✚ Role-playing. La persona escenifica y se pone en situación para observar y valorar como actuaría en determinado momento. Se pretende la búsqueda de soluciones y el manejo de la empatía.
- ✚ Técnicas cognitivas. Son útiles para los procesos de cambio experienciales y conductuales. Los procesos de aumento de la concienciación, autorreevaluación, reevaluación ambiental, autoliberación, contracondicionamiento y manejo de contingencias, incrementan con el uso de esta técnica.
- ✚ Reestructuración ambiental. Aborda la alteración de determinados ambientes, evitando situaciones de riesgo. Esta técnica aumenta los procesos de control de estímulos, ayudando a la persona a buscar y plantear soluciones.
- ✚ Clarificación del rol. Es una técnica utilizada para abordar los conflictos entre compañeros, ayudándolos a comprender y entender el rol que les toca desempeñar dentro del proceso.
- ✚ Reforzamiento. Con esta técnica se desarrolla el manejo de contingencias (aumentar conductas saludables y evitar conductas no saludables).
- ✚ Habilidades sociales y de comunicación. El manejo de estas habilidades aumenta el número de relaciones y que estas relaciones sean de ayuda y apoyo.
- ✚ Clarificación de necesidades. La clarificación de necesidades pretende ayudar al informante a reevaluar varias áreas de su vida y detectar cuál de ellas necesita mejorar, modificar y/o mantener.
- ✚ Evaluación y feedback. La evaluación no es una técnica terapéutica propiamente dicha, pero unida al feedback, proporciona a la persona la posibilidad de observar de manera más realista el verdadero mundo de las drogas. extensión de su consumo de drogas. Aumenta la toma de conciencia del problema y las consecuencias del mismo.

4.2.4.3. Variables o factores que influyen.

4.2.4.3.1. Motivación para el cambio.

La motivación para el cambio es un aspecto fundamental a la hora de entender el proceso de cambio personal. Entendemos la ausencia de motivación para cambiar como una característica propia de cualquier persona que se propone iniciar un cambio significativo en su vida; desechando la idea de que esta falta de motivación es una

característica o rasgo de personalidad exclusivo de las personas con problemas de adicción.

No obstante, cuando queremos saber en que estadio y nivel se encuentra un informante y que motivación tiene para cambiar; debemos distinguir los síntomas propios de la adicción y los que son resultado de las características cognitivo conductuales de la persona y de la fase en la que se encuentra.

Martínez-González y Trujillo (2003) comentaron que debe hacerse esta distinción porque en ocasiones pueden confundirse los síntomas derivados de la adicción, con la falta de motivación para abandonar el consumo de drogas.

DiClemente, Nidecker y Bellack (2008), añadieron que la motivación en las personas con patología dual (problema de adicción unido a trastorno psiquiátrico) es menor ya que la persona no posee los mismos recursos para desenvolverse de la misma manera dentro del proceso de cambio. Por este motivo, es un aspecto que tenemos que tener en cuenta a la hora de intervenir con personas con patología dual.

4.2.4.3.2. Expectativas de autoeficacia.

Bandura (1977) expuso que la autoeficacia es un mediador entre el conocimiento y la acción; y diferenció dos tipos de expectativas: las expectativas de autoeficacia y expectativas de resultados. Ambas son relevantes en el tratamiento y se utilizan en todos los estadios del proceso de cambio personal.

Puede decirse que la autoeficacia refleja la posición dentro de cada etapa, lo que nos indica en que momento se encuentra la persona y como percibe sus virtudes y recursos personales de cara afrontar una situación o realizar una determinada acción. En los estadios finales, la autoeficacia se hace más presente.

La autoeficacia es una característica que influye en el avance y evolución de la persona dentro proceso; ya que ayuda afrontar problemas y aumenta la motivación para realizar el cambio.

La autoeficacia de mantenerse abstinentes y la tentación de consumir se relacionan a lo largo de los estadios, y cambian de importancia a medida que la persona

avanza de fase y nivel. En las fases iniciales observamos que predomina la tentación y el deseo de consumir, y que éste se desvanece a medida que la autoeficacia comienza adquirir importancia en las fases posteriores.

Marlatt y Gordon (1985) y Marlatt y Donovan (2005), plantearon que la percepción de eficacia personal afecta a la motivación y a la conducta. De esta manera, las personas que tienen más dificultades para lograr estar abstinentes y/o más posibilidades de tener una recaída, tendrán una menor percepción de autoeficacia. Hasta los últimos estadios la persona no percibe firmemente que es capaz de estar abstinentes y de mantener un estilo de vida saludable.

4.2.4.3.3. Toma de decisiones.

La toma de decisiones es un factor fundamental para entender cómo cambian las personas a lo largo de los distintos estadios. Prochaska y Prochaska (1993) plantearon ocho categorías para comprender como las personas cambian y toman decisiones, que exponemos a continuación:

- + Beneficios instrumentales para uno mismo;
- + Beneficios instrumentales para los demás;
- + Aprobación de uno mismo;
- + Aprobación de los demás;
- + Costes instrumentales para uno mismo;
- + Costes para los demás;
- + Desaprobación de uno mismo; y,
- + Desaprobación de los demás.

4.3. Trabajo terapéutico y abordaje antropológico.

Teniendo en cuenta lo expuesto sobre el proceso de cambio, posibilidades y barreras personales de carácter antropológico (valores, decisiones, historia de vida y de consumo, responsabilidades, autoestima, percepción de uno mismo, familia y apoyos sociales...), que facilitan y/o dificultan el cambio; no queremos dejar de reseñar este enfoque filisófico-antropológico que consideramos interesante tener en cuenta a la hora de observar el proceso de cambio desde todos sus componentes.

Esta visión de la persona, desde esta perspectiva antropológica, la escuchamos por primera vez en Xosé M^a Dominguez, en una clase sobre ¿Quién es la persona?, en el 42º Curso de Formación de la Escuela de Formación de Proyecto Hombre, 2007; y la verdad, es algo que no ha pasado desapercibido por nuestra vida y también nos parece interesante exponerlo a continuación.

4.3.1. Consistencia del ser personal.

4.3.1.1. *La persona como estructura de dones.*

Consideramos que la persona consiste en un conjunto de capacidades que forman una unidad y que en muchas ocasiones esas capacidades están ocultas o tapadas, pero no porque no se tengan. Creo que una de las grandezas de trabajar con personas que se están rehabilitando, es el poder observar como van descubriendo y volviéndose a ver con esos dones y esas virtudes que todos tenemos.

“Las drogas me fueron anulando poco a poco hasta el punto que pensaba que no valía para nada, ...te sientes vacío y no hay nada bueno que ver en uno, las únicas virtudes son el engaño y la mentira para conseguir la droga”

C.F.V. 29 años.

Todo lo anterior, estos dones naturales, los bienes recibidos, las personas con las que nos hemos encontrado son lo que van construyendo lo que nosotros somos.

El entramado personal de estas potencias, cualidades y capacidades que hay en cada uno y cómo vamos utilizándolas a lo largo de la vida, es lo que va definiendo nuestra vida y el modo de vivirla.

Desde esta idea se plantea la terapia, desde crecer y vivir desde nuestras virtudes, para superar nuestros errores y afrontar la vida con ganas e ilusión.

4.3.1.2. *La vocación.*

La vocación es la forma en que se concreta para cada uno la llamada a ser plenamente persona. Pero esta vocación es una llamada que pide una respuesta, un proyecto de vida. Por tanto, cada uno tiene que hacer el esfuerzo de concretar mediante una respuesta concreta, mediante un proyecto.

La vocación es una llamada a unificar la vida, en una dirección determinada; por eso, es la vocación personal la que marca la propia identidad.

4.3.1.3. *La persona como “autos”.*

La persona tiene que “esculpir su propia estatua” e ir definiendo y moldeándose a nivel de los siguientes “autos”:

- + Autoconciencia.
- + Autoafirmación
- + Autoposesión.
 - ✓ Autodominio.
 - ✓ Autonomía
- + Autora.

4.3.2. *Sentido existencial.*

Lo segundo que constatamos es que la propia vida, y cada circunstancia dentro de ella, tienen un sentido, tienen siempre un para qué que se puede descubrir. La tarea de la vida es descubrirlo y, luego, comprometerse con él. Se trata de un sentido global, personal pero no subjetivo, es decir, no depende de la imaginación, o de la voluntad o de la inteligencia personal. No lo inventa uno, sino que lo descubre. Ese sentido se puede encontrar, en una triple dirección:

- + Desde la creatividad.
- + Desde las experiencias de la relación con otros.
- + Desde la experiencia del sufrimiento y el dolor.

4.3.3. *Persona llamada a la plenitud.*

Cuando se ha hecho un proceso personal que ha permitido reconocer y hacer un camino de “curación de las heridas”, se ha logrado hacer consciente el proceso oculto que se ha vivido y el patrón de conducta negativo que se ha desprendido de allí, se abre entonces la posibilidad de reconocer y hacer un camino, acogiendo y potenciando la positividad.

Consideramos que la persona no consigue esa plenitud hasta que no reconoce y se acepta a sí mismo, y es entonces cuando se libera de sus miedos y empieza a aceptar su vida y su realidad.

4.3.4. Apertura al otro y relación.

Nuestro trabajo de campo se realiza en comunidades terapéuticas de régimen residencial y no es por casualidad, es decir, que no entendemos un proceso de cambio personal sin la ayuda y el apoyo de los demás, que las personas convivimos en el día a día en el mismo lugar y luchamos por el mismo objetivo “vida independiente y autónoma”, y que esto es lo que refuerza y favorece que las personas se abran y se relacionen (figura 7).



Figura 7: Un día compartiendo en comunidad terapéutica entre compañeros.

Las variables que influyen:

- ✚ Apertura.
- ✚ Apertura intencional.
- ✚ Relaciones interpersonales.
- ✚ La reciprocidad de donación y acogida.

4.4. Trabajo con familias, parejas y acompañantes.

Ahora trataremos de exponer las características del trabajo que desde Proyecto Hombre realizamos con los acompañantes. Entendemos como acompañantes a toda persona que esté dispuesta a acompañar al usuario en su proceso de rehabilitación, que generalmente suelen ser sus familias y parejas.

Tanto las familias como las parejas requieren de nuestro apoyo durante este proceso, aunque de una manera diferenciada. Evidentemente, todo acompañante acude a para ayudar a otra persona, y es durante este proceso donde aparecen situaciones en las que ellos mismos también realizan su propio proceso personal.

4.4.1. Sentido del trabajo con familias.

La familia es el grupo social básico y el medio en el que todos hemos sido educados, socializados, cuidados y apoyados. Es en dicho grupo donde se configuran nuestras características personales, carencias emocionales, frustraciones, así como las dificultades y capacidades que tenemos como adultos, y que se manifiestan en nuestra relación con el mundo y en nuestras propias creencias sobre nosotros mismos.

En la convivencia con las demás personas se van a reproducir los roces, las tensiones y las frustraciones que tuvieron su origen en el seno familiar. Por ello, es necesario trabajar con la familia (siempre que sea posible) para que todos los miembros de la familia tengan la oportunidad de desbloquear el origen de dichas frustraciones, carencias, etc.

Por otro lado, en Proyecto Hombre partimos de la siguiente visión con respecto a la drogodependencia: no es sólo el usuario toxicómano quien tiene el problema, sino todo el sistema familiar, por tanto, en la medida en que cada miembro de la familia se responsabilice de su parte del problema podrá estar en disposición de solucionarlo y mejorar las relaciones con el resto de la familia. Consecuentemente, cuanto más sanas sean las relaciones de los miembros de una familia, mayor es el grado de felicidad y de satisfacción personal, y esto lo que perseguimos en última instancia: aumentar la autonomía de la persona para que pueda vivir una vida más digna, feliz y satisfactoria.

La reconciliación entre las personas de una misma familia es un elemento básico en el trabajo que hacemos en Proyecto Hombre. La drogodependencia ha supuesto un trauma en las relaciones familiares, centradas en los elementos negativos,

en el sufrimiento, en el miedo, en la desconfianza, en definitiva, en todas aquellas emociones y circunstancias que nos alejan de las personas a las que queremos.

En nuestro trabajo como terapeutas, identificamos los conflictos, los anclajes del pasado, trabajamos el derecho que cada persona tiene a sus propias creencias y sentimientos, a expresarlos respetando su propia libertad y la del otro, y facilitamos al sistema familiar la posibilidad de redescubrir los propios recursos para construir una nueva forma de relacionarse, integrando el rol que cada miembro de la familia posee, así como el perdón, la esperanza y el firme convencimiento en un nuevo estilo de vida.

Por tanto, el sentido básico del trabajo que desde Proyecto Hombre hacemos con el drogodependiente y su familia gira en torno al concepto de persona presente en nuestra filosofía de trabajo, a los valores que están en la base de nuestro funcionamiento y en nuestro convencimiento de que es posible construir una realidad en la que encontremos mayor satisfacción.

4.4.2. *Importancia de la familia en el proceso de cambio.*

La familia es un sistema en el que un conjunto de personas mantienen un sistema de interdependencia, se afectan mutua y recíprocamente y persiguen un fin más o menos explícito. Por ello, no podemos abordar el trabajo con familias desde una perspectiva analítica, sino desde una visión holística e integradora, tratando de identificar los códigos y “las reglas del juego” presentes en toda familia.

Para Minuchín Salvador (1979), en familias y terapia familiar, entendieron a la persona como un subsistema dentro del sistema familiar. Las modificaciones que se realizan en el sistema influyen en los cambios que se producen en los comportamientos. En el tratamiento, el terapeuta se vincula al sistema y emplea su presencia para moldearlo.

Es importante fundamentar por qué creemos necesaria la participación de la familia en la terapia y en el proceso. Esta fundamentación está basada en 3 enfoques:

4.4.2.1. *Enfoque sociológico.*

La familia es la base de nuestra organización social y el marco fundamental para la transmisión de valores, normas y pautas de comportamiento de los hijos. La

familia supone un resorte de educación que tiene por sí mismo un equilibrio y un desarrollo, una armonía interna si quiere ser eficaz en su tarea.

Este desarrollo se conseguirá si los padres e hijos mantienen una comunicación y un diálogo que respete las diferencias y libertad de todos.

4.4.2.2. Enfoque sistémico.

El paradigma de la terapia familiar sistémica postula que ni las personas ni sus problemas existen en un vacío, sino que ambos están íntimamente ligados a sistemas más amplios, de los cuales el principal es la familia. Como consecuencia, se precisa tener en cuenta el funcionamiento familias de conjunto y no sólo el del paciente identificado, al que se considera portador de un síntoma, que únicamente ese entiende dentro de su contexto.

No se debe considerar a la familia como un agente nocivo para la persona que porta el síntoma, como un estorbo al que se culpa de la situación del usuario, sino que mas bien como un grupo humano con capacidades y recursos para ayudar a sus componentes a superar los problemas e incluso salir renovados de las crisis.

El trabajo con la familia es un ingrediente necesario en cualquier intento de intervención.

4.4.2.3. Enfoque emocional.

Para la mayoría de las familias admitir que un familiar se droga supone una fuente de dolor, impotencia, confusión y culpabilización hacia sí mismo y hacia la propia familia e incluso la sociedad.

Por eso la familia necesita darle salida, transformando en energía positiva que ayuda al adicto a rehabilitarse, participando con responsabilidad en compromisos y tareas concretas en el aquí y el ahora.

Así como es difícil que un toxicómano salga por sí solo de este problema, también lo es que una familia por sí misma ayude a su hijo y se ayude así misma a salir de esta situación y necesitará en la mayoría de los casos una ayuda exterior con un soporte de un método de trabajo que tenga en cuenta su realidad y sus recursos para colaborar en la rehabilitación de la persona adicta.

4.4.3. Función de la familia.

La familia del drogodependiente puede y debe ejercer funciones de soporte, apoyo, acompañamiento y coparticipación en el proceso terapéutico. En primer lugar la familia debe cuestionarse y reformar actitudes y formas afectivas y relacionales distorsionadas y obstaculizadoras de la autonomía de cada uno de sus miembros.

El drogodependiente, por lo general, ocupa un lugar desproporcionado de centro, que absorbe y utiliza a su favor las energías y recursos familiares manteniéndose en una posición privilegiada de utilización y manipulación. Desde tal posición gira en torno a él toda la familia. Ésta debe descargar sobre él toda la responsabilidad de su propia vida, romper con esas formas de relacionarse y delimitar responsabilidades y tareas.

La familia no es culpable ni responsable de la drogadicción de uno de sus miembros aunque sí puede ejercer cierta influencia que favorezca, enriquezca y en muchos casos propicie dicha adicción.

A la familia hay que darle unas pautas de actuación para afrontar la situación y que le ayuden a hacer esos cambios en las pautas afectivas y relacionales de la familia.

De vital importancia es la coherencia de ambos padres en los asuntos de disciplina. La falta de consistencia genera pautas contradictorias que desembocan en ausencia de normas y límites que todo ser humano necesita para ir construyendo su vida.

En nuestra tarea es necesario que ofrezcamos la posibilidad de cada miembro de la familia pueda darse cuenta de sus patrones de comportamiento con el resto de familiares (fundamentalmente con el drogodependiente) con el fin de que puedan introducir cambios significativos que le lleven a satisfacer sus necesidades personales y a resolver los conflictos presentes en la dinámica familiar. En muchas ocasiones, las soluciones que la familia ha puesto en práctico para resolver el problema se han acabado convirtiendo en el propio problema, fomentando la perpetuación del problema inicial. En este caso, es el propio sistema familiar quien tendrá que aportar “algo diferente”, y nuestra tarea es ayudarles a no repetir “más de lo mismo”. En este sentido, un cambio en uno de los miembros de la familia genera cambios en todo el sistema familiar.

4.4.4. Tipología.

Es importante destacar que características de distintos tipos de familia pueden coexistir dentro de la misma familia.

La familia del toxicómano, en general, suele presentar una configuración en la cual la madre tiene una relación crucial y privilegiada con el toxicómano, el padre se sitúa habitualmente en una posición periférica y los otros hijos no tienen una relación estrecha con su hermano drogodependiente.

Teniendo esto en cuenta podemos destacar los siguientes tipos de familias:

- ✚ Familias rígidas: en este tipo de familias no existe flexibilidad a la hora de llevar a cabo el cambio y de establecer normas y límites. Se obvia la maduración y se reprime a la persona en la toma de decisiones y en asumir responsabilidades. No se tiene en cuenta las nuevas necesidades y prioridades que emergen en la persona. En estos casos los hijos se someten enojados y frustrados, pudiéndose dar casos de rebeldía destructiva a través de adicciones al alcohol u otras sustancias.
- ✚ Familias psicossomáticas: existe una gran preocupación por dar toda clase de protección y bienestar a sus miembros, les facilitan todo sin medida. La sobreprotección impide el crecimiento de los hijos, retrasa su desarrollo y autonomía, los hace inseguros, indefensos. Puede darse la adicción a sustancias y con ella la sobreprotección del adicto.
- ✚ Familias amalgamadas: No se permite la individualización pues en este caso la familia lo considera como una amenaza por el posible alejamiento, es decir, la familia permanece unida y sus miembros no se suelen separar.
- ✚ Familias negadoras: no aceptan situaciones delicadas ni abordan los conflictos. Sus miembros se caracterizan por no aceptar críticas, ni afrontar problemas, ni asumir consecuencias y no son capaces de aceptar la realidad, ni saben la manera de hacerlo. Cuando se presenta una situación extrema, imposible de evadir, algún miembro de la familia explota provocando una crisis familiar.
- ✚ Familias acordeón: cuando las figuras de autoridad (normalmente los padres) no están y no se encuentran presentes durante un tiempo, alguno de los miembros de la familia adquiere ese rol. Normalmente cuando el ausente desea integrarse de nuevo, no se le facilita.

- ✚ Familias con un padrastro: cuando uno de los miembros de autoridad de la familia ve anulada su autoridad, imposibilitado para poner límites.
- ✚ Familias con un fantasma: Familias que no son capaces de superar la pérdida de un ser querido. Este hecho les interfiere en su vida diaria y les dificulta la posibilidad de avanzar y afrontar la realidad.
- ✚ Familias centradas en los hijos: cuando los padres no pueden enfrentar sus propios conflictos, los proyectan en sus hijos y evitan abordar en conflicto principal. De esta forma mantienen unida a la familia pero detienen su crecimiento, pues se propicia la dependencia.
- ✚ Familias con un solo padre: en este tipo de familias alguno/os de los hijos adquiere el rol de esa persona; eliminando la posibilidad de un desarrollo y madurez adecuado, ya que la persona tiene que asumir responsabilidades que no le corresponden con su edad.
- ✚ Familias de tres generaciones: familias en las que conviven tres generaciones en la misma casa. El límite de ciertos roles educativos y de autoridad están solapados por varios miembros de la familia, lo que genera confusión.

4.4.5. Conceptos relacionados.

Puntualizaremos ciertos conceptos que pueden ser útiles para entender el funcionamiento familiar. Nos basaremos en el trabajo de Stanton y Todd (1988) que tras una labor de investigación, verificaron aspectos como:

- ✚ Dependencia familiar: los datos confirman que los jóvenes toxicómanos tienen una cantidad de contactos con sus padres muy superior a la media, de lo cual se deduce que a pesar de sus alardes de independencia, una característica de los adictos es una fuerte dependencia familiar.
- ✚ Sistema: conjunto de personas relacionadas entre sí, que forman una unidad frente al medio externo.
- ✚ Subsistema: el sistema familiar se diferencia y lleva a cabo sus funciones a través de subsistemas. Los individuos del sistema forman subsistemas. Pueden estar formados por generación, sexo, edad... Ejemplo de subsistema serían “díadas”, como la formada por padre-madre, hermano-hermana, madre-hijo, etc.
- ✚ Límites: reglas que determinan quién participa y de qué manera. Pueden ser: o extrasistémicos (sistema / exterior) o intrasistémicos (sistema /subsistemas). Su

función es proteger la diferenciación del sistema. Dependiendo de su “efectividad” nos encontramos con:

- Límites claros: permiten el desarrollo de los individuos pero también permiten el contacto entre los miembros de los subsistemas y con el medio exterior.
 - Límites difusos: los individuos no tienen claro cuál es su función dentro del sistema.
 - Límites rígidos: la característica es el no sentido de pertenencia ni lealtad. Favorecen la independencia y las variaciones individuales. La comunicación es difícil.
- ✚ Alianza: unión y apoyo mutuo entre dos individuos del sistema pero no está dirigido.
- ✚ Coalición: unión de dos miembros contra un tercero.

4.4.6. Trabajo con familias.

En este apartado expondremos los objetivos básicos que trabajaremos con las familias en función de la fase del proceso en la que se encuentren, teniendo en cuenta que cada programa tiene una realidad diferente y un perfil de familias que puede hacer variar algunos elementos de la intervención. Es muy importante que el propio terapeuta haga una reflexión personal y en equipo sobre cuál es su rol dentro del sistema familiar, pues inevitablemente se ponen en marcha los mecanismos de transferencia y contratransferencia dentro de la relación terapéutica.

Partimos de la base de que nuestro trabajo fundamental va a ser conseguir que el toxicómano sea uno más en el sistema familiar y que cada uno de sus miembros vaya asumiendo el rol que le corresponde. Esto puede entrar en contradicción con el papel de la familia como seguimiento. Es importante hacerles entender que esta situación de seguimiento tiene un sentido de transitoriedad, al mismo tiempo nosotros iremos trabajando con ellos la reestructuración familiar con el correspondiente reparto de roles y responsabilidades.

4.4.6.1. Fase de motivación.

Los objetivos que se pretenden en esta, primera etapa son: proporcionar ayuda

a la familia con el fin de que tomen conciencia de que tienen un problema y generar en ellos la necesidad de solucionarlo, lograr que entiendan la necesidad de su presencia y participación en el proceso de rehabilitación de su familiar, conseguir la integración e implicación de la mayor parte de los miembros de la familia, iniciar un trabajo de cuestionamiento sobre la estructura familiar, proporcionar un espacio de seguridad y confianza en el que sea posible dar soporte a la tensión emocional y a la desesperanza con la que suelen llegar las familias a nuestro recurso.

Es importante, de cara a la consecución de estos objetivos, que se facilite un vínculo de confianza que permita una comunicación clara y honesta con la familia. Los medios que se utilizan son: coloquios: mediante los coloquios a parte de conseguir y ofrecer información, los podremos utilizar éste espacio para serenar y verificar, grupos de seguimiento: orientar y revisar el seguimiento. Reforzar decisiones y momento para revisar cómo se está ejerciendo la autoridad, grupos de autoayuda: desdramatizar, ayudar asumir la problemática y espacio para que verbalicen sus sentimientos, grupos familiares cuyo objetivo es revisar el funcionamiento de la familia junto con el residente, análisis del nivel de comunicación, participación e integración. Momento para aclarar “situaciones”, seminarios: formativos e informativos e historia familiar: nos ayuda a conocer la estructura familiar del pasado y así poder prevenir futuros fallos.

4.4.6.2. Fase de crecimiento personal.

La familia ha superado la primera fase del programa, lo que conlleva que se encuentre en un período de cierta calma y equilibrio. Es el momento de plantearnos otros objetivos, quizás, más ambiciosos y acordes con el momento del proceso que están viviendo los residentes.

Los objetivos son: consolidar los logros obtenidos en la fase anterior, favorecer un mayor conocimiento personal de la propia familia, facilitando así el acercamiento y favorecer la resolución de conflictos y temas anclados en el pasado que dificultan la relación en el momento presente, así como facilitar la posterior reconciliación.

En esta fase los medios que se utilizan son: información obtenida en la fase anterior, entrevista, renovación del contrato terapéutico, encuentro Familiar: espacio que se brinda a toda la familia y cuya finalidad es favorecer la reconciliación e instrumentos anteriormente expuestos (grupos de seguimiento, de autoayuda, seminarios...).

4.4.6.3. Fase de reinserción social.

En esta última fase el objetivo fundamental es que la familia comprenda que nuestra finalidad es que el usuario establezca un estilo de vida autónomo. En esta fase suelen aparecer, en general, dos tendencias bien definidas en la familia. Por un lado, hay familias que tienden a “relajarse, entienden que el trabajo ya está hecho y sus movimientos se orientan a estar menos presentes en el centro y en el proceso del residente. Y por otro lado, también nos encontramos con familias que se resisten a perder el “control” que hasta ahora estaban ejerciendo con sus hijos y suelen aportar una visión de desconfianza sobre el proceso del residente.

Los objetivos que se buscan son: concienciar a la familia de que el proceso continúa, mantener lo conseguido hasta ahora, sobre todo los patrones sanos de comunicación (claridad, honestidad, autorresponsabilización...), ayudarles a entender la importancia de que el residente defina su propio estilo de vida autónomo, facilitar espacios en los que pueda darse la toma de decisiones conjuntas con el residente.

Los medios empleados son los siguientes: información obtenida en las fases anteriores, renovación del contrato terapéutico, grupos de familia (que paulatinamente irán desapareciendo) y coloquios.

Es importante, de cara a un buen trabajo terapéutico, tener una visión nítida del momento del proceso en el que se encuentra la familia, de lo contrario, podríamos estar trabajando objetivos que no se ajustan a la necesidad de la familia como sistema.

Cuando la familia acude a nuestro recurso, llega, generalmente, con niveles de desesperanza y frustración bastante altos, por lo que no debemos olvidar que, tanto en este primer momento como en diferentes situaciones a lo largo del proceso, nos convertimos en el soporte de su esperanza y en alguien que transmite la confianza necesaria que les ayuda a aliviar su sufrimiento.

4.4.7. Trabajo con parejas.

A continuación analizaremos el trabajo con parejas. Tomaremos el caso en el que el usuario es residente y su pareja no. Pueden darse también otros casos, pero trataremos éste por ser el más común.

4.4.7.1. Diferencias con el trabajo con familias.

Los adictos que conviven con su pareja están involucrados en por lo menos dos sistemas interpersonales íntimos. El de la relación de pareja y el de la familia de origen, aunque parece que el que más influencia tiene es el de la pareja. Se suele iniciar entre ellos algunos ciclos de altercados que parecen ser ciclos de mantenimiento.

Con las parejas solemos encontramos con un fenómeno que merece especial dedicación como es la codependencia. Por codependencia entendemos la excesiva involucración, casi obsesiva, de algún familiar en los problemas del adicto, llegando a vivir por y para él y desequilibrando la propia vida a todos los niveles: personal, familiar, social, laboral...

Existen ciertas características propias de estas parejas: poseen baja autoestima, dicen no presentar ningún problema personal al estar encubiertos por el problema que es el adicto, inestabilidad emocional y utilización del rol de “pareja de toxicómano” para relacionarse socialmente.

Los objetivos son: centrar la atención en su propia vida y no sólo en su marido, retomar un proyecto de pareja en condiciones de igualdad, abrir otros círculos y reforzar la autoestima. Especial atención tendremos que tener en caso de que la pareja tenga hijos, por nuestra parte habrá que fomentar al residente su responsabilidad como padre y a la vez tratar de que la pareja le dé espacio para ejercitar el rol de padre, algo que a veces, se hace difícil por diferentes motivos (miedos, desconfianzas, relaciones de poder...).

4.4.7.2. Tipología de las relaciones de parejas.

Se describen tres tipos básicos de parejas, en función de sus rasgos de carácter y comportamiento, y de la interacción de éstos en la pareja:

- ✚ Parejas en las que predominan las relaciones complementarias: La relación que predomina entre ambos es correlativa, es decir, la actitud de uno se complementa con la del otro. La expresión de uno se “justifica” con la actitud del otro, por ej: si A actúa de un modo dominante (agresivo), B actúa de modo sometido (víctima). Si existen rasgos neuróticos muy acentuados en los miembros de la pareja la relación se anula, impidiendo el merecimiento. Si los rasgos neuróticos de la

pareja están poco acentuados, suelen aparecer ante los demás como una pareja armoniosa y ambos llegan a sentirse como parte integrante de un todo con el que se sienten perfectamente identificados, y se ven más positivo cuando se corresponden con el patrón aceptado culturalmente. En éste último caso también se limita el desarrollo individual. En este tipo de parejas, los hijos tienen muchas dificultades para obtener una visión integral de cada uno de sus padres y suelen producirse problemas de identificación

- ✚ Parejas en las que predominan las relaciones simétricas: Ambos cónyuges reaccionan de forma similar y con una intensidad parecida frente a las mismas situaciones (Ej: A y B actúan de modo agresivo). Cuando los rasgos neuróticos están acentuados, se da una rivalidad extrema. En aspectos no neuróticos (ej: gusto por las mismas actividades) aparece una relación positiva para ambos.
- ✚ Parejas en las que predominan las relaciones recíprocas. Existe en la pareja la posibilidad de expresar una u otra conducta de manera flexible y se da en ambos en una medida similar. Ambos pueden expresar alternativamente diferentes conductas (rígidas, sumisas, agresivas...). Cuando predominan éste tipo de relaciones no existe reparto de roles fijo y existe bastante flexibilidad y un grado bajo de neurosis.

Hay que tener en cuenta que existen multitud de combinaciones en los tipos de relación de pareja, variando en forma e intensidad en función del momento vital en el que se encuentren sus miembros.

4.5. La evaluación en las drogodependencias.

4.5.1. Introducción.

Compartimos la evaluación que proviene de el paradigma positivista (Siglo XIX) y a su vez los logros del método experimental proveniente de las Ciencias Naturales (Siglo XVIII).

Según Labrador (1998), ninguna evaluación tiene asegurada su validez (ubicada en un contexto concreto), por más que utilicemos instrumentos objetivos fiables y válidos. No debemos olvidar que cada investigación forma parte de un contexto concreto, que no regode de manera exacta las condiciones en las que

realizamos nuestro trabajo.

Señalamos que cuando hablamos de evaluación nos referimos tanto a la evaluación de personas con problemas de adicción, como a la evaluación y efectividad de los programas. Así, dividiremos la evaluación en dos: en la primera parte expondremos la evaluación de las personas en terapia de rehabilitación y en la segunda, abordaremos brevemente la evaluación de los programas para drogodependientes y sus implicaciones en términos neuropsicológicos, afectivos y de bienestar personal.

4.5.2. Evaluación de la persona (adictos, familia y sociedad).

Para la evaluación fueron imprescindibles algunas pruebas psicodiagnósticas que aportaron objetividad y valor añadido al juicio del clínico. Las pruebas psicodiagnósticas ofrecieron un análisis descriptivo y explicativo de las personas. A día de hoy, podemos asegurar que fue un proceso que se desarrolló bajo el marco del método científico en cuanto al diseño y su posterior validación.

Las intervenciones terapéuticas y los tratamientos de rehabilitación han cambiado en los últimos 20 años; ahora los profesionales ya no se centran tanto en sus interpretaciones, sino en los procesos, basados en guías y protocolos que han sido diseñadas teniendo en cuenta las evidencias científicas, tales como: estudios estadísticos, experimentales, consenso de grupos de expertos...

En relación a la evaluación hay mucha literatura sobre cuándo es el momento más adecuado y cómo hay que evaluar a la persona con problemas de adicción, que toma contacto con nosotros por primera vez. Para aplicar una prueba psicodiagnóstica, es necesario no padecer el síndrome de abstinencia ni estar bajo los efectos de cualquier droga, ya que puede alterar las respuestas de las entrevistas y pruebas. En lo que existe un mayor consenso es en el hecho de realizar una evaluación, obtener datos y poder extraer una visión bio-psico-social adecuada del informante; además de medir y recoger datos que sean realmente necesarios.

Continuando con la evaluación de la persona, es fundamental acoger adecuadamente a la persona, escucharles, ofrecerles información sobre el centro, responder a sus preguntas, saber qué aspectos le han motivado querer para realizar un tratamiento de rehabilitación... poco a poco se comienza a realizar una evaluación en sentido estricto. Evaluación en la cual se recoge una serie de datos relacionados con aspectos familiares, judiciales, psiquiátricos, biográficos y laborales, y también se

realiza un examen médico incluye el análisis de posibles enfermedades que suelen ser comunes en este tipo de población, como la tuberculosis, el VIH, etc...

Empleamos en esta tesis doctoral, las siguientes pruebas que describimos a continuación:

- ✚ Entrevista etnográfica individual en profundidad, que como expusimos inicialmente es nuestro principal instrumento de recogida de información y de toma de contacto con la realidad que queremos estudiar; las adicciones, las personas que padecen adicción, sus familiares y seres queridos y de personas anónimas.
- ✚ Narrativas de las personas drogodependientes, cuyo valor es fundamental, ya que se establece la verdadera relación personal (vínculo sin el cual no tiene sentido la terapia).
- ✚ También hemos empleado las entrevistas en grupo, en el caso de la evaluación de personas con problemas de adicción, ya que no entendemos la rehabilitación de las drogodependencias, sin el sentido de grupo, de comunidad y de convivencia. Y también teniendo en cuenta que la terapia se realiza básicamente en ámbito de grupo (identificación, unión y fuerza grupal).
- ✚ Domino D- 48. E. Anstey-adaptación francesa P. Pichot (Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée). Adaptación española: TEA Ediciones, S.A. Es uno de los mejores test colectivos de inteligencia general que valora la capacidad para conceptualizar el razonamiento sistemático a nuevos problemas y apreciar las funciones centrales de la inteligencia: abstracción y comprensión de relaciones.
- ✚ MMSE (Mini examen cognoscitivo). Test de aplicación rápida que explora la orientación temporal y espacial, fijación, atención y cálculo, memoria, nominación, repetición, comprensión, lectura, escritura y dibujo.
- ✚ Whesler Memory Scale: WMS III, subtest de Control mental (que mide la secuenciación y manipulación a nivel mental, de determinada información).
- ✚ Figura compleja de Rey. André Rey, Les Editions du CPA. Adaptación española: Tea adicciones (1987). Evalúa la memoria mediante la copia y su posterior reproducción de ese mismo dibujo geométrico complejo.

- ✚ Asociación controlada de palabras Fluencia (PMR). Prueba cuyo objetivo es evaluar la fluidez verbal y Fluencia semántica (animales) que valora la fluencia de palabras a nivel semántico.
- ✚ STOOOP (Test stroop de colores y palabras). Charles J. Golden, PH.D. Nebraska Psychiatric Institute, University of Nebraska Medical Center, 1978. TEA EDICIONES (1994). Mide la atención mediante palabras, colores y su interferencia.
- ✚ Color Trail 1 (forma a) y 2 (forma b). Evalúa habilidades de rastreo visual y exploración visuocconceptual y visuomotora. También evalúa la atención, velocidad de búsqueda visual y rapidez perceptivo-motora.
- ✚ Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS), subtest de “Búsqueda de llaves” y “Mapa del zoo”.
- ✚ Cuestionario BDI (Inventario para la depresión de Beck, 1978). Instrumento autoaplicado más utilizado en la clínica para evaluar la depresión. Se diferencian distintos niveles depresivos, variando los mismos en función de la gravedad.
- ✚ STAI (Cuestionario de ansiedad). C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch y R.E. Lushene, Consulting Psychologists Press, Inc. California. Adaptación española: Sección de Estudio de Tests. Evalúa los índices de ansiedad en la persona; estado (el momento actual) y rasgo (característica personal).
- ✚ Evaluación objetiva y subjetiva de la calidad de vida de personas con discapacidad intelectual (Miguel Ángel Verdugo Alonso y cols, 2009).
- ✚ Escala de bienestar psicológico (José Sánchez Casanova, 1998). Recoge distintas escalas de bienestar: material, laboral, sexualidad y relaciones con la pareja, apoyo social, afectividad positiva, negativa y control.

4.5.3. Evaluación de la terapia a nivel de beneficios en la persona.

Podemos decir que los beneficios de los tratamientos terapéutico-educativos no se plantean como una cuestión dicotómica de todo a nada; no tiene como finalidad obtener un grupo de personas rehabilitadas y otro grupo de no rehabilitadas. Tras diferentes evaluaciones queda demostrado que las personas que realizan terapia mejoran y se recuperan mejor en unas áreas que en otras. En muchas ocasiones estas mejoras y avances son difícilmente medibles y perceptibles para la sociedad.

Entendemos a la eficacia, en esta tesis, como el grado de consecución de los objetivos o la capacidad de la terapia para conseguir y lograr alcanzar el objetivo que se pretende: abstinencia y estilo de vida saludable; en definitiva ser independiente y autónomo. Silva (1994) planteó que la eficiencia pone en relación los costes del programa con los beneficios, es decir, nos expone cuantos recursos hemos empleado para conseguir los resultados obtenidos.

La evaluación de la eficacia de un tratamiento de rehabilitación para personas con problemas de adicción requiere claridad y nos exigió a definir y acotar de forma precisa qué es lo que queríamos evaluar y cómo lo íbamos a llevar a cabo.

En cuanto a los resultados de la terapia, pronto observamos los recursos, potencialidades y protección que ejerce en las personas; y también los aspectos a superar y mejorar en el tratamiento. Factores que expondremos en el capítulo 12 de esta tesis: aplicabilidad del estudio; cuya línea de investigación en este capítulo, fueron los estudios de seguimiento.

Los estudios de seguimiento (follow-up studies), son estudios donde es fundamental realizar el seguimiento de las personas evaluadas. En nuestro caso, identificar la situación de un grupo de personas con problemas de adicción, para posteriormente ver su evolución. Después se pondrán de manifiesto las diferencias encontradas entre los primeros datos recogidos (que se toman en algún momento del tratamiento), y los segundos (que se obtienen después de un tiempo realizando el tratamiento, siete u ocho meses en nuestro caso). No se cuenta con un grupo control o de comparación, así que se pueden establecer comparaciones, pero no se puede determinar si las personas que no realizaron la terapia se encuentran mejor o peor por ello.

También tuvimos en cuenta los estudios de valoración considerados cuasi-experimentales, que se empezaron a realizar en los años setenta. Lo importante en ellos es determinar si tratarse terapéuticamente es mejor que no tratarse y, para esto, se evalúa al paciente antes y después del tratamiento; pero además se utiliza un grupo control o de comparación, (este grupo control o de comparación lo forman las personas que abandonan el programa en la fase de acogida o admisión).

4.5.4. Dificultades de nuestra investigación.

Un primer problema, destacable y frecuente en población drogodependiente, es la llamada mortalidad experimental: muchos de los pacientes, tras la primera evaluación, no son encontrados, sus números de móviles han cambiado, no se encuentran en casa... Entendemos que el hecho de localizar a personas con problemas de adicción es muy complicado.

Otra dificultad es que sólo se evalúa a las personas que muestran mejor comportamiento en el tratamiento, esto es, a las que mejor se adaptan a la terapia. Por otro lado se expulsa a las personas que incumplen las normas básicas: no consumo de drogas y no violencia.

Otro aspecto a tener en cuenta es la remisión espontánea o maduración, que puede ser ocasionada por los efectos del paso del tiempo y son independientes del tratamiento (no provienen de la terapia). La recuperación espontánea, aunque parezca algo ocasionado por el azar, suele producirse por cambios vitales de gran intensidad y repercusión para la persona como: muertes de compañeros, tener un hijo... Aunque nosotros creemos que la maduración es una combinación de ambas: consecuencia del paso del tiempo y de cambios evolutivos derivados de las vivencias personales.

Otra dificultad es medir las mismas categorías correctamente y cuales son relevantes para ser medidas. Inicialmente, nosotros tomamos como referencia: el consumo de sustancias, el estado psicológico de la persona, delitos cometidos, trabajo, educación...

Existe cierto debate en relación a qué variables son las más adecuadas para ser analizadas, a qué se considera éxito y en qué grado, consideramos como éxito la abstinencia, la adherencia al tratamiento, la retención en el programa, la relación familiar, la mejora de los problemas psíquicos, la adecuada inserción laboral...

Para que se considere una investigación experimental las personas deben de ser distribuidas al azar entre los diferentes programas y el grupo control. En nuestro caso, esto es poco viable y no es ético, ya que estamos evaluando personas que necesitan un tratamiento específico que no podemos dejar en manos del azar.

Lasagna (1974) planteó que para superar alguna de las dificultades a la hora de investigar, es adecuado realizar estudios naturalistas (entienden y describen las peculiaridades del día a día).

Por todo lo expuesto y con el objetivo de subsanar estas dificultades se han propuesto otras maneras y alternativas en los análisis, como por ejemplo las variables de buen pronóstico.

Para realizar este enfoque, deben de llevarse a cabo las siguientes características:

- ✚ Los objetivos del tratamiento estarán definidos de manera precisa.
- ✚ Las personas cumplirán adecuadamente los criterios de inclusión.
- ✚ Las muestras serán lo más homogéneas posibles en los perfiles o problemas a tratar.
- ✚ La terapia se dirigirá, principalmente, a un problema específico más que a un conjunto de problemas.
- ✚ El tratamiento y su aplicación estarán reflejados y definidos en manuales de psicoterapia e intervención terapéutica.
- ✚ La aplicación de la terapia será administrada por profesionales que conocen el tratamiento y el modelo perfectamente.
- ✚ La duración del tratamiento estará prefijada, aunque siempre dependerá de la persona que lo realice y sus posibilidades.
- ✚ Los resultados estarán definidos de forma operacional y precisa.

Después de exponer algunas de las dificultades, observamos la necesidad de homogeneizar el uso de las técnicas estadísticas, el diseño y los criterios de éxito. Es importante que cada programa de tratamiento tenga unas bases teóricas diferentes, trabaje con poblaciones específicas, desarrolle sus propias técnicas terapéuticas y promueva diferentes objetivos, aunque esto no excluye que los investigadores en esta área, tengan los mismos criterios para medir y evaluar sus resultados. Sánchez-Carbonel (1991), planteó que sólo de esta forma será posible comparar los distintos programas y superar las diferencias existentes.

5. BIENESTAR SUBJETIVO Y CALIDAD DE VIDA.

5.1. Antecedentes históricos.

Aristóteles fue uno de los primeros estudiosos que nombró el término bienestar subjetivo, refiriéndose a él como “sumo bien” o “felicidad suma”; que sería la finalidad a alcanzar por los seres humanos en el transcurso de sus vidas. El filósofo sostiene que la felicidad es el único valor final y suficiente en sí mismo. Final en tanto que todo lo demás no es más que un medio para conseguirla.

Posteriormente, autores como Fierro (2000) han ido incorporando a este término conceptos psicológicos más operativos como el “bienestar personal” o de “satisfacción con la vida”.

Esta noción de “felicidad” o de “bienestar subjetivo” relacionada con lo psicológico ha facilitado la orientación terapéutica de esta disciplina. Su pretensión restauradora ha logrado que se dedique más al conocimiento de los estados psicológicos mórbidos, que al estudio de las variables que facilitan un mayor bienestar personal y el mantenimiento de un estilo de vida saludable.

Esta tradición positivista, que se centra en aspectos externos, constituye una gran parte de los estudios que se desarrollaron inicialmente en esta área de conocimiento. Se evaluaban en ellos las características que fomentaban el bienestar objetivo. Así, inicialmente se adoptó el término “nivel de vida” para describir estas características necesarias que en un inicio giraban únicamente en torno a lo puramente económico. El nivel de vida hace alusión al estado de bienestar y las políticas que a él se encaminaban. Esta orientación trajo consigo la introducción del término “calidad de vida”, que desde la década de los setenta, ha dado pie a la realización de numerosos estudios.

Una de las consecuencias de esta tendencia fue la creación en 1974 de *Social Indicators Research*, revista dedicada al abordaje tanto de la calidad de vida como del bienestar, cuya orientación inicial fue fundamentalmente objetiva. En varios países se iniciaron encuestas periódicas de calidad de vida, cuyos resultados eran presentados generalmente en informes sociales que mostraban los distintos indicadores. Existen muchas categorizaciones de indicadores objetivos que han surgido. En las

categorizaciones se incluyen aspectos como: empleo, ingresos, educación, salud, vivienda, condiciones del entorno...

Por lo tanto, la calidad de vida ha sido vinculada con el bienestar social y como consecuencia de ello, equiparada con el bienestar económico. Veenhoven (1991), desde la perspectiva de distribución política de los recursos, planteó que hay muchos indicadores socioeconómicos macrosociales que están unidos entre sí.

Al mismo tiempo durante las pasadas décadas, varios autores han analizado los correlatos demográficos y los factores que se relacionan con el bienestar humano. En este sentido, Wilson (1967) realizó varios estudios en los que se examinaban las diferencias personales en esta variable y describió varios factores que estaban presentes como sexo, edad, clase social, estado civil, estudios, salud, trabajo, ingresos...

En relación a lo expuesto con anterioridad, Veenhoven (1995) afirmó que la calidad de vida tiene dos connotaciones. Por un lado la presencia de variables necesarias para tener una buena vida y por otro, la capacidad de vivir bien como tal. Caracterizó a la felicidad y al bienestar psicológico como disposiciones bio-psicológicas-naturales.

Este concepto abre la puerta a la consideración de factores dependientes de la actuación y percepción del propio sujeto sobre su vida y de las condiciones donde se lleva a cabo. En este mismo sentido, Lawton (1983) enfatizó a la perspectiva psicológica de la calidad de vida, incorporando el término de “buena vida”, cuyos componentes son de ámbito psicológico básicamente, tales como:

- ✚ Bienestar psicológico,
- ✚ Competencia conductual,
- ✚ Percepción de calidad de vida,
- ✚ Medio ambiente objetivo.

Según este autor, el bienestar psicológico, incluiría la coherencia entre los objetivos que una persona desea y los que realmente alcanza en su vida, un adecuado estado de ánimo y un nivel afectivo óptimo. La calidad de vida que una persona percibe tiene relación con la satisfacción que tenga con respecto a su persona, a la familia y los amigos, a su trabajo, su ocio, lugar de residencia... El medio ambiente objetivo engloba las características físicas del entorno en el cual vive y convive la persona.

Al concepto de calidad se le han ido incorporando componentes cada vez más subjetivos. Esta diferenciación de la dimensión objetivo-subjetiva, trajo consigo la intensificación del nivel de análisis individual en vez de social. Fue esta acentuación de factores internos la que permitía entender el bienestar humano en su dimensión subjetiva, estudiándolo desde su enfoque personal; como nosotros hacemos en este estudio. Argyle (1993), expuso que el bienestar subjetivo es una de las aportaciones más fundamentales de la psicología al concepto de calidad de vida.

Autores como Diener y cols (1995), consolidaron la idea de la subjetividad y argumentaron que la valoración de la vida y el reconocimiento del bienestar incluyen más variables que la juventud y la prosperidad económica. Evaluaron en estos estudios que factores psicológicos y del entorno repercuten en el bienestar subjetivo. Es importante tener en cuenta y poder analizar los instrumentos que nos permitan investigar estos factores y variables del comportamiento humano.

5.2. Bienestar subjetivo.

Calidad de vida, bienestar subjetivo (BS), satisfacción vital y bienestar social, son conceptos que pertenecen a una terminología que se relaciona con la felicidad, y que por su importancia y trascendencia buscan la clarificación de los conceptos y de su capacidad para ser medidos. En un inicio existieron muchas discrepancias a la hora de entender estos conceptos, en la actualidad hay ciertos consensos, tales como:

- ✚ El bienestar comprende una dimensión subjetiva, como aspecto fundamental y básico.
- ✚ Estaría compuesto por dos facetas básicas:
 - una basada en las variables afectivas-emocionales (hace alusión a los estados de ánimo de la persona).
 - y otra basada en las variables cognitivas (hace alusión a la evaluación de satisfacción que la persona hace sobre su vida).

Estas dos facetas tienen una relación directa con la dimensión subjetiva. En este sentido, Casullo (2002) estudió ambas y agregó una tercera dimensión para comprender mejor al bienestar: la vincular.

Considerando lo anterior, Diener y cols (1999) opinaron que el BS es un área general de interés científico y no una estructura específica. Engloba las reacciones emocionales, los logros y satisfacciones y las valoraciones generales sobre cómo la persona percibe su vida. Por lo tanto el BS se centró y enfatizó en lo que las personas piensan y sienten, en como perciben y viven sus vidas y el balance que hacen sobre la misma.

Comúnmente se denomina “felicidad” al BS que las personas tienen cuando se experimentan más sentimientos agradables y menos sentimientos desagradables, y cuando estos conllevan que la persona se involucre en la realización de actividades y se sienta satisfecha con el desempeño de las mismas. Por lo tanto, lo verdaderamente importante, es la percepción y la valoración que la persona realiza de su propia vida. Inicialmente se hicieron estudios sobre el temperamento y la personalidad (características de las personas y de como se adaptan a la realidad que les toca vivir) y cómo estos dos aspectos eran fundamentales para entender al bienestar subjetivo (evaluación y valoración de la existencia).

5.2.1. Optimismo.

Peterson (2006) consideró al optimismo como una característica cognitiva (intención y pretensión por alcanzar ciertas metas y conseguir determinados objetivos) influenciada por la creencia que tenga la persona sobre sus posibilidades y expectativas. El optimismo no es tan solo una cognición o pensamiento aislado sino que cuenta con la motivación. Las personas necesitan sentirse fuertes y capaces, ser optimistas para poder realizar determinadas conductas y para ello es indispensable tener motivación.

A nuestro parecer, las personas optimistas son aquellas que afrontan sus problemas y no los evitan, tienen ilusiones y generan recursos personales para superar y asumir con dignidad la realidad.

Avia y Vázquez (1999) plantearon que las personas tienden a crear esperanzas y a ilusionarse con cosas; y que esto es debido al optimismo (aspecto que forma parte de la vida y que se puede modificar e intervenir en él). Definieron al optimismo como la percepción y valoración de las personas en esperar que las cosas salgan bien, se alcancen las metas y se consigan los objetivos; como una dimensión de la personalidad

relativamente estable. Está determinado por factores genéticos y por experiencias vitales tempranas, pero es posible que en etapas posteriores se pueda modelar y modificar (enseñar a las personas percibir la vida de otro modo).

Es importante diferenciar entre el optimismo extremo (que puede interpretarse como una manera patológica de afrontar la vida, centrándose únicamente en lo positivo y si ser realista); y el optimismo como característica del bienestar (componente que ayuda a la persona a realizar conductas, a buscar recursos y ponerlos en marcha y a ser realista con su vida a nivel personal y social).

5.2.2. Felicidad.

En general, se define a la felicidad como un estado ánimo o rasgo característico en la persona. Lo que conlleva dos maneras de comprender y abordar el concepto; una manera entiende la felicidad como un estado general que se alcanzan consiguiendo superar estados intermedios de felicidad y otro manera la entiende como un estado emocional o de ánimo general que hace referencia a la manera positiva de afrontar y asumir las situaciones adversas de la vida.

Myers (2000) consideró a la felicidad como un término que incluía al BS y la satisfacción vital, por lo implicaba una estrecha relación con las áreas afectivas y cognitivas de la persona. En este sentido, se realizaron diversos estudios que señalaron que las personas, en líneas generales, se consideran moderadamente felices.

Diener (2002) descubrió que hay cierta tendencia a manifestar más satisfacción en personas de países más desarrollados; ya que cuando las personas de los países pobres comparan sus estilos de vida con la de los más ricos, toman conciencia de su situación (pobreza relativa). También describió el concepto de riqueza, entendiéndola con otros factores relacionados como: los derechos y deberes humanos, la educación y/o alfabetización y también la política y el sistema de gobierno, centrándose en la democracia y en los años de implantación de la misma en cada país. Explicó que existe cierta relación entre el aumento de ingresos y el aumento en la felicidad, aunque esta relación no sea significativa, como inicialmente se consideraba.

La procedencia y las causas que generan la felicidad ha sido un tema que ha cambiado con el paso del tiempo. Inicialmente se entendió desde un materialismo extremo (basado en variables externas) aunque después se dio paso a pensar que la felicidad también puede estar influenciada por factores espirituales que confluyen en una actitud mental. En la actualidad los estudios apoyan ambas posturas (la externa y la mental), aunque la postura espiritualista cuenta con más seguidores.

Csikszentmihalyi (1999) exploró otro aspecto de la felicidad: la experiencia de flujo, que consideró como un estado de involucración máximo en la realización de una actividad, teniendo presente la concentración y el esfuerzo que esta requiere. La actividad y la experiencia de llevarla a cabo, genera placer y satisfacción en la persona; y promueve más la motivación y la satisfacción, que el esfuerzo realizado.

La postura espiritual comprendió la felicidad en relación a términos psicológicos como condición necesaria. Se definió como un estado mental que las personas pueden gestionar a nivel cognitivo y mental (mediante pensamientos y recursos cognitivos).

La felicidad correlaciona con las relaciones interpersonales de carácter afectivo, es decir, las personas muestran más felicidad en relaciones afectivas cercanas y de apego. Las personas tenemos la necesidad de pertenecer algún grupo y de relacionarnos socialmente; cuando esta necesidad se ve cubierta o satisfecha, nos sentimos felices; y más si tenemos en consideración el sentimiento de protección y de reconocimiento que esto nos provoca. Por este motivo, el exilio, el confinamiento y/o el aislamiento se consideran medidas inadecuadas y que pueden conllevar graves consecuencias para la persona.

Myers (2000) describió la relación existente entre el status matrimonial (rol que se desempeña en la pareja y en la sociedad) y la felicidad; e informó que hay una mayor sensación de felicidad entre los casados sobre los solteros, divorciados y separados. También explicó diferencias inherentes al género (en las que las mujeres se muestran un poco más satisfechas que los hombres), y diferencias inherentes al matrimonio que puede influir de varias maneras (en ocasiones genera tensión y desesperanza y en otras genera sentimiento de identidad y satisfacción).

En suma, parece que una vez satisfechas las necesidades básicas de las personas, estas se adaptan a los ingresos que reciben; por lo que su felicidad es independiente del tema económico. Sin embargo, en lo relativo al status económico, la pérdida de este conlleva un descenso en la felicidad y en el sentimiento de la intensidad de la misma. En resumen, entendemos que el dinero es importante en lo que ayuda y favorece a la persona a realizar una acción y alcanzar objetivos, pero no como un desencadenante o precesor de la felicidad.

Otra área de investigación es la personalidad, en la que se estudió que diferencias y similitudes compartían las personas felices y cuales no. Ryan y Deci (2000) exploraron la teoría de autodeterminación; una perspectiva que entiende a las capacidades y habilidades de las personas como medio para organizarse y marcarse un rumbo en la vida. Simonton (2000) consideró como determinante las acciones que se producen de manera excepcional como la creatividad y el talento. Contempló a la personalidad como uno de los predictores más importantes a la hora de tratar el bienestar subjetivo.

El complejo personalidad - bienestar se sostiene en una amplia variedad de investigaciones y se han desarrollado diversas teorías para explicar cómo se relacionan entre si y que variables influyen entre ellos, considerando entre otros, aspectos genéticos y/o hereditarios. Tellegen y cols (1988), opinaron que hay una predisposición en el temperamento a la hora de manifestar determinados niveles de bienestar, tanto a nivel conductual como hereditario. Explicaron las distintas variables que influyen, tales como: los genes, la expresión emotiva positiva como la emotiva negativa, el ambiente familiar y el contexto o entorno donde se lleva a cabo.

Tellegen y cols (1996), sostuvieron que la gran mayoría del bienestar que se manifiesta a largo plazo es heredado y estable en el tiempo (80%) y establecieron en sus estudios “felicidades promedios” de las personas, en distintos momentos pero con una temporalidad de 10 años. También reflejaron que estos promedios de felicidad basados en componentes hereditarios, se relacionaban estrechamente con variables medioambiental (entorno y modificaciones y variables del mismo).

Plomin y cols (1990), señalaron que los factores genéticos repercuten en el comportamiento en el aspecto que aumenta la posibilidad de que ocurran determinadas

situaciones en la vida, es decir, hay cierto componente genético que afecta en el bienestar haciendo más probables unos comportamientos que otros; y siempre teniendo en cuenta el contexto y/o entorno en el que se realizan.

Por lo tanto, los factores hereditarios no son los únicos que pueden hacer variar y determinar el bienestar, y se pueden emplear otros factores para lograr este objetivo. De hecho, como ya hemos expuesto con anterioridad, variables de la herencia se relacionan con el bienestar y están influenciados por el ambiente.

Hamer y Copeland (1998), realizaron una investigación sobre las variables genéticas que repercutían en el bienestar; y observaron como ciertos genes específicos repercuten en las hormonas del cerebro.

Entendemos que los factores o rasgos de personalidad ejercen en la persona una influencia más grande y presente en el bienestar que los factores circunstanciales o excepcionales. Las distintas situaciones y circunstancias pueden modificar la sensación y el umbral del bienestar percibido, aunque este umbral tiende a restablecerse con relativa facilidad. Kozma y cols (1997), plantearon que este restablecimiento del bienestar es producido, en parte: por la estabilidad en el entorno, la personalidad, los estilos afectivos..., aunque el factor del entorno sea el que menos estabilice al bienestar.

Si se consideran las variables de personalidad para determinar el bienestar, cabe esperar que este sea más estable y consistente en el tiempo, independientemente del tipo de situaciones que se produzcan. Las personas que se muestran felices en el trabajo también lo están en sus períodos de ocio y distensión. Los factores de personalidad que han tenido más atención teórica y empírica respecto al bienestar son la extraversión y el neuroticismo. Costa y McCrae, (1980) comentaron que la extraversión repercute en las expresiones emocionales positivas y que el neuroticismo repercute en las expresiones emocionales negativas.

En esta idea, Gray (1991), basó su teoría de la personalidad. Explicó los dos posibles sistemas del cerebro que pueden generar diferencias individuales en la personalidad: el sistema de activación conductual (BAS) responsable de los premios y de comportamientos de acercamiento, sin la utilización de la violencia; y el sistema de

inhibición conductual (BPI) responsable de los castigos (sin recompensas) y de reprimir comportamientos adecuados, ante amenazas y riesgos.

Otros investigadores, como Argyle y Lu (1990), sugirieron que la extraversión influye en el afecto positivo por medio de mecanismos indirectos. Tanto extrovertidos como introvertidos manifiestan mayor afecto positivo en las situaciones sociales que en las individuales. Según Diener y Diener (1995), la extraversión es una capacidad que favorece al bienestar, ya que posibilita a la persona alcanzar ciertos objetivos sociales, como tener amigos y/o formar parte de un determinado grupo.

Compartimos la idea que la autoestima también influye en el bienestar. Los europeos utilizan muchos recursos cognitivos para mantener y consolidar su autoestima. Diener y Diener (1995) en una investigación transcultural encontraron que la relación entre la autoestima y la satisfacción es menor en personas de culturas colectivistas. Kwan y cols (1997), expusieron que la autoestima no debe de considerada como un buen predictor para personas y culturas que valoran al grupo por encima del individuo.

Una tarea importante para la investigación futura es explorar cómo las variables cognoscitivas repercuten en la personalidad y cómo las dos se influyen recíprocamente, interviniendo en el bienestar.

5.3. Modelos teóricos.

El tema del BS no cuenta con un único modelo explicativo, sino que existen varias teorías que explican sus diferentes características y factores, como las siguientes:

- ✚ La teoría de la autodeterminación, propuesta por Ryan y Deci (2000), en la que plantearon la existencia de dos tipos de personas: las proactivas (comprometidas y predispuestas a la acción) y las inactivas (no comprometidas ni predispuestas a la acción). Dependiendo como sea la persona, esta se desarrollará y funcionará de un modo determinado en lo referente a las relaciones sociales que establezca. La investigación se centra en las condiciones que favorecen el contexto social frente a las que elentecen los procesos naturales de motivación y de evolución psicológica adecuada y saludable. Las personas poseerían algunas capacidades psicológicas innatas como la motivación y que además, los contextos sociales en

que se lleven acabo estas capacidades, favorecerán o dificultaran ciertos procesos positivos. Los contextos sociales son fundamentales para que la persona evolucione adecuadamente y consiga sus metas; y también provocan cierta ayuda para que la persona pueda desenvolverse adecuadamente utilizando sus capacidades. Usando metodologías empíricas, identificaron tres necesidades psicológicas básicas, universales e innatas: ser competente, autonomía y relaciones interpersonales. La gratificación de estas necesidades es un buen pronóstico del bienestar subjetivo y de la evolución social. Cuando las personas se motivan internamente son capaces de poner en marcha sus capacidades y habilidades para alcanzar con éxito sus metas y superar sus desafíos. Para Sheldon y cols (1998), esta teoría contempló cómo la persona logra sus metas y se compromete alcanzarlas. Dieron importancia al contenido de las metas ya que estas determinan los tipos de acciones que se llevaran a cabo por la persona (compromiso y pretensión de cumplir objetivos y alcanzar metas).

- ✚ La teoría multidimensional del bienestar subjetivo, se fundamentó en modelos sobre desarrollo humano, en la que Ryff y Keyes (1995) propusieron, que el funcionamiento psicológico estaría formado seis variables: autoaceptación, crecimiento personal, propósitos de vida, relaciones interpersonales positivas, control del medio ambiental y autonomía e independencia. Plantearon también que el crecimiento personal y los predisposición y motivación para alcanzar metas disminuyen con el tiempo (ambas características propias de la etapa adulta) y que el contro del medio ambiental y la autonomía e independencia aumentan con el tiempo (etapa adulta tardía y vejez). Entendieron que estas variables cambian y modifican con el tiempo al bienestar subjetivo. Esta teoría multidimensional se empleó en algunos estudios de Casullo y cols (2002), realizados Iberoamérica.
- ✚ La teoría de acercamiento a la meta; definida por las diferencias individuales y los cambios en la evoluvión de los indicadores de bienestar. Diener (1995), contempló a las metas (estados internalizados deseados por los individuos) y a la escala de valores como referentes fundamentales en las vidas de las personas; mientras que los conflictos personales se consideran metas de un rango menor. Esta teoría expuso todos los indicadores del bienestar y cómo estos cambian en cada persona dependiendo de sus metas y sus valores. Diener y Fujita (1995)

investigaron una covariación de apoyos o recursos (dinero, apoyo familiar, habilidades sociales e inteligencia) y obtuvo un indicador de recursos que asociaron con el bienestar. Afirmaron que las personas elijen que conflictos personales abordar, dependiendo recursos con los que cuente para superarlos; de este modo las personas con recursos inadecuados para alcanzar ciertas metas, las cambian. Las personas pueden lograr con frecuencia su bienestar psicológico si este se valora en relación a sus metas y a los recursos empleados. Esta teoría contiene distintos indicadores que varían en cada cultura, dependiendo de las necesidades y de la escala de valores.

- ✚ La teoría del flujo de Csikszentmihalyi (1999) reflejó que el bienestar esta en la condición humana y no tanto en la satisfacción de conseguir objetivos. Lo que la persona hace y cómo lo realiza (la actividad) es lo que da sentido al flujo. La actividad se lleva a cabo por el sentido que la persona le da, descubriendo nuevas actividades y objetivos de manera constante y aportando ganas de vivir. Mediante este flujo la persona se manifiesta y se muestra de modo único y peculiar, basándose en sus experiencias y vivencias pasadas y teniendo en cuenta las distintas variables del mundo en el que le ha tocado vivir.

5.4. Elementos que lo componen.

Diener (1994), opinó que el bienestar subjetivo tiene tres elementos característicos principales, a tener en cuenta: su carácter subjetivo (se centra en la experiencias personales), su dimensión global (como la persona evalúa y valora su vida), y empleo de medidas positivas (no sólo consiste en eliminar factores negativos sino también de incorporar positivos).

El bienestar subjetivo, es un concepto amplio en el cual es difícil concretar que elementos lo formar. Diener y Diener (1995) definieron tanto a la felicidad como el bienestar; y concluyeron que este último se puede comprender mediante tres categorías, que explicamos a continuación:

- ✚ La primera incide en el bienestar a través de la evaluación y valoración que hace la persona de su vida (teniendo en cuenta aspectos positivos). Esta agrupación es la relativa a la “satisfacción con la vida”.

- ✚ Una segunda categoría, describe el área afectiva, considerando fundamentales los sentimientos y las emociones positivas, y superando (gestionando) las negativas. En este sentido, Bradburn (1969) desarrolló su Escala de Balance Afectivo, considerando a la felicidad como fruto de la valoración general que las personas realizan cuando evalúan conjuntamente su sentimientos positivos y negativos. Al bienestar lo entendió desde un enfoque más cercano, centrado en el día a día, en como la persona experimenta ser feliz cuando la ocurren más acontecimientos y emociones positivas que negativas, en su vida cotidiana.
- ✚ La última de estas tres concepciones, más proximas a los planteamientos filosófico-religiosos, concibe la felicidad como una capacidad o virtud. Las definiciones sobre esta categoría no perciben al bienestar subjetivo como tal, sino más bien como la posesión de una cualidad deseable.

Los científicos sociales han centrado sus estudios fundamentalmente en las dos primeras concepciones o categorizaciones. Por lo tanto, un gran número de estudios abordan las variables que llevan a una persona a valorar de un modo positivo su existencia y su vida; es decir, teniendo en consideración el bienestar subjetivo como la intensidad o magnitud con que la persona valora su vida de manera general tras realizar un balance de experiencia y vivencias positivas y negativas.

A la hora de llevar a cabo este balance se cuenta con aspectos cognitivos (pensamientos) y afectivos (sentimientos y emociones). El área cognitiva entendida con la satisfacción personal, valoración general de la vida, evaluación de los logros sobre los fracasos, pensamientos de realización o por el contrario de frustración... El área afectiva compuesta de sentimientos, emociones y estados de ánimo, se definió en relación a factores como la percepción de la persona de sus emociones, la identificación de las mismas y la gestión y el manejo adecuado de sentimientos.

Ambas áreas están relacionadas entre sí y se influyen de manera recíproca. La persona que experimente vivencias emocionales deseables y satisfactorias tendrá más probabilidad de valorar su vida, de manera global, como positiva y placentera. En este sentido las personas que muestran más bienestar subjetivo son aquellas en las que prevalece una visión positiva sobre los acontecimientos y situaciones vividas. Por el contrario, personas con bajo bienestar subjetivo tienen una visión negativa sobre los

acontecimientos ocurridos en su vida. Por lo tanto, la satisfacción con la vida y el área afectiva del bienestar se influyen entre sí y esta influencia se desarrolla cuando la persona está realizando la valoración o balance de vida.

En un análisis más profundo del componente cognitivo, algunos autores propusieron distintos aspectos a tener en cuenta para evaluar y analizar las valoraciones y opiniones de las personas con respecto a sus vidas. Cummins (1996), tras revisar varias publicaciones sobre calidad de vida, estableció los siguientes dominios o áreas relevantes en este proceso de valoración: bienestar material y económico, salud y vida saludable, productividad y efectividad, intimidad y relaciones, seguridad y autoestima, comunidad y bienestar emocional.

Bharadwaj y Wilkening (1973) establecieron que la valoración o evaluación que hace una persona sobre la satisfacción con su vida, está determinada, con la satisfacción vivenciada en los siguientes aspectos:

- ✚ familia,
- ✚ condiciones de vida,
- ✚ empleo,
- ✚ salud,
- ✚ actividades de ocio y
- ✚ economía e ingresos.

Así mismo, Diener y cols (1999) distinguieron, dentro del área cognitiva, entre la satisfacción con la vida en términos generales (balance de vida) y entre satisfacción con una serie de dominios (situaciones y acontecimientos concretos que la persona controla o gestiona adecuadamente). En esta última satisfacción, hay que contar con la influencia de los siguientes factores:

- ✚ Afecto positivo: alegría, euforia, satisfacción, orgullo, cariño, felicidad y éxtasis.
- ✚ Afecto negativo: culpa y venganza, tristeza, ansiedad y preocupación, enfado, estrés, depresión y envidia.
- ✚ Satisfacción con la vida: deseo de cambiar la vida, satisfacción con la vida actual, satisfacción con el pasado, satisfacción con el futuro, satisfacción con cómo otros ven nuestra vida.

- ✚ Dominios de satisfacción: trabajo, familia, ocio, salud e ingresos, con uno mismo y con los demás.

Posteriormente Michalos en los ochenta, en su Teoría de las Discrepancias Múltiples, contempló que a la hora de realizar una valoración o juicio, la persona evalúa todos los aspectos y componentes, siendo todos ellos difícil de evaluar de una manera conjunta y precisa. Contempló la necesidad de tratar los dominios o aspectos específicos, los procesos que se llevan a cabo en la valoración y qué variables determinan la misma, las aspiraciones y pretensiones en la vida.

En lo referente al área afectiva, es importante diferenciar entre los distintos sentimientos, emociones y estados de ánimo. Estas diferencias van más allá de su cualidad positiva o negativa. El Modelo Circumplejo de la emoción de Kercher en los noventa, reflejó varias dimensiones entre las que se encontraban la dimensión desagradable-gradable y la dimensión de activación alta-baja del estado de ánimo, que dan lugar a su vez a cuatro categorías distintas de afectos.

La revisión de las investigaciones acerca del bienestar subjetivo manifestó que existe un consenso alto en lo referente a los factores o elementos que componen su estructura conceptual. Muchos autores coinciden en centrarse en estos tres factores: satisfacción de vida, afectividad positiva y afectividad negativa. Se comparten en general las dos áreas, tanto cognitiva como afectiva, como influyentes y determinantes en el bienestar subjetivo.

Ryff (1995), amplió estas dimensiones, centrándose en la aceptación y crecimiento personal y acentuó el término de adaptación social e integración al medio o al entorno. Lo que conllevó que se generase una nueva dimensión compuesta de distintos factores como: autoaceptación, crecimiento personal, sentido de vida y propósitos a cumplir, relaciones interpersonales gratificantes, autonomía e independencia y control y manejo del entorno.

En resumen, y con la intención de concretar el concepto de bienestar subjetivo, de la manera más consensuada, entendemos el bienestar subjetivo como el resultado final de la valoración que una persona realiza sobre su vida, mediante la utilización de

aspectos cognitivos y afectivos, teniendo en cuenta aspectos cotidianos y específicos (balance del día a día) y también aspectos generales y globales (balance de vida).

5.5. Cultura y calidad de vida.

La forma de sentir o pensar repercute en las variables del medio o entorno, concretamente en la cultura de una manera más directa. De este modo, las personas (entendidas como seres sociales) se desarrollan y cambian en relación a estas variables. Las personas funcionamos y/o nos movemos en nuestra vida, manejando nuestra realidad con los recursos que contamos para entender como somos tanto a nivel físico como psicológico y tanto a nivel personal como social.

Desde el punto de vista de la psicología dinámica o psicoanálisis, el ego se considera un espacio con muchas dimensiones de identidades, y el yo (mundo individual) como el conjunto de redes de conversación que confluyen en el ego.

Este planteamiento puede entenderse contando con el matiz cultural. Las personas tienen censuradas ciertas maneras de sentir y pensar (nuestra subjetividad), lo que da lugar a que se ve limitada nuestra manera de vivenciar y expresar ciertas cuestiones; y que esta limitación viene producida en gran parte por la cultura en la que se encuentra. De este modo, dependiendo de la cultura en la que nos encontremos, será adecuado o no, manifestar una manera de sentir y de pensar, que otra. Expresar y vivenciar funerales, duelos, bodas, celebraciones... depende en gran parte de la cultura (rituales y representaciones sociales diferentes) en la que estemos.

En este sentido, se planteó si la calidad de vida y el bienestar subjetivo podían estar mediatizados por la cultura, concluyendo diversos autores, que lo que realmente se puede afirmar es la presencia de un espacio en el que confluyen las siguientes variables: la cultura, la historia de vida, la ubicación sociocultural y área geográfica (de nacimiento, de relaciones y crianza, de educación y desarrollo personal),... que influyen en ambos conceptos (BS y calidad de vida).

En este espacio es donde la persona da sentido a su vida y a su manera de vivirla. Teniendo en cuenta aspectos como sus expectativas, sus metas y objetivos, sus deseos e ilusiones,... y que todos estos se relacionan con la libertad e independencia

(contando con las limitaciones de la cultura y en contexto social). La persona suele sentir libertad o sentirse libre cuando lleva una vida ordenada, siente que controla su vida y que es responsable para vivirla de un modo adecuado. Esta libertad es la que produce diferencias en las personas en lo referente a su modo de pensar y de sentir su vida; es la que se produce en este espacio ya mencionado, el de la subjetividad, el de uno mismo.

En nuestra tesis, entendemos esta libertad cuando la persona se mueve y manifiesta de una manera autónoma e independiente, sin necesidad de consumir drogas para realizar las cosas que desea ni para expresar las cosas que piensa y siente.

En esta perspectiva es importante tener en cuenta las diferencias individuales de cada persona y el mundo subjetivo en la que están inmersas, es decir, cada persona es única y tiene una interpretación propia de la vida, la felicidad y el bienestar.

5.5.1. Calidad de vida.

Es importante e interesante tener en consideración el término de subjetividad (vivencias y experiencias de cada persona y percepción e interpretación de las mismas, teniendo en cuenta el entorno educativo, familiar y social en el que se experimenten tales vivencias) de cara a conceptualizar la calidad de vida y el bienestar subjetivo. Todos los factores mencionados tienen un papel fundamental para la persona, de manera que la ayuda a entender, superar y afrontar las distintas situaciones de la vida.

Si bien en el último tiempo se ha avanzado hacia una concepción no tan centrada en lo material como único medio para alcanzar el bienestar subjetivo, es igual de cierto que aún se manejan teorías que no abordan adecuadamente los aspectos subjetivos por medio de los cuales, las personas construyen su mundo y entienden y aceptan la realidad que les toca vivir.

Observando las teorías que existen sobre calidad de vida y bienestar subjetivo, Diener (2002) se centró en sus planteamientos en variables subjetivas y personales. Algunas de estas variables que empleó con frecuencia fueron: la cultura, la separación de aspectos cognitivos y afectivos y el espacio en el que se lleva a cabo la evaluación o valoración personal, comprendida dentro de la calidad de vida. Diener, planteó también

las teorías “arriba-abajo” y “abajo-arriba”, que se efectúan en el espacio subjetivo en el que la persona da cabida a la reflexión y valoración y/o evaluación subjetiva.

Por lo tanto, para las personas no es la situación (en sí misma) la que provocaría satisfacción, sino la valoración personal de ésta. En otro ámbito pero dentro de esta perspectiva, las teorías “abajo-arriba” se componen la importancia de las pequeñas cosas que hacen feliz a una persona en el día a día, y ser consciente de ello, de que la felicidad la forman los detalles diarios y no las grandes metas vitales.

Diener consideró aspectos subjetivos en otra teoría que denominó teleológica o finalista; la cual definió el bienestar subjetivo como el establecimiento y consecución de metas. Una de las variables más importantes que se establecieron en relación a este concepto fue el contexto (cultura). Apreció la combinación que existe entre lo subjetivo y lo personal (diferencias individuales) dentro de este término: el de calidad de vida.

La persona cuando se propone alcanzar metas, pone en funcionamiento al bienestar subjetivo, entendiendo la acción de la persona como una consecuencia derivada de éste. En este caso, no sería la meta o el objetivo lo que motivaría a la persona sino la posibilidad de poderla conseguir y alcanzar con los recursos y habilidades que posee y teniendo en cuenta la mediatización social y cultural. La persona al proponerse metas genera una perspectiva de futuro que la permite disminuir estados de ansiedad y estrés, favoreciendo la calidad de vida y fortaleciendo el bienestar subjetivo.

La teoría de comparación social, perteneciente a la tendencia cognitiva, fue considerada como la que mejor reflejó las variables y componentes subjetivos dentro de la calidad de vida; en ella se enumeraron todas estas variables que además eran representativas de las distintas sociedades, por lo que refleja la sociedad y la calidad de vida en las mismas de una manera realista y objetiva.

En lo referente a la subjetividad, se enfocó en la comparación en sí misma, en como la persona la construye y que elementos forman en la elaboración de la misma. El modo en que una persona elabora su comparación es el reflejo de la manera que tiene de entender su realidad y el mundo en el que vive; contando con la comparación que realiza entre ella misma y los demás.

Es necesario una observación de la vida de las personas, de la realidad y el mundo en el que viven, para poder entender cómo estas realizan comparaciones con los demás, es decir, entender como percibe la persona el mundo y la vida para luego entender como lo hace en comparación con las demás. Desde esta teoría de las comparaciones, en componente subjetivo quedó presente a la hora de hablar de BS Y calidad de vida.

Siguiendo con la subjetividad, comprender el término de calidad de vida supone considerar el concepto de vida en su máxima amplitud, es decir, entendiéndola desde lo individual y desde lo social, desde sus recursos y posibilidades culturales, desde su entorno y contexto social, desde las barreras y riesgos a superar y asumir, desde su salud personal...

Por todo lo expuesto con anterioridad, se entendió a la calidad de vida en términos relacionados con el grupo social al que la persona pertenece y como esta interpreta y percibe su situación y rol en dicho grupo; dependiendo también lo que la persona considera que el grupo la aporta y beneficia y los costes que esto la suponen (si afectan a su persona o interfieren en su vida de una manera desadaptativa, quebrantando sus valores y principios). De esta misma manera, los grupos detectan también las pretensiones y expectativas que tienen puestas cada miembro en él. Para entender mejor como los grupos funcionan es importante tener en cuenta los factores que están mediatizando la relación entre el propio grupo y cada uno de sus miembros, para así poder crear categorías y diferencias entre ellos. Con estas categorías se pudo comprender de un modo más adecuado y realista a las sociedades, los grupos y los individuos que las formaban. De este modo, las sociedades en las que están cubiertas sus necesidades básicas (recursos, posibilidades, logro de metas...), tienden a relacionarse de una manera más satisfactoria con su familia y con su grupo social de referencia, y esto a su vez genera mayor bienestar y mayor percepción de tener buena calidad de vida.

La calidad de vida estaría además construida por los valores y los principios de las personas; considerando que estos pueden variar con el tiempo, con las relaciones, con los logros alcanzados..., en definitiva, con la evolución y desarrollo de la vida en cada persona. Es decir que la calidad de vida depende de cada persona y de como ésta

concibe su realidad, por lo que la calidad de vida es un termino impregnado de subjetividad.

En consecuencia, calidad de vida se definió en torno a lo subjetivo y lo cultural (persona, sociedad y época que comparten). Gallopin (1980), afirmó que el punto de encuentro entre ambos (subjetivo y cultural) se haya en la situación y en todos los factores del entorno que existen en un determinado contexto y sociedad.

No obstante, existen ciertas perspectivas, que definen la calidad de vida centrándose en características más objetivas, como la satisfacción de tener cubiertas las necesidades de la persona. En esta línea, Maslow (1943) planteó distintas variables que represen calidad de vida para las personas, y son las siguientes: trabajo digno, acceso a recursos personales y sociales (vivienda, educación, formación...), salud y alimentación, servicios públicos asistenciales, seguridad...

A la hora de evaluar la calidad de vida, ocurre lo mismo, en el sentido que hay varias formas de llevar a cabo la evaluación sobre la misma; por lo que existen diferentes enfoques de investigación, que podrían englobarse en:

- ✚ Enfoques cuantitativos, cuyo fin es cuantificar la calidad de vida y para ello, se centraron en aspectos como: los sociales (circunstancias externas que influyen en el ambiente como: la salud, las relaciones personales y de amistad, el estatus social, la educación y formación, la seguridad pública, el ocio y tiempo libre, el poder económico, la vivienda...); los psicológicos (interpretaciones subjetivas de la persona ante determinadas circunstancias de la vida); y los ecológicos (reajuste entre los recursos y capacidades personales y demandas del entorno y sociedad).
- ✚ Enfoques cualitativos que se centran en la escucha y en prestar atención a la persona cuando habla de sus vivencias, metas, objetivos superados, dificultades superadas... y cómo los servicios asistenciales y sociales pueden ayudarles a conseguirlo.

Hay que tener en consideración todo lo expuesto con anterioridad con el objetivo de obtener, una buena calidad de vida y en consecuencia un bienestar subjetivo adecuado. Para ello, no sólo será necesario contar con los aspectos psicológicos y

propios de la persona (status matrimonial, personalidad: optimismo, felicidad,..., autoestima, dinero); sino también con los ambientales (relaciones afectivas y sociales, cultura,...). Un resumen a modo esquemático de las variables que pueden influir en la calidad de vida, se observan en la figura siguiente (figura 8):

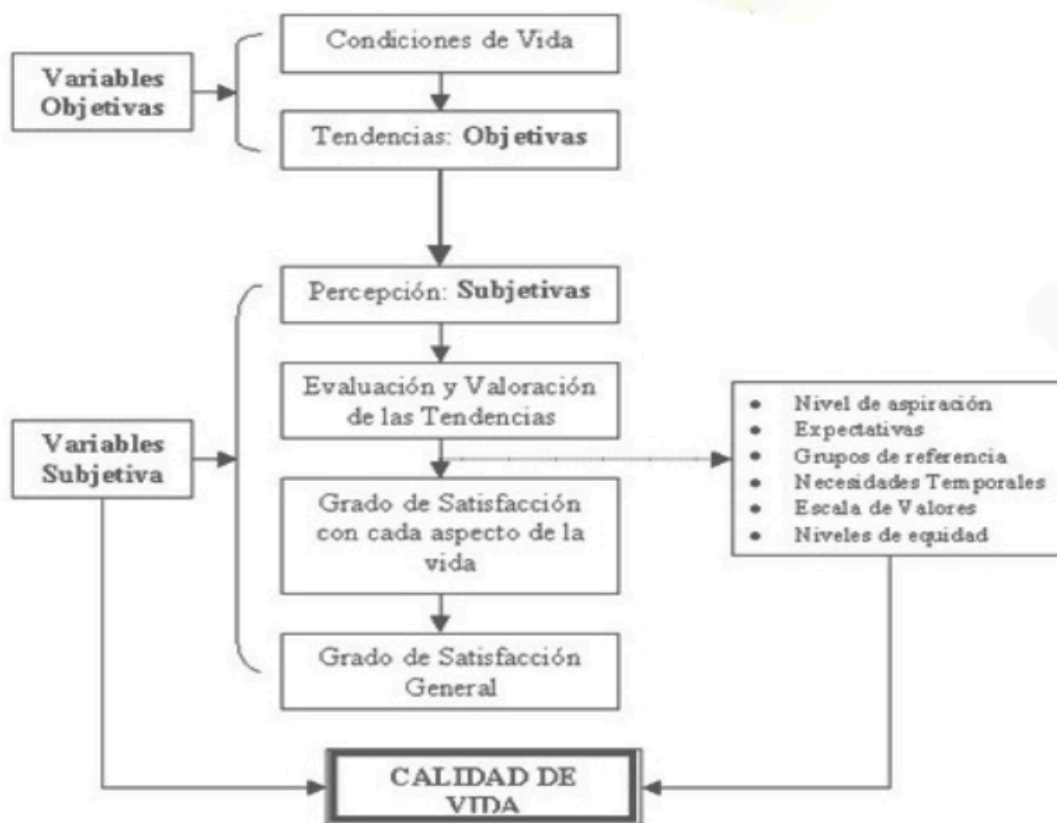


Figura 8: Resumen de variables que influyen en la calidad de vida. Tomado de <http://mafebenjumeaetica.blogspot.com.es/2013/02/solucion-taller-aprendizaje-sena-n1.html>.

6. AFECTACION COGNITIVA.

6.1. Aproximación teórica.

Los principios de la Neuropsicología clásica fueron ampliamente desarrollados por el profesor ruso Alexander R. Luria (1973), siendo sus trabajos un primer intento de relacionar los conocimientos de la Psicología con los desórdenes neuropsicológicos que luego servirían de base a la creación de estrategias de rehabilitación.

Esta aproximación teórica parte del concepto de función, el cual fue revisado y modificado desde los estudios de Pavlov hasta que Anojin aportara el concepto de sistema funcional y que finalmente sirve de base a Luria para establecer su actividad científica y clínica. Valorando este concepto, Luria (1973) expresó que tiene una estructura funcional, no métrica sino topológica, en la que permanecen invariables los eslabones inicio y final (tarea-efecto), mientras los intermedios (modos de realizar la tarea), se pueden mover dentro de un amplio margen. Tienen la propiedad dinámica de autorregulación.

Esto significa, que la función no se encuentra localizada única y exclusivamente en un lugar, sino que es el resultado final de la participación concertada de numerosos procesos. Por lo tanto, la función se entendería, como un complejo sistema funcional. Esta definición, es diferente a la de la función como el funcionamiento de un tejido particular.

La revisión de este concepto conllevó al análisis de los conceptos de localización y de síntoma. Respecto al primero se concluyó que las formas más elevadas de actividad mental, dada su complejidad por su origen y mediatización histórico-social, su formación en la ontogenia y su constante relación y dependencia de las imágenes del mundo exterior. Luria (1982) opinó que éstos, no pueden localizarse en zonas restringidas del cortex.

En relación al síntoma, partió del hecho de que la manifestación del mismo es señal de una lesión focal en el cerebro, sin embargo, en sí mismo no nos dice nada respecto a la localización específica del foco que causa su aparición ni acerca de la localización de la función. Esto se debe a que una “función” es el resultado de la acción

coordinada de varias zonas corticales y estructuras subcorticales, que aportan cada una su contribución para su logro; siendo en cada caso, diferente la alteración en dependencia del área comprometida. Por tanto, la labor del investigador será estudiar la estructura de los defectos observados o cualificar los síntomas para ser conducido al factor básico que yace tras el síntoma observado.

Otro concepto de importancia es la división funcional del cerebro que para fines didácticos propuso Luria (1982), presentando al sistema nervioso como tres grandes unidades o sistemas funcionales básicos, tales como:

La primera unidad, dedicada a la regulación del tono o la vigilia, considerada como funciones de soporte que garanticen un nivel de energía o “tono cortical, adecuado y necesario para todo el sistema nervioso. Proporcionar esta activación se hace mediante el sistema reticular activador ascendente-descendente (descrito y nombrado “formación reticular” por Ramón y Cajal en 1909), localizado en la formación reticular que se extiende a lo largo del tallo cerebral recibiendo colaterales de todas las vías sensoriales.

Una de sus características es la acción graduada, generando estados de vigilancia desde la propia alerta hasta la vigilia tranquila y el sueño. Este sistema inespecífico tiene como papel enterarse de que algo está ocurriendo, valorar la importancia del estímulo y enviar activación o inhibición difusa hacia todo el sistema nervioso. También recibe señales de todo el organismo por estar estimulado por todas las vías sensoriales y por proyecciones corticales descendentes, particularmente frontales; y por todos los sistemas motivacionales y emocionales e incluso, intrínsecos del organismo. Los efectos de la lesión de este sistema dependen del tamaño de la misma y puede ir desde estados de sopor o estupor hasta el coma. Ya que sus vías son difusas y alcanzan cualquier parte del cerebro, sus efectos no se hacen notar en ninguna modalidad sensorial específica, sino en una falla general de todo el sistema, alterando funciones generales como la vigilia, la atención y la memoria.

La segunda unidad funcional, sería la encargada de la obtención, procesamiento y almacenamiento de la información proveniente del medio tanto interno como externo, codificándola y conduciéndola hasta el interior del sistema nervioso. El procesamiento implicaría, analizar, sintetizar, comparar con información previa,

almacenarla y como resultado elaborar un plan de acción y una respuesta. El papel de la segunda unidad llegaría hasta el almacenamiento. Cada modalidad sensorial forma canales o vías de información independientes, incluso anatómicamente diferenciados, y altamente especializados conocidos como sistema sensorial específicos o vías sensoriales clásicas.

Las lesiones en esta unidad, dependen de la corteza afectada:

- ✚ Primaria (de proyección): por ser la que recibe la información correspondiente de cada analizador y la analiza en sus componentes elementales, implicaría la pérdida sensorial correspondiente al área lesionada; para daño visual si es corteza occipital o estriada (pérdida de una parte del campo visual); daño auditivo si se trata de la circunvolución transversal de Helsh (pérdida de un rango de frecuencia) y para daño somestésicos si es en la circunvolución postcentral o post-rolándica (pérdida de la sensibilidad de una parte del cuerpo). Es curioso que el tamaño del área de proyección no es equivalente al tamaño del área del cuerpo que representa, sino a su importancia (es mayor el área de representación del pulgar y la lengua que la de la espalda).
- ✚ Secundaria (de proyección-asociación): es la responsable de la codificación, es decir, la síntesis de los elementos de cada modalidad y de la conversión de las proyecciones somatotópicas en organización funcional, por tanto, no produce ceguera, sordera o falta de sensibilidad; pero los pacientes no pueden entender lo que ven, oyen o tocan, pueden copiar los elementos de un dibujo aisladamente pero sin integrarlos.
- ✚ Terciaria (de integración): responsable del trabajo concertado de los distintos analizadores y de la producción de esquemas supramodales (simbólicos) y base para las formas complejas de actividad gnóstica; por cuanto se les imposibilita integrar las informaciones intermodales y asociarlas con el objeto de la percepción como un todo.

La tercera unidad, le corresponde la función de programar, regular y verificar la actividad e informaría a los sistemas eferentes a través de los cuales responde a la información, haciendo contacto con los ejecutores de las órdenes centrales o efectores que se agrupan fundamentalmente en dos tipos: músculos y glándulas. El hombre no

reacciona pasivamente a la información sino que crea intenciones, planes y programas de sus acciones, inspecciona su ejecución y regula su conducta para que esté en correspondencia con dicho planeamiento; finalmente, verifica su actividad consciente, comparando el efecto de sus acciones con sus intenciones originales corrigiendo cualquier error cometido. Este proceso de actividad consciente compleja exige del cerebro sistemas diferentes a los ya descritos y están localizadas en los sectores anteriores de los hemisferios, antepuestas al giro precentral, siendo su canal de salida el cortex motor, cuyas fibras van hacia los núcleos espinales y de ahí a los músculos (gran vía piramidal).

Por tanto, la investigación Neuropsicológica, consiste en el análisis detallado de las alteraciones de los procesos o funciones psíquicas superiores: gnosia, praxis, lenguaje, atención, memoria, pensamiento y dinámica cortical general. Su principal objetivo, es tratar de explicar el “síndrome” de los trastornos de la actividad cortical provocados por un defecto fundamental, a partir del estudio de los mecanismos cerebrales de las diferentes formas de actividad psíquica y de las regularidades de sus alteraciones.

Nosotros proponemos la neuropsicología, para el estudio de varias funciones superiores, como las anteriormente expuestas, memoria, funciones ejecutivas, atención...que vamos a evaluar en nuestra tesis y comprobar en que consiste cada una de ellas, para que sea más fácil observar como son y cómo se ven afectadas tras el consumo de distintas drogas.

Por lo tanto, nos centraremos en exponer una visión general, de las siguientes funciones superiores cognitivas: memoria, funciones ejecutivas, atención, inteligencia..., que en definitiva, son las que vamos a ver como se ven afectadas por los distintos consumos de drogas y cuál es su posible rehabilitación.

6.2. Memoria.

6.2.1. Introducción.

Pretendemos dar un enfoque general, entendiendo que el cerebro recibe e interpreta las informaciones sensoriales, cómo se comunica con los demás y se relaciona

con el mundo mediante el lenguaje y la motricidad, construye su continuidad y ayuda a su coherencia significativa a través de la memoria. Nosotros, estudiaremos esta última, no sólo con el fin de evaluar y tratar de un modo más idóneo a la memoria, sino para ver los posibles efectos que puede tener su estudio, en la vida de personas con problemas de adicción.

Entorno a los 55 años de edad, la existencia de problemas en torno a la memoria conlleva acudir al médico y ser preocupación, tanto para las personas de su entorno, como para los profesionales y expertos. Meyer y Mattos (1995), describieron los olvidos de las personas como situaciones debilitantes para su adecuado desempeño y producen sentimientos de desconfianza respecto a sus capacidades, lo que genera desvaloración, frustración y angustia.

La percepción de dificultades de memoria enfrenta a los expertos a la hora de llevar a cabo un diagnóstico; ya que este puede ser producido por el inicio de un deterioro neurodegenerativo. Aunque inicialmente no sea posible realizar un diagnóstico preciso, las personas con problemas de adicción presentan un elevado riesgo de tener alteraciones cognitivas, que pueden derivar en demencia. Jonker y cols (1996), propusieron que este síntoma clínico constituye por lo tanto, el signo más precoz de una posible patología neurodegenerativa.

Existen diferentes categorías diagnósticas que intentan definir adecuadamente estas dificultades de memoria. El término de Deterioro Cognitivo Leve (DCL) diferenció entre la pérdida de memoria debida a la edad (olvido benigno), y la que se produce como consecuencia de deterioro neurodegenerativo (olvido maligno). Según Kral (1972), el olvido benigno fue empleado para definir a una población de individuos de un geriátrico con leves problemas de memoria cuya evolución había sido lenta. Posteriormente se denominó “deterioro de la memoria asociado a la edad” (AAMI). Por lo tanto, el término de olvidos benignos se utiliza para referirnos a los olvidos que ocurren habitualmente en personas activas y muy exigentes en su desempeño de labores y que se expresa a través de olvidos de nombres o de algún detalle; pero que en general son compensados por la persona de modo espontáneo y natural. Estos olvidos se caracterizan por la dificultad del sujeto para recordar las informaciones irrelevantes, algunas partes de la experiencia, el nombre del protagonista o la protagonista de una

película o de un libro, un lugar conocido...; pero que conservan la posibilidad de evocar un conjunto importante de la experiencia.

En consecuencia, autores tales como Crook y cols (1986) opinaron que los problemas de memoria constituyen la primera manifestación del deterioro cognitivo. La detección de estos cambios de memoria, tan imperceptibles, se realizan frecuentemente a través de baterías que no reflejan con exactitud el impacto neuropsicológico real de estas dificultades de las personas, en su vida diaria y por lo tanto no son sensibles las pruebas, ante las quejas y dolencias de los pacientes.

Para Tulvin (1995), “la memoria es uno de los secretos más celosamente guardados de la naturaleza”. Squire y Butters (1992) comentaron que las investigaciones sobre la memoria en los últimos 30 años han tenido muchos cambios y que estos han propiciado una eclosión terminológica, conceptual y metodológica; aboradada por distintas disciplinas (neurobiología, biología molecular, las neurociencias...) que han colaborado a su mayor entendimiento y comprensión.

Desde la perspectiva de la psicología experimental y la neuropsicología, la primera etapa del estudio científico de la memoria, se inició a partir de los estudios experimentales de Ebbinghaus en el año 1880 y que evolucionaron hasta los años 1960-1970. Tulvin (1995) y Schacter y cols (1997) consideraron que esta etapa se distingue por los estudios experimentales realizados en los procesos básicos de aprendizaje y en como surgen los olvidos en personas adultas normales, centrándose en la teoría de la asociación propia de los paradigmas de la psicología conductual. La teoría más representativa del olvido se conoce con el nombre de teoría de la interferencia: entendiendo que el olvido se efectúa por la interferencia que se produce después del aprendizaje inicial. Los años 60 y 70 se caracterizaron por una revolución paradigmática y la instauración de la psicología cognitiva, que se cuestiona tanto la organización como el propio proceso de la memoria; lo que conllevó la creación de otras propuestas, como el modelo multialmacén de Atkinson y Shiffrin (1968), bajo el concepto dominante de procesos múltiples.

En la etapa actual, iniciada en los años 80, varios autores como Tulvin (1995) y Moscovitch (1992) acentúan la importancia de los estudios interdisciplinarios de la memoria, que sustituyen a los modelos teóricos antes planteados (centrados en los

sistemas de memoria) y basados en la población general (sana) y en la afectación funcional y estructural de la misma.

6.2.2. Paradigmas e interpretaciones sobre la memoria.

La Neuropsicología Cognitiva parte en muchas ocasiones de los supuestos de la Psicología Cognitiva; uno de ellos es el concepto de proceso y a partir de él describe las capacidades cognitivas del ser humano como procesos compuestos por un conjunto de fases o momentos por los que pasa la información durante su procesamiento mental; utilizando además para describirlos, una analogía entre los modelos cibernéticos que describen el procesamiento de la información en un sistema (computadora) y el propio funcionamiento mental. De esta forma, el principal objetivo del enfoque del procesamiento de la información es la identificación y secuenciación de operaciones responsables de convertir un estímulo en una respuesta.

A partir de esta concepción y dada la variedad de tareas cognitivas, se han desarrollado numerosos paradigmas experimentales (tareas diseñadas para poner a prueba el funcionamiento y la eficacia de ciertos procesos y operaciones mentales), y modelos teóricos para describir cómo ocurre cada proceso, cuáles son sus etapas durante el procesamiento, cómo se selecciona la información, a qué velocidad, y qué capacidad y eficacia posee.

Estas descripciones han sido posibles valiéndonos de la experimentación electro y psicofisiológica que en las últimas décadas se ha centrado en la búsqueda de la contrapartida fisiológica, a través del estudio de los potenciales evocados endógenos asociados a determinadas tareas cognitivas (P300, N400, CNV).

Los paradigmas o modelos se identifican por el tipo de proceso que requiere la tarea y comparten los siguientes elementos:

- ✚ Determinada combinación de parámetros estimulantes y de tarea.
- ✚ Exigencias concretas a los sujetos.
- ✚ Uso del enfoque cronométrico y de sus aplicaciones al análisis experimental de las tareas gracias a los distintos parámetros de respuesta que permiten identificar.

Se ha considerado que uno de los resultados del estudio de la cognición humana, derivado de este enfoque, podría ser precisamente la división de las actividades mentales en una serie de operaciones que se pueden identificar por medios empíricos y que se ajustan a una “taxonomía”. Aún cuando han sido mayoritariamente aceptadas, muchos se niegan a que la solución sea adoptar otra taxonomía, por cuanto se ha reconocido también, que estas “operaciones” se subdividen en otras muchas operaciones distintas y dependientes de las exigencias de la tarea:

- ✚ Operaciones de codificación de la información registrada: a través de estas operaciones la información entra al sistema. Encontramos la mayoría de los procesamientos sensoriales de detección e identificación de patrones estimulantes. El resultado de este procesamiento es una información inicial extraída del estímulo que será transferida a las demás operaciones.
- ✚ Operaciones de construcción: implica el reconocimiento de los estímulos, siendo lo que más tradicionalmente reconocemos como percepción, ya que se trabaja sobre la información procedente de las etapas anteriores de codificación. Para Neisser (1963), esta etapa sería la de síntesis a diferencia de la anterior que sería la del análisis.
- ✚ Operaciones de transformación: operaciones que pueden ser de muchos tipos y que convierten un tipo de información ya conocida por el sistema, en otra también conocida, trabajándose, a partir de ese momento, con la información resultante.
- ✚ Operaciones de almacenamiento: la información nueva es incorporada a la ya existente y organizada dentro de este “conocimiento” permanente del cual disponemos.
- ✚ Operaciones de Búsqueda y Recuperación en la Memoria: aquellas que permiten extraer la información almacenada como resultado de los aprendizajes anteriores.
- ✚ Operaciones de Comparación: se ponen en relación informaciones distintas y se comparan para determinar semejanzas y diferencias.
- ✚ Operaciones de selección y Organización de Respuestas: a partir de los cuales se decide qué respuesta ejecutar, cuándo y cómo ejecutarla.

Otra de las aportaciones de los paradigmas experimentales fue el uso de la medida “Tiempo de reacción” (T.R.) como índice de la duración de los estadios de procesamiento, así como las diferentes técnicas de estimación de parámetros y de descomposición del tiempo de reacción.

La Psicología y Neuropsicología Experimental ha sido tradicionalmente suplida con variables dependientes, sin embargo, la medición actual ha sido restringida al porcentaje (TR) de desempeño, conductas y respuestas correctas, y al T.R. conductual. Ambas medidas son frecuentemente tomadas como reflejos del nivel de eficiencia de mecanismos neuronales y cognitivos, tendiendo los T.R. a ser más sensibles que las medidas de niveles de desempeño. No pocos investigadores han medido los T.R. en un intento por comprender la segmentación o duración de los procesos neuronales y cognitivos.

El Tiempo de Reacción representa una medida conductual de la capacidad de procesamiento de información y que puede ser reflejada en cualquiera de los diferentes procesos cognitivos. El T.R. ha sido considerado una medida de “tono cortical” Luria (1973) o de “alerta tónica” Posner (1978). Dada la prevalencia del “enlentecimiento mental”, luego de daño cerebral, la medida T.R. ha sido usada en numerosas investigaciones como evidencia de que alteraciones o lesiones cerebrales implican disminución en los T.R. Se ha sugerido que no debemos interpretar tales disminuciones en el T.R. como meros daños sensoriales o motores, sino como un enlentecimiento a nivel de estadios cognitivos de codificación del estímulo y la selección de la respuesta. Investigaciones con sujetos dañados han sugerido que la velocidad a la cual éstos pueden responder disminuye en proporción directa a la cantidad de información que deben procesar antes de ser dada una respuesta.

Atkinson y Shiffrin (1968) plantearon que la memoria se puede considerar un sistema compuesto por tres almacenes:

- ✚ Memoria sensorial (recogida y almacenamiento del input o huellas sensoriales),
- ✚ Memoria a corto plazo, activa, de trabajo u operativa (nos permite el trabajo inmediato con la información que entra), y
- ✚ Memoria a largo plazo, pasiva (almacén último de la información para posteriormente ser recuperada en caso de necesitarse).

A esta teoría se le conoce como “Teoría multialmacén”. Otros han visto a la memoria, no como estructuras, sino como procesos y en este caso se tomaría en cuenta las hipótesis de la multiplicidad de códigos en la memoria con su estructura de los trazos y la de los niveles de codificación, para el almacenamiento y codificación de la información; y el recuerdo libre y reconocimiento para el estudio de los procesos de recuperación de la huella.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que la memoria no sólo consiste únicamente en reconocer y recordar acontecimientos del pasado, sino que también nos permite retener intenciones futuras. Ellis (1991) y posteriormente Kvavilashvili y Ellis (1996) entendieron la memoria prospectiva como aquellos aspectos que se recuerdan en un momento específico del futuro, junto con la ejecución del plan previamente formulado. Por lo tanto, consideran a la MP como multidimensional, dado que requiere de la planificación, memoria, atención y de los procesos ejecutivos. Esto queda reflejado en el Modelo de procesamiento de la memoria Prospectiva de Ellis (1991), el cual se describe en la siguiente figura 9.

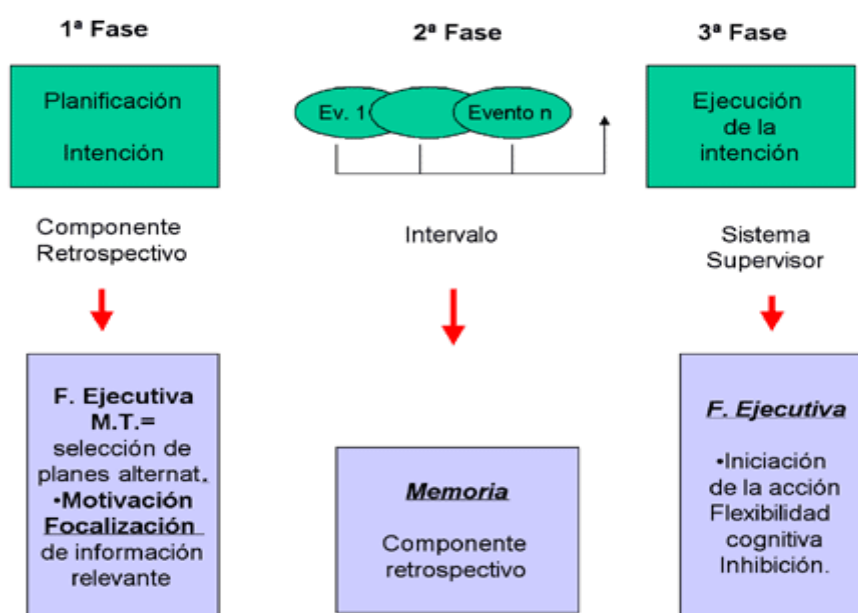


Figura 9: Modelo de procesamiento de la memoria prospectiva, Ellis (1991).

La memoria prospectiva, para los modelos taxonómicos, esta comprendida dentro de la memoria episódica o autobiográfica. La información autobiográfica, deja constancia de nuestro pasado y nos anticipa para el futuro, reflejando cambios

evolutivos relevantes; por lo que esta información resulta fundamental para la autoconciencia.

Autores como Shallice (1982); piensan que el mayor éxito de la aproximación de la Neuropsicología Cognitiva, para entender a la memoria en general y a la memoria prospectiva en particular, ha sido el haber demostrado la independencia de tipos específicos de procesamiento de información, basado en la evidencia de disociación y doble disociación de funciones, conceptos centrales de la neuropsicología moderna que implica que dos tipos de procesamiento pueden ser distinguidos y diferenciados.

En este sentido, el descubrimiento de Broca de que los pacientes podían entender el lenguaje pero no hablar, es un ejemplo de lo que implica una disociación entre el sistema de producción del lenguaje y el sistema de comprensión del mismo. Por otro lado el descubrimiento de Wernicke del patrón recíproco, daño en la comprensión sin que implique necesariamente alteración de la posibilidad de hablar o en la producción del lenguaje; nos provee de lo conocido como doble disociación.

En lo que se refiere a la memoria prospectiva y retrospectiva, también se ha demostrado que hay indicios crecientes de que ambos tipos de memoria, puedan estar disociados. Maylor y cols (2002), en un estudio que utilizaron análisis factorial, demostraron que las medidas de memoria retrospectiva (recuerdo libre y reconocimiento) y la memoria de trabajo (amplitud de dígitos y amplitud de oraciones) se centraban en un único factor, mientras que una medida de memoria prospectiva, se centraba en un segundo factor; en una muestra de personas sanas y personas con enfermedad de Alzheimer. En relación con esta idea, West y Craik (2001), realizaron otras pruebas que indican que las diferencias asociadas a la edad en la memoria prospectiva persisten cuando la varianza común a la memoria de trabajo y al recuerdo explícito de la asociación señal-intención es controlada. Palmer y Mc Donald (2000) consideraron que los estudios neuropsicológicos de un paciente con daño cerebral adquirido, también indican que la memoria prospectiva puede estar deteriorada en participantes que muestran un rendimiento intacto en tareas de reconocimiento y recuerdo libre.

Por lo tanto, se llama Disociación cuando el sujeto es dañado en un aspecto de la función pero otras permanecen relativamente preservadas; mientras que la

Doble Disociación se da cuando ocurre el patrón recíproco. Ambos términos nos ofrecen una evidencia crítica para pensar en un grado de independencia entre los componentes de la memoria. Es de gran importancia conocer que componente o función de la memoria es dañado, para así poder conocer cómo va a afectar dicha alteración a cada persona.

6.2.3. Bases neurológicas.

Obtener estos datos supone exponer al paciente a condiciones especialmente organizadas, propiciando la expresión de signos indicadores de anomalías, y así profundizar en sus peculiaridades estructurales y dinámicas. Se hace necesario además el conocimiento de los síndromes típicos, que se asocian a determinada disfunción o lesión en las diferentes áreas cerebrales, de acuerdo a:

- ✚ su localización,
- ✚ su extensión,
- ✚ su gravedad,
- ✚ entre otros parámetros más individualizados, etc.

Todo ello, con vistas a la formulación de hipótesis diagnósticas que guíen la exploración y, posteriormente las estrategias de rehabilitación.

Para muchos autores, el hipocampo es la parte del cerebro dedicada a establecer de forma rápida nuevas asociaciones a nivel mental que generan a modo de pistas o referencias para la memoria. El hipocampo constituye el sistema de memoria dual que comprende tanto componentes corticales como hipocampales (figura 10). Squire (1992) encontró deterioro en la realización de tareas de memoria episódica y de asociación de pares pares, en personas amnésicas. Este tipo de tareas requiere también una memoria rápida a la hora de asociar y recuperar situaciones y acontecimientos de la vida cotidiana que se realizan de manera puntual y que no suelen ser retenidos en para utilizarlos a largo plazo.

En relación a los procesos que están inmersos en la retención de la información, se consideró de gran importancia los procesos de control ejecutivo, localizados en distintas zonas prefrontales, que exponemos a continuación.

En cuanto a las funciones del cortex prefrontal, en general, las regiones neocorticales más anteriores (áreas de Brodmann 9 y 10) parecen estar implicadas en la representación y mantenimiento de la información contextual, imprescindible para realizar una conducta o respuesta adecuada. Así, el cortex prefrontal estaría implicado en la realización de conductas de planificación compleja. Retarda una respuesta a un estímulo con el fin de analizar la información y elegir la respuesta más apropiada. Esta respuesta se entendió como consecuencia de un detalle o gesto tenido en cuenta y valorado por la persona antes de llevarla a cabo y que correlaciona con todas las capacidades con las que cuenta para solucionar un problema o situación compleja.

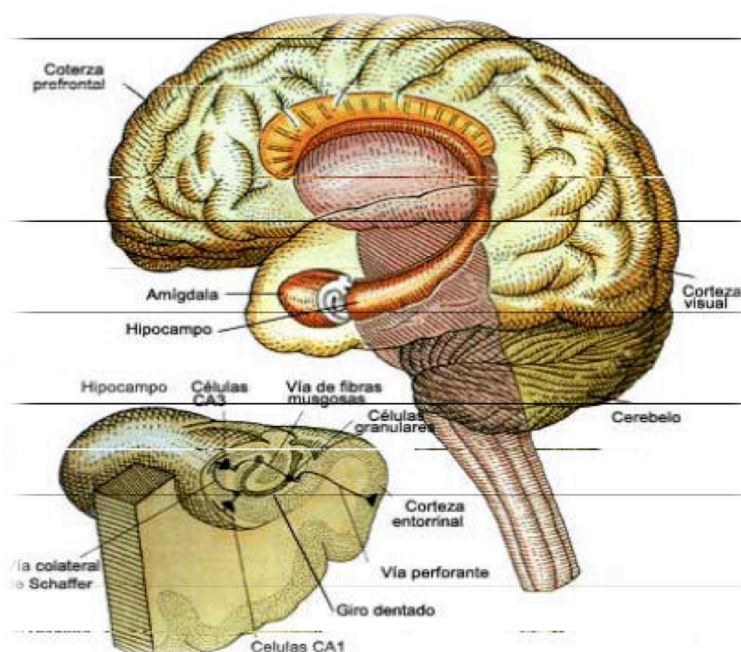


Figura 10: Zonas hipocampales corticales y subcorticales (tomado de www.down21.org).

Por su situación anatómica, el área prefrontal recibe señales de todas las modalidades sensoriales y envía mensajes al sistema motor. Passingham y Sakai (2004), consideraron que este patrón de conexiones facilita la integración de la información para detectar la conducta adecuada, lo que apoyaría la idea de que esta región es fundamental para mantener la información y para la posterior utilización de dicha información.

Hoy en día, se conocen las consecuencias que provocan los déficits neuropsicológicos en el cortex prefrontal en todas las personas que los tienen. Shallice y Burgess (1991) demostraron que pacientes con daños en las zonas pre-

frontales solían ser incapaces de llevar a cabo tareas que tenían pendientes por realizar. Estos daños son muy incapacitante dado que tener múltiples tareas para hacer y realizar en el día, es algo muy habitual. Burgess y cols (2003) en diversos estudios de neuroimagen mediante PET, mostraron el procedimiento y desarrollo de multitareas, que lesiones y en donde se localizan. De este modo, concretaron que personas con deterioro en zonas rostrales del cortex pre-frontal del hemisferio izquierdo, llevan a cabo de un modo incorrecto e inadecuado tanto las tareas que tienen pendientes por realizar, como las que esta haciendo en ese momento. También distinguen daños en el cortex pre-frontal pero del hemisferio derecho que producen errores a la hora de modificar la tarea que se esta desarrollando en el momento con otras que tenía pendientes. Ingvar (1999), expuso que esta dificultad para llevar a cabo y ejecutar de manera adecuada el paso de una tarea a otra de manera secuencial, dependen de los procesos inconscientes y de la voluntad de la persona para realizar dichas tareas.

A la hora de recuperar la información, no sólo se ha tenido en cuenta los procesos implicados sino también las zonas cerebrales donde se localizan los mismos; entre otras y de gran importancia: las zonas frontales. Así, Shimamura (1996), constató en diferentes estudios clínicos que personas con daño en el lóbulo frontal muestran déficit en la memoria. Los lóbulos frontales se han relacionado con factores generales de la memoria operativa y con las funciones ejecutivas. De esta manera, se relacionan ciertos aspectos cognitivos de la memoria como la información que ya esta almacenada, como la nueva por almacenar.

Baddeley y cols (1997), muestran que los lóbulos frontales se hallan implicados en la ejecución de operaciones cognitivas específicas tales como memorización, metacognición, aprendizaje y razonamiento.

- ✚ Circuito dorso lateral, se relaciona más con actividades puramente cognitivas tales como la atención selectiva, la formación de conceptos o la flexibilidad cognitiva.
- ✚ Circuito ventromedial, se relaciona con las señales emocionales (personales, sociales y éticas) que guían nuestra toma de decisiones.

Los estudios de neuroimagen funcional, de Buckner y cols (1999), con personas sanas, demostraron la asociación entre la corteza frontal, la memoria

episódica y otros procesos mnésicos, tales como la memoria de trabajo, la ordenación temporal del recuerdo y la metamemoria. Para autores como Moscovitch y Winocur (1995), existen pocas dudas sobre la implicación de los lóbulos frontales, pero no se conoce exactamente cuál es su función y como se relacionan diferentes regiones prefrontales entre sí, ni con otras estructuras como el lóbulo temporal medial; por ejemplo: el hipocampo y el diencefalo, o el tálamo anterior y dorsomedial.

Mientras que estas estructuras difieren en términos de su contribución específica, no se cuestiona su trascendencia en los procesos de memoria, como se pone de manifiesto tras una lesión en estas estructuras. Por lo tanto, las lesiones en el lóbulo temporal medial o en estructuras diencefálicas pueden producir graves amnesias anterogradas globales, las cuales afectan al recuerdo y al reconocimiento.

Por otro lado, las lesiones de la corteza frontal, no produce una pérdida generalizada de memoria, sino que se da una tendencia a ejecutar correctamente las pruebas de recuerdo y reconocimiento. Sin embargo, frecuentemente las personas muestran algunos déficits cuando deben poner en marcha las habilidades implicadas en la búsqueda y selección de información.

En definitiva, Shimamura (2000) concluyó, que la corteza frontal es el enclave en la organización, búsqueda, selección y verificación del recuerdo de la información almacenada. Por tanto, no influye en los mecanismos de almacenamiento, sino que media en los procesos estratégicos de recuperación, monitorización y verificación.

Craik y Kerr (1996) justificaron los déficits en memoria en función a la dificultad de la tarea a realizar; por la intensidad en la iniciación de la misma. Las tareas más autoiniciadas serían aquellas más difíciles de codificar y recuperar. Por el contrario, las menos autoiniciadas, generalmente tareas rutinarias y cotidianas, son las más fáciles de recuperar y codificar.

Stuss y Benson (1986), demostraron que personas con lesión en los ganglios basales y el lóbulo frontal, tienen dificultades en torno a la flexividad cognitiva. Si la lesión es en el lóbulo frontal produce una flexibilidad reactiva (fijación en un tipo de respuesta que repite de manera reiterada). Si la lesión es en los ganglios basales, se produce una flexibilidad espontánea (diversidad de ideas).

En los trabajos de Burgess se evaluó también el área o la región parietal, aunque no ha sido muy estudiada. West, Herndon y Crewdson (2000) opinaron que esta zona parietal parece relacionada con los procesos de recuperación automática a partir de los eventos elicidores; y que se relacionan a su vez con los procesos de atención a estímulos novedosos.

Los procesos atencionales han sido más estudiados a partir de estudios usando potenciales cerebrales relacionados a eventos psicológicos (ERPs). Estos estudios aportaron que el reconocimiento de un estímulo elicitor de forma automática está relacionado con una mayor actividad del componente frontal P2. Afirmación que coincide con la mayoría de los estudios realizados con técnicas de neuroimagen, como los de Burgess y cols (2001).

6.2.4. Estudios relacionados.

Numerosos estudios se han centrado en los efectos del consumo de drogas, sobre todo el éxtasis, en la memoria prospectiva.

Rodgers (2000) propuso que el consumo de MDMA o éxtasis, no solo tiene efectos negativos sobre la cognición humana sino también sobre la memoria retrospectiva, en especial en el recuerdo de material verbal presentado previamente.

Wareing y cols (2000) añadieron que la memoria de trabajo y los procesos ejecutivos también se ven afectados de un modo importante, con el consumo.

Heffernan y cols (2001) evaluaron el funcionamiento de la memoria prospectiva en consumidores de éxtasis a través de un cuestionario de memoria prospectiva (PQM). Los participantes deben hacer un recuento de sus errores, referentes a la memoria prospectiva, y el número de estrategias que se utilizan para ayudar a la memoria. Estos autores encontraron que los participantes consumidores de éxtasis presentaban un deterioro global significativamente mayor, en las tareas de memoria prospectiva, que los participantes no consumidores.

Rodgers (2000), por el contrario, no encontró diferencias significativas entre los consumidores de éxtasis, los consumidores de cannabis exclusivamente y los no consumidores, en términos de su rendimiento autopercebido en la vida diaria.

En investigaciones posteriores, Heffernan y cols (2001), realizaron otros estudios referentes al consumo de éxtasis y sus efectos en la memoria prospectiva. En

ellos se empleó el PMQ, y encontraron que los consumidores de éxtasis mostraron una tasa de error significativamente mayor que los sujetos de grupo control en la memoria prospectiva a corto plazo, la memoria prospectiva episódica a largo plazo y la memoria prospectiva señalada internamente. Esto señala que todos los aspectos pertenecientes a la memoria prospectiva se ven afectados por el consumo de éxtasis.

6.3. Funciones ejecutivas.

6.3.1. Introducción.

Las funciones ejecutivas (FE) se describieron como los procesos que asocian ideas y/o pensamientos y acciones simples y los encaminan hacia la resolución de ideas y comportamientos complejos. Luria (1964, 1988) sin nombrar el término, se refirió a las funciones ejecutivas y las intentó explicar por primera vez. Lezak (1982), definió las FE como una serie de dificultades en la iniciativa, la motivación, la formulación de metas y planes de acción y también del control que ejerce la persona sobre sus conductas; vinculando las FE a lesiones frontales.

Lezak (1987) contempló a las FE como las habilidades mentales necesarias para realizar una conducta adecuada, creativa y aceptada socialmente. Sholberg y Mateer (1989) conceptualizaron a las FE como un conjunto de procesos cognitivos; centrándose en los siguientes: la anticipación, elección de objetivos, planificación, selección de la conducta, autorregulación, autocontrol y uso de retroalimentación (feedback). Mateer en esta misma línea cognitivista, enumeró los distintos factores que comprendían las funciones ejecutivas:

- + dirección de la atención,
- + reconocimiento de los patrones de acción necesarios,
- + la intención de realizar una conducta,
- + plan de consecución o logro,
- + ejecución del plan y
- + reconocimiento del logro.

Tirapu y cols (2002) consideraron, que términos como funcionamiento ejecutivo o control ejecutivo, hacen alusión a una serie de mecanismos relacionados e interconectados en la optimización de los procesos cognitivos para orientarlos

hacia la resolución de situaciones complejas. Algunos componentes integrados en estos procesos son:

- ✚ la memoria de trabajo como capacidad para mantener la información “on line”,
- ✚ la orientación y adecuación de los recursos atencionales,
- ✚ la inhibición de respuestas inapropiadas en determinadas circunstancias
- ✚ y la monitorización de la conducta referente a estados motivacionales y emocionales del organismo.

Desde este último componente, se pueden entender las funciones ejecutivas como: procesos mentales a través de los cuales las personas solucionan y resuelven de manera consciente los problemas internos y externos. Los conflictos internos provienen de la representación mental de conductas creativas y problemas de interacción y relación social; teniendo en cuenta procesos comunicativos, afectivos y motivacionales. Los conflictos externos provienen de la relación entre la persona y su entorno o contexto. Por lo tanto, el objetivo de las FE fue resolver estos conflictos de un modo adecuado y aceptado tanto a nivel personal como social.

Barkley (1997) y Tirapu y cols (2002) expusieron que las FE inactivan otros conflictos internos y externos irrelevantes y activan procesos emocionales y motivacionales; generando un estado de alerta en los procesos de atención selectivo y sostenido antes, durante y después de tomar una decisión sobre la acción a desempeñar. Acto seguido se procesa si el conflicto es nuevo o ya ha pasado con anterioridad; y sobre la solución del mismo y los resultados obtenidos. También recupera la información almacenada en la memoria remota y reciente. Si el conflicto es novedoso utiliza la información de las memorias de trabajo verbal y no verbal, evaluando las consecuencias de comportamientos y planes de acción empleados previamente en conflictos similares y teniendo en cuenta los resultados (riesgos y beneficios). Es decir, se toma una decisión y se actúa en consecuencia tanto a nivel interno como externo. Estos procesos mentales los interioriza la persona con el objetivo de no cometer los mismos errores en el pasado y para asegurarse que el plan de acción empleado es el adecuado o no.

6.3.2. Bases neurológicas.

Shallice (1982) definió a las funciones ejecutivas de modo general, como los procesos que relacionan las ideas simples y las transforman en complejas con el fin de solucionar un conflicto.

Luria (1973) estudió las funciones ejecutivas por primera vez, aunque como ya hemos dicho no empleó el término de FE como tal; este término se lo debemos a Muriel Lezak (1982), quien conceptualizó este trastorno cuando refirió que personas con afectación frontal mostraban dificultades a la hora de tener iniciativa y motivación, lo que les impedía plantear metas y objetivos y no diseñaban planes de acción en aras a lograr el objetivo deseado.

En resumen, estas funciones pueden entenderse como un conjunto de habilidades o capacidades implicadas en la formulación de metas y objetivos, los recursos utilizados para la planificación, los procesos y estrategias para conseguir los objetivos y las habilidades y aptitudes empleadas para llevar a cabo esas actividades de un modo adecuado y aceptado.

Lesiones severas en el lóbulo frontal: producen deterioros en el Cortex orbitofrontal. Esto es lo que denominó Baddeley y cols (1997), como el Síndrome de disfunción ejecutiva. Pacientes con dificultades para iniciar y organizar nuevas conductas dirigidas a meta. Personas apáticas y distraídas que hacen de forma constante conductas rutinarias o perseverantes en respuestas rutinarias.

Además, según Milner y Petrides (1984), la región frontal se encarga de seleccionar y desarrollar estrategias apropiadas en situaciones inesperadas, así como de monitorizar las conductas efectivas y adecuadas, y si fuera necesario, inhibir y modular la conducta dependiendo de las circunstancias.

Fuster (1980, 1989) publicó su teoría general sobre el córtex prefrontal y consideró que éste era fundamental en la estructuración temporal de la conducta. Según Fuster, dicha estructuración se llevaría a término mediante la coordinación de tres funciones subordinadas:

- ✚ una función retrospectiva de memoria a corto plazo;
- ✚ una función prospectiva de planificación de la conducta; y

- ✚ una función consistente en el control de la conducta, eliminando factores internos y externos distractores que puedan entorpecer la ejecución del del de acción.

Por último, Schultz (1999) abordó el estudio de los mecanismos neuronales que subyacen a la conducta dirigida a una meta. En concreto ha analizado los procesos de expectativas y detección de recompensas que se producen previamente a la ejecución de la tarea intencional. Estas activaciones cerebrales, relacionadas con la detección de estas recompensas, pueden relacionarse a la evaluación de la consecuencia de la acción realizada. Shultz ha planteado la importancia de los ganglios basales, en concreto, el núcleo estriado (núcleo caudado, putamen y estriado ventral) como las regiones activadas en ausencia de otra estimulación externa.

6.4. Atención.

6.4.1. Introducción.

La atención es la capacidad que tienen las personas para comprender las cosas y tenerlas en cuenta en otras ocasiones. Desde el punto de vista de la psicología, la atención no se consideró como un término único, sino como el conjunto de distintos procesos que realizan y desempeñan una función importante para la vida de las personas.

Distintos autores como Ardila y Moreno (1979), Celada (1989) Luria (1986) y Taylor (1991) señalaron que la atención presenta varias fases entre las que destacamos las siguientes: orientación, selección y sostenimiento de la misma.

Reategui y Sattler (1999) conceptualizaron a la atención como un m proceso diferente, único y complejo que está presente en todos los procesamientos cognitivos; encargado de filtrar la información y emplear las estrategias idóneas para permitir a la persona una adaptación interna adecuada (en función de las demandas externas).

Autores como García (1997), Rosselló, (1998) y Ruiz-Vargas (1987) definieron a la atención como un mecanismo que pone en funcionamiento a todos los procesos cognitivos encargados de procesar la información y que interviene y fovarece el trabajo conjunto de todos los procesos; regulándoles y equilibrándoles.

Para Rubenstein (1982) entendió a la atención como modificadora de la estructura de los procesos psicológicos, generando la aparición de los procesos necesarios para la realización de una conducta o acción. La atención orienta y dirige los procesos para alcanzar ciertos objetivos y metas, mediante un plan de acción, es decir, siendo la atención una faceta de los procesos psicológicos.

6.4.2. Características, determinantes y mecanismos implicados.

En muchos casos la atención actúa de modo inconsciente, cuando inicia se activa el hemisferio cerebral izquierdo y cuando se mantiene activa el hemisferio derecho. El hecho de prestar atención o estar atento, no fue considerado un comportamiento o acto único de las personas, sino de otras especies.

Si no tuviésemos atención, nuestra mente se hallaría sumergida en una mezcla de estímulos, que colapsarían debido a toda la información que no podría ser procesada ni retenida, por ello es importante tener en cuenta las características de estos estímulos y como afectan a la atención humana:

- ✚ Amplitud. Esta cualidad se refiere a la cantidad de información a la que podemos prestar atención al mismo tiempo y al número de tareas y acciones que podemos llevar a cabo a la vez o simultáneamente.
- ✚ Intensidad (tono atencional). La sensación que percibimos de estar más o menos atentos, como el grado de atención que se presta a una tarea o acción. Por lo tanto se entendió como la cantidad de atención que le da una persona a una tarea y/o acción y está totalmente vinculada con factores de vigilia y alerta. Pueden existir cambios y modificaciones en la intensidad, contempladas como fluctuaciones de la atención; así pues, cuando la intensidad de la atención disminuye se le denominó “lapsus de atención”; cuando las modificaciones son cortas y se producen de manera transitoria se nombraron como “cambios fásicos” y cuando los cambios son largos y relativamente se perpetúan en el tiempo se denominaron “cambios tónicos”.
- ✚ Desplazamiento de la atención “shifting”. La atención cambia continuamente, dependiendo del número de estímulos a los cuales la persona esté atendiendo (estímulos atendidos) y de las tareas que esté desempeñando a la vez; por lo cual, la atención se va dirigiendo y desplazando de un estímulo a otro y de una tarea a

otra (shifting). El tiempo de las oscilaciones o desplazamientos de la atención varía y no es constante.

Rubenstein (1982), sugirió que en algunas ocasiones se llevan a cabo ciertos cambios involuntarios que ocurren en breves segundos y suelen ser producidos por el cansancio.

Celada y Cairo (1990) describieron que las modificaciones en la atención eran intencionales, distinguiéndolas de la mera desconexión o distracción; y que estas modificaciones se llevan a cabo dependiendo de la tarea a desempeñar y los objetivos a cumplir, de esta manera es más fácil cambiar la atención de una tarea a otra si la tarea o novedosa nos resulta más interesante y llamativa.

García (1997) y Rubenstein (1982) entendieron la oscilación y/o desplazamiento de la atención como un tipo de flexibilidad que se hace presente en diversos casos y con distintas tareas, fundamentalmente en aquellas en las que tenemos que orientar y guiar nuestra atención de modo adecuado para no distraernos y estar centrados en los distintos estímulos.

De otro lado, García (1997) resaltó distintos procesos como: selección, distribución y sostenimiento de la atención, necesarios para poder controlar y dirigir los mecanismos atencionales. Rosselló (1998) abordó un mecanismo de control de los procesos que elaboran la información y que permiten a la persona prestar atención, constituidos y organizados de manera jerárquica.

- ✚ Control. Supone dirigir la atención y poner en funcionamiento los procesos que aborden las demandas ambientales y de la tarea que vamos a desarrollar; denominada: “atención controlada”; la cual se diferencia de la descontrolada en el esfuerzo que requiere por la persona el mantener dicha atención. Esta característica ha sido considerada por muchos autores como la más relevante e importante. A la hora de percibir y retener un estímulo, pueden influir en la personas condiciones externas e internas. Los condicionantes externos provienen del ambiente o contexto y favorecen el mantenimiento de la atención hacia estímulos ambientales que se consideran relevantes por la persona para desempeñar una tarea.

- ✚ Potencia del estímulo. Es el grado o intensidad del estímulo, entendiendo que a más intensidad más prestamos atención y viceversa, a menos intensidad o potencia del estímulo menos atención.
- ✚ Cambio. Se entiende como la modificación en la atención prestada. Estos cambios son producidos mediante interpretaciones mentales y mediante modificaciones ambientales (presencia y/o introducción de estímulos nuevos o diferentes).
- ✚ Tamaño. La cantidad o dimensión del estímulo. Esta característica se emplea en publicidad con frecuencia; aunque a nivel personal no tiene tanta relevancia como otras características como el cambio y la potencia.
- ✚ Repetición. Hace referencia al número de ocasiones en los que aparece un estímulo. Un estímulo débil que se repite con mucha frecuencia puede llevar a generar un gran impacto en la persona, dependiendo de la fuerza de la atención.
- ✚ Movimiento. Dirección y sentido de los procesos atencionales mientras la persona está realizando una tarea.
- ✚ Contraste. Cuando un estímulo resalta de aquellos que lo rodean, es decir, estímulos que “llaman la atención” sobre el resto. Existen dos casos distintos: el contraste por aparición (la presencia de un nuevo estímulo que contrasta con los que ya estaban presentes) y el contraste por extinción (el estímulo se hace presente porque deja de estar junto con el resto de estímulos, lo que genera el contraste).
- ✚ Organización estructural. Los estímulos presentes se organizan de manera jerárquica y favorecen el poder recibir y entender la información de un modo adecuado. Los condicionantes internos y/o personales están inmersos y determinan esta organización estructural, el desarrollo de la información y el rendimiento de la atención.
- ✚ Emoción. Los estímulos que producen emociones suelen atraer y llamar la atención de las personas, sobre todo si son de gran intensidad.
- ✚ Estado orgánico. Esta característica se vinculó con las pulsiones que vivencian y/o perciben las personas en el mismo momento en el que reciben los estímulos.
- ✚ Intereses. Hace alusión a la atracción o atractivo de los estímulos percibidos. La atención funcionaría en relación a los estímulos atractivos e interesantes para la persona.

- ✚ Sugestión social. Puede llegar a atraer la atención de otras personas por invitación, que es más que por simple imitación.
- ✚ Curso del pensamiento. Se lleva a cabo y se desarrolla considerando y siguiendo el rumbo de ciertos estímulos y tareas relacionadas que captan la atención de las persona sde manera instantánea.

6.4.2.1. Los mecanismos implicados son los siguientes.

6.4.2.1.1. Atención selectiva.

Autores como Kirby y Grimley (1992) propusieron a la atención selectiva como una capacidad de la persona para responder y manejar los estímulos necesarios en la realización de una tarea o acción y obviar los estímulos irrelevantes e innecesarios para la misma.

6.4.2.1.2. Atención dividida.

Para García (1997) este tipo de atención se da cuando existe un exceso de estímulos a los que atender; entonces los recursos atencionales se dividen para que la persona pueda realizar y desenvolverse adecuadamente. Kirby y Grimley (1992) utilizaron el término de capacidad de atención para explicar la capacidad de prestar atención a varios estímulos a la vez y utilizó esto para el desarrollo y aprendizaje en el ámbito escolar.

6.4.2.1.3. Atención sostenida.

Kirby y Grimley (1992) entendieron que la atención sostenida se produce cuando la persona tiene que mantener de manera continua y consciente la atención ante determinados estímulos y tareas. Dependiendo del grado de control que ejerce la persona, tenemos dos tipos de atención: atención involuntaria y atención voluntaria. Teniendo en cuenta el grado de control, la atención puede ser involuntaria y voluntaria.

6.4.2.1.4. Atención involuntaria.

La atención involuntaria está relacionada con la aparición de un estímulo nuevo, fuerte y significativo, y desaparece de manera rápida, sobre todo cuando el estímulo se repite o es monótono.

La atención involuntaria tiene componentes emocionales, ya que la persona no se esfuerza por atender ni guiar su atención hacia ese estímulo o tarea sino que surge de manera espontánea; tampoco los estímulos son de interés, necesarios y/o atractivos para la persona ni para realizar cualquier actividad o tarea. Para Luria (1988) una de las características más importantes fue la respuesta de orientación (manifestaciones electrofisiológicas, motoras y vasculares producidas por estímulos fuertes y de gran intensidad).

6.4.2.1.5. Atención voluntaria.

Se basa fundamentalmente en la voluntad de las personas por mantener la atención ante determinados estímulos o tareas; como la motivación interna que activa nuestra atención. Atendemos a los estímulos y actividades que nos resultan atractivas e interesantes. Para mantener la atención voluntaria es importante tener “fuerza de voluntad”, ya que aunque una tarea nos resulte atractiva, tenemos que tener en cuenta el factor del cansancio y/o fatiga, que aparece en la realización de cualquier tarea.

Por lo tanto, para William James la atención no era únicamente la capacidad o habilidad mental de prestar atención a los estímulos y tareas que realizamos, sino también la percepción de la realidad en la que se producen y se llevan a cabo dichos estímulos y actividades; como la toma de conciencia de la persona de lo que vive y experimenta; centrándose para ello en procesos de focalización, concentración y conciencia.

6.4.3. Relación con otros procesos cognitivos.

La actividad psicológica humana se representa mediante las distintas relaciones y conexiones entre los procesos y mecanismos cognitivos, los cuales tienen funciones concretas; de éste modo la atención no se entiende como una función aislada sino en relación con otras funciones y procesos cognitivos distintos.

Roselló (1998) opinó que la relación entre la atención y los procesos psicológicos radica en que la atención actúa como mecanismo vertical, que guía y favorece la activación de los procesos cognitivos y de su funcionamiento. Las relaciones que se generan entre los procesos psicológicos y/o mentales de las personas fueron las siguientes.

6.4.3.1. Atención, motivación y emoción.

Por motivación se entendió al proceso que de algún modo inicia, dirige y finalmente detiene una conducta orientada a cumplir un objetivo. Puente (1998) consideró la motivación como una de las variables más influyentes en las conductas.

Tanto motivación como emoción han sido definidas como variables influyentes y decisivas en la atención. De esta manera, para García (1997) un estado con mucha motivación e interés para la persona genera prestarle atención, disminuyendo la atención dividida, así como el tono afectivo de los estímulos que percibimos y nuestros sentimientos hacia ellos colaboran a determinar cuál va a ser nuestro foco de atención prioritario.

Roselló (1998) señaló que atención, motivación y emoción se encuentran relacionadas desde el punto de vista neurobiológico; mediante el Sistema Activador Reticular Ascendente (SARA) el cual activa los mecanismos y procesos atencionales, estableciendo relaciones neuroanatómicas con el hipotálamo (centro motivacional del cerebro, que aborda las emociones al pertenecer al sistema límbico). Además el SARA es responsable de los mecanismos motivacionales y emocionales, ya que están integrados en las vías catecolaminérgicas los tres procesos.

6.4.3.2. Atención y percepción.

La atención ha sido concebida en multitud de ocasiones como una capacidad o atributo de la percepción, gracias a la cual seleccionamos más eficazmente la información que nos es relevante.

García (1997) indicó que la atención considerada como atributo de la percepción produce dos efectos principales:

- ✚ se perciban los objetos con mayor claridad
- ✚ y que la percepción de la persona se produzca de manera organizada, seleccionando los datos necesarios y excluyendo los innecesarios; organizándose en términos de figura y fondo.

Rubenstein (1982) consideró que si la atención forma parte del proceso de percepción, significa que las personas escuchan en vez de oír; incluso con la presencia de estímulos intensos.

Kahneman (1973) entendió que la atención influye en una fase del proceso de percepción. En la fase inicial de la percepción se distinguen los estímulos formando distintos grupos o unidades, la atención en este momento se activa para mantener estas agrupaciones y darlas prioridad.

6.4.3.3. Atención e inteligencia.

La inteligencia ha sido comprendida de una capacidad general, encargada de ofrecer soluciones rápidas y eficientes a los problemas. Es decir, para llevar a cabo una acción rápida y eficiente, necesitamos de ciertas habilidades, en este sentido la atención sería una de ellas (recurso que favorece y optimiza dicha acción).

García (1997) consideró que las habilidades de una persona para centrar su atención con cierta rapidez (oscilación de la atención) y de atender a más de un estímulo a la vez (distribución de la atención) pueden ser consideradas como variables fundamentales de la inteligencia. De este modo, atención e inteligencia se definieron en términos de capacidades para procesar y gestionar la información recibida.

6.4.3.4. Atención y memoria.

Celada y Cairo (1990) expusieron que la memoria era el proceso cognitivo a través del cual la persona retiene y conserva las experiencias vividas y las reactiva y actualiza conforme las necesidades de las vivencias presentes. La memoria procesa y almacena la información, siendo la atención una de las capacidades asociadas para obtener un adecuado funcionamiento. Reategui (1999) explicó esta asociación mediante el esfuerzo empleado por la persona en la fase de almacenamiento y en la fase de recuperación de la información.

La formación de esquemas, el empleo de recursos de codificación para la información y el tipo de tarea a desarrollar; constituyen varios de los factores necesarios para llevar a cabo un buen trabajo (memoria eficaz). Por el contrario, varios autores entre los que destacamos a Ruiz-Vargas (1994) plantearon que la atención no resulta tan necesaria para la codificación en la memoria, ya que ésta también se manifiesta en

tareas que no requieren una expresión consciente de la vivencia pasada, como suele ocurrir con el aprendizaje implícito o inconsciente.

6.4.4. Teorías.

Los primeros experimentos entendieron la atención como una estructura específica llamada “filtro”, que se encargaría de dejar pasar la información para luego ser procesada; por lo que los primeros trabajos, como el de Broadbent en 1958, lo concibieron como un filtro rígido, basándose en la capacidad limitada de la atención y que conlleva que de las dos informaciones sólo pasaría una que sería la considerada “relevante”; siendo esta teoría y/o modelo de la atención selectiva.

A ésta se le contrapuso la teoría del filtro atenuado de Treisman en 1964, para superar el carácter dicotómico de selección todo o nada, dada las evidencias de que las personas podían retener ciertas características sensoriales de los estímulos no atendidos o irrelevantes, y comentó sus estudios sobre seguimiento dicotómico, concluyendo que toda la información se procesa, aunque la irrelevante lo hace de un modo ténue ya que el canal por el que entra tiene una capacidad limitada y se centra en los estímulos relevantes.

Le sucedieron otros modelos que concibiendo la atención como una función de filtro; que sugería la necesidad de analizar toda la información para poder decidir cuál sería la “relevante” y que éste análisis era a través de dispositivos que se ponían en funcionamiento de modo inmediato, después del procesamiento sensorial; es decir, la percepción y comprensión del estímulo sólo se lograba cuando el mensaje se seleccionaba entre otros mensajes competidores.

Aparecieron con posterioridad los modelos de recursos limitados, contrapuestos a los modelos de filtros, defendidos por autores como: Kerr (1973), Posner (1978) y Logan (1978, 1979) con los paradigmas de doble tarea o atención dividida para analizar los recursos y limitaciones de la atención, las demandas atencionales de las tareas y el rendimiento (número de errores y aumento de los tiempos de reacción) en la tarea realizada. Este modelo presentó otros paradigmas y fueron:

- ✚ el de Kahneman (1973) que habló de los recursos centrales: distribución de la atención entre las estructuras y procesos en función de las necesidades;
- ✚ el de Norman y Bobrow (1975) que estudiaron a los recursos y las limitaciones a la hora de recibir y manejar datos y el rendimiento de los mismos;

✚ y por último el de Navon y Gopher (1979) que trataron de la multiplicidad de habilidades y añadieron los parámetros de la interacción sujeto-tarea.

El análisis de la atención también implicó un vistazo y diferenciación de los procesos controlados y automáticos y el consumo de habilidades en los distintos momentos de procesamiento.

6.4.5. Bases neurológicas.

Desde el punto de vista neuropsicológico la atención viene a ser la expresión de la actividad y/o desempeño del sistema activador reticular ascendente (SARA) y de los hemisferios cerebrales, interconectados en los lóbulos prefrontales. El sistema activador reticular, estaría compuesto por un aparato neurofisiológico (constituido por fibras ascendentes y descendentes); que da énfasis a los reflejos previamente comentados por Pavlov y luego por Luria, conocidos como los reflejos de orientación (respuesta de orientación).

Estos reflejos se definieron en relación a las manifestaciones electrofisiológicas; reacciones vasculares y motoras relevantes, tales como: la vuelta de ojos y/o girar la cabeza hacia donde se encuentra el objeto novedoso; respuesta de alerta y escucha; alteraciones de respiración y del ritmo cardíaco; descenso de la actividad irrelevante... Celada y Cairo (1990), García (1997) y Luria (1986) expusieron que estos fenómenos suelen surgir cuando hay una reacción de alerta o reflejo de orientación, suscitada por la aparición de un estímulo significativo y relevante para la persona.

Por otro lado, el sistema activador reticular ascendente (SARA) unido al tallo cerebral, son los que producen estados de vigilia, necesarios para activar la atención. Existen otras estructuras cerebrales que favorecen el reconocimiento selectivo de un estímulo y la inhibición de respuestas a estímulos secundarios como son el cortex límbico y la región frontal, ésta última encargada de preservar el comportamiento programado. Lesiones y deterioros en estos circuitos repercute de manera significativa a los procesos atencionales.

Para determinados modelos neuropsicológicos como el de Burgess y Shallice (1997), estos procesos estarían controlados por el Sistema Atencional Supervisor (SAS). Sistema que está íntimamente relacionado con el funcionamiento del lóbulo frontal y con el de las zonas cinguladas anteriores. Para estos modelos, los procesos de recuperación son estratégicos y voluntarios, y por ello es muy probable que sean

procesos propios del procesamiento ejecutivo frontal. La recuperación de la conducta apropiada puede depender del nivel de activación de la representación en la memoria de la acción deseada. Al tiempo que se da esta activación, se debe interrumpir o inhibir la acción que se estaba realizando, para organizar y ejecutar una secuencia de varias respuestas. Esta secuencia de acciones pone de manifiesto la evidente relación entre la memoria prospectiva y los sistemas frontales. La memoria prospectiva aparece entonces involucrada en la formulación de planes, permite mantener en mente cada uno de los pasos y la secuencia adecuada, al mismo tiempo que se lleva a cabo el plan de acción, se evalúa, se revisa y se corrige.

6.5. Inteligencia.

6.5.1. Introducción.

La inteligencia es la capacidad de aprender y de utilizar la información; es la capacidad de entender, asimilar, elaborar información y utilizarla para resolver problemas.

La inteligencia es un término que genera debate para distintas disciplinas como la psicología, la medicina, la filosofía... Hasta ahora se había medido la inteligencia con el apoyo de tests y/o cuestionarios en que se ponía a prueba las capacidades numéricas, lingüísticas o espaciales de cada persona. En nuestra tesis evaluaremos esta última.

Pero se ha visto, que esta manera de evaluar la inteligencia no es del todo correcta, ya que se centró en medir la inteligencia destinada a solucionar problemas técnicos, olvidandose de otras capacidades y habilidades de las personas como la comunicación afectiva o la inteligencia emocional.

Mediante los tests de inteligencia, los psicólogos intentan medir las diferencias individuales en cuanto a la capacidad de aprender y de utilizar la información. Estas mediciones son difíciles de realizar porque los individuos difieren en las oportunidades que tienen de aprender y de utilizar la información.

Los psicólogos reconocen oficialmente el problema causado por las distintas oportunidades haciendo una distinción entre dos tipos de test: los test de logro, diseñados para medir los conocimientos y las habilidades de una persona; y los test de aptitud, que intentan predecir la capacidad que uno tiene de cara a un futuro rendimiento.

Algunos test de logro están estandarizados; es decir, han sido aplicados a muchas personas para que la puntuación de una persona pueda ser evaluada con respecto a una población importante. Sin embargo, muchos tests de logro no están estandarizados. Sirven de ejemplo los tests y las entrevistas rápidas empleados en la mayoría de los cursos de universidad. Permiten a los profesores evaluar una clase pero no permiten comparaciones con una población general.

La mayoría de los tests de aptitud están estandarizados. Puede que se realicen tests de aptitud estandarizados sobre muchas habilidades como el arte, la música, las habilidades mecánicas y físicas, los idiomas extranjeros y las matemáticas. Su puntuación en cada caso se compararía con la de personas que tienen éxito en este campo específico. Puede también que se realicen tests de aptitud estandarizados para medir una amplia serie de aptitudes. Sirva de ejemplo el General Aptitud Test Battery (GATB), que mide diez aptitudes incluida la aptitud verbal, numérica, de oficinista y de velocidad motora. Por último, puede que se lleven a cabo test de inteligencia, entendiéndolos como test de aptitudes a gran escala. Antes de hablar de los métodos específicos de evaluación, miraremos algunos requisitos necesarios de cualquier test, sea para medir la inteligencia, la personalidad, o lo que se ha aprendido en clase la semana pasada.

6.5.2. Evaluación.

Francis Galton (1869), aceptó el desafío que supone el intentar comprender las diferencias individuales en la resolución de problemas y en otros comportamientos inteligentes. Muchos de los test de Galton no eran válidos porque no evaluaban la inteligencia adecuadamente, ya que no se distinguían los eminentes científicos británicos de los simples ciudadanos.

Nuevamente fueron Galtón (1890) y Binet quienes señalaron por primera las dos opiniones extremas de esta controversia. Galtón (1890) entendió la inteligencia como una capacidad o facultad general. Esta capacidad, de índole cognitiva se diferenciaría de las referentes a la motivación y las emociones. Por el contrario, Binet defendió que la inteligencia es una capacidad “multidimensional” y está compuesta por varios factores (no estrictamente cognitivos) que se evalúan mediante promedios.

Alfred Binet, psicólogo francés, publicó el primer test de inteligencia que resultó ser útil, basando su test en la idea de que la aptitud mental aumenta con la edad.

Examino muchos niños con tareas que requerían realizar esfuerzo mental, apuntando la edad cronológica de cada niño (la edad en años y meses) y definiendo la edad mental como el rendimiento medio de unos niños a una edad cronológica específica. Convertió la puntuación del rendimiento de cada niño en una edad mental. Binet, recomendaba una atención especial en la educación de los niños cuya edad mental era inferior de dos años a su edad cronológica.

Binet y Simon (1905), crearon un test que concibe el desarrollo intelectual como la adquisición progresiva de mecanismos intelectuales básicos, de tal manera que un niño retrasado es aquel que no tiene adquiridos los mecanismos intelectuales que corresponden a su edad cronológica.

En 1916, Lewis Terman introdujo una versión modificada del test de Binet en los Estados Unidos bajo el nombre de test Stanford-Binet (Stanford por ser la universidad donde se tradujo). Terman hizo popular el concepto de cociente intelectual (CI), que se determina mediante una fórmula que divide la edad mental por la edad cronológica y luego multiplica la cantidad obtenida por 100. Por ejemplo, un niño con una edad mental de 12 años y una edad cronológica de 10 tendría un CI de 120.

$$CI = \text{Edad mental} / \text{Edad cronológica} \times 100 = 12 / 10 \times 100 = 120$$

A lo largo de su trayectoria, Terman (1906, 1922) evalúa los extremos de la inteligencia, o bien la genialidad o bien personas con menos recursos intelectuales

David Wechsler (1958) avanzó muchísimo en la evaluación de la inteligencia introduciendo la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler.

6.5.2.1. Los extremos.

Los test de inteligencia han tenido mucho éxito a la hora de identificar los extremos de la inteligencia, en un extremo, las personas con CI inferior a 70 son calificados de retrasados mentales (con distintos grados). Las personas con un CI por debajo de 30 son totalmente dependientes. Casi una persona de cada 1000 entra dentro de esta categoría, Los que tienen un CI entre 30 y 50 pueden recibir una información, es decir, pueden aprender a encargarse de sus necesidades diarias en un entorno protegido.

En el otro extremo, las personas con un CI de 140 o más son calificadas como mentalmente dotados. Terman (1922) empezó un estudio longitudinal que seguía a

personas mentalmente dotadas desde su niñez hasta su edad adulta. Los resultados apoyaron dos conclusiones. Por un lado, las puntuaciones altas del CI están asociadas con una buena salud, resultados escolares excepcionales y liderazgo. A la inversa, un CI alto no es un perfecto predictor de éxito porque otros factores también son importantes. Algunas de las personas mentalmente dotadas para el estudio, por ejemplo, fracasaron en la universidad y en sus carreras.

6.5.3. Modelos sobre el estudio de la inteligencia.

6.5.3.1. Modelos factoriales no jerárquicos.

Estos modelos hicieron referencia al número de factores y hubo dos posturas al respecto: Spearman (1927), postuló que sólo existía una dimensión (unidimensionalidad) y Thurstone (1938) que existían varias dimensiones (multidimensionalidad). El modelo planteado por Spearman fue el modelo psicométrico de la inteligencia, centrado en la “teoría de los dos factores” y Thurstone propuso el modelo de habilidades primarias múltiples.

Con respecto a la estructura que componen las variables, la mayoría de los psicólogos diferencialistas consideraron que la inteligencia es jerárquica, al igual que posteriormente los modelos que la explicarían: los modelos jerárquicos. Aportaron el solucionar y aclarar estas dos posturas contrapuestas (unidimensionalidad multidimensionalidad), en relación al número de factores que conforman la inteligencia.

6.5.3.1.1. El modelo general de inteligencia de Spearman.

Spearman (1927), fue considerado el fundador del estudio factorial de la inteligencia, aportó al ámbito estadístico y matemático la rho de Spearman, actualmente nombrado coeficiente de correlación o coeficiente de fiabilidad de Spearman - Brown y en especial el Análisis Factorial; descubrió también que cuando se aplican diferentes pruebas de inteligencia a un conjunto de personas (muestra), todas correlacionan de manera positiva entre sí, aunque con distinta magnitud. Consideró la presencia de una variable general o factor “g” (observado en las distintas pruebas de inteligencia) y un factor específico o “s” (correspondiente a la información específica de cada prueba). Spearman formuló varias teorías y modelos, destamos los siguientes: la teoría del factor “g” y el modelo bifactorial.

6.5.3.1.2. Modelos de capacidades primarias independientes.

Ambos modelos consideran que los cambios observados en el rendimiento de las personas en las pruebas de inteligencia fueron producidas por las capacidades y habilidades mentales primarias. El objetivo de estos modelos no jerárquicos fue saber todas las capacidades y habilidades mentales que componían la inteligencia, es decir, conocer todas las “aptitudes mentales”.

6.5.3.1.2.1. Modelo de Thurstones de capacidades primarias.

Thurstone contribuyó al ámbito estadístico y matemático con el Análisis Factorial Múltiple y un tipo de rotación factorial destinada a encontrar la estructura factorial más simple.

Thurstone (1938) después de múltiples investigaciones, postuló la existencia de siete factores independientes entre sí y expuso todas las correlaciones obtenidas entre las diferentes pruebas de inteligencia; lo que le conllevó afirmar lo siguiente:

- ✚ No contempló al factor “g” de inteligencia, como único ni general y no tuvo mucho en cuenta su existencia.
- ✚ Y que es más acertado y útil evaluar la inteligencia de una persona considerando sus distintas capacidades y aptitudes básicas que la constituyen, que obtener una única puntuación correspondiente a un hipotético factor “g”. Es decir, puede haber una persona que posea pocas habilidades verbales y muchas aptitudes en matemáticas (o en otra capacidad diferente).

En resumen, las siete habilidades o aptitudes primarias planteadas por Thurstone (1938) fueron las siguientes:

- ✚ Razonamiento inductivo: habilidad para la realización de aquellos procesos que conducen de lo específico a lo general
- ✚ Memoria
- ✚ Capacidad numérica
- ✚ Rapidez perceptiva
- ✚ Visualización espacial
- ✚ Comprensión verbal

✚ Fluidez verbal.

6.5.3.1.2.2. Modelo cúbico de estructura de la inteligencia de Guilford

Este modelo de Guilford (1956), utilizó la técnica del análisis factorial con rotación ortogonal, y como Thurstone rechazó la existencia del factor “g”. También propuso que la inteligencia está formada por 120 capacidades o aptitudes, que estas son independientes entre sí, y que proceden de la combinación de tres dimensiones: contenidos, operaciones (procesos) y productos (resultados). Cada una de estas tres dimensiones consta de diferentes facetas, las cuales por combinación generaron las 120 capacidades y/o aptitudes independientes, que posteriormente ampliaría a 150. Así pues la morfología de la inteligencia la expuso de manera gráfica, mediante un cubo tridimensional formado por 120 (o 150) cubos más pequeños o habilidades mentales independientes.

6.5.3.2. Modelos factoriales jerárquicos de la inteligencia.

Estos modelos explicaron que la inteligencia se descompone en diferentes niveles y estos a su vez en distintos factores, teniendo en consideración la unicidad – multiplicidad, dentro de un continuo especificidad - generalidad.

6.5.3.2.1. Jerarquías puras: modelos clásicos de Burt y Vernon.

6.5.3.2.1.1. Modelo jerárquico de niveles de Burt.

Burt (1940) postuló a la inteligencia como una habilidad general cuya estructura estaba formada por un sistema jerárquico de niveles. La inteligencia estaría constituida por todos los niveles o dicho de otro modo, estará inmersa en todos los niveles. Propuso cinco niveles jerárquicos de menor complejidad a mayor: sensación, percepción, asociación, relación e inteligencia general.

6.5.3.2.1.2. Modelo jerárquico de inteligencia de Vernon.

Vernon (1965) en este modeló explicó que la inteligencia se compone de diversas habilidades que están inmersas en una estructura jerárquica, en este caso, de

cuatro niveles. Estos niveles en los que centró para definir la inteligencia, los siguientes enumeramos a continuación:

- ✚ Primer nivel: factores relacionados con las habilidades específicas para responder a cada prueba.
- ✚ Segundo nivel: factores de carácter menor (grupales), que agrupan a los factores de primer nivel.
- ✚ Tercer nivel: factores de carácter mayor (grupales), como el verbal y el espacial.
- ✚ Cuarto nivel: factor general de inteligencia, parecido al factor “g”, que engloba el 40 % de la variabilidad del comportamiento inteligente en el día a día de las personas.

6.5.3.2.2. Modelos de Cattell y Horn (1966) con jerarquías mixtas:

Los modelos de estos autores, negaron la existencia del factor “g” y se centraron fundamentalmente en los factores de segundo nivel. No se consideraron modelos de jerarquías puras estrictamente.

Autores como Cattell (1963) y Horn (1966) explicaron a la inteligencia a través de dos factores generales; y no mediante el uso de un sólo factor general. Inteligencia fluida (Gf) e inteligencia cristalizada (Gc). Esta teoría fue posteriormente contrastada mediante el análisis factorial exploratorio y el uso de la rotación oblicua.

En este modelo se expuso a la inteligencia compuesta por tres factores generales distintos, tales como:

- ✚ Factores de primer orden: las capacidades primarias de Thurstone y algunas de las nombradas por Guilford (1956).
- ✚ Factores de segundo orden: constan de cinco capacidades: inteligencia fluida, inteligencia cristalizada, inteligencia visual, recuperación y habilidad cognitiva.
- ✚ Dos factores de tercer orden: inteligencia fluida histórica (similar al factor g para algunos autores) y un factor de capacidad de aprendizaje, desarrollado en el ámbito escolar y socio-familiar, y vinculado con la memoria.

6.5.3.2.3. Jerarquías integradoras más recientes.

6.5.3.2.3.1. Modelo de los tres estratos de Carroll (1993).

Intentó integrar todos los modelos estructurales sobre la inteligencia y unificarlos todos en uno; para ello explicó tres estratos necesarios:

- ✚ En el primer estrato: que es el más concreto y específico se incluyen un gran número de aptitudes mentales de carácter primario, similares a las capacidades primarias sugeridas por Guilford.
- ✚ El segundo estrato: contempló factores con una mayor generalidad que en el primer estrato y los principales son:
 - ✚ Inteligencia fluida.
 - ✚ Inteligencia cristalizada.
 - ✚ Memoria y aprendizaje.
 - ✚ Percepción visual
 - ✚ Percepción auditiva.
 - ✚ Capacidad de recuperación
 - ✚ Velocidad cognitiva.
- ✚ El tercer estrato: es el más general y sólo cuenta con un único factor general de inteligencia, denominado 3G, parecido al factor “g” de Spearman, el cual se identificó con los demás factores de segundo orden; en especial con los de inteligencia fluida e inteligencia cristalizada.

Este modelo reflejó en síntesis a los demás autores y sólo en principio discreparon con él Guilford, que tardó en incorporar factores de orden superior y Gardner (1993), quien más que aceptar una estructura jerárquica de la inteligencia, entendía la existencia de múltiples inteligencias independientes entre sí. Aunque aquí Carroll (1993) concretó que los factores del segundo estrato de su modelo se equiparan con las inteligencias de Gardner (1998).

6.5.4. Controversias.

Concretar a las personas en extremos bajos y altos de la inteligencia constituye una contribución importante porque ayuda a los educadores a poder poner en práctica

los programas más adaptados a las necesidades individuales. Son pocas las personas que negarían que los individuos y la sociedad reciban un buen trato cuando tanto los individuos educables como los individuos mentalmente dotados reciben distintos programas de educación. A pesar de todo, los test también se usan para agrupar a las personas que se encuentran entre estos dos extremos. La utilidad de los test de CI en estos rangos medios no es tan evidente. No es sorprendente que hayan surgido diferentes controversias.

6.5.4.1. La edad.

Binet introdujo el concepto de edad mental porque su investigación demostró que las aptitudes mentales aumentan con la edad. Sin embargo, sus investigaciones se limitaron a los niños. Los investigadores modernos acaban sólo de empezar a comprender el proceso que sufre la inteligencia en la edad adulta en la vejez. Los primeros estudios utilizaron diseños transversales en los que se evaluaron personas de diferentes edades: por ejemplo, un grupo a los 15 años, otro a los 30, otro a los 60, y así sucesivamente Jones y Conrad (1933). Estos estudios estaban contaminados por el hecho de que grupos de edad distinta tenían experiencias de educación distinta, así que los investigadores no podían decir si las diferencias entre los grupos se debían a la diferencia de edad o de educación. Los estudios posteriores utilizaron los diseños longitudinales que juzgaban a las mismas personas mientras envejecían. Las puntuaciones de CI globales aumentaron hasta los 32 años, mostraron pocos o ningún cambio hasta los 60 años y una disminución significativa a partir de esta edad. El declive después de los 60 años no mostraba disminuciones en subtest importantes como la capacidad verbal y el razonamiento Schaie, Labouvie y Buech (1973).

Sin embargo, el uso de una puntuación global del CI para representar los cambios intelectuales con la edad ha sido criticado. Horn sostiene que la disminución de las puntuaciones de los adultos mayores sólo representa un aspecto de la inteligencia. A este aspecto lo denomina inteligencia fluida, que puede ser más o menos definida como las habilidades mentales generales, como la capacidad de hacer intervenciones. Horn y Donaldson (1980) estipulan que la inteligencia fluida empieza a declinar a los 40 años sobre todo debido al declive del funcionamiento físico y neurológico. Piensan también que parte de este declive se debe a la práctica restringida de algunas destrezas mentales. Sin embargo el punto más importante de Horn es que existe otro aspecto de la

inteligencia que aumenta constantemente con la edad. Este aspecto que va en continua mejora se denomina inteligencia cristalizada, que podemos definir como las habilidades mentales específicas, como el vocabulario de uno o la capacidad para definir palabras.

Los conocimientos cristalizados son específicos en el sentido de que dependen de la exposición a un entorno específico. Las personas de distintas culturas aprenden a definir palabras distintas por ejemplo, Horn y Donaldson (1980) dan a entender que semejantes conocimientos específicos desde el punto de vista cultural “cristalizan en la mente” de modo que se ven menos afectados por el deterioro físico y neurológico. Así que, las personas retienen los conocimientos basados en la cultura con el paso de los años y aprenden constantemente nuevos hechos específicos. Aunque la inteligencia fluida aumenta primero y luego declina con la edad, la inteligencia cristalizada aumenta de un modo estable. Los test de CI más extensamente utilizados y que preceden al descubrimiento de esta distinción, miden en primer lugar la inteligencia cristalizada.

6.5.4.2. Justicia cultural.

Aquéllos que cuestionan la validez de los test de CI para las minorías sostienen que estos tests no son justos para los africano - americanos, los hispanos, los blancos pobres y otros subgrupos culturales. Como hemos mencionado previamente, las diferencias de resultado en los test de CI podrían ser provocadas por las diferencias en la oportunidad de aprender el material que se evalúa o por diferencias en la capacidad de aprender. Si todos tuviesen la misma oportunidad, entonces las diferencias podrían ser atribuidas con seguridad a la capacidad. Si un subgrupo cultural ha tenido menos oportunidades para aprender el material evaluado, entonces el test de CI es un test de capacidad no válido para este grupo.

Los creadores de test han intentado desarrollar unos test “justos desde el punto de vista cultural”. En la mayoría de los casos, esto ha significado una reducción en el empleo de datos verbales, porque existen obvias diferencias de idioma entre las subculturas. Cattell (1963) expone, que los test no verbales suponen normalmente relaciones geométricas de algún tipo; las tareas en estos tests incluyen encajar clavijas en agujeros, determinar las relaciones entre las formas geométricas, hacer diseños con cubos, y completar dibujos. Por desgracia, los creadores de test no tienen suficientes

datos para apoyar la suposición de que todos tenemos una oportunidad para aprender incluidas las destrezas requeridas en estas tareas.

6.5.4.3. Educación.

¿Cuál es la contribución relativa de la herencia y del ambiente al CI? En los estudios de genética, se ha observado la heredabilidad de ciertas características de las plantas y de los animales controlando el entorno y manipulando la proporción de genes que tienen en común. Por supuesto, semejantes experimentos no se pueden llevar a cabo con personas. Aunque las distintas personas que forman una familia varíen sistemáticamente en el grado en el que comparten una composición genética, también varían sistemáticamente en cuanto a su entorno. Aquellos que no comparten genes tan parecidos (abuelos y nietos), por lo general, también suelen tener entornos menos parecidos.

Sin embargo, numerosos investigadores han estudiado las conexiones genéticas en los seres humanos. Han utilizado tres procedimientos.

1. Estudio de gemelos idénticos o univitelinos que han sido criados separadamente. Algunos gemelos idénticos son separados al nacer y son adoptados por familias distintas.

2. Estudios que comparan gemelos idénticos o univitelinos con gemelos no idénticos o bivitelinos. Los gemelos idénticos provienen del mismo huevo así que sus genes son exactamente iguales. A la inversa, los gemelos no idénticos provienen de dos huevos separados, así que su composición genética es diferente.

3. Estudios de niños adoptados. Las puntuaciones de los CI de los niños adoptados indicaban que tanto los genes como el entorno repercuten en la inteligencia. Weinberg (1988) estudió la influencia del entorno comparando las puntuaciones de los CI antes y después de la adopción. Las puntuaciones son mayores si los niños son adoptados por personas más predispuestas y activas a la hora de generar y proporcionar experiencias y vivencias interesantes, en contextos y entornos diversos.

Loehlin (1992) teniendo en cuenta todos estos datos, planteó que algunos investigadores llegaron a la conclusión que la herencia y el ambiente influyen con igual importancia sobre la inteligencia.

6.5.4.4. Raza.

El debate más acalorado sobre la inteligencia tiene que ver con el hecho de que en Estados Unidos, los Africo-Americanos obtienen un promedio de entre 10 y 15 puntos más bajo en los test de CI que los blancos. Investigadores como, Weinberg, Scarr y Waldman (1992) refutaron esta conclusión con uno o más de los siguientes argumentos:

- ✚ Aunque el CI tiene un elemento hereditario, sólo se refiere a la herencia dentro del grupo al que se está estudiando, no dice nada acerca de las diferencias entre los grupos, como blancos y negros.
- ✚ Los tests de CI perjudican a los negros y a las demás minorías.
- ✚ Las diferencias medias en el CI se pueden atribuir totalmente a las diferencias del ambiente. El porcentaje de familias que viven por debajo del nivel de pobreza es del 7,9 para los Europeos-Americanos, de 28,2 para los afro-americanos y de 28,7 para los Hispano-Americanos. (Oficina del censo norteamericana, 1991).
- ✚ Las diferencias entre los niños afro-americanos y europeos y/o americanos se están reduciendo al mejorar las condiciones del entorno en el que viven los afro-americanos.
- ✚ La influencia de los iguales favorece más el éxito académico de los alumnos blancos más que de los alumnos afro-americanos.
- ✚ Las diferencias en cuanto a herencia y entorno están tan entrelazadas que en este momento las diferencias del CI no pueden ser atribuidas a uno u otro.

Lynn (1994) explicó que estos argumentos también se aplicaron a hispano-americanos cuyas puntuaciones de CI solían ser más bajas que los europeos y/o americanos y a los asiáticoy/o americanos cuyos resultados solían ser más altos.

7. ILLNESS: VIVENCIA DE LA ADICCIÓN DESDE EL ENFERMO.

7.1. Introducción.

Ya hemos expuesto antes que cuando hablamos de illness nos referimos a la vivencia o experiencia personal de padecer una enfermedad o una condición no deseada. Las respuestas psicológicas frente al hecho de sentirse enfermo, o poco sano, dependerán no sólo de las sensaciones internas propias de la enfermedad, sino de las implicaciones que esta condición trae sobre el individuo, así como de sus creencias personales y culturales acerca de lo que se entiende como estar enfermo. Comprender el punto de vista de los informantes sobre su adicción, es fundamental para todo el proceso rehabilitador.

Winkelman (2009) explicó que las diferencias en el vocabulario, o en el contexto cultural, pueden traer consigo dificultades en la comunicación, incluso cuando el paciente y el médico pertenecen al mismo grupo cultural. Estas dificultades en la comunicación pueden minar el cuidado de la salud, al ocasionar faltas en el diagnóstico, el tratamiento, y la adherencia al mismo. Teniendo presente esta idea, las consecuencias que puede ocasionar y trabajando en un contexto rehabilitador como el expuesto, se percibe que hay un antes y un después en las personas. Ya no sólo en lo referente a la apariencia física sino al propio sentido que se le da a la vida y a la forma con que la persona se plantea vivirla.

Inicialmente, cuando se conoce a la persona que quiere dejar de consumir, llama la atención lo demacrados que llegan, la soledad y la culpa les jugó una mala pasada. Ni que decir tiene el autocuidado, peinarse, asearse y vestirse adecuadamente quedó en el olvido y la única meta en el día, es conseguir la siguiente dosis que les permita aguantar unas horas más, sin esa ansiedad que produce la abstinencia. Con el consumo de drogas la persona se vuelve inexpresiva y su mirada se centra en la lejanía, como si no quisieran ver lo que ocurre a su alrededor.

Cuando están realizando la terapia, empiezan a volver a la normalidad física, psíquica y social. La persona empieza a desenvolverse en el día a día con cosas cotidianas, ya no sólo el desempeño de distintas tareas y responsabilidades, sino en las relaciones que establece, sin estar vinculadas con el mundo del consumo y lo que éste conlleva. Se cambia desde los hábitos alimenticios, de sueño y descanso, de trabajo y de

ocio, de compartir y sociabilizarse, de disfrutar de las cosas que tiene y luchar dignamente por las que desea conseguir.

Es en este punto del trayecto donde nos encontramos (terapia de rehabilitación); donde la persona hace por conseguir los objetivos por los que lucha y es gratificante ver que se van consiguiendo pero que requiere un esfuerzo y una constancia, que en ocasiones es difícil de asumir. Y más teniendo en cuenta que son personas con problemas de adicción, en las que la impulsividad y las apetencias han establecido su prioridad mientras consumían, y donde la paciencia y pararse a pensar las cosas que requieran un esfuerzo y que son verdaderamente necesarias, no tenían cabida en sus vidas.

Si a esta idea de compromiso y esfuerzo, se une que este cambio de estilo de vida y de autonomía, conlleva pasar física y emocionalmente por momentos delicados que se mantienen en el tiempo y que hay que afrontar mediante constancia día tras día... es importante motivar y mantener la misma, para facilitar esta transición personal y favorecer lo máximo posible a la persona en proceso de cambio.

“No sé si prefería estar drogado o no, antes me encontraba mal, estaba hecho polvo y no valía para nada, pero por lo menos sabía que era por la vida que llevaba... ahora ¿por qué es?” J.M.G.H (consumidor de cocaína y heroína).

Si lo expuesto es lo verdaderamente importante para nosotros (y lo percibimos desde fuera), nos interesa conocer de primera mano, lo que significa para la persona dejar atrás el mundo de las drogas, lo que supone cambiar de vida, y cómo se siente cuando afronta y supera los fantasmas del pasado y disfruta de las pequeñas cosas que ha conseguido en la vida y tiene esperanzas y recursos para seguir haciéndolo.

7.2. Objetivos.

Conocer y comprender cómo percibe la persona su propia adicción en relación a los siguientes factores:

- ✚ Expresión de rasgos físicos (afectación corporal externa).
- ✚ Adicción:
 - Aparición de la adicción.
 - Estado actual. Terapia-tratamiento.

- Otras adicciones.
- Reacción de la pareja.
- Repercusión en la situación laboral.
- ✚ Vida cotidiana.
- ✚ Sexualidad.
- ✚ Superación.

7.3. Hipótesis.

La hipótesis inicial de partida es que esperamos obtener diferencias significativas en los factores de aceptación, interferencia en la vida y superación de la adicción dentro de los grupos de consumidores ya establecidos.

- ✚ Hipótesis 1: el grupo de consumidores más desestructurados presentará diferencias significativas en las variables estudiadas respecto al resto de grupos.
- ✚ Hipótesis 2: el grupo de personas más desestructurados mostrará un menor apoyo socio-familiar, menos relaciones y más deterioradas, más interferencias en su vida diaria y peor superación de la adicción.
- ✚ Hipótesis 3: se encontrarán diferencias entre los grupos a nivel de aceptación, interferencia en la vida diaria, apoyos y relaciones personales y superación.

7.4. Método.

7.4.1. Técnicas de investigación.

Para abordar este estudio hemos utilizado la entrevista semiestructurada comentada en el apartado técnicas de investigación del capítulo metodología, que exponemos en los anexos 1 y 2.

Obviamente hemos conjugado la observación directa y sistemática con la observación participante, para vivir y comprender mejor la realidad de las adicciones y las personas que las sufren.

Hemos empleado también los datos cualitativos obtenidos a través de los discursos y narrativas de los informantes. Éstas las utilizamos para ayudarnos a entender el illness, pero también como una forma de manejar mejor su propio sufrimiento y el de otros. Construir narrativas les ayuda a afrontar el caos que la enfermedad crea en sus

vidas. Podríamos decir, que las narrativas son la forma fenomenológica como el paciente percibe la salud y la enfermedad.

7.5. Resultados.

A continuación exponemos los resultados de esta tesis con respecto a la vivencia de personas que habían consumido en el pasado, pero que cuando se recogieron los datos y se realizaron las entrevistas, se encontraban abstinentes y realizando terapia de rehabilitación y un proceso de cambio personal en Proyecto Hombre Salamanca.

Se recogió información de 176 personas, aunque definitivamente nuestra muestra es de 84 sujetos, ya que el resto se excluyeron por no mantenerse presentes en la segunda evaluación que realizamos posteriormente, cuando habían pasado siete u ocho meses realizando terapia de rehabilitación; información necesaria para tratar el estudio de aplicabilidad, capítulo 12.

Por lo tanto la muestra esta constituida por 84 personas, cuyas características sociodemográficas son las siguientes: la edad promedio de las personas evaluadas fue de 39,6 años; el 84,5% varones; el 58,3% solteros; el 69% con estudios de enseñanza primaria obligatoria; el 67,8% desempleados de media y larga duración; el 80,9% católicos y el 52,3% pertenecientes a un estrato socioeconómico bajo.

No hemos encontrado diferencias en cuanto al género en los cuatro grupos estudiados; aunque nos parece interesante destacar que en nuestra muestra existe un gran número de mujeres en tratamiento, aspecto poco usual en lo que refiere a la rehabilitación de adicciones.

Perdiguero y Tosal (2007) y Echevarría (2008) constataron en varios estudios que las mujeres son quienes más utilizan los servicios de asistencia sanitaria. Perdiguero y Tosal (2007) explicaron este hecho debido a las diferencias que muestran las mujeres a la hora de percibir y asumir los problemas de salud y la repercusión de los mismos; además de poseer una mayor consciencia en los problemas de salud y emplean más los recursos con los que cuenta.

Sin embargo, las mujeres con problemas de adicción no suelen acudir a los recursos terapéuticos y si lo hacen y acceden a entrar en terapia, abandonan antes. Los

motivos por los que abandonan generalmente su proceso terapéutico es por no poder estar con sus hijos y colaborar en su crianza y no poder desempeñar tareas ni roles familiares (atenciones y cuidados a otros familiares), para las que son requeridas. Es decir, la no adherencia al tratamiento se relaciona más por otras demandas externas que por falta de motivación para cambiar de vida y de forma de vivirla (figura 11). Valoramos a todas las personas que se esfuerzan en superarse y cambiar; especialmente a las 13 mujeres que estaban realizando terapia, 10 de ellas madres, que cada día nombraban a cada uno de sus hijos y seres queridos de un modo especial, los describían con detalle, comentaban como eran y que carácter tenían y que aspectos les enfadaban y les hacían sonreír y soñar... como si estuviesen conviviendo con nosotros. Se acerraban tanto a los recuerdos con ellos que los hacían realidad en el presente, dándoles vida.



Figura 11: Una tarde de charla entre chicas.

En relación a la sustancia principal de consumo, los participantes mostraron como edad promedio de inicio del consumo 19,5 años, con una edad promedio de 26,4 años cuando aparece el consumo problemático de la sustancia principal. Cuando aparece el consumo problemático es cuando empiezan a surgir los primeros problemas y conflictos socio familiares y laborales, y es cuando la persona con adicción empieza a

deteriorarse más tanto a nivel físico como psicológico. No obstante, tardan entorno a trece años en acudir algún centro asistencial sobre adicciones, es decir, que la persona tarda 13 años de media en solicitar ayuda si se trata de un problema de consumo de drogas.

Wang y cols (2005) expusieron que el primer contacto que se realiza a los profesionales en salud, se lleva a cabo cuando la situación es insostenible para la persona, la familia y/o la comunidad.

A lo largo del desarrollo de los siguientes capítulos, en el apartado de resultados, vamos a referirnos a la presencia o no de diferencias significativas en las variables estudiadas en los distintos grupos de personas evaluados; considerando que estas diferencias son significativas en el estadístico chi-cuadrado de Pearson, en el nivel de significación de 0,05 o menor, es decir para un $p= 0,05$ o inferior, la asociación es estadísticamente significativa.

Hay diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro grupos estudiados en relación a la variable independiente sustancia o droga principal de consumo (figura 12).

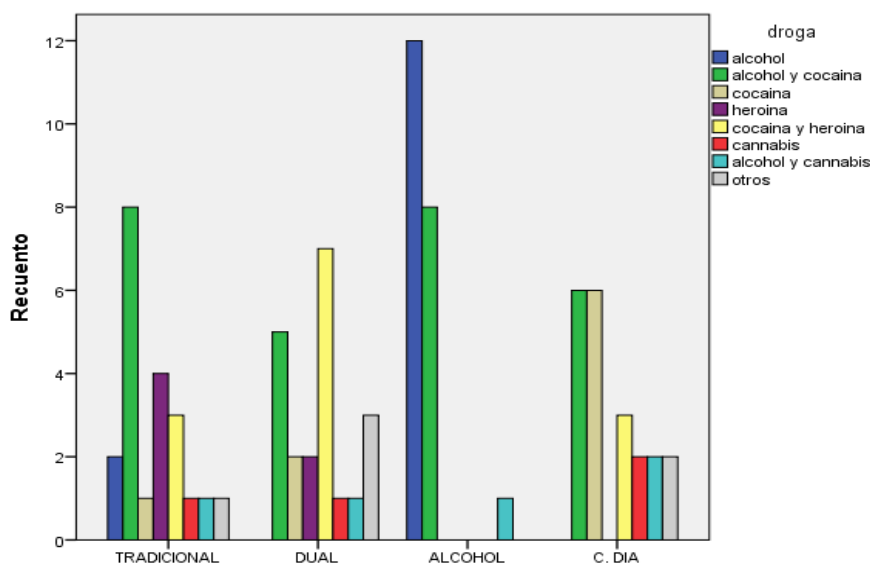


Figura 12: Sustancia principal de consumo.

Observamos en la muestra que la sustancia principal de consumo que prevalece en todos los grupos es el alcohol y la cocaína, ambos consumidos conjuntamente. El alcohol y la cocaína consumidas únicamente y/o mezcladas con otras drogas son el consumo habitual que presentan los participantes de este estudio.

También surgen consumidores de cannabis que requieren tratamiento, es decir, que dicha sustancia ha generado en la vida de la persona una interferencia que le repercute en su día a día y le impide llevar una vida independiente y autónoma. Este grupo de personas presentan una edad media de 20,3 años, aspecto importante a plantearnos ya que estamos hablando de una población joven que manifiesta y requiere tratamiento por adicción, con todo lo que esto conlleva no solo a nivel personal y familiar sino también social y culturalmente.

Con respecto al consumo de heroína que fue la droga que impulsó la creación de terapias y centros de rehabilitación, no representa en las personas que sea la sustancia principal de consumo, es decir, el descenso de consumidores de heroína ha bajado dando paso a la instauración de nuevas drogas que no dejan de reinventarse.

Los resultados que comentamos a continuación, se refieren a las experiencias y vivencias experimentadas, al modo de pensar y percibir la vida en momentos de consumo de drogas y soledad, es decir, cuando las personas tenían una historia larga de consumo que se acentuaba con no afrontar las situaciones y por verse sumidos por la propia adicción.

En relación a las experiencias y vivencias positivas también constatamos diferencias significativas ($p= 0.029$, verosimilitud 0.034, asociación 0.009) en los cuatro grupos evaluados (figura 13); mostrando más vivencias positivas el grupo de personas consumidoras de alcohol. El valor económico del alcohol también ofrece a la persona una mayor accesibilidad, al no tener que delinquir o realizar otro tipo de conducta que tormente más a la persona, es decir, que no añade al hecho de consumir ningún tipo de actividad ilegal. Quizás sus recuerdos y experiencias sean más favorables ya que la permisividad y aceptabilidad social que se tiene con respecto al alcohol, no es igual con las personas que consumen otras sustancias, y esto también afectará a su manera de verse a él mismo con respecto a los demás.

Aspecto que no ocurre con las experiencias y vivencias negativas, en las que no existen diferencias en los cuatro grupos, ya que para todas las personas cuando estaban consumiendo mostraban y experimentaban situaciones y sensaciones negativas valoradas como muy malas y desagradables para ellos. Teniendo en cuenta el mundo donde se mueven y el deterioro al que han llegado a todos los niveles de la vida...en muchas ocasiones la única alegría e ilusión que tienen en el día es cuando consiguen el

dinero para tener y conseguir la próxima dosis. El modo de conseguir la sustancia es lo que lleva a las personas a percibir sus actuaciones y experiencias como malas, ya que en muchas ocasiones para alcanzar y conseguir la droga tienen que robar, herir, prostituirse... degradarse como personas y sumirse en la culpa y soledad de los consumos.

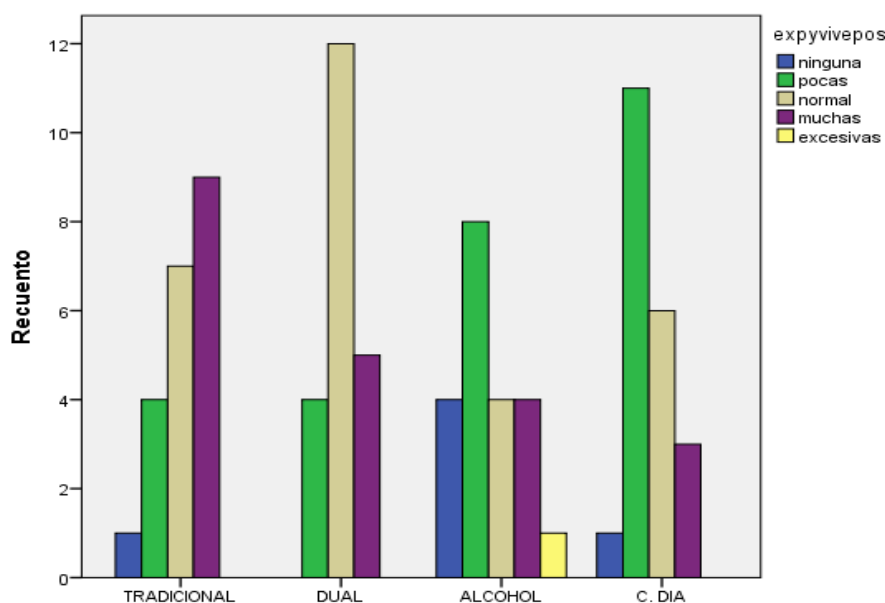


Figura 13: Experiencias y vivencias positivas consumiendo.

Los participantes no muestran diferencias en cuando al modo en el que se ven y cómo se perciben cuando están consumiendo. Todos se perciben como malas personas, sin valía, su vida no tiene sentido, se sienten vacíos y con rabia por no saber reconducir sus vidas y por no poder llevar a cabo la promesa que se hacen todos los días de “mañana dejo esta vida”, “hoy es el último día”, “voy a cambiar”...

Sin embargo si hay diferencias ($p= 0.022$, verosimilitud 0.016, asociación 0.361) en las personas que forman los cuatro grupos, con el modo de ver y percibir la vida en los momentos en los que consumían (figura 14). Siendo las personas más estructuradas y con un soporte personal, social y laboral mayor perciben que su vida es peor y más mala. En este grupo de personas la historia y años de consumo es menor y pasa menos tiempo desde que inician sus consumos hasta que éstos son problemáticos y también es menor el tiempo que pasa entre que sus consumos son problemáticos y piden ayuda.

Parece que las personas que han padecido las adicciones durante más tiempo y de un modo más acentuado se han acostumbrado a vivir así y han entendido por buena

esa manera y estilo de vida... como con cierto conformismo o resignación, sin dar opción al cambio.

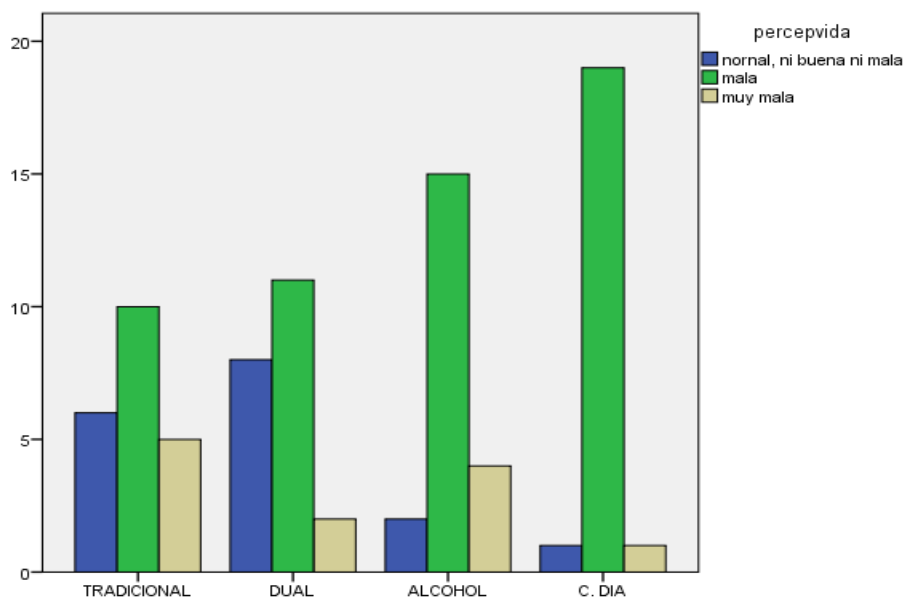


Figura 14: Percepción de vida cuando consumían.

Observamos un nivel de significación ($p= 0.012$, verosimilitud= 0.016, asociación= 0.000), en la variable ayuda percibida cuando la persona esta consumiendo. Las personas con mayor estructura y soporte manifiestan tener cierta ayuda y apoyo que en el resto de los grupos no ocurre. A lo mejor el tener y percibir estos apoyos favorece a las personas a la hora de querer cambiar o por lo menos les mueva a plantearse otra manera de vivir.

De cualquiera de las maneras saber que se cuenta con apoyo y conocer qué ayudas tenemos a nuestro alcance, nos facilita a todas las personas la posibilidad de plantearnos nuevos logros a conseguir y nuevas metas a superar. Saber que no estamos sólo promueve el ánimo y hace posible cosas increíbles que sin la colaboración mutua no se podrían realizar. Creemos que esta idea de ayuda y apoyo no sólo favorece procesos de cambio en torno a la rehabilitación de adicciones sino de otras problemáticas y realidades personales y sociales que nos podemos encontrar (figura 15).

Cuando las personas se encuentran realizando su proceso de cambio personal y rehabilitación comienza a vivenciar la adicción y su propia vida de una manera diferente. No solo cambian las experiencias y situaciones en la vida sino el modo de percibirlas y de asumirlas adecuadamente.

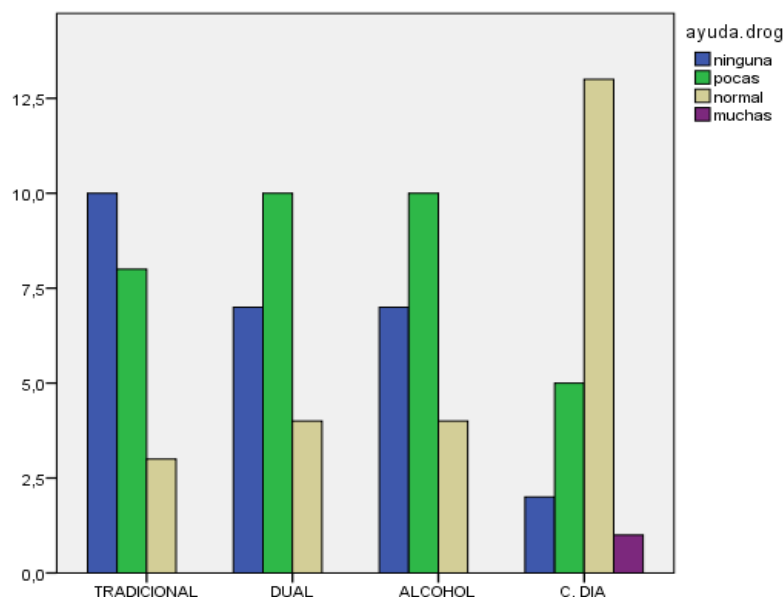


Figura 15: Ayudas percibidas durante el consumo (con adicción).

El concepto que tienen sobre sus vivencias y sobre su persona cambia radicalmente y empiezan a confiar en ellos y en sus posibilidades y empiezan a perdonarse de lo que han hecho cuando consumían y de las consecuencias que han tenido para ellos y para sus seres queridos.

Hay una gran diferencia tanto en experiencias y vivencias positivas, como negativas, en los cuatro grupos estudiados mientras estaban realizando la terapia, es decir, cuando estaban abstinentes de toda droga.

Los participantes mostraron diferencias significativas en las experiencias, recuerdos y situaciones agradables y positivas y que éstas son más, cuando una persona no consume (figura 16) y las vivencias negativas se reducen, en muchas ocasiones llegando a ser inexistentes.

Sólo por el cambio producido en estas variables, merece la pena que las personas decidan dejar el mundo de las adicciones y empezar a vivir y a sentir que realmente son capaces y válidos y que todos merecemos una oportunidad para cambiar.

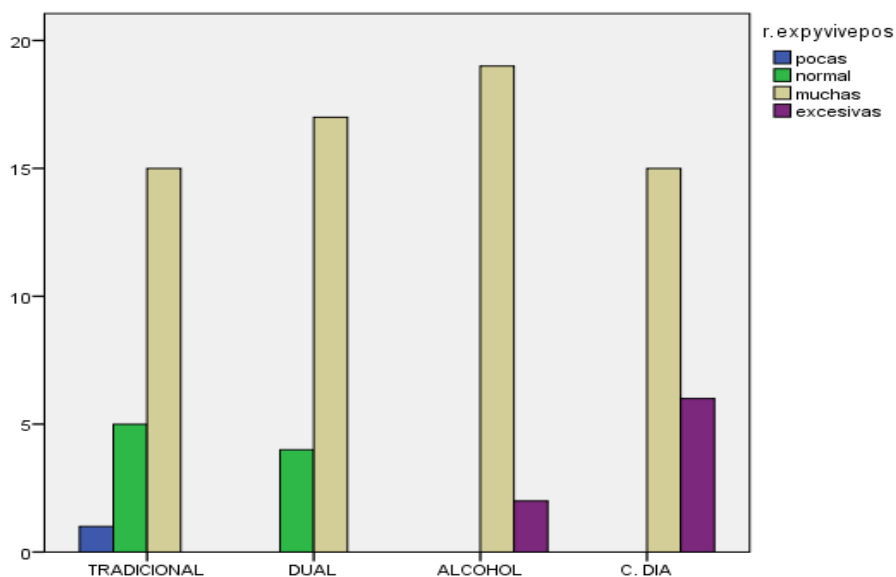


Figura 16: Experiencias y vivencias positivas durante la abstinencia (sin adicción).

En los grupos de personas más desestructuradas, con una historia de consumo mayor y más acentuada en el tiempo y/o con un trastorno psiquiátrico asociado, hay menos sensación de tener experiencias positivas que las personas que han consumido alcohol y que cuentan con más recursos socio familiares y/o laborales. También muestran tener y vivenciar más experiencias negativas, es decir, que las personas que han tenido una relación más estrecha con las drogas y que se ha prolongado en el tiempo, perciben en momentos de abstinencia tener menos experiencias positivas y más experiencias negativas, que las personas que forman los grupos de alcohol y centro de día, que tienen una mayor estructura y soporte (figura 17).

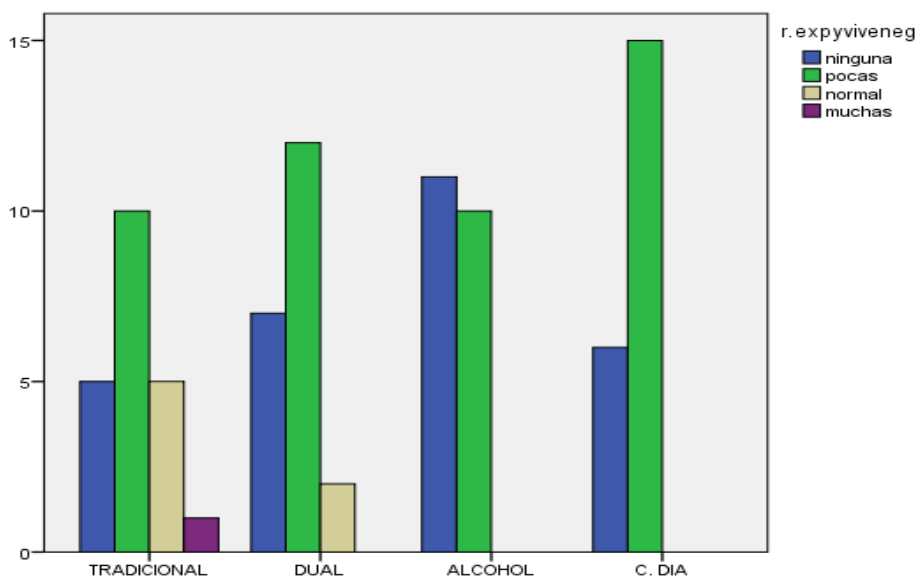


Figura 17: Experiencias y vivencias negativas durante la abstinencia (sin adicción).

La percepción que tienen sobre ellos mismos y sobre la vida cambia cuando las personas dejan de consumir. Descubren un nuevo estilo de vida y una manera de superar y afrontar la vida; empiezan a creer en sus recursos y habilidades, en que pueden hacer cosas buenas y que son bastante más que personas que han consumido. Han reducido su vida a la droga, que sin ella se perciben carentes de sentido y valía.

En general las personas que no están bajo los efectos de las drogas perciben la vida de un modo bueno o muy bueno. Encontramos diferencias significativas, en torno a la percepción de la vida, en los sujetos estudiados (figura 18). Son los grupos más desfavorecidos los que la perciben en ocasiones como normal; aún así es importante considerar como torna la visión de las cosas cuando una persona está sumida en la adicción a cuando está abstinente y es independiente y libre.

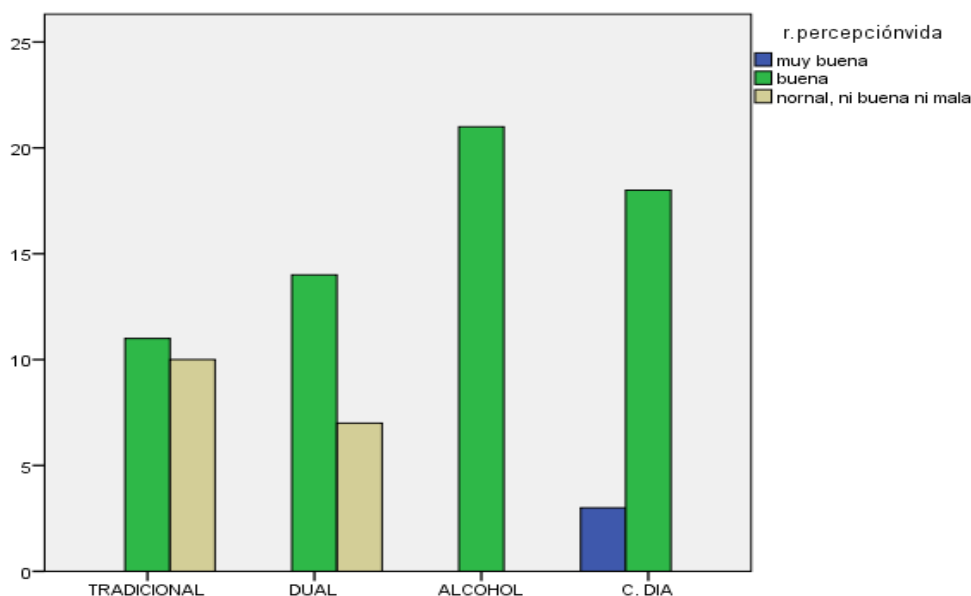


Figura 18: Percepción de vida durante la rehabilitación.

Observamos diferencias significativas en la percepción personal de los sujetos que componen los cuatro grupos establecidos (figura 19). Siendo las personas con menos historia de consumo las que se perciben mejor a sí mismas tanto a nivel físico como cognitivo y psicológico; sin obviar que cuando las personas no consumen, tienen una percepción de ellas buena en líneas generales.

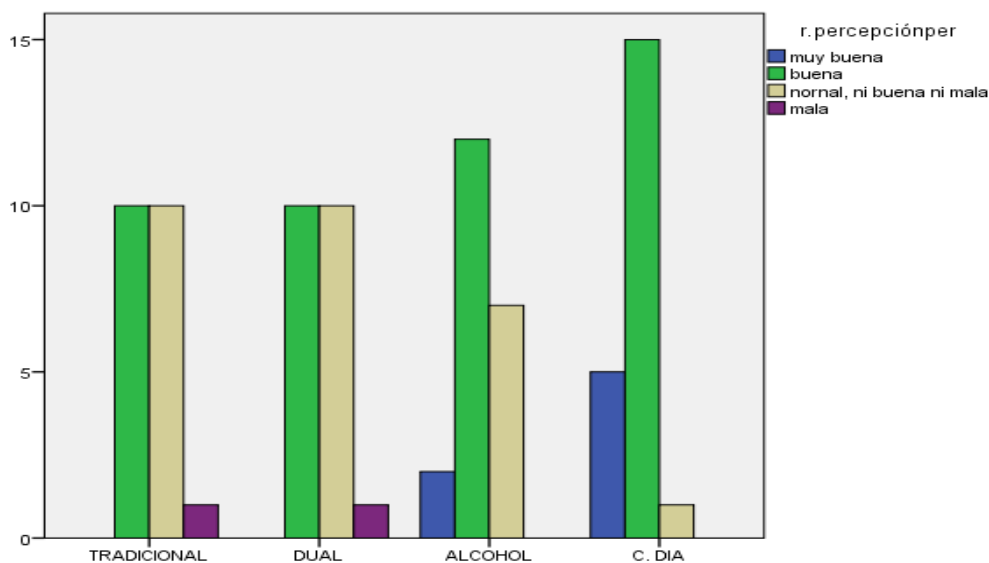


Figura 19: Percepción personal durante la rehabilitación.

Es cuando comienzan a quererse y valorarse y empiezan a cuidarse y tener en consideración su salud. Sin drogas, las personas se sienten sanos y perciben que los síntomas de la adicción desaparecen, con todo lo que ello conlleva.

En relación a los recursos y habilidades que poseen las personas para afrontar la propia adicción también hay diferencias estadísticamente significativas ($p= 0.000$, verosimilitud 0.000, asociación 0.000) en las personas que forman los distintos grupos (figura 20). Concretamente y aunque todos manifiesten verse capaces de afrontar la vida y las situaciones conflictivas y propias de la adicción, las personas más estructuradas y con menos consumos, se ven más capaces. En parte porque su realidad es otra y cuentan con más apoyos y recursos económicos... porque no están tan deterioradas ni sus vidas ni sus relaciones y también porque las soluciones que tienen que emplear no son tan dramáticas ni difíciles de afrontar y/o asumir.

Cuando la persona no consume y no depende de ninguna sustancia y encima considera que tiene apoyo en su vida; es uno de los momentos más favorecedores, que nosotros consideramos necesario, para que se produzca el cambio y la persona cambie de un estado de enfermedad (adicción) a uno de salud; y además que se observe como responsable de ese cambio vital y que depende única y exclusivamente de su voluntad y su empeño.

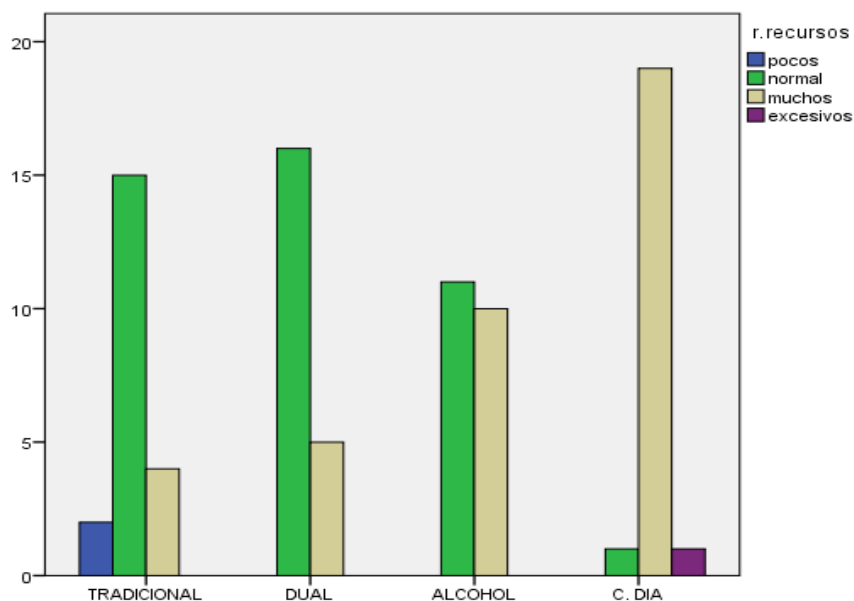


Figura 20: Recursos personales para afrontar la adicción durante la terapia.

Los participantes muestran diferencias significativas ($p= 0.000$, verosimilitud= 0.000 , asociación= 0.000), en la ayuda y apoyo percibidos cuando no consumen y están abstinentes (figura 21).

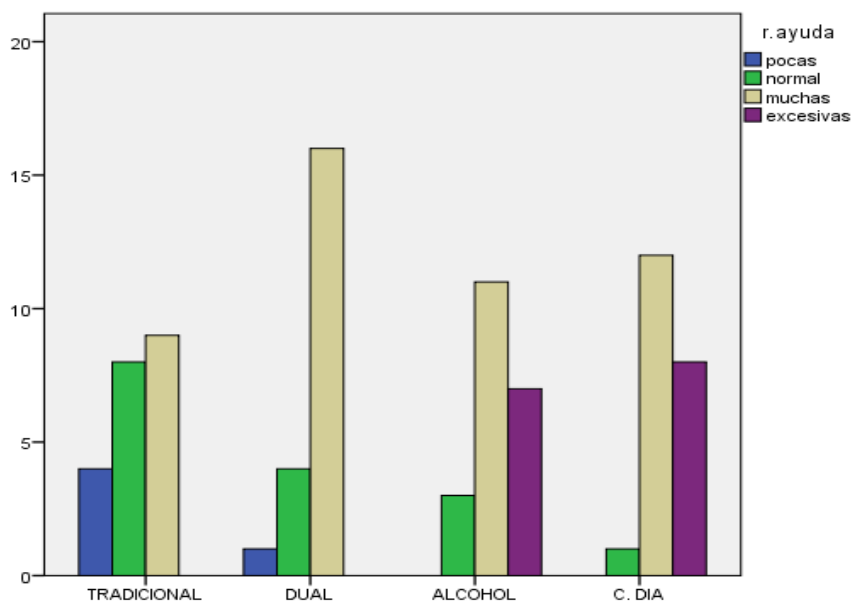


Figura 21: Ayuda percibida y recursos asistenciales donde acudir.

Las personas que han tenido un consumo más corto y menos abusivo y dañino muestran un apoyo mayor, aunque en todos los grupos, las personas se sienten ayudadas y apoyadas no sólo por los profesionales y familia cercana sino también por parte de la sociedad; de la que tanto han renegado y se han sentido excluidos y rechazados.

7.6. Discusión.

El énfasis de la psicología y la antropología en la intervención de la enfermedad mental, ha hecho aportes efectivamente valiosos al conocimiento, pero el resultado parcial es siempre un resultado incompleto; desde esta idea hemos intentado plasmar las adicciones de un modo global, como las personas las vivencian y las afrontan (illness).

Kleinman y cols (1978) comentaron que la interpretación que hace el individuo sobre su enfermedad, es lo que condiciona la realización de un tratamiento, en nuestro caso terapia de rehabilitación y reinserción. Saavedra y Berenson (2013) expusieron en esta línea, que los recursos y los servicios asistenciales a los que acude la persona, se ajustará al significado que la persona le asigne al problema de salud.

Cuando las personas están abstinentes e inician un tratamiento, es increíble ver cómo cambian a nivel físico y su apariencia se transforma en días. Desde fuera, percibimos grandes cambios físicos que van acompañados de otros cambios cognitivos que no se observan a simple vista, pero que hacen que las personas empiecen a notarse bien y a encontrarse a gusto con ellos mismos. Si a este hecho se le une que dejan de delinquir, robar... porque ya no necesitan dinero para consumir, y que hay un notable acercamiento con su familia y amigos a los que ya no tienen que mentir, engañar y manipular... pues hace posible que la persona se conciba como no dañina y comience a percibir algún aspecto positivo y agradable en su persona o en su forma de ser.

Nos resulta difícil explicar cómo algunas personas hacen frente a la adversidad con un temple y una entereza que nos asombra y provocan profunda admiración. La psicología positiva aglutina todos los recursos y habilidades personales como medio para que se produzca el crecimiento, aún en momentos de crisis y/o adversidad, como en nuestro caso.

Es posible abordar la enfermedad compensándola, es decir, trabajando en un equilibrio dinámico que fortalece y/o hace crecer aquellos aspectos o factores protectores (positivos) de la personalidad del sujeto y/o de los grupos. Myers (1993), apoyó esta idea, concluyendo en sus estudios que las personas más felices son menos autorreferentes, hostiles, abusadores y vulnerables a las enfermedades.

Reconocer que muchas de esas cualidades personales, son aprendibles y/o educables y hacen posible su integración en programas escolares, laborales, organizacionales, prevención de salud psicología o como en nuestro caso de rehabilitación. Diagnosticamos las variables que influyen en la persona con respecto a su actual situación de dolor y ahí nos quedamos esforzándonos en suprimir o modificar aquellas “malas conductas” (conductas de riesgo) que causan dolor. Es importante tener en cuenta, como muestran las personas de nuestro estudio, que es igual de importante evitar riesgos y conductas no deseables que fomentar factores protectores y conductas satisfactorias. Las personas con problemas de adicción tienen que buscar cosas que sustituyan la insatisfacción que les ha dejado el hecho de no consumir drogas.

“...es una búsqueda absurda, todas las cosas que hago para sentirme bien acaban en saco roto, no hay nada que llene el vacío de la heroína, nada.”(F.A.B persona en terapia).

Amorós-Gómez y cols (2004), añaden a esta idea su estudio sobre el optimismo, como un factor protector de las emociones negativas. La investigación sobre la afectividad y las emociones viene experimentando un aumento en las últimas décadas, de ello se destacan el estudio de las emociones negativas como: ira, estrés, angustia, tristeza.

Los participantes de nuestro estudio muestran muchas experiencias y vivencias negativas cuando consumían y que estas disminuyen considerablemente cuando dejan de consumir. Este cambio viene dado de la percepción que tienen de ellos mismos, de que aumente su autoestima y sus recursos y habilidades, aumente la resolución de conflictos y el manejo de las situaciones y emociones al igual que la percepción de mayor ayuda y apoyos a todos los niveles: personal, familiar y social.

No obstante, algunos investigadores han descubierto que no todas las personas experimentan de la misma forma e intensidad las emociones negativas, parece ser que algunos, por sus características personales. Una de las variables señaladas en la literatura científica es el optimismo, describiéndola como un posible factor protector de salud.

Otro factor importante en los procesos de rehabilitación en drogodependencias que nosotros hemos observado, es que es fundamental que la persona sea consciente y empiece a valorar las pequeñas cosas que forman el día a día y dan sentido a la vida. El hecho de que se vean satisfechos y responsables en lo cotidiano y que sean capaces de manejar las situaciones de una manera adecuada hacen y generan optimismo en las personas con problemas de adicción.

Por todo esto, pensamos que la salud e independencia personal, nos aporta grandes satisfacciones y una vida saludable. En la vida diaria, estamos expuestos a innumerables factores que repercuten notablemente en nuestra salud, no sólo de ámbito psicológico como el optimismo; sino también biológico y psico sociales, como hemos comentado con anterioridad.

Con el objetivo de fomentar una buena salud, pensamos de gran interés, tener presente el consumo de drogas y su efecto en las personas; con el fin de prevenirlas, en la medida de lo posible.

8. ILLNESS FAMILIAR: LA VIVENCIA DE LA ADICCIÓN DESDE LA FAMILIA Y ENTORNO CERCANO.

8.1. Introducción.

Para nosotros es indispensable tratar el contexto socio-familiar, no entendemos una rehabilitación y autonomía sin este abordaje. Si las vivencias de las personas que han tenido problemas de adicción nos importan, las personas que padecen esta realidad y ven cómo personas que quieren, consumen sus vidas con las drogas y dejan atrás toda ilusión... merecen ser tenidas en cuenta, más si cabe. Los familiares y amigos no han decidido formar parte de este mundo, el de las drogas; pero si deciden de manera voluntaria acompañar a sus parientes, en el proceso de rehabilitación.

Parece que cuando vemos que las cosas llegan a su fin, cuando tocamos fondo, reaccionamos... y en ocasiones es necesario que esto ocurra para que la persona recapacite y se de la oportunidad de intentarlo hacer de otro modo, en definitiva, de cambiar de vida y apostar por él mismo.

Las familias, muchas veces, tienen que exponerles la cruda realidad de que cambian de vida o no cuentan con ellos. Suele ser entonces, cuando la persona se ve sin nada, sin el respaldo y sin el apoyo de la familia, cuando decide plantearse hacer algún cambio en su vida.

Las últimas en terminar de desvincularse de las personas con problemas de adicción, suelen ser la madre y/o pareja. Es como si fuesen las últimas en convencerse de lo que ven y lo que viven; o quizás sean las últimas en dejar de creer en las posibilidades de la otra persona, son las que no pierden la esperanza y confían hasta el final, acertada o equivocadamente, pero hasta el final.

8.2. Objetivos.

Nos planteamos como objetivos conocer y comprender cómo perciben la familia y amigos el mundo de las adicciones, y cómo vivencian esta realidad, en relación a los siguientes factores:

✚ Datos sociodemográficos.

✚ Adicción:

- Aparición de la adicción en su familiar.
- Estado actual.
- Reacción de la pareja- familia, apoyos recibidos.
- Repercusión en la situación socio-familiar.
- ✚ Interferencia en vida cotidiana.
- ✚ Aceptación y Superación de esta realidad.

8.3. Hipótesis.

La hipótesis inicial que planteamos es que esperamos obtener diferencias significativas intergrupales en los factores de aceptación, interferencia en la vida y superación de la adicción dentro de las personas que acompañan y viven con personas con problemas de adicción. Y además planteamos estas tres hipótesis:

- ✚ Hipótesis 1: el grupo de familiares que acompañan a personas más desestructuradas presentará diferencias significativas en las variables estudiadas respecto al resto de grupos.
- ✚ Hipótesis 2: el grupo de personas más desestructurados mostrará un menor apoyo socio-familiar, menos relaciones y más deterioradas, más interferencias en su vida diaria y peor superación de esta realidad.
- ✚ Hipótesis 3: se encontrarán diferencias entre los grupos a nivel de aceptación, interferencia en la vida diaria, apoyos y relaciones personales y superación.

8.4. Método.

8.4.1. Selección del dispositivo.

Debido a que en esta tesis ya teníamos un dispositivo y muestra establecidos, consideramos oportuno construir la muestra con los familiares y amigos de las personas con las que habíamos estado conviviendo, es decir, los acompañantes de las personas que estaban en rehabilitación en Proyecto Hombre Salamanca.

Tuvimos en consideración que las personas fuesen mayores de edad, que entendiesen el castellano y que nos dieran su consentimiento sobre la utilización de sus respuestas de la entrevista semiestructurada.

8.4.2. Técnicas de investigación.

Para este estudio que hemos empleado la entrevista semiestructurada que puede observarse en el anexo 3.

También hemos utilizado los datos obtenidos mediante los discursos y narrativas de los familiares y amigos que acompañan en su terapia de rehabilitación a personas con problemas de adicción; para completar y entender mejor el illness familiar y el sentir de las personas que acompañan a sus seres queridos a superar y afrontar el mundo del consumo.

8.5. Resultados.

Exponemos los resultados obtenidos en este estudio en relación a la vivencia de los acompañantes de las personas que estaban realizando terapia de rehabilitación y reinserción social por problemas de adicción.

Se recogió información a 84 personas, que eran las personas verdaderamente referentes para los sujetos evaluados, en proceso de cambio y que ejercían en aquel momento, como personas responsables y acompañantes.

Las características sociodemográficas de los participantes que forman esta muestra son: edad promedio de las personas: 54,6 años; el 80,9% mujeres; el 52,3% casados; el 65,6% con graduado escolar o estudios equivalentes; el 67,8% pensionistas; el 84,9% católicos y el 62,3% pertenecientes a un estrato socioeconómico bajo.

En relación a si se dieron cuenta de que sus familiares consumían drogas, los participantes mostraron como promedio 6,4 años desde que la persona empezaba a consumir. Los años promedio en darse cuenta de que los consumos eran un problema para sus seres queridos y para ellos mismos fue de 11,2 años; momento que coincide en que la persona con problemas de adicción acude algún recurso para pedir ayuda. Aspecto que no parece casualidad en las adicciones ya que el hecho de iniciar la terapia de rehabilitación viene promovida fundamentalmente por el ultimatum que pone la familia a la persona con problemas de adicción. Motivación externa inicial en la mayoría de los casos que anima a la persona a realizar un proceso de cambio personal.

En cuanto a las variables estudiadas: aparición de la adicción, estado de ánimo de familiar cuando la persona consumía y también cuando estaban realizando terapia

(con otro estilo de vida y abstinentes), reacción familiar cuando conocieron la adicción, interferencia en su vida diaria y superación y apoyos en torno a la adicción (enfermedad) y la rehabilitación (salud); no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en los cuatro grupos de familiares y amigos de personas que estaban en proceso de rehabilitación.

Los familiares de nuestra muestra muestran un porcentaje en el estado de ánimo familiar muy malo de 50,6% y malo de 42,4%, por lo que observamos que los acompañantes y el círculo más estrecho vivencia la adicción de sus familiares desde la angustia y desde la desesperación (figura 22). Con todo lo que esto conlleva para los familiares que los quieren y ven cómo agotan y pierden sus vidas y sus sueños por consumir; y cómo se van deteriorando física y psicológicamente dejando un rastro de soledad, desgaste, conflictos, violencia y/o abusos a todos los niveles. Ven como poco a poco se les escapa parte de lo que más quieren, es decir, que las drogas destruyen cada cosa que tocan en las vidas de las personas con problemas de adicción y también de su entorno socio familiar más cercano.

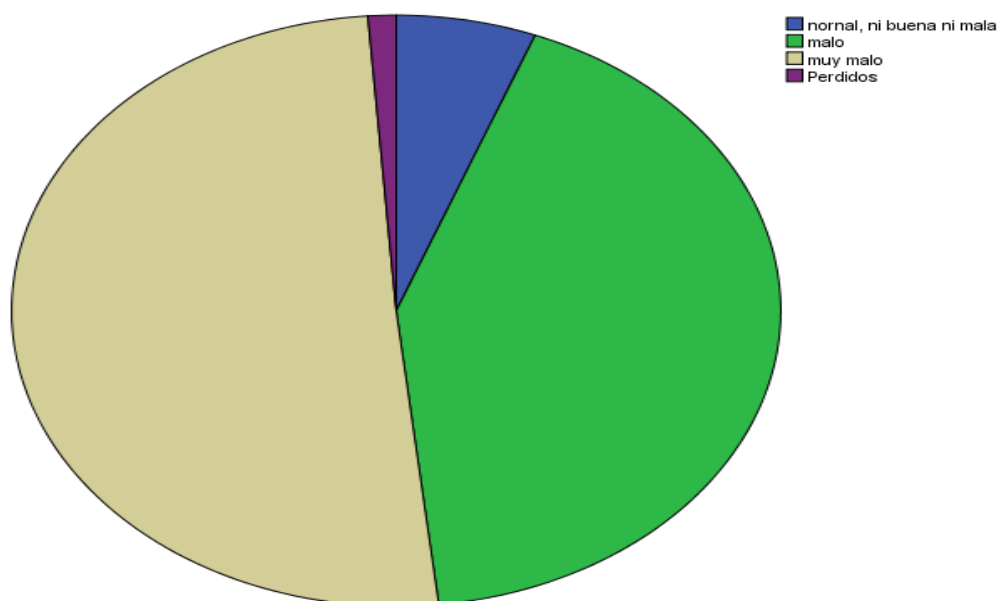


Figura 22.- Estado de ánimo familiar cuando un miembro consume.

En el siguiente sector (figura 23) se representa el estado de las relaciones familiares y sociales de los familiares y amigos, cuya reacción ante el mundo de las adicciones es mayoritariamente mala (34,1%) o muy mala (36,5%); ya que perciben cómo sus padres, hijos, parejas, amigos... están bajo los efectos de las drogas, y que se desviven por conseguir la siguiente dosis, ya que esa es su única meta en el día. Se

sienten culpables y se responsabilizan en muchos de los casos de la adicción de su familiar o amigo consumidor, piensan en lo que han hecho mal y ya han llegado a un punto de conflictos y riñas mediatizadas por el miembro de la familia que consume y por la propio estilo de vida de las personas adictas, que es insoportable sostener para el núcleo familiar y social. Piensan que nadie les comprende y asumen que son ellos los que tienen que solucionar su situación, es más, desde que empezaron a vivir esta realidad la reacción que han tenido es de rechazo hacia las drogas y también hacia la persona que las consumen.

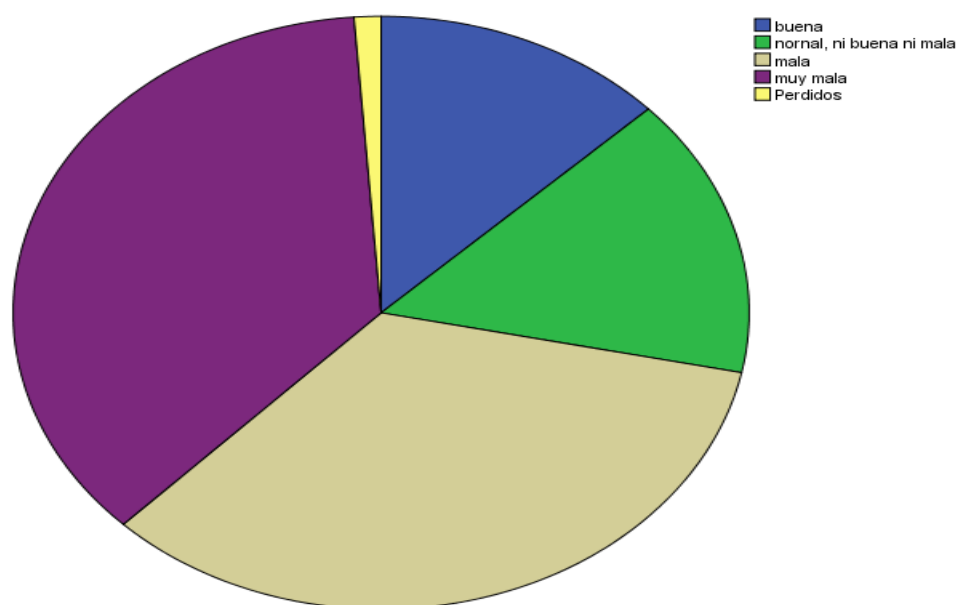


Figura 23: Reacción familiar cuando un miembro consume.

Debido a lo expuesto con anterioridad, la adicción a los acompañantes les interfiere a nivel personal, familiar y social, por lo que sus vidas se ven totalmente afectadas; ya que muestran puntuaciones en la que los consumos del miembro familiar y su repercusión, les interfiere y repercute mucho (45,9%) o incluso de manera excesiva (43,5%) en su día a día (figura 24). La verdad es que toda su vida giró en torno a la persona adicta, donde estará, se encontrará bien, volverá esta noche... por lo que no viven sino sobreviven a esta situación, además de forma muy angustiada e inquietante.

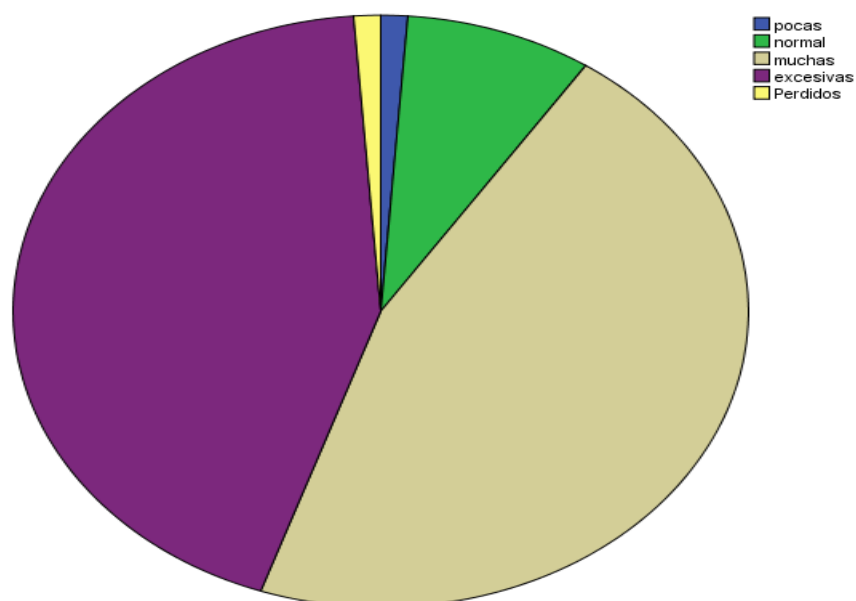


Figura 24: Interferencia en la vida diaria cuando un miembro de la familia consume.

Cuando las personas están en tratamiento y ya no consumen, sus familiares cambian el estado de ánimo y se torna a más agradable y bueno (figura 25). Hay un gran cambio en la vida y día a día de las personas que padecen de cerca el mundo de las adicciones. Sus preocupaciones desaparecen y el resto de problemas si los hubiese, parecen más pequeños. Los familiares y amigos muestran alivio y liberación cuando ven que sus seres queridos estan luchando por superarse y cambiar de modo de vida y sobre todo de cuidarse y tenerse en cuenta.

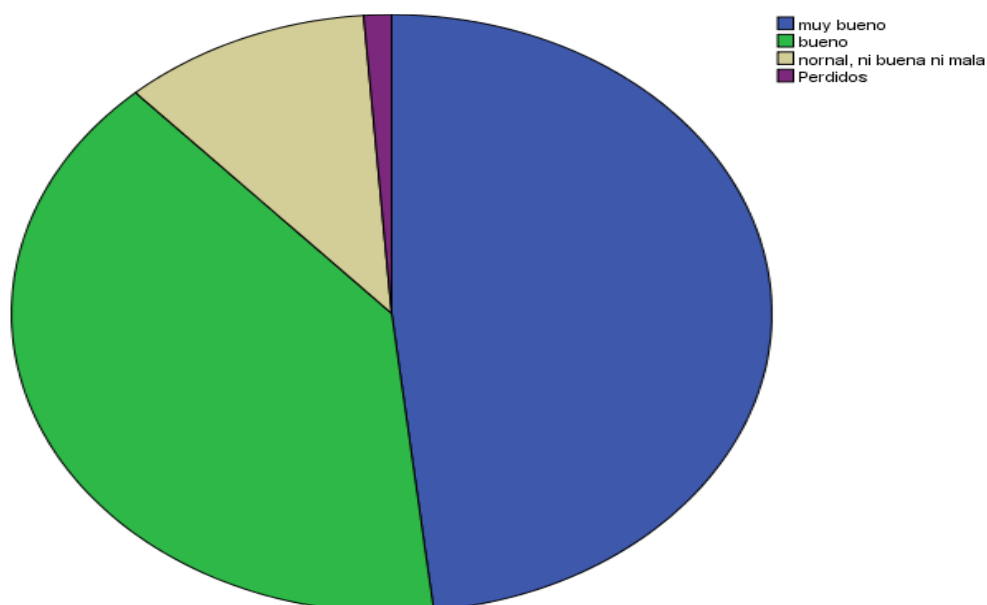


Figura 25: Estado de ánimo familiar cuando un miembro está en rehabilitación.

“Ahora descanso y cuando duermo lo hago de verdad, he encontrado paz en mi vida y estoy tranquila, además se donde está mi hijo y lo que está haciendo por él...”
(C.H.B, madre de una persona en terapia)

Los participantes mostraron que superan mucho (51,8%) la adicción o de un modo excesivo (24,7%), cuando sus seres queridos están en terapia y sobre todo están esforzándose en cambiar y lo mantienen en el tiempo, es decir, que se toman el cambio como algo a interiorizar no como un trámite para volver a casa y hacer lo que les apetece en cada momento (figura 26). Además con el trabajo que se realiza con las familias, que también tienen sus grupos de referencia, se sienten arropados, acompañados, escuchados y entendidos... aspectos que favorecen la superación de las adicciones y de su repercusión. El ver que no están solos ante esta realidad, el aprender de los demás y el saber como relacionarse y actuar ante este problema y ante las personas que lo padecen, facilita la superación de la adicción.

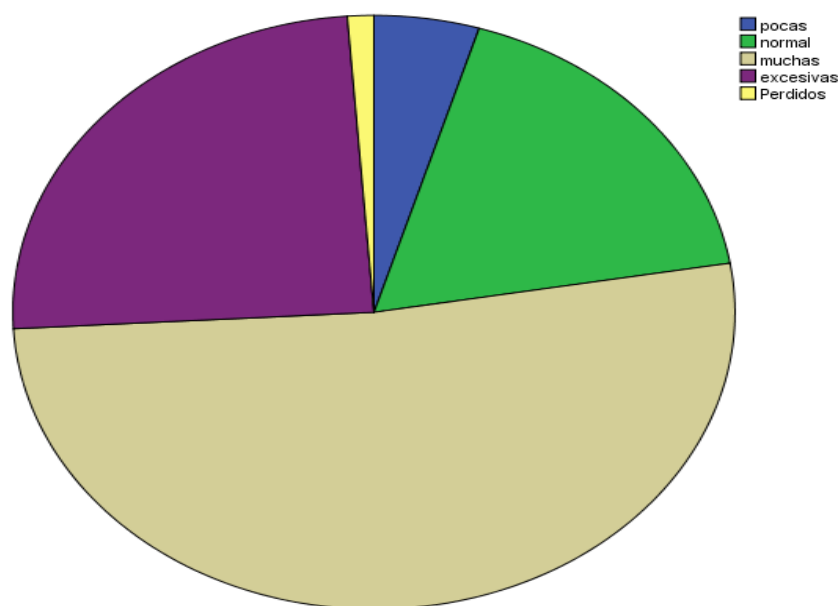


Figura 26: Superación de la adicción por parte del familiar o amigo de la persona que consumía.

8.6. Discusión.

Cuando aparece la adicción, el núcleo familiar se ve afectado desde el primer momento, repercutiendo en el estado de ánimo de todos los miembros de la familia. Asumir esta nueva situación provoca distintas reacciones y para todos es difícil encajar esta realidad. Poco a poco las drogas y el familiar consumidor van apoderándose de la

ilusión y unión familiar y va distanciando a sus seres queridos, cubriéndoles de tristeza, impotencia y soledad.

Toda esta manera de percibir la adicción y padecerla en la familia (illness familiar) y a nivel personal, interfiere en la vida de todas las personas que constituyen la unidad familiar y entorno más cercano. Cada miembro lo asimila a su modo y lo intenta gestionar adecuadamente; aún así las adicciones generan interferencias y preocupaciones que padecen y vivencian los familiares y amigos, de una manera angustiada y dolorosa.

Nos resulta interesante destacar que el porcentaje de hombres en tratamiento fue de 84,5% frente al 80,9% de mujeres que acompañan algún ser querido en terapia de rehabilitación. Las mujeres como cuidadoras siguen siendo en gran parte de la población, el rol que desempeñan las mujeres y concretamente las madres y parejas cuando nos referimos a las adicciones y el consumo de drogas.

El vínculo que se establece entre la persona con problemas de adicción y el acompañante se cuida y trabaja, si no puede resultar contraproducente y se pueden establecer relaciones de dependencia y manipulación y fomentar un contexto sobreprotector que limite a la persona en su toma de decisiones y en su libertad de persona autónoma e independiente; interrumpiendo su madurez y plenitud.

Si se generan relaciones adecuadas, las mujeres y especialmente las madres pueden establecer vínculos importantes y necesarios para el mantenimiento del estilo de vida saludable que se promueve en el proceso de cambio personal. Valoramos a todas y cada una de las madres que han apoyado a sus hijos y que no dejan de hacerlo, aunque eso las produzca quebraderos de cabeza y estar dispuestas a defender con dignidad todo aquello que tiene que ver con sus hijos.

Los familiares y amigos no empiezan a superar la adicción hasta que la persona a la que acompañan no lleva un periodo de tiempo amplio en terapia de rehabilitación y demostrando que realmente quiere cambiar de estilo de vida, que se esfuerza por dejar las drogas y por incorporar recursos y hábitos saludables.

Los apoyos y recursos en torno a la adicción y la superación de la misma recae en la liberación por parte del acompañante, de percibir que se puede solucionar su situación, que las personas se pueden rehabilitar de las drogas, que sincerándose con

otros acompañantes puede conseguir nuevas metas, que es importante que cambie algunos aspectos de cara a proteger a la persona adicta y evitar factores de riesgo.

Cuando los acompañantes se sienten escuchados, reconocen sus defectos y virtudes, se apoyan en los demás, no se sienten solos y empiezan a creer en los recursos y capacidades que tienen para superar el mundo de las adicciones... es cuando verdaderamente tanto ellos como la familia, comienza afrontar esta realidad.

Por todo esto, consideramos oportuno trabajar en el entorno socio familiar, y poder establecer verdaderos apoyos para la persona en rehabilitación, y para que las drogas y todo lo que ellas arrastran, desaparezca definitivamente de sus vidas.

Nuestra labor, es cuidar el entorno familiar para que exista cohesión y tenemos que fomentar recursos y habilidades en todos los miembros para que puedan superar la adicción y mantener estados saludables personales y familiares que permitan sostener en el núcleo familiar, la abstinencia y un estilo de vida autónomo e independiente.

9. DISEASE: ESTADO DE ÁNIMO, BIENESTAR SUBJETIVO Y CALIDAD DE VIDA EN DROGODEPENDIENTES.

9.1. Introducción.

Consideramos necesario tener en cuenta la afectación de las drogas en nuestro organismo, no sólo para prevenir posibles enfermedades, sino también para fomentar una buena salud y bienestar personal. En este sentido, la psicología tradicionalmente se ha orientado hacia el estudio y comprensión de las enfermedades, logrando un cuerpo de conocimientos que ha permitido generar teorías acerca del funcionamiento mental humano y al desarrollo de nuevas terapias farmacológicas y psicológicas para distintas enfermedades, lográndose importantes avances en la recuperación de las personas.

Seligman y Csikszentmihalyi (2000), postularon que este énfasis de la psicología clásica en la enfermedad la ha hecho descuidar aspectos positivos como el bienestar, satisfacción, esperanza, optimismo y felicidad. De este modo, se han ignorado los beneficios que éstos presentan para las personas. En este contexto surge la Psicología Positiva, con el objetivo de investigar acerca de las fortalezas y virtudes humanas y los efectos que estas tienen en las vidas de las personas y en las sociedades en que viven.

Para autores como Myers (1993), las personas más felices son menos autoreferentes, hostiles, abusadores y vulnerables a las enfermedades. También están más dispuestas a perdonar, a ser más generosas, tolerantes, confiables, energéticas, decididas, creativas, sociales y cooperadoras.

Peterson (2000) consideró que el optimismo involucra componentes cognoscitivos, emocionales y motivadores. Las personas más optimistas suelen ser más perseverantes, exitosas y con mejor salud física. El optimismo es un rasgo disposicional que parece mediar entre los eventos externos y su interpretación personal, rasgo que varía en su magnitud.

Por lo tanto, nos parece necesario estudiar las repercusiones del consumo de drogas sobre el bienestar subjetivo y los componentes que lo constituyen (optimismo, felicidad...).

9.2. Objetivos.

Analizar y evaluar las diferencias en las personas con problemas de adicción, en relación a los siguientes factores:

- ✚ Estado de ánimo: depresión, stress y ansiedad.
- ✚ Bienestar personal subjetivo:
 - Bienestar social
 - Bienestar material
 - Bienestar laboral
 - Bienestar emocional y físico
 - Bienestar familiar
- ✚ Bienestar personal objetivo y
- ✚ Calidad de vida.

9.3. Hipótesis

La hipótesis inicial que planteamos es esperamos obtener diferencias significativas entre los grupos establecidos en los factores que hemos evaluado a los siguientes niveles: estado de ánimo, bienestar y calidad de vida.

- ✚ Hipótesis 1: se encontrarán diferencias significativas intergrupales en las variables de estado de ánimo (depresión, ansiedad).
- ✚ Hipótesis 2: se encontrarán diferencias significativas intergrupales en los distintos indicadores de bienestar subjetivo.
- ✚ Hipótesis 3: se encontrarán diferencias significativas intergrupales en los indicadores de calidad de vida.

9.4. Método.

9.4.1. Técnicas de investigación.

Para este estudio hemos utilizado los datos obtenidos de los test y cuestionarios enunciados en el capítulo de la metodología. Las preguntas de los cuestionarios están destinadas a analizar cómo influye la intervención terapéutica educativa en las variables estudiadas, en usuarios con problemas de drogas. En este caso nos interesan:

- ✚ Explorar su estado de ánimo, en indicadores como:

- ansiedad y
- depresión,
- ✚ Bienestar subjetivo y objetivo,
- ✚ Calidad de vida.

9.5. Resultados.

Mostramos a continuación los resultados obtenidos en la muestra empleada en esta tesis, de 84 sujetos con problemas de adicción, distribuidos en grupos de 21 personas cada uno.

Además utilizamos otro grupo del mismo número de personas pero que forman parte del grupo control. Exponemos los histogramas resultantes de las distintas variables evaluadas.

En relación al estado de ansiedad, evaluada en el momento de la recogida de información, observamos en el siguiente histograma que las puntuaciones de las personas se distribuyen casi dentro de la curva de normalidad, aunque existen alta frecuencia de personas que indican estados de ansiedad media. Encontramos carencia de personas con puntuaciones bajas en ansiedad, es decir, que las frecuencias altas se encuentran entorno a ansiedad media y/o alta.

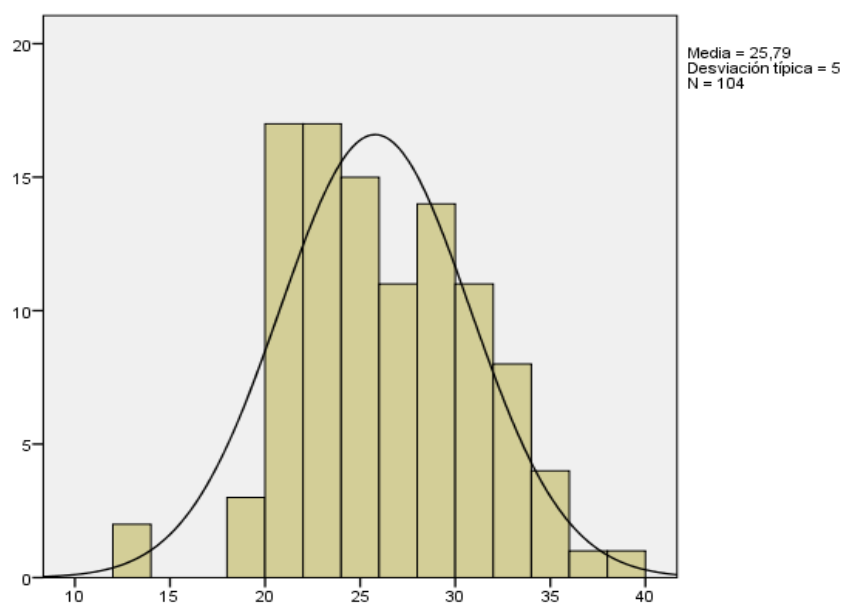


Figura 27: Ansiedad como estado puntual.

Las personas con problemas de adicción suelen mostrar estados de ansiedad en varios momentos de su tratamiento, hasta que aprenden a controlar en parte sus impulsos y comienzan a tener autocontrol y gestión de sentimientos (figura 27).

Cuando estudiamos la ansiedad en las personas, como un rasgo o característica personal, se muestra con claridad que las frecuencias más elevadas las encontramos entre un rango de puntuaciones muy altas de ansiedad, indicándonos que las personas con consumos recientes poseen características altas de ansiedad y cierta tendencia a la ansiedad o estados ansiosos, es decir, tienen presente e instaurada en sus vidas el rasgo de ansiedad, como algo propio (figura 28).

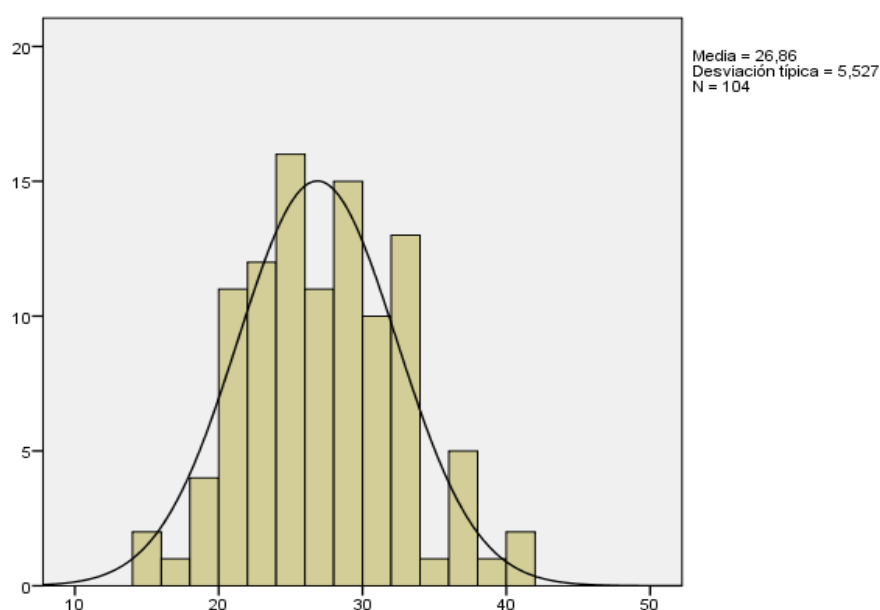


Figura 28: Ansiedad como rasgo personal.

Con respecto al índice depresivo que manifiestan las personas de nuestro estudio, vemos un despunte en lo referente a puntuaciones que indican índices depresivos leve; esa frecuencia disminuye en puntuaciones que muestran índices depresivos moderados, aunque no deja de ser representativa la cantidad de personas con índices depresivos leves y moderados (figura 29).

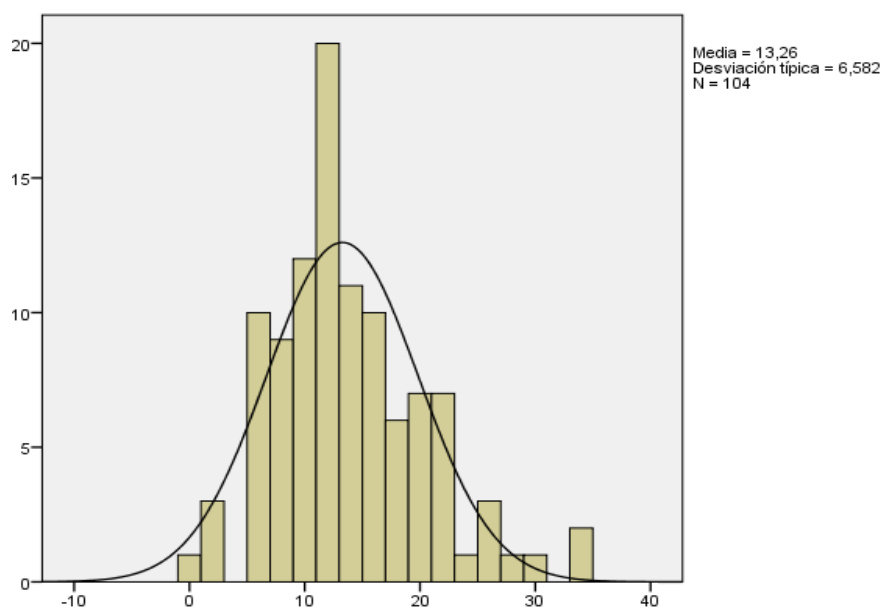


Figura 29: Índice depresivo.

Teniendo en cuenta el bienestar subjetivo que perciben las personas cuando se encuentran realizando un programa de rehabilitación, observamos altas frecuencias en puntuaciones que muestran bienestar subjetivo bueno, es decir, que la persona en terapia valora y percibe su vida de manera satisfactoria (figura 30).

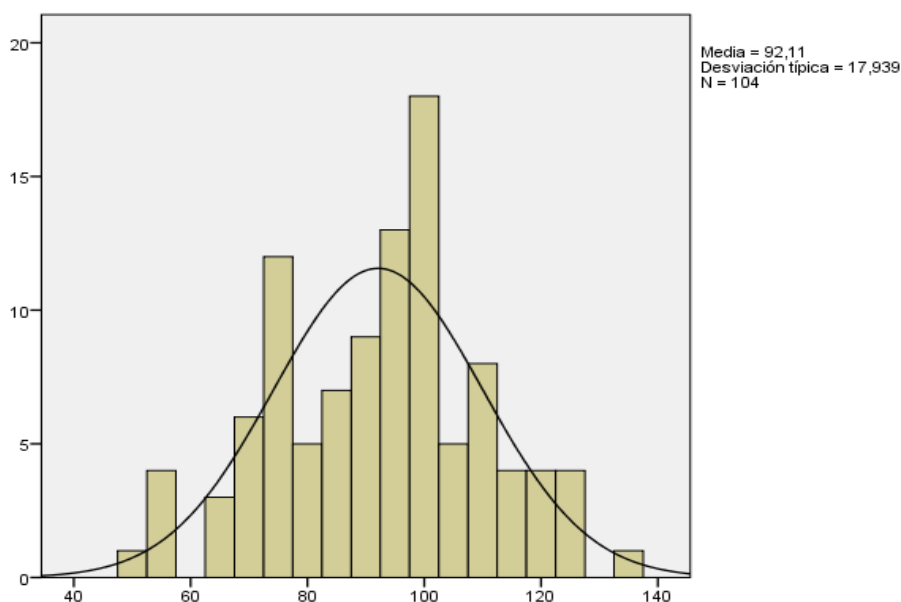


Figura 30: Bienestar subjetivo.

En lo relativo al bienestar material, las personas evaluadas presentan frecuencias altas distribuidas en un rango de puntuaciones medias y altas, lo que nos

indica que personas que están realizando un tratamiento de rehabilitación y se encuentran abstinentes, perciben un bienestar material medio y/o alto, y tener dinero para comprarse cosas, incluso alimentos..., dinero que antes sólo tenían para la droga (figura 31).

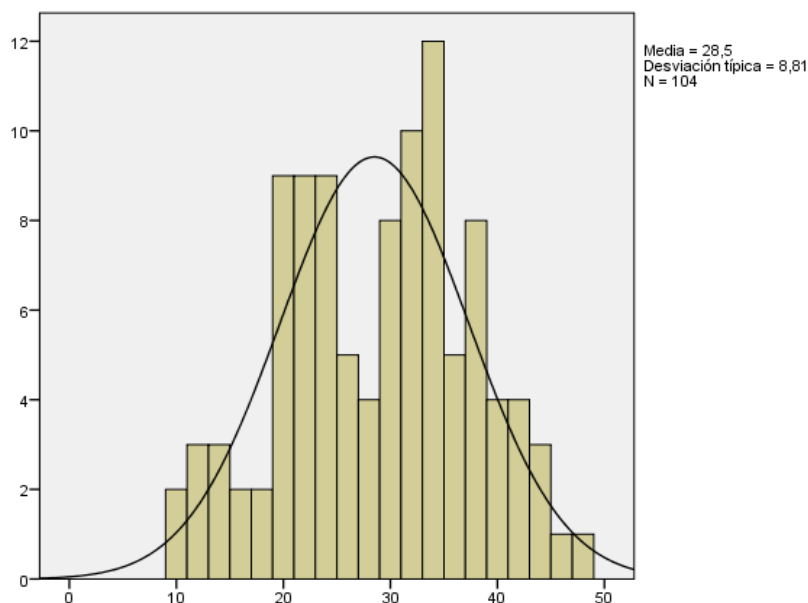


Figura 31: Bienestar material.

El bienestar laboral que perciben las personas cuando se encuentran en terapia, se distribuye entre puntuaciones bajas y medias, que nos demuestran la disconformidad de las personas en torno al trabajo y al bienestar que perciben del mismo.

La falta de constancia, el sacrificio, la fuerza de voluntad y la responsabilidad... son características que predominan en personas que están consumiendo; cuando las personas dejan las drogas, poco a poco, van adquiriendo y recuperando estas cualidades, que después darán lugar a que la persona perciba un bienestar laboral bueno o por lo menos más satisfactorio (figura 32).

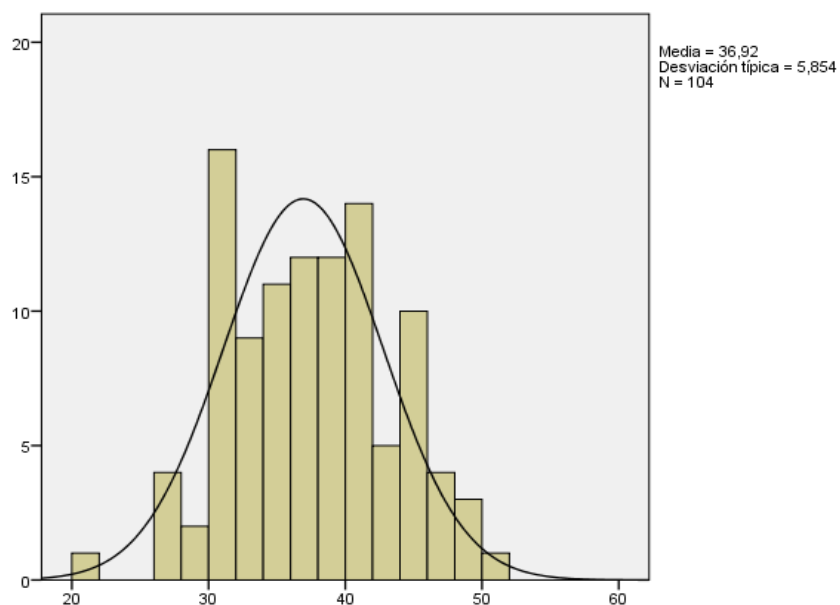


Figura 32: Bienestar laboral.

En relación al bienestar de pareja que valoran las personas cuando se encuentran realizando un proceso de cambio personal, observamos frecuencias elevadas en puntuaciones altas que muestran bienestar de pareja bueno y satisfactorio en la gran mayoría de los casos. Aspecto curioso ya que cuando las personas estaban consumiendo percibían a sus parejas como fuente de insatisfacción y desacuerdo, justamente lo contrario (figura 33).

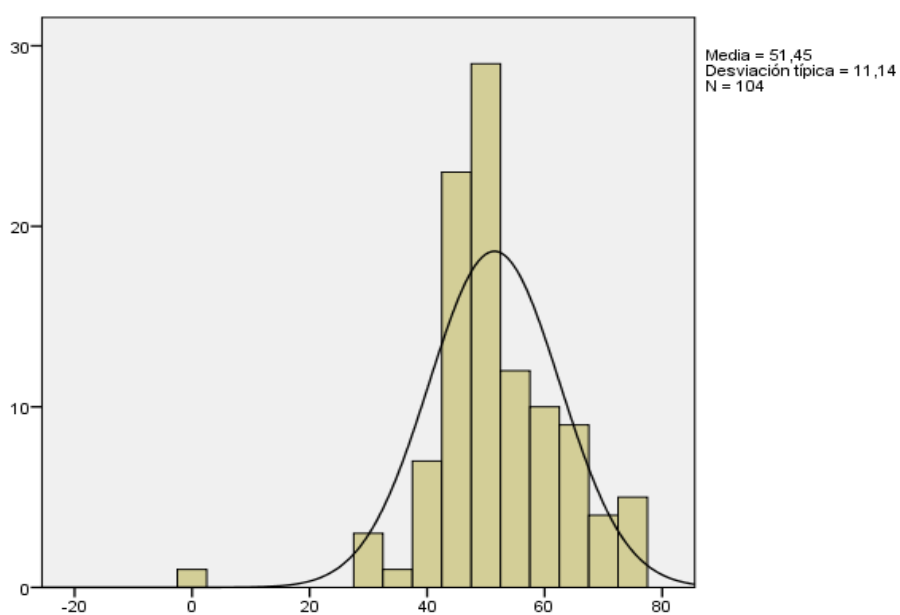


Figura 33: Bienestar de pareja.

Centrándonos en nuestra muestra constituida de 84 personas en tratamiento de rehabilitación, y teniendo en cuenta las diferentes variables estudiadas, cabe destacar los siguientes aspectos:

Hay diferencias significativas entre los cuatro grupos propuestos en relación a la variable ansiedad, como estado en el momento actual. El grupo de participantes que tienen un trastorno psiquiátrico añadido a la adicción, muestran un índice de ansiedad grave, por lo que es importante tener en consideración este aspecto a la hora de intervenir con ellos, para aportarles la máxima tranquilidad, sensación de equilibrio y bienestar, autocontrol y recursos personales para poder gestionar los estados de ansiedad y estrés de un modo adecuado (figura 34).

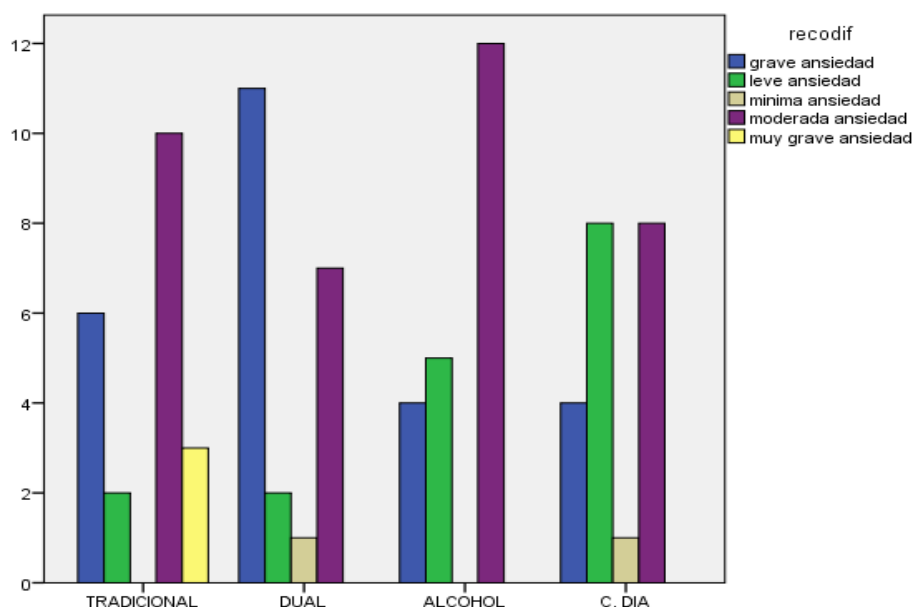


Figura 34: Ansiedad como estado.

Teniendo en cuenta el índice depresivo, observamos que existen diferencias estadísticamente significativas en los grupos establecidos en relación al estado depresivo en el que se encuentra la persona ($p=0,005$, verosimilitud 0,003). El grupo de patología dual es el único en el que aparecen índices depresivos graves. Las personas que estaban realizando terapia en la comunidad tradicional mayoritariamente muestran un índice depresivo leve.

Nos parece interesante destacar que en los cuatro grupos se manifiesta por parte de los participantes un índice depresivo moderado, siendo las personas con problemática de alcohol los que muestran en mayor medida este índice (figura 35).

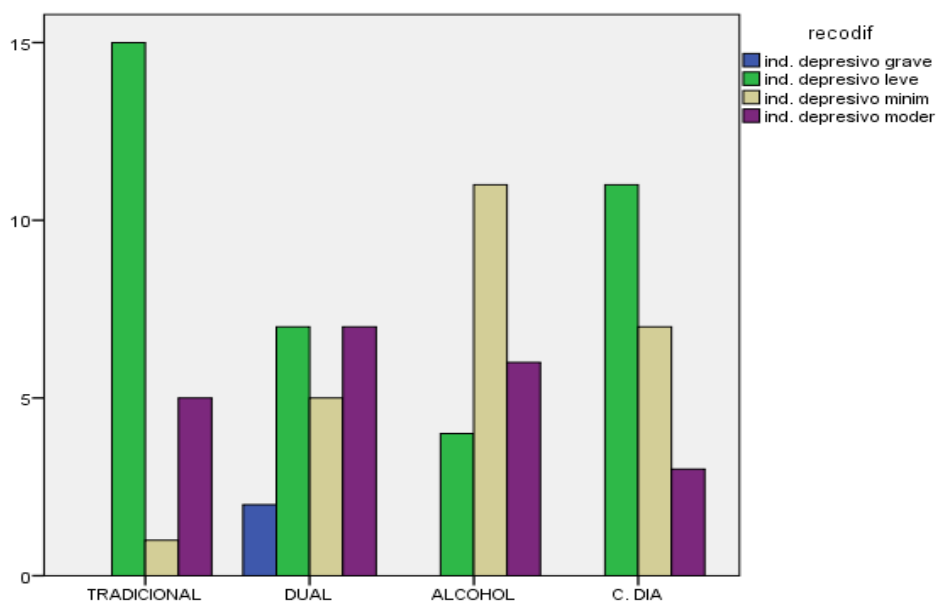


Figura 35: Índice depresivo.

En relación al bienestar subjetivo, encontramos diferencias significativas en los cuatro grupos formados ($p= 0,003$, verosimilitud 0,003). Consideramos oportuno destacar tanto las personas que estaban en terapia en comunidad tradicional por mostrar poco bienestar subjetivo en líneas generales y el grupo de personas que realizan terapia en el centro de día que presentan un bienestar subjetivo normal, quizás por tener mayor estructura socio familiar y/o laboral y también una historia de consumo menor y menos acentuada en el tiempo (figura 36).

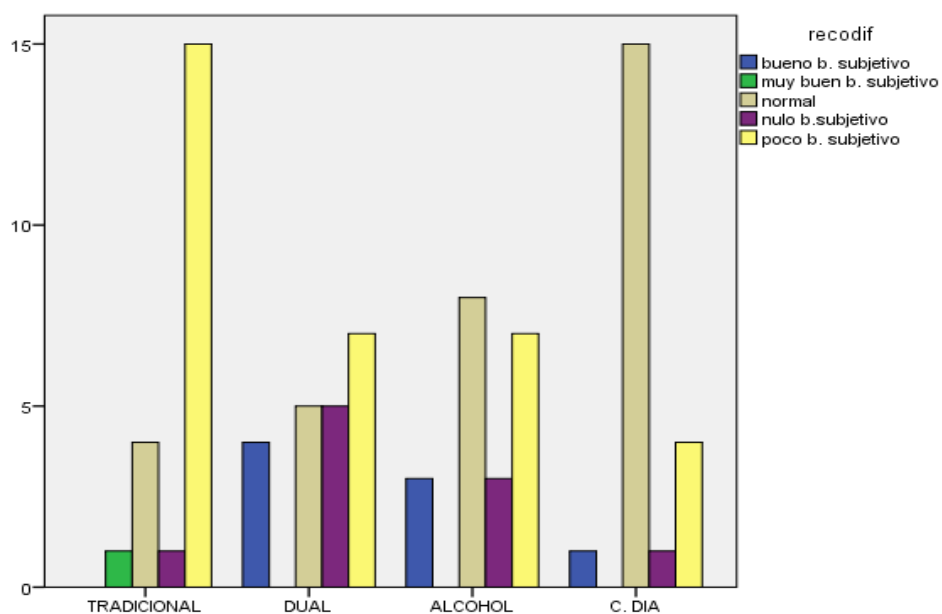


Figura 36: Índice de bienestar subjetivo.

En el bienestar subjetivo total también encontramos diferencias estadísticamente significativas en los distintos grupos ($p= 0,032$, verosimilitud 0,013), siendo el grupo de personas con más apoyos y estructura las que manifiestan un bienestar subjetivo normal. En todos los grupos existe un alto porcentaje de personas que tienen poco bienestar subjetivo. Las personas con menos estructura, con problemática de alcohol y/o con un trastorno asociado, muestran en gran proporción de casos nulo bienestar subjetivo (figura 37).

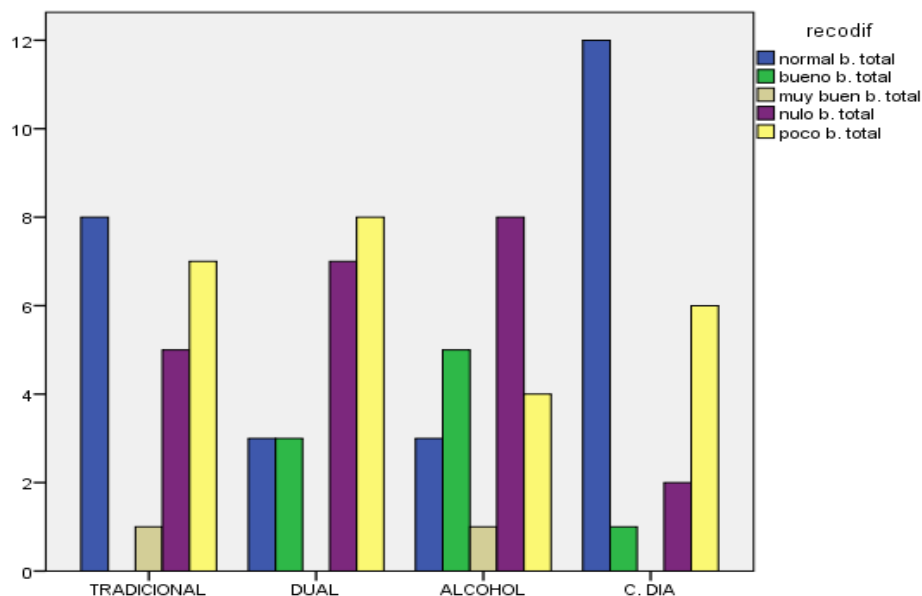


Figura 37: Bienestar subjetivo global.

Con respecto al bienestar subjetivo laboral también observamos diferencias significativas en los participantes del estudio ($p= 0,026$, verosimilitud 0,034), siendo las personas con patología dual las únicas que puntúan muy mal en bienestar subjetivo laboral. En los cuatro grupos existe la idea general de que el bienestar subjetivo laboral es bueno o muy bueno.

Resañamos a las personas que forman parte del grupo que realizan terapia en la comunidad tradicional o programa base, que también presentan puntuaciones de bienestar subjetivo laboral normal, siendo éstos los más pesimistas y negativos en torno al ámbito laboral y lo que éste les proporciona (figura 38).

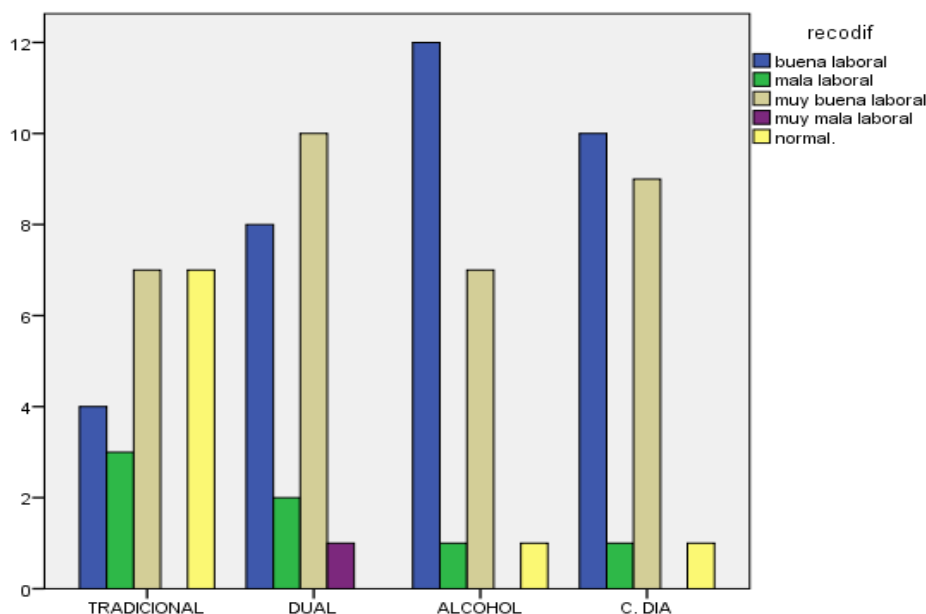


Figura 38: Bienestar subjetivo laboral.

Considerando las diferencias a nivel subjetivo y objetivo, en lo referente a los recursos que tiene la persona para valorar su vida de una manera satisfactoria y/o de bienestar, destacamos los siguientes aspectos:

- ✚ Teniendo en cuenta el bienestar objetivo, encontramos que las personas con problemas de adicción, muestran puntuaciones bajas y negativas sobre los recursos objetivos y reales con los que cuenta en la vida, en los distintos factores estudiados, como la autodeterminación, la inclusión, el bienestar material, laboral y la relación de pareja. Es decir, que son personas que confían poco en ellas mismas, que no creen en sus posibilidades, que no tienen amigos ni apoyos sociales y que sus recursos económicos y laborales son limitados y escasos.
- ✚ La excepción reside en la familia que es el único factor que tienen con puntuaciones medias y/o altas, es decir, que las personas adictas llegan al límite de vivir sólo con el soporte de la familia, concretamente de las madres y parejas, que los apoyan de manera incondicional. La familia es el único apoyo objetivo y real para las personas que consumen (figura 39).

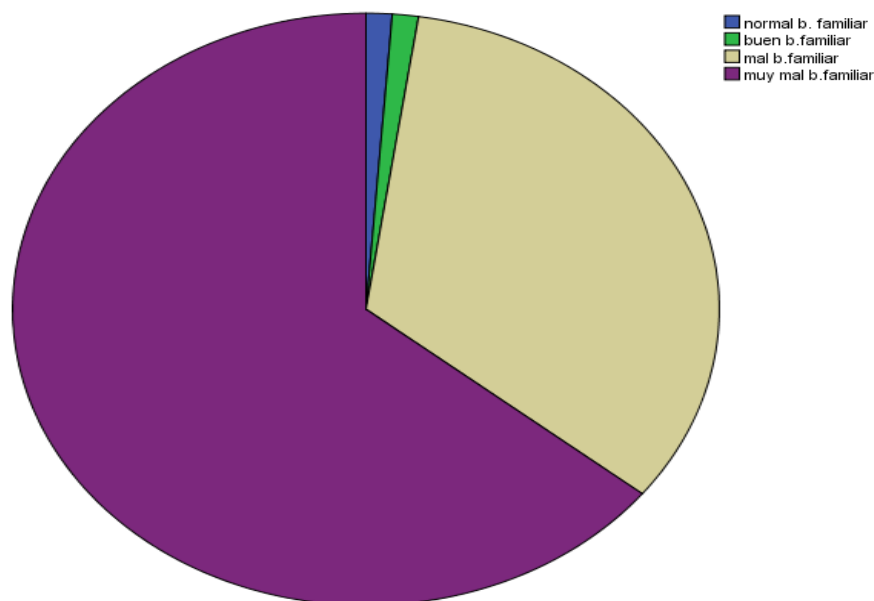


Figura 39: Bienestar familiar de manera objetiva.

- ✚ Aunque curiosamente la familia no es muy valorada por la persona con problemas de adicción y no la perciben como apoyo en muchas ocasiones sino como una fuente de conflictos y presión; de aquí que haya puntuaciones bajas en este factor (figura 40). Es decir que el único apoyo que tienen realmente la persona adicta es el de la familia y es el que percibe como menos valioso e importante para su vida, dando más importancia a recursos que no posee y quitando valía con los que realmente cuenta. Es más, nos atrevemos afirmar que la valoración que hacemos todas las personas de los recursos y apoyos que tenemos y la importancia que tienen para nosotros, en muchas ocasiones no las realizamos de una manera objetiva y realista, dando más valía a lo que no tenemos y olvidándonos de lo que contamos y poseemos; aspecto que consideramos oportuno tener en cuenta en la vida.

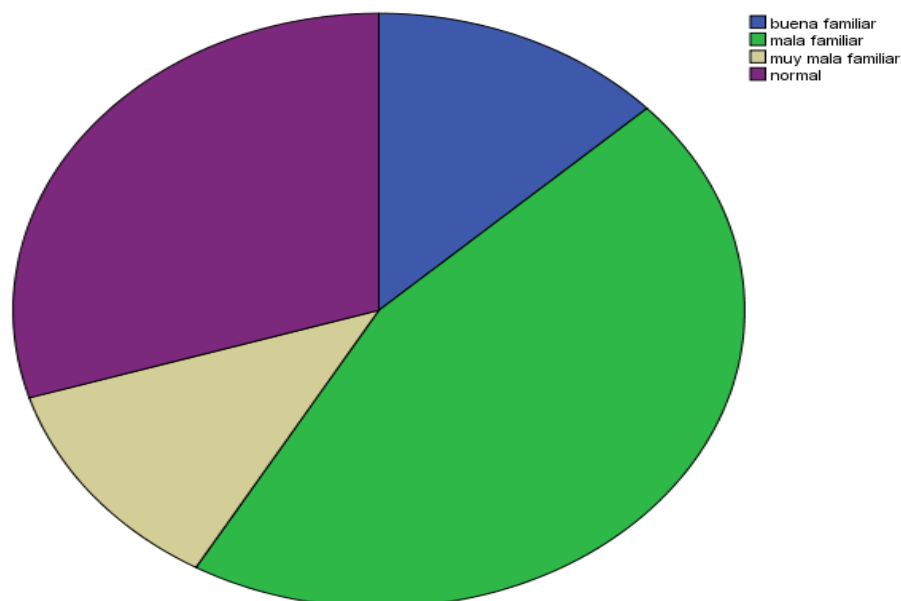


Figura 40: Bienestar familiar de manera subjetiva.

Además encontramos diferencias significativas ($p= 0,005$, verosimilitud 0,001), en el bienestar objetivo familiar, en los grupos estudiados (figura 41). La gran mayoría de los participantes muestran tener mal o muy mal bienestar familiar a nivel objetivo y realista, aunque sin duda alguna el grupo más desfavorecido en este aspecto son las personas más desestructuradas, con grandes consumos prolongados en el tiempo y con situaciones conflictivas y/o violentas relacionadas con su estilo de vida mientras consumían.

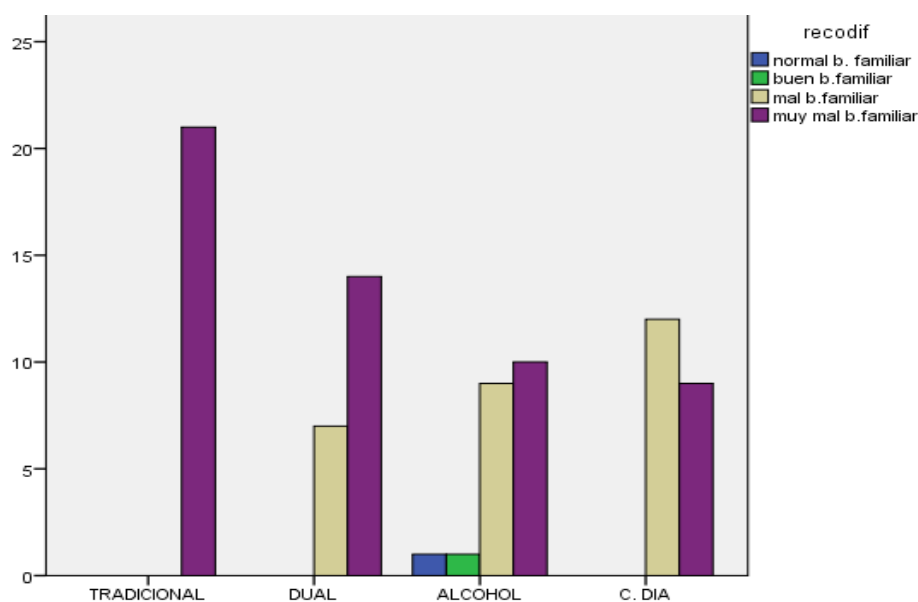


Figura 41: Bienestar objetivo familiar.

Lo mismo ocurre en este grupo de informantes en lo referente al bienestar objetivo emocional y físico (figura 42), encontrándose un nivel de significación de $p=0,000$, verosimilitud 0,000. En esta variable también presentan, de una manera destacable, que tienen muy mal bienestar emocional y físico (valorado de una modo objetivo); las personas con largas historias de vida vinculada a las drogas, con vivencias tormentosas y llenas de soledad y rencor, castigadas por el paso del tiempo y de sus comportamientos y consumos... no sólo queda reflejado en este gráfico de barras, sino en cada persona que ha sufrido y pasado por estas circunstancias y que vemos llegar pidiendo ayuda. La desolación, el desamparo, la rabia y el rencor de haber consumido el tiempo y la vida con las drogas, les lleva a dejarse y abandonarse a todos los niveles tanto física como psicológicamente.

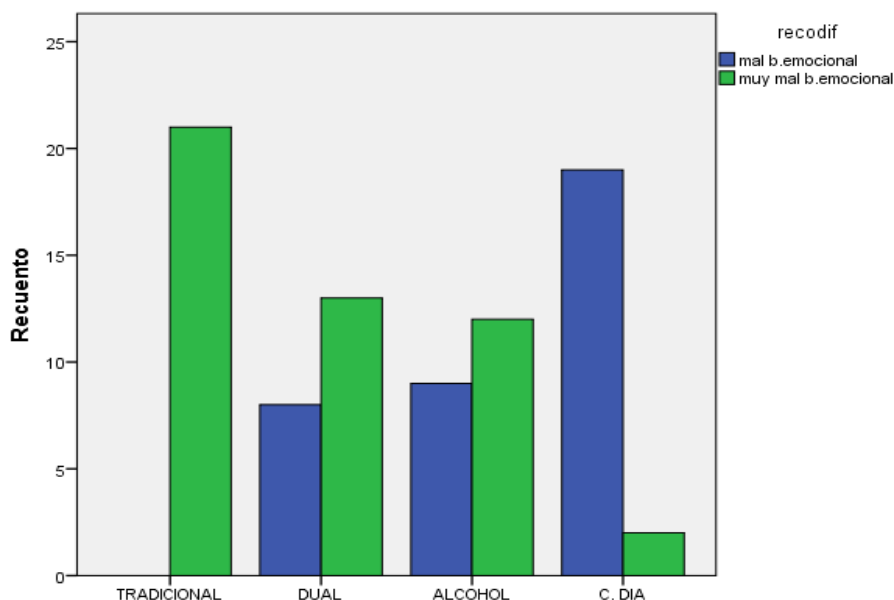


Figura 42: Bienestar objetivo emocional y físico.

9.6. Discusión.

En las adicciones, las actitudes pueden ser positivas o negativas; por lo que ante la misma situación podemos mostrar una reacción o la contraria. Lazarus (1985) afirmó que un mismo acontecimiento puede provocar una amenaza para una persona, y para otra puede producir un desafío.

Yalom y Greaves (1977) y posteriormente Ferrero Berlanga (1993) plantearon que cuando una persona considera que puede afrontar una situación, siente equilibrio

emocional y se encuentra tranquila y sin ansiedad y se percibe sin inseguridades ni debilidades, con alta autoestima y sensación de alegría y bienestar.

Aunque también cabe la posibilidad de que la persona no afronte la situación, el problema y/o la enfermedad, y que reaccione de manera pasiva (aceptación conformista) y/o evitando o huyendo de la situación (causa y consecuencias de la misma). En los dos casos anteriores, la persona percibe sus carencias y sus limitaciones para resolver el problema, lo que hace surgir la tristeza, el fracaso y la frustración.

Echeburúa, Salaberría, y Fernández-Moltalvo (1996) comentaron que la tristeza se mantiene en el tiempo y se le añade la sensación de ansiedad cuando la persona se ve incapaz de afrontar una situación, generando una baja autoestima. La tristeza presenta un componente social, en el sentido y a la hora de afrontar situaciones personales y colectivas, como consecuencia de aprendizaje. Por lo tanto la tristeza promueve dos tipos de comportamientos: la pasividad (puede provocar estados depresivos), y la evitación y huida (escapar de toda repercusión emocional). Frente a la ansiedad y la angustia, la persona puede optar por buscar un “alivio” que le genere algún tipo de satisfacción; aunque con este tipo de comportamientos, se refuerza negativamente la conducta, es decir, la persona reacciona ante el alivio, no ante la búsqueda de soluciones.

Echeburúa y Corral (1995) expusieron que las drogas y conductas adictivas generan alivio y disminuyen la ansiedad de modo inmediato, por lo que se refuerza el consumo de sustancia ante estados de depresión y ansiedad; es más, personas abstinentes pueden volver a recaer en estados depresivos y/o ansiosos prolongados.

Por lo tanto el estado de ánimo y la actitud que uno muestre en la vida va a determinar en parte, la consecución de nuevos objetivos y metas y el mantenimiento de los mismos.

Desde este punto de vista nos interesa disminuir y mitigar estados de ánimo de ansiedad y depresión para que se lleve a cabo la terapia de un modo más adecuado y tranquilo y con sensación de auto control y bienestar. En personas que consumen drogas, el estado de ánimo se ve afectado y pasan por épocas depresivas y otras con ansiedad, intercalándose y alterándose el estado emocional y convirtiéndose en personas muy inestables e inseguras.

Fernández-Abascal y Palmero (2002) explicaron un nivel cognitivo basado en la educación, la cultura y el control emocional; donde se lleva a cabo una reflexión por parte de la persona, controlando las manifestaciones emocionales, reprimiendo unas y reforzando otras. En esta reflexión la persona emplea sus valores y criterios en los que ha sido educado y socializado; realizando una valoración e interpretación de las cosas y las situaciones.

Jaspers (1993) planteó que las personas muestran una actitud positiva cuando perciben que tienen recursos y habilidades y también apoyos afectivos de otras personas lo que les produce una determinada estabilidad emocional, madurez, un proyecto de vida alcanzable y la capacidad de superar el problema, conflicto o dificultad, afrontándolo buscando soluciones. En muchas ocasiones, son precisamente los problemas, las enfermedades o las vivencias dolorosas las que nos ofrecen y descubren nuevas posibilidades.

Nosotros comprendemos el concepto de calidad de vida como la calidad de las circunstancias que ocurren en la vida a una persona; la percepción que esta tiene sobre las circunstancias que vive, la existencia de aspectos tanto subjetivos como objetivos. En definitiva como las condiciones y circunstancias que tiene una persona en su vida y como las vive e interpreta, en relación a su escala de valores, expectativas, competencias y logros. Desde esta perspectiva, la persona se ubica para evaluar y analizar lo que la ocurre de un modo objetivo y realista; permitiéndola entender su vida y realizar un balance de la misma de un modo realista.

En otras palabras y a modo de síntesis recalamos el valor de la interpretación que la persona realiza sobre las situaciones y los logros que tienen en la vida, es decir, “la mirada con la que la persona se para a ver el mundo”.

Las personas con problemas de adicción muestran una calidad de vida y un bienestar subjetivo bastante malo e insatisfactorio en líneas generales y en las variables que nosotros hemos estudiado (bienestar personal, familiar, laboral, de pareja...). Por este motivo la mirada que hacen hacia el mundo y hacia ellos mismos es pesimista y negativa y perciben el mundo de un modo desagradable y sus vidas sin nada de calidad ni calidez.

Entendemos al bienestar subjetivo como una apreciación subjetiva de “estar bien” y que es susceptible de ser estudiado empíricamente. Los autores revisados sugieren que es importante abrirse a una perspectiva más positiva de la naturaleza humana, lo que incide en una comprensión más amplia y holística de los procesos y comportamientos del hombre y su desarrollo tanto en lo personal como en lo social.

Tal vez, uno de los factores más difíciles de rescatar por la psicología positiva, es curiosamente la línea filosófica, de postulados hedonistas, que tan ampliamente ejerce o enseña nuestra cultura occidental. Para Cuadra y Florezano (1994), el bienestar psicológico, no es simplemente la vida feliz, sino los procesos y mecanismos que se ponen en marcha para “vivir”; personas que no evitan el dolor y el sufrimiento, sino que por el contrario, lo afrontan, dándole un significado constructivo.

Por lo tanto, nosotros consideramos de gran importancia desarrollar la psicología positiva, dentro de la terapia de rehabilitación, no sólo con el fin de tener mejor calidad de vida o mayor bienestar subjetivo, sino con el objetivo de poder apalear las situaciones dolorosas, como los problemas de adicción o enfermedades y poder superar cualquier situación o acontecimiento vital, con mayor éxito y fortaleza.

10. DISEASE: DAÑO CEREBRAL Y AFECTACIÓN COGNITIVA (FUNCIONES EJECUTIVAS, MEMORIA, ATENCIÓN E INTELIGENCIA EN DROGODEPENDIENTES).

10.1. Introducción.

Actualmente el consumo de drogas supone y provoca cada año más muertes; este hecho, junto con una mayor inquietud social por la salud, ha repercutido en que se realice un mayor desarrollo en la investigación neuropsicológica sobre los déficits causados por la adicción.

Por otro lado, Calvo (2003), consideró abandonada la perspectiva de la presencia de alteraciones que son resultado del consumo de sustancias sobre el funcionamiento ejecutivo, aunque se admite que existe un variado abanico de afectación ligado al consumo de alcoholismo y otras drogas.

En la mayor parte de los casos, Corral y Cadaveira (2002), observaron dificultades neuropsicológicas en las funciones perceptivomotoras, visuoespaciales, de memoria y ejecutivas, que se correlacionan con otras alteraciones estructurales y funcionales. En este sentido, una manera de analizar el conocimiento actual de la naturaleza de los déficit neuropsicológicos asociados al uso u abuso de drogas como el alcohol, es prestando especial atención a su relación con otras anomalías de la estructura y la función cerebral presentes en las personas con problemas de adicción.

Como consecuencia, el estudio sobre alteraciones neuropsicológicas en personas con problemas de adicción ha adquirido mayor relevancia e importancia en los últimos años. Para Landa, Fernandez y Tirapu (2004), esto se debe fundamentalmente a sus implicaciones en aspectos tan importantes como son el pronóstico terapéutico y el diseño de estrategias adecuadas de intervención.

Por tanto, la investigación se ha desarrollado hacia un consenso en relación al efecto perjudicial para la persona que tiene el consumo crónico de sustancias en el funcionamiento cognitivo, pero todavía resulta difícil determinar el grado y el tipo de afectación. De hecho, Landa y cols (2004), consideraron que con demasiada frecuencia las investigaciones aportan resultados contradictorios en relación a las funciones y capacidades cognitivas preservadas y afectadas en estas personas.

Quesada, Díaz, Herrera, Tamayo, y Rubio (2007) expusieron que debido esto, las investigaciones sobre el déficit en el funcionamiento ejecutivo asociado al alcoholismo, ha sido el más estudiado a lo largo de los años, ya que es una de las entidades clínicas más antiguas de las que se tienen datos y a la que se han empleado muchos esfuerzos y recursos por la repercusión social y de salud pública que presenta en todos los países, independientemente de sus condiciones económicas.

Iruarrizaga, Miguel y Cano (2001), dijeron, que de igual manera hay estudios dirigidos a investigar el efecto de uso de drogas y consumo de alcohol sobre el cerebro, que parten de tres hipótesis relativas que deben ser entendidas como distintos modelos interpretativos que integran hallazgos neuropsicológicos:

- ✚ Hipótesis del continuo: considera que los déficits en las funciones ejecutivas encontrados en los alcohólicos, constituyen un continuo en el cual un extremo lo representarían los bebedores ocasionales y el otro extremo personas con síndrome de Wernicke- Korsakoff.
- ✚ Hipótesis del envejecimiento prematuro: plantea que todas las áreas cerebrales sufren un deterioro similar gradual como consecuencia de los efectos tóxicos del alcohol. Los partidarios de esta hipótesis plantean que los alcohólicos crónicos muestran déficit similares a los encontrados en la vejez.
- ✚ Hipótesis del hemisferio derecho: sugiere que los individuos con alcoholismo crónico muestran un deterioro desproporcionadamente mayor en las funciones del hemisferio derecho en comparación con las funciones del hemisferio izquierdo (Iruarrizaga et al., 2001). En otros estudios sobre alteraciones funcionales asociadas al alcoholismo, se emplean técnicas morfométricas computarizadas (Corral y Cadaveira, 2002) que informan de alteraciones en los lóbulos frontales, alteraciones que afectan más a la sustancia blanca que a la sustancia gris, es decir, más a la parte subcortical que a la cortical.

Planteamos la necesidad de valorar cómo afectan las distintas drogas, entre ellas el alcohol, en las funciones neuropsicológicas, teniendo en cuenta todo lo expuesto con anterioridad. Por lo tanto, la importancia de evaluar la situación actual de los drogodependientes y la necesidad de optimizar los programas terapéuticos, fueron razones suficientes para que en el año 2010 se iniciara la presente investigación.

10.2. Objetivos.

Analizar las diferencias en las personas con problemas de adicción, en relación a los siguientes factores neuropsicológicos: inteligencia, memoria, atención y, funciones ejecutivas.

10.3. Hipótesis.

La hipótesis inicial que planteamos es que esperamos obtener diferencias estadísticamente significativas en los estudios longitudinales anteriores para determinar si el tratamiento terapéutico educativo ofrece a las personas mejoras y rehabilitación cognitiva.

Hipótesis 1: se encontrarán diferencias significativas intergrupales en las distintas variables neuropsicológicas.

10.4. Método.

10.4.1. Técnicas de investigación.

Para este estudio hemos utilizado los test o cuestionarios enunciados en la metodología. Los instrumentos de evaluación aplicados fueron los siguientes:

- ✚ MMSE (Mini Mental State Examination).
- ✚ Memoria remota.
- ✚ Figura compleja de Rey.
- ✚ Asociación controlada de palabras Fluencia (PMR).
- ✚ STOOOP (Test stroop de colores y palabras).
- ✚ WHESLER: CONTROL MENTAL.
- ✚ COLOR TRAIL 1 (FORMA A) Y 2 (FORMA B).
- ✚ BEHAVIOURAL ASSESSMENT OF THE DYSEXECUTIVE SYNDROME (BADS), subtest de “Búsqueda de llaves” y “Mapa del zoo”.
- ✚ DOMINO D- 48.

10.5. Resultados.

Exponemos los resultados obtenidos en la muestra utilizada para la realización de esta investigación, de 84 personas que estaban en terapia de rehabilitación para superar las adicciones (4 grupos de 21 personas), y también utilizamos otro grupo del mismo número de personas, que pertenecían grupo control. A continuación mostramos los histogramas obtenidos de las distintas variables evaluadas.

Con respecto al deterioro cognitivo, evaluado por el test de MMSE o mini examen cognoscitivo, encontramos que las frecuencias más elevadas están en puntuaciones altas en el MMSE, que indican que no existe deterioro cognitivo en esas personas. No obstante, destacamos un gran número de personas con problemas de adicción manifiestan deterioro leve e incluso moderado y grave (figura 43).

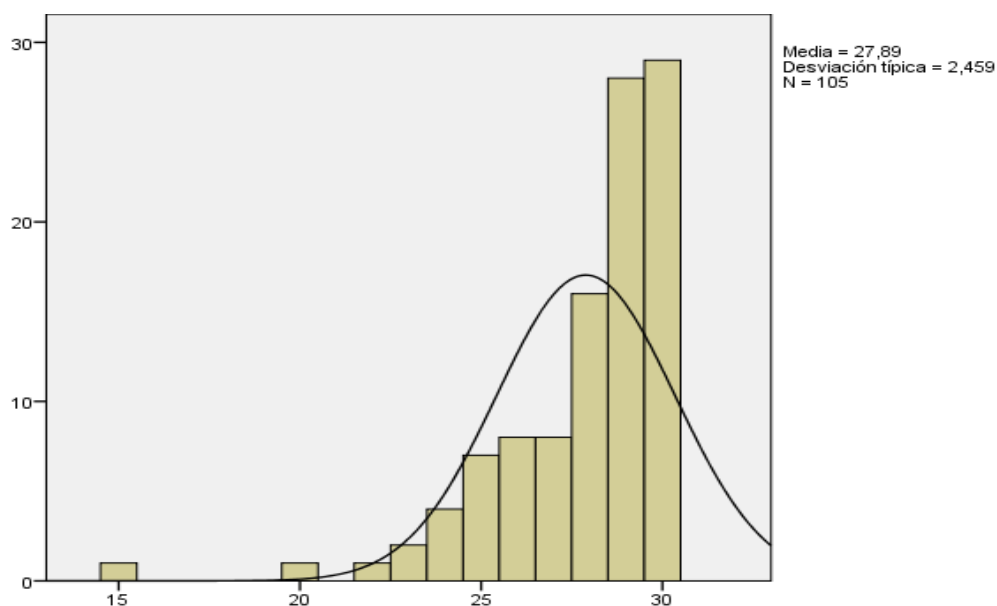


Figura 43: puntuación total de miniexamen cognoscitivo.

En relación a la memoria remota podemos decir que prevalece casi intacta en la mayoría de los casos de nuestro estudio, lo reflejan las altas frecuencias en puntuaciones altas en dicha memoria (figura 44). Dentro de los procesos neurodegenerativos y enfermedades que generan ciertos déficits cognitivos, la memoria remota es la que más tarda en deteriorarse y en verse afectada, en comparación con otros tipos de memorias... por lo que en nuestro caso, las adicciones, no iba a ser diferente.

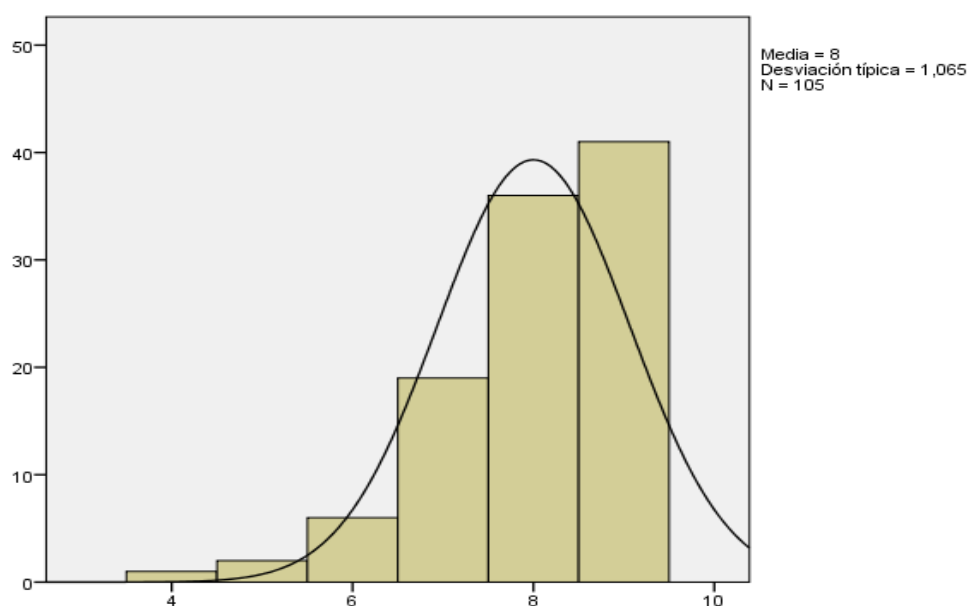


Figura 44: Memoria remota.

Cuando evaluamos retención y memoria visoespacial en las personas que acaban de dejar las drogas, vemos que las frecuencias más elevadas las encontramos en un rango de puntuaciones medias y altas en lo que refiere a la retención y memorización visoespacial. Sin embargo las puntuaciones de las personas en este sentido, se distribuyen a lo largo de toda la curva con lo que nos muestra que también existen personas que tienen baja retención y que su memoria se ha visto afectada, llegando en algunos casos a perder totalmente estas capacidades cognitivas (figura 45).

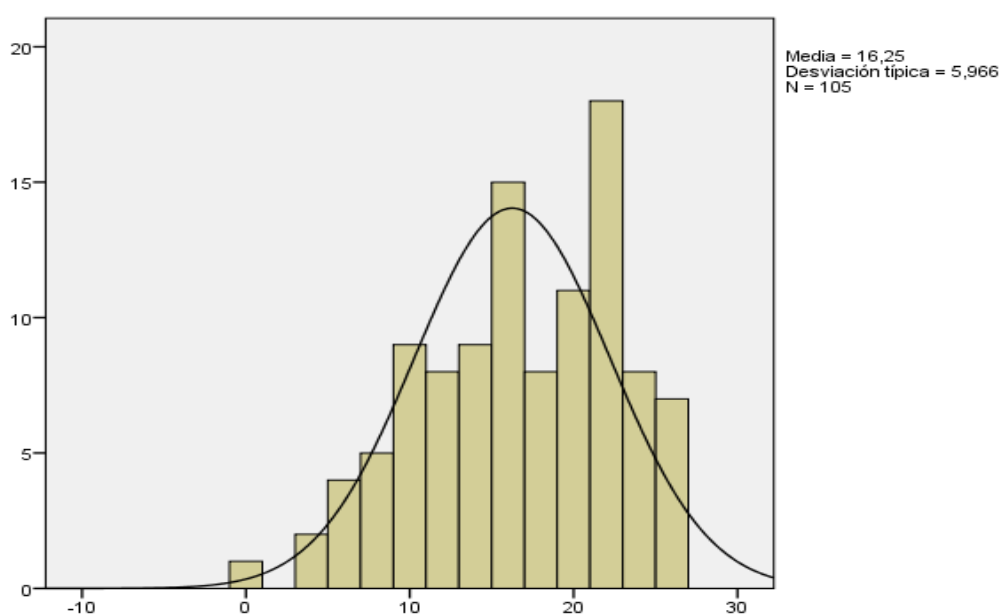


Figura 45: Retención y memoria visoespacial.

En este histograma vemos cómo se distribuyen las puntuaciones en atención y concentración dentro de la curva; no encontramos personas en rehabilitación, con puntuaciones altas en atención y concentración, sobre todo al inicio del tratamiento. Las frecuencias más altas las encontramos en puntuaciones medias de atención (figura 46).

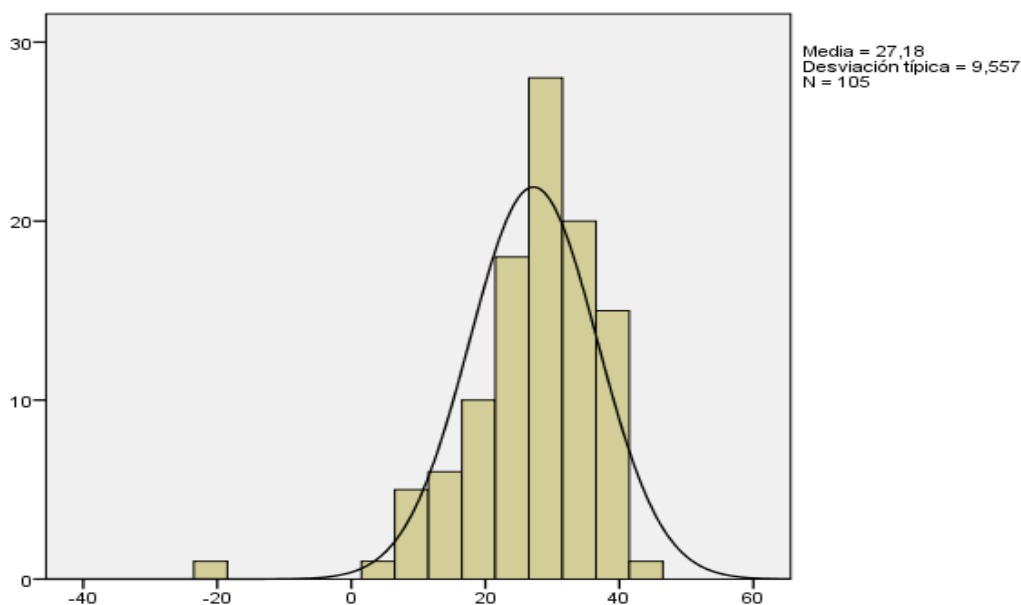


Figura 46: Atención y concentración.

En lo relativo al control mental en personas con problemas de adicción, encontramos frecuencias elevadas en puntuaciones altas de control mental, que reflejan que tienen buen control mental. Aunque las personas tienen puntuaciones muy dispersas mostrando en ocasiones medio o bajo control mental (figura 47).

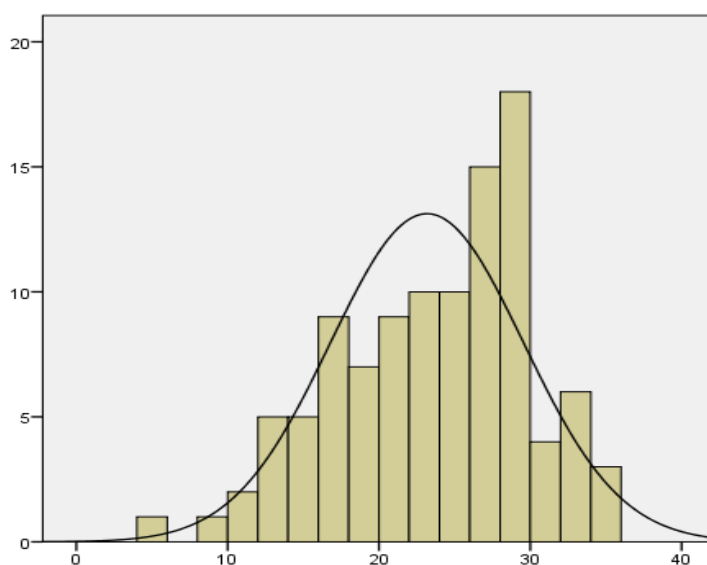


Figura 47: Control mental.

Mediante el test de trazo (a y b), medimos las funciones ejecutivas y concretamente la capacidad de llevar a cabo un plan de acción y ejecutarlo. Vimos que las frecuencias más altas se encuentran en torno a puntuaciones bajas, que indican una buena planificación y realización de una tarea sencilla (trazo a); por lo que las personas no muestran deterioro en las funciones ejecutivas, en líneas generales (figura 48).

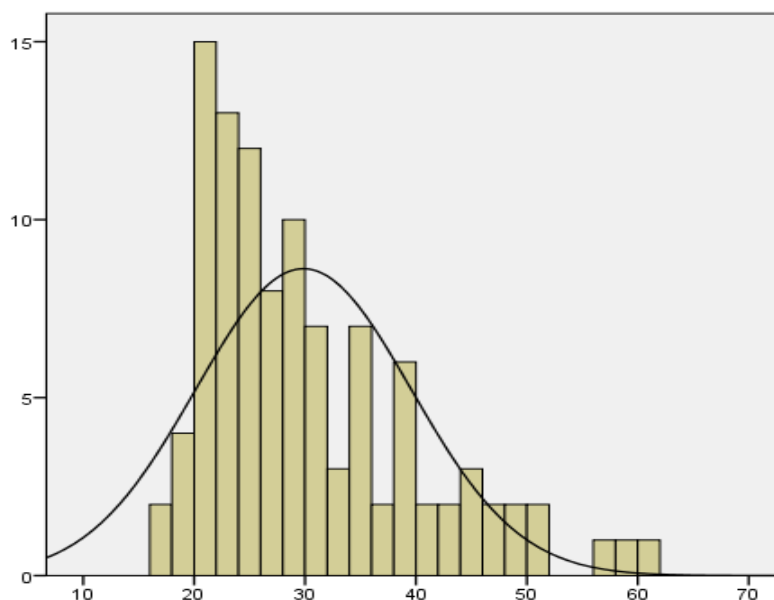


Figura 48: Funciones ejecutivas, ejecución de trazo a.

Cuando la planificación y ejecución es sobre una tarea compleja (trazo b), las personas con problemas de adicción muestran más frecuencias, en puntuaciones bajas que nos indican que no tiene deteriorada dicha función cognitiva (figura 49).

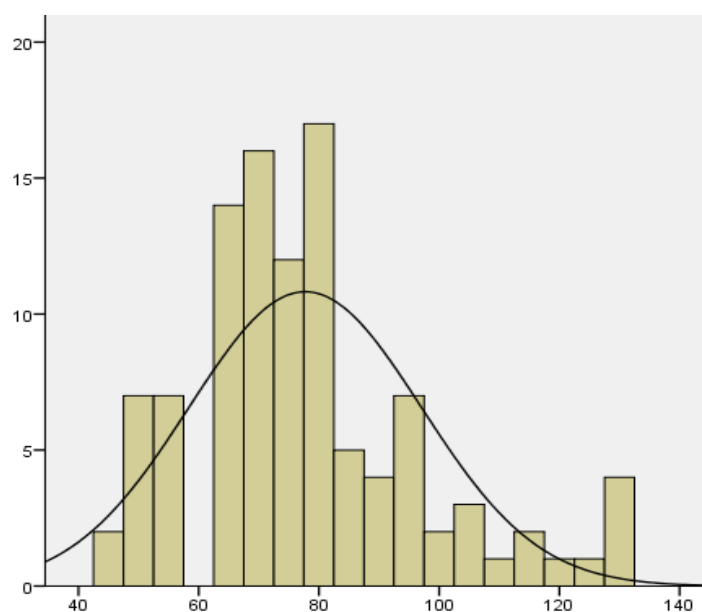


Figura 49: Funciones ejecutivas, ejecución de trazo b.

La batería de test BADS (Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome), estudia mediante distintas escalas o subtests las funciones ejecutivas. Nosotros empleamos los subtest de “Búsqueda de llaves” y “Mapa del zoo”.

En lo referente a la escala de “Búsqueda de llaves”, las personas evaluadas presentan frecuencias altas distribuidas en un rango de puntuaciones medias y bajas, lo que nos indica que personas que están realizando un tratamiento de rehabilitación y se encuentran abstinentes, llevan a cabo una planificación incorrecta o poco eficaz y no ejecutan el plan de acción de un modo adecuado ni exhaustivo.

Las personas con problemas de adicción suelen comportarse de una manera impulsiva y sin pararse a pensar en las cosas, posibilidades, consecuencias, alternativas... actúan según sus apetencias y no valoran la necesidad de las cosas sólo el hecho de que ellos las quieren, como ocurre con las drogas. Por esto, no están acostumbrados a planificar las cosas y tener en consideración todas las variables y alternativas posibles (figura 50).

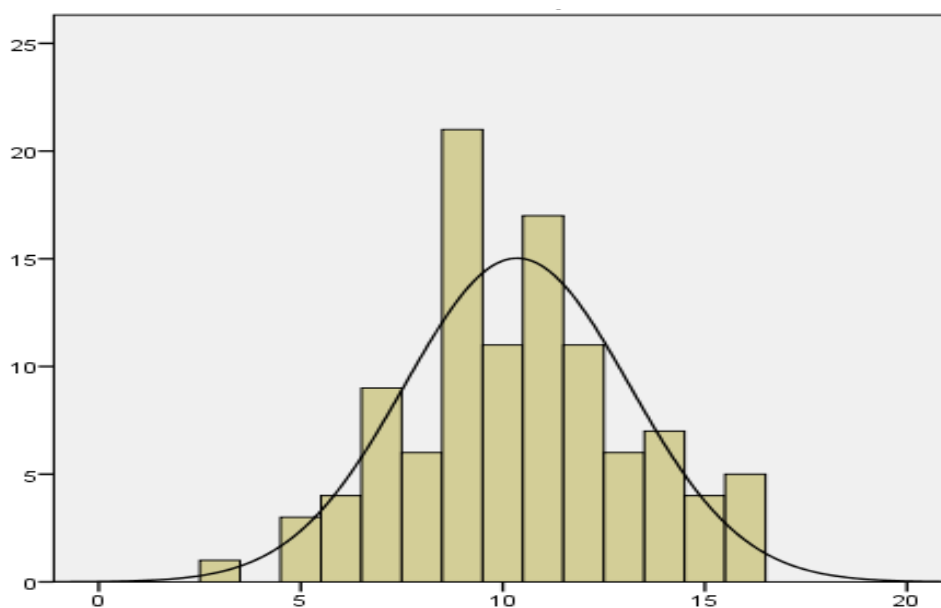


Figura 50: Funciones ejecutivas; búsqueda de llaves.

Teniendo en cuenta el subtest “Mapa del zoo” en el cual la persona tiene que ejecutar un plan ya establecido, observamos altas frecuencias en puntuaciones que muestran buena realización y ejecución de tareas ya estipuladas o acciones establecidas con anterioridad (figura 51).

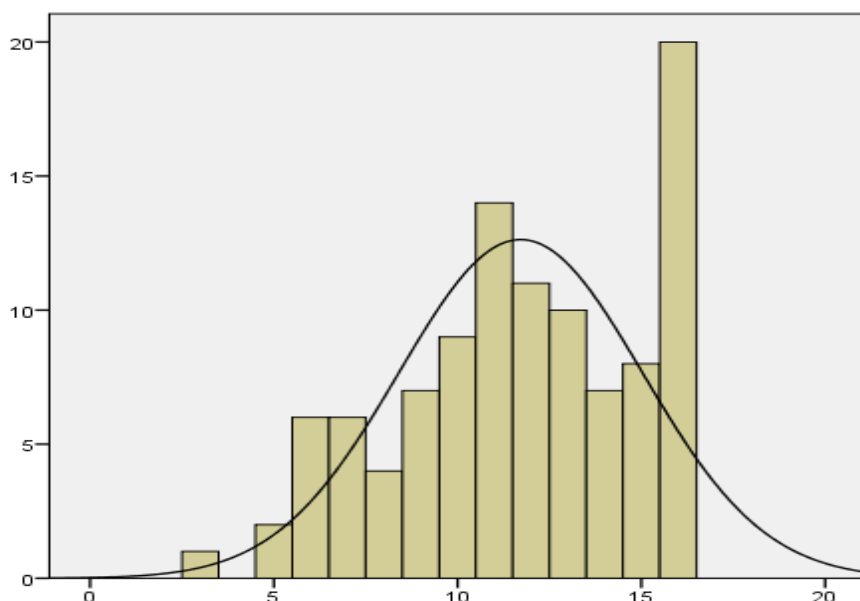


Figura 51: Funciones ejecutivas, mapa del zoo.

Encontramos muy bajas frecuencias en torno a puntuaciones medias en inteligencia visoespacial; por lo que se denota que las personas en rehabilitación se mueven entre puntuaciones extremas, es decir, o presentan muy mala inteligencia visoespacial, o por el contrario muy buena (figura 52).

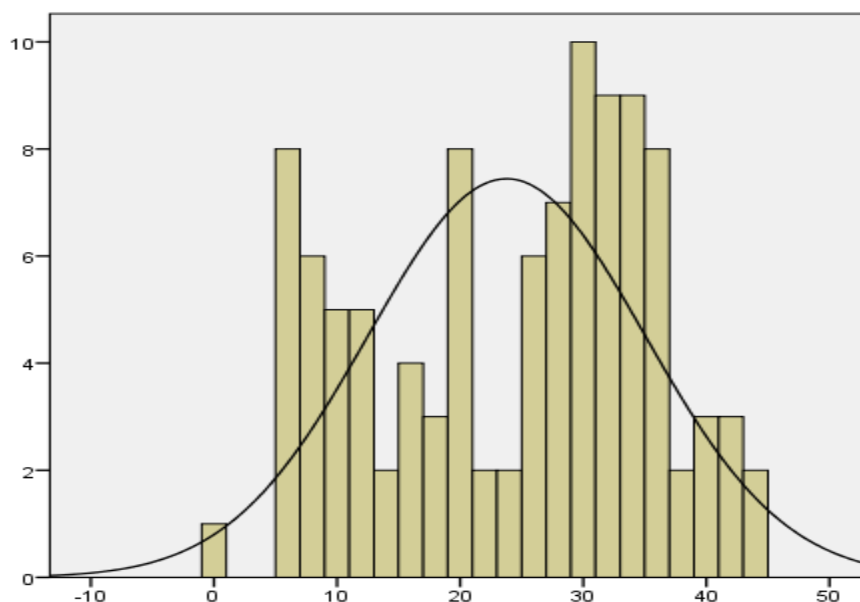


Figura 52: Inteligencia visoespacial.

Con respecto a la muestra estudiada de 84 sujetos que estaban realizando terapia de rehabilitación, encontramos diferencias significativas en los participantes de los cuatro grupos estudiados en las siguientes variables.

En primer lugar encontrados diferencias estadísticamente significativas ($p=0,012$, verosimilitud 0,003), en la puntuación total obtenida por los participantes en el test MMSE, que evalúa el deterioro cognitivo. En nuestra muestra las personas que consumen principalmente alcohol son las únicas que muestran un deterioro cognitivo moderado e incluso grave. En todos los grupos aparecen puntuaciones que denotan en las personas un deterioro cognitivo leve o que no tiene deterioro. Destacamos las personas que pertenecen al grupo con mayor estructura y soporte familiar, social, laboral... ya que todos los participantes no tenían ni manifestaban deterioro cognitivo (figura 53).

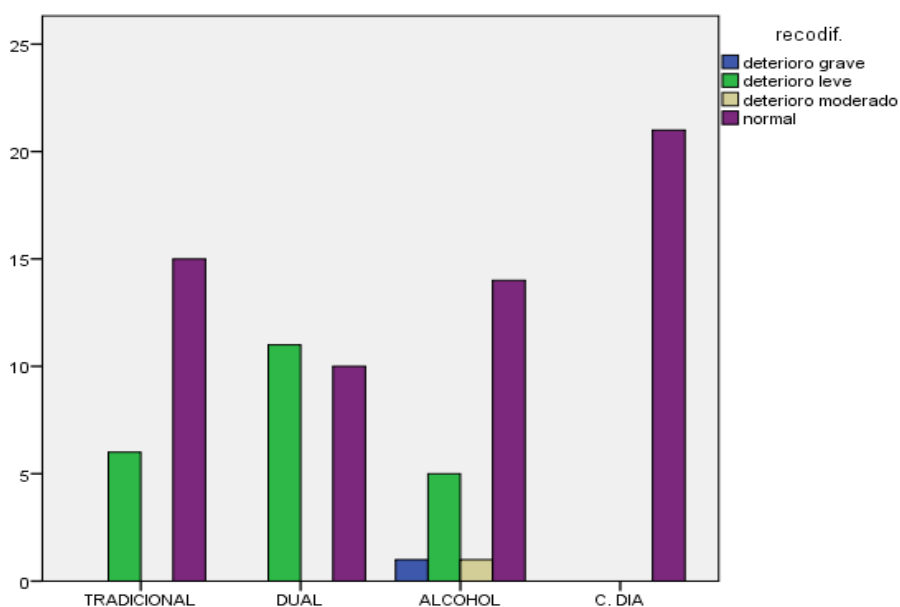


Figura 53: Índice de deterioro cognitivo (MMSE).

El MMSE, examen cognoscitivo, estudia distintos aspectos como: orientación temporal y espacial, atención y cálculo, memoria, concentración, comprensión, dibujo... destacando en lo relativo a la orientación, que las personas con problemas de adicción que forman nuestra muestra tienen mejor orientación espacial que temporal. Lo que manifiesta que sí saben donde se encuentran, el lugar donde están... es decir, están orientados a nivel espacial. Un 91,7% de las personas mostraban estar totalmente orientados el lo referente al espacio en el que se encontraban (figura 54).

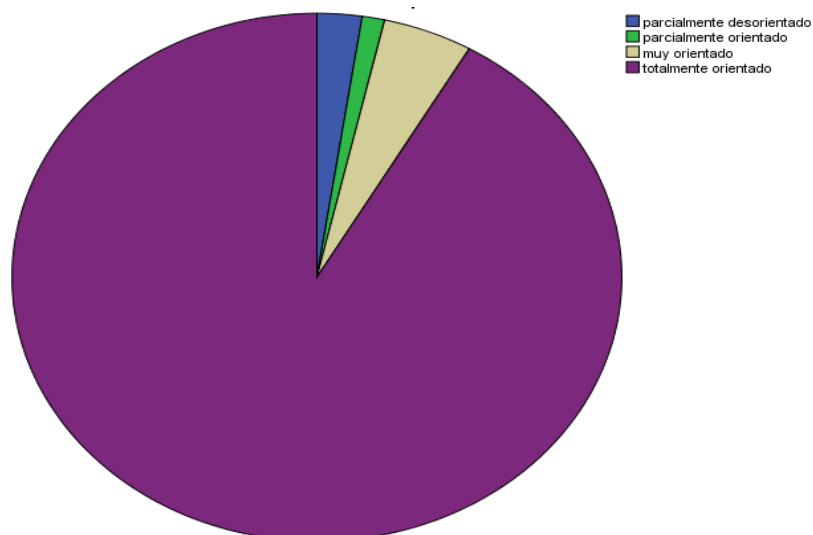


Figura 54: Orientación espacial.

A nivel temporal sí hay casos con cierta desorientación temporal, un 31% de los casos se encontraban orientados parcialmente y un 4,8% estaban desorientados temporalmente, lo que conlleva que hay personas con problemas de adicción que no saben en el día que viven, que les da igual el mes y el año en el que se encuentran... han perdido todo el interés a nivel de estar orientados temporalmente (figura 55).

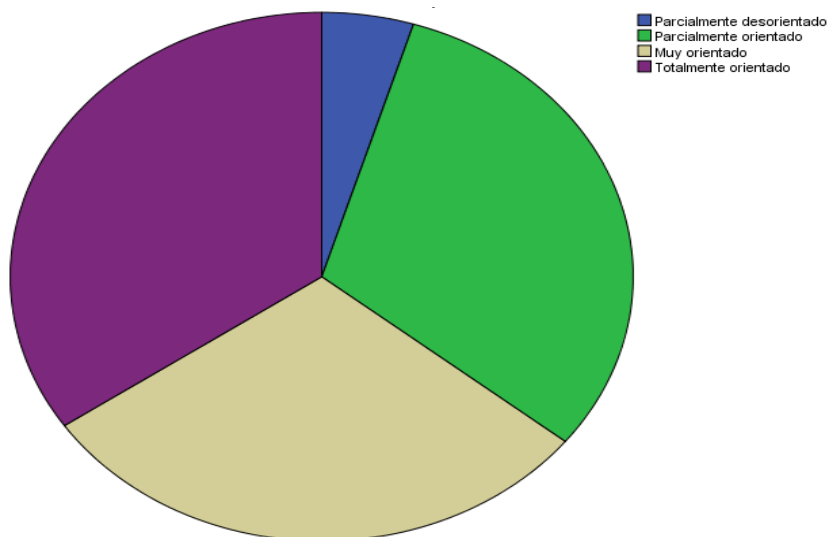


Figura 55: Orientación temporal.

Con respecto a la orientación temporal encontramos diferencias significativas entre los cuatro grupos estudiados. Siendo las personas consumidoras de alcohol y/o con patología dual las que presentan estar parcialmente desorientados (figura 56).

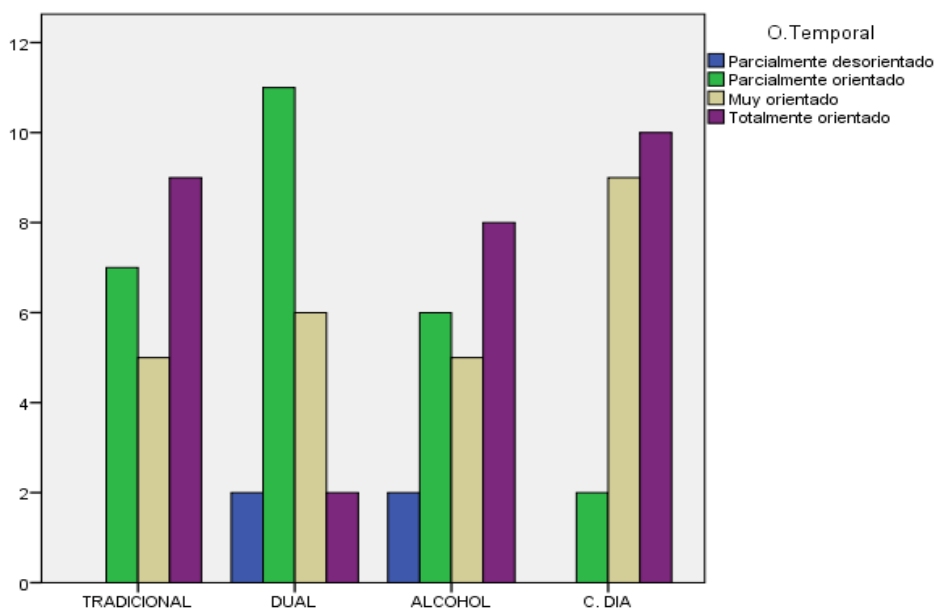


Figura 56: Orientación temporal en los grupos estudiados.

En las variables atención y cálculo, también hay diferencias significativas intergrupales: las personas más estructuradas muestran un buen cálculo; el resto de personas manifiestan atención y cálculo medio (incluso en las personas consumidoras de alcohol y/o cocaína), con escasa o nula atención y cálculo (figura 57).

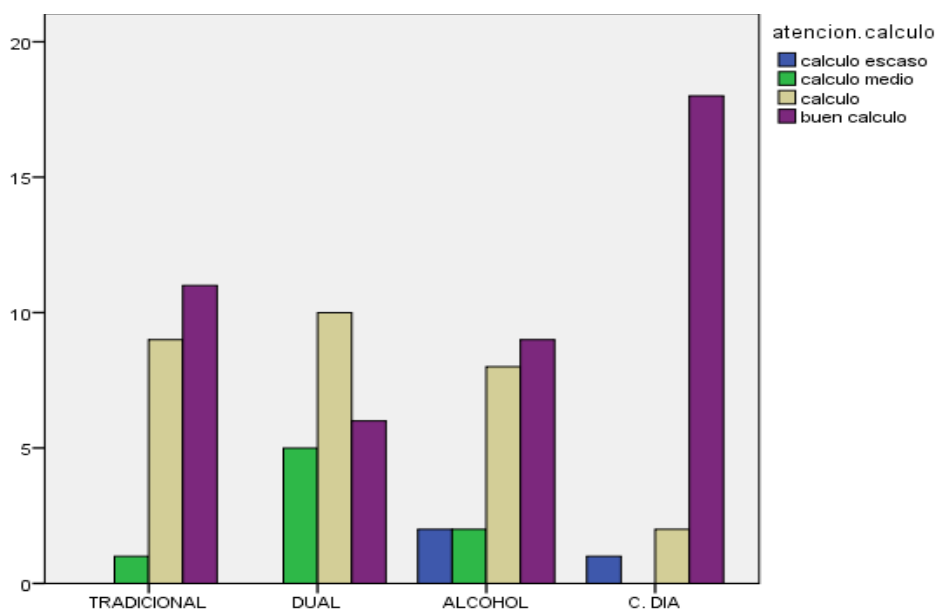


Figura 57: Atención y cálculo.

También encontramos diferencias significativas en relación a la memoria a corto plazo. Los informantes con más estructura social, familiar y/o laboral tienen mejor memoria, el resto de grupos suele mostrar peor memoria a corto plazo (figura 58).

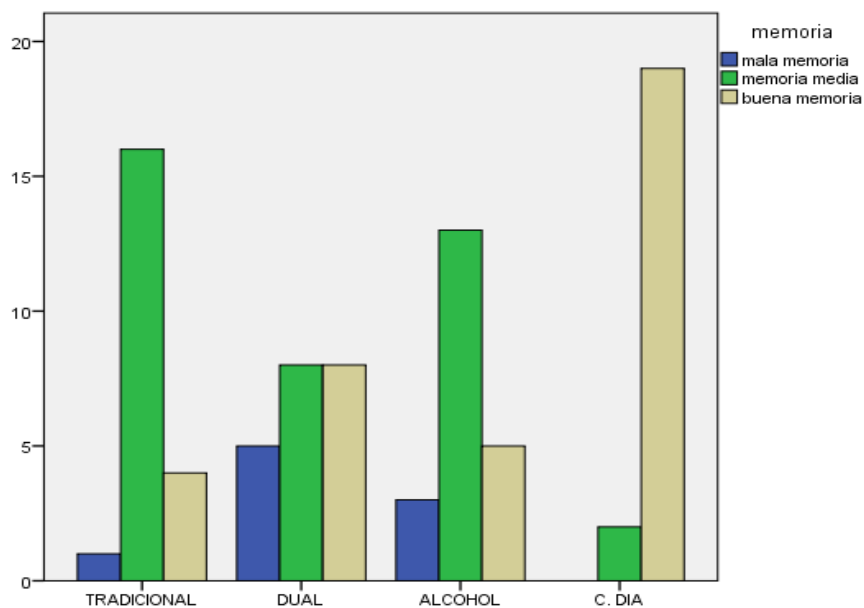


Figura 58: Memoria a corto plazo.

Lo mismo ocurre con la memoria remota, que no parece deteriorada en personas con más apoyos y menos historia de consumo. No obstante, en personas con consumos más acentuados en el tiempo si observamos que existe deterioro moderado en algunos miembros de la muestra en la memoria remota (figura 59).

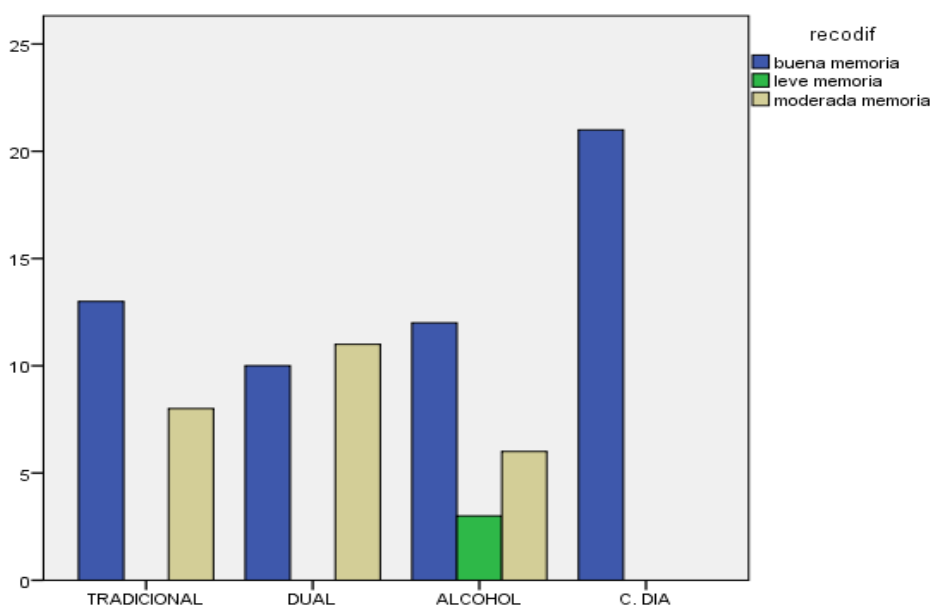


Figura 59: Memoria remota.

A la hora de reproducir un dibujo y copiarlo también hay variabilidad en los grupos estudiados. Las personas que estaban realizando terapia en el centro de día poseen una buena o muy buena reproducción y copia de un dibujo. El grupo de personas con adicción y un trastorno psiquiátrico instaurado muestran muy mala reproducción y

copia, aspecto probablemente mediatizado por la baja concentración y atención a la hora de realizar cualquier actividad (figura 60).

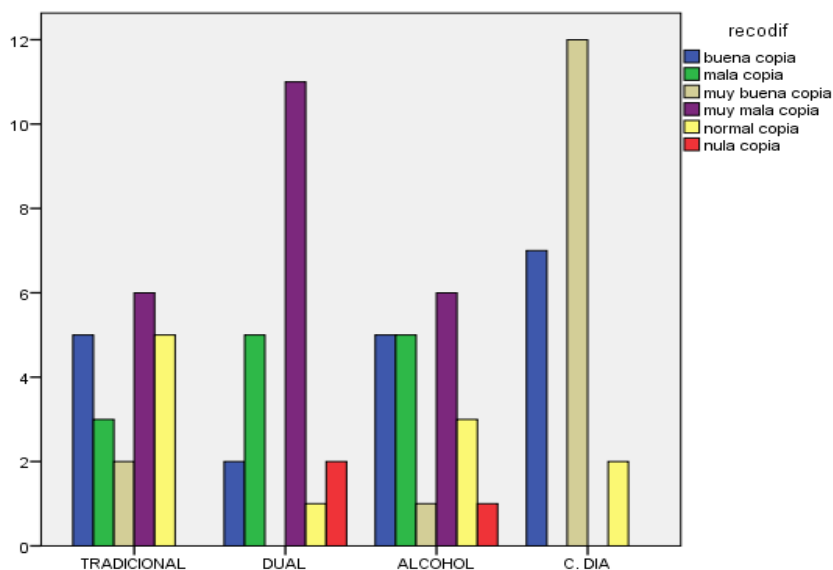


Figura 60: Reproducción y copia de un dibujo.

Con respecto a la memoria y retención viso espacial existen diferencias significativas; siendo las personas con patología dual y consumidoras principalmente de alcohol las que manifiesten nula memoria y retención, en algunos de los casos. El resto de personas de estos dos grupos también muestran puntuaciones bajas que indican mala o muy mala memoria y retención. Las personas del grupo de comunidad tradicional o centro de día son las que en ocasiones poseen buena memoria (figura 61).

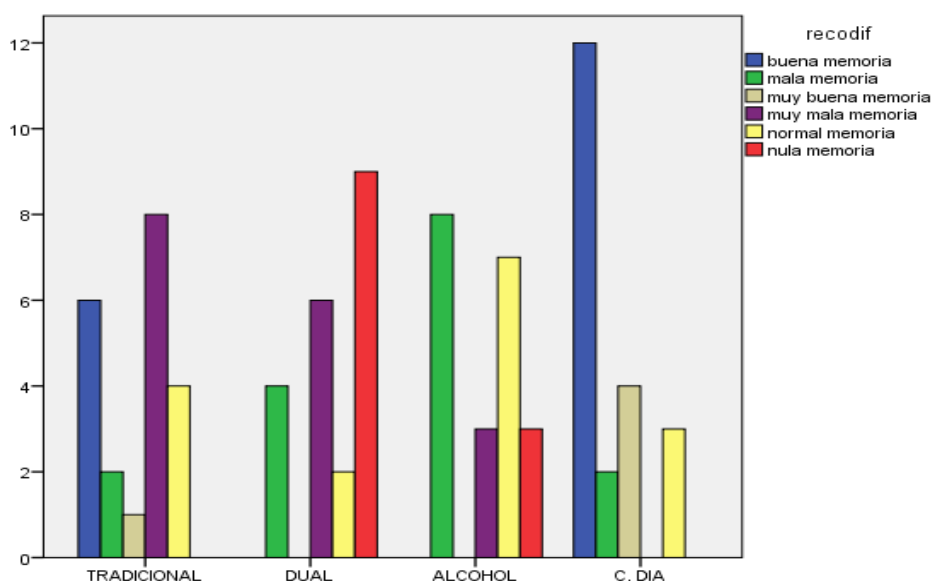


Figura 61: Memoria y retención visoespacial.

En la fluidez verbal observamos diferencias estadísticamente significativas intergrupales. Las personas del grupo de alcohol o Dual a veces manifiestan nula fluidez o escasa, son personas muy introvertidas y parcas en palabras. Por el lado contrario, participantes del grupo de terapia tradicional y centro de día muestran fluidez verbal normal. En todos los grupos hay personas que poseen una mala o muy mala fluidez verbal. En líneas generales, las personas por problema de adicción reflejan mala fluidez verbal; se han abandonado y han perdido la ilusión y el diálogo, el silencio y la soledad (aislamiento) es su compañero de consumo en las etapas finales previa a incorporarse a la terapia de rehabilitación y reinserción socio laboral (figura 62).

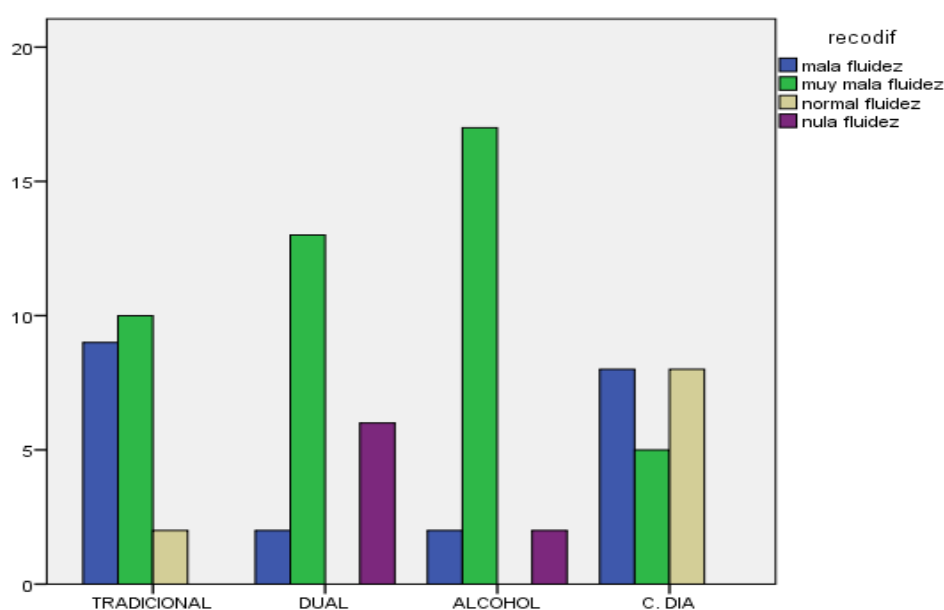


Figura 62: Fluidez verbal.

La atención se ve afectada por el consumo de drogas y aunque existan diferencias entre los grupos estudiados, en todos ellos hay un gran número de personas que presentan mala o muy mala atención; por lo que el deterioro atencional se hace evidente con el consumo, más si cabe en personas con problemática de alcohol y/o con dualidad que llegan a tener la atención totalmente deteriorada. Estos últimos casos suelen ser personas con abusos diarios de sustancias y consumos prolongados en el tiempo (figura 63).

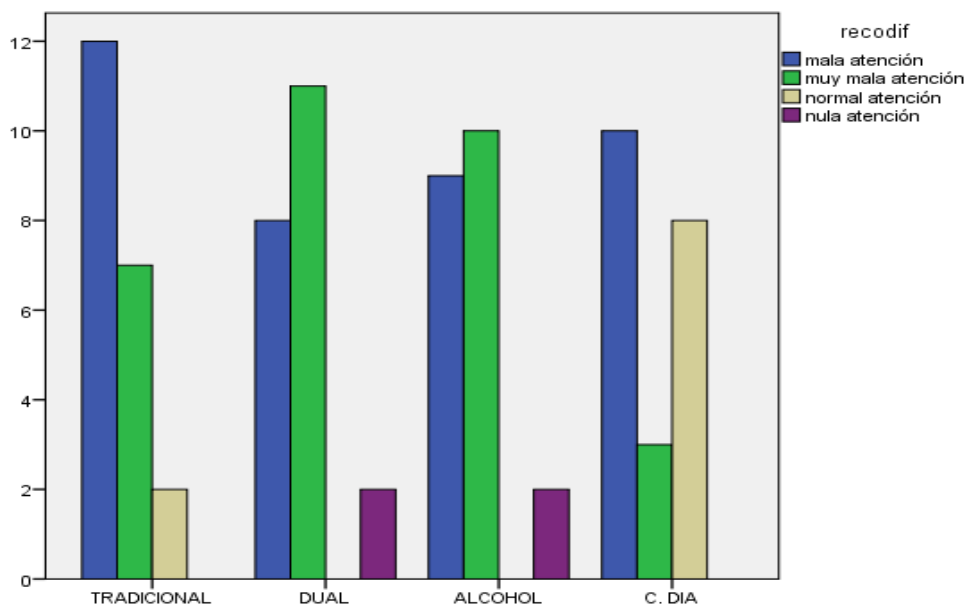


Figura 63: Atención y concentración.

Referente al control mental hay un nivel de significación ($p= 0,000$, verosimilitud 0,000) en los diferentes grupos. Las personas que forman parte del centro de día muestran un control mental bueno o muy bueno, pero en el caso de los demás grupos existen muy bajas puntuaciones mostrando que las personas evaluadas tienen deteriorado y/o muy deteriorado el control mental y con él la capacidad de razonamiento (figura 64).

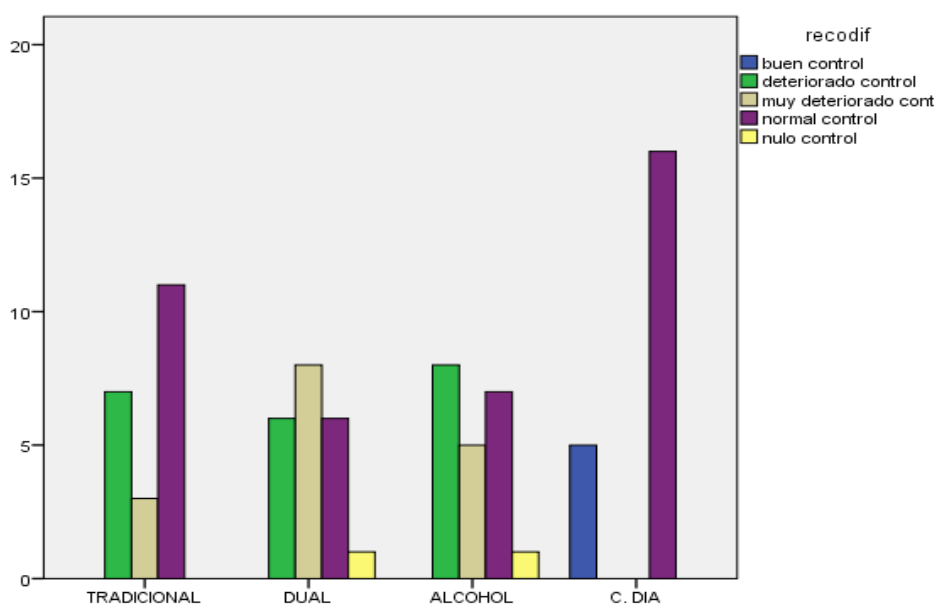
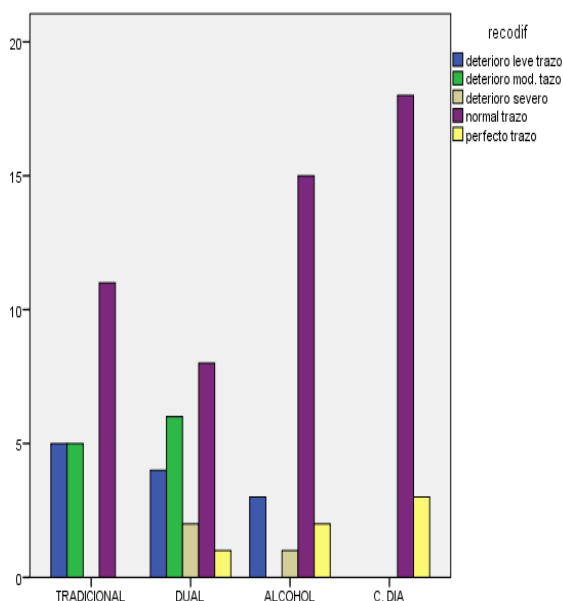


Figura 64: Control mental.

En el test del trazo A, que evalúa el orden y la consecución de acciones para llevar a cabo una tarea vimos, que las personas con mayor soporte y consumos menos destructivos, ejecutan bien o muy bien tareas sencillas a nivel de planificación y ejecución. Sin embargo, en el resto de grupos hay personas que tienen una planificación y ejecución de tareas simples deteriorada levemente (figura 65).

Figura 65: Ejecución trazo a.



En la planificación y ejecución de tareas más complejas, test del trazo B también observamos diferencias. Las personas con mayor desestructura e historia de consumo más acentuada, tienen puntuaciones más bajas por lo que manifiestan deterioro leve o moderado en la ejecución y planificación de tareas complejas (figura 66).

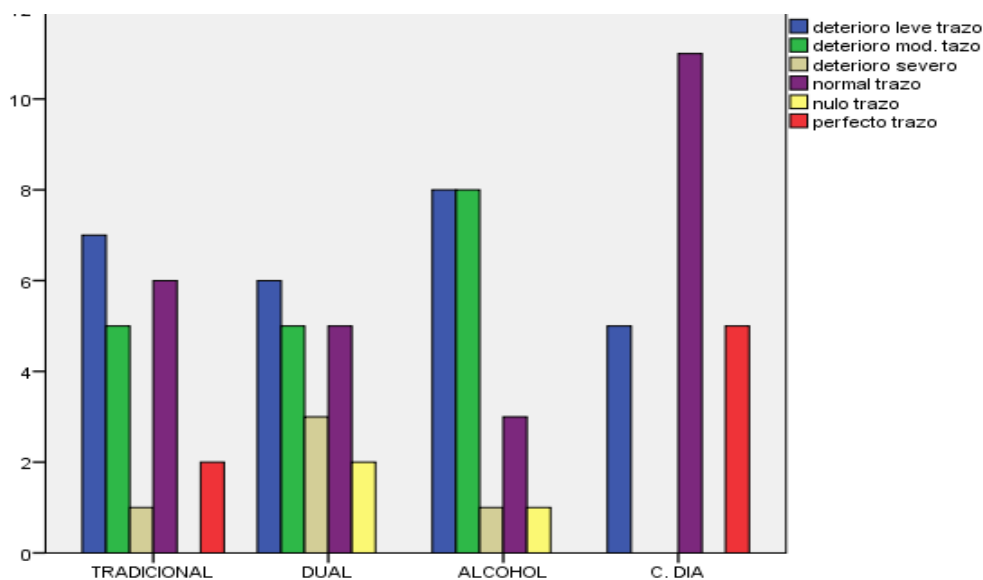


Figura 66: Ejecución trazo b.

Mediante las subescalas de “Búsqueda de llaves” y “Mapa del zoo” de la batería de test BADS, evaluamos parte de las funciones ejecutivas de esta tesis. En el subtest de “búsqueda de llaves” encontramos diferencias significativas intergrupales. Las personas con una adicción menos instaurada y un estilo de vida más normalizado no

presentan deterioro o muy leve en las funciones ejecutivas. Las personas que constituyen los otros grupos tienen las funciones ejecutivas ligera y/o moderadamente alteradas (figura 67).

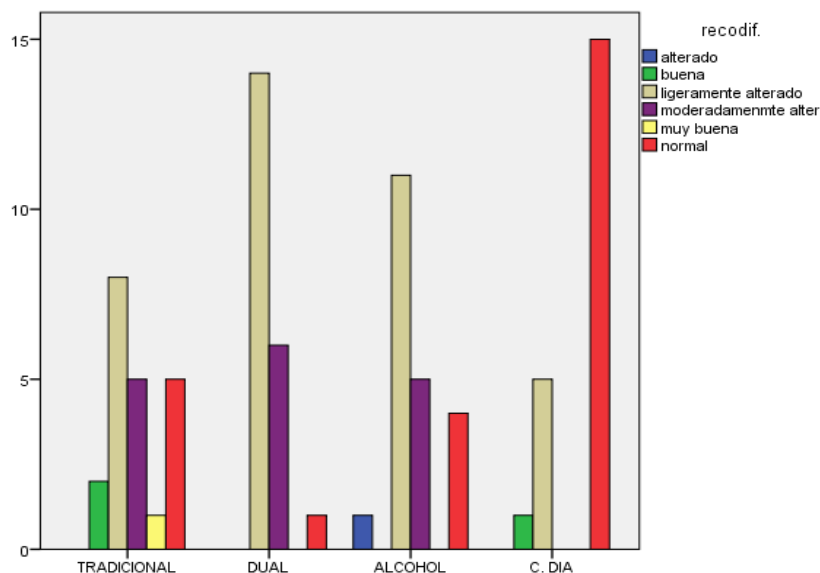


Figura 67: Función ejecutiva, búsqueda de llaves.

En el subtest “mapa del zoo” encontramos un nivel de significación ($p=0,002$, verosimilitud: 0,000). El grupo que denota más variabilidad en el que estaban realizando tratamiento base en la comunidad tradicional, y es el único grupo en el que hay personas que presentan las puntuaciones más altas de toda la muestra mostrando muy buena planificación y ejecución de las tareas o planes de acción (figura 68).

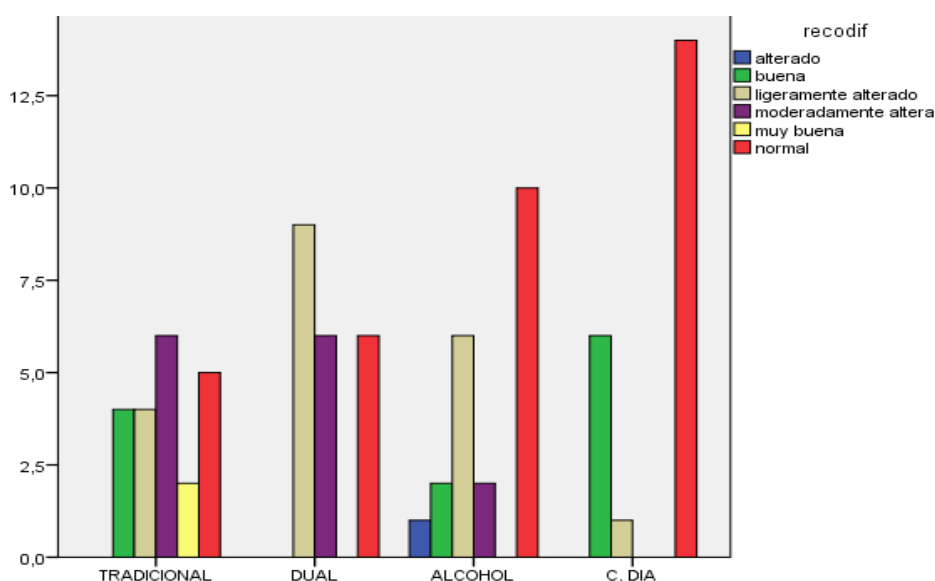


Figura 68: Función ejecutiva, mapa del zoo.

Por último, destacamos las diferencias encontradas en torno a la inteligencia. Las personas que han consumido menos cantidad y durante menos tiempo, tienen una inteligencia abstracta buena o muy buena en general. El grupo más desfavorecido es el que lo forman personas con adicción y un trastorno psiquiátrico asociado; aunque lo comparten en gran medida personas con problemática de alcohol o con historia de consumo muy arraigada (figura 69).

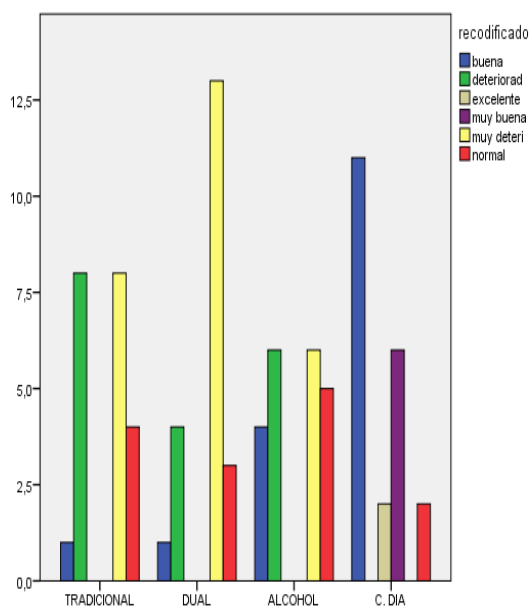


Figura 69: Inteligencia.

10.6. Discusión.

Partiendo de la clasificación de drogas que planteó Laporte (1976) y que nosotros expusimos en el capítulo 4 de esta tesis, en la cual se explicaba cómo las drogas varían dependiendo como afectan al S.N.C. Las distintas sustancias pueden deprimir o elevar (drogas depresoras), acelerar o estimular (drogas estimulantes) y perturbar o distorsionar (drogas perturbadoras), el S.N.C. Teniendo en cuenta que las drogas inciden directamente sobre el S.N.C y que esto afecta a las funciones cognitivas y las va alterando y deteriorando de manera significativa, consideramos oportuno replantearnos que el uso de drogas va más allá de salir de fiesta o divertirse y consumir determinada sustancia para pasarlo bien y conseguir ciertos efectos en principio placenteros, pero que pueden conllevar un proceso de adicción encubierto.

Sin ponernos alarmistas no podemos dejar de afirmar que las drogas afectan de manera representativa a todas y cada una de las funciones y capacidades cognitivas que hemos estudiado: orientación, cálculo, fluidez verbal, memoria, atención, control mental, funciones ejecutivas, inteligencia... No todas las sustancias afectan a las mismas funciones o capacidades superiores y de igual modo, dependen de distintos factores, tales como:

- ✚ tipo de droga,
- ✚ afectación del S.N.C,

- ✚ vía de administración,
- ✚ historia de consumo,
- ✚ frecuencia de consumos,
- ✚ cantidad de sustancia consumida,
- ✚ asimilación y efectos producidos en la persona...

Estos factores, producidos por el consumo de drogas, pueden llegar a producir en la persona alteraciones y déficits cognitivos, verdaderamente importante para sus vidas y las de los demás (familia y entorno social más próximo). La afectación y deterioro cognitivo unido a los demás efectos y síntomas que produce en consumo de sustancias en el organismo y en las personas, interfiere de modo importante en sus vidas y en su persona. Nos llegan en ocasiones personas jóvenes que manifiestan un verdadero deterioro cognitivo y déficits que corresponden a la edad adulta y/o vejez; y esto es provocado en gran parte, por es consumo de drogas.

El uso y abuso de sustancias puede llegar a generar, fomentar y/o ayudar a desarrollar un trastorno psiquiátrico, viendo personas realmente afectadas por el uso de drogas y todo lo que estas conllevan y también por el trastorno psiquiátrico que tienen asociado. Personas en las que su realidad se ve afectada de manera más perjudicial y su vida se ve mediatizada por ambas cosas, la adicción y el trastorno; en nuestro estudio, las que realizan tratamiento en patología dual.

Para que la recuperación sea lo más favorable posible y la persona consiga estar y vivir de manera saludable, vemos importante tener en cuenta las variables y capacidades neuropsicológicas y cómo están afectadas y alteradas en las personas con problemas de adicción; para así poder apoyar de una manera más adecuada a este colectivo y a las personas que lo forman.

Teniendo en cuenta lo expuesto con anterioridad, afirmamos que no es adecuado el uso, y menos el abuso de sustancias por lo que éstas generan en el S.N.C y también en las distintas capacidades cognitivas, produciendo alteraciones y déficits en ocasiones irreversibles e influyendo negativamente en las personas y en su salud, en la familia y en la sociedad en la que viven.

Consideramos oportuno fortalecer y estimular todas y cada una de las capacidades neuropsicológicas, en nuestro caso: la memoria, atención, funciones

ejecutivas, inteligencia... y cómo se puede intervenir y trabajar éstas con el fin de protegerse de enfermedades y trastornos que puedan surgir.

En el caso de que haya trastornos psiquiátricos convendría potenciar las habilidades cognitivas para compensar y retener los déficits y recuperar ciertas capacidades que mejoren y proporcionen estados saludables y sanos. Todo esto para amortiguar los efectos de las drogas en las funciones neuropsicológicas.

Entendemos que es fundamental tener en consideración y prevenir estados de enfermedad y déficits cognitivos, bien por adicción, bien por otra patología mental asociada. Para hacernos una idea del momento en que se encuentra la persona a nivel de deterioro cognitivo y de cara a empatizar e intervenir con ella del modo más correcto, para que se genere una alianza terapéutica y exista cierta comunicación, es importante valorar aspectos propios de la adicción como: droga principal de consumo, edad de inicio, tiempo y frecuencia de los consumos...

Concluimos que para poseer salud y para tener las capacidades cognitivas preservadas, debemos protegernos y evitar riesgos, sobre todo los causados por el consumo de drogas. El uso y abuso de distintas sustancias repercute en alteraciones cognitivas que afectan no solo a nivel psicológico (afectivo y cognitivo) sino también físico (conductual), produciendo e interfiriendo en sus vidas de manera desoladora.

Promovemos para ello conductas sanas a nivel personal y social, evitando los consumos y riesgos derivados de los mismos y fomentando estados y situaciones de abstinencia, reforzando las capacidades y estimulando a la persona cognitivamente.

11. SICKNESS

11.1. Introducción.

Entendemos sickness como la concepción social de la adicción (en nuestro caso) y el estereotipo que se ha creado entorno a la misma, ya que éstos derivan en actitudes estigmatizantes y comportamientos discriminatorios hacia las personas que las padecen; lo que genera un fuerte impacto en su desempeño dentro de la sociedad.

Las ideas respecto del origen y las causas de la adicción son tan diversas, que pueden ir desde debilidad hasta posesión o vicio; pero sin importar cuál sea esa idea, sea porque son consideradas personas incapaces de tomar decisiones, personas impulsivas y/o violentas, personas en ocasiones delictivas y dañinas... una mayoría confluyen en la necesidad de aislarlas de la vida social, bajo la mirada cómplice de muchas instituciones (la comunidad, centros o servicios socio-sanitarios, las organizaciones internacionales), en ocasiones de la familia e incluso de la misma persona.

Nosotros tenemos clara nuestra visión de esta realidad y luchamos por evitar que las consecuencias negativas para las personas sean las menos posibles. Vivimos esforzándonos por afrontar esta situación y vivencias de consumo y por la libertad de ser independientes y autónomos.

Lo expuesto con anterioridad está claro, ahora bien, la opinión y visión que tendrán las personas en general, que no han vivido de cerca, en ninguna de sus expresiones, el mundo de las drogas; es decir, que nos interesa conocer la opinión que se tendrá a nivel social de las drogas y las personas que las consumen.

Hay un elevado número de personas en la sociedad que no ven bien el mundo de las adicciones, es más, las personas con problemas de adicción forman parte de un colectivo en exclusión social.

Victor Renes (1996), expuso que la adicción a drogas representa uno de los principales mecanismos que contribuyen a conformar la reciente fracción social de los excluidos. Jose Felix Tezanos (1997), planteó que esto implica que el tema de la exclusión social no puede tratarse sin tener en cuenta la cuestión del impacto de las drogas.

No obstante, a nosotros nos parece interesante ofrecer una visión social sobre la opinión de este tema, recogida en la ciudad de Salamanca. Ya que en esta ciudad, y en todas, también hay muchas personas que luchan por acompañar y defender a las personas que están en rehabilitación, a personas que en un momento de sus vidas las cosas se han tornado y no han sabido reaccionar de una manera adecuada, no porque no sean capaces de hacerlo, sino porque en ese momento se han visto desbordados y su respuesta no ha sido la conveniente.

Reseñar la labor de los voluntarios, esas personas anónimas que llenan de ilusión y ternura aquello que hacen, sea lo que sea, ya que lo realizan con tanto cariño, que cualquiera es capaz de percibir ese gesto amable que nos ofrecen cuando vienen.

Las personas en rehabilitación, agradecen a los voluntarios que les devuelvan la confianza, que se sientan queridos e importantes por los demás, que no se vean y sientan rechazo ni lástima, sino igualdad, colaboración y apoyo mutuo.

“Es importante volver a formar parte de algo, sentir que vuelves a relacionarte con los demás sin buscar nada a cambio, ni por tu parte ni por la suya...y tener ese convencimiento de hacer las cosas sanamente y sin egoísmo”

T.Q.G (persona en terapia).

“Para mi es importante poder compartir mi afición y mi hobby con los demás, disfruto haciéndolo, y mejor si lo hago en compañía de personas que demuestran día a día su esfuerzo y coraje en lo que hacen. Todos salimos aprendiendo algo, todos salimos ganando”.

M.J.G.G (voluntario).

11.2. Objetivos.

Conocer y comprender cómo percibe la sociedad el mundo de las adicciones y de las personas con problemas de adicción (cómo conviven con esta realidad), en relación a los siguientes factores:

✚ Adicción:

- percepción de la adicción.
- percepción de las personas con problemas de adicción.
- percepción de las personas en rehabilitación.

- conocimiento de tratamientos, medios, apoyos y ayudas.
- ✚ Aceptación e interferencia en vida cotidiana.
 - aceptación de personas con problemas de adicción.
 - aceptación de personas en rehabilitación.
 - expectativas de rehabilitación.

11.3. Hipótesis.

La hipótesis inicial que planteamos es que esperamos obtener diferencias en las opiniones realizadas por algunas personas que forman parte de la sociedad Salmantina en la que vivimos actualmente, en los factores de adicción y aceptación e interferencia en la vida cotidiana.

- ✚ Hipótesis 1: las personas que comprenden la adicción y aceptan a las personas que viven esta realidad, presentará diferencias de opinión y pensamiento en las variables estudiadas respecto a las personas que no la comprenden.
- ✚ Hipótesis 2: se encontrarán diferencias entre las personas en las variables estudiadas a nivel de adicción, aceptación e interferencia en la vida diaria.

11.4. Método.

11.4.1. Selección del dispositivo.

Debido a que esta tesis se ha realizado en Salamanca, con personas que están realizando su terapia de rehabilitación en esta misma ciudad, con familiares que mayoritariamente residen también en esta provincia; hemos considerado oportuno realizar las preguntas a personas que estuviesen en Salamanca en el momento de realizar la entrevista.

Los lugares en los cuales les realizaron las entrevistas fueron dos:

- ✚ Plaza Mayor.
- ✚ Campus de la Universidad de Salamanca.

En el proceso de selección se tuvieron en cuenta que las personas fuesen mayores de edad, que entendiesen perfectamente el castellano y que estuviesen dispuestos a ofrecernos su consentimiento sobre la utilización de sus respuestas a las preguntas realizadas.

11.4.2. Técnicas de investigación.

Hemos utilizado la entrevista que expondremos a continuación y que consiste en diversas preguntas sobre las variables que se desean estudiar en la sociedad, con el fin de recoger la suficiente información y así poder demostrar las hipótesis que se trazaron. En este caso nos interesan datos sobre la adicción y las personas que la viven, percepción de la misma, aceptación e interferencias en la sociedad... y para ello utilizaremos las preguntas que a continuación exponemos:

Cuestionario para las personas de la sociedad que forman parte de este estudio.

1. Datos sociodemográficos.

2. Adicción:

- + percepción de la adicción.
- + percepción de las personas con problemas de adicción.
- + percepción de las personas en rehabilitación.
- + conocimiento de tratamientos, medios, apoyos y ayudas.

3.- Afectación e interferencia en la vida cotidiana.

- + aceptación de personas con problemas de adicción.
- + aceptación de personas en rehabilitación.
- + expectativas de rehabilitación.

11.5. Resultados.

Se obtuvo información sobre 84 personas para mantener constante el número de sujetos que formaban la muestra de esta investigación, cuya edad promedio de las personas evaluadas fue de 48,6 años y el 58,3% eran mujeres.

En lo referente a las variables estudiadas en este apartado, tales como: percepción de la adicción, de las personas que consumen drogas y de aquellas que están en rehabilitación, aceptación de los problemas de adicción y de las personas consumidoras y expectativas de cambio; encontramos las siguientes frecuencias y porcentajes, en las respuestas realizadas por las personas entrevistadas, que forman parte de la sociedad. No se realizan pruebas chi cuadrado porque es un grupo conjunto el que evaluamos, sin que haya otro grupo comparativo, simplemente estimamos y tenemos en consideración su opinión y creencia. En relación a la percepción social de la adicción, un 71,4% concibe a la adicción como mala y un 22,6% la percibe como muy

mala, por lo que la adicción no es considerada para las personas que constituyen nuestra muestra, de una manera favorable (figura 70).

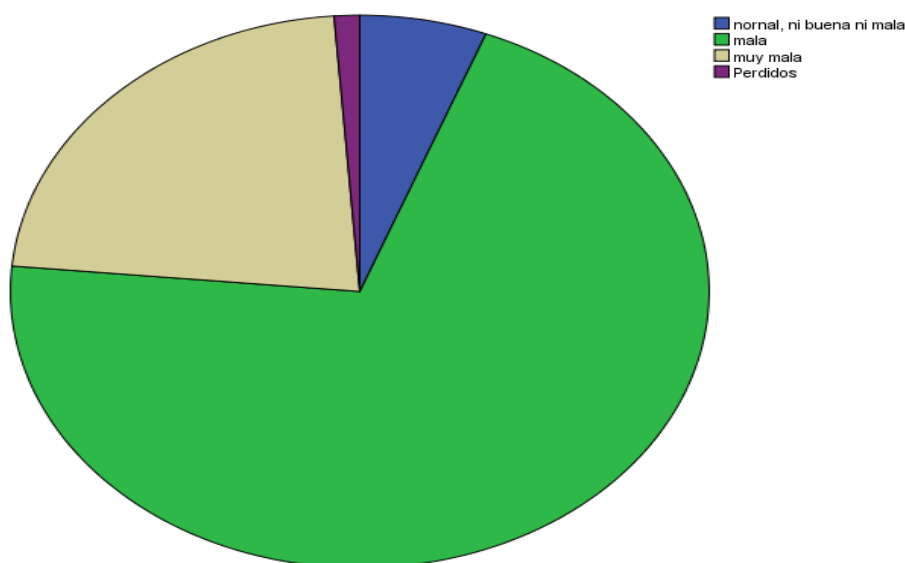


Figura 70: Percepción social de la adicción.

Con respecto a la percepción de las personas consumidoras también hay una mala 56% y muy mala 40, 5% percepción sobre ellos, lo que conlleva que la intensidad del malestar aumenta cuando personalizamos la adicción, es decir, cuando ponemos rostro a la adicción (figura 71).

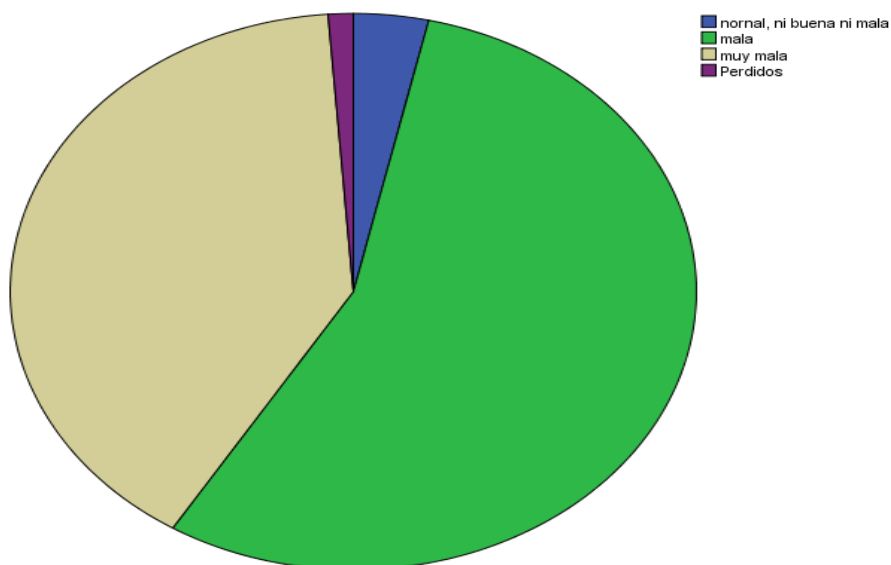


Figura 71: Percepción social de las personas consumidoras de drogas.

El porcentaje y aumento del malestar y el rechazo social que tienen las adicciones, disminuye cuando nos referimos a la aceptación social de las drogas y las

personas que las consumen, dentro del mundo y la sociedad en la que vivimos. Un 43,5% de las personas aceptan poco, tanto las drogas como las personas que las consumen; no obstante, el mismo porcentaje de personas manifiestan que aceptan de modo normal las drogas y también las personas que consumen. Hay ciertos consumos de algunas sustancias, como cocaína, alcohol, cannabis... que se aceptan socialmente en determinadas circunstancias o por determinados grupos sociales (figura 72).

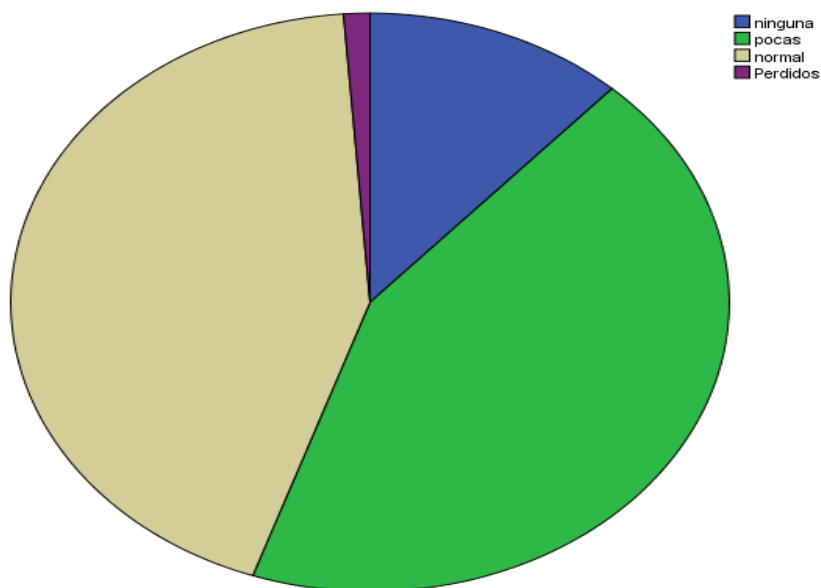


Figura 72: Aceptación social de las adicciones.

La percepción social cambia cuando la persona con problemas de adicción cambia y realiza una terapia para rehabilitarse y reinsertarse en la sociedad, parece que este esfuerzo personal y con repercusión favorable en la sociedad, es valorado de manera positiva por la misma, mostrando un 48,2% de personas una percepción buena y un 40% una concepción normal de la persona (figura 73).

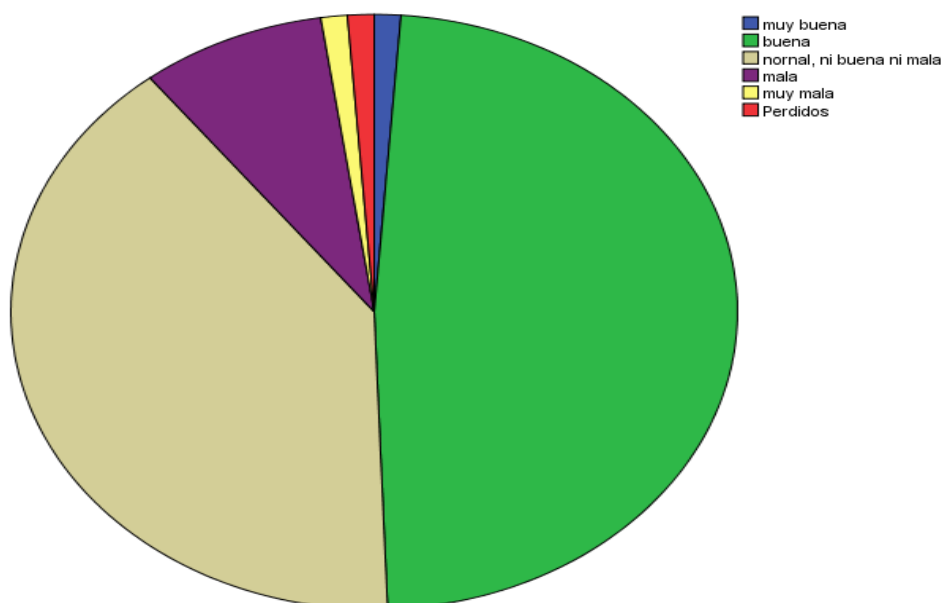


Figura 73: Percepción social de las personas en terapia de rehabilitación.

La aceptación social de las personas en terapia de rehabilitación es mucha y muy buena en un elevado porcentaje de casos 57,6%, y se acepta de manera normal en un 30,6% de las personas que forman nuestra muestra a nivel social (figura 74).

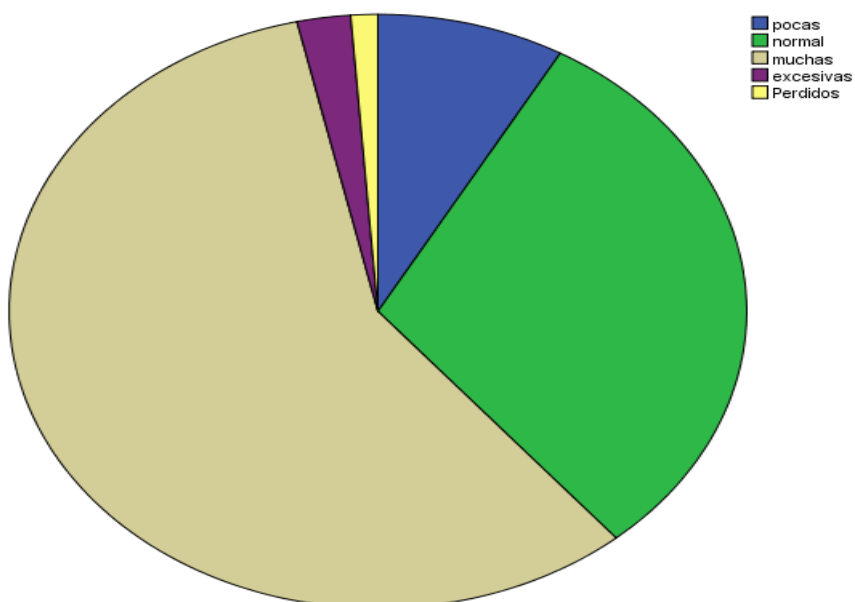


Figura 74: Aceptación social sobre personas en terapia.

Un aspecto a tener en cuenta socialmente, es el hecho de que las personas tienen un conocimiento normal un 54,1% e incluso escaso un 29,4% sobre las ayudas y apoyos de cara ayudar y acompañar a personas con esta problemática. Es decir, que la

opinión social puede ser una y clara: no a las adicciones, pero de cara hacer algo e intervenir esta realidad nos quedamos sin recursos o por lo menos no conocemos los suficientes si queremos cambiar algo y no quedarnos simplemente en la queja y/o en el malestar (figura 75).

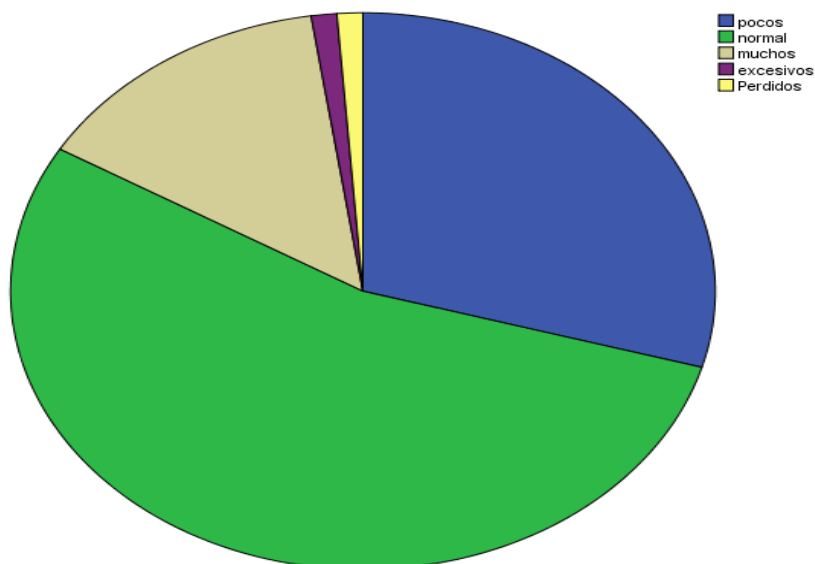


Figura 75: Recursos, apoyos y ayudas.

La expectativa futura ante personas que luchan por sus vidas y están en tratamiento de rehabilitación es mucha en 49,4% de los casos a nivel social y normal en un 25,9%. La sociedad valora como positivo la fuerza de voluntad y el sacrificio empleado por las personas que están en terapia para realizar su cambio personal y de estilo de vida saludable (figura 76).

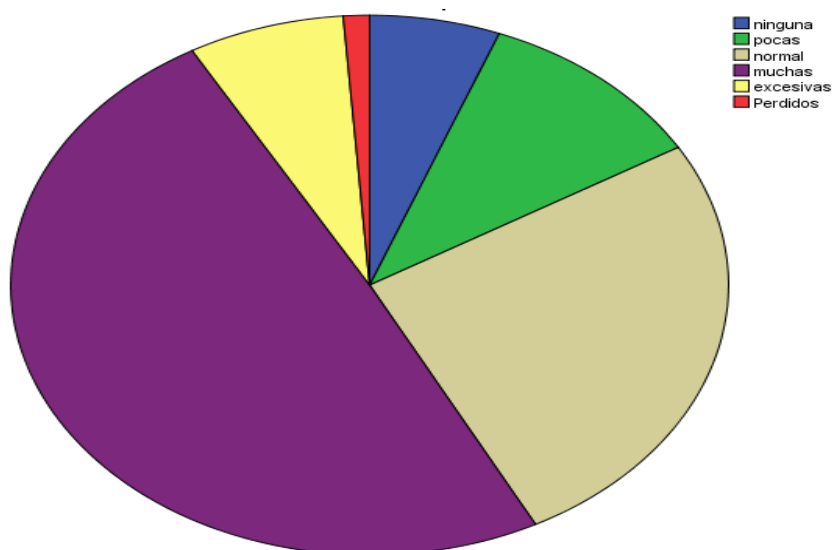


Figura 76: Expectativas futuras.

11.6. Discusión.

La percepción de las drogas y de quien las consume varía en ocasiones a nivel social, dependiendo de la proximidad y utilización de las mismas, es decir, si la droga se encuentra en un entorno social cercano y próximo y en contextos aceptados socialmente en la vida de la persona, ésta lo considera y vivencia como algo normal y permitido. De hecho no se refieren a personas adictas las que consumen ciertas drogas (cocaína, porros...), aunque nosotros pensamos que realmente para el mundo de las adicciones no existes diferencias en el tipo de droga que uno consume, en el género, en la clase social, los estudios y/o educación... ya que hay personas de toda índole con problemas de adicción y ésta no hace distinciones con nadie.

Sin embargo cuando hablamos de adicciones y personas consumidoras de drogas, los sujetos de nuestra muestra representativa de la sociedad, se refieren directamente a personas excluidas en todos los ámbitos de la vida (personal, social, cultural, éticamente...) y consumidora abusiva, demacrada, solitaria, delincuente, malvada...

El estereotipo que tiene la sociedad sobre las personas adictas, fue algo sesgado, y se referían a personas cuya sustancia principal de consumo era la heroína; esta percepción distorsionada de las adicciones, viendo sólo una parte muy reducida de la repercusión de la misma, es lo que evidenciamos en nuestro estudio.

Como si la sociedad se conformara con aceptar y asumir sólo la parte de las adicciones que les perjudica seriamente, sin hacer frente a la realidad general y a los efectos concretos y repercusión en muchas personas y familias que viven en mundo de las drogas de un modo directo o indirecto.

Pensamos que en líneas generales las personas nos acomodamos socialmente y no luchamos por cambiar algo hasta que no lo tenemos cerca y nos interfiere y afecta en nuestra propia vida, sin implicarnos en tareas culturales y sociales sino tenemos un beneficio o interés en ello.

A excepción de los voluntarios y demás referentes a seguir, que dedican su tiempo, esfuerzo e ilusión en causas ajenas a ellos, como ocurre en nuestro caso con los voluntarios que se acercan al mundo de las adicciones a dejarnos su sonrisa y a depositar su granito de arena, traducido en apoyo y entrega hacia los demás.

También es cierto que los miembros de la sociedad valoran de un modo positivo y adecuado el esfuerzo de personas que luchan por cambiar y mejorar en sus vidas, como ocurre con las personas en terapia de rehabilitación y reinserción socio laboral y que se encuentran realizando un proceso de cambio personal, como en nuestro caso.

Lo que si evidenciamos en este estudio es que las adicciones y concretamente las drogas y quien las consume, no dejan impasibles a nadie, y la sociedad se manifiesta de modo contrario e incluso extremista; o se está de acuerdo o en desacuerdo con las adicciones, como que no hubiese término medio. Esto conlleva movernos entre la permisividad de un sector de la sociedad y la exclusión por parte de otros.

Nuestra labor es fomentar e informar con realismo y objetividad de las adicciones a toda la sociedad y concienciar de las consecuencias y repercusión de las mismas en todos los ámbitos, previniendo el uso y abuso de las sustancias y fomentando el conocimiento de recursos y posibilidades personales y asistenciales que favorezca la ayuda y colaboración mutua para lograr combatir las adicciones y superar el mundo de las drogas.

12. CONCLUSIONES. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Una vez que correguimos todas las entrevistas y pruebas, introdujimos los resultados en el programa estadístico de SPSS y realizamos análisis de varianzas de un factor con medidas repetidas (ANOVA).

Encontramos que todas las variables que estudiadas, presentan diferencias significativas (a un nivel crítico de significación p menor o igual a 0,05), en los tres momentos distintos en los que hemos recogido la información.

Comenzamos con el deterioro cognitivo, en el que existe una mejora significativa en las personas ($p=0,000$), en los tres momentos evaluados. Hay una recuperación mayor en el deterioro cuando las personas dejan de drogarse, que cuando inician la terapia, aunque la mejora es progresiva y favorecen ambas cosas: dejar de consumir e iniciar una terapia de rehabilitación.

Obsevamos que las diferencias entre los sujetos cuando están bajo los efectos de las drogas y cuando inician un tratamiento (diferencia en la variabilidad entre pares: el punto 1 y 2) son mayores que cuando están realizando la terapia (diferencia entre variabilidad entre pares: el punto 2 y 3). No obstante, aunque las diferencias sean menores, nosotros nos centraremos en aquellas diferencias producidas por la terapia y no por los efectos de distintas sustancias.

A la hora de referirnos a las diferencias significativas encontradas hablaremos de aquellas que se producen cuando la persona está abstinente; y los momentos que comparamos son: desde que la persona inicia la terapia (1) hasta que lleva siete u ocho meses realizando su proceso de cambio personal y reinserción socio laboral (2). De esta manera nos ayuda a centrarnos en aquellas mejoras significativas ($p=0,000$) en las personas, producidas por la terapia. Acontinuación exponemos la recuperación a nivel cognitivo producido por la terapia, llevando a provocar en las personas con problemas de adicción una recuperación total, manifestando ausencia de deterioro y total normalidad a nivel cognitivo general.

Con respecto a la memoria remota, observamos que aumenta de manera significativa ($p= 0,001$), en el grupo de personas estudiado, denotándose una recuperación de la misma.

Lo mismo ocurre con la memoria a medio plazo, en la que existe una gran mejoría en las personas con problemas de adicción ($p= 0,000$), en los siete u ocho primeros meses de terapia. Las personas despiertan su mente y en este periodo de tiempo, empiezan a responsabilizarse de llevar a cabo ciertas tareas y estar pendiente y retener ciertas cosas, lo que fortalece la retención y la memoria, entre otros aspectos y factores cognitivos.

En relación a la fluidez verbal, existe una recuperación significativa en las personas evaluadas; lo que implica que la persona es capaz de manejarse y desenvolverse verbalmente de un modo más adecuado. Esta fluidez se ve reforzada por la convivencia entre las personas que hace posible romper con los miedos, la timidez y el ridículo y con las relaciones que se producen en la misma, que generan lazos afectivos que dan cabida a la comunicación y el diálogo.

La atención mejora de un modo representativo en las personas adictas que están en terapia de rehabilitación. Las cosas, situaciones y vivencias que les ocurren en la vida empiezan a percibir las como agradables y esto hace que empiecen a prestar atención a aspectos que antes no tenían el más mínimo interés, de hecho, con anterioridad solo prestaban atención aquello que estaba relacionado con el consumo.

Las personas que están realizando su proceso de cambio personal, también mejoran significativamente en la concentración ($p=0,000$), aspecto importante a la hora de desarrollar cualquier tarea y de desempeñarla con lógica y responsabilidad, aspectos que se trabajan desde el inicio del tratamiento.

Las habilidades mentales y el control sobre las mismas, es una de las variables que se ve aumentada de manera significativa ($p= 0,000$), en las personas que forman parte de nuestra muestra.

Con respecto a las funciones ejecutivas, en todas las pruebas que hemos empleado para estudiarlas (trazo a y b, mapa del zoo y búsqueda de llaves), las personas han ofrecido mejor resultado cuando llevaban realizando la terapia entorno a siete meses.

El tiempo que emplean para realizar una tarea sencilla disminuye significativamente, en las personas que están en terapia educativa.

En la ejecución de tareas complicadas, el tiempo de realización desciende significativamente ($p= 0,000$), además las personas muestran una mayor destreza y habilidad.

Cuando nos referimos a la ejecución de una acción ya planificada y que hay que llevar a cabo, las personas manifiestan una mejora significativa ($p= 0,000$), cuando llevan realizando terapia de rehabilitación entorno a siete meses.

A la hora de llevar a cabo la planificación de una tarea y después ejecutarla, observamos mejoría significativa ($p= 0,000$) en las personas evaluadas; indicando que en este tiempo de cambio personal, la persona ya se desenvuelve y realiza planes de actuación fundamentales para percibir que tienen el control de sus actos, aspecto que se refuerza de manera constante en los seminarios, talleres...

La inteligencia viso espacial muestra un aumento significativo ($p= 0,000$) en las personas evaluadas, aspecto que mostramos a continuación en el siguiente gráfico.

Observamos que la ansiedad como estado (momento puntual) desciende de manera representativa ($p= 0,000$) en las personas en proceso de cambio.

Lo mismo ocurre con la ansiedad entendida como rasgo o característica personal, que disminuye significativamente ($p= 0,000$), en los primeros meses de tratamiento, aspecto que se trabaja mediante el autocontrol, manejo de impulsos y gestión de sentimientos, abordado en los distintos grupos terapéuticos.

El índice depresivo también se ve afectado bajando las puntuaciones de los sujetos de manera significativa ($p= 0,000$), lo que conlleva que las personas se encuentren sin indicadores depresivos, en la mayoría de los casos. Esta mejora en el estado de ánimo, viene dada en parte, por el aumento de autoestima y confianza en la persona y en los demás.

En relación al bienestar y la calidad de vida en personas con problemas de adicción, percibimos que mejoran durante la terapia de rehabilitación en todos y cada uno de los factores estudiados al respecto. Como por ejemplo como ocurre con el bienestar laboral, que mejora significativamente ($p= 0,000$) en el grupo de personas que forman parte de nuestro estudio.

Probablemente la mejora en el bienestar laboral repercute también a nivel material, de hecho, existe un aumento ($p= 0,000$) en el bienestar material de las personas, entorno a siete meses de estar recibiendo terapia.

Cuando la persona en tratamiento lleva abstinentes tiempo y demostrando que se está esforzando en cambiar y superarse en la adversidad, es cuando la familia y el bienestar entre sus miembros se hace presente de un modo representativo ($p= 0,000$), provocando en las personas en rehabilitación, un apoyo y confianza necesario para poder llevar a cabo cualquier cambio personal.

En el caso de que la persona tenga pareja, también se evidencia un mayor bienestar ($p= 0,000$), volviendo a restablecerse los vínculos perdidos y la confianza en el otro y en la pareja. Las relaciones interpersonales y afectivas se fortalecen desde el primer momento por la propia convivencia y por el sentido de ayuda, es decir, que la persona no está sola y necesita de los demás, no para depender de ellos sino para superarse y afrontar dificultades y retos.

Con todos los cambios producidos en el bienestar, es fácil entender que las personas en terapia, también mejoran significativamente ($p= 0,000$) en el estado emocional.

El hecho de que las personas empiecen asumir sus actos y las consecuencias de los mismos y que se responsabilicen de lo que hacen, determina que aumente de modo representativo la autodeterminación ($p= 0,000$), de estas personas que estaban realizando la terapia. La reafirmación de su persona y de lo que hace, lleva a la persona a fortalecer su autodeterminación.

La inclusión social aumenta significativamente ($p = 0,000$) en las personas con problemas de adicción evaluadas en este estudio, no solo a la hora de relacionarse con otras personas sino a la hora de formar parte de un grupo, con un fin común: un mundo libre de drogas y un estilo de vida saludable.

Así pues, si tenemos en cuenta todo lo comentado en el capítulo cuarto, y destacando el MBPS, el método empleado, los estadios de cambio, las técnicas de intervención, el abordaje terapéutico, las herramientas utilizadas, la alianza generada... y todo aquello que tenga que ver con la terapia educativa terapéutica que empleamos para la rehabilitación y reinserción socio laboral de personas con problemas de adicción; y observando los cambios significativos en las distintas variables estudiadas, como consecuencia del efecto de la realización de la terapia de rehabilitación y reinserción socio laboral, en los siete u ocho primeros meses de tratamiento, nos parece adecuado destacar las siguientes cuestiones, que exponemos a continuación.

Referente al consumo de sustancias, la terapia no sólo favorece a la persona para que desarrolle sus capacidades, afronte sus miedos y se recupere y mejore en muchos aspectos, sino también como soporte y mantenimiento de una vida abstinentes. En relación a este aspecto es tan fundamental para la persona que realice el tratamiento como que no vuelva a consumir y gracias a la terapia se consiguen ambas cuestiones (mantener la abstinencia y recuperarse en distintos aspectos personales y sociales).

La terapia utilizada, basada en el MBPS, se centra en estudiar a la persona desde los diferentes ámbitos: biológico, psicológico y social, para lograr que la persona no solo deje de consumir sino también sea autónoma e independiente y lleve un estilo de vida saludable.

Cuando las personas inician el tratamiento piensan que su problema es el consumo de drogas, aunque en realidad es todo aquello que le lleva a drogarse, sin tener necesidad, es decir, que las drogas no son el problema sino las consecuencias de aspectos no afrontados en la persona, no gestionados de un modo adecuado y/o no asimilados ni percibimos de manera correcta.

Esto es un proceso en el cual la persona va interiorizando poco a poco que tiene que trabajar aspectos personales, empezar asumir responsabilidades, tomar decisiones y ser consecuente con las mismas. La persona en proceso de rehabilitación va

comprendiendo que los consumos y la adicción es un problema que recae sobre él mismo y que él es el único que puede ponerle solución y realizar el proceso de cambio personal de un modo adecuado y sincero.

Uno de los aspectos más representativos del estudio son las mejoras significativas en todas las variables neuropsicológicas y funciones cognitivas evaluadas. Destacando el descenso del deterioro cognitivo, la recuperación de la memoria remota y a medio plazo, la disminución de alteraciones en la atención y concentración, aumento de la fluidez verbal y del control mental, reducción del tiempo en las tareas tanto sencillas como complejas, mejora en la planificación y ejecución de tareas y aumento en la inteligencia viso espacial.

Encontramos que a los siete u ocho meses de tratamiento hay una recuperación cognitiva que repercute en todas las funciones cognitivas evaluadas, evidenciando una mejora significativa en este aspecto. Es decir, que la realización del tratamiento aumenta significativamente las capacidades cognitivas.

Estos cambios son producidos en parte porque la persona empieza a construir respuestas alternativas a estímulos condicionados y mediatizados por los consumos. El tratamiento fomenta alternativas conductuales a la conducta adictiva y también manejo de estímulos y gestión de los mismos. Para ello se llevan a cabo entrevistas individuales, seminarios y se abordan en el grupo de autoayuda, haciendo que la persona aprenda a manejar su entorno y su vida de un modo adecuado y sea capaz de controlar sus comportamientos y sus impulsos, desarrollando los que le favorecen y evitando los que le perjudican.

En relación a los estadios de Prochaska y DiClemente (1982), vemos que entorno a los siete meses la única fase que se reactiva es la de la acción, las demás fases se retraen e inhiben. Pretendemos ayudar de un modo adecuado a todas las personas, fomentando que evolucionen hacia nuevos estadios y no se estanquen en estadios anteriores.

En cuanto al bienestar y calidad de vida encontramos diferencias significativas, en todas las variables estudiadas, tales como: disminución de la ansiedad tanto en el estado (momento puntual) como en el rasgo (característica personal), descenso del

índice depresivo y aumento en el bienestar laboral, material, familiar, emocional y en la relación de pareja.

Es fundamental para la rehabilitación que la persona se responsabilice de sus actos y de las consecuencias de los mismos; para no victimizarse de su realidad, para asumir sus errores y así poder cambiarlos. Hasta que las personas no nos comprometemos y nos responsabilizamos de nuestros actos, no ejercemos control sobre ellos y no nos vemos ni sentimos capaces de afrontarlos. Además si no nos sentimos y percibimos responsables de nuestros comportamientos, evitamos las situaciones desagradables, pero también las agradables y al final la persona no se ve participe de nada, repercutiendo en su concepto de persona sin recursos y capacidades.

Con respecto a la autodeterminación e inclusión social, y la mejora en ambos aspectos a lo largo de la terapia es bastante coherente si tenemos en cuenta el método empleado, en el cual se llevan a cabo diferentes grupos que tratan distintos aspectos como: distintos aspectos personales y/o convivenciales (grupos de autoayuda), sentimientos (grupo dinámicos), patrones de conducta (grupos estáticos),... En todos ellos la persona tiene la oportunidad de empezar a reconocer las cosas, a expresarse libremente sin ser juzgado, a proponer sus inquietudes y a comprometerse a realizar cambios en sus vidas, que no sólo repercutirán a él sino también a todas aquellas personas que forman parte de sus vidas.

Durante la realización del tratamiento, en la convivencia y en los distintos grupos se desarrollan relaciones de ayuda y colaboración personales que van generando vínculos afectivos muy potentes, ya que se han construido en un ambiente de superación y dificultad, lo que hace que esos lazos afectivos sean mucho más sólidos y consistentes. Esto, unido al desarrollo de capacidades y habilidades sociales lleva a las personas a mejorar considerablemente sus relaciones personales, familiares y sociales.

13. APLICABILIDAD DEL TRABAJO.

Por todos los cambios positivos producidos en las personas y por las implicaciones que tienen tanto para ellos como para los demás (familia, amigos, sociedad...) sólo podemos concluir que la terapia educativa terapéutica basada en el MBPS que empleamos para la rehabilitación de adicciones, es adecuada y no sólo mejora la vida de las personas que las padecen sino la de su entorno más cercano.

Es por ello que creemos que este método se podría aplicar a otros colectivos y a otras problemáticas, con el fin de que existan las mismas mejoras y repercusión en todos los ámbitos mencionados (personal, familiar y social).

Teniendo en cuenta el mundo de las adicciones y las personas que las sufren y entendiéndolo que las personas con consumos establecen una subcultura entorno a la droga, queremos destacar no sólo la organización, los roles que ejercen cada miembro, las relaciones... sino sobre todo los propios rituales de elaboración y preparación de la sustancia que se llevan a cabo y que son fuente de motivación y de deseo, casi más que los propios consumos.

Los informantes nos indican la satisfacción que les produce preparar la sustancia a consumir, por ejemplo: mezclar el tabaco con el hachis o la marihuana, disolver la cocaína y heroína en amoníaco y ver como va quedando la sustancia pura en la cuchara para luego fumar y/o “picarse”, machacar la cocaína y el speed antes de hacerse una raya, escuchar el sonido de los hielos cuando cae la bebida y suben las burbujas... aspectos fundamentales a tener en cuenta y que no sería posibles de describir sino es mediante su testimonio y la convivencia establecida durante el trabajo etnográfico. Es decir, si nos adentramos en las vidas de las personas que han pasado por esta situación, descubrimos aspectos que de otra manera no sería posible, abordar las investigaciones desde el punto de vista de trabajo de campo y vivencia del mismo ayuda a desenmascarar las verdaderas cosas que mueven a las personas y por consiguiente, mueven al mundo (figura 77).



Figura 77: Cannabis, éxtasis, cocaína, heroína y crack. Diversidad de drogas, hábitos y rituales de consumo.

Desde la mirada de la Antropología aplicada, con la que la hemos abordado esta realidad personal y social, nos parece adecuado plantear las conclusiones haciendo referencia a la aplicabilidad de nuestro estudio de campo.

Hemos intentado plasmar todos los conocimientos sobre las adicciones, las drogas, las personas que las consumen, las relaciones personales y sociales de las mismas, para poder comprender este entramado de consumo y soledad y poder contribuir e intervenir en el mismo, para promover el cambio. Nos hemos esforzado en reflejar de una manera realista y objetiva esta realidad y las necesidades de quien la padecen directa o indirectamente, fomentando los recursos y habilidades personales e incidiendo también en el entorno familiar y social; valorando los factores de riesgo y protección y la repercusión tanto personal como sociocultural.

De este modo, no sólo hemos descrito las adicciones como meros informantes, sino que hemos vivido esta realidad desde todas sus vertientes: la de personas y familias que están desoladas y la pena y la desesperación les impregna debido a la adicción, personas que no dan un duro por sus vidas y que la desilusión inunda sus vidas sin dejar cabida a nada más allá que la angustia, la de la sociedad y cultura que las acoge...; para así poder intervenir y promover el cambio necesario para afrontar las adicciones y conseguir estados de salud adecuados y sin drogas.

Centrándonos en la Antropología médica y bajo su prisma, exponemos a continuación los resultados sobre la adicción, cuidados y requerimientos saludables para

las personas que la padecen y su entorno más cercano, salud mental y trastornos psiquiátricos asociados, desarrollo y evolución biosocial de la misma y tratamiento en rehabilitación e inserción socio laboral.

Para ello, mostramos los factores que influyen en las adicciones, desde los síntomas y repercusión de la adicción en la persona (disease), la experiencia y vivencia personal (illness), familiar (illness familiar), y la percepción social (sickness) de la misma. Valoramos y recogemos todos los aspectos y procesos de cambio que se producen desde los estados de enfermedad (adicción) hasta los propios de personas sanas, que es lo que pretendemos.

Con respecto al término “*illness*” hacemos alusión a las valoraciones que realizan las personas con problemas de adicción sobre su estado salud o enfermedad a nivel subjetivo, como experimentan y vivencian su vida y su persona y que sentimientos y emociones les generan esta manera de vivir; tanto cuando están consumiendo, como cuando ya están rehabilitados y son totalmente independientes y autónomos.

Cuando las personas dependen de las drogas y su vida gira entorno a ellas, perciben que su vida no tiene mucho sentido, que no merece la pena vivir, que nadie les ofrece una posibilidad ni opción diferente ni mejor para aliviar sus pesares y su sensación de incapacidad y angustia permanente. Sus vivencias son negativas en todas las facetas de sus vidas, se han separado de sus seres queridos (familia, amigos, compañeros...), no tienen relación con nadie que no sea su camello y sus colegas de consumo, la soledad determina y acompaña sus pasos y en muchas ocasiones ven a las personas cercanas de una manera furtiva, ya que nadie quiere tener relación con personas que consumen y que llevan un proceso de adicción y un de estilo de vida vinculado al consumo. Se sienten incapaces y culpables de todo lo que han ido generando a su paso, de riñas, rupturas, angustia, dolor, sufrimiento... y todo esto les genera más frustración, rabia y tristeza.

La personas que ya han afrontado la adicción, están abstinentes y llevan una vida saludable, perciben de manera satisfactoria y dan sentido a su vida, se enfrentan a nuevos retos porque se ven capaces y con recursos para llevarlos a cabo, tienen vivencias positivas, y las negativas las asumen de modo objetivo y realista, se relacionan de manera adecuada con sus seres queridos y con aquellas personas que

tengan que relacionarse en el día a día, ya que han retomado con una vida sana y normalizada (familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo...). Se sienten realizados y son felices disfrutando de lo que tienen y luchando por conseguir dignamente por lo que no tienen.

Este cambio en el illness se va produciendo poco a poco y se ve influido por el aumento de autoestima, la percepción que tienen de ellos sobre sus recursos y habilidades, generada por verse capaces de resolver conflictos y manejar de un modo adecuado situaciones, ofreciendo alternativas y manejando la frustración sin dejarse llevar por ella ni por la recompensa inmediata. La gestión de las apetencias y el autocontrol personal que van viviendo durante el tratamiento y la convivencia, hacen esto posible. Además el hecho de dar importancia a las cosas que posee, disfrutando de las mismas y no sentirse insatisfecho por aquellas que no tiene, ayuda a recuperar relaciones y vínculos afectivos familiares y sociales necesarios para percibir y vivenciar un estado de salud satisfactorio.

Referente al término “*disease*”, que evalúa los aspectos y déficits fisiológicos que generan un problema de salud y que disminuyen las habilidades físicas y con ellas, el bienestar subjetivo y la calidad de vida. Nuestra manera de analizar la “*disease*” ha sido evaluando los síntomas a nivel afectivo (ansiedad, depresión, bienestar subjetivo y calidad de vida) y cognitivo (mediante el estudio de distintas capacidades cognitivas como memoria, atención, funciones ejecutivas, inteligencia...) que afectan en las personas y que son convenientes modificar para que se genere un estado de salud adecuado.

En este sentido, las personas que están consumiendo muestran estados de ansiedad moderados y estados depresivos moderados e incluso graves y no sienten que tengan buen bienestar laboral, material, de familiar, de pareja, social... lo que les lleva a experimentar verdadera presión, inquietud, angustia y tristeza que les impide desarrollar una vida adaptativa. Observamos también que el uso y abuso de sustancias, producen alteraciones cognitivas como: deterioro cognitivo y déficits en la memoria, atención, control mental, funciones ejecutivas, inteligencia... Además el consumo de drogas favorece la implantación y desarrollo de trastornos psiquiátricos, que se pueden unir y vincular a la adicción, generando en las personas estados de salud muy perjudiciales e

incapacitantes a todos los niveles, haciendo a la persona dependiente no sólo de las drogas sino de personas que le cubran las necesidades básicas, autocuidados e higiene personal.

Las personas que han dejado de consumir y están rehabilitadas y reinsertadas a nivel social y laboral, no manifiestan estados de ansiedad ni de depresión que sean perjudiciales en líneas generales, percibiendo un adecuado bienestar y buena calidad de vida, experimentando las cosas de manera agradable e incluso en ocasiones optimista. Mostrando sentimientos variados que no se centran únicamente en la culpa y que reflejan ilusión y esperanza. Percibimos además una gran recuperación entorno a las capacidades cognitivas estudiadas, llevándose a restablecer estados cognitivos previos. Aunque siempre hay daños y lesiones irreversibles, la persona puede conseguir y de hecho consigue, llevar a cabo una vida

Este cambio en la disease es producido porque la persona empieza aceptar su realidad y afrontar los síntomas y consecuencias que la adicción ha producido en ellos y en su entorno más cercano, van llenando de optimismo sus vidas, esforzándose por conseguir las cosas, estableciendo un orden y organización, respetando las normas y a otras personas, asumiendo responsabilidades y el control de sus propias vidas.

Ambos cambios, los producidos en el illness y en la disease, son producto de emplear el modelo bio psico social (MBPS), para abordar los problemas de adicción y conseguir que la persona se recupere y rehabilite de su estado de enfermedad. Del mismo modo, podemos utilizar este modelo para tratar otro tipo de enfermedades y realidades.

Por lo tanto la aplicabilidad de este trabajo de campo reside no sólo en describir la adicción sino también poder ayudar a la persona a recuperar estados saludables y poder recomponer su vida a nivel biológico (controlar estados de ansiedad, no entrar en estados depresivos y destructivos, y recuperar capacidades cognitivas alteradas), psicológico (vivencias, experiencias, autoestima, autocontrol...) y social (relaciones interpersonales y relaciones afectivas).

El poder acercarnos a distintas enfermedades y poder contribuir a mejorar la vida de las personas que las padecen, nos motivó a plantear abrir más canales de actuación

sanitarios y asistenciales para poder intervenir en distintas realidades que viven muchas personas, y que son posibles de mejorar aplicando este modelo.

- + personas con enfermedades crónicas y/o degenerativas (Alzheimer, Parkinson, esclerosis múltiple...),
- + personas con discapacidades físicas y/o psicológicas (parálisis, problemas motores, retraso mental...),
- + trastornos psiquiátricos y todo lo relativo a salud mental (esquizofrenias y otros trastornos psicóticos, obsesiones, depresiones...)
- + y cualquier persona con un estado de salud inadecuado que le repercute e interfiera en su vida y en la de los demás.

Hacer posible que personas con problemas de salud sean capaces de conseguir llevar una vida independiente y saludable, que recuperen la confianza en ellos mismos y en los demás, que se responsabilicen y asuman sus decisiones, sus actos y sean consecuentes con los mismos, que tengan ganas de descubrir lo que les depara el día siguiente y que perciban la vida y el mundo de distintos matices... da sentido y recalca la idea de extender el MBPS a otras entidades médicas.

Una de sus ventajas, es que se puede aplicar de manera individual y de manera colectiva o grupal.

Desde el punto de vista individual se puede utilizar con cualquier persona. Nosotros nos hemos centrado en la aplicabilidad, en relación a promover estados saludables en personas que sufren enfermedades y/o ciertos estados de salud inadecuados, aunque en realidad se puede generalizar su uso para todas las personas, ya que se pretende mejorar y cambiar a nivel biológico, psicológico y social, con el fin de tener una vida mejor, sin sufrimiento ni dolor, fomentando factores de protección y evitando factores de riesgo.

Desde el punto de vista colectivo o grupal no solo aprendemos a conocer una problemática o enfermedad, sino trabajarla de manera conjunta facilita en muchas ocasiones y aporta aspectos que de manera individual no serían posible, como la identificación con los demás, el tener referentes que han pasado por su misma situación o parecida y han sido capaces de superarse en la adversidad, el ejemplo y testimonio de otros

compañeros, el apoyo mutuo y la lucha por afrontar la misma problemática, tener un fin común (la recuperación y rehabilitación)... Por lo tanto abordar un problema conjuntamente ayuda y favorece a superar ese problema de un modo más adecuado y sano.

Los grupos y las relaciones que establecen sus miembros, entre ellos y entre otros grupos, proporcionan una amplia aplicabilidad y dependiendo lo que queramos conseguir, el objetivo de intervención irá cambiando. Nosotros destacamos el trabajo que se puede realizar con los grupos, tales como:

- ✚ trabajo en torno a las relaciones afectivas (normas y límites, libertad, posicionamiento, respeto y amor),
- ✚ trabajo de las relaciones interpersonales (habilidades sociales, empatía y asertividad),
- ✚ competencias personales y auto ayuda (resolución de conflictos, toma de decisiones),
- ✚ relaciones con grupos de referencia (identificación, aceptación y tolerancia),
- ✚ trabajo de cooperación y apoyo (gestión de sentimientos e ideas irracionales, trabajo en equipo, colaboración, valoración sobre el esfuerzo).

Admitir que muchas de las variables que repercuten en los estados de salud adecuado, son aprendibles, moldeables y/o educables y hacen posible que se puedan integrar en programas escolares, laborales, organizacionales, prevención de enfermedades y promoción de salud mental y como en nuestro caso, de rehabilitación y reinserción social y laboral.

No nos queremos olvidar de la importancia del entorno en el que se lleva a cabo la enfermedad y donde se da cabida a la persona con problemas de salud. El contexto familiar y social es fundamental abordarlo, ya no solo por su propio padecer, el de cada miembro de la familia y amigos, sino para ayudarles a ser capaces de superar conjuntamente la enfermedad y saberla llevar del modo menos dramático posible. Además es fundamental el trabajo que se realiza con los familiares y amigos para que además puedan mantener esa situación en el tiempo. En muchas ocasiones, son ellos los que necesitan más apoyo, ya que son consciente de la realidad que les ha tocado vivir (en ocasiones las personas enfermas no tiene esa necesidad de cambio y mejora).

En nuestro caso, las adicciones, y con respecto al “*illness familiar*” (las vivencias que experimentan los familiares y amigos ante la vida y los consumos de un ser querido) podemos concretar que cuando aparece la adicción, el núcleo familiar y las personas más próximas, se ven afectadas desde el primer momento, repercutiendo en el estado de ánimo, en sus relaciones, en su humor e incluso en sus hábitos, ya que toda su vida cambia y gira en torno a la persona con problemas de adicción. La adicción va sustituyendo la unión por ruptura familiar, la ilusión por desesperanza, el cariño por la distancia... Cada persona acepta y asimila esta situación de manera distinta, aunque de cualquiera de las maneras, se encuentran perdidos ante esta nueva situación y cómo manejarla, además la vivencia de modo angustioso ya que en muchas ocasiones les puede la impotencia y el no saber como reaccionar ni ayudar.

Los miembros de la familia y de su entorno cercano, no empiezan afrontar esta situación hasta que verdaderamente no tienen la confianza con la persona en proceso de rehabilitación, hasta que no les demuestran que quieren cambiar y que para ello están dispuestos a esforzarse y a poner voluntad. El hecho de ver a sus seres queridos cambiar unido a que ellos mismos también cambian y se liberan de sus temores, se relacionan con otros familiares, expresan sus sentimientos, exponen sus vivencias, sus cambios a realizar y compromisos a llevar a cabo, para que el núcleo familiar y social se restablezca adecuadamente y la rehabilitación y el mantenimiento de la misma sean duraderos.

La aplicabilidad de esta tesis con respecto al trabajo con familias y el entorno más cercano, se puede emplear para desarrollar y educar en distintos aspectos, puede tener distintos fines, plantearse diferentes metas... es decir se puede aplicar a todas las familias y amigos, solo depende las necesidades que se quieran cubrir y los factores de riesgo que se quieran evitar. Algunos ejemplos en base a su aplicabilidad son:

- ✚ trabajo en torno a las relaciones que se establecen (liderazgo, sumisión, valores, afecto e unión y cohesión),
- ✚ competencias personales de cada miembro (diferenciación de roles, habilidades personales y sociales y cooperación),
- ✚ trabajo de pareja (empatía, recibir y decir críticas, resolución de conflictos, toma de decisiones, respeto),

- ✚ desarrollo de habilidades a la hora de aceptar su realidad y superarla con técnicas y herramientas para ello,
- ✚ trabajo de colaboración y apoyo (gestión de sentimientos e ideas irracionales, trabajo en equipo, colaboración, valoración sobre el esfuerzo),
- ✚ e informar y prevenir en la problemática que se quiera abordar, sea cual sea.

Inevitablemente la familia y los amigos son fundamentales a la hora de abordar cualquier realidad cultural y social, los vínculos que establecemos son tan poderosos y determinan en la vida de cualquier persona de tal modo, que nos parecen imprescindibles; por lo que nuestro desempeño irá encaminado en toda intervención a estudiar estos vínculos y fomentarlos.

Con el concepto “*sickness*” hacemos referencia a la percepción y visión social de ciertos problemas de salud y cómo esta sociedad los define y vivencia, dependiendo de cómo la enfermedad de la persona interfiera en la sociedad y en el funcionamiento de la misma. Es la reflexión y valoración social de lo que es salud y es enfermedad, teniendo en cuenta siempre la relación con los procesos económicos y políticos y el encuadre histórico en el que se lleve a cabo.

En nuestro caso, las adicciones, la sociedad tiene una percepción ambivalente sobre las drogas; varía de la implicación que tenga la adicción en sus vidas y como repercute e interfiera en sus vidas de una manera directa, es decir, bien tengan familiares y/o amigos con problemas de adicción y consumos abusivos cerca, o bien porque el contexto de consumo está próximo a en su día a día (barrios y zonas de compra venta de drogas, peleas, distorsión, prostitución, robos y hurtos...). Si esto ocurre, las personas expresan su inconformismo e intentan cambiar las cosas, puesto que las repercute y afecta.

Por el contrario si esta realidad está lejana y la sociedad la percibe desde fuera, la visión social suele cambiar y se tiene una mala percepción de las personas que consumen, la ven como “viciosos” que se encuentran así porque quieren y no ponen solución a sus problemas, además perciben que los problemas de drogas y las personas que las consumen interfieren negativamente en el buen funcionamiento cultural, social, organizacional y asistencial. También consideran que la adicción se centra sólo en los consumidores de heroína o en aquellos que sufren condiciones adversas, sin percatarse

de que la desolación de los consumos no se tiene que manifestar de esa manera tan marginal, para que exista un verdadero problema de adicción y podamos hacer algo con ello. Estas personas que se centran en los estereotipos y en la marginalidad y que manifiestan cierta incomodidad con esta situación, son las personas que menos dispuestas están a cambiar las cosas y a confiar en los demás para que superen sus dificultades y /o problemas.

Hay una parte importante de la sociedad que percibe a las adicciones como un problema al cual quieren hacer frente y colaborar para generar un bien común; esas personas, son todas aquellas que se implican por construir una vida y un mundo mejor, y que apoyan a los demás, para que mutuamente luchen por un objetivo común, sea cual sea.

Independientemente de la temática a tratar es importante contar con la opinión social para poder entender desde que punto partimos y desde ahí poder contextualizar nuestro trabajo. Contar con la cultura y sociedad en la que se llevan a cabo, nos sitúa fielmente en la realidad abordar y nos dan una perspectiva clara a tener en cuenta. Los miembros que forman la sociedad y la cultura, son otros observadores más a nuestro trabajo de campo.

Pensamos oportuno promover, informar, prevenir e implicarnos en tareas culturales y sociales que favorezcan nuevas oportunidades y abran alternativas y posibilidades en personas con problemas de salud y/o en colectivos en exclusión; para poder beneficiarnos todos, tanto a nivel personal, social como cultural.

Como conclusiones generales y como viabilidad y aplicabilidad de nuestro trabajo de campo en el ámbito de las adicciones y en todos aquellos en los que se quiera intervenir en términos funcionales y con perspectiva futura, exponemos:

- ✚ Teniendo en cuenta los cambios producidos en las dos últimas décadas con respecto a las tendencias y los hábitos de consumo, existe un aumento en la prevalencia y nosotros exponemos una solución acorde con los cambios realizados.
- ✚ Partimos de un diagnóstico diferencial que estudia e incide en distintos factores y aspectos característicos de cada persona.

- ✚ Empleamos un enfoque biopsicosocial que plasmamos desde la fundamentación teórica, la planificación, aplicación y la evaluación del mundo de las adicciones y teniendo en cuenta nuestra realidad personal, social y cultural.
- ✚ Incorporamos a los tratamientos actuales aspectos específicos de trabajo en cuanto a las relaciones y vínculos con otras personas, grupos y/o colectivos, ya que partimos de personas que carecen de habilidades sociales por lo que suelen tener dificultad de integración social.
- ✚ El grupo de iguales y la identificación con los mismos, permite trabajar las consecuencias que les ha producido la adicción y generar otras expectativas y metas en la vida.
- ✚ La realidad que se expone está acorde con las necesidades detectadas, intentando dar respuesta y favoreciendo y reforzando aquellos elementos que condicionan el proceso de las personas en rehabilitación.
- ✚ La vivencia a nivel personal, junto con un ambiente y clima de cariño, confianza y respeto que se logra a través de la relación con los demás y el MBPS. Todo ello puede ayudar a trabajar síntomas de ansiedad, depresivos y neuropsicológicos e intentar canalizarlos buscando lecturas alternativas de los mismos.
- ✚ Fomenta el abordaje antropológico como promotor de cambio, con un papel esencial, ya que cuenta con las estrategias y herramientas necesarias para el análisis de las necesidades mediante la entrevista y la potencialización de sus capacidades mediante un proceso de ayuda (tratamiento de rehabilitación) y de adecuación de los recursos que la comunidad posee (integración y reinserción social).
- ✚ La tesis incide en factores y variables muy importantes entre los que destacamos el de la honestidad, la autoestima, la autoeficacia, el control de impulsos, gestión de sentimientos... y sobre todo en la creencia de que la persona tiene capacidades para superarse y alcanzar nuevas metas.
- ✚ La evaluación continua puede suponer una dinámica de cambio muy enriquecedora a raíz del análisis del perfil de las personas que demandan cada uno de los recursos asistenciales con los que contamos a nivel comunitario.

- ✚ Se pretende que la intervención y el trabajo que se realiza tenga un carácter comunitario, con la participación activa de la comunidad y una coordinación efectiva de la mayoría de los agentes, que intervienen en la misma.
- ✚ Propuesta y nuevos planteamientos sobre que se aborden, trabajen e intervengan en otras realidades y problemáticas tanto de índole personal como colectivo que puedan influir y condicionar la vida de cualquier persona.
- ✚ Considera este trabajo como una solución parcial a esta problemática, ya que su solución total conllevaría, una inversión de tiempo mayor y en más áreas y ámbitos, ya que no hay soluciones únicas o simplistas y es necesario abordar otras realidades personales y socio culturales.
- ✚ Tiene en su desarrollo, una respuesta y planteamiento social, que genera una relación y estructuración de los servicios sociales, asistenciales y/o comunitarios y familiares.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Ablon, J. (1981). Stigmatized health conditions. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 15(1), 5-9. doi: 10.1016/0160-7987(81)90003-X.

Amorós-Gómez, M., Remor, E., y Carroble, J.A. (2004). *¿Es el optimismo disposicional un factor protector de las emociones negativas?*. Universidad Autónoma de Madrid (España).

Ardila, A., y Moreno, C. (1979). *Aspectos biológicos de la Memoria y el Aprendizaje*. México D.F.: Trillas.

Argyle, M., y Lu, L. (1990). The happiness of extraverts. *Personality and Individual Differences*, 11, 1011 - 1017.

Atkinson, R.C., y Shiffrin, R.M. (1968). Human memory a proposed system and control processes. En K.W. Spence (ed.), *The Psychology of Learning and Motivation: Advances in Research and Theory* (Vol 2, pp. 88-195). New York: Academic Press.

Avia, M. D., y Vazquez, C. (1999). *Optimismo Inteligente*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.

Baddeley, A. (1981). The cognitive psychology of everyday life. *British Journal of psychology*, 72, 257-269.

Baddeley, A., Della Sala, Papagno, C., y Spinnler, H. (1997). Testing central executive with a pencil and paper test. En P. Rabbitt (ed.), *Methodology of frontal and executive function*. Hove, UK: Psychology Press.

Baddeley, A.D., y Wilkins, A. (1984). "Taking memory out of the laboratory". En J Harris y P.E Morris (Eds.), *Everyday memory, action and absent mindedness* (pp. 1-17). London: Academic Press.

Bandler, R., Grinder, J., y Satir, V. (1983). *Cómo superarse a través de la familia*. Editorial, Diana.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-295.

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. General Learning Press.

Barkley, R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull*, 121, 65-94.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press (Trad. esp. en Bilbao: Desclée de Brower, 1983).

Beck, A.T., Steer, R.A., y Garbin, M.C. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Becoña, E. (1995). Drogodependencias. En Amparo, B., Bonifacio, S., Ramos, F. *Manual de psicopatología*. (Vol 1, pp. 494-530). Madrid: Mc Graw-Hill.

Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E. J., Fernández-Hermida, J. R., Casete, L., Bermejo, P., Secades, R., y Tomás, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Barcelona: Socidrogalcohol.

Bergman, A., O'Brien, J., Osgood, G., y Cornblatt, B. (1995): Distractibility in schizophrenia. *Psychiatry Cambridge: Cambridge Research*, 57: 131-140.

Berrios, G.E. (1996). *The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. University Press.

Bertalanffy, L. (1976). *Teoría general de los sistemas*. (2ª Ed), Madrid: S.L. Fondo de Cultura Económica.

Bharadwaj, L.K., y Willkening, E.A. (1973). *Rural sociology: develop to scientific study of rural life; official journal of the Rural Sociological Society*. New Jersey: Hoboken.

Binet, A., y Simon, T.H. (1905). "Méthodes nouvelles pour le diagnostique du niveau intellectuel des anormaux", *Année Psychologique*.

Bisiachi, P.S. (1996). *The neurosichological approach in the study of prospective memory*. Hillsdale: Erlbaum.

Bleuler, E. (1911): *Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias*. Trad. española: Buenos Aires: Hormé, 1960.

Brandimonte, M.A., Einstein, G.O., y Mac Daniel, M.A. (1996). *Prospective memory, theory and applications*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Brandimonte, M.A., Ferrante, D., Feresin, C., y Delbello, R. (2001). Dissociating prospective memory from vigilante processes. *Psicológica*, 22, 97-113.

Brandimonte, M.A., y Passolunghi, M.C. (1994). The effects of cue-familiarity, cue-distinctiveness, and retention interval on prospective remembering. *The Journal of Experimental Psychology*, 565-587.

Brandt, J., y Rich, J.B. (1996). Memory disorders in the dementias. En A. Baddeley, B. Wilson y F.N. Watts (Eds.), *Handbook of memory disorders* (pp. 244-70). West Sussex: John Wiley y Sons.

Bradburn, N.M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.

Bradburn, N.M., y Caplovitz, D. (1965). *Reports on happiness*. Chicago: Aldine.

Broadbent, D. E. (1958). Perception and communication. En J. Friedenberg (eds.), *Cognitive Science: An Introduction to the Study of Mind*. (pp. 98–101). Sage Publications, 2011.

Brown, P. B. (2010). *Understanding and Applying Medical Anthropology* (2^a ed.). New York, Estados Unidos: Mc Graw Hill.

Brownell, K. D., Marlatt, G. A., Lichtenstein, E. y Wilson, G. T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*, 41, 765-782.

Buber, M. (1997). *Distancia originaria y relación*. Barcelona: Riopiedras.

Buckner, R.L., Kelley, W.M., y Petersen, S.E. (1999): Frontal cortex contributes to human memory formation. *Rev Neurol*, 2, 311-344.

Burgess, P.W., y Shallice, T. (1997). *The Hayling and Brixton Tests*. Bury St. Edmunds, UK: Thames Valley Test Company.

Burgess, P.W., y Shallice, T. (1997). The relationship between prospective and retrospective memory: Neuropsychological evidence. En M.A.Conway (ed.), *Cognitive models of memory* (pp. 247–272). Hove, U.K.: Psychology Press.

Burgess, P. W., Quayle, A., y Frith, C. D. (2001). Brain regions involved in prospective memory as determined by positron emission tomography. *Neuropsychologia*, 39, 545-555.

Burgess, P. W., Veitch, E., De Lacy Costello, A., y Shallice, T. (2000). The cognitive and neuroanatomical correlates of multitasking. *Neuropsychologia*, 38, 848-863.

Burgess, P.W., Scott, S. K., y Frith, Ch. D. (2003). The role of the rostral frontal cortex (area 10) in prospective memory: a lateral versus medial dissociation. *Neuropsychologia*, 41, 906-918.

Burt, C. (1940). *The Factors of the Mind*. Londres : University of London press.

Caballero, L. (1993). *Determinantes y significado de la retención en programas para drogodependientes*. Madrid : Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Caballero, L.M. (2005). *Adicción a la cocaína : Neurobiología, clínica, diagnóstico y tratamiento*. Madrid : Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Calvo, H. (2003). Alcohol y neuropsicología. *Revista de Trastornos Adictivos*, 5 (3), 256-268.

Carroll, J. B. (1993). *The Human abilities*. Cambridge. Cambridge Univ. Press.

Casullo, M.M., Brenlla, M.E., Castro Solano, A., Cruz, M.S., González, M.R., Maganto, C., Martín, M., Martínez, P., Montoya, I., y Morote, R. (2002). *Evaluación del Bienestar Psicológico en Iberoamérica*. Buenos Aires: Paidós.

Cattell, R.B. (1963). Theory fluid and cristallizad intelligence : critical experiment. *Journal of educational psychology*, 54, 1-22.

Celada, J. (1989). *Desordenes Psíquicos: Pautas de evaluación y tratamiento I*. Lima: Centro de Neuropsicología y Rehabilitación.

Celada, J., y Cairo, E. (1990). *Actividad psíquica y cerebro 3*. Lima: Neuropsicología y Rehabilitación.

Corominas, M., Roncero, C., Bruguera, E., y Casas, M. (2007). Sistema dopaminérgico y adicciones. *Revista de Neurología*, 44(1), 23-31.

Cortés, M. T., Muñoz, S., Orueta, J., Vicéns, S., Del Pino, M., Trinidad, C., y Sancho, C. (2009). Instrumentos de evaluación a utilizar con consumidores de alcohol que demandan tratamiento y orientaciones a considerar por parte del profesional. En F. Pascual y A. Velasco (Eds.), *Guía de buenas prácticas*. Valencia: Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España.

Comelles, J. (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad: un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. Madrid: Eudema.

Corral, M., y Cadaverira, F. (2002). Aspectos neuropsicológicos de la dependencia del alcohol: naturaleza y reversibilidad del daño cerebral. *Revista de Neurología*, 35(7), 682-687.

Costa, P. T., y McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social*, 38, 668 - 678.

Craik, F. I. M. (1986). A functional account of age differences in memory. En F. Klix y H. Hagendorf (Eds.), *Human memory and cognitive capabilities: Mechanisms and performances* (pp. 409-422). North Holland: Elsevier Science Publishers.

Craik, F.I.M., y Kerr, S.A. (1996). Prospective memory, aging and lapses of attention. En M.M Brandimonte, G.O. Einstein y M.A. McDaniel (Eds.), *Prospective memory: Theory and applications* (pp. 227-247). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Craik, F.I., y Trehub, S. (1983). *Aging and Cognitive Processes*. New York: Plenum Press.

Crook, T., Berthus, R.T., Ferris, S.H., Whitehouse, P., Cohen G.D. y Gershon S.L. (1986). Age associated memory impairment: proposed diagnostic criteria and measures of clinical chnge. Report of the National Institute of Mental Health work group. *Dev. Neuropsychol*, 2, 261-276.

Csikszentmihalyi, M. (1999). If we are so rich, why aren't we happy? *American Psychologist*, 2(10) 821 - 827.

Cuadra, H.L., y Florenzano, R. (1994). El Bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*.

Cummings, J.L., y Benson, F. (1984). Subcortical dementia: Review of an emerging concept. *Archives of Neurology*, 41, 874-879.

Danion, J.M., Rizzo, L., y Bruant, A. (1999). Functional mechanisms underlying impaired recognition memory and conscious awareness in patients with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 56: 639 - 644.

Dalla, B.G. (1993). Prospective memory system?. *Handbook of Neuropsychology; F Boller and J Grafman*, 8, 239-251.

De Fursac, R. (1921). *Manual de Psiquiatría*. Valencia: Editorial Pubul.

De Jong, R. (1997). An intention-Activation account of residual switch costs. En S. Monsell y J. Driver (Ed.), *Attention and Performance XVIII: Control of Cognitive Processes* (pp. 331-355). Cambridge, MA: MIT Press.

De Maeyer, J., Vanderplasschen, W., y Broekaert, E. (2005): "Exploratory study on drug user's perspective on quality of life: more than health-related quality of life?", *Social Indicators Research*, 2, 13-15.

DiClemente, C., Nidecker, M., y Bellarck, A. (2008). Motivation and the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 25-35.

Diener, E. (2002). Subjective well - being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*. 55, 34 - 43.

Diener, E., y Diener, M. (1995). Cross - cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 653 - 663.

Diener, E., y Fujita, F. (1995). Resources, Personal striving, and subjective well-being: A nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, (5), 926 - 935.

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., y Smith, H. L. (1999). Subjective well-being. Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276 - 302.

Dobbs, A.R., y Reeves, M.B. (1996). Prospective memory: more than theory. En M. Brandimonte, G.O. Einstein y M.A. Mc Daniel (eds.), *Prospective memory: theory and applications*. Hillsdale, NJ: Erlbaum Associates; 1996.

Echeburúa, E., y Corral, P. (1995). “Adicciones psicológicas: Más allá de la metáfora”. *Clinica y Salud*, 5, 251-258.

Echeburúa, E., Salaberría, K., y Fernández-Moltalvo, J. (1996). “Ansiedad y adicciones”. *Emociones y adaptación*, 67-68.

Echevarría, P. (2008). Análisis antropológico de los patrones de uso y el perfil del usuario de terapias complementarias orientales. *Gazeta de Antropología*, 24(2), artículo 27.

Edwards, B.C., Lambert, M.J., Moran, P.W., McCully, T., Smith, K.C., y Ellingson, A.G. (1984). A meta-analytic comparison of the Beck Depression Inventory and the Hamilton Rating Scale for Depression as measures of treatment outcome. *British Journal of Clinical Psychology*, 23, 93-99.

Einstein, G.O., y Mac Daniel, M.A. (1990). Normal aging and prospective memory. *Journal of Experimental Psychology. Learning, memory and cognition*, 16, 717-726.

Einstein, G.O., y Mac Daniel, M.A. (1996). Retrieval processes in prospective memory: theoretical approaches and some new empirical findings. En M. Brandimonte, G.O. Einstein y M.A. Mc Daniel (eds.), *Prospective memory: theory and applications*. Hillsdale, NJ: Erlbaum Associates; 1996.

Einstein, G.O., McDaniel, M.A., Richardson, S.L., Guynn, M.J., y Cunfer, A.R. (1995). Aging and prospective memory: examining the influence of self-initiated retrieval. *J Exp Psychol Learn Mem Cogn*, 21: 996-1007.

Ellis, J.A. (1991). Prospective Memory or the realization of delayed intentions: A conceptual framework for research. En M. Brandimonte, G.O. Einstein, y M.A. McDaniel (Eds.), *Prospective Memory Theory and Applications* (pp. 1-22). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Ellis, J.A. (1996). Prospective memory or the realization of delayed intentions. En M. Brandimonte, G.O. Einstein, y M.A. Mc Daniel (Eds.), *Prospective memory: Theory and applications* (pp. 1-22). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Ellis, J., Kvavilaskvili, L., y Milne, A. (1999). "Experimental test of prospective memory: the influence of cue-event frequency on performance". *British Journal of Psychology*, 90, 9-23.

Ellis, J., y Milne, A. (1996). Retrieval cue specificity and the realization of delayed intentions". *The Journal of Experimental Psychology*, 49, 862-887.

Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model. A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.

Escohotado, A. (2001 4ª ed). *Historia General de las Drogas*. Madrid: Editorial Espasa Calpe.

Fabrega, H. (1974). *Disease and social behaviour: an interdisciplinary perspective*. Massachusetts Institute of Technology Press, Cambridge, MA.

Fernández, J., y Secades, R. (1998). La evaluación de programas de tratamiento para drogodependientes en España. *Psicothema*, 11(2), 279-291.

Fernández, J., Trespalacios, J.L., y Toleda, P. (1992). *Atención y percepción*. Madrid. Alambra.

Fernández-Abascal, E.G., y Palmero, F. (2002). "Emociones y salud". *Emociones y salud*, 10-11.

Ferrero Berlanga, J. (1993). *El afrontamiento de un diagnóstico de cáncer*. Valencia: Promolibro, 1993.

Fierro, A. (2000). *Sobre la vida feliz*, Málaga: Aljibe.

Flores, M. (2010). *Recorridos y representaciones espaciales de la ciudad de México de personas con discapacidad visual: un entorno discapacitante*. México (D.F.): CIESAS.

Fuster, J.M. (1980). *The prefrontal cortex: anatomy, physiology and neuropsychology of the frontal lobe*. New York: Raven Press.

Fuster, J.M. (1989). *The prefrontal cortex: anatomy, physiology and neuropsychology of the frontal lobe*. (2ª ed), New York: Raven Press.

Gardner, H. (1993). *Multiple intelligences: the theory in practice*. New York. Basic Books.

Gardner, H. (1998). "A multiplicity of Intelligences". *Scientific American*, 9 (4), 19-23.

Galton, F. (1864). "On Hereditary Character and Talent". *MacMillan's Magazine*, 11, 157-166.

Galton, F. (1869). *Hereditary Genius*. London: MacMillan and Co.

Galton, F. (1889). *Natural Inheritance*. London: Macmillan.

Gallopin, G. 1980. El medio ambiente humano. En O. Sunkel y N. Gligo (eds.), *Estilos de desarrollo y medio ambiente en la América Latina* (Vol. 1, pp. 205-235). México: Fondo de Cultura Económica, 1981.

García, J. (1997). *Psicología de la Atención*. Madrid: Síntesis Psicológica.

Gil, R. (2001). *Elementos propedéuticos de neuropsicología*. Madrid: Masson.

Giner Abati, F., y Martín Herrero, J.A. (1993). "Antropología Aplicada". En, Aguirre, A. *Diccionario temático de Antropología* (pp. 15-21). Barcelona: Ed. Boixareu.

Gliniski, E.L. (1996). Prospective memory and the frontal lobes. En M. Bradimonte, G.O. Einstein, y M.A. Mc Daniel (Eds.), *Prospective memory: Theory and applications* (pp. 249-266). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Goschke, T., y Kuhl, J. (1993). Representation of intentions: persisting activation in memory. *J Exp Psychol Learn Mem Cogn*; 19, 1211-26.

Goschke, T., y Kuhl, J. (1996). Explicit and implicit intention memory. En M.A Bradimonte, G.O. Einstein, y M.A. Mc Daniel (Eds.), *Prospective memory. Theory and applications*. (pp. 53-91). New Jersey: Lawrence Erlbaum Ass.

Gray, J. A. (1991). Neural System, emotion, and personality. En Madden, J. IV (Ed.), *Neurobiology of learning, emotion, and affect* (pp. 273 - 306). New York: Raven Press.

Guilford, J.P. (1956). The structure of the intelligent. *American Psychology*, 14, 469-479.

Guynn, M. J., McDaniel, M. A., y Einstein, G. O. (2001). Remembering to perform actions: A different type of remembering? En H.D. Zimmer y R.L. Cohen

(Eds.), *Memory for action: A distinct form of episodic remembering?*. New York: Oxford University Press.

Hamer, D.H., y Copeland, P. (1998). *Living with our genes: Why they matter more than you think*. En E. Diener, E.M. Suh, R.E. Lucas y H.L. Smith. New York: Doubleday, 1999.

Harris, M. (1980). *Vacas, cerdos, guerras y brujas*. Madrid: Alianza.

Heffernan, T.M., Ling, J., y Scholey, A. (2001). Subjective ratings of prospective memory in ecstasy users. *Human Psychopharmacology Clin Exp*, 16, 339-344.

Hines, T., Poon, L.W., Cerella, J., y Fozard, J.L. (1982). Age related differences in the time course of encoding. *Exp Aging Res*, 8, 175-8.

Hintzman, D. (1988). Judgments of frequency and recognition memory in a multiple-trace model. *Psychological Review*, 95, 528-551.

Hitch, G.J., y Ferguson, J. (1991). Prospective memory for future intentions: some comparisons with memory for past events. *European Journal of Cognitive Psychology*, 3, 285-295.

Hofman, B. (2002). On the triad disease, illness, sickness. *Journal of Medicine and Philosophy*, 27(2), 651-673.

Horn, J.L., y Cattell, R.B. (1966). Refinement and test of the theory of fluid and crystallized general intelligence. *Journal of Educational Psychology*, 57, 253-270.

Horn, J.L., y Donaldson, G. (1980). Cognitive development in adulthood. En O.G. Brim y J. Kagan (Eds.), *Constancy and change in human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1980.

Huber, G. (1987). *Psychiatrie: Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte*. Stuttgart: Schattauer.

Ingvar, D. H. (1999). On volition: a neuropsychological oriented essay. *Journal of Consciousness Studies*, 6, 1-10.

Iruarrizaga, I., Miguel, J. J., y Cano, C. (2001). Alteraciones neuropsicológicas en el alcoholismo crónico. Un apoyo empírico a la hipótesis del continuo. *Psicothema*, 13(4), 571-580.

Jaspers, K. (1993). *La Filosofía*. Madrid: FCE.

Jociles Rubio, M. I. (1999). Las técnicas de investigación en antropología: mirada antropológica y proceso etnográfico. *Gazeta de antropología*, 15, 1.

Jonker, C., Launer L.J., Hoouer, C., y Lindeboon, J. (1996). Memory complaints and memory impairment in older individuals. *J Am Geriatr Soc*, 44, 44-9.

Jones, H. E., y Conrad, H. S. (1933). The growth and decline of intelligence: A study of a homogeneous group between the ages of ten and sixty. *Genetic Psychology Monographs*, 13, 223-298.

Kahneman, D. (1973). *Atención y Esfuerzo*. Madrid: Cincel.

Kerr, B. (1973). Processing demands during mental operations. *Memory and cognition*, 1 (4), 401-412.

Kirby, E., y Grimley, L. (1992). *Trastorno por Deficit de Atención*. México D.F.: Limusa.

Kleinman, A., Eisenberg, L., y Good, B. (1978). Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of internal Medicine*, 88, 251-258.

Kozman, A., Stone, S., y Stones, M.J. (1997). Stability in components and predictors of subjective well-being. En E. Diener, E.M. Suh, R.E. Lucas y H.L. Smith (Eds.), *Paper delivered at the First Conference of the International Society of Quality of Life Studies*. North Carolina: Charlotte, 1999.

Kral, V. (1972). Senescent forget fullness: benign and malignat. *Le Journal de l'association Medicale Candienne*, 86, 6, 257-260.

Kramer, J.F., y Cameron, D.C. (1976). *Manual sobre dependencias de las drogas*. Ginebra: OMS.

Kvavilashvili, L. (1996). "Remenbering intenction as a distinct form of memory". *British Journal of Psychology*, 78, 507-518.

Kvavilashvili, L., y Ellis, J. (1996). "Variates of intention: some distinction and classification". En M. Brandimonte, G.O. Einstein y M.A. McDaniel (eds.), *Prospective memory: theory and applications*. Erlbaum Associates.

Kwan, V. S., Bond, M. H., y Singelis, T. M. (1997). Pancultural explanations for life satisfaction: Adding relationship harmony to self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1038 - 1051.

Labrador, F., Cruzado, J., y Muñoz, M. (1998). *Manual de Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid: Psicología Pirámide.

Landa, N., Fernández, J., y Tirapu, J. (2004). Alteraciones neuropsicológicas en el alcoholismo: una revisión sobre la afectación de la memoria y las funciones ejecutivas. *Revista de Adicciones*, 16(1), 41-52.

Landa, N., Fernández, J., López, J., y Lorea, I. (2006). Comorbilidad psicopatológica en el alcoholismo: un estudio descriptivo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 253-269.

Längle, A. (2008). Existenzanalyse. En A. Längle y A. Holzhey-Kunz (ed), *Existenzanalyse und Daseinsanalyse*. Viena: UTB (Facultas).

Längle, A. (2001). *Einführung in die Existenzanalyse und Logotherapie. Libro de texto Introductorio*. Viena: GLE.

Lannes, C.M. (2003). *Neuropsicología Clínica y Neuropsicología Cognitiva: Puntos de contacto y limitaciones para emprender la Rehabilitación neuropsicológica*. La catarsis de Quirón. Consejo Editorial.

Laporte, J. (1976). *Les drogues*. Barcelona: Ediciones 62.

Lasagna, L. (1974). A plea for the naturalistic study of medicines. *Eur J. ClinPharmacol*, 7, 153-154.

Lawton, M.P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist*, 23(4), 349-357.

Lazarus, R.S. (1985). "The cost and benefits of denial". En Alan Monat y Richar S. Lazarus (Ed.), *Stress and coping an anthology*. Columbia University Press, Nueva York, 1985.

Lezak, M.D. (1982). The problem of assesing executive functions. *Int J Psychol*, 17,281-97.

Lezak, M.D. (1987). Relationship between personality disorders, social disturbances and physical disability following traumatic brain injury. *J Head Trauma*

Rehabilitation, 2, 57-69.

Loehlin, J.C. (1992). Should we do research on race differences in intelligence? *Intelligence*, 16, 1-4.

Logan, G.D. (1978). Attention in character-classification tasks: Evidence for the automaticity of component stages. *Journal of Experimental Psychology: General*, 107 (1), 32-63.

Logan, G.D. (1979). On the use of a concurrent memory load to measure attention and automaticity. *Journal of Experimental Psychology: Perception and performance*, 5 (2), 189-207.

Logan, G.D. (1980). Attention and automaticity in Stroop and priming task: Theory and data. *Cognitive Psychology*, 12, 523-553.

López Lucas, J. (2013). *Actitudes sociales y familiares hacia las personas con síndrome de Down: Un estudio transcultural* (Doctoral Thesis). Universidad de Salamanca, Salamanca. Recuperado a partir de <http://gedos.usal.es/jspui/handle/10366/122381>.

Luria, A., Pribram, K.M., y Homskey, E.D. (1964). An experimental analysis of the behavioral disturbance produced by a left frontal arachnoidal endothelioma. *Neuropsychologia*, 2, 257-80.

Luria, A.R. (1973). *The Working Brain. An introduction to neuropsychology*. London: Penguin.

Luria A.R. (1982). *The working brain: an introduction to neuropsychology*. New York: Basic Books.

Luria, A.R. (1986). *Atención y Memoria*. (3ª ed.), Barcelona: Fontanella.

Luria, A.R. (1988). *El cerebro en acción*. (5ª ed.), Barcelona: Martínez Roca.

Lynn, R. (1994). Some reinterpretations of the Minnesota Transracial Adoption Study. *Intelligence*, 19, 21-27.

Lussier, I., Malenfant, D., Peretz, I., y Beleville, S. (1991). Caractérisation des troubles de la mémoire dans la démence de type Alzheimer. En Dans Habib, M. Joannette y M. Puel (eds.), *Démences et syndromes démentiels: approche neuropsychologique*. Paris: Masson; 1991.

Madden, D.J., y Plude, D.J. (1993). Selective preservation of selective attention. En J. Cerella, J. Rybash, W. Hoyer y M.L. Commons (Eds.), *Adult Information Processing: Limits on loss*, (pp. 273-300). San Diego, CA: Academic Press.

Marina, P. (1999). ¿Qué nos han enseñado los estudios de seguimiento de toxicómanos?. *Adicciones*, 1, (3), 237-241.

Marlatt, G. A., Baer, J. S., Donovan, D. M., y Kivlahan, D. R. (1988). Addictive behaviors: Etiology and treatment. *Annual Review of Psychology*, 56, 715-720.

Marlatt, G. A., y Gordon, J. R. (Eds.) (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York, NY: Guildford Press.

Marlatt, G. A., y Donovan, D. M. (Eds.) (2005). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2ª ed). Nueva York: Guildford Press.

Marsh, R. L., y Hicks, J. L. (1998). Event-based prospective memory and executive control of working memory. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 24, 1-14.

Marsh, R. L., Hicks, J. L., y Bryan, E. (1999). The activation of unrelated and cancelled intentions. *Memory and Cognition*, 27, 320-327.

Martin, L. L., y Tesser, A. (1989). Toward a motivational and structural of ruminative thought. En J. S. Uleman y J.A. Bargh (Eds.), *Unintended thought* (pp. 307-326). New York: Guilford Press.

Martínez Lage, J.M. (1996). Marcadores diagnosticos en la enfermedad de Alzheimer. *Med Clin (Barc)*, 109, 625-8.

Martínez-González, J. M., y Trujillo, H. M. (2003). *Tratamiento del drogodependiente con trastornos de la personalidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Maslow, A.H. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396.

Maylor, E.A. (1990). Age and prospective memory. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 42, 471-493.

Maylor, E.A. (1995). Prospective memory in normal ageing and dementia. *Neurocase*, 1, 285-289.

Maylor, E.A. (1996). Age-related impairment in an event-based prospective memory task. *Psychological Aging*, 11, 74-8.

Maylor, E.A., Smith, G., Della Sala, S., y Logie, R.H. (2002). Prospective and retrospective memory in normal aging and dementia: An experimental study. *Memory and Cognition*, 30, 871-884.

Mc Conaughy, E. A., Prochaska, J. O., y Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 368-375.

Mc Daniel, M.A., Glisky, E.L., Rubin, S.R., Guynn, M.J., y Routhieaux, B.C. (1999). Prospective memory: a neuropsychological study. *Neuropsychology*, 13, 103-110.

Mc Daniel, M.A., y Einstein, G.O. (2000). Strategic and automatic processes in prospective memory retrieval: A multiprocess framework. *Applied Cognitive Psychology*, 1, 127-144.

Meacham, J.A. (1998). "Interpersonal relations and prospective remembering". M.M. Grunerberg, P.I.

Meacham, J.A., y Leiman, B. (1982). "Remembering to perform future actions". En U. Neisser (Ed), *Memory observed: Remembering in natural contexts*. San Francisco: Freeman.

Meier, B., y Graf, P. (2000). Transfer appropriated processing for prospective memory test. *Applied Cognitive Psychology*, 14, S11-S18.

Meyer, I., y Mattos, M. (1995). *La vulnerabilidad de la memoria prospectiva en la quejas de memoria del adulto*.

Milner, B., y Petrides, M. (1984). Behavioral effects of frontal lobe lesions in man. *Trends Neuroscience*, 7, 403-407.

Miller, N.S. (1991). Nosology of drug and alcohol addiction. En N. Miller (Eds), *comprehensive handbook of drug and alcohol addiction* (pp. 102-125). New York: Marcel Dekker.

Miller, N., y Dollard, J. (1941). *Social Learning and Imitation*. Yale University Press.

Miller, W. R., Tonigan, J. S., Montgomery, H. A., Abbott, P. J., Meyers, R. J., Hester, R. K., y Delaney, H. D. (1990). *Assessment of client motivation for change: Preliminary validation of the SOCRATES instrument*. Paper presented at the Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, San Francisco.

Miller, W. R., y Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 81-89.

Minuchin, S. (1979). *Familias y Terapia Familiar*. ED: GEDISA.

Moscovitch, M.A. (1992). Aneuropsychological model of memory and consciousness. En L.R. Squire y N. Butters (eds.), *Neuropsychology of memory* (pp. 5-22). New York: The Guilford Press.

Moscovitch, M., y Winocur, G. (1995). Frontal lobes, memory and aging. *Ann N Y Acad Sci*, 769, 119-50.

Myers, D.G. (1993). *The pursuit of happiness*. New York: Avon.

Myers, D.G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, 56-67.

Navon, D., y Gopher, D. (1979). On the economy of the human processing system. *Psychological Review*, 86(3), 214-255.

Neisser, U. (1963). Decision time without RT: experiment in visual scanning. *American Journal of Psychology*, 76, 376-385.

Norman, D.A. (1981). Categorisation of action slips. *Psychological Review*, 88, 1-15.

Norman, D.A. y Bobrow, D.G. (1975). On data limited and resource limited processes. *Cognitive Psychology*, 7, 44-64.

Norman, D.A., y Shallice, T. (1980). *Attention to action: willed and automatic control of behaviour*. Center for human information processing. Technical report. San Diego: University of California.

Passingham, D., y Sakai, K. (2004). The prefrontal cortex and working memory: physiology and brain imaging. *Curr Opin Neurobiol*; 14, 163-168.

Palmer, H.M., y Mc Donald, S. (2000). The role of frontal and temporal lobe processes in prospective memory. *Brain and Cognition*, 44, 103-107.

Pendergrast, M. (1997). “*Dios, Patria y Coca-Cola*”. Madrid: Vergara.

Perdiguero, E., y Tosal, B. (2007). Las medicinas complementarias y alternativas como recurso en los itinerarios terapéuticos de las mujeres. Importancia en nuestro contexto. *Feminismo/s*, 145-162.

Pérez, R., y Martín, I. (2007). *Nuevas Adicciones ¿Adicciones nuevas?* Guadalajara: Ediciones Intermedias.

Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*. 55; 44 - 55.

Peterson, C. (2006). *A Primer in Positive Psychology*. New York. Oxford University Press.

Pieroni, A. (2006). Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine - achievements and perspectives. *Journal Of Ethnobiology And Ethnomedicine*, 210-212. Recuperado de EBSCOhost.

Plomin, R., Lichtenstein, P., Pedersen, N.L., McClearn, G.E., y Nesselroade, J.R. (1990). Genetic influence on life events during the last half of the life span. *Psychology and Aging*, 5, 25 - 30.

Posner, M. (1978) *Chronometric exploration of mind*. Hillsdale, N.Y. Erlbaum.

Prochaska, J. O., y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.

Prochaska, J.O., y DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.

Prochaska, J. O., y DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. En M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (pp. 184-214). Nueva York, NY: Plenum.

Prochaska, J. O., y DiClemente, C. C. (1985). Common processes of self-change in smoking, weight control and psychological distress. En S. Shiffman y T. A. Wills (Eds.), *Doping and substance abuse* (pp. 345-363). San Diego, CA.: Academic Press. Nombre del capítulo 80.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., y Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.

Prochaska, J.O., y Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En M. Casas y M. Gossop (Eds.), *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: recaída y prevención de recaídas* (pp. 85-136). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.

Prochaska, J.O., Norcross, J. C., y DiClemente, C.C. (1994). *Changing for good. The revolutionary program that explains the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits*. New York: William Morrow and Company.

Puente, A. (1998). *Cognición y Aprendizaje: Fundamentos Psicológicos*. Madrid: Pirámide.

Quesada, M., Díaz, G. F., Herrera, R. A., Tamayo, P. M., y Rubio, L. R. (2007). Características del electroencefalograma cuantitativo y trastornos cognitivos en pacientes alcohólicos. *Revista de Neurología*, 44, 81-88.

Rao, S.M., Leo, G.J., Ellington, L., Nauertz, T., Bernardin, L., y Unverzagt, F. (1991). Cognitive dysfunction in multiple sclerosis. II. Impact on employment and social functioning. *Neurology*; 41:692-696.

Reategui, N., y Sattler, C. (1999). *Metacognición. Estrategias para la construcción del conocimiento*. (2ª ed.) Lima: CEDUM.

Reyes, V. (1996). "Pobreza, exclusión y desintegración social" en Autores Varios, *Pobreza, necesidad y discriminación*. Madrid: Fundación Argentaria.

Rodgers, J. (2000). Cognitive performance among recreational users of ecstasy. *Psychopharmacology (Brel)*, 151, 19-24.

Rodríguez-Martos, A., Rubio, G., Aubá, J., Santo Domingo, J., Torralba, Ll., y Campillo, M. (2000). Readiness to change questionnaire: Reliability study of its Spanish versión. *Alcohol and Alcoholism*, 35, 270-275.

Rosen, T. J., y Shipley, R. H. (1983). A stage analysis of self initiated smoking reduction. *Addictive Behaviors*, 8, 263-272.

Rosselló, J. (1998). *Psicología de la Atención*. Madrid: Pirámide.

Rotter, J. B. (1945). *Social Learning and Clinical Psychology*. Prentice-Hall.

Rubenstein, J. (1982). *Principios de Psicología General*. México D.F.: Grijalbo.

Ruiz-Vargas, J.M. (1987). *Esquizofrenia: Un enfoque cognitivo*. Madrid: Alianza Psicológica.

Ruiz-Vargas, J.M. (1994). *La Memoria Humana: Función y estructura*. Madrid: Alianza Editorial.

Ryan, R. M., y Deci, E. L. (2000). Selfdetermination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well - being. *American Psychologist*, 55, 68 - 78.

Ryff, C. D., y Keyes, L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719 - 727.

Saavedra, N., y Berenson, S. (2013). Placer, transformación y tratamiento: uso de las medicinas alternativas para problemas emocionales en la Ciudad de México. *Saúde Soc. Sao Paulo*, 22(2), 530-541.

Salazar, I., y Rodriguez, A. (1994), Conceptos básicos en drogodependencias. En E. Becoña, I. Salazar y A. Rodriguez (Eds), *Drogodependencias. I. Introducción* (pp. 21-55). Santiago de Compostela: Servicio de publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela.

Sánchez-Carbonel, X. (1991). La evaluación de programas de tratamiento en adictos a drogas opiáceas. *Revisiones en Salud Pública*, 2, 119-149.

Sánchez Fernández, J. (2012). *Antropología*. Madrid: Alianza Editorial.

Schacter, D.L., Coley, J.T., Fischbach, G.D., Melusam, M.M., y Sullivan, L.E. (1997). *Memory distortions. How mind, brains and societies reconstruct the past*. Cambridge: Harvard University Press.

Schaie, K. W., Labouvie, G. V., y Buech, B. U. (1973). Generational and cohort-specific differences in adult cognitive functioning: A fourteen year study of independent samples. *Developmental Psychology*, 9, 151-166.

Schallock, R.L., Bonham, G.S., y Verdugo, M.A. (2008). “The concept of quality of life as a framework for program planning, implementation, evaluation, and improvement”, *Evaluation and Program Planning*, 3, 181-190.

Schneider, R. J., y Khantzian, E. (1992). Psychotherapy and patient needs in the treatment of alcohol and cocaine abuse. En M. Galanter (Ed), *Recent developments in alcoholism*. Nueva York, NY: Plenum Press.

Schultz, W. (1999). The primate basal ganglia and the voluntary control of behaviour. *Journal of Consciousness Studies*, 6, 31-45.

Seligman, M., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. An Introduction. *American Psychologist January*, 55, 1, 5-14.

Shaffer, H. J. (1992). The psychology of stage change: The transition from addiction to recovery. En J. H. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman y J. G. Langrod (Eds.), *Substance abuse: A comprehensive textbook* (2ª ed). Baltimore, MD: Williams and Wilkins.

Shallice, T., y Burgess, P.W. (1991). Deficits in strategy application following frontal lobe damage in man. *Brain*, 114, 727-741.

Shallice, T. (1982). Specific impairment of planning. *Philos Trans R Soc London B BiolSci*, 298, 199-290.

Shallice, T., y Burgess, P. (1993). Supervisory control of action and thought selection. En A. Baddeley y L. Weisenkrantz (Eds), *Attention, selection awareness and control* (pp. 171-188). Oxford: Clarendon Press.

Sheldon, K. M., Ryan, R. M., y Reis, H. (1998). What makes for a good day? Competence and autonomy in the day, and in the person. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 1270 - 1293.

Shimamura, A.P. (1996). Memory and Frontal Function. En M.S. Gazzaniga, (Eds.), *The Cognitive Neurosciences*. (pp. 803-813). Mas: MIT Press.

Shimamura, A.P. (2000). Memory retrieval and executive control processes. *Psychobiology*, 28, 207-18.

Sholberg, M.M., y Mateer, C.A. (1989). Remediation of executive functions impairments. En M.M. Sholberg y C.A. Mateer (Eds), *Introduction to cognitive rehabilitation* (pp. 232-63. 12). New York: The Guilford Press.

Silva, A. (1994). La evaluación de programas en drogodependencias. (Vol II.) Manual de evaluación. Madrid: Ed. Grupo GID. Grupo Interdisciplinar sobre Drogas.

Singer, M., y Baer, H. (2007). *Introducing Medical Anthropology*. Plymouth, UK: Altamira Press.

Simonton, D. K. (2000). Creativity: Cognitive, personal, developmental, and social aspects. *American Psychologist*, 55, 151 - 158.

Sobo, E., y Loustaunau, M. (2010). *The Cultural context of health, illness, and medicine*. (2ª ed.), Santa Barbara, CA: Praeger.

Spearman, Ch.E. (1927). *Abilities of Man*. Londres: University of London.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R.E. (1966). *STAI Manual for the State- Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto California: Consulting Psychologists Press, 1970.

Spielberger, C.D., Lushene, R.E., y McAdoo, W.G. (1971). Theory and measurement of anxiety states. En R.B. Cattell (Ed.), "*Handbook of modern Personality Theory*". Chicago: Aldine, 1971.

Squire, L. R. (1987). *Memory and Brain*. Oxford: Oxford University Press.

Squire, L.R., y Butter, N. (1992). *Neuropsychology of memory*. (2ª ed.), New York: The Guilford Press.

Stanton, T., y Todd, T. (1988). *Terapia Familiar del abuso y adicción a las*

drogas. Ed. GEDISA.

Steer, R.A., Beck, A.T., y Garrison, B. (1986). Applications of the Beck Depression Inventory. En N. Sartorius y T.A. Ban (Eds.), *Assesment of depression* (pp. 121-142). Berlin: Springer-Verlag.

Stuss, D.T., y Benson, D.F. (1986). *The Frontal Lobes*. New York: Raven Press.

Taylor, E. (1991). *El niño hiperactivo*. Madrid: Martínez.

Tejero, A., y Trujols, J. (1994). El modelo transteórico de Prochaska y Diclemente: un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas. En J. L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 3-43). Madrid: Debate.

Tejero, A., y Trujols, J. (2003). *Instrumentos clínicos para la evaluación de la dependencia de cocaína*. Barcelona: Ars Médica.

Tellegen, A., Lykken, D.T., Bouchard, T.J., Wilcox, K.J., Segal, N.L., y Rich, S. (1988). Personality similarity in twins reared apart and together. *Journal of Personality*, 54, 1031 - 1039.

Terman, L.M. (1906). Genius and stupidity: a study of some of the intellectual processes of seven "bright" and seven "stupid" boys. *Pedagogical Seminary*, 13, 307-373.

Terman, L.M. (1922). A new approach to the study of genius. *Psychological Review*, 29(4), 310-318.

Tezanos, J.F. (1997). *Tendencias en estratificación y desigualdad social en España 1997*. Madrid, Fundación Sistema.

Thurstone, L.L. (1938). *Primary mental abilities*. Chicago: University of Chicago press.

Tirapu-Ustárrroz, J., Muñoz-Céspedes, J.M., y Pelegrín-Valero, C. (2002). Funciones ejecutivas: necesidad de una integración conceptual. *Rev Neurol*, 34, 673-85.

Tirapu, J., Muñoz, J.M., y Pelegrin, C. (2002). Funciones ejecutivas, necesidad de una integración conceptual. *Rev Neurol*, 34, 673-685.

Treisman, A. M. (1964). "The Effect of Irrelevant Material on the Efficiency of Selective Listening". *The American Journal of Psychology* 77 (4): 533-546.

Triandis, H.C. (1995). *Individualism and Collectivism*. New York: McGraw-Hill.

Trujols, J., Tejero, A., y Casas, M. (1997). Estructura factorial, consistencia interna y eficacia discriminativa del Inventario de Procesos de Cambio, para adictos a la heroína. *Adicciones*, 9, 331-345.

Trujols, J., Tejero, A., y Bañuls, E. (2003). Evaluación de los estadios y procesos de cambio en la dependencia de cocaína. En J. Pérez (Eds.), *Instrumentos clínicos para la evaluación de la dependencia de cocaína* (pp. 51-74). Barcelona: Psiquiatría Editores.

Tulvin, E. (1972). Episodic and semantic memory. En Tulvin, E., y Donaldson, W, (Eds), *Organization of memory*. New York: Academic Press.

Tulvin, E. (1995). Organization of memory: quo vadis? En M. Gazzaniga (Eds), *The cognitive neurosciences* (pp. 839-47). Cambridge: MIT Press.

Tulvin, E., y Thomson, D.M. (1971). "Encoding specificity and retrieval process in episodic memory". *Psychological Review*, 80, 352-373.

Vargas, M.L., Jimeno-Bulnes, N., y Jimeno-Valdés, A. (1995): Los síntomas básicos como indicadores cognitivos de vulnerabilidad a la esquizofrenia. *Psiquiatría Biológica*, 2, 63-70.

Vazquez, C. (1995). Evaluación de los trastornos depresivos y bipolares. En A.Roa (Eds.). *Evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 163-209). Madrid: CEPE.

Veenhoven, R. (1991). "Is Happiness Relative?". *Social Indicators Research*, 24, 1-34.

Veenhoven, R. (1995). Developments in Satisfaction Research. *Social Indicators Research*, 37, 1-46.

Velásquez, M., Maurer, G., Crouch, C., y DiClemente, C. (2001). *Group treatment for substance abuse. A stages of change therapy manual*. Nueva York, NY: Guilford Press.

Verdejo, A., Orozco, C., Sánchez, J. M., Aguilar, A. F., y Pérez, G. M. (2004). Impacto de la gravedad del consumo de drogas sobre distintos componentes de la función ejecutiva. *Revista de Neurología*, 38 (12), 1109-1116.

Verdugo, M.A., Arias, B., y Gómez, L.E. (2006). “Escala INTEGRAL de medición subjetiva y objetiva de la calidad de vida en personas con discapacidad intelectual”, En M.A. Verdugo (ed), *Como mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación* (pp. 417-448). Amarú, Salamanca.

Verdugo, M.A., Arias, B., Gómez, L.E., y Schalock, R.L. (2008). *Escala Gencat. Informe sobre la creació d'una escala multidimensional per avaluar la qualitat de vida de les persones usuàries dels serveis socials a Catalunya*. Departamento de Acción y Ciudadanía, Generalitat de Cataluña, 2006.

Vernon, P.E. (1965). Ability factors and environment influences. *American psychologist*, 20, 723-733.

Wang, P., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H., Wells, K., y Kessler, R. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 603-613.

Wareing, M., Fisk, J.E., y Murphy, P.N. (2000). Working memory deficits in current and previous users of MDMA (ecstasy). *Br. J Psychol*, 91, 181-188.

Wechsler, D. (1958). *The Measurement and Appraisal of Adult Intelligence* (4^a ed.), Baltimore (MD): Williams y Witkins.

Weinberg, R.A., Scarr, S., y Waldman, I.D. (1992). The Minnesota Transracial Adoption Study: A follow-up of IQ test performance at adolescence. *Intelligence*, 16, 117-135.

Weisinger, H. (1988). *Emocional intelligence at work: The untapped edge for succes*, San Francisco, California: Jossey-Bass.

Wengraf, T. (2001). *Qualitative Research Interviewing: Biographic Narratives and Semi-structured Methods*. London: Sage.

West, R., y Craik, F.I. (2001). Influences on the efficiency of prospective memory in younger and older adults. *Psychology and Aging*, 16, 682-696.

West, R., Herndon, R. W., y Crewdson, S. (2000). *Neural activity associated with the realization of a delayed intention*. In press.

Wilkins, A.J., y Baddeley, A.D. (1978). Remembering to recall in everyday life: an approach to absentmindedness. En M.M. Gruneberg, P.E. Morris y R.N. Sykes (Eds.), *Practical aspects of memory* (pp.27-34). Londres: Academic Press.

Wilcox, K. (1993). La etnografía como una metodología y su aplicación al estudio de la escuela: una revisión. En *Lecturas de antropología para educadores. El ámbito de la antropología de la educación y de la etnografía escolar*. Madrid: Trotta.

Wilson, W. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67, 294-300.

Winkelman, M. (2009). *Culture and Health. Applying Medical Anthropology*. San Francisco, California: Jossey-Bass.

Yalom, I., y Greaves, C. (1977). "Group therapy with the terminally ill" en *American Journal of Psychiatry*, 134, 396-400.

Young, A. (1982). The anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*, 257 - 285.

15. ANEXOS.

15.1. Anexo 1. Entrevista usuario.

15.1.1. Información demográfica.

- ✚ Nombre del paciente:
- ✚ Fecha del día:
- ✚ Edad inicial primer consumo droga principal:
- ✚ Edad droga empieza a ser problema:
- ✚ Sexo: (1-Masculino, 2-Femenino).
- ✚ Fecha de nacimiento:
 - Número total de años de educación
 - Escuela primaria
 - Escuela secundaria
 - Formación profesional
 - Carreras intermedias
 - Estudios universitarios superiores
 - Doctorado, estudio postgraduado
- ✚ 8. ¿Cual es su estado civil?
 - 1.- Casado
 - 2.- Cohabitación
 - 3.- Separado
 - 4.- Divorciado
 - 5.- Viudo
 - 6.- Soltero
- ✚ 9. ¿Quién vive con usted actualmente? (1-Sí. 2-No)
 - 1.- Esposa
 - 2.- Hijo/s
 - 3.- Padre/s
 - 4.- Hermano/s Hermana/s
 - 5.- Otros familiares
 - 6.- Amigo/s
 - 7.- Vive solo
- ✚ ¿Ha trabajado alguna vez? (1-Sí. 2-No).
- ✚ ¿Cual es su profesión?
 - 1.- Empleado fuera de casa
 - 2.- Empleado en casa
 - 3.- Trabaja en casa
 - 4.- Taller protegido
 - 5.- Trabajo voluntario
 - 6.- Retirado
 - 7.- Sin empleo
 - 8.- Estudiante
- ✚ (Si está empleado) ¿Qué tipo de trabajo realiza?

15.1.2. Escala de situación social.

- ✚ Trabajo
- ✚ Economía
- ✚ Casa
- ✚ Asistenta social
- ✚ Transporte
- ✚ Asistencia comunitaria
- ✚ Actividad social

15.2. Anexo 2. Estudios de incidencia y prospectiva.

15.2.1. Datos sociales.

Edad (Fecha de nacimiento):

Sexo:

Estado civil:

Soltero Casado Separado Viudo Divorciado.

Si está divorciado: ¿Nº Matrimonios?

Si está separado: ¿cuánto tiempo estuvo casado?: desde 19... hasta 20...

Hijos:

Sexo:

Fecha de nacimiento:

Profesión actual:

Cualificación:

Fecha de finalización de estudios:

En caso de jubilación, ¿desde cuándo?

Religión:

Constitución corporal, peso: ____ Kg.; altura: ____ m.

Lugar de residencia:

Vivienda: Casa propia Alquiler Otros.....

Nº de residentes en la vivienda:

Tamaño de la familia:

Pareja o cónyuge:

Fecha de nacimiento:

Profesión:

Religión:

15.2.2. Afectación corporal externa.

Afectación corporal poco estigmatizada exteriormente:

Cabeza.

Brazos, manos.

Tronco.

Piernas.

Exteriormente afectado (estigmatizado) solo al andar, (sobre la marcha), solo al hablar:

- + Cabeza.
- + Brazos, manos.
- + Tronco.
- + Piernas.

Intensamente estigmatizado corporalmente: (descripción exacta).

15.2.3. Datos sobre la adicción.

- + Primer consumo de alcohol (año y edad):
- + Primer consumo de droga principal (año y edad):
- + Aparición de la ADICCIÓN, (como problema):
- + Diagnóstico (fecha de la comunicación):
- + Primeras consecuencias del consumo:

15.2.3.1. Aparición de la adicción.

1. En primer lugar me interesaría saber cómo ha empezado su adicción; el comienzo de la misma. ¿Me podría describir cuándo se dio usted cuenta de sus primeros síntomas? (Describir exactamente: qué tipo de síntomas, secuencias, cuándo aparecieron, consecuencias en tu vida).

- + ¿Cuándo decidió tomar medidas ante ello? (¿lo contó inmediatamente?, ¿Lo mantuvo en secreto?) (¿Cuándo y con qué motivo fue a rehalizar una terapia?).
- + Intervalo temporal hasta que se obtuvo el tratamiento a realizar: ¿Cuánto tiempo pasó hasta que se le dio el tratamiento final?

2. Desde este momento, ¿cómo le han ido las cosas, cómo se ha desarrollado el proceso?, (cuántas veces tuvo ansiedad, cuantas veces consumió, cuánto tiempo transcurrió desde que empezó el tratamiento, consumo o recaída).

3. ¿Le parece a usted que entonces se produjeron algunas cosas? (Por ejemplo: debilidad, trastornos alteración física o psicológica, relaciones familiares y/o sociales...). Dar lista a todos los síntomas pasajeros que no tenían para usted otra o ninguna explicación:

- + Trastornos visuales (“nubes”, “niebla”, visión borrosa, doble...)
- + Dificultades del habla y dificultades de articulación.
- + Trastornos del equilibrio.
- + Dificultades en el entorno familiar.
- + Dificultades en el entorno social
- + Dificultades en el entorno laboral.
- + Pérdida del sentido de la realidad.
- + Manifestaciones de agotamiento general o de cansancio.

✚ Algún tipo de manifestación de parálisis.

4. ¿Qué sucedió desde que comenzaste tu terapia? ¿Profesionalmente qué cambios se han dado?

5. Hay temporadas en las que uno se encuentra deprimido, o muy nervioso, o irritado. Por otra parte a veces, uno se encuentra durante temporadas feliz o contento.

✚ ¿Quizá, podría usted decirme cómo ve su situación sentimental antes de que apareciera la adicción?

✚ ¿Qué pasa con los padres?, ¿hermanos?, ¿pareja?, ¿estado de salud/embarazo?, ¿hijos?, ¿situación financiera?, ¿deudas?, ¿casa o vivienda? Profesionalmente, ¿en el trabajo? ¿relaciones con los compañeros?, ¿cambios de domicilio?

6. ¿Qué cambios se han dado, en los aspectos anteriores, una vez empezada la terapia? ¿Se ha producido algún cambio en el último año de importancia para usted?

15.2.3.2. Estado actual. Terapia-tratamiento.

7. Ahora vamos a tratar sobre su estado actual, desde su punto de vista, ¿cómo se encuentra?

✚ ¿Tiene molestias? ¿Cuales?

✚ ¿Tiene inestabilidad? ¿Ha mejorado o empeorado últimamente de una forma importante?

✚ ¿Tiene ansiedad? ¿Ha mejorado o ha empeorado?

8. ¿Cuál es su tratamiento o momento de la terapia en este momento? Fase:

9. ¿Le ha recomendado el terapeuta que por causa de la adicción usted debería ahora vivir de otra forma? (Modificaciones a realizar, en casa, en la familia, relaciones, trabajo, hábitos a seguir...)

✚ ¿Tiene importancia para su perspectiva o futuro...?

✚ ¿Y qué significa esto para usted?

15.2.3.3. Otras adicciones.

10. ¿Qué otras adicciones tuvo usted en la infancia o en la juventud?

11. ¿Tuvieron sus padres y hermanos alguna adicción? ¿A qué?

12. ¿Durante su infancia o juventud tuvo ocasión de observar de cerca alguna persona con problemas de adicción? ¿Qué parentesco tenía con usted?

13. ¿Tomaron en consideración sus padres su adicción, o siguieron como si no hubiera pasado nada?

✚ ¿Se comportó su padre igual que su madre?

PAREJA: (Si la tiene).

14. ¿Y usted, sabe qué adicciones tuvo su mujer/marido?

Después de su matrimonio, ¿qué adicciones tuvo él/ella?, En caso afirmativo:

15. ¿Es su marido/mujer, una persona que toma en serio su adicción, o por el contrario no le da importancia a sus cosas?

✚ ¿Se comporta también así cuando el adicto es otra persona?

HIJOS: (Si los tiene).

16. ¿Nº y edad de los mismos? ¿Han tenido alguna adicción? ¿Cuál?

¿Hubo épocas en los que los hijos, o uno de sus hijos fue consumidor habitual? ¿Cuánto tiempo estuvo consumiendo (años)? ¿cuándo? ¿Supuso una gran carga?

15.2.3.4. Reacción de la pareja (¿soltero?).

17. Me gustaría saber cual es la situación con su marido o con su pareja. ¿Cómo reaccionó su pareja en los primeros momentos que empezabas a consumir? ¿Cómo reaccionó después, cuando tenías ya un problema de adicción?

18. ¿Esperaba que su pareja se hubiera comportado así, o le ha sorprendido algo? (En caso de sorpresa: especificar si es positiva o negativamente).

✚ ¿Tiene su pareja problemas emocionales?, y antes de que usted tuviese problemas de adicción?

✚ Y usted, ¿tiene o ha tenido problemas emocionales?

19. En caso de que tuviera hijos: me interesaría saber qué han captado sus hijos de su problemática. ¿Ha hablado usted con sus hijos sobre ello?

✚ ¿Qué?, ¿cómo? y ¿de la terapia?

✚ ¿Y, cómo lo han asumido?, ¿cómo lo han tomado?

15.2.3.5. Repercusión en la situación laboral.

20. ¿Cómo es la situación en su puesto de trabajo?, ¿saben sus compañeros algo de su problemática?

✚ ¿Se lo contó usted o cómo se han enterado?

✚ ¿Qué han dicho de ello?

En caso de que sus compañeros lo sepan:

✚ C. ¿Habla usted con algún compañero sobre cómo debe seguir el trabajo o no es el caso?

21. ¿Sabe su superior de la adicción? ¿Le ha hablado usted de ella, se lo ha contado? En caso afirmativo: ¿cómo ha reaccionado? En caso negativo: ¿lo prefiere usted así?

22. Podría describirme aun algo más exactamente o con mayor precisión su actividad. ¿Qué actividad realiza usted? (Ocupación o categoría profesional).

23. ¿Desde cuándo está usted en este puesto de trabajo/esta empresa?

(Si la actividad no corresponde a la cualificación, preguntar sobre el cambio de trabajo, cuándo y por qué motivos).

24. ¿Ha pensado alguna vez cambiar el puesto de trabajo o no lo considera, no lo piensa?

En caso afirmativo:

- ✚ ¿Cambio de puesto de trabajo?
- ✚ ¿Cambio de oficio?
- ✚ ¿Causas dello?

25. En caso de que la pareja no trabaje: ¿ha pensado su marido/mujer ponerse a trabajar?

En caso afirmativo, ¿en qué contexto?

En caso de que la pareja trabaje, preguntar si desea cambiar de ámbito profesional.

- ✚ ¿Ha hablado de ello ya alguna vez con él/ella?

En caso de que sea ama de casa:

26. Usted no está activa laboralmente, no tiene un trabajo retribuido, sino que cuida de la casa y de los hijos. ¿Está usted contenta con esta situación de trabajo o le gustaría tener una actividad profesional retribuida?

- ✚ ¿Qué dice su marido dello?
- ✚ ¿Tenía usted antes un trabajo retribuido? (¿qué cuándo, por cuánto tiempo y por qué terminó?)
- ✚ ¿Puedo preguntarle de cuánto dinero dispone usted para gastos domésticos?
- ✚ ¿Le llega o ...?
- ✚ ¿Tiene usted también una cantidad fija, algo así como para los gastos personales?

15.2.4. Biografía-historia de la familia.

Ahora desearía conocer las etapas más importantes de su vida. Especialmente me interesa también la historia del origen de su familia.

27. En primer lugar, ¿me podría decir dónde creció usted?

- ✚ ¿Ha vivido usted en casa de sus padres?
- ✚ ¿Qué hacían sus padres profesionalmente?
- ✚ ¿Cómo era la situación económica de su familia.

28. Número de hermanos, edad, sexo, (secuencia de nacimientos).

29. Relación con los hermanos, hermano/hermana favorita.

30. ¿Sabe usted si su madre alguna vez tuvo algún aborto voluntario o interrupción del embarazo?

31. Comportamiento de los padres (padre/madre separados) frente a hermanos/a usted.

32. Abuelos, ¿Qué papel jugaron los abuelos?

✚ Abuelos por parte de madre.

✚ Abuelos por parte de padre.

33. ¿Dónde vivían los abuelos?

34. En cada familia hay fallecimientos. ¿Cual es la situación en la suya? ¿Viven todavía sus abuelos? (En caso negativo: ¿cuándo murieron?); (Padres, hermanos, parientes cercanos).

✚ ¿Qué pasa con su propia generación? (primos/as).

✚ ¿Cuales de estos fallecimientos le han afectado especialmente a usted o a su familia?

35. Otros parientes importantes, su influencia sobre la familia, sobre el padre/madre.

36. Entre parientes, frecuentemente se producen acontecimientos que afectan a las relaciones durante mucho tiempo. ¿Podría decirme cómo ha sido en su caso y en su familia? (Pérdida de propiedades, construcción de la vivienda, disputas por herencia).

37. Atmósfera familiar: ¿Qué relación tenían o mantenían sus padres entre si?

✚ ¿Cual era el tema más comentado de la familia, ¿Se daba algo así?

✚ ¿Sobre qué, nunca se hablaba?, ¿qué era “tabú”?

✚ ¿Qué pasaba con el tema de la sexualidad?

✚ ¿Se lo explicaron sus padres?

❖ En caso afirmativo: ¿cuándo?, y ¿cómo?

❖ En caso negativo: ¿quién lo hizo entonces?

✚ E.vida familiar: ¿Qué recuerda como especialmente hermoso, en lo que usted vuelve a pensar con agrado?

38. Si tuviera que describir a su madre, ¿qué destacaría especialmente de ella? ¿Qué clase de mujer es/fue su madre?

✚ (Fuerte/débil).

39. ¿Cómo describiría usted a su padre?

✚ (Fuerte/débil)

40. ¿Cual es la relación actual con sus hermanos?

✚ ¿Qué hacen (profesionalmente)?

✚ ¿Dónde viven ahora?

✚ ¿Están casados sus hermanos?

41. ¿Se trataba del primer matrimonio de su padre y de su madre, o anteriormente estuvieron casados (alguno dellos)? En caso afirmativo: a qué se debió la separación.

42. ¿Sabe usted cómo se casaron sus padres, cuándo fue y qué edad tenían los padres, así como la diferencia de edad?

43. ¿En el caso de sus padres, hay una gran diferencia en la posición social y nivel profesional, o se podría decir que proceden del mismo nivel sociocultural?
44. ¿Sabría también cómo era esto entre sus abuelos?
45. Acerca de la primera infancia: la mayor parte de este tiempo se conoce sólo por lo que cuentan los demás.
- ✚ A. ¿Qué clase de niño era usted?
 - ✚ B. ¿Qué le han contado sus padres a usted de su nacimiento?
 - ✚ C. ¿Cuales son sus primeros recuerdos propios?
46. Junto a las enfermedades infantiles, una correcta alimentación juega en los primeros años de vida un importante papel en la familia. ¿Sabe en su caso qué tipo de alimentación le daban a usted de niño?
- ✚ ¿Había problemas de algún tipo?
47. ¿Qué le contaron sus padres entonces sobre su desarrollo (corporal y mental/moral)? ¿Se le dijo, por ejemplo que fue en comparación con sus hermanos más sensible o también más retraído, o tímido, o más despierto en comparación con sus hermanos?
48. ¿Cómo era en el colegio? ¿Qué clase de alumno era usted?
49. ¿Cómo era su relación con sus compañeros de clase?, ¿Tenía usted con ellos una relación buena, mala, o incluso no tenía ningún tipo de relación con ellos?
50. ¿Tenía entonces un círculo de amigos, una pandilla? En caso afirmativo, ¿Cómo era?
51. (Desde este momento, conviene hablar en privado con el paciente) ¿Cuándo tuvo usted su primer novio/a? ¿Quién era? ¿Cómo fue la relación y cuánto tiempo duró?
52. Me podría decir ¿cuándo tuvo sus primeras experiencias o relaciones sexuales?
- ✚ ¿Eran relaciones fijas?
 - ✚ ¿Qué edad tenía entonces?
53. ¿Cómo era esta relación para usted? ¿Estaba usted contento, se divirtieron con ello, era una liberación o más bien suponían miedo y sentimientos de culpa?
54. Y su pareja de aquel tiempo, ¿cómo se comportó?
55. ¿Habló alguna vez con alguien a cerca de estas sus primeras relaciones íntimas?
- En caso de matrimonio:
56. ¿Cómo valoraron los años hasta el matrimonio?
- ✚ ¿Hasta la situación actual? ¿Hasta su enfermedad?
 - ✚ ¿Qué hicieron entonces, dónde vivió?
 - ✚ ¿Qué experimentó o vivenció, junto con quién?
- (Si cambió de pareja (sexual) con frecuencia: ¿qué significaron sus amigos/as de entonces?)
- ✚ Formación: ¿cúal? y ¿dónde?, ¿cuándo terminó sus estudios?

57. ¿Cuándo y cómo se conocieron usted y su marido/esposa?

- + ¿Cuándo y después de cuánto tiempo se casaron?
- + ¿Por qué se casó usted?
- + Personalidad de la pareja: fuerte/débil.

58. Cuando se funda una familia, supone para uno una gran transformación. ¿Qué supuso esto para usted?
¿Cómo lo vivenció?

- + ¿Qué hecha de menos y qué cambió?

59. Y respecto a su marido/mujer, cómo lo ha pasado, cómo piensa usted que le ha ido?

- + ¿Ha cambiado él/ella después del matrimonio?

60. En cada familia existen diferencias de opinión, ¿podría decirme cómo es en su caso?

- + Normalmente, respecto a qué temas: Temas: dinero, hijos, trabajos domésticos, orden, obligaciones matrimoniales, vacaciones, ideas superiores, enfermedades, etc.
- + ¿Quién cede normalmente? (Ejemplos).
- + ¿Se llega también con frecuencia a determinadas coaliciones en la familia, o este no es el caso?

61. ¿Hay también situaciones o momentos, en los que se quieren separar?

- + ¿Por su parte? ¿Cuándo?, ¿con qué motivos?
- + ¿Por parte de la pareja? ¿Cuándo?, ¿con qué motivos?

62. ¿Mantuvieron usted o su marido/mujer alguna vez también una relación con otra persona? (¿Cuándo?, ¿Cómo sucedió?)

- + ¿Tiene deseos?
- + ¿Sospecha que su marido/mujer lo deseaba o lo hacía?

63. Ya me ha contado, qué formación han recibido, (o ninguna). ¿La profesión que usted tiene es la que siempre había deseado?

En caso negativo:

- + ¿Qué hubiera deseado realmente ser?
- + ¿Cómo es que ha hecho otra cosa?

64. ¿Qué ha esperado de su actividad profesional, y qué pone en primer lugar?

- + ¿Cómo le ha ido la cosa?
- + ¿Qué es para usted actualmente importante?

15.2.5. Vida cotidiana

65. Si me permite volver de nuevo al acaecer de la vida cotidiana, ¿quién soluciona fundamentalmente los trabajos que hay que acometer en la casa y en la familia? (Preguntar lista).

- + Hacer limpieza.
- + Fregar la vajilla.
- + Lavar la ropa.
- + Hacer la compra.
- + Cocinar.
- + Rellenar papeles, correspondencia, seguros...
- + Cuestiones de dinero.
- + Reparaciones y/o restauraciones.
- + Trabajos de jardín.
- + Coche.
- + Planificación y coordinación de las cosas que hay que hacer.

En caso de que tenga HIJOS:

66. ¿Quién de los dos se ocupa sobre todo de los hijos?

67. ¿Cómo transcurre un día normal entre ustedes? Por ejemplo, ¿podría describirme lo que hizo ayer? (Aquí se produce un dilema en el caso de que los afectados se encuentren en rehabilitación de manera residencial, tendríamos que decidimos entre una jornada en rehabilitación de modo residencial o preguntar cómo era antes de la adicción). Indique si necesita ayuda en alguna de las siguientes actividades:

- + Levantarse, ¿necesita ayuda?.
- + Desayuno.
- + Mañana.
- + Mediodía.
- + Después de comer/café.
- + Después del trabajo.
- + Tarde.
- + Cena.
- + Después de cenar.
- + Irse a la cama.

68. Me gustaría saber con quién está usted en contacto actualmente. Es decir, excepto su pareja/cónyuge e hijos. ¿A quién ve usted con más frecuencia, o con quién conversa usted más? ¿teléfono?, ¿correspondencia?

69. ¿Salen regularmente de vacaciones?

- + ¿Dónde pasaron los últimos tres años?
- + ¿Cuánto tiempo y con quién?

En caso negativo: ¿Por qué no fue de vacaciones?

70. ¿Tiene usted un hobby, algo con lo que ocuparse regularmente? (Actividades deportivas, cantar, música, cursillos...)

- + ¿Realiza usted alguna actividad regularmente también con su marido/mujer, o con poca frecuencia? (Actividades conjuntas, ¡no hobbies!)

71. ¿Qué importancia tienen para usted las creencias religiosas?

- + ¿Cree usted en algo así como en un Dios?
- + ¿Se consideraría usted una persona religiosa?
- + ¿Siempre fue así, o...?

72. Si hablamos de la sociedad y de la política, ¿qué opina usted, cómo ve el futuro?

- + Salarios, precios.

- + Paro.
- + Energía.
- + Guerra/paz.
- + Medio ambiente.
- + Alcohol y drogas.
- + Otros.

73. Hablando de otras cosas, ¿hay intereses de grupo o fuerzas que dirigen el desarrollo o más bien diría usted que todo el desarrollo sigue un curso inevitable? ¿Los individuos o los grupos no tienen apenas influencia?

74. Si hablamos de moralidad y de costumbres, ¿diría usted que las personas en cuestiones de sexualidad deberían ser más abiertos y tolerantes o vería usted en ello más bien una decadencia o degeneración de las costumbres?

75. ¿Qué virtudes valora usted sobre todo en un hombre/mujer? (Por ejemplo, fidelidad, responsabilidad, etc.)

- + ¿Y qué es lo que menos le gusta a usted?

15.2.6. Sexualidad.

Cada relación entre matrimonios y parejas fijas, conlleva también relaciones sexuales, acerca de lo cual desearía hacerle algunas preguntas. Usted ya me ha comentado cómo fueron sus primeras experiencias sexuales. A lo largo de los años con frecuencia cambia la significación de la sexualidad para uno mismo.

76. Me podría decir, ¿cual es su caso? ¿Se ha transformado de alguna manera en los últimos años? ¿Y a causa de la adicción es sexualmente más activo o menos que antes?

- + ¿Ha tenido trastornos o problemas sexuales alguna vez?

En caso de problemas:

- + ¿Cómo se exterioriza esto? Apatía, (no tener deseos), impotencia, problemas de orgasmo, problemas de eyaculación, eyaculación precoz, falta de ganas, sentimientos de asco, repugnancia, rechazo.
- + ¿Desde cuándo tiene estos trastornos?
- + ¿Ha cambiado esto con el paso del tiempo?
- + ¿Ha hablado el médico/algún médico dello con usted, o...? (¿Ha hablado usted dello al médico?)
- + ¿Cómo se comporta su marido/mujer frente a estos problemas?
- + ¿Ha hablado usted alguna vez dello con él/ella?
- + ¿Se masturba usted con frecuencia?
- + ¿Existen diferencias en relación con distintas prácticas sexuales?, es decir, ¿podría darse el caso de que obtiene mayor placer con una masturbación que con una relación sexual?
- + ¿Tiene usted experiencias o relaciones con distintas personas? ¿Hay diferencias?

77. ¿Habla usted a veces con su pareja/acompañante sobre cuestiones sexuales en general, o rara vez?
78. Algunas parejas o matrimonios dicen que podrían pasar perfectamente bien sin sexualidad, ¿cómo lo vería usted?
79. ¿Diría usted que la sexualidad es muy importante para el sentimiento de valor que se tiene de uno mismo?
- ✚ En caso negativo, ¿qué sería más importante.
80. Además me gustaría saber qué papel juega la sexualidad para usted y su marido/mujer, es decir en sus relaciones personales. ¿Es personalmente para usted un aspecto importante o no lo considera tan importante?
- ✚ ¿Está usted satisfecho con respecto a las relaciones sexuales con su marido/mujer, o desearía usted a veces que fueran de otra manera? (P.e. más cariñosas, menos exigentes, más tiempo uno para el otro)
 - ✚ ¿Cuánto tiempo dedican uno al otro? (¿Contento?, le gustaría más o menos)
 - ✚ ¿Es usted y su marido/mujer también cariñoso con el otro en otras situaciones, también cuando no duermen con el otro.
 - ✚ ¿De quién parten normalmente las iniciativas? ¿Es muy variable, es decir, que a veces parten del uno y a veces del otro?
 - ✚ Hemos hablado de cómo ve sus relaciones sexuales con su marido/mujer. ¿Cómo cree usted que las ve su marido/mujer?

15.2.7. Finanzas.

Finalmente me gustaría ahora hacerle algunas preguntas a acerca de su situación financiera:

81. ¿Cómo son sus ingresos mensuales? (anotar en lista:)
- ✚ Ingresos y sueldo (Neto).
 - ✚ Ingresos por renta.
 - ✚ Capital.
 - ✚ Ingresos por actividad autónoma/agricultura...
 - ✚ Aportaciones de parientes.
 - ✚ Becas de formación.
 - ✚ Pensión del estado.
 - ✚ Otras ayudas. (Ayudas de la iglesia...)
 - ✚ ¿Recibe además ingresos no regulares como por ejemplo ayudas de la administración o ayuda de los familiares?
82. Gastos mensuales:
- ✚ Alquiler, electricidad/calefacción, agua...
 - ✚ Coche.
 - ✚ Dinero gastado en alimentación.
 - ✚ Dinero de bolsillo, (cafetería...)

- + Amortización de préstamos.
- + Cuotas de ahorro, (Seguro de vida, cuenta de ahorro vivienda).
- + Seguros de responsabilidad civil, accidentes...
- + Ayudas económicas a otras personas.
- + Gastos extraordinarios.
- + Otros.

83. ¿Quién distribuye los gastos en su casa?

84. ¿Comparten ustedes una cuenta conjunta o cada uno tienen su propia cuenta, en la que solamente el titular puede hacer operaciones?

85. ¿A causa de la enfermedad han tenido también pérdidas económicas? ¿Y a causa de la enfermedad ha tenido gastos adicionales que no han sido asumidos por la Seguridad Social?

- + Dieta.
- + Medicamentos.
- + Gastos de viaje
- + Asistenta que ayude en casa...
- + Otros.

86. En los últimos tiempos, los puestos de trabajo son cada vez menos seguros. ¿Le preocupa a usted esto, o a su familia, o no es el caso?

15.2.8. Tema judicial.

87. ¿Tienes alguna causa o tema judicial pendiente?

88. ¿Tienes alguna sentencia vigente en la actualidad?

89. ¿Has estado en la cárcel en alguna ocasión?

15.2.9. Superación.

90. ¿Diría usted que ha superado ya la enfermedad, es decir, que se ha adaptado a vivir con ella?

91. Si la ha superado, ¿qué es lo que ha hecho?

92. ¿Conoce a otras personas que tengan también su misma enfermedad? ¿Han influido en el proceso de superación de la enfermedad? ¿Positiva o negativamente?

15.3. Anexo 3. Cuestionario para la persona de referencia.

15.3.1. Datos sociales.

En primer lugar, le pediré algunos datos estadísticos.

- + Fecha de nacimiento:
- + Religión:
- + Actividad profesional actual.

1. ¿Cual es el estado de salud de su marido/esposa actualmente?
2. Cuando su marido/esposa, en relación con su adicción, tiene o ha tenido alguna molestia, ¿en qué lo nota usted?
 - + En tales casos, cuando su marido/esposa tiene las molestias, ¿qué hace usted?
 - + ¿Habla su marido/esposa en tales ocasiones con usted sobre sus molestias?
3. Si usted se fija exactamente, ¿se le ocurre alguna causa, por la que aparecen o han aparecido las molestias?
4. ¿Cree usted, que algunas molestias ó trastornos no habrían tenido que aparecer en el tiempo después del último consumo?
 - + SI. ¿Qué habría tenido que ir de otra manera?
5. Si reflexiona, ¿Podría recordar el día en que aparecieron los primeros síntomas? ¿Que pasó después y cómo se sintió usted? (Hechos, cómo reaccionó y acontecimientos).
 - + Cuando tenía los trastornos, ¿sabría usted decir cual fue la causa?
 - + ¿Quién y cuando le confirmó que su marido/esposa tenía una adicción?
 - + ¿Podría recordar cómo se lo dijeron a usted?
 - + ¿Conoce usted personalmente al médico o terapeuta de su marido/esposa?
 - + ¿Podría decirme qué impresión tiene usted del médico que atiende a su marido/esposa?
 - + ¿Y sabe usted lo que opina su marido/esposa?
 - + NO. ¿Pero le ha contado algo su marido/esposa sobre su médico y/o terapeuta?
 - + ¿Qué opina usted del médico y/o terapeuta?
 - + ¿Le gustaría a usted ser tratado/a por el médico o terapeuta de su marido/esposa?
 - + ¿De qué le gustaría a usted hablar con él?
 - + ¿Sabía usted entonces lo que eran las adicciones?
6. ¿Podría explicarse por qué su marido/esposa entró en el mundo de las adicciones?
 - + ¿Recuerda usted cómo era la situación familiar antes y en el momento de la adicción? (Sucesos importantes, problemas, dificultades...)
7. ¿Podría contarme cómo transcurrió para usted y sus hijos el tiempo que su marido/esposa estuvo en tratamiento de rehabilitación y reinserción? (Optimismo, inseguridad, miedo ante el futuro...)
8. ¿Cuando su marido/esposa volvió por primera vez a casa, cómo era su estado físico y su comportamiento?

9. ¿Supuso algún cambio para usted?

- ✚ ¿Cómo se comportan los hijos con el/la paciente?
- ✚ ¿Cómo le iba a su marido/esposa en el trabajo? ¿Sabe usted si tenía entre manos algo importante o algún problema?

10. ¿Volvió su marido/esposa a trabajar? En caso de que volviese a trabajar: ¿Cree usted personalmente que su marido/esposa volvió a trabajar en el momento adecuado?

- ✚ ¿Cual era su opinión?
- ✚ ¿Pudo hablar con su marido/esposa sobre esto?

11. En caso de brote o recaída: Según su opinión, por qué sufrió su marido/esposa una recaída en 19...?

- ✚ ¿Podía usted imaginar que alguna vez podría aparecer un nuevo brote?
- ✚ ¿Cómo reaccionó usted ante el nuevo brote? ¿De manera diferente a la de la primera vez?

12. Los médicos hicieron a su marido/esposa diversas recomendaciones y también algunas prohibiciones. ¿Según su opinión, tuvo su marido/esposa dificultades en el cambio, p.e. en relación a la dieta, medicamentos, etc.?

- ✚ A. ¿Se deja ayudar por usted?
- ✚ B. ¿Era así desde el principio o cambió con el tiempo?

13. ¿Diría usted que su marido/esposa ha cambiado desde la enfermedad? (Rendimiento, estado físico, comportamiento...)

- ✚ ¿Tiene la impresión de que hoy reacciona más a otras enfermedades o molestias que antes de la adicción?
- ✚ ¿Se podría decir que su marido/esposa se ha vuelto más sensible y excitable, o no?
- ✚ ¿Busca su marido/esposa el contacto social o más bien lo evita?
- ✚ ¿Piensa a menudo su marido/esposa en sus problemas?
- ✚ ¿Tiene usted la impresión de que su marido/esposa se traga sus problemas o cree que habla dellos con los demás? ¿Y habla con usted?
- ✚ ¿Confía su marido/esposa con frecuencia en la gente o le cuesta trabajo?
- ✚ ¿Cree usted que le resulta fácil ser aceptado por los demás o más bien difícil?

14. ¿Con qué frecuencia habla usted con su marido/esposa sobre su adicción y cuestiones relacionadas?

- ✚ ¿Quién de ustedes dos habla con más frecuencia sobre ello?
- ✚ ¿Y cómo era en los primeros meses después de los primeros síntomas?
- ✚ ¿Cree usted que han cambiado los temas de conversación diaria con su marido/esposa, después de la adicción?

15. ¿Habla usted también con su marido/esposa sobre la enfermedad en presencia de otras personas? ¿También fuera de casa? ¿Por qué motivos?

16. Si compara la situación actual con la de antes de la enfermedad; ¿Qué ha cambiado para usted personalmente desde que su marido/esposa tiene problemas de adicción? ¿Han cambiado sus costumbres diarias? En general, ¿tiene la impresión de que se ha cambiado la relación con su marido/esposa por causa de la adicción?

17. ¿Quién habló por primera vez de la enfermedad de su marido/esposa a sus hijos?

✚ ¿Sabe usted cómo reaccionó/aron?

✚ ¿Ha cambiado la actitud de sus hijos respecto a la enfermedad de su marido/esposa con el paso del tiempo? ¿Cuándo? y, ¿Por qué?

18. ¿Cree usted que su/s hijo/s tiene/n que pensar con frecuencia en que su padre/madre tiene problemas de adicción?

✚ SI: ¿En qué casos? ¿Habla usted con ellos sobre el tema?

✚ NO: ¿Es decir, que su/s hijo/s no se han enterado tanto del asunto?

19. ¿Podría citarme qué enfermedades ha padecido usted personalmente?

✚ ¿Padeció alguna vez:

❖ Alergias y enfermedades de piel

❖ Enfermedades nerviosas

❖ Enfermedades de ojos

❖ Enfermedades reumáticas

❖ Enfermedades infecciosas

❖ Accidentes

❖ Cáncer y tumores malignos

❖ Enfermedades de estómago y digestivas

❖ Enfermedades hepáticas y de vesícula

❖ Pulmón y de vías respiratorias

❖ Enfermedades innatas y hereditarias?

❖ Enfermedades renales

✚ ¿Acudió usted al médico en todas las enfermedades?

✚ ¿Cómo reacciona usted ante trastornos tales como dolor de cabeza, cansancio, fatiga, pérdida de visión, etc?

20. Cuando anteriormente, su marido/esposa estaba alguna vez enfermo, tomaba sus enfermedades en serio, o más bien alguien que no quiere o “no puede” estar enfermo?

21. Desde que su marido/esposa tiene adicción, ¿diría usted que personalmente quizá, se preocupa ahora más cuando alguien de la familia está enfermo?

22. ¿Opina usted que su marido/esposa se comporta en relación con su enfermedad de manera adecuada o que debería cambiar algunos aspectos?

15.3.2. Planificación y presupuesto.

23. ¿Podría decirme cómo se reparten las tareas domésticas en su casa?

✚ ¿Quién se ocupa normalmente de

❖ hacer la limpieza

❖ lavar la ropa

❖ hacer la vajilla

❖ hacer la compra

❖ limpiar

❖ hacer la comida?

24. En relación con la colaboración de su marido/esposa en el trabajo doméstico, ha cambiado algo a lo largo de su matrimonio?

- + En caso de cambio: ¿Tiene también esto algo que ver con su enfermedad?
- + En caso de ayuda: ¿Le ayuda a usted su marido/esposa por propia iniciativa, o en general solo cuando usted le fuerza? ¿Le parece a usted bien la participación de su marido/esposa en los trabajos domésticos o le gustaría a veces que fuera de otro modo? Si usted le compara con otros/as marido/esposas, ¿qué diferencias encuentra?

25. ¿Ayudan sus hijos en las tareas domésticas? (Siempre, a veces, nunca).

- + En caso de ayuda: ¿En qué ayudan?
- + Tiene usted o su marido/esposa que decirle a sus hijos lo que tienen que hacer, ayudan en lo que ven que hay que hacer?
- + ¿Le parece adecuada este tipo de ayuda o le gustaría que cambiase algo?

26. ¿Cree usted que su situación económica ha cambiado en algunos aspectos en relación con la enfermedad?

- + ¿Tiene usted gastos adicionales con motivo de la enfermedad de su marido/esposa que no son cubiertos por la Seguridad Social?

27. Normalmente en cada familia hay a veces discusiones. ¿Cómo intenta usted evitar tales discusiones?

- + ¿Qué tema les hace discutir con más frecuencia?
- + ¿A veces toman parte en las discusiones sus hijos?

28. Confianza.

- + ¿Tiene usted la impresión de que puede hablar con su marido/esposa de cualquier cosa?
- + A veces sucede que a uno le gustaría hablar de sus dificultades, pero nota que el otro no escucha, ¿le pasa a usted también esto con su marido/esposa?
- + ¿Tiene la impresión de que usted siempre comprende a su marido/esposa?

29. Si usted pudiera desear algo para su marido/esposa, ¿qué le desearía? Si pudiera lograr que algo cambiara en su familia, ¿qué desearía que fuera? Si su marido/esposa no estuviese enfermo/a, ¿cambiaría en algo su vida familiar actual?

30. ¿Cuanto tiempo libre tiene usted aproximadamente a la semana en el que puede hacer lo que más le guste?

- + ¿En que ocupa en tiempo?
- + ¿Podría contarme un poco cómo fue su tiempo libre en las últimas semanas?
- + ¿Ha cambiado esto en algo en comparación con el pasado?
- + SI: ¿Cómo era antes y por qué ha cambiado, según su opinión?

31. ¿Podría también decirme cómo utiliza su marido/esposa su tiempo libre?

32. ¿Estuvo su marido/esposa ingresado?

- + SI: ¿Cuando estuvo solo/a tenía el sentimiento de que le faltaba algo?

15.3.3. Relaciones sociales.

33. En caso de que tenga hijos fuera de casa: ¿Con qué frecuencia ve usted a sus hijos cada mes? ¿Vienen los hijos a verle o es al contrario?

✚ ¿Con qué frecuencia ve a los padres y suegros?

✚ ¿Y con qué frecuencia ve a sus parientes?

34. ¿Tiene usted amigos o amigas cerca?

✚ SI: ¿Les conoce ya desde antes del matrimonio?

✚ No: ¿Y tiene usted amigos que vivan en otra parte?

✚ ¿Están también los marido/esposas?

✚ Cuando se visitan, ¿vienen la mayor parte de las veces a su casa o van ustedes a verles?

35. ¿Cuando usted tiene problemas, o preocupaciones personales, a quién se dirige usted?

✚ ¿Acudirían ellos también a usted con sus problemas personales?

✚ ¿Habla usted con sus amigos sobre la enfermedad de su marido/esposa?

✚ ¿Quién saca más a menudo el tema de la enfermedad de su marido/esposa, usted o sus amigos?

36. ¿Cómo es el contacto con sus vecinos? ¿Con qué frecuencia se ven?

37. ¿Tiene contacto con otras personas cuyo marido/esposa también tenga problemas de adicción y con quien poder intercambiar consejos? ¿Cómo valora estos contactos?

38. Desde la enfermedad de su marido/esposa, ¿ha hecho usted nuevas amistades?

✚ SI: ¿Ha perdido con ello el contacto con los “viejos amigos”?

✚ NO: ¿Tiene usted todavía contacto con las antiguas amistades?

15.3.4. Biografía familiar.

39. ¿Dónde creció usted? (Gran ciudad, pequeña, pueblo...)

✚ ¿Tenía usted hermanos?

✚ ¿Describiría hoy su niñez como feliz, o más bien como no tan feliz?

✚ Antes de casarse, cada uno tiene determinados deseos e ideas a cerca de cómo tienen que ser la vida con el otro y en familia. Seguro que en su caso, también fue así. ¿Cómo se imaginó usted su vida antes casarse?

✚ ¿Con la irrupción de la enfermedad de su marido/esposa, se estropearon algunos planes y proyectos?

✚ ¿En el ámbito de la sexualidad, tiene su marido/esposa alguna dificultad?

✚ Algunas personas dicen que en su matrimonio podrían seguir prescindiendo de la sexualidad. ¿Diría usted lo mismo de sí y de su marido/esposa?

15.3.5. Trabajo.

En caso de que el paciente siga trabajando:

40. ¿Habla usted a menudo con su marido/esposa sobre el trabajo de él/ella?

- ✚ ¿Habla su marido/esposa sobre las dificultades o disgustos que tenga en su puesto de trabajo?
 - ✚ ¿Podría darme una idea del trabajo y del puesto de trabajo de su marido/esposa?
 - ✚ NO. ¿Pero, le interesa?
41. ¿Cree usted que su marido/esposa considera su trabajo agobiante?
- ✚ SI: ¿Podría decirme desde cuando tiene esta impresión?
42. ¿Tiene alguna vez la impresión de que el trabajo de su marido/esposa ha tenido de alguna manera un efecto agobiante para usted a o para su familia?
- ✚ SI: ¿Podría darme un ejemplo?
43. ¿Considera usted que la adicción de la persona a la que acompaña puede tener repercusiones sobre su futuro profesional?
44. Datos profesionales del marido/esposa en caso de estar trabajando profesionalmente en el momento actual.
- ✚ ¿Podría contarme en qué trabaja usted actualmente?
 - ✚ ¿Encuentra a veces agobiante compaginar su profesión con las tareas domésticas?
45. En caso de no estar trabajando en el momento actual.
- ¿Podría imaginarse que tuviera que trabajar (o volver a trabajar)? ¿Por qué causas?

15.4. Anexo 4: Glosario de siglas.

AAMI	Deterioro de la memoria asociado a la edad.
BADS	Behavioural assessment of dysexecutive syndrome.
BAS	Sistema de activación conductual.
BDI	Inventario para la depresión de Beck, 1978.
BPI	Sistema de inhibición conductual.
BS	Bienestar subjetivo.
BZP	Benzodiacepinas.
CCNN	Ciencias naturales.
CCSS	Ciencias sociales.
CI	Cociente intelectual o coeficiente intelectual.
CT	Comunidad terapéutica.
DCL	Deterioro cognitivo leve.
DMT	Bufotenina (procedente de Haití y la cuenca del Orinoco).
E.A	Enfermedad de Alzheimer.
E.P	Enfermedad de Parkinson.
ERPs	potenciales cerebrales relacionados con eventos psicológicos.
FE	Funciones ejecutivas.
GATB	General Aptitud Test Battery.
KETA	Clorhidrato de ketamina que se utiliza como anestésico.
LSD	LSD 25 o dietilamida del ácido lisérgico.
MBPS	Modelo bio-psico-social.
MDMA	Éxtasis.
MMSE	Mini Mental State Examination o mini examen cognoscitivo.
MST	Continous Morfina. Principal principio activo del opio.
ONG	Organización no gubernamental.
PCP	Fenciclidina, polvo de angel.
PH	Proyecto Hombre.
PP	Preguntas de entrevista (metodología)
PQM	Cuestionario de memoria prospectiva.
REM	Fase del sueño con movimientos oculares.

SARA	Sistema activador reticular ascendente.
SAS	Sistema atencional supervisor.
SCL-90-R	Inventario de evaluación clínica de síntomas de psicopatología.
SNC	Sistema Nervioso Central.
STAI	Cuestionario de ansiedad estado-rasgo.
STOOP	Test stroop de colores y palabras. Charles J. Golden, 1978.
THC	Tetrahidrocannabinol, principio activo del cannabis.
T.L	Tiempo libre.
TR	Tiempo de reacción.
VSAT	Test de atención y rastreo visual.