FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ

ESCUELA DE POSGRADOS EN ADICIONES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESPECIALIZACIÓN EN ADICCIONES

TÍTULO:

LA EFECTIVIDAD DEL MODELO LOGOTERAPÉUTICO EN EL TRATAMIENTO CON GRUPOS DE APOYO PERMANENTES DE LOS EGRESADOS DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA.

AUTOR:

HERWIN FERNANDO CANTOS VINTIMILLA.

TUTOR:

GUSTAVO CALDERÓN

AZOGUES- CAÑAR- ECUADOR
2010-2011

AGRADECIMIENTO

Con eterna gratitud a la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ, a todos los docentes de mi carrera quienes impartieron sus conocimientos durante estos años.

En especial un agradecimiento muy sincero al director de monografía Dr. Gustavo Calderón quien estuvo siempre preste con su capacidad y talento contribuyendo en el momento que lo requería.

Dr. Herwin Fernando Cantos Vintimilla

ÍNDICE

CONTENIDO **PÁG**

PORTADA…….. i

AGRADECIMIENTO……...… ii

ÍNDICE…… iii

1.- INTRODUCCIÓN…… 1

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA…… 3

3.- OBJETIVOS…….. 6
3.1.- Objetivo General…….. 6
3.2.-Objetivo Especifico……... 6

4.- JUSTIFICACIÓN……. 7

5.- MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL…… 8
5.1.- Marco Teórico…….. 8
5.1.1.- Importancia del aporte de la logoterapia……... 9
5.1.2.- Trascendencia humana……. 11
5.1.3.- Lugar de la logoterapia en las terapias con adictos……. 13
5.1.4.- El sentido de la vida frente a los condicionamientos biológicos y sociales……. 14
5.1.5.- El reencuentro del adicto con su sentido de vida…….. 16
5.1.6.- La libertad humana…… 18
5.1.7.- Amor y trabajo…….. 19
5.1.8.- La codependencia……. 20
5.1.9.- El sistema familiar…… 21
5.1.9.1.- La Familia…….. 21
5.1.9.2.- Estructura Familiar……. 23
5.1.9.3.- La familia y la adicción…….. 24
5.1.9.3.1.- Efectos de la Adicción en el Sistema Familiar……... 24
5.1.9.3.2.- Etapas en la Familia con una Persona Adicta……. 26
5.1.10.- Co-Adicción……... 28

5.1.10.1.- Definición de Co-Adicción……. 28
5.1.10.2.- Características del Miembro Co-Adicto…….. 29
5.1.10.3.- Funcionamiento del Triángulo de la Co-Adicción…….. 30
5.1.10.4.- Co-Adictos Sumisos…… 31
5.1.10.5.- Proceso de recuperación familiar……. 32
5.1.10.5.1.- Admitir el Problema…….. 32
5.1.10.5.2.- Fase Educativa…….. 33
5.1.10.5.3.- Fase Terapéutica……... 33
5.1.10.5.4.- Paciencia……... 34
5.1.11.- Reinserción Social…….. 34
5.1.11.1.- Objetivos y Conceptos Fundamentales…… 34
5.1.11.2.- Teorías Basadas en la Estructura Social……. 36
5.1.11.3.- Teorías Basadas en los Procesos Sociales…….. 37
5.1.11.4.- Proyecto de Vida y Proceso de Resocialización……. 38
5.1.11.5.- Red de Apoyo Social…….. 39
5.1.11.5.1.- Agentes de la Red de Apoyo Social y su Incidencia……. 41
5.1.12.- Recaídas …… 45
5.1.12.1.- Las recaídas, revisión de conceptos……. 45
5.1.12.2.- La prevención de recaídas, como modelo de aprendizaje…… 50
5.1.12.3.- Los signos individuales y familiares del proceso de una recaída… 52
5.1.12.4.- Factores que aumentarían el riesgo de recaída……. 58
5.1.12.5.- Factores que servirían como protección para prevenir una recaída. 60
5.2.- Marco Conceptual…… 63
5.2.1.- Logoterapia …….. 63
5.2.2.- Transcendencia……. 62
5.2.3.- Psicoterapia……... 62
5.2.4.- Adicto…… 62
5.2.5.- Craving…….. 65
5.2.6.- Sentido de vida…….. 65
5.2.7.- Libertad humana……... 65
5.2.8.- Amor……. 66
5.2.9.- Codependencia…….. 66
5.2.10.- Sistema Familiar……. 67
5.2.11.- Adicción……. 67
5.2.12.- Reinserción……. 67
5.2.13.- Resocialización……... 68
5.2.14.- Red de Apoyo Social…….. 68
5.2.15.- Recaídas……. 69
5.2.16.- Prevención……... 69

6.- METODOLOGÍA……. 70
6.1.- Tipo de investigación……... 70
6.1.1.- Investigación documental……. 70
6.1.2.- Investigación de campo…… 70
6.2.- Población y muestra…… 71
6.3.- Instrumentos utilizados en la investigación……. 71
6.4.- Proceso de recolección…… 71
6.5.- Análisis de la información……... 74
6.6.- Resultados de la información……... 83
7.- Conclusiones y Recomendaciones…….. 85
7.1.- Conclusiones…… 85
7.2.-Recomendaciones……. 87

8.- BIBLIOGRAFÍA …….. 88

9.- ANEXOS.…….. 91
ANEXO 1……..… 91
ANEXO 2……. 93

1.- INTRODUCCIÓN

Dentro del campo de Tratamiento en Farmacodependencia se encuentra que la problemática del abordaje es intensa, y que se busca controlar la mayor cantidad de variables para lograr eficacia y eficiencia en la recuperación de los pacientes consumidores de drogas.

El desarrollo de la presente investigación fue importante porque permitió establecer parámetros teóricos, empíricos y terapéuticos en el entendimiento y abordaje de la reinserción psicosocial, laboral, espiritual y recaída del farmacodependiente. Debido a que en la reinserción psicosocial se observa la existencia de personas pasando por dificultades de tipo afectiva, familiar, social, laboral, anímica, se hizo necesario profundizar en el conocimiento sobre los procesos logoterapéuticos, para obtener como resultado un mayor entendimiento sobre estos. A través de la investigación y aplicación práctica de los recursos psicoterapéuticos, los conocimientos y habilidades técnicas se enriquecerán y mejorarán, logrando alcanzar mayores niveles de especialización en esta área.

El ámbito de sentido existencial es de principal importancia en la estabilidad tanto cognitiva como afectiva y emotiva de las personas. Este ámbito de sentido es la base sobre la cual se dinamizan las distintas áreas de vida de los individuos, entre las que se pueden mencionar la laboral, familiar, académica, social, etc. Por lo mismo, fue importante profundizar acerca de la relación entre los procesos psicoterapéuticos y los ámbitos individuales de sentido existencial, su influencia positiva sobre el mismo, y por lo tanto en la vida general de los pacientes.

Con la profundización y consecuente mejoramiento del conocimiento sobre las fortalezas y aplicación del modelo logoterapéutico, se verá beneficiado los egresados que asistan al Grupo de Apoyo Permanente Logoterapéuticos,

porque el conocimiento generado a partir de casos particulares podrá aplicarse en futuros procesos terapéuticos.

Así, no sólo son beneficiados los egresados quienes contarán con un profesional mejor informado y capacitado a través del conocimiento generado, sino también el profesional encargado de la salud y crecimiento humano de sus pacientes, quien puede contar con datos de interés acerca de las particularidades y cualidades de los modelos logoterapéuticos en el tratamiento de la reinserción psicosocial y laboral.

Es de interés citar cómo la logoterapia se ha desempeñado adecuadamente en el tratamiento clínico de pacientes farmacodependientes.

La logoterapia presenta una metodología psicoterapéutica específica para tratar el malestar existencial o espiritual. “La logoterapia del doctor Viktor Frankl se basa en tratar las dificultades psicológicas y existenciales dialogando con la persona y notar en ella qué es lo que da sentido a su vida”. En este proceso la persona reorganiza y dirige su vida hacia metas sobre la base del sentido.

Una de las variables que está siendo tomada en cuenta con mayor fuerza es la Familia y el rol que esta institución desempeña en el proceso de tratamiento de los pacientes farmacodependientes.

La Co-Adicción es un problema que surge dentro del sistema familiar y que impide conseguir los objetivos de cambio en los miembros designados como pacientes. Este problema viene siendo estudiado y se ha demostrado que cuando surge un problema de consumo de drogas en la familia se afectan también los otros miembros, alterando su funcionamiento saludable.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Azogues, capital de la provincia del Cañar, tiene una alta incidencia en el consumo abusivo y dependiente de sustancias psicoactivas, especialmente alcohol, marihuana THC y pasta básica de cocaína (PBC),- según estudios del Instituto Nacional de Estadísticas y censos INEC , muestra que el consumo de bebidas alcohólicas forma parte de la cultura de los ecuatorianos: las celebraciones o las penas de la vida cotidiana son generalmente ocasiones para "pegarse" el trago en actos públicos o privados.

A través de la Dirección Sur con jurisdicción en Azuay, Cañar, Loja, Morona y Zamora, permite una aproximación al tema. Una aproximación, pues la tendencia a ocultar la verdad de la información llevaría a conocer menos de lo que en realidad se registra en el ámbito de estudio.

En Cañar no se registran casos de consumo antes de los 15 años. De las cinco provincias estudiadas, Azuay ocupa el primer lugar en el consumo, con el 38% de 184.009 personas de todas las edades que declararon haber ingerido alcohol en 2006, año de referencia; le siguen las provincias amazónicas con el 28,4%; en tercer lugar Loja con el 23,2% y finalmente Cañar con el 9,8%.

Cañar, que ocupa el primer lugar con el 8,9% de consumidores de 65 años en adelante. En Cañar, con 18.131 casos observados, el 79% corresponde a sexo masculino, sin que se produzca antes de los 15 años el consumo. Es curioso el dato de que en esta provincia la edad en la que el consumo de los varones es mayor, va de los 40 a los 44 años, con el 16,2% que le ubican en la provincia de la región en primer lugar en este rango, seguida por la Amazonía con el 12,2%. La provincia del Cañar registra el mayor consumo femenino de alcohol en la región, con el 21%, seguida en el rango por la Amazonía con el 19%.

El consumo de alcohol, iniciado de esta forma, se incrementa a medida que el joven llega a la mayoría de edad en nuestro país a los 18 años alcanzando niveles difíciles de controlar que en ocasiones le convierten en un adicto social, abusivo o dependiente. El mismo fenómeno, aunque en menor grado en algunos aspectos según los datos de la INEC anteriormente señalados, alcanza a las mujeres quienes no han podido escaparse de esta realidad, y avanza velozmente en nuestra sociedad, agravado por el incremento del uso de sustancias como drogas y fármacos. De esta forma, en la Provincia se ha desencadenado un problema social afectando a innumerables familias, que sufren los estragos del alcoholismo y la drogadicción entre sus miembros.

De otra parte, la creación de la Comunidad Terapéutica impulsada por el Municipio, dio inicio a un proceso de Investigación de esta problemática, con programas de internamiento para las personas fármaco dependientes en base a un programa diseñado por la comunidad claretiana, con el propósito fundamental de lograr la reinserción psicosocial y laboral del adicto a la sociedad; aproximadamente ochocientos adictos han sido los “ingresos” que ha tenido el Centro, de cuales trescientos han completado la fase en comunidad terapéutica, y de estos menos de un 5% han logrado mantener su estado de abstinencia y el resto es decir un 95% han recaído con los consiguientes problemas para él y su familia, y no logrando la reinserción, psicosocial, laboral, familiar y espiritual .

Existen diversas causas que provocan que el adicto egresado de la Comunidad Terapéutica no mantenga la condición alcanzada luego del período de internado.

Los proyectos de vida que en la Comunidad Terapéutica se elaboran a fin de determinar su permanente abstinencia, no logran consolidarse, ya que estos en muchos de los casos, no se ciñen a la realidad que debe enfrentar

diariamente el adicto egresado de la Comunidad; o en su defecto este proyecto de vida, elaborado con los profesionales del COTEMUAZ y que involucra al egresado, su entorno familiar y social, por la falta de Investigación en prevención terciaría, se interrumpe, llevando al adicto a nuevas crisis existenciales y de valores.

Se debe considerar que el adicto, en su fase de consumo abusivo y dependiente, es un enfermo físico-psíquico y social que le lleva a la estigmatización de la sociedad mientras es disfuncional a ésta y, lo que es más grave, el entorno en que se debe enfrentar está altamente contaminado y quizás más enfermo que él.

Por ello no basta con un proceso de reeducación o aislamiento en un Centro o Comunidad Terapéutica, lo que es si un paso importante, pero no el definitivo.

El cambio del comportamiento experimentado en la evolución de su enfermedad que le lleva a su autodestrucción no se revierte completamente en el periodo de aislamiento, y por lo mismo al enfrentarse con la necesidad de la reinserción, requiere de una Investigación tal que no implantar en él una nueva forma de dependencia.

El presente estudio se encaminará en el sentido de que es necesario una Investigación holística, diseñada en base a estrategias y técnicas adecuadas con la participación de equipos multidisciplinarios para el trabajo en conjunto que intervendrá directamente en el desarrollo de la reeducación, tanto de la familia como del adicto en este proceso, para disminuir los altos porcentajes de recaídas y por último lograr la abstinencia y que el adicto (egresado) llegue a ser una persona vital dentro de la sociedad. Este breve análisis es la respuesta a la siguiente interrogante:

¿Cómo se puede investigar el proceso bio-psicosocial, espiritual y laboral para la reinserción integral del adicto egresado de la Comunidad Terapéutica?

3.- OBJETIVOS

3.1.- Objetivo General

Analizar de qué forma se puede aplicar la logoterapia para la investigación oportuna que implique suplir las deficiencias en el proceso de reinserción y de abstinencia del adicto egresado de la comunidad terapéutica.

3.2.-Objetivo Especifico

- Descubrir las razones o circunstancias que llevan al adicto a las constantes recaídas.
- Examinar cuáles son las estrategias adecuadas para la investigación en la reeducación relacionada con la co-dependencia familiar y social.

4.- JUSTIFICACIÓN

La finalidad de esta investigación es presentar a la logoterapia como terapéutica y como filosofía a fin de que pueda ser de ayuda complementaria y unificadora del asesoramiento psicológico (psicoterapia) de los pacientes farmacodependientes.

Los valores humanos son las metas principales de la logoterapia y el complemento espiritual totaliza el ser humano además de su aspecto biológico, psicológico y sociológico. Su enfoque básicamente existencial fue creado para ayudar al ser humano a solucionar sus problemas filosóficos, espirituales y existenciales en relación al sentido de la vida, problemas interrelacionados totalmente al aspecto bio-psico-social y espiritual a los fines de una concepción unificadora del ser humano.

Lograr que el estado psíquico y a veces también físico producido por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por comportamientos o reacciones que incluyen el uso compulsivo de la sustancia, continuo o periódico, para provocar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar determinado por su ausencia; de tal manera que con el estudio de esta investigación se verá beneficiado los egresados que asistan al Grupo de Apoyo Permanente Logoterapéutico.

5.- MARCO TEÓRICO - CONCEPTUAL

5.1.- Marco Teórico

Comenzaré dando una descripción de lo que es la logoterapia, la adicción y cómo se relacionarían ambas en el trabajo terapéutico. La logoterapia es una corriente psicoterapéutica humanista-espiritual que tiene como base primordial el trabajo del sentido de la vida para la sanación psíquica e introducción consiguiente en la sociedad del paciente. Si entresacamos palabras claves resumimos así nuestra definición: es una terapia que trabaja el sentido de la vida para introducir nuevamente al enfermo a la sociedad.

De hecho, se parte de que el adicto es un enfermo físico-psíquico, que desde un enfoque social, está fuera de la sociedad mientras es disfuncional a esta. Por supuesto que hay grados de adicción, unos menos graves que otros. La adicción, que es una dependencia a un fármaco, droga, persona, cosa, alimento, sexo, juego, etc., está caracterizada por la modificación del comportamiento a tal punto que la persona se vuelve contra sí misma, y contra la sociedad consecuentemente. Fisiológicamente, todas las personas, unas más que otras, están predispuestas a cualquier adicción. Psíquicamente pasa del mismo modo, nada más que ésta prima sobre cualquier injerencia física. Sin embargo, las terapias están desarrolladas entendiendo la adicción como un fenómeno común. En este caso, la logoterapia da énfasis en la parte psíquica, espiritual, trascendental del individuo.

La logoterapia para adictos consistirá, a grosso modo, en el diálogo con el enfermo para que él redescubra el sentido de su vida, y cómo afectan sus compulsiones su realización. De esta forma, crear una tención existencial que acabará por formar los valores necesarios para que el individuo trate su enfermedad más efectivamente. Es notable que la logoterapia sea una

herramienta solamente, sin embargo, a mi modo de ver, es como la llave para todo posible saneamiento.

De esta forma comenzamos el adentramiento a la logoterapia para casos de adicción. El principal objetivo es crear un marco conceptual logoterapéutico con insinuaciones prácticas que puedan ser tomadas en cuenta en el tratamiento para adictos.

5.1.1.- Importancia del aporte de la logoterapia

Antes, quisiera hacer una breve presentación de la logoterapia desde su fundador, Víctor Frankl. La logoterapia no es simplemente una psicología alternativa, es considerada la tercera escuela de psicología después del psicoanálisis de Freud y la Psicología Individual de Adler. Frankl la hizo famosa por ser una vía de equilibrio entre los extremos de sus predecesoras. La principal aportación fue que abogó por la libertad y la voluntad frente al determinismo, por la espiritualidad frente al materialismo. Frankl tuvo un gran éxito y aceptación porque su nueva orientación psicológica estaba sustentada en su experiencia como judío en el campo de concentración nazi de Auschwitz: una experiencia de sobrevivencia extrema que fue posible soportarla gracias al apoyo en su sentido de vida, frente a otros camaradas que lo perdían, llegando a suicidarse o morir enfermos por la desmoralización. La mejor enseñanza de esta experiencia es: el hombre es siempre libre. Su mensaje está plasmado en el libro: “El hombre en busca de sentido”, el cual es conocido mundialmente.

A diferencia de las corrientes psicológicas, como los distintos tipos de psicoanálisis y de conductismos, en los cuales se le resta importancia a la persona como ser volitivo, libre y responsable, la logoterapia exalta más bien dichas facultades y propone potenciarlas para curar al enfermo. El

psicoanálisis por ejemplo, busca descubrir lo que está reprimido en el inconsciente para dar mejoría al paciente. Lo que sucede es que intenta descargar de responsabilidad a la persona objetivando el mal en un suceso del pasado y reprimido: el síntoma es quien tiene que cargar con la responsabilidad de la compulsión entonces, no la persona misma. De esta forma es más difícil que el paciente acepte el problema; cuando despersonaliza su afección, luchará contra algo que no puede controlar, algo que le sobrepasa, mientras que si toma la total responsabilidad sobre el problema, será más fácil combatirlo. Esto no es desacreditar el psicoanálisis, que es muy válido, sino, es darle una orientación que facilite o mejore la recuperación del paciente. En otras palabras es, cambiar el cómo o la manera de orientar la terapia. La logoterapia tendrá que hacer que la persona sea responsable de su compulsión. Esto parte de una antropología existencial que reza que: La conciencia y la responsabilidad constituyen los dos hechos fundamentales de la existencia humana, esto se traduce en una fórmula antropológica: Ser hombre equivale a ser consciente y responsable .

Otro gran aporte es la importancia que se le dio "al otro" dentro de la psicología. Anteriormente, en la psicología, "el otro" tiene un valor práctico, simplemente para explicar ciertas patologías donde están inmiscuidos roles de otras personas sobre las conductas del paciente. Ejemplo: los padres y el complejo de Edipo. En la logoterapia "el otro" es el que no solamente configura mi ser y mi conducta, es más aún: "el otro" es el que me hace ser: soy en cuanto tú eres. Tú me haces ser. Todo ser es siempre substancialmente, un ser-otro, y sólo mediante la referencia de un ser a otro ser podemos constituir ambos, todo ser es un ser-en-relación. Esta es una injerencia antropológica en la psicología que no se había planteado antes: el ser humano no se explica como un ser individual, sino como un ser relacional. Esto constituye un gran aporte porque el ser humano deja de entenderse como un ser inmanente en sí mismo, cerrado y absoluto, y se

vuelve trascendente. La ventaja es que se puede tratar al paciente desde otro medio, más que por su misma condición psíquica. Ya sea por su espiritualidad o por sus relaciones interpersonales.

En el caso de la terapia dialógica, mientras se da la trasferencia, el "yo" no se vuelve "yo" sino en el "tú". El grupo de apoyo permanente logoterapéutico es fundamental, ya que es el motivador, de él depende mucho la sanación del enfermo. Es la persona en la cual el enfermo verá más allá de sí mismo. En el enfermo promoverá un cambio de perspectiva, lo cual permitirá que el paciente aspire a algo nuevo, que sobrepase sus mismos límites; será algo igual o más valioso que su misma vida, dependerá de cómo esté su autovaloración. En el caso de los adictos, que tienen baja autoestima, habrá que elevárselas proponiéndoles algo más valioso, y así superar su desvalorización. Es verdad que la persona valora tanto como ella se valora a sí misma, pero, es capaz también de trascender esta ecuación, si no, no hubiera nunca mejoría alguna.

5.1.2.- Trascendencia humana

El ser humano es un ser trascendente porque es capaz de valorar más y más allá de sí mismo. El problema de la trascendencia se resume de hecho en esta pregunta: ¿Es el hombre capaz dar más de sí? El mayor indicio para dar una respuesta afirmativa es el amor. El amor entendido como la voluntad de querer. Amor es voluntad de querer. Para Freud el amor es solamente un epifenómeno, un fenómeno secundario producto de nuestra actividad cerebral, de nuestras tendencias inhibidas, sublimaciones. Para la logoterapia es una experiencia primordial y necesaria. El amor es una representación de la voluntad de sentido.

La meta del psicoanálisis es la de adaptar al individuo y sus instintos al mundo exterior, reconciliarlos con la realidad, renunciando a los sentidos, a lo instintivo, a los impulsos predecesores de la voluntad. En cambio, la logoterapia desarrollará en el individuo ese querer impulsivo, la voluntad, el querer por parte del "yo". Sin embargo, los impulsos no son entendidos como meros instintos animales. Los impulsos o instintos se comunican con los valores, con lo trascendental en el ser humano, con su espíritu. En la terapia lo que se hace entonces, es un salto de lo instintivo a lo espiritual, entendiéndolo como una misma esencia. Partiendo de las dinámicas afectivas de las patologías, la persona llegará a sus angustias espirituales, sobrepasando el encierro obstinado racional-material en la cual se halla sumergida por la dependencia o adicción. La tarea del grupo de apoyo permanente logoterapéutico será pues, que el paciente llegue a una visión de los valores y del mundo que sea de su propia autoría, pero a la vez, trascendente.

Frankl combate el materialismo y la reducción sociocultural que se le ha dado al hombre. Lo más importante, y que define al hombre, es su libertad. Por eso, antes de diagnosticar una patología reduciendo al paciente a lo material o sociocultural, la logoterapia antepone una frustración existencial, que en sí y por sí misma no tiene nada de patológico. También le llama neurosis noógena. Esto supone una superación del psicologismo: una captación del problema a la luz de la razón. Según esta antropología, la persona se vuelve transparente, y se distancian emocionalmente del problema, lo que significa, que podría combatir su complicación en una mejor posición. [1]

[1] Dr. Víctor Frankl, “El Hombre en Busca del Sentido”, Editorial Herder. Edición 1970

5.1.3.- Lugar de la logoterapia en las terapias con adictos

Como decíamos al principio, la logoterapia es un recurso, no puede ni debe sustituir a la psicoterapia, sino sólo complementarla. Se deben separar los componentes logoterapeúticos de los psicoterapeúticos, pero sin olvidar que ambos se combinan y forman una unidad de la acción médica.

¿Cómo se hace? Creo que eso dependerá del grupo de apoyo permanente logoterapéutico y del paciente. Lo que se puede hacer, es plantear los dos tipos de terapias para que el grupo de apoyo permanente logoterapéutico discierna dónde y cuando intergrar ambas dinámicas en el paciente. En este caso, explicaremos el papel de la logoterapia.

La logoterapia trabaja el espíritu, y los resultados que se esperan del paciente, serían creaciones del espíritu. Una creación espiritual es irreductible a lo psicológico, porque lo espiritual y lo anímico son magnitudes inconmensurables… “Todo lo espiritual se rige por leyes propias” (Cfr. Frankl 1970).

El espíritu es la capacidad que tiene el hombre para conservar su libertad ante los extremos más "violentos". Es cierto que el hombre está determinado biológica, psicológica y sociológicamente, en realidad no es libre de algo – dice Frank, sino para algo; es libre para tomar una posición frente a todos sus condicionamientos… Debe ser emocionante que una persona adicta que piensa que está condenada a seguir así por el resto de su vida crea esto: que frente a esos condicionamientos enormes que tiene, es libre aún para decir basta. El hombre es un ser de posibilidades, y dentro de esas posibilidades está el no dejar nunca de fabricarlas.

La mejor posibilidad que podría cuajar un adicto: la de dejar de ser dependiente. La logoterapia para comenzar a funcionar en el tratamiento, requeriría que se realizara primero un diagnóstico al paciente, una "mirada-a-

través", referida a la razón que se esconde tras el mal, al sentido que tiene la enfermedad, al sentido trascendental, existencial. En otras palabras, y más concretamente, que se le examine su sentido de vida. El problema del sentido de la vida no debe interpretarse como un síntoma sino como algo que expresa lo más humano que tiene el hombre. El problema del sentido de la vida, planteado de un modo radical, puede llegar a avasallar totalmente al individuo.

Luego, suponiendo efectivamente que el problema se deriva de una distorsión o carencia en la voluntad de sentido, el grupo de apoyo permanente logoterapéutico deberá de redescubrir o fortalecer esta fuente primigenia de la vida, recurriendo a la fe en un sentido superior, valores, personas valiosas, ideales, Dios, etc. Esto tiene una importancia psicoterapeútica y psicohigiénica invaluable. Frankl llama a esta capacidad humana "fe creadora", hace al hombre más fuerte, como auténtica fe que es, nacida de una fortaleza interior. Para quien se hace fuerte en esta fe no existe nada carente de sentido. Por lo tanto, la historia interior de la vida del hombre nunca acaecerá en vano. Luego de recuperar la fe, la "fe creadora", el sentido de vida, viene la lucha entre la voluntad de sentido y los condicionamientos, que en caso de los adictos, están muy arraigados.

5.1.4.- El sentido de la vida frente a los condicionamientos biológicos y sociales

El sentido de la vida es el motor que hace que la persona funcione. Es el motivo para seguir existiendo. Cada persona, indiscutiblemente, se formula un sentido de vida con la cual regirá su comportamiento; éste trasciende de tal modo a la persona que es capaz de liberarla ante cualquier mal desvío de la voluntad, regresándola a su camino original. En la espiritualidad jesuítica el sentido de la vida toma el nombre de "principio y fundamento", y tiene

diferentes nombres en otras espiritualidades o cosmovisiones, sin embargo el significado es el mismo. El sentido de vida es el principio de la vida y el fundamento de toda posibilidad de acción. El amor, cariño, comprometimiento a Dios, al mundo, a la vida, a la familia, a los hijos, etc., son innumerables e irreducibles.

Los condicionamientos fisiológicos y sociales pueden servir de ayuda o ser impedimento para el desarrollo de la voluntad de sentido de las personas. Es un hecho que el tener voluntad de sentido no significa que automáticamente se viva de ello, por lo que sobrepasa cualquier determinación; se vive en libertad. De ahí que la voluntad de sentido exija un alto grado de responsabilidad, por la capacidad creadora que posee.

Ante la indeterminación de la voluntad de sentido se ciernen gran cantidad de determinantes que se rigen por el principio de placer, y crean tención en el individuo. En la realidad, el placer no constituye la meta de nuestras aspiraciones, sino que es la consecuencia de su realización –dice Frankl. Existen ciertos estados o circunstancias en los que el placer puede constituir la meta de un acto de voluntad. En general, el hombre no quiere el placer, sino que quiere lo que quiere, por lo tanto, si el placer fuese el real sentido de la vida, habría que llegar a la conclusión de que la vida carece de todo sentido. Por lo que el placer es sólo un estado; es un proceso que se desarrolla en la sustancia gris del cerebro. En los casos de las adicciones, de cualquier tipo, el placer opera más impetuosamente, doblegando más fácilmente a la voluntad, pero, igualmente no es un un acto en sí mismo, sino producto de un problema, principalmente de autoestima, generado por cualquier tipo de situaciones en las que se mueve el individuo. Se puede decir que el adicto no es adicto por el placer que causa su adicción, sino porque genera situaciones en los que puede escapar de su realidad, fugas existenciales. Entonces el placer no es un fin en sí mismo, es una consecuencia no más de un querer, de un "yo quiero" que lo sobrepasa. En

otras palabras, el adicto se vale del placer de su adicción por tratar un problema más personal. Esto no niega la dependencia físicoquímica de las drogas, de algunos alimentos o de acciones o actos, sin embargo, reconoce que están en segundo lugar. Por esto la importancia que juega la logoterapia, en hacer redescubrir o revalorar el sentido de vida del paciente, que sí está en primer lugar.

En conclusión, el grupo de apoyo permanente logoterapéutico debe superar el concepto del hombre que se aferra a los estados de placer, sin salir para nada al reino de los valores. Valores que son los motivos para vivir, el sentido de vida, y los únicos que pueden ofrecer una vida realmente humana al individuo. Y a pesar que el sentido de la vida está también condicionado a una situación, la vida del sujeto que es única e irrepetible, los valores no dejan de ser universales. Es más, los valores amplían las posibilidades de los sentidos, de los placeres al máximo. Los adictos pueden encontrar en los valores, mayores emociones y mejores placeres.

5.1.5.- El reencuentro del adicto con su sentido de vida

¿Cómo el grupo de apoyo permanente logoterapéutico puede generar el reencuentro del adicto con su sentido de vida? Digo reencuentro porque el hombre necesariamente tiene formulado uno, lo que no significa que sea el único para toda la vida. El sentido de vida va evolucionando mientras el individuo va desarrollado y siendo afectado por factores externos e internos. Sin embargo, éste puede pasar de desapercibido con o sin querer. Pues bien, ¿qué puede esperar un adicto de la vida? El adicto no deja de ser persona, no más que su sentido de vida está "agonizando", el adicto puede esperar mucho de la vida. Entonces, ¿cómo hacer que la persona vuelva a sentir?

Hay que transferir, lo que Frankl llama, "valores de actitud": el cómo debe posicionarse el adicto ante su situación, porque lo que importa es la actitud que el hombre adopte ante un destino "irremediable". Lo importante es como el hombre lo soporta. Se trata de actitudes humanas como el valor ante el sufrimiento, o como la dignidad frente al fracaso. La posibilidad de llegar a realizar esta clase de valores se da siempre que un hombre se enfrenta con un destino que no le deja otra opción que la de afrontarlo… El sufrimiento mismo vale mucho, lo que para el adicto quizás sea un infierno, El grupo de apoyo permanente logoterapéutico tendrá que hacérselo ver como su mayor riqueza, lo que le hace ser digno, y desde ahí operar el tratamiento, con una revalorización de sí mismo que le acompañará en todo el proceso de recuperación. … y un instante por más fugaz que sea, puede proyectar retrospectivamente un sentido sobre la vida entera –dice Frankl.

Ese instante en que el individuo se recrea así mismo no puede ser superficial, debe ser real, y para que sea de ese modo debe haber una aceptación de sí mismo y todo lo que eso conlleve. El hombre no debe olvidar sus problemas, sí apartarse de ellos en el sentido que no los pone en segundo plano. En otras palabras, reconocer que existe esa fuerte tención entre su adicción y los valores que está asumiendo. Luego, lo más relevante será que poco a poco el paciente vaya construyendo su camino de recuperación, hacia el cumplimiento de su propia misión. Cuanto mejor comprenda el carácter de "misión" que tiene su vida, tanto mayor sentido tendrá su vida para él. Misión no significa solamente un objetivo, sino una responsabilidad. En esto se diferencia la psicodinámica de la logodinámica o noodinámica, en que esta última constituye una situación de libertad: al mismo tiempo que impulsan los instintos, los valores atraen, y la persona

puede decidir entre ambas. Este enfoque existencialista, cita Frankl a Rollo May, pone de nuevo la decisión y la voluntad en el centro del cuadro. [2]

5.1.6.- La libertad humana

El hombre es libre y sus condicionamientos son únicos e irrepetibles. En la terapia esto tiene una gran repercusión, ya que el grupo de apoyo permanente logoterapéutico no le puede dar el sentido a la vida del paciente, sino que tiene que ser encontrado por la propia persona, para que así pueda ser asumido con más pertinencia y efectividad.

La libertad del hombre no significa ausencia de condicionamientos, sin ellos la libertad fuera imposible, porque ¿libertad de qué? La libertad sólo puede ser libertad frente a su destino, un comportarse con el destino. El hombre se define como un ser que va liberándose en cada caso de aquello que lo determina (como tipo biológico, psicológico y sociológico); es decir, como un ser que va trascendiendo todas estas determinaciones al superarlas o conformarlas, pero también a medida que va sometiéndose a ellas. Y sin embargo, la libertad no significa que el hombre tenga una predispocición a elegir el "buen camino", al contrario, es una falta de predisposición intelectual sobre un destino biológico, psicológico y sociológico. El hombre es un ser indeterminado sobre factores determinantes. Esto significa que la libertad no orienta al hombre hacia algo, más bien, es la no orientación de nada. Por ello, el hombre, libremente, puede destruirse así mismo también, como acurre con el adicto. Lo que sí es enormemente importante, es que la persona puede situarse entre los determinantes neutralmente, asumirlos o no, superarlos o no. La persona trasciende todo tipo de circunstancias, con mucho esfuerzo sí, pero las trasciende.

[2] Dr. Víctor Frankl, “Psicoanálisis y extencionalismo”, México D.F. Fondo de Cultura Económica V.E (1970)

En el caso del adicto, que se está destruyendo así mismo, está asumiendo libremente dejarse al margen de sus determinantes y predisposiciones, olvidarse en su destino somático, psicológico o sociológico. Dejarse al margen del destino somático Tandler lo llama "fatalidad somática" del hombre, menciona Frankl. Y esta actitud es libre. Prueba de ello es que existe la posibilidad de dar un viraje en la vida, cambiando de posición en ella o ante ella. El dejarse al margen del destino psicológico significa el empeñarse en creer, antes de intentar algo, que el intento está condenado necesariamente al fracaso y se aferre a tal creencia, es evidente que fracasará en lo que se proponga; porque nadie gusta de quitarse la razón, no siquiera ante sí mismo… es lo que se llama un "fatalismo neurótico". Lo que el grupo de apoyo permanente logoterapéutico tiene que promover en estos casos es la reconciliación con su destino. El paciente debe aceptar su condición, lo que le facilitará de gran modo el sobreponerse a sus condicionantes y ganar mejoría. El hombre lo que necesita es prever, poder leer más allá de sí, para poder aspirar a una meta, a una misión. Cuando la mirada se dirige a un fin o meta, el hombre puede fortalecerse en ese punto de apoyo espiritual, esto es lo que necesitaron los recluidos en los campos de concentración, y es lo que necesitan los adictos, que al igual que los cautivos de Auschwitz: no aciertan a gozar, a vivir, a disfrutar; necesitan hacer de nuevo el aprendizaje de la vida.[3]

5.1.7.- Amor y trabajo

Por último, quiero mencionar dos factores que pueden ayudar mucho en la labor del GAP logoterapéutico y que son bases fundamentales de la

[3] Iniciativa Organizacional iniciada el año 2008, “Estudiar, Aplicar, Fortalecer y Promover la Logoterapia y Análisis Existencial” acreditación del “Instituto Colombiano de Análisis Existencial y Logoterapia Viktor Frankl” y respaldo de Instituciones y Logoterapeutas de Argentina y Colombia.

logoterapia: el amor y el trabajo. Sobre el amor dice Víctor Frankl que, para el amante el amor hechiza el mundo, lo transfigura, lo dota de un valor adicional. El amor no hace al hombre ciego sino que le abre los ojos y le agudiza la mirada para percibir los valores.

Fomentar el amor en el paciente sería salvarlo. El amor salva, da vida, la regresa. En este caso se debe enseñar a amar al paciente. ¿Cómo? Creo que sincerándolo consigo mismo y el mundo, la misma dinámica del amor hará el resto.

Con respecto al trabajo, es evidente que lo que más caracteriza al ser humano es su capacidad para crear, su sentido de vida es una creación profunda. El grupo de apoyo permanente logoterapéutico debe prestar atención en este punto y fomentar valores creadores en el paciente. Una estrategia es buscarle una ocupación donde pueda ejercer al máximo su capacidad creadora. El trabajo también puede representar el espacio en el que la peculiaridad del individuo se enlaza con la comunidad, cambiando con ello su sentido y su valor. [4]

5.1.8.- La codependencia

Dentro del campo de Tratamiento en Farmacodependencia se encuentra que la problemática del abordaje es intensa, y que se busca controlar la mayor cantidad de variables para lograr eficacia y eficiencia en la recuperación de los pacientes consumidores de drogas.

Una de las variables que está siendo tomada en cuenta con mayor fuerza es la Familia y el rol que esta institución desempeña en el proceso de tratamiento de los pacientes farmacodependientes.

[4] Dr. Viktor Frankl (1997), “Teorías de la Personalidad”, (Viena, Austria), del 3 de septiembre de 1997.

La Co-Adicción es un problema que surge dentro del sistema familiar y que impide conseguir los objetivos de cambio en los miembros designados como pacientes. Este problema viene siendo estudiado y se ha demostrado que cuando surge un problema de consumo de drogas en la familia se afectan también los otros miembros, alterando su funcionamiento saludable.

En el presente trabajo se pretende esclarecer el panorama del funcionamiento de las familias que tienen el problema del consumo de drogas en uno de sus miembros; para ello se analiza en primer término el sistema familiar en general y su funcionamiento saludable, para luego contrastarlo con la descripción de la familia cuando surge el problema de la adicción. Luego se definirá y describirá el fenómeno de la Co-Adicción en sí, que es una consecuencia de la aparición de la adicción en la familia. Finalmente se describirá las fases del proceso de recuperación familiar aclarando la secuencia del tratamiento.

Mediante la realización de la presente se pretende optimizar la comprensión de la problemática de la Adicción, en base a la perspectiva familiar del problema del consumo de drogas.[5]

5.1.9.- El sistema familiar

5.1.9.1.- La Familia

La familia es el organismo básico y natural de la sociedad, conformada por un grupo de personas emparentadas entre sí, unidas por vínculos de consanguinidad, identidad y afectivos, que tienen intereses comunes y se rigen bajo un mismo sistema de normas.

[5] Dr. Thomas Trobe, "DE LA CODEPENDENCIA A LA LIBERTAD. Cara a cara con el miedo", AÑO: 2005, EDICION: 1ª, IDIOMA: Castellano

Existen diversas formas de clasificar a las familias, nosotros consideramos el que tiene en cuenta la constitución de sus miembros, así podemos encontrar a las siguientes familias:

Familia Nuclear: Conformada por los padres y los hijos.

Familia Extendida: Constituida por la familia nuclear donde además uno de los hijos ha constituido su propia familia compartiendo el mismo techo con su familia de origen.

Familia Incompleta: Aquella donde le falta uno de sus miembros.

Familia Agregada: Referida a la incorporación de otros parientes o amistades bajo el mismo techo de la familia nuclear.

Familia Desintegrada: Caracterizada por la desmembración de los integrantes de la familia nuclear.

Los estilos de crianza varían de acuerdo a las características de las familias y podemos clasificarlas en cuatro grupos importantes:

Estilo Sobreprotector: La familia es considerada así por la presencia de uno de los padres que busca facilitar en sobremanera todo tipo de actividades o eventos a los hijos, llegando a anular la capacidad de los hijos de valerse por sí mismos; la figura del otro padre generalmente está ausente.

Estilo Autoritario: La familia establece una relación de verticalidad con uno de los miembros (figura autoritaria), quien se impone a los demás miembros sin respetarlos, encargándose de establecer las reglas y normas que regirán la familia.

Estilo Permisivo: (Lazer faire) Se caracteriza por la ausencia de normas y reglas claras. Si existen normas, éstas no se cumplen y cada miembro hace lo que mejor le parece.

Estilo Democrático: Se caracteriza porque existe unidad de criterio entre los cónyuges, la comunicación entre sus integrantes es horizontal y se toma en cuenta los puntos de vista de cada uno de ellos. Las relaciones entre sus miembros son satisfactorias y la resolución de los problemas se realiza con la participación de manera compartida por la familia.

Los estilos de crianza sobreprotector, autoritario y permisivo constituyen factores de riesgo para el desarrollo de problemas psicológicos entre sus miembros, como puede ser el consumo de drogas.

El estilo de crianza democrático es el que favorece un funcionamiento saludable, propiciando el crecimiento emocional y la madurez psicológica de los miembros de la familia.[6]

5.1.9.2.- Estructura Familiar

La familia funciona "como si fuera" un sistema porque:

Sus unidades están vinculadas entre sí.

El cambio en una unidad conlleva a un cambio en las otras.

El sistema está en organización constante, no está organizado definitivamente. Dicho proceso es permanente ya que sus elementos interaccionan y de allí surgirán leyes, reglas y roles que a su vez contribuyen a la organización y definirán las interacciones dentro de un proceso circular constante.

La estructura familiar puede definirse como: "El conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia" (cfr. Minuchín, 1982).

[6] Álvarez del Real, María. “Guía para la familia con problemas de alcoholismo, drogas.”, Medellín, Editorial América, 1992.

Estas demandas funcionales hacen que la familia opere a través de reglas, fruto de las transacciones repetitivas de sus miembros, estas pautas o reglas constituyen la estructura. Dicha estructura tiende a la conservación de un determinado equilibrio mediante procesos que regulan las perturbaciones del medio ambiente, es decir, permite la Homeostasis Familiar.

En la estructura de una familia encontraremos:

Jerarquías: Producto de la interacción de los miembros en la que se establecen los niveles de poder y autoridad.

Sub-sistemas: Elementos integrantes del sistema, que son sistemas en sí mismos. Se forman a partir de la interrelación por generación, sexo, función o jerarquía; por ejemplo: el subsistema de los padres, el subsistema de los hijos.

Límites: Pueden ser de dos tipos: externos, cuando se dan entre el sistema y el medio; e internos, cuando se dan entre los subsistemas. Dichos límites pueden ser rígidos o flexibles, pero deben ser claros para que los miembros se diferencien entre sí.[7]

5.1.9.3.- La familia y la adicción

5.1.9.3.1.- Efectos de la Adicción en el Sistema Familiar

Vamos a definir a la Adicción como la Dependencia de un ser humano a una sustancia psicoactiva (medicamentos, sustancias de origen natural o químico) cuyo consumo ha generado consecuencias negativas en diversas

[7] Haro Estabridis, Eduardo. Apuntes sobre el problema de la Farmacodependencia. Lima, Inédito, 1997.

áreas de la vida de este ser humano (laboral, estudiantil, familiar, salud corporal y mental).

El hecho de que un miembro de la familia sea adicto significa un cambio en una unidad del sistema familiar y como tal es consecuente el cambio en cuanto a su funcionamiento.

Dentro de los efectos de la adicción en el sistema familiar tenemos:

El Sistema Enfermo

Parte de la enfermedad de la adicción es buscar explicaciones a la falta de control para consumir la droga, tales como: "Yo consumo drogas porque mis padres nunca me dieron el cariño suficiente". Esto mismo ocurre en el sistema familiar y así los miembros comienzan a culparse, a actuar a la defensiva y a estar enojados y resentidos buscando explicaciones por las cuales surgió el problema de la Adicción en la familia. Todo el sistema ya alteró su funcionamiento y está enfermo.

Los Roles Distorsionados

Además de los roles naturales (padre, madre, hijo, por ejemplo) surgen los roles emocionales en respuesta a la enfermedad de la adicción. Cada miembro busca adoptar el rol que mejor satisfaga sus necesidades fundamentales para vivir y mantener el equilibrio (o tratar de hacerlo). Entre los roles emocionales encontraremos por ejemplo: "El Héroe" que será el miembro fuerte de la familia y buscará ayudar a los demás, "El Hijo Perdido" que buscará ser el olvidado y preferirá estar solo generalmente, y también encontraremos al "CO-ADICTO" quien se dará íntegro al cuidado del adicto, descuidando como los anteriores su propia vida.

El Control y la Culpa

La culpabilidad aumenta en el adicto y en la familia en la medida que el adicto pierde el control y su comportamiento se va haciendo cada vez más irracional, ilógico e irresponsable. Los miembros de la familia se sienten responsables de lo ocurrido aunque no siempre pueden entender qué hicieron para que esto suceda.

Intervenciones Equivocadas

El sistema familiar buscará recobrar su equilibrio y entre los intentos se encontrará con intervenciones equivocadas pues no todos los lugares donde se ofrece ayuda conocen la real dimensión de la Adicción. La familia puede intentar muchas cosas (gritos, golpes, internamientos, brujería, etc.) y las intervenciones equivocadas deprimen aún más a la familia del adicto.

La no diferenciación de lo Bueno y lo Malo

Cuando se busca solucionar un problema y no se consigue hacerlo, la capacidad de discriminar o diferenciar lo que está bien de lo que está mal se verá disminuida, por eso el sistema familiar intentará recobrar su homeostasis a veces de la peor forma o desde el rol de Co-adicción.[8]

5.1.9.3.2.- Etapas en la Familia con una Persona Adicta

La familia como sistema en su totalidad pasa por diferentes etapas cuando uno de sus miembros es adicto. Estas etapas son las siguientes:

[8] - Huber Charles; Baruth Leroy. Terapia Familiar Racional Emotiva. Perspectiva Sistémica. Editorial Herder, Barcelona, 1991.

Etapa Ciega

La familia no ve nada, a pesar del comportamiento ya cambiado del adicto (horarios diferentes en su rutina, gasto desproporcionado del dinero, irresponsabilidad en sus actividades, etc.). Sin embargo, la familia no le presta atención a estos cambios.

Etapa de Negación

Surge cuando la familia se entera por diferentes vías que uno de sus miembros está consumiendo drogas. Este hecho genera respuestas de negación, buscando explicaciones para justificar la conducta, por ejemplo: "Mi hijo no consume drogas, lo que pasa es que él es muy sociable y seguro que lo han visto saludando a algunos de sus amigos que sí consumen".

Etapa de Búsqueda y Aprendizaje

La familia acepta que hay un consumidor y trata de ayudar (los primeros intentos), a través de amenazas, llantos, ruegos, pero sin resultado. Luego buscará a otras personas, generalmente significativas para el adicto a fin que le hagan cambiar, pero sin resultado.

Etapa de la Frustración

Se da ante los intentos fallidos de cambiar al adicto, sobrevienen sentimientos de desesperanza y frustración.

Etapa del Estallido y Resolución

El sistema busca restablecer el equilibrio y pueden surgir separaciones de los miembros del sistema; aquí surgirán las expulsiones de la casa generando en el adicto la conducta de solicitar ayuda y promesas de cambio, o en caso contrario puede hundirse más en el mundo de las drogas, viviendo en la calle solo para mantener su consumo.

Algunas familias no atraviesan por todas las etapas cuando tienen un miembro adicto, sino que pueden saltearse algunas. Esto no es rígido.

5.1.10.- Co-Adicción

5.1.10.1.- Definición de Co-Adicción

El término Co-Adicción o Codependencia surgió del movimiento de Hijos Adultos de Alcohólicos en la década de los '70 y '80. A los familiares de alcohólicos/drogadictos se les Llamaba Facilitadores o Rescatadores o Contribuidores a la enfermedad.

Sharon Wedscheider-Cruse, una de las pioneras en el estudio de la Co-Adicción define de esta manera: "Es una condición específica caracteriza por una preocupación y una dependencia extrema (emocional, mental, social, y a veces física) sobre una persona u objeto. Eventualmente, esta dependencia de otra persona llega a convertirse en una condición patológica que afecta al codependiente en todas las demás relaciones que establece en su vida. La codependencia es un modo de vivir, un patrón de comportamiento en sus relaciones. Es una manera de experimentar la realidad a través de una muy baja autoestima. Es un proceso que comienza con el amor y la esperanza de poder cambiar a otro ser humano, y que termina en desesperación y odio a sí mismo a través del fracaso inevitable".[9]

Melody Beattie, define a la Codependencia como, “La manera en que la enfermedad afecta a otros miembros de la familia”. (Melody Beattie “Codependencia No More", 1987 pag. 8).[10]

---

[9] Sharon Wedscheider-Cruse “Experiential Therapy for Co-dependence - Terapia Experiencial para la Codependencia”, Manual de Trabajo, pág. 28-29

[10] MELODY BEATTIE, “MAS ALLA DE LA CODEPENDENCIA: COMO CRECER Y MEJORAR NUESTRAS RELACIONES Y CONVIVENCIA DE LOS DEMAS”, Editorial: GRUPO PATRIA CULTURAL, Edición: 1ª Año: 2001

Esta autora nos presenta la Codependencia o Co-Adicción como un estado de pensar, sentir y actuar hacia un adicto tan obsesivo compulsivo, que la pasión para hacer que él deje su adicción lleva al codependiente a dejar de cuidar sus propias necesidades. Vive a través del adicto y pierde su propia identidad con el último fin de salvarlo y para lograrlo tiene que controlarlo.

La Co-Adicción crea un estado tal que la persona se obsesiona y pierde su propia identidad al vivir a través del adicto.

Estas definiciones pueden representarse bien en la siguiente frase:

"El Adicto vive por y para la droga; el Co-Adicto vive por y para el Adicto".

5.1.10.2.- Características del Miembro Co-Adicto

El miembro Co-Adicto presenta cuatro características básicas en su funcionamiento dentro del sistema familiar:

Permisividad: Facilita la vida adictiva del consumidor (sin quererlo conscientemente).

Ignorancia: Desconoce la enfermedad y su sentimiento de culpa le hace creer que con "amor" va a ayudar a cambiar al adicto.

Baja Autoestima: No dedica el tiempo suficiente y le afecta el no tratar sus necesidades personales afectivas.

Tendencia a Somatizar: Tiene malestares corporales producto de su estado de tensión continua.

5.1.10.3.- Funcionamiento del Triángulo de la Co-Adicción

La Co-Adicción hace que el Co-Adicto así como el sistema familiar funcione a través de tres papeles o roles:

Rol de Víctima: El co-adicto se siente maltratado por el adicto.

Rol de Perseguidor: El co-adicto actúa como el verdugo del adicto, criticándole y recordándole que nunca va a cambiar.

Rol de Salvador: Rescata al adicto en crisis para que no sufra las consecuencias del consumo de drogas.

Estos roles varían y el co-adicto vacila entre ser un salvador o un rescatador del enfermo, y se convierte luego en perseguidor cuando no consigue ningún premio del "Salvado". El enojo, el dolor, el sentimiento que surge entonces en él como reacción a esta falta de agradecimiento, le hace adoptar una conducta negativa hacia el adicto. El amor y la compasión rápidamente desaparecen y en su lugar comienza a criticar al adicto, le grita, toma revancha en todo lo que puede, trata de sabotear su recuperación y le habla de forma sarcástica y burlona; es decir, hace todo lo contrario de cuando estaba en la actitud de salvador. El premio que quería, era sobre todo que el adicto dejara de consumir la droga cuando él se lo pidiera.

Cuando la persona lleva muchos años en este proceso, el triángulo emocional llega a convertirse en el patrón de su vida (independientemente de la presencia o ausencia del adicto), ya esta actitud a pasado a formar parte de su personalidad y no solamente una reacción frente al adicto.

Así llega a ser la co-adicción una enfermedad emocional en sí, que se mantiene aún cuando el adicto se muera o se recupere. Si no recibe ayuda, el que la padece no saldrá de este ciclo emocional en que ha caído.

5.1.10.4.- Co-Adictos Sumisos

Existe otra clase de co-adicción en la cual el control tiene características de sumisión. En el mundo de las adicciones este patrón ha sido más frecuentemente visto entre hijos de adictos o entre esposos o esposas que quieren tener paz a como de lugar. Asumen la responsabilidad de los sentimientos y el comportamiento de otros, incluso llegan a pedir disculpas por ellos.

El sumiso tiene dificultades para identificar sus propios sentimientos o expresarlos, puesto el miedo y la autorepresión lo paralizan frecuentemente. El miedo lo mueve hacia el perfeccionamiento, como una de sus características más visibles. Es una persona muy sensible, que antepone las necesidades de los demás a las suyas. Este tipo de personas aún cuando alcanzan altas metas, busca la aprobación de la familia o de las amistades para confirmar sus éxitos, pues se da muy poco valor a sí mismo.

El perfeccionismo en el cónyuge de un adicto también ayuda a combatir la sensación de pérdida de control que nace en el sistema familiar cuando va progresando la enfermedad.

El perfeccionismo es una esclavitud necesaria para muchos co-adictos sumisos, mientras que están negando la realidad de la situación familiar y su propia inseguridad frente a ella. El sumiso se siente incómodo cuando recibe alabanzas o regalos. Piensa que no merece nada y le cuesta creer en la sinceridad de los demás.

La necesidad de guardar la paz y de agradar del sumiso es tanta, que hace cualquier cosa por complacer. Le cuesta mucho expresar puntos de vista contrarios a los de las personas que lo rodena. Su conducta está basada en una autoestima baja. Es humilde, respetuoso, no interfiere en el espacio

ajeno; pero permite que invadan continuamente su territorio psicológico sin imponer límites. Le es muy difícil decir no ante los demás.

5.1.10.5.- Proceso de recuperación familiar

El proceso de recuperación familiar puede ser largo y debe pasar por las siguientes fases:

5.1.10.5.1.- Admitir el Problema

El admitir el problema y romper con los mecanismos de defensa es el punto inicial para tratar la enfermedad de la Adicción y también la Co-Adicción. La familia debe admitir su incapacidad para controlar o curar la adicción del miembro de su familia, debe dejar de luchar con el adicto y aceptar el hecho de que se ha enfermado con él en vez de curarlo.

El control que el familiar pensaba ejercer sobre el adicto ha generado más descontrolen su propia vida. Debe llegar a la conclusión de que ya no debe concentrar toda su atención sobre el enfermo, sino en su propio problema y tratar de poner orden en su vida y no en la del adicto.

Tanto el adicto como el co-adicto están operando bajo la influencia de mecanismos de defensa inconscientes, que llevan a un desorden de pensamientos de autoengaño que no permiten que vean su situación real.

Esta primera fase del proceso de recuperación lleva a tomar conciencia de la realidad para luego pedir ayuda apropiada.

5.1.10.5.2.- Fase Educativa

Después de admitir la enfermedad padecida, la siguiente fase es conocer al máximo la enfermedad para así combatirla mejor (no se puede combatir lo que no se conoce). La familia deberá informarse del funcionamiento de su propio sistema familiar, identificar sus roles, conocer la enfermedad de la adicción, y como afecta a la familia.

Es muy importante que sepan como funcionan el cuerpo, la mente, y las emociones de un adicto. Lo más difícil es dejar atrás sus resentimientos y aceptar la enfermedad y al enfermo al punto de separar la persona de su conducta. Al hacer esto deben tratar por todos los medios de no juzgarla para así poder mostrarle mayor comprensión.

5.1.10.5.3.- Fase Terapéutica

El ponerse en manos de especialistas en tratamiento de Adicciones y Co-Adicciones es la mejor opción. Aquí se buscará internar al adicto en una comunidad terapéutica si lo necesita, y la familia deberá asistir a grupos de Autoayuda (con otras familias con el mismo problema).

El objetivo en esta fase es que el adicto cambie su estilo de vida y adopte uno saludable sin drogas y con mejores relaciones familiares. Por su parte la familia deberá ser partícipe de este cambio, dejando de lado todo rol de co-adicción, mejorando la autoestima de sus miembros y aprendiendo a interrelacionarse mejor en el mismo grupo familiar.

5.1.10.5.4.- Paciencia

Ya mencionamos que el proceso de recuperación puede ser largo y la familia debe ser muy paciente, ya que el adicto muchas veces tendrá que recaer para tomar conciencia de su enfermedad y que no puede controlar su consumo, y a su vez el co-adicto se resistirá a reconocerse como tal, saboteando muchas veces también el proceso de recuperación del adicto.[11]

5.1.11.- Reinserción Social

5.1.11.1.- Objetivos y Conceptos Fundamentales

En el ámbito de rehabilitación de una persona drogodependiente, hablar de Reinserción Social es hablar de un proceso de y en el que aparecen problemas y crisis.

Es un momento de integración y de búsqueda de equilibrio, es dialéctico y permanente. Es un proceso que requiere conocimiento de cuáles son los recursos personales, sociales y familiares, así como de los límites y zonas de riesgo, porque la persona se va a insertar en una sociedad donde existe la droga y donde debe aprender a convivir con ella. Será también una búsqueda constante del equilibrio entre sus deseos y sentimientos y su pensamiento.

Los aspectos relacionales son esenciales en el proceso de rehabilitación y reinserción de la persona porque la adicción no implica solamente procesos a nivel interno, sino que también es un comportamiento social donde la relación con los otros adquiere una especial relevancia. Es por esto por lo que resulta fundamental considerar las redes sociales en que cada persona

[11] - "Programa de Capacitación para Comunidades Terapéuticas, Contradrogas", Cedro, ACTP, Fundación Richmond Fellowship del Perú. Lima, 1997.

está inmersa porque en ellas habrá personal o elementos que favorecerán el consumo, y que podrían ser perjudiciales para la persona, y otras que resultan motivadores o impulsores de otros estilos de vida más positivos para la persona que está en un proceso de reinserción social.

La necesidad de pertenecer a un grupo puede dar sentido al consumo. No solamente es importante el grupo de pertenencia sino el de referencia, al que desean pertenecer. Importancia por lo tanto, del modelado de la conducta.

Los investigadores sociales piensan que existe una estrecha relación entre abuso de drogas y patrones de desarrollo social. Los psicólogos sociales y los sociólogos han establecido que existen unas características comunes entre las personas adictas a drogas:

Inicio por consumo de drogas legales como alcohol o tabaco que precede al uso de otras drogas ilegales, la asociación entre ciertas drogas como la marihuana y el síndrome amotivacional (apatía, falta de interés generalizado), la inmadurez emocional y la inadaptación, mayor probabilidad de inicio en consumo de drogas en adolescentes con fracaso académico o con historial conflictivo con los centros escolares, las conductas desviadas preceden generalmente al consumo de drogas, los ámbitos comunitarios donde existe abuso de drogas incrementan la probabilidad de inicio de consumo de las mismas, destaca la gran influencia del grupo de pertenencia, la distancia emocional de los padres o figuras de apego es un factor de riesgo, la edad de inicio es un factor de riesgo fundamental, los cambios en la estructura familiar tienen consecuencias en el inicio de conductas problema, existe mayor riesgo en los grupos sociales más marginados y discriminados donde existe mayor desempleo y pobreza.

Existen diferentes teorías psicosociales que intentan explicar las causas del consumo de drogas en la población. Ninguna de ellas por sí sola da una explicación completa de las razones del abuso de las drogas.[12]

5.1.11.2.- Teorías Basadas en la Estructura Social

- Teoría sobre la desorganización - tensión social.

Estudia los diferentes cambios sociales y como afectan a los sujetos. Establecen una relación directa entre cambio social y abuso de drogas. Las sociedades tecnificadas provocan cambios sociales rápidos y esto genera elementos desestabilizadores y desorientadores. Por ejemplo en el caso de los adolescentes cuando están en períodos de transformación y búsqueda de su identidad personal y tienen fácil acceso a las drogas. Cuando más aumenta nivel tecnológico más aumenta el número de etapas de desarrollo social y provoca más fragmentación en los miembros de la comunidad: infancia, pre pubertad, pubertad, juventud, joven adulto, adulto, adulto maduro, jubilación y vejez con salud, jubilación y vejez con enfermedad. Esta fragmentación hace más cerrados a los grupos y desalienta más el contacto con otros grupos. Para algunos individuos se crea confusión y tensión que puede conducir al consumo de drogas.

- La teoría de la subcultura. Mantiene que el uso y abuso de las drogas se debe a la presión de grupo. La influencia de los líderes de grupo es clave para convencer a los otros miembros para experimentar con drogas.

[12] Programa de Capacitación para Comunidades Terapéuticas. Contradrogas, Cedro, ACTP, Fundación Richmond Fellowship del Perú. Lima, 1997.

5.1.11.3.- Teorías Basadas en los Procesos Sociales

Teoría del aprendizaje social. Sostiene que el abuso de drogas es una conducta aprendida socialmente. Se manifiesta a través de la imitación, el ensayo y error, la improvisación, etc.

Existen unos grupos primarios en los que se comparte un alto grado de intimidad y espontaneidad y cuyos miembros de grupo están unidos por lazaos emocionales. Se da una secuencia aprendida hasta convertirse en drogadicto: aprendizaje de la técnica de autoadministración, de la percepción de los efectos, de la experiencia placentera de los efectos de la droga, de los lugares y personas donde puede adquirirse la droga, cómo mantener el consumo en secreto ante personas importantes como los padres, aprendizaje de la justificación para el consumo continuado.

-Teoría del control social. Mantiene que la conducta humana puede llegar a ser desviada socialmente si se deja sin un control social. Para prevenir el consumo de drogas los defensores de este tipo de teorías insisten en la necesidad de mantenerse unidos a instituciones como la familia, la escuela y otras de carácter político, social o religioso. El proceso de socialización consiste en la creación de sistemas de control internos y externos.

El control interno estaría determinado por el grado de autocontrol, grado de tolerancia a la frustración, auto percepción positiva o negativa, recogida de éxitos o de fracasos, el control externo estaría constituido por la supervisión y la disciplina, la formación - moral, la identidad y aceptación personal. La probabilidad e caer en las drogas dependerían de la descompensación entre el control interno y el externo.

- La teoría del etiquetado. Afirma que la imagen que tenemos nosotros de nosotros mismos está en gran parte determinada por los otros miembros de la sociedad. Nuestra imagen está definida con gran poder por los demás. La

idea clave es cómo somos percibidos por nuestra sociedad. Algunos autores piensan que existen ciertas categorizaciones negativas que son muy poderosas. Por ejemplo si decimos que Fulanito es drogadicto, esta etiqueta es tan fuerte que predomina sobre las otras categorías que pueda tener como: buen profesional, buen deportista... Aunque en un principio sea usuario ocasional, la idea de que sus amigos lo perciben como un drogadicto, le crea malestar cundo está con ellos. Al ir cambiando gradualmente la auto percepción al final aceptará esta imagen o dejará el grupo para ser mirado con otros ojos por otra gente.

Una vez puesta la etiqueta es más fácil para los individuos mantener la imagen asignada por la sociedad.

Teniendo en cuenta todas las teorías y nuestra experiencia podemos darnos cuenta de la importancia de algunos elementos que apoyen el proceso de Reinserción Social:

El Entrenamiento en Habilidades Sociales, el uso del Tiempo Libre, la Formación Laboral y/o Profesional, el grupo de apoyo entre iguales, al trabajo con la familia como agente socializador.

5.1.11.4.- Proyecto de Vida y Proceso de Resocialización

El proceso de maduración del drogodependiente se interrumpe en la etapa de la adolescencia. También es cierto que muchos de nuestros usuarios son jóvenes, personas permeables con muchos ideales e ideas utópicas, por lo tanto es un periodo idóneo de la vida y de su proceso para realizar un proyecto personal de vida.

El Proyecto es un trabajo personal que tiene una fortísimo calado en las relaciones sociales del residente. Dado que la vida social es fuente de

individualidad y los sujetos únicamente pueden desarrollarse de forma armónica dentro de un contexto social es por lo que la identidad se va construyendo desde el lugar que los sujetos ocupan dentro de las relaciones sociales y todo lo que éstas suponen e implican.

Así, el Proyecto personal de vida en el proceso de Reinserción es de gran utilidad de cara a la resocialización, fundamentalmente porque ayuda a poner orden el "qué quiero", "cómo lo voy a alcanzar". —(que sería a través de acciones concretas y evaluables)-, "cuándo" y "de qué recursos humanos y materiales dispongo", etc. En definitiva el Proyecto de vida va a ayudar a configurar de una forma objetiva y realista la propia Red Social del usuario.

5.1.11.5.- Red de Apoyo Social

Cuando utilizamos el término de "Red Social" nos referimos al conjunto de personas o grupos que permiten al residente alcanzar un desarrollo positivo. Al conjunto de personas que prestan ayuda al residente se le conoce como "Red de Apoyo Social".

La Red Social es el tejido que el residente confecciona y que es exclusivamente suyo. En palabras de Gottlieb, el "apoyo social consiste en información o consejo verbal y/o no verbal, ayudas tangibles o acciones que son realizadas por personas íntimas o por su presencia y que tienen un efecto emocional o conductual beneficioso para quien lo recibe".

La red de apoyo social tiene como objetivo el soporte social, entendido como "el conjunto de recursos instrumentales o expresivos, -(ya sean reales o percibidos por el sujeto)-, proporcionables por la comunidad o las personas del entorno".

Podemos distinguir diferentes agentes y la función que ejercen dentro de la red de apoyo social:

*-La familia: Es importante que el adicto logre establecer una nueva relación con su familia que no se sustente ni en la dependencia ni en la rebeldía pues éstas pueden impedir la asunción de sus responsabilidades y su papel social.

Debemos ser muy realistas a la hora de analizar si el adicto-a vivirá o no con su familia, algo que en definitiva es decisión suya, pero en la que nosotros habremos de analizar con ambos, los aspectos que ayuden a reducir la dependencia y fomentar la autonomía.

*-Grupo de pares: entendidos como el conjunto de amigos de su misma edad con los que el adicto-a empieza a salir. Las dinámicas sociales que se entablan con estos grupos son importantísimas para la adquisición de una personalidad social.

*-El ambiente de trabajo: Se crean nuevas relaciones. La integración en este ámbito hace que el residente adquiera un nuevo papel social. El trabajo, además de las funciones socioeconómicas, cumple otras de carácter más psicosocial, siendo la actividad laboral conferidora de estatus, roles e identidades.

*-La pareja: La búsqueda, compresión y puesta en acción de nuevas relaciones. Es importante (121- un significado diferente a la sexualidad y al enamoramiento.

*-Mas media/información: fomento y desarrollo de la capacidad crítica y de las propias opiniones en relación con un nuevo concepto socio-cultural.

*-Organizaciones sociales, Ong's, partidos políticos, asociaciones...etc. : ejercen una labor de integración en la vida social y ofrecen la posibilidad de

sentirse útiles, descubrir otros valores como la gratuidad, la solidaridad, el altruismo, los ideales

etc.

*-Ocio y tiempo libre: Deportes, clubes, cultura, etc.[13][14]

5.1.11.5.1.- Agentes de la Red de Apoyo Social y su Incidencia

Abordaremos la incidencia positiva de los distintos agentes de la red de apoyo social. Nuestra experiencia nos dice que a veces éstos ejercen influencias -que no serían las deseadas en los residentes, pero aún así, afrontar estos obstáculos, afrontar esas posibles crisis o aceptar esa realidad, ayudará a consolidar el proceso de reinserción.

- La pareja que facilita un espacio en la casa al usuario para que éste vaya asumiendo su roll, y deja que éste se responsabilice como marido, padre, vecino de una comunidad etc., está contribuyendo al proceso de resocialización.

- La familia que es capaz de estar "junto a" y no " encima de", porque está acompañando y apoyando en el proceso, es exigente, confronta y pide responsabilidades, anima a su hijo-a a salir, a divertirse a relacionarse con lo externo, valora y celebra los cambios, hace partícipe a su hijo-a de las decisiones y de la gestión de la casa, se adapta al nuevo contexto que plantea la reinserción, acepta y trabaja sus miedos. Esta familia contribuye a la Resocialización.

---

[13] - Huber Charles; Baruth Leroy. Terapia Familiar Racional Emotiva. Perspectiva Sistémica. Editorial Herder, Barcelona, 1991.

[14] -Mothner, Ira; Weitz, Alan. Cómo abandonar las drogas. Barcelona, Ediciones Martínez Roca, 1986.

Amigos o grupos de pares: Si el residente se mueve en un grupo que apoya a sus miembros cuando estos están mal y no etiquetan, el grupo aprende del proceso del residente y éste abre nuevas vías de comunicación y de expresión de las emociones, siendo esto es aprovechado por la pandilla. Cuando este grupo tiene recursos, capacidades y valores para divertirse, estos amigos están contribuyendo a la Resocialización del residente.

- Compañeros de trabajo o estudio: Cuando estos se esfuerzan por transmitir sus conocimientos y experiencias con disponibilidad y se muestran como un apoyo y no como rivales están contribuyendo a la resocialización en el ámbito laboral y formativo, del mismo modo que lo hacen cuando no se comparan ni compiten sino que se complementan, estudian y se esfuerzan por hacerlo mejor y no se conforman con limitarse a cumplir. También lo logran cuando aprovechan la relación laboral o formativa para darse a conocer.

Los Mass-Media: Contribuyen a la resocialización cuando el residente es capaz de utilizarlos de forma constructiva y crítica, obteniendo información, sensibilizándose acerca de realidades que le son desconocidas, e interesándose en el uso de nuevas tecnologías.

En definitiva, construyendo una visión independiente y crítica sobre su entorno.

Las Organizaciones Sociales: Cuando éstas fomentan la solidaridad, la gratuidad, el trabajo en equipo y rompen con la idea de que la calle es distinta a lo que se ha vivido en el seno del Programa están contribuyendo a la resocialización del residente porque éste está siendo capaz de vivir sus propios valores en grupo.

Ocio y Tiempo Libre: Contribuyen a la resocialización cuando ofrecen espacios de relax donde liberar tensiones físicas, intelectuales, etc. Así mismo, estamos reforzando la resocialización en lo lúdico, cuando somos

capaces de disfrutar con actividades de formación que mejoran nuestras habilidades, cuando el ocio tiene una finalidad y un propósito que genera satisfacción y fomenta la autoestima y la creatividad.

Algunas consideraciones sobre el tiempo libre y el ocio.

Todo lo educativo e integrador contribuye a la resocialización. La valoración del tiempo libre y del ocio como herramienta educativa ha ido creciendo paulatinamente desde hace algunos años. Hemos de reconocer que la participación en actividades de ocio ofrece un espacio de calidad para el desarrollo personal y social de nuestros residentes sin este es difícil entender el proceso de resocialización.

Un uso adecuado y enriquecedor del tiempo libre es un incuestionable agente preventivo y protector frente al consumo, pero a su vez, el tiempo libre está siendo el marco preferente del consumo de drogas por parte de los adolescentes y de muchas recaídas en los proceso de reinserción.

Los residentes presentan muchas dificultades cuando llegado el momento, han de enfrentarse con muchos espacios de tiempo no estructurados porque esa tarea ahora le corresponde a él. El trabajo sobre el ocio y el tiempo libre en el marco del proceso de reinserción lo entendemos no solo como un espacio de diversión, sino también como una dimensión humanizadora y de crecimiento personal. por consiguiente, para nosotros el ocio no es solo un tiempo del que la persona dispone libremente, que gestiona a su voluntad y del que obtiene una satisfacción y disfrute. También el ocio es un espacio en el que la persona satisface sus necesidades y que le aporta experiencias esenciales para su desarrollo, personal, social, cultural etc.

Los psicoterapeutas hemos de valorar la potencialidad educativa del ocio en una doble dimensión: Debemos educar para el ocio y en este caso el ocio es una finalidad, pero también hemos de educar a través del ocio, convirtiéndolo

en nuestra gran herramienta de trabajo. Es fundamental enseñar a los adolescentes y jóvenes a convertir su tiempo libre en un conjunto de experiencias constructivas, en un ocio realmente enriquecedor.

La experimentación es aquello que realmente educa. Sí queremos educar para y a través del ocio tenemos que compartir con los adicto-as muchos momentos de ocio humanizador y ser capaces de ayudarles a elaborar y reflexionar en tomo a todo lo que compartimos para que vayan asumiendo sus propias decisiones y moldeando su estilo de vida. Cualquier actividad de tiempo libre por sí solo no es ni educativa ni resocializadora. El contexto en el que se realice la actividad, el tipo de relaciones interpersonales que se produzcan en torno a ellas, y como somos capaces de retomar todas las experiencias y vivencias que surgen, marcan la clave educativa y resocializadora de la actividad.

El psicoterapeuta ha de ser capaz de planificar y organizar actividades, dotándolas de intencionalidad .Las acciones se estructuran de manera organizada y con objetivos claros. El psicoterapeuta es el encargado de garantizar que el contexto de la actividad y las relaciones que se produzcan a sean adecuadas .Es imprescindible que el educador se implique en las actividades y comparta ambientes, relaciones y experiencias con los adicto-as.

El trabajo que realicemos en el proceso de resocialización sobre el tiempo libre ha de estar arraigado con el trabajo con los valores y las actitudes personales e incidir específicamente en ambos aspectos. Es fundamental que los residentes se replanteen los valores del ocio de forma que descubran la multiplicidad de funciones del ocio (Diversión, aprendizaje, descanso, resocialización...).

Es aconsejable no contrapones el tiempo libre con la actividad laboral y formativa de formas que sean capaces de armonizarlas e integrarlas en su

vida con normalidad. Hay que promocionar lo extraordinario, pero dotando de valor y sentido la actividad cotidiana.

Para concluir con este apartado especial dedicado al ocio diremos que, la educación a través del ocio para ser eficaz debe integrarse en programas educativos integrales que contemplen otros aspectos de la persona. Estas intervenciones dentro de los procesos de reinserción han de estar imbricadas con otras intervenciones que afecten al campo familiar, afectivo, sanitario etc.

5.1.12.- Recaídas

Las recaídas, como veremos más adelante, se juegan fundamentalmente en lo que se denomina fase de reinserción o alta, luego de un tratamiento de rehabilitación, en el que el sujeto y su familia se comprometieron en un plan de abstinencia. Reinserción social que resulta difícil, dada la tendencia a la marginación de quienes padecen este problema, depositando los fracasos o los logros, estigmatizando o idealizando según sean los resultados.

Poner este tema en el tapete quizás pueda servir para pensar en la responsabilidad colectiva de las instituciones de rehabilitación de drogodependientes, pero que lo transciende, ya que las estrategias de prevención y las posibilidades de reinserción social, son patrimonio de la sociedad en su conjunto.

5.1.12.1.- Las recaídas, revisión de conceptos

Cuando hablamos de recaída nos referimos en primer lugar a una persona que haya pasado por un proceso de rehabilitación comprometido con el logro de la abstinencia en el consumo de sustancias psicoactivas. En segundo término la diferenciamos de un desliz o consumo aislado de una sustancia.

Entendemos la recaída como una vuelta a patrones de consumo compulsivo, similares a la etapa anterior al tratamiento, con el consiguiente deterioro social, físico y psíquico.

Para entender el fenómeno de las recaídas es necesario considerar la complejidad del problema mismo de las adicciones, proceso multifactorial que comprende a un individuo, en una familia determinada que se relaciona en un ambiente sociocultural, a su vez inmerso una sociedad.

El encuentro que determinada persona tuvo con las sustancias, implica también pensar en que dichas sustancias tienen un efecto predominante a nivel del sistema nervioso central. Por eso nos parece propicio retomar la noción de “refuerzo” que imprimen las drogas que inducen dependencia (Nahas, G. y col. 1992, 33), base para la auto-administración de las mismas y por lo tanto para la tendencia a la recaída. El refuerzo positivo primordial constituye una memoria afectiva dominante impresa en el cerebro, que se halla en relación directa con el potencial adictivo de la sustancia. Oficia a modo de refuerzo conductual y explica el deseo irresistible por la sustancia, y el situarse de manera de facilitar su empleo y adquisición. A ello se sumaría un refuerzo secundario dado por el contexto social y cultural del medio donde se consume.

El “craving” o deseo irrefrenable de consumo o ansia por la droga, mina la capacidad de decisión, tiende a ser automático y llega a ser autónomo. Es decir que aunque se intente reprimir, aparece como una compulsión.

Distintos autores han observado que entre la aparición del deseo por la sustancia y el consumo mismo, hay un espacio de tiempo propicio para actuar. Por otro lado es importante pensar que antes de que ese deseo aparezca algo ocurrió con el sujeto, su familia, o el contexto que lo rodea.

Las recaídas se producen ante situaciones emocionales perturbadoras. Beck (1999) señala la presencia de factores internos, como depresión, soledad, aburrimiento, ira, frustración, así como estímulos externos, como personas, lugares, cosas. Así mismo, el estado físico de una persona, su situación emocional, los conflictos interpersonales, la presión social, la exposición a señales asociadas con la droga, la pérdida de trabajo, las discusiones intrafamiliares, y las crisis serían elementos que predisponen a una recaída.

Las crisis se asocian generalmente con el estrés emocional, en tanto suponen un cambio no planificado repentino, no deseado, en la vida de una persona. Si bien una crisis predispone a una recaída, puede ser también una oportunidad de aprender.

También podemos hablar de crisis para referirnos a los momentos que atraviesa una institución de rehabilitación para drogodependientes, sus terapeutas, pacientes, familias, cuando un miembro toma distancia en las fases de reinserción social, también llamada alta, pre-egreso, graduación, según sea el modelo de la Comunidad Terapéutica abocada a dicho tratamiento.

Los diferentes autores consultados, a pesar de sus diferencias en cuanto a nacionalidad, marcos teóricos y metodológicos, coinciden en ubicar la mayor frecuencia de recaídas dentro de dichas etapas.

La fase de reinserción social es una fase delicada y difícil de mantener (Santo Domingo, J., 1987). El mayor problema es lograr actitudes convenientes en el entorno que rodea a la persona, ya que el rechazo social es factor de recaída. Lo que se obtiene es mejoría y remisión transitoria. Idea similar sostiene Ortiz Frágola (2000) cuando habla de que la abstinencia no se logra ni se mantiene fácilmente.

La mayoría de los datos disponibles (Nahas, 1992) indican que la rehabilitación, sea cual sea el método utilizado, no sobrevive al 50% de los casos y la persona permanecerá vulnerable a la tentación de la droga. Beck (1999) habla de que dos tercios de la población tratada recaen en un período entre tres semanas y 90 días.

Creemos, como Elena Goti (2000), que es un momento de encuentro con la realidad, una realidad difícil. En un momento como el actual, signado por una profunda crisis económica y social, no es claro para nadie vislumbrar metas y proyectos de futuro esperanzadores que permitan una óptima inserción social. Las sensaciones ligadas a la droga una vez que la droga desaparece, dejan un lugar vacío que a falta de otras opciones suele ser llenado por el aburrimiento. “El aburrimiento y el alcohol son los dos enemigos principales de la etapa de reinserción y la vía regia para las recaídas” (Goti, 2000, 102).

González Regadas (2001) agrega que la persona tiene que sentirse muy afirmada y consolidada en los logros que ha tenido, ya que la etapa de separación del centro de tratamiento conlleva la elaboración de un duelo, en la que se dan tendencias a buscar momentos de refusión, ya sea con el objeto arcaico, o con la Comunidad Terapéutica, evitando o postergando así la salida.

La recaída es por tanto un hecho esperable. Depende no solo del individuo sino de todo un sistema, ya que lo que haga uno puede afectar lo que hagan los otros. Las crisis económicas, el desempleo, la fragmentación social, la desintegración familiar, la exclusión social, son indicadores de riesgo para el consumo de sustancias (Forselledo, 1999) favoreciendo la búsqueda de evadirse y rebelarse de un mundo en el que escasean las oportunidades de desarrollo.

De manera que recaídas y reinserción social, parecen conformar una dupla en la cual el contexto actual puede ser una de las dificultades para el logro

de ese objetivo. No debemos olvidar que nos encontramos en una sociedad con un modelo consumista predominante, donde se valora la búsqueda de lo inmediato, el hedonismo, la regla de pasarla bien y el éxito. Donde la necesidad de la gratificación inmediata empantana sentidos y valores que orienten hacia nuevos proyectos de futuro.

Considerando estos puntos de vista, la recaída no puede ser leída como un fracaso solamente individual, familiar o de la institución tratante. Una recaída se inscribe en el proceso de un sistema.

Por otra parte en la órbita familiar también habrá que adaptarse a la inserción, inserción de un individuo que durante un tiempo contó con una familia sustituta como lo son las comunidades terapéuticas, los grupos de apoyo, los pares con problemáticas similares. Una vez en la familia, será ésta quien tiene que asumir en esta etapa, el control y apoyo a la persona identificada como portadora del problema. Manejo de dinero, salidas, amigos, trabajo, estudio, fantasmas del pasado, miedos por el presente, conforman un nuevo equilibrio familiar no fácil de conseguir.

Es frecuente observar a medida que la persona, ex adicta, se vuelve “normal”, autosuficiente, estudiando o trabajando, con nuevas amistades y proyectos; una recaída llevaría a la homeostasis del sistema familiar. Es probable en ese sentido que la conducta del ex adicto forme parte de un proceso cíclico de crisis y resolución relacionado con la familia de origen. La recaída sirve para desviar conflictos parentales que no se han resuelto hasta el momento (Stanton, 1997).

Similar concepto aporta Yaría (1988) cuando plantea el concepto de adicción como estabilizador del sistema familiar, donde el síntoma, por ejemplo en caso de una recaída, es la única forma que tiene la familia de reunirse.

Es por esto muy importante la continuidad y seguimiento del tratamiento familiar, a lo largo de todas las etapas del proceso de rehabilitación; una recaída puede estar denunciando aspectos no resueltos.

La reinserción en el sistema familiar y en el social, implica moverse en libertad, a expensas del control interno. Ante las dificultades habrá que salir a buscar ayuda, situación que antes era mediatizada por las sustancias. Se impone entonces el desafío de recrear activamente las redes sociales como forma de constituir medidas de protección ante los riesgos.

5.1.12.2.- La prevención de recaídas, como modelo de aprendizaje

La prevención de recaídas dentro del tratamiento de adictos tiene entre sus precursores a autores que adhieren a una metodología de tipo conductual o de terapia racional-emotiva (Ellis, A. et al., 1992; Beck, A., Wright F. et al., 1999). La recaída es vista como un proceso que se puede detectar y por lo tanto prevenir.

Basados en que la adicción es algo aprendido, sostienen que también se puede hacer algo por evitarla. De esta forma la recaída es vista como prueba, no como fracaso, como una oportunidad educativa en la cual algunos cambios quizás aún no se han realizado.
Estos autores siguiendo además las ideas de Marlatt y Washton, sostienen que entre la abstinencia y la recaída hay una zona de transición, donde se van dando hechos, se van tomando decisiones que pueden o no llevar a una recaída con sustancias. Señalan que suelen verse otros comportamientos adictivos, como juego compulsivo, actividades sexuales de riesgo, trastornos alimenticios, adicción al trabajo, la televisión y otros, que siguen el mismo patrón que tenía el sujeto con las sustancias.

Tanto Ellis (1992) como Beck (1999) sostienen que el abuso de sustancias es el resultado de múltiples decisiones que empujan a una persona a enfrentarse a situaciones de riesgo. Comprueban que cuando la persona está ante un estímulo activador del deseo de consumo, como determinado estado de ánimo, lugar, persona, objeto, y ante la privación impuesta por la abstinencia, comienzan a tener pensamientos asociados con mitos o creencias irracionales. Por ejemplo, pueden pensar “la vida sin drogas es aburrida”, “no puedo funcionar sin drogas”. A partir de estas ideas se origina un fuerte malestar, baja la tolerancia a la frustración, poniéndose en riesgo de consumo. Anteriormente dicho malestar era colmado por las drogas. Estas creencias o mitos actúan a modo de justificación y permiso para consumir.

Si la persona cede ante el deseo y consume, lo cual en un primer momento puede considerarse un “desliz”, aparecerán dos tipos de respuestas: por un lado culpa y desmoralización, justificándose a sí mismos que no vale la pena luchar, que en definitiva es un fracasado. Se da un pensamiento de tipo dicotómico, todo o nada, o abstemio o “drogo”. En el polo opuesto suelen sentir que todo lo pueden controlar, “no va pasar nada”, “nadie se dará cuenta”, “lo tengo bajo control”. Cuando el control se debilita aparecen sentimientos de indefensión y desesperanza: “no puedo controlar el impulso”, “no seré capaz de salir de esto”.

Tanto la sensación exagerada o pobre de autocontrol, es decir la percepción del control sobre un acto, como la sensación de baja o demasiado alta auto eficacia, es decir la percepción que tiene acerca de si será capaz o no de superar una situación, son situaciones que ponen a la persona en alto riesgo de consumo, para que ante nuevos estímulos ambientales, individuales o familiares se produzca una recaída total caracterizada por una crisis en la motivación para el cambio.

La Prevención de Recaídas consiste en brindar las herramientas para que aquella persona que ha dejado de consumir durante cierto tiempo, sepa reconocer cuáles son las creencias, mitos, síntomas y signos individuales, familiares y contextuales que pueden llevarlo a reiniciar su consumo. De esta manera se puede actuar antes de que se produzca una recaída para evitarla o, en su defecto, después de la misma para aprender de ella y evitar futuras reincidencias.

5.1.12.3.- Los signos individuales y familiares del proceso de una recaída:

En general los hechos más frecuentes que le han ocurrido a personas que han recaído, o que han comenzado el proceso y terminaron sin recaer por una intervención temprana de sí mismos, su familia o sus terapeutas, son los siguientes (Bernardo, 1999):

A nivel individual:

- Cierta disfunción interna. Signos: dificultad en pensar claramente, en manejar sentimientos y pensamientos, en soportar el stress, dificultades para dormir, dificultades en la coordinación motriz (pequeños accidentes), sentimientos de culpa, cierto desorden en su aspecto personal o sus pertenencias.

- Retorno de la negación. Signos: no logra conversar honestamente sobre lo que le pasa, niega que está preocupado. Tiene pocas ganas de hablar de problemas o preocupaciones.

- Comportamiento defensivo. Signos: evita ver el dolor que vive. Cree que ya “está todo bien”, omnipotencia, se preocupa más con los otros que

consigo mismo, “devuelve” confrontaciones, tendencia a estar solo, se torna indiferente ante actividades de autoayuda.

- Empieza la crisis. Signos: se agrava lo anterior. Empieza a perder la visión realista de las cosas, por lo que ciertos planes que tenía empiezan a fracasar. Deprimido. Rompe con rutinas saludables y actividades productivas.

- Inmovilización. Signos: cree que no tiene el control de su vida, cree que nada puede ser resuelto, con un deseo inmaduro de ser feliz, soluciones mágicas.

- Confusión y reacción exagerada. Signos: está irritado. Ciertos rasgos de impulsividad.

- Depresión. Signos: hábitos irregulares en alimentación, no tiene ganas de hacer nada, duerme mal, va perdiendo la estructura diaria: desorden, horarios, actividades.

- Pérdida del control del comportamiento. Signos: no puede regular su rutina diaria, participa irregularmente en el tratamiento, “no me importa nada”, rechazo total de ayuda, insatisfacción con la vida, sentimientos de insatisfacción e impotencia.

- Reconocimiento de la pérdida del control sobre sus actos. Signos: se da lástima de sí mismo, piensa que puede beber socialmente, mentiras más concientes, pierde la auto-confianza.

- Reducción de opciones. Signos: está preso en el dolor y en la incapacidad de lidiar con la vida, resentimientos sin motivo, deja los tratamientos, pierde control del comportamiento.

- Vuelta al colapso físico y emocional. Signos: comienza a usar drogas “controladamente”, vergüenza y culpa, pérdida de control, problemas con la vida y la salud.

A nivel familiar es posible observar:

- Comunicación sobre-protectora, es decir, atribuir sentimientos sin preguntar. Dificultad para plantear pautas claras y precisas, dejar de hacer cosas que antes hacían porque ven pequeños avances.

- En los primeros meses, no avisar a los terapeutas sobre factores de riesgo, no escuchar sugerencias de otros padres o terapeutas, no asumir como importantes situaciones de crisis del ex-adicto, creer que no pasa nada si “solo fuma marihuana” o toma alcohol.

- No escuchar las reales necesidades, creer que todo es manipulación, ponerlo en situación de culpable de problemas de los que no lo es.

- Rigidez frente a errores.

- Si es adolescente, pretender que sea un adulto después del tratamiento, perder espacios de comunicación, retomar demostraciones de afecto impropias para la edad, no expresar los propios sentimientos, “luna de miel”: creer que ya no hay más problemas.

Serían signos de protección a nivel familiar e individual:

Hablar sobre permisos de salida, sostener el no, crecer junto a los hijos o pareja, generar clima de confianza para que no oculte la recaída, ya que es una oportunidad para aprender. Tener en cuenta que hablar sobre la recaída no es fomentarla, sin que llegue a ser una obsesión, lo cual llevaría a una “profecía auto-cumplida”.

Sentimientos y actitudes que se dan después de una recaída

Estos sentimientos serán más intensos cuanto más motivación tenía la persona para el cambio. Por parte de familiares y allegados: rabia, culpa paralizante, miedo a hablar o actuar sobre el tema, frustración “para qué hicimos tanto esfuerzo...”, ganas de dejar de ayudarlo, no reconocer errores propios, el aporte propio que preparó el terreno de esa recaída, atribuir toda la culpa al que recae lo que puede o no ser cierto, en el caso de que haya una responsabilidad compartida.

La prevención de recaídas inserta en una estrategia preventiva comunitaria:

Entendemos la prevención y la promoción de salud como abordajes capaces de desarrollar potencialidades en un colectivo, individuo, grupo o familia, que oficie de marco, o red de sostén, para poder hacer frente y proveer de instrumentos que desafíen al consumo de drogas.

Caplan (1985) habla de tres niveles de prevención, siendo la prevención terciaria el último nivel, el que requiere de mayor especificidad y donde el consumo ya está instalado. En este sentido la prevención terciaria sirve para detener o remediar las consecuencias, evitando recaídas o mayor deterioro psico-físico.

La Prevención de Recaídas quedaría por lo tanto inserta en este nivel de prevención, pero no puede quedar aislada, sino que debe articularse en programas más amplios.

Según la opinión internacional (NIDA), los programas de prevención deben diseñarse para realzar los factores de protección, aquellos que reducen la posibilidad de que se usen drogas, y dar marcha atrás o reducir los factores de riesgo, que aumentan la posibilidad de uso. Asimismo los programas de prevención deben incluir el desarrollo de aptitudes generales para la vida y técnicas para resistir las drogas cuando sean ofrecidas, reforzando la actitud

y los compromisos personales contra el uso de drogas, aumentando la habilidad social, relaciones con los pares, eficacia personal y confianza en sí mismos.

La planificación de una actividad preventiva implica una estrategia que debe tener una definición del programa, en este caso reducir la recaída. Debe dirigirse a una población específica: ex consumidores, sus familias y grupos de pertenencia. Debe acotarse a un contexto social, en este caso de riesgo. Para culminar deberá ajustar sus objetivos y realizar una evaluación y seguimiento de la información.

Una estrategia preventiva comunitaria apunta a fomentar las capacidades y potenciar el saber de un colectivo, ayudando a que reconozcan sus propios conceptos y preconceptos frente al tema y, más específicamente, que puedan descubrir elementos de la problemática en ellos mismos. Pretende apoyar técnicamente y brindar información, ofreciendo herramientas para que paulatinamente dicho colectivo sea capaz de desarrollar capacidades que ayuden a hacer frente a una realidad que, aunque compleja, es posible enfrentar. Se persigue un objetivo educativo, para que quienes participen puedan accionar como agentes comunitarios activos, consolidando una red de sostén y apoyo permanente.

Tomando en cuenta lo anterior creemos que es posible trabajar la prevención de recaídas orientada a la promoción de salud, si se cumple con el objetivo de preparar, educar a la persona y su entorno, familiares, amigos, redes cercanas o grupos de pertenencia. Estaría dentro de sus objetivos ayudar a identificar y poner en palabras los sentimientos, conocerse mejor a sí mismos y a los demás, conocer los estímulos tanto interiores como exteriores que puedan aumentar el riesgo de volver al consumo. Conocer fortalezas y limitaciones de manera de reducir la exposición a situaciones de riesgo,

sabiendo evitarlas y creando nuevas estrategias para enfrentar los problemas.

Esto se llevaría a cabo mediante:

a) Conocer y reconocer los síntomas previos, actitudes, conductas, estímulos problema, formas de comunicación y mensajes propios que pueden favorecer el consumo de sustancias de uno mismo o su persona querida. Ayudar a identificar las señales de alarma y situaciones de riesgo.

b) Actuar en consecuencia de ese conocimiento desarrollando estrategias de afrontamiento, contrastando los viejos modelos con los nuevos.

c) Descubrir los mitos o creencias que sustenta la persona, su familia o su entorno, como por ejemplo: “el alcohol no es problema”, “cambiar es difícil”, “sin drogas no puedo relacionarme”, “para formar parte de un grupo hay que tomar”, “cambiar es imposible”, “las drogas no son un problema para mi”, “solo me comprenden los que han consumido”.

d) Identificar pensamientos permisivos, presentes en el individuo o sus grupos de pertenencia: “puedo tomar una vez”, “nadie lo sabrá”, “lo tendré controlado”.

Estas pautas, creatividad y planificación mediante, pueden servir de referencia para articular desde allí modelos participativos que incluyan dramatizaciones, “rol playing”, juegos y planificación de actividades productivas ligadas al tiempo libre.

Siempre que se tenga presente que se trata de un “como si”, y que no significa dar permiso a salir a investigar por cuenta propia, pueden intentarse también ensayos de recaídas y evocación de situaciones problema.

Si volvemos sobre la idea planteada en un comienzo, de que las recaídas forman parte de un proceso, y que fundamentalmente se dan en la etapa de

reinserción del sujeto a la familia y medio social, cobran importancia las acciones tendientes al fortalecimiento de las redes sociales colectivas.

Para el cumplimiento de un objetivo preventivo desde la promoción de salud, la Prevención de Recaídas debe articularse sobre programas de prevención, debidamente planificados. No basta con charlas puntuales, o actividades aisladas. Deben estar integradas y volcadas hacia las redes sociales, constituyendo una forma de sensibilización y educación. Al respecto Goti (2000) opina que las posibilidades de recaída son inversamente proporcionales a la educación que la persona pudo lograr. A mayor educación, menos recaídas. La educación contribuye a que se tenga mayor confianza en sí mismo y más posibilidades futuras de lograr una ubicación digna en la sociedad.

El desafío parecería estar entonces en articular este tipo de actividades con el entramado social. Esto implicaría por parte de los terapeutas y sus instituciones de pertenencia, un esfuerzo por salir hacia el afuera, participando de manera real y efectiva con la familia y la comunidad. Evidentemente para ello no solo es necesario buenas intenciones, sino, lo más difícil, lograr el compromiso de toda la sociedad para que ello sea posible. Los programas de prevención orientados hacia el colectivo social podrían ser una forma de lograrlo.

5.1.12.4.- Factores que aumentarían el riesgo de recaída

• Falta de comunicación.

• Estar incluido en “cosas” que no le corresponden (se refiere a hacerse cargo de tareas que corresponden a otros miembros de la familia).

• Estar en lugares o juntarse con gente donde se consume alcohol y drogas, esquina, boliches.

• Tener alcohol en la casa, tomar alcohol.

• Si se comienza a recaer, no hacer nada al respecto.

• Discutir con familiares.

• Participar de la empresa familiar.

• No ver a un familiar querido.

• Pensar en la independencia y saber que no se tiene los medios y el dinero.

• El barrio.

• Amistades anteriores, personas conocidas que pueden acercarse con malas intenciones.

• Estar solo, estar deprimido.

• Problemas de pareja, problemas de familia, discrepancias familiares.

• Un familiar que no sepa abordar el tema.

• Sobreprotección.

• Tener baja la autoestima.

• Al trasladarse de un lugar a otro, elegir pasar por lugares de riesgo.

• Pensar que ya está todo bien antes de tiempo.

• Dificultades de integrarse a un nuevo grupo de pares.

• Actitudes que se tenían antes, tentación, ganas de consumir.

• Dejar que la mente “vuele” en recuerdos que bajoneen, dejarse llevar.

• Despreocuparse de uno mismo.

• Engañarse, engañar, mentir.

• Empezar a bajar los controles y tolerar excepciones a las normas de prevención de recaídas antes de tiempo, por pensar que ya está todo bien.

• Falta de confianza.

• Que el adicto en recuperación se crea el responsable de todos los problemas.

• Frustraciones, bronca, falta de seguridad.

• No tener límites.

5.1.12.5.- Factores que servirían como protección para prevenir una recaída

• Poder decir lo que se piensa, saber que hay gente que nos pueda escuchar.

• Si se va a ir a lugares donde puede haber alcohol, avisar que no puede haber.

• Sacar el alcohol de la casa.

• Evitar juntarse con gente y en lugares donde se consume alcohol en forma abusiva y drogas.

• Si las actitudes de la persona empiezan a recaer, hablarlo bien y buscar ayuda.

• Si la persona está pensando en drogas, en recuerdos de consumo, hablarlo y buscar ayuda, y si es necesario buscar más compañía en las salidas, o estar siempre acompañado durante las mismas.

• Mudarse del barrio.

• Tener responsabilidades.

• Apoyo de personas queridas.

• La comunidad (se refiere a la comunidad terapéutica).

• Voluntad y ganas de dejar la adicción a las drogas.

• Frente a un ofrecimiento de drogas o a una situación de cercanía a las mismas, irse.

• Fluida comunicación familiar.

• Aceptar las normas para las salidas y plantear las dudas.

• Tener “bien aceitada” la red de apoyo, relacionarse con nuevas personas que no consuman.

• Saber aceptar las reacciones de los demás.

• Respeto mutuo, no tratar mal a otra persona, no transar, no robar.

• Pedir ayuda.

• Fijarse límites.

• Deporte, juegos en grupos, no tener tiempos de ocio, tener un hobbie, organizarse alternativas.

• Compartir encuentros sociales, disfrutar las fiestas.

• Sentirse orgulloso de los logros aún frente a reiteraciones negativas.

• Tener objetivos claros y metas cercanas, organizarse, ideas buenas.

• Relacionarse con los compañeros del proceso y con los que ya terminaron.

• Tener presente la experiencia de vida, no dejar tu vida, vivir.

• Tener fe en uno mismo, ser perseverante.

• Confrontar las cosas que no te gustan, encarar, no callar.

• No pensar en uno mismo, ayudando o viendo las necesidades del otro.

• Saber diferenciar lo malo de lo bueno.

• No despreocuparse de uno mismo.

• Prestar atención a lo que uno pone empeño.

• Saber escuchar, saber hacerse escuchar.

• Buscar la esencia de uno mismo.

• Saber querer, enseñar, saber transmitir valores.

• Ser servicial, ser honesto, no delegar en el otro.

• Verdad, sinceridad, hablar las cosas con claridad.

Esta síntesis más allá de ser un ejemplo, nos invita a retomar algunos de sus puntos. En primer lugar la importancia que le otorgan las familias y los residentes al papel que juegan los valores y la comunicación intrafamiliar e interpersonal, en el proceso de rehabilitación. Por otra parte la necesidad de contar con apoyo externo para manejar las situaciones difíciles. Destacan también tanto al hablar de riesgos como de protección, el peso del entorno social y las actividades a realizar en él. Cobran importancia las actividades productivas en los momentos de ocio y tiempo libre.

Al decir de Ortiz de Frágola (2000) para el logro de una continuidad terapéutica, es necesaria una red que permita ofrecer constantemente al adicto un lugar y una persona con la que pueda crearse un vínculo estable, con un marco de contención donde pueda sentir seguridad.

Creemos que una óptima reinserción social, juega un papel preponderante a la hora de prevenir recaídas, actuando como factor de protección. Protección que no sería posible sin la articulación y fortalecimiento de las redes sociales que rodean al sujeto y su familia. En este sentido las acciones sobre amigos, grupos de pares positivos, instituciones educativas, sociales, culturales, recreativas juegan un papel preponderante.

Entendemos que este compromiso es posible si el entramado social se encuentra sensibilizado e informado de que la problemática de las adicciones desde su prevención hasta el tratamiento, involucra a un individuo, su familia y su entorno micro y macro-social, es decir que sea ante todo, un proceso colectivo.[15]

5.2.- Marco Conceptual

5.2.1.- Logoterapia

Es una modalidad de psicoterapia que propone que la voluntad de sentido es una motivación primaria del ser humano, una dimensión psicológica inexplorada por paradigmas psicoterapéuticos anteriores, y que la atención clínica a ella es esencial para la recuperación integral del paciente.[16]

[15] Diana Cristina Celis Velásquez, "Inserción Social y Recaídas", Lic en Pedagogía Reeducativa, Esp. En Gerencia Social y Farmacodependencia, Fundación Hogares Claret, Medellín (2010)
[16] http://www.saludterapia.com/terapias-y-tecnicas/169-terapias-psicologicas/660-definicion-de-logoterapia.html

5.2.2.- Transcendencia

La voluntad de sentido es la principal motivación del ser humano. Se produce una superación del ego y el hombre tiene la capacidad de llegar más allá de sí mismo. Es lo que se llama “capacidad de autotrascendencia”. [17]

5.2.3.- Psicoterapia

Según la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas se entiende por Psicoterapia "todo tratamiento de naturaleza psicológica, que a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos tales como la pareja o la familia. El término Psicoterapia no presupone una orientación o enfoque científico definido, siendo considerado denominativo de un amplio dominio científico-profesional especializado, que se especifica en diversas y peculiares orientaciones teóricas, prácticas y aplicadas".[18]

5.2.4.- Adicto

Se utiliza para describir un patron de uso de ser adicto que conduce a problemas o preocupaciones graves como faltar a la trabajo, usar drogas en situaciones peligrosas (manejar un carro), o el uso continuo de ser adicto que interfiere con las relaciones familiares o con los amigos. ser adicto, como

[17] http://www.logoforo.com/la-trascendencia-en-logoterapia/
[18] http://www.psicocorporal.com/definicion/dpsicoterapia.htm#

trastorno, se refiere al abuso de sustancias ilegales o al uso excesivo de sustancias legales (como el alcohol).[19]

5.2.5.- Craving

El síndrome de abstinencia es el conjunto de reacciones físicas o corporales que ocurren cuando una persona con adicción a una sustancia (alcohol o bebidas con etanol, tabaco u otras drogas) deja de consumirla.[20]

5.2.6.- Sentido de vida

El sentido de la vida surge por la necesidad de dar solución a los problemas que tenga una colectividad o un individuo en particular. Constituye la respuesta ofrecida a las preguntas o problemas que implica la vida: ¿por qué vivir? ¿Para qué vivir? ¿Quién soy? ¿De dónde vengo y a dónde voy? ¿Qué hacer con mi vida? ¿Qué camino seguir? ¿Qué hacer para sobrevivir? Entre otras tantas 'cuestiones existenciales'. El sentido de la vida es un "esquema que reúne modelos de actos de las líneas más diversas y los acomoda en una proyección de un sentido que se extiende desde el nacimiento hasta la muerte".[21]

5.2.7.- Libertad humana

La libertad humana se manifiesta principalmente en situaciones límites, cuando existe una necesidad inmediata de asumirla. El hombre sin libertad

---

[19] http://www.andenes.org/drogadicto.htm

[20] http://es.wikipedia.org/wiki/Craving

[21] http://sentidodelaexistencia.blogspot.com/2006/06/el-vaco-existencial.html

vive pero no existe. El ser en sí sin conciencia no es libre, pero el ser para sí es esencialmente libre porque puede escapar del determinismo del ser en sí. La libertad pertenece al ser consciente, no es una propiedad natural, no pertenece a la esencia humana, porque el hombre primero existe y después es. El hombre se hace a sí mismo, su vida va por un sendero que puede cambiar ya que lo que llegue a ser dependerá de él mismo, de sus propias decisiones.[22]

5.2.8.- Amor

Puede ser considerado como un conjunto de comportamientos y actitudes, incondicionales y desinteresadas, que se manifiestan entre seres con la capacidad de desarrollar inteligencia emocional. Por eso, el amor puede ser experimentado por los seres humanos, pero también por otras especies que pueden desarrollar nexos emocionales.[23]

5.2.9.- Codependencia

La codependencia se define como el ciclo de patrones de conducta, y pensamientos disfuncionales, que producen dolor, y que se repiten de manera compulsiva, como respuesta a una relación enferma y alienante, con un adicto activo o en una situación de toxicidad relacional.[24]

[22] http://filosofia.laguia2000.com/el-existencialismo/sartre-y-la-libertad-humana
[23] http://definicion.de/amor/
[24] http://www.adicciones.org/familia/codependencia.html

5.2.10.- Sistema Familiar

Es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Naturalmente pasa por el nacimiento, luego crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia. A este proceso se le denomina ciclo vital de vida familiar.[25]

5.2.11.- Adicción

La adicción es una enfermedad primaria, crónica con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influencian su desarrollo y manifestaciones. La enfermedad es frecuentemente progresiva y fatal. Es caracterizada por episodios continuos o periódicos de: descontrol sobre el uso, uso a pesar de consecuencias adversas, y distorsiones del pensamiento, más notablemente negación.[26]

5.2.12.- Reinserción

La reinserción social para los grupos de personas que usan, abusan o dependen de sustancias psicoactivas.1 Se presenta una serie de factores asociados a dicha problemática y algunos elementos que pueden contribuir a la reinserción de estas personas. la reinserción social es el “conjunto de acciones dirigidas a promover un estilo de vida mejor de quien usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, y a lograr un mejor funcionamiento interpersonal y social”. Asimismo, la adicción o dependencia es definida como “el conjunto de fenómenos del comportamiento, cognoscitivos y

[25] http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lectura%2012_UT_1.PDF
[26] http://www.adicciones.org/enfermedad/definicion.html

fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de una sustancia psicoactiva”. [27]

5.2.13.- Resocialización

Es un proceso evolutivo mediante un individuo se reintegra a la sociedad. La resocialización es la internalización, por parte del individuo, de una cultura o subcultura diferente. La adopción gradual o brusca de nuevos valores, pautas y marcos de referencia. Tiene su sus límites, tal como lo muestra la cita inicial de esta clase; pero éstos son muy amplios. Hay grandes variaciones personales que introducen un factor de incertidumbre psicológica, aunque no sociológica (que se basa más en los grandes números).[28]

5.2.14.- Red de Apoyo Social

El hecho de contar con redes de apoyo social tiene un impacto significativo en la calidad de vida de la persona adulta mayor. Existe evidencia de que las relaciones y las transferencias que se establecen en las redes cumplen un papel protector ante el deterioro de la salud. También contribuyen a generar un sentimiento de satisfacción puesto que logran un mayor sentido de control y de competencia personal.[29]

---

[27] http://new.pensamientopenal.com.ar/16062010/dossiers22.pdf

[28] http://www.sappiens.com/castellano/articulos.nsf/Psicolog%C3%ADa/04._Resocializaci%C3%B3n/AA9F966118CAFF1841256B0D004A4A83!opendocument

[29] http://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM_cap5web.pdf

5.2.15.- Recaídas

La recaída se define como el proceso de retroceso a los patrones de comportamiento y pensamiento típicos de la adicción activa, que ya se habían superado, y que finalmente llevan de vuelta al uso, retrocediendo hasta llegar de vuelta al estado de enfermedad adictiva que existía antes de comenzar la recuperación. Para poder hablar de recaída una persona debe haber estado previamente en recuperación, o sea asbtinente y con cambios de conducta, por un período significativo de tiempo. Por el simple hecho de no haber usado por un tiempo, el volver a usar, no necesariamente es una recaída. Podría tratarse de episodios de consumo alternos, dentro de un período de adicción activa.[30]

5.2.16.- Prevención

Del latín praeventĭo, prevención es la acción y efecto de prevenir (preparar con anticipación lo necesario para un fin, anticiparse a una dificultad, prever un daño, avisar a alguien de algo). Por ejemplo: “La mejor forma de combatir la farmacodependencia es la prevención”[31]

[30] http://www.lasdrogas.info/index.php?op=InfoDocumento&idDocumento=87
[31] http://definicion.de/prevencion/

6.- METODOLOGÍA

La investigación fue un estudio descriptivo transversal, la cual describe la situación en un momento dado y no requieren la observación de los sujetos estudiados durante un periodo de tiempo. Este tipo de diseño es adecuado para describir el estado del fenómeno estudiado en un momento determinado.

6.1.- Tipo de investigación

Este trabajo investigativo ha sido desarrollado enmarcado en los siguientes tipos de investigación:

6.1.1.- Investigación documental

Para sustentar los diversos tipos de investigación he procedido a incorporar fotografías; elementos que confirman la acción investigativa, mismos que figuran en los anexos.

6.1.2.- Investigación de campo

A través de los talleres de socialización, aplicación de encuestas y la toma de muestras que se realizaron de forma directa, se ha realizado una investigación de campo que nos acerca a la realidad sobre la fármaco dependencia de los adictos egresados del COTEMUAZ, la información se recogió con criterios de confidencialidad y voluntariedad. Los cuestionarios fueron auto aplicados en la sala de consulta, previa instrucción, que fue entrenado por parte del investigador.

6.2.- Población y muestra

Se consideró como población a los residentes de la Comunidad Terapéutica Municipal de Azogues (COTEMUAZ), de la ciudad de Azogues, provincia del Cañar, conformado por hombres de entre las edades de 18 a 65 años en el periodo de enero del 2010 a enero del 2011.

Se hizo el muestreo con las cifras de residentes de la Etapa de Comunidad y Desprendimiento Gradual, con un total de población de ingresos 50 residentes, con un total de egresados 27.

6.3.- Instrumentos utilizados en la investigación

Los dispositivos subalternos con los cuales se trabajo para llevar a cabo la investigación fueron:

• Encuestas,

• Impresiones y

• Fotografías.

6.4.- Proceso de recolección

De manera objetiva, se planteó una planilla de encuestas dirigido a encontrar respuestas por parte de egresados farmacodependientes, se preparó un cuestionario abierto.

ENCUESTA DIRIGIDA A RESIDENTES DEL
CENTRO TERAPÉUTICA MUNICIPAL DE AZOGUES (COTEMUAZ)

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

Fecha: _____

CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LA MUESTRA DE ADICTOS

1.- Sexo:

a. Femenino
b. Masculino

2.- Edad:

a. 18- 23 años
b. 24-29 años
c. 30-35 años
d. 36-41 años
e. 42-47 años
f. 48-53 años
g. 54-65 años

3.- Grado de Instrucción

a. Sin instrucción
b. Primaria
c. Secundaria
d. Superior

4.- Estado Civil

a. Casado
b. Soltero
c. Viudo
d. Divorciado
e. Unión Libre

CARACTERÍSTICAS DE CONSUMO DE LA MUESTRA

5.- Tiempo de consumo

a. Menos de dos años
b. De 2 a 6 años
c. De 7 a 11 años
d. De 12 a 16 años
e. Más de 17 años

6.- Permanencia en los programas

a. 4 meses
b. 6 meses
c. 7 meses

7.- Motivo para salir del programa

a. Alta Clínica
b. Alta Administrativa
c. Abandono

8.- Razones para volver a consumir

a. No Indica
b. Tener deseos
c. Sentirse triste
d. Sentirse molesto
e. No resistir la invitación
f. No consume

9.- A que tiempo de salir del CT empezó a consumir

a. En el primer mes
b. 4 meses
c. 6 meses
d. 1 año
e. Más del año
f. No consume

GRACIAS

6.5.- Análisis de la información

Se codificó y tabuló la información en hojas de cálculo de Excel, se aplicaron las mediciones para encontrar prevalencias. Se realizaron análisis mediante distribución de frecuencias.

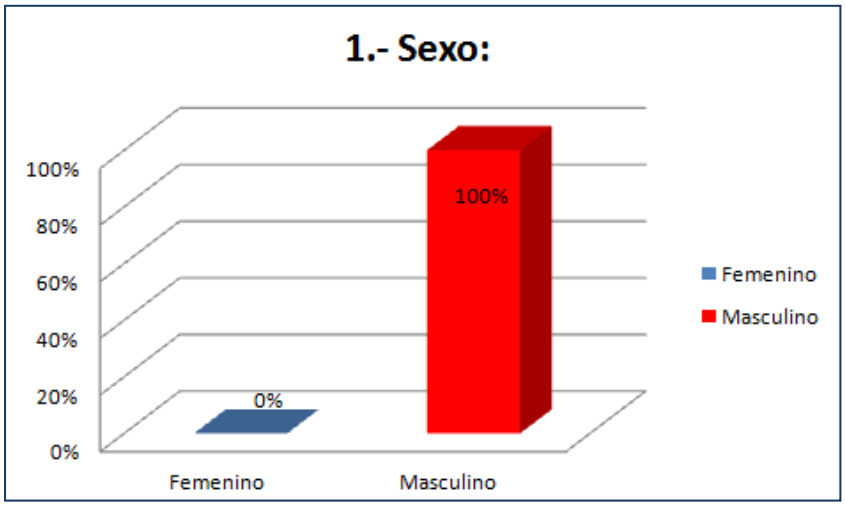
ENCUESTA DIRIGIDA A RESIDENTES DEL
CENTRO TERAPÉUTICA MUNICIPAL DE AZOGUES (COTEMUAZ)

CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LA MUESTRA DE ADICTOS

1.- Sexo:
Tabla 1

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	0	0%
Masculino	27	100%
TOTAL	**27**	**100%**

Gráfico 1

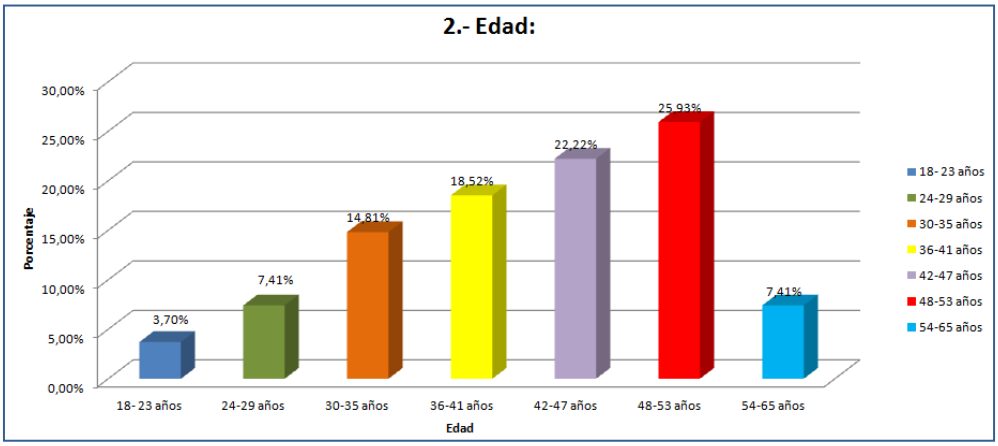


Dentro del Centro Terapéutico, los residentes en su totalidad son varones con un 100%.

2.- Edad:
Tabla 2

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
18- 23 años	1	3,70%
24-29 años	2	7,41%
30-35 años	4	14,81%
36-41 años	5	18,52%
42-47 años	6	22,22%
48-53 años	7	25,93%
54-65 años	2	7,41%
TOTAL	**27**	**100%**

Gráfico 2



En el Centro Terapéutico, los residentes son de la edad de 18- 23 años con un 3,70%, 24-29 años con un 7,41%, 30-35 años con un 14,81%, 36-41 años con un 18,52%, 42-47 años con un 22,22%, 48-53 años con un 25,93%, 7,41%.

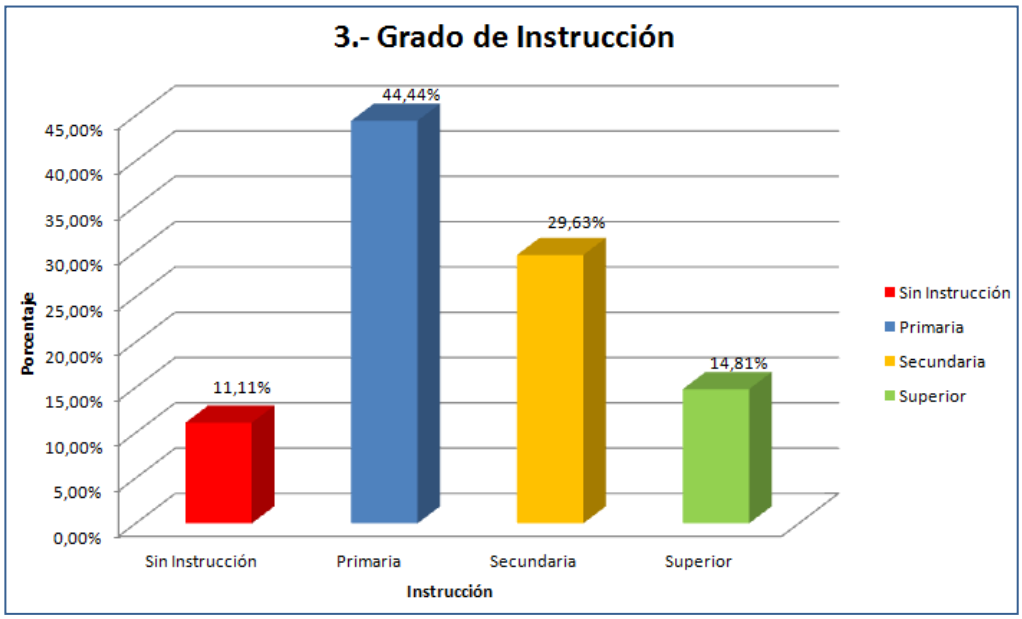
Siendo los más propensos a asistir a esta Comunidad Terapéutica entre las edades de 36-41 años, 42-47 años y 48-53 años de edad.

3.- Grado de Instrucción

Tabla 3

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Sin Instrucción	3	11,11%
Primaria	12	44,44%
Secundaria	8	29,63%
Superior	4	14,81%
TOTAL	**27**	**100%**

Gráfico 3



Los residentes no tienen una instrucción en un 11,11%, instrucción primaria un 44,44%, secundaria un 29,63%, y un nivel académico superior en 14,81%.

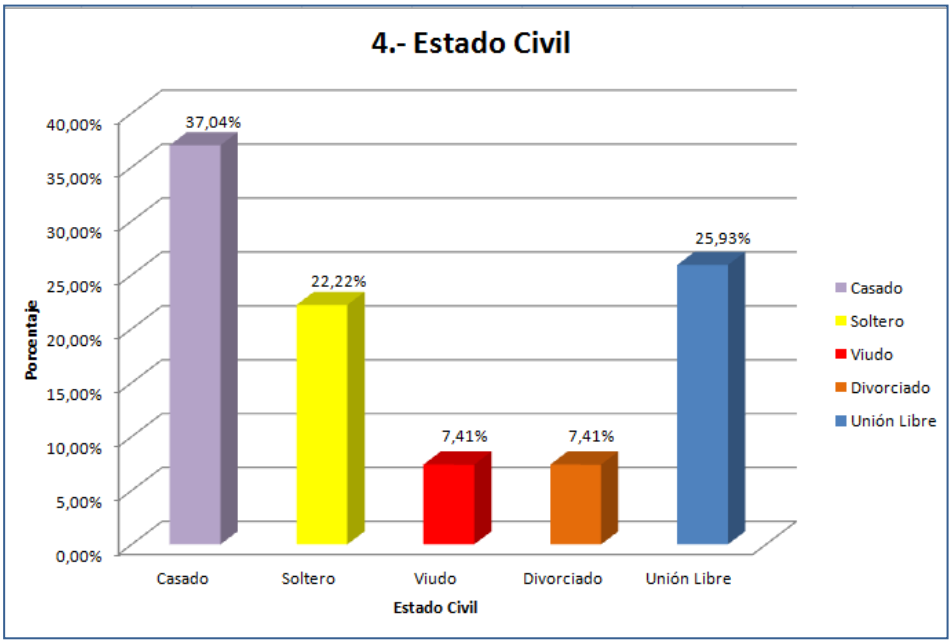
Existiendo un nivel académico promedio entre la primaria y secundaria dentro de los residentes del CT.

4.- Estado Civil

Tabla 4

Indicador	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Casado	10	37,04%
Soltero	6	22,22%
Viudo	2	7,41%
Divorciado	2	7,41%
Unión Libre	7	25,93%
TOTAL	**27**	**100%**

Gráfico 4



Los residentes del CT, se encuentran Casados en un 37,04%, Soltero en un 22,22%, Viudo en un 7,41%, Divorciados en un 7,41%, Unión Libre un 25,93%.

Demostrando que existen un promedio entre casados y unión libre dentro de la Comunidad Terapéutica.

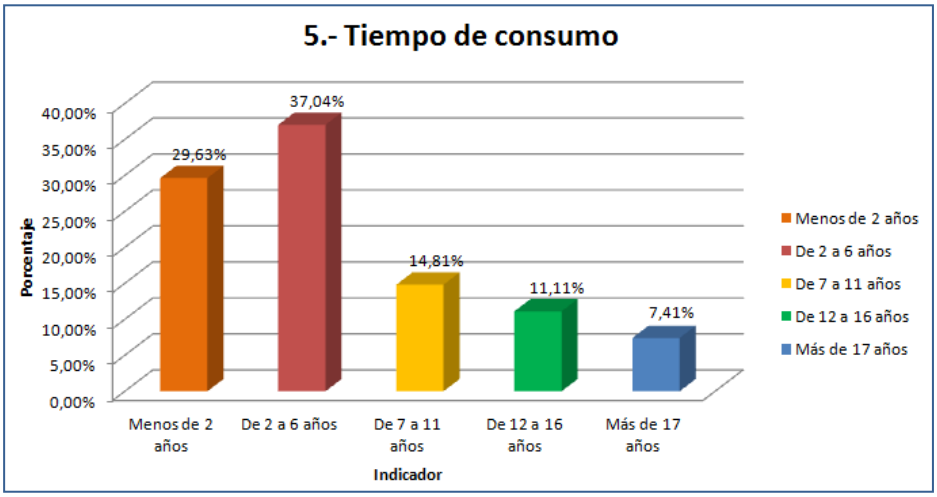
CARACTERÍSTICAS DE CONSUMO DE LA MUESTRA

5.- Tiempo de consumo

Tabla 5

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 2 años	8	29,63%
De 2 a 6 años	10	37,04%
De 7 a 11 años	4	14,81%
De 12 a 16 años	3	11,11%
Más de 17 años	2	7,41%
TOTAL	**27**	**100%**

Gráfico 5



En la CT, los egresados tuvieron en tiempo de consumo menores a 2 años 29,63%, de 3 a 6 años 37,04%, de 7 a 11 años 14,81%, de 12 a 16 años 11,11%, y más de 17 años 7,41%.

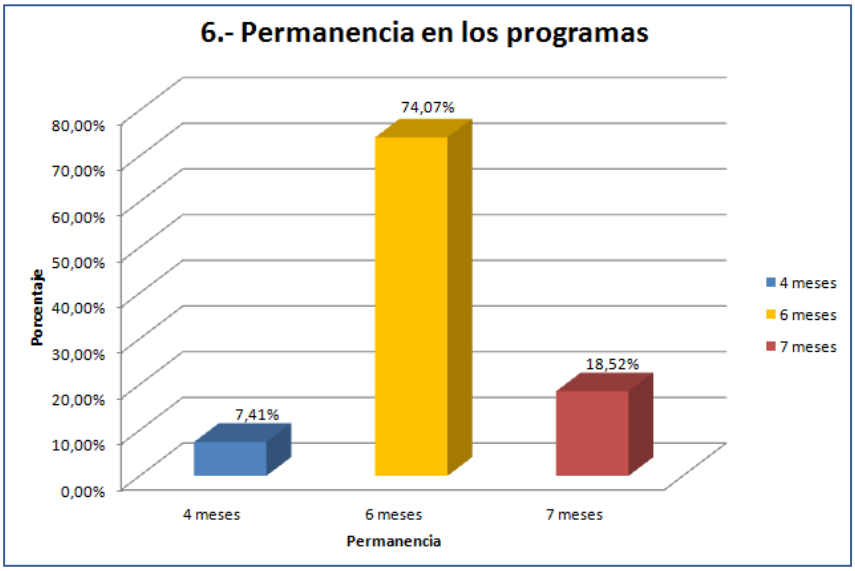
Demostrando que existen un promedio de tiempo de consumo de 2 a 6 años dentro de la Comunidad Terapéutica.

6.- Permanencia en los programas

Tabla 6

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
4 meses	2	7,41%
6 meses	20	74,07%
7 meses	5	18,52%
TOTAL	**27**	**100%**

Gráfico 6



Dentro de la CT, los egresados se mantuvieron asistiendo al programa 4 meses 7,41%, 6 meses 74,07% y los 7 meses 18,52%.

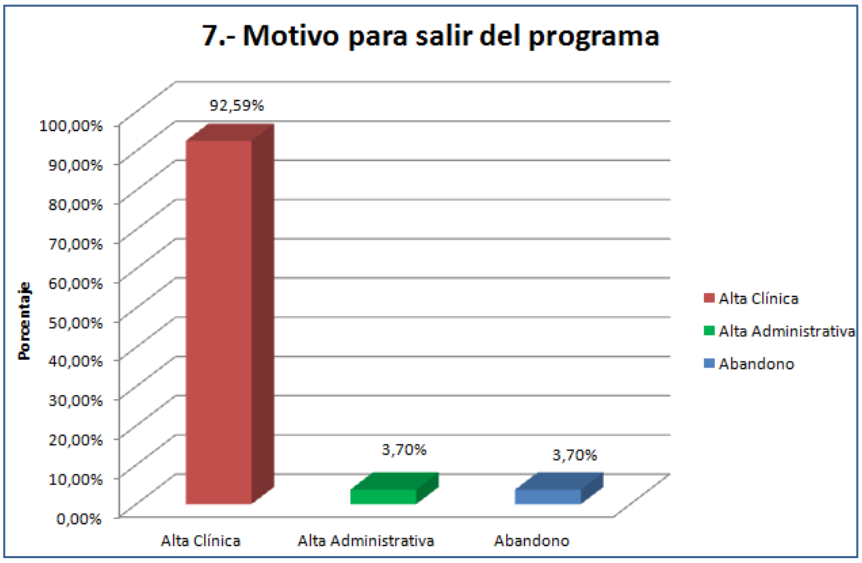
De acuerdo a las estadísticas abandonan el centro un grupo pequeño pero la gran mayoría termina el tratamiento y existe algunos que se mantiene en desintoxicación, dentro de la Comunidad Terapéutica.

7.- Motivo para salir del programa

Tabla 7

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Alta Clínica	25	92,59%
Alta Administrativa	1	3,70%
Abandono	1	3,70%
TOTAL	**27**	**100%**

Gráfico 7



Dentro de la CT, los pacientes salieron por alta clínica en un 92,59%, Alta Administrativa 3,70%, por abandono un 3,70%.

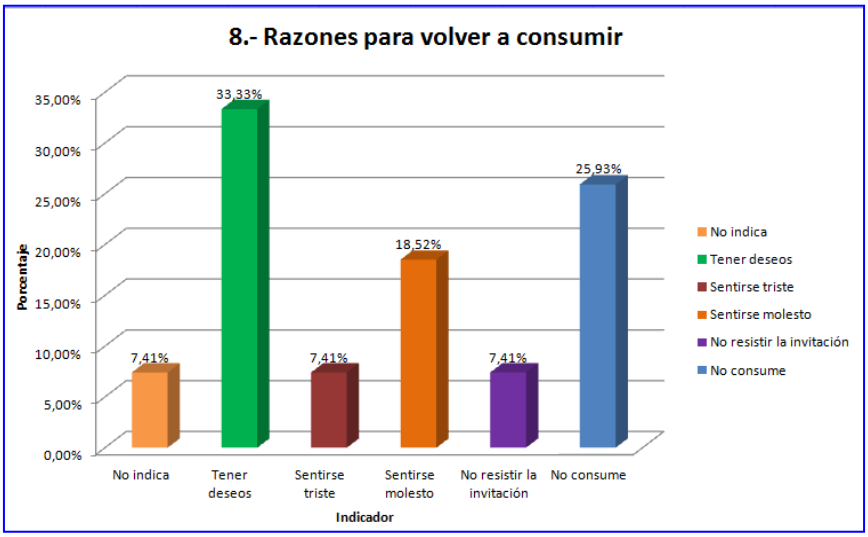
Se ha determinado que existen pocos que abandonan el centro por alta administrativa, y un número elevado de pacientes permanecen hasta cumplir con su alta clínica.

8.- Razones para volver a consumir

Tabla 8

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
No indica	2	7,41%
Tener deseos	9	33,33%
Sentirse triste	2	7,41%
Sentirse molesto	5	18,52%
No resistir la invitación	2	7,41%
No consume	7	25,93%
TOTAL	**27**	**100%**

Gráfico 8



Dentro de la CT, los pacientes al salir tienen deseos de consumir y no indican 7,41%, por tener deseos 33,33%, sentirse triste 7,41%, sentirse molesto 18,52% no resistir la invitación 7,41%, No consumen 25,93%.

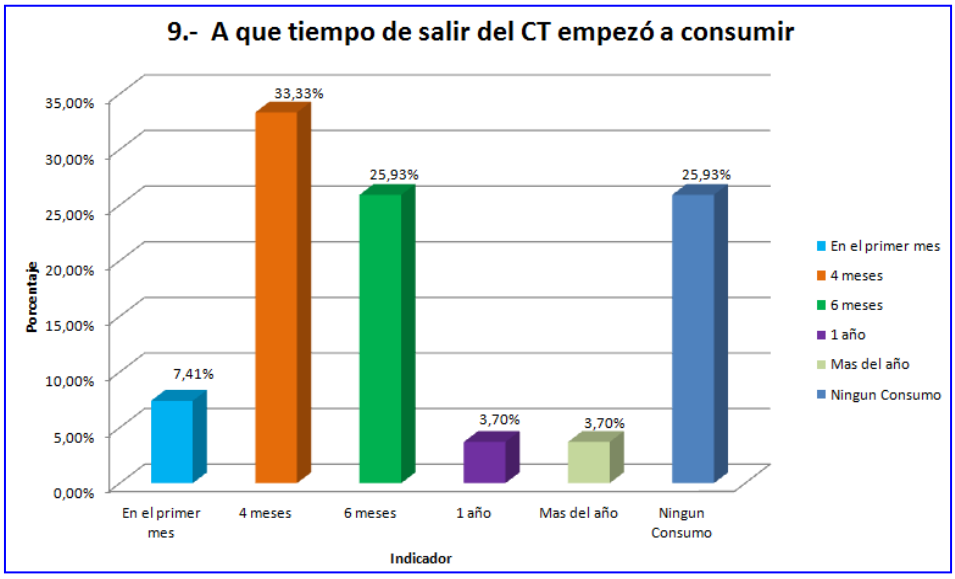
Se ha determinado que existen paciente que vuelven a consumir por tener deseos, al sentirse molesto, sentirse triste y por iguales porcentaje que no resisten la invitación y otros no lo indican; encontrando a un porcentaje de pacientes que no ha vuelto a consumir.

9.- A que tiempo de salir del CT empezó a consumir

Tabla 9

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
En el primer mes	2	7,41%
4 meses	9	33,33%
6 meses	7	25,93%
1 año	1	3,70%
Mas del año	1	3,70%
Ninguno	7	25,93%
TOTAL	**27**	**100%**

Gráfico 9



De acuerdo a los resultados obtenidos, los pacientes al salir empiezan a consumir en el primer mes 7,41%, 4 meses 33,33%, 6 meses 29,63%, al año 3,70%, más del año 3,70%, ningún consumo 25,93% .

Los egresados vuelven a consumir a los 4 meses, las recaídas de 6 meses, al mes al año y a más del año; demostrando que existen algunos factores que influyen a los pacientes a volver a consumir luego del tratamiento existiendo un porcentaje elevado de egresado que no han vuelto a consumir.

6.6.- Resultados de la información

Una vez realizado la encuesta y conforme con los resultados tabulados, se procedió a graficar los resultados utilizando el software de Microsoft Office Excel en una serie de barras individuales, que reflejan los datos estadísticos y traduce porcentualmente, lo examinado dentro de la CT en el que se aplicó cada una de las encuestas.

Siendo la logoterapia una corriente psicoterapéutica humanista-espiritual que tiene como base primordial el trabajo del sentido de la vida para la sanación psíquica e introducción consiguiente en la sociedad del paciente. Se vio en la necesidad de implementar en la CT, ya que ayudará a los egresados en la etapa reinserción social manteniendo su abstinencia en su diario vivir.

Si entresacamos palabras claves resumimos así nuestra definición: es una terapia que trabaja el sentido de la vida para introducir nuevamente al enfermo a la sociedad.

Analizadas las diversas concepciones de los pacientes farmacodependientes, en los ámbitos de las distintas áreas de vida de los individuos como: laboral, familiar, académica, social, etc., desde los diversos puntos de vista, tenemos:

- Dentro del CT, los residentes en su totalidad son varones.
- Siendo los más propensos a asistir a esta Comunidad Terapéutica entre las edades de 36-41 años, 42-47 años y 48-53 años de edad.
- Existiendo un nivel académico promedio entre la primaria y secundaria dentro de los residentes del CT.
- Demostrando que existen un promedio entre casados y unión libre dentro de la C T.

- Indicando que existen un promedio de tiempo de consumo de 2 a 6 años dentro de la Comunidad Terapéutica.

- De acuerdo a las estadísticas abandonan el centro un grupo pequeño pero la gran mayoría termina el tratamiento y existe algunos que permanecen un mes en la Unidad de desintoxicación, dentro de la CT.

- Se ha determinado que existen pocos residentes que abandonan el centro por alta administrativa, y un número elevado de pacientes permanecen hasta cumplir con su alta clínica.

- Se ha determinado que existen residentes que vuelven a consumir por tener deseos, al sentirse molesto, sentirse triste y por iguales porcentaje que no resisten la invitación y otros no lo indican; encontrando a un porcentaje de pacientes que no ha vuelto a consumir.

- Los egresados vuelven a consumir a los 4 meses, las recaídas de 6 meses, al mes al año y a más del año; demostrando que existen algunos factores que influyen a los egresados a volver a consumir luego del tratamiento; existiendo un porcentaje de egresado que no han vuelto a consumir.

7.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1.- Conclusiones

- Con la aplicación efectiva de las técnicas psicoterapéuticas permitieran enriquecer el proceso logoterapéuticos y potencializar el restablecimiento afectivo del paciente. Estas permitieran diversos propósitos terapéuticos como: La clarificación del problema, incentivar la expresión emocional y cambio conductual del paciente, capacitar la asertividad, etc.

- Siendo la logoterapia una corriente psicoterapéutica humanista-espiritual que tiene como base primordial el trabajo del sentido de la vida para la sanación psíquica e introducción consiguiente en la sociedad del paciente, la aplicaremos como aspecto primordial al Grupo de Apoyo Permanente Logoterapéutico (GAPLT).

- El grupo humano llamado familia por sus características propias funciona como si fuera un sistema, en el que sus miembros están interrelacionados y por lo tanto un cambio en un elemento generará un cambio en los otros elementos. En una familia los efectos de la adicción de alguno de sus miembros llegarán a afectar el funcionamiento de todo el sistema familiar.

- La Co-Adicción se considera una enfermedad emocional que lleva a quienes la padecen a presentar un conjunto de signos y síntomas parecidos, puede formar parte del estilo de vida de las personas y por lo tanto su extinción se hace bastante difícil. El trabajo de cambio del adicto es más efectivo cuando se refuerza el cambio en el sistema familiar cortando los roles de co-adicción.

- El proceso de cambio del adicto y del co-adicto empieza con la aceptación de la enfermedad que padecen, ya que se rompe el mecanismo de defensa de negación.

- La participación del grupo familiar de encuentros con otras familias con el mismo problema favorece el proceso de identificación y la catarsis de sus miembros, facilitando el proceso de recuperación en general.

- La paciencia es una norma que deberá regir durante todo el tratamiento porque los tratamientos suelen ser extensos e irregulares.

7.2.-Recomendaciones

- Aplicar técnicas psicoterapéuticas en el GAPLT, para enriquecer los procesos logoterapéuticos y potencializar el restablecimiento afectivo del paciente.

- Insertar la logoterapia como corriente psicoterapéutica humanista-espiritual como base primordial en el trabajo del sentido de la vida para la sanación psíquica e introducción consiguiente en la sociedad del paciente en el GAPLT.

- Incluir al Sistema Familiar con sus características propias en el tratamiento de recuperación del farmacodependiente.

- Trabajar con el adicto con amor, para recuperar su autoestima, valorar la actitud, formar parte del estilo de vida de las personas, libertad Humana y responsabilidad.

- Fortalecer la erradicación de la estigmatización que sufre el adicto en la reinserción social.

- Concientizar a los egresados de la CT., la importancia de acudir a los grupos de apoyo o autoayuda para la mantención de su abstinencia.

8.- BIBLIOGRAFÍA

- Diana Cristina Celis Velásquez, (2010), “Inserción Social y Recaídas”, Lic en Pedagogía Reeducativa, Esp. En Gerencia Social y Farmacodependencia, Fundación Hogares Claret, Medellín
- Thomas Trobe, 2005 “DE LA CODEPENDENCIA A LA LIBERTAD. Cara a cara con el miedo”, EDICION: 1ª, IDIOMA: Castellano
- Thomas Trobe, 2005, “DE LA CODEPENDENCIA A LA LIBERTAD. Cara a cara con el miedo”, , EDICION: 1ª, IDIOMA: Castellano
- Víctor Frankl, “El Hombre en Busca del Sentido”, Editorial Herder. Edición 1970
- Víctor Frankl, 1970, “Psicoanálisis y extencionalismo”, México D.F. Fondo de Cultura Económica V.E
- Viktor Frankl, “Teorías de la Personalidad”, (Viena, Austria), del 3 de septiembre de 1997.
- Haro Estabridis, 1997 Eduardo. Apuntes sobre el problema de la Farmacodependencia. Lima, Inédito.
- Huber Charles; Baruth Leroy, 1991 Terapia Familiar Racional Emotiva. Perspectiva Sistémica. Editorial Herder, Barcelona.
- Huber Charles; Baruth Leroy., 1991 Terapia Familiar Racional Emotiva. Perspectiva Sistémica. Editorial Herder, Barcelona.
- Iniciativa Organizacional iniciada el año 2008, “Estudiar, Aplicar, Fortalecer y Promover la Logoterapia y Análisis Existencial” acreditación del “Instituto

Colombiano de Análisis Existencial y Logoterapia Viktor Frankl" y respaldo de Instituciones y Logoterapeutas de Argentina y Colombia.

- MELODY BEATTIE, "MAS ALLA DE LA CODEPENDENCIA: COMO CRECER Y MEJORAR NUESTRAS RELACIONES Y CONVIVENCIA DE LOS DEMAS", Editorial: GRUPO PATRIA CULTURAL, Edición: 1ª Año: 2001
- Mothner, Ira; Weitz, Alan, 1986. Cómo abandonar las drogas. Barcelona, Ediciones Martínez Roca.
- Programa de Capacitación para Comunidades Terapéuticas. Contradrogas, Cedro, ACTP, Fundación Richmond Fellowship del Perú. Lima, 1997
- "Programa de Capacitación para Comunidades Terapéuticas, Contradrogas", Cedro, ACTP, Fundación Richmond Fellowship del Perú. Lima, 1997.
- Sharon Wedscheider-Cruse "Experiential Therapy for Co-dependence - Terapia Experiencial para la Codependencia", Manual de Trabajo, pág. 28-29

Enlaces web:

- http://www.saludterapia.com/terapias-y-tecnicas/169-terapias-psicologicas/660-definicion-de-logoterapia.html
- http://www.logoforo.com/la-trascendencia-en-logoterapia/ http://www.psicocorporal.com/definicion/dpsicoterapia.htm#
- http://www.andenes.org/drogadicto.htmhttp://es.wikipedia.org/wiki/Craving

- http://sentidodelaexistencia.blogspot.com/2006/06/el-vaco-existencial.html
- http://filosofia.laguia2000.com/el-existencialismo/sartre-y-la-libertad-humana
- http://definicion.de/amor/
- http://www.adicciones.org/familia/codependencia.html
- http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lectura%2012_UT_1.PDF
- http://www.adicciones.org/enfermedad/definicion.html
- http://new.pensamientopenal.com.ar/16062010/dossiers22.pdf
- http://www.sappiens.com/castellano/articulos.nsf/Psicolog%C3%ADa/04._Resocializaci%C3%B3n/AA9F966118CAFF1841256B0D004A4A83!opendocument
- http://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM_cap5web.pdf
- http://www.lasdrogas.info/index.php?op=InfoDocumento&idDocumento=87
- http://definicion.de/prevencion/

9.- ANEXOS

ANEXO 1

ENCUESTA DIRIGIDA A RESIDENTES DEL
CENTRO TERAPÉUTICA MUNICIPAL DE AZOGUES (COTEMUAZ)

Nombres y Apellidos: _____
Dirección: _____
Fecha: _____

CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LA MUESTRA DE ADICTOS

1.- Sexo:

c. Femenino
d. Masculino

2.- Edad:

h. 18- 23 años
i. 24-29 años
j. 30-35 años
k. 36-41 años
l. 42-47 años
m. 48-53 años
n. 54-65 años

3.- Grado de Instrucción

e. Sin instrucción
f. Primaria
g. Secundaria
h. Superior

4.- Estado Civil

f. Casado
g. Soltero
h. Viudo
i. Divorciado
j. Unión Libre

CARACTERÍSTICAS DE CONSUMO DE LA MUESTRA

5.- Tiempo de consumo

f. Menos de dos años
g. De 2 a 6 años
h. De 7 a 11 años
i. De 12 a 16 años
j. Más de 17 años

6.- Permanencia en los programas

d. 4 meses
e. 6 meses
f. 7 meses

7.- Motivo para salir del programa

d. Alta Clínica
e. Alta Administrativa
f. Abandono

8.- Razones para volver a consumir

g. No Indica
h. Tener deseos
i. Sentirse triste
j. Sentirse molesto
k. No resistir la invitación
l. No consume

9.- A que tiempo de salir del CT empezó a consumir

g. En el primer mes
h. 4 meses
i. 6 meses
j. 1 año
k. Más del año
l. No consume

GRACIAS

ANEXO 2

FOTOGRAFÍAS DEL COTEMUAZ

Terapeutas de la Comunidad

Grupo de Encuentro

Psicoterapia

Fila de la Mañana

Los residentes