

**PROPUESTA DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN LOGOTERAPÉUTICA
PARA ADOLESCENTES FÁRMACODEPENDIENTES DE 12 A 18 AÑOS DE
LA “COMUNIDAD TERAPÉUTICA LAS PALMAS” DE ENVIGADO**

CARLOS ALBERTO BARRIENTOS SÁNCHEZ
FELIPE JOSÉ MARTÍNEZ MESA
NINI GIOVANA RINCÓN VANEGAS
MÓNICA ELIZABETH SANTAMARÍA CASTAÑO

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
ENVIGADO
2008

**PROPUESTA DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN LOGOTERAPÉUTICA
PARA ADOLESCENTES FÁRMACODEPENDIENTES DE 12 A 18 AÑOS DE
LA “COMUNIDAD TERAPÉUTICA LAS PALMAS” DE ENVIGADO**

Presentado por:

CARLOS ALBERTO BARRIENTOS SÁNCHEZ
FELIPE JOSÉ MARTÍNEZ MESA
NINI GIOVANA RINCÓN VANEGAS
MÓNICA ELIZABETH SANTAMARÍA CASTAÑO

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
PSICÓLOGO

Asesor:

CESAR AUGUSTO JARAMILLO JARAMILLO
Psicólogo, Magíster en Educación y Desarrollo Humano y
Especialista en Juventud

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
ENVIGADO
2008

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Envigado, 7 de febrero de 2008.

*Dedicamos este trabajo de grado a nuestras familias,
quienes nos han acompañado a lo largo
de nuestra formación académica y profesional,
y a la vez nos han ofrecido un apoyo incondicional
en los distintos objetivos que nos hemos trazado.
A ellos, pues, dedicamos el fruto de nuestro esfuerzo.*

AGRADECIMIENTOS

Gracias a todas las personas que de una u otra manera hicieron parte de esta etapa de nuestras vidas, por que con ellas...

Aprendimos que la mayoría de las cosas por las que nos preocupamos nunca suceden, que cada logro alguna vez fue considerado imposible, que nada de valor se obtiene sin esfuerzo, que la expectativa es con frecuencia mejor que el suceso en sí, que aún cuando tenemos molestias no necesitamos ser una molestia, que nunca hay que dormirse sin resolver una discusión pendiente, que no debemos mirar atrás excepto para aprender, que cuando alguien aclara que se trata de principios y no de dinero, por lo general se trata es de dinero, que hay que luchar en las cosas que creemos, que las personas no son tan fáciles como dicen serlo, que la mejor y la más rápida manera de apreciar a otras personas es tratar de hacer su trabajo, que los días pueden ser largos pero la vida es corta, que si tu vida está libre de fracasos, es porque no has arriesgado lo suficiente, que es bueno estar satisfecho con lo que tenemos, pero nunca con lo que somos, que podemos ganar un centavo en forma deshonesto, pero que mas tarde éste nos costará una fortuna, que el odio es como el ácido: destruye el recipiente que lo contiene, que planear una venganza solo permite que las personas que nos hirieron lo hagan por mas tiempo, que las personas tienen tanta prisa por lograr una "buena vida" que con frecuencia la vida pasa a su lado y no la ven.

Aprendimos a no dejar de mirar hacia el futuro; que todavía hay muchos buenos libros para leer, puestas de sol que ver, amigos que visitar, gente a quien amar y viejos perros con quienes pasear, aprendimos que todavía tenemos mucho que aprender.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
GLOSARIO.....	12
RESUMEN.....	20
ABSTRACT	21
INTRODUCCIÓN	22
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	25
1.2. PREGUNTAS ORIENTADORAS.....	28
2. OBJETIVOS	30
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	30
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
3. JUSTIFICACIÓN	32
4. DISEÑO METODOLÓGICO	34
4.1. ENFOQUE.....	34
4.2. PROPÓSITO	34
4.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	35
4.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	35
4.4.1. Fichas bibliográficas y de contenido	35
4.4.2. La entrevista semi-estructurada.....	36
4.4.3. Trabajo de campo	36
4.4.4. Observación no participante.....	36
4.4.5. Diario de campo	36

4.5. PLAN DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	37
5. PRESUPUESTO.....	38
6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	39
7. MARCO REFERENCIAL.....	40
7.1. MARCO TEÓRICO.....	40
7.1.1. Antecedentes de la intervención terapéutica	40
7.1.2. Rehabilitación de adictos a las SPA	41
7.1.3. Etapas de los tratamientos.....	43
7.1.4. Componentes principales de un tratamiento eficaz	45
7.1.4.1. Entorno organizacional y Recursos Humanos.....	47
7.1.4.2. Requerimientos económicos y logísticos.....	48
7.1.5. Modelos de tratamiento.....	49
7.1.5.1. Comunidad Terapéutica.....	49
7.1.5.2. Modelo de Alcohólicos Anónimos (A.A).....	57
7.1.5.3. Modelo médico-psiquiátrico	60
7.1.5.4. Modelo Teoterapéutico	61
7.1.5.5. Otros modelos.....	63
7.2. MARCO JURÍDICO.....	65
7.2.1. Ley de Infancia y Adolescencia.....	65
7.2.2. Ley 30 de 1986.....	68
7.2.3. Resolución 1315 de 2006.....	69
8. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.....	72
8.1. DIARIOS DE CAMPO	72
8.1.1. Análisis de la Visita al Centro Residencial Comunidad Terapéutica de Las Palmas de Envigado.....	72
8.1.2. Análisis de la Visita Colectivo Aquí y Ahora.....	77
8.2. DEFINICIÓN DE CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	83
8.2.1. Comunidad Terapéutica	83
8.2.2. Fármacodependencia.....	86
8.2.3. Modelo de Intervención.....	89

8.2.4. Adolescencia	91
8.2.5. Adaptación.....	92
8.3. ANÁLISIS DE LOS MODELOS	93
8.3.1. Modelo de trabajo en la Comunidad Terapéutica Las Palmas del municipio de Envigado.....	94
8.3.1.1. Principios y valores	95
8.3.1.2. Misión.....	96
8.3.1.3. Visión	97
8.3.1.4. Objetivos	97
8.3.1.5. Estructura del proceso de tratamiento.....	97
8.3.2. Modelo de trabajo en el Colectivo Aquí y Ahora.....	111
8.3.2.1. Visión general	111
8.3.2.2. Pre-FASE (o fase de adaptación).....	112
8.3.2.3. Etapa diagnóstica	112
8.3.2.4. Etapa de trabajo profundo	114
8.3.2.5. Etapa de desprendimiento.....	116
8.3.2.6. Plan soporte.....	118
9. PROPUESTA DE ADAPTACIÓN DEL MODELO.....	119
9.1. PROPUESTA DE TRATAMIENTO PARA ADOLESCENTES DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE LAS PALMAS DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO	119
9.2. DELIMITACIÓN Y DEFINICIÓN TERMINOLÓGICA (LOGOTERAPIA)	123
9.3. RAÍCES DEL PENSAMIENTO LOGOTERAPÉUTICO	125
9.4. VISIÓN ANTROPOLÓGICA Y EPISTEMOLÓGICA DEL MUNDO.....	126
9.5. TRES PILARES FUNDAMENTALES DEL ANÁLISIS EXISTENCIAL Y LA LOGOTERAPIA	128
9.5.1. Libertad de la voluntad	128
9.5.2. Voluntad de sentido.....	129
9.5.3. Sentido de vida.....	129
9.6. VISIÓN LOGOTERAPÉUTICA DE LAS ADICCIONES	130

9.7. TRATAMIENTO DE ORIENTACIÓN LOGOTERAPÉUTICA PARA LAS ADICCIONES	135
9.8. MODELO DE TRABAJO	142
9.8.1. Etapa diagnóstica	143
9.8.2. Etapa de trabajo profundo:.....	145
9.8.3. Etapa de desprendimiento y crecimiento espiritual	146
9.8.4. Etapa del plan soporte	147
9.9. PROCESOS DE TRABAJO EN LAS CUATRO ETAPAS TERAPÉUTICAS..	148
9.9.1. Procesos individuales.....	148
9.9.2. Trabajo grupal	154
9.9.3. Procesos en terapias de familia	163
9.9.4. Aspectos de la intervención en familia	166
9.9.5. Estrategias de terapia familiar.....	166
9.9.6. Intervención familiar	168
9.10. ASPECTOS FINALES DE LA PROPUESTA	168
10. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	170
11. CONCLUSIONES	171
12. RECOMENDACIONES.....	175
BIBLIOGRAFÍA.....	177
ANEXOS.....	182

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Contrato terapéutico	182
Anexo B. Elaboración historia clínica (entrevista inicial)	187
Anexo C. Aplicación Test: Pruebas de personalidad	190
Anexo D. Aplicación Test: Pruebas de depresión	191
Anexo E. Diario	192
Anexo F. Registro de ansiedades	194
Anexo G. Registro de pensamientos	195
Anexo H. Curvas de descenso en el consumo	196
Anexo I. Historia de Consumo	199
Anexo J. Historia de vida	200
Anexo K. Consecuencias del consumo por áreas.....	207
Anexo L. Primer paso	213
Anexo M. Segundo paso.....	222
Anexo N. Tercer paso	225
Anexo O. Etapa de Plan Soporte	241
Anexo P. Formato consentimiento informado N° 1	247
Anexo Q. Formato consentimiento informado N° 2.....	248
Anexo R. Fotos del Colectivo Aquí y Ahora	249
Anexo S. Formato de entrevista semiestructurada	252
Anexo T. Entrevista realizada a la psicóloga Marleny Posada de la Comunidad Terapéutica Las Palmas del municipio de Envigado.....	254
Anexo U. Entrevista semiestructurada realizada a Mauricio Ospina, Coordinador del Plan de Prevención Integral en Farmacodependencias (programa ambulatorio).....	280

Anexo V. Entrevista semiestructurada realizada al Psicólogo Efrén Martínez del Colectivo Aquí y Ahora	284
Anexo W. Modelo de protocolo	289
Anexo X. Modelo de ficha bibliográfica y de contenido.....	291

GLOSARIO

ABSTINENCIA: Puede tener dos significados, cuando la palabra se emplea sola, se refiere al período durante el cual un usuario de sustancias psicoactivas (SPA) no las consume por que está en tratamiento; cuando se emplea acompañada de “síndrome de” se refiere al conjunto de síntomas y molestias que experimenta un usuario que suspende el consumo de una sustancia psicoactiva (SPA) de dependencia.

ABUSO: Empleo de sustancias legales e ilegales que son tomadas sin prescripción médica o en dosis superiores. Muchas personas hacen abuso de drogas sin siquiera saberlo, aún peor sin haber tomado conscientemente la decisión de usar las drogas.

ACOMPañAMIENTO PERSONALIZADO: Acción destinada a resolver situaciones, que se presentan en la vida de los usuarios; por tanto, corresponde a un proceso mediante el cual se brindan herramientas para un estilo de vida.

ADICCIÓN: El término se emplea para referirse al uso de sustancias psicoactivas (SPA) de forma crónica, compulsiva e incontrolable, se relaciona con conceptos como dependencia física y psicológica.

ADICTO: Persona con dependencia a una o más sustancias psicoactivas.

ADOLESCENCIA: Etapa biológica, psicológica y social que comprende desde los 12 y 14 años hasta los 18 años donde persisten tanto cambios biológicos como psicológicos.

AGRESIVIDAD: Reacción emocional de ataque hacia otros o hacia sí mismo, generalmente acompañada de ira.

ANSIEDAD: Estado psicológico y/o emocional de aprensión o amenaza que puede estar relacionado o no con motivos específicos.

CAYA: Es el sistema computarizado de supervisión y registro de información en farmacodependencias desarrollado por la Fundación Aquí y Ahora, destinado al control y evaluación del sistema terapéutico.

COMUNIDAD TERAPÉUTICA: Institución para el tratamiento de las adicciones donde su objetivo es la resocialización y reinserción del individuo a la sociedad.

CONDUCTA: Aprendizaje repetitivo de un comportamiento.

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: Rubro genérico que agrupa diversos patrones de uso y abuso de estas sustancias, ya sean medicamentos o tóxicos naturales, químicos o sintéticos.

DEPENDENCIA: Cuando alguien siente o cree que no puede vivir sin una sustancia, y la utiliza en forma permanente y de manera compulsiva. La dependencia a las drogas es una de las formas de consumir drogas. Pero no es ni la única ni la más habitual, desarrollar una dependencia con las drogas es haber llegado a los últimos peldaños de una escalera que se ha comenzado a subir mucho tiempo antes, de manera gradual, casi siempre sin conciencia de ello y por diversos motivos los cuales generalmente son desconocidos o no aceptados por la persona.

DEPENDENCIA FÍSICA: Estado de adaptación fisiológica a una sustancia posterior al desarrollo de tolerancia y que culmina en el síndrome de abstinencia.

DEPENDENCIA PSICOLÓGICA: Tendencia a mantenerse y a continuar el consumo de una sustancia psicoactiva (SPA) independientemente de que se produzca o no síndrome de abstinencia.

DIAGNÓSTICO: Proceso a través del cual se profundiza en el objeto estudiado, para con acciones de intervención y en el marco de una etapa del proceso que se denomina Seguimiento, se de una transformación.

DISFUNCIONAL: Alteración de las áreas del funcionamiento (familiar, académico, laboral, social, etc.) que llevan a conductas inadecuadas.

DOSIS: Cantidad en gramos y/o unidad de una sustancia legal o ilegal.

DROGA: Se define como aquella sustancia que modifica la percepción, la sensación, el estado de ánimo y la actividad tanto física como mental.

DROGA DE IMPACTO: Se entiende como la droga que el paciente identifique con más capacidad para producirle efectos negativos (problemas), ya sea en el área de salud, familiar, legal o laboral, que motiva principalmente la demanda de tratamiento.

DROGA DE INICIO: De acuerdo con la información aportada por el propio paciente, se refiere a la primera droga consumida.

DROGA DE USO ACTUAL: Se entiende como la droga que el paciente refiere en uso al momento de la entrevista.

DROGADICCIÓN: Término empleado para designar el estado de adicción a la droga, aún cuando es un término confuso es empleado en muchos países y en muchas lenguas.

DROGAS ILEGALES: Llamadas también no-médicas o duras, se definen como aquellas sustancias cuyo uso médico es nulo o no comprobado, pero se consumen para alterar intencionalmente el funcionamiento del SNC. Se les denomina ilegales porque su consumo es considerado punible por la legislación.

FACTORES DE RIESGO: Características negativas que puedan repercutir en una conducta adictiva.

FARMACODEPENDENCIA: La definición de la Organización Mundial de la Salud dice: es un estado psíquico y a veces físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco, que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso insoportable de tomar el fármaco en forma continua o periódica, para experimentar sus efectos psíquicos y, a veces para evitar el malestar producto de la privación. La dependencia puede o no estar acompañada de tolerancia. Una persona puede ser dependiente de uno o más fármacos. Es un término análogo a drogadicción. Hace referencia al estado de dependencia de fármacos o medicamentos.

INTOXICACIÓN: Tóxico, desde su raíz griega significa veneno, por tanto, el estado de intoxicación, es el estado en el que se encuentra el organismo como

consecuencia de haberle incorporado veneno. Mientras que veneno es cualquier sustancia capaz de ocasionar la muerte o graves trastornos. Este término es utilizado especialmente entre médicos. Podríamos decir que el concepto es similar al término "uso indebido" y/o "abuso".

LOGOSOFT: Es el sistema computarizado de formulación de casos y seguimientos clínicos desarrollados por el Centro de Difusión y Aplicación de la Logoterapia de la Fundación Colectivo Aquí y Ahora. Es un programa que sistematiza la información que facilita la formulación y el seguimiento de casos y aumenta así la calidad en la presentación de servicios logoterapéuticos.

LOGOTERAPIA: Fundamentos, principios y aplicación. Una experiencia de evaluación del logro interior de sentido. En general, es una modalidad psicoterapéutica 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.

MONOUSUARIO: Persona que consume solamente un tipo de droga.

PATRÓN DE CONSUMO: Se refiere a las características del modo o forma con que el consultante mantiene el consumo o uso de un determinado tipo de droga(s) y el orden consecutivo de las diferentes sustancias consumidas desde su inicio.

POLIADICTOS: Personas que consumen más de dos sustancias psicoactivas (SPA).

POPPER: Es un tipo de inhalante, dentro de los inhalantes es un nitrito. Esta droga se presenta en frasquitos o ampollas, su principal componente son nitritos de amilo, butilo o isobutilo. Estos nitritos se inhalan, son potentes vasodilatadores que al entrar en contacto con el Sistema Nervioso Central relajan el músculo liso provocando relajación y posiblemente desate risas sin que la persona sepa por qué se ríe.

PREVENCIÓN: Se refiere al conjunto de procesos que estimulan el desarrollo humano y que con ello tratan de evitar la aparición o proliferación de problemas socialmente relevantes.

PSICOLOGÍA HUMANISTA: Se denomina psicología humanista a una corriente dentro de la psicología, que nace como parte de un movimiento cultural más general surgido en Estados Unidos en la década de los 60's y que involucra planteamientos en ámbitos como la política, las artes y el movimiento social denominado Contracultura. La psicología humanista es una escuela que pone de relieve la experiencia no verbal y los estados alterados de conciencia como medio de realizar nuestro pleno potencial humano. Surgió como reacción al conductismo y al psicoanálisis, dos teorías con planteamientos opuestos en muchos sentidos pero que predominaban en ese momento. Pretende la consideración global de la persona y la acentuación en sus aspectos existenciales (la libertad, el conocimiento, la responsabilidad, la historicidad), criticando a una psicología que, hasta entonces, se había inscrito exclusivamente como una ciencia natural, intentando reducir al ser humano a variables cuantificables, o que, en el caso del psicoanálisis, se había centrado en los aspectos negativos y patológicos de las personas. Por esto, uno de los teóricos humanistas más importantes de la época, Abraham Maslow, denominó a este movimiento La Tercera Fuerza para mostrar lo que se proponía con esta

corriente: integrar las formas (aparentemente opuestas) en que se expresaba el quehacer psicológico de la época (conductismo y psicoanálisis).

RECAÍDA: Reincidir en una conducta adictiva en el consumo de SPA.

REHABILITACIÓN: Conjunto de técnicas cuyo fin es recuperar la actividad o función perdida o disminuida después de un traumatismo o una enfermedad.

RESOCIALIZACIÓN: Es la reintroducción de una persona a la sociedad mediante un programa reeducativo.

SOCIALIZACIÓN DEL INDIVIDUO: Adquisición de herramientas que resultan eficaces para un individuo y llegar a la reinserción.

SUSTANCIAS ILÍCITAS: Se refiere a todas aquellas sustancias que son penalizadas por porte, producción, distribución, uso y consumo.

SUSTANCIAS LÍCITAS: Son sustancias de consumo no penalizado.

TERAPIA OCUPACIONAL: Técnica utilizada para reforzar las capacidades laborales de los residentes.

TOLERANCIA: Es un estado de adaptación al consumo de una sustancia con cierta dosis, la cual tiende a ser aumentada paulatinamente para obtenerse los efectos que producía en un comienzo del consumo.

TOXICOMANÍA: Es un estado de intoxicación crónico o periódico producido por el consumo repetido de una droga natural o sintética.

TRATAMIENTO: Proceso mediante el cual el individuo tiene la posibilidad de mejorar síntomas asociados a una problemática o enfermedad.

USO: Recurrir a una sustancia con el propósito de satisfacer un deseo o una necesidad.

VULNERABILIDAD: Predisposición genética, psicológica, familiar, educativa, etc. que incrementan el riesgo de llegar a cierta conducta o comportamiento.

RESUMEN

En la actualidad es cada vez más común la problemática de la fármacodependencia, y ésta es una situación cuyas repercusiones se hacen más evidentes en la población adolescente por el índice tan alto en las últimas investigaciones de uso, consumo y adicción. Es por ello que en este estudio, no sólo se hace una identificación de esta problemática, sino que a la vez se realiza una aproximación a los diferentes modelos de intervención que se implementan en la Comunidad Terapéutica Las Palmas del municipio de Envigado, acercamiento que tiene como objetivo la propuesta de un modelo logoterapéutico para el tratamiento de la fármacodependencia en la población adolescente que se encuentra en la institución. Dicho abordaje se hace desde un enfoque cualitativo, de carácter descriptivo analítico, que desde una perspectiva humanista permite un mejor entendimiento de la conducta adictiva.

ABSTRACT

At the present time the problematic one of the farmaco-drug dependency is more and more common, and this one is a situation whose repercussions become more evident in the adolescent population by the so high index in the last investigations of use, consumption and addiction. It is for that reason that in this study, is not only made an identification of this problematic one, but that simultaneously is made an approach to the different models from intervention which are implemented in the Comunidad Terapéutica Las Palmas of the municipality of Envigado, approach that has like objective the proposal of a logotherapeutic model for the treatment of the farmaco-drug dependency in the adolescent population that is in the institution. This boarding becomes from a qualitative approach, of analytical descriptive character, that from a perspective humanist allows a better understanding of the addictive conduct.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en la población adolescente corresponde a una situación que se ha venido evidenciando de manera marcada en todo el mundo a partir de la década de los 60's del siglo pasado. Esta es una problemática que no sólo ha sido objeto de estudio y análisis de los gobiernos, sino de la sociedad entera que ve cómo día a día la población adolescente se acerca al consumo de drogas lícitas e ilícitas, cada vez con más posibilidad de acceso a las drogas por el crecimiento del narcotráfico.

Si bien en los últimos años las cifras sobre consumo de drogas lícitas e ilícitas se ha cambiado un poco, tal vez por las acciones de los gobierno o por las mismas presiones de la sociedad que demandan la necesidad de una población sobria, no por ello ésta deja de ser una situación preocupante.

En el planeta, por ejemplo, el 27% de la población está compuesta por adolescentes y jóvenes, en edades que oscilan entre los 10 y los 24 años, lo que equivale a cerca de 1.773 millones de personas. Y si bien una porción importante de dicha población ha experimentado alguna vez el consumo de drogas, afortunadamente la gran mayoría de ellos ha suspendido rápidamente su consumo, el riesgo de los consumidores ocasionales, así como de los consumidores frecuentes, representan una situación preocupante para aquellas instituciones y organismos cuyo objeto social ha sido el de procurar procesos de resocialización de la población afectada por el uso asiduo de SPA.

Por todo lo anterior, en la presente investigación, se realiza un abordaje del uso y del abuso de SPA en la población adolescente, abordaje desarrollado en la

Comunidad Terapéutica Las Palmas del municipio de Envigado, lugar éste en donde a partir de esta investigación se sugiere una propuesta de adaptación del modelo de intervención logoterapéutico, modelo fundado en principios humanistas que van de la mano de la psicología y que según diversos planteamientos teóricos evidencia resultados acordes y favorables a las necesidades de la población adolescente con problemas de fármacodependencia.

Para este estudio se parte de un enfoque cualitativo de tipo descriptivo-analítico en el que la propuesta de adaptación logoterapéutica a la población adolescente fármacodependiente, está diseñada con una serie de variantes que permiten la implementación de herramientas y estrategias con un componente humanista que evita, ante todo, las experiencias adversas y negativas que implica la resocialización como tal y en el manejo de modelos enfocados en los tratamientos de Comunidad Terapéutica.

Con el ánimo de exponer dicha propuesta, ésta se funda sobre una serie de contenidos teóricos y jurídicos que sustentan la experiencia realizada y que evidencian un trabajo científico y metodológico caracterizado por la claridad y la objetividad, dando muestra con ello de un proceso de investigación sistemático que se ha desarrollado a lo largo del año 2007 en la Comunidad Terapéutica Las Palmas del municipio de Envigado.

En el desarrollo de este estudio, si bien se presentaron dificultades de carácter metodológico en el análisis de la información, a medida que se avanzaba en el proceso investigativo se logró dar claridad, tanto a la problemática como al abordaje de ésta, situaciones que dieron lugar a la presentación de un análisis objetivo en el que las herramientas científicas empleadas surtieron efecto en el

diseño del modelo de intervención logoterapéutico en los adolescentes de la Comunidad Terapéutica Las Palmas.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

“El consumo de drogas entre la población no es, ni mucho menos, un tema nuevo. Se sabe con certeza que, desde la antigüedad, nuestros antepasados consumían sustancias psicoactivas con fines rituales, místicos y curativos. A través de la historia, el hombre ha buscado diversas fuentes de placer y algunos estudios señalan que el consumo de drogas respondería a pulsiones tan básicas como el hambre, la sed y el sexo. Sin embargo, lo que sí es completamente nuevo es la forma como, en nuestros días, el hombre ha hecho uso de las drogas”¹.

El fenómeno de la fármacodependencia es un asunto de especial cuidado para la sociedad de estos tiempos modernos; desde que se comenzaron a evidenciar en el mundo actual las diferentes dificultades de tipo social, psicológico, psiquiátrico, político y económico que conllevaba el uso de los fármacos, desde diferentes ámbitos de la sociedad se comenzaron a implementar estrategias que permitieran una reducción ostensible del uso de sustancias alucinógenas, psicoactivas y adictivas. Sin embargo, esos esfuerzos no han rendido frutos, pues en el mundo cada día crece más el número de personas que usan, consumen y se han vuelto adictas a algún tipo de droga.

Por ejemplo, *“cerca de 200 millones de personas, lo que representa el 5% de la población mundial en edades entre 15 y 64 años, han usado drogas en los últimos 12 meses y el 0,6% de la misma población, estimada en 25 millones de*

¹ ZAPATA V., Mario Alberto y SEGURA CARDONA, Ángela María. Consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados del departamento de Antioquia: Investigación comparativa 2003-2007. Medellín: CARISMA, 2007. p. 9.

personas, presentan consumo de las que se han denominado drogas problemáticas, dentro de las cuales ocupa el primer lugar la heroína y el segundo lugar la cocaína”².

Respecto a la población adolescente, la situación del consumo de drogas sigue siendo una de las más elevadas; en Colombia cerca del 52% de la población adolescente ha consumido o consume algún tipo de sustancia lícita o ilícita (es decir, 1 de cada 2 jóvenes); y ésta es una problemática que se repite en países de Sur América y que se hace aún más grave y evidente en otras naciones del mundo como Estados Unidos, España e Inglaterra en donde las cifras son, inclusive, mucho mayores.

Para toda esta población adolescente (52%), el consumo de drogas legales como el cigarrillo y el alcohol se convierte en factor detonante para el consumo de drogas ilegales: marihuana, bazuco, cocaína, heroína, tranquilizantes, éxtasis, etc. De dicha cifra, aproximadamente un 10% se muestra algún tipo de comportamiento adictivo que requiere de intervención externa y, por lo general, profesional para controlar y redireccionar la conducta adictiva.

Ante esta situación, aparecen diversas propuestas de tratamiento psicológico que se han planteado con el objeto de tratar a quienes son considerados como fármacodependientes, estrategias que van desde tratamientos de carácter conductista, pasando por terapias gestálticas y psicoanalíticas, hasta el mismo uso de fármacos que evitan cierto tipo de comportamientos adictivos. Dentro de esta dinámica psicoterapéutica hallamos a la Logoterapia, tratamiento centrado en una resignificación de la existencia humana, que como tal procura la búsqueda de sentido por parte del hombre hacia la vida, sintiendo éste que ha

² Ibid. p. 15.

perdido todo significado, al caer en el problema que aquí nos ocupa, por causa del uso abusivo de los fármacos.

Ya que Antioquia es un departamento en el que el consumo de SPA legales (como el alcohol y el cigarrillo) e ilegales (como la marihuana, el bazuco, los inhalables, las benzodiazepinas, el popper, el éxtasis, la cocaína, los hongos, el cacao sabanero, la heroína y el 2cb) es una realidad palpable en la población adolescente, las diferentes instituciones y organismos gubernamentales y no gubernamentales se han dado a la tarea de poner en marcha cualquier forma de estrategias que procuren la prevención en materia de consumo como la misma resocialización de los adictos.

Prueba de la situación en el departamento, se encuentra que en el 60% de la población adolescente ha consumido alcohol en el último año; el 20.5% ha consumido cigarrillo; el 6.1% marihuana; el 0.6% bazuco; inhalables 2.7%; benzodiazepinas 1.3%; éxtasis 1.3%; cocaína 3.3%; hongos 0.4%; cacao sabanero (escopolamina) 0.6%; heroína 0.33%; popper 3.7%; y 2cb 0.12%³; todos estos datos nos demuestran la gran cantidad de sustancias y la frecuencia de su consumo.

Existen investigaciones que prueban y establecen la relación consumo – diagnóstico según los criterios actuales de DSMIV Y CIE10 para la farmacodependencia, solo cualitativamente se ha establecido dicha relación en la población adolescente, en la cual no resulta extraño que se atiendan adolescentes farmacodependientes, de ahí que en el departamento, especialmente en el área metropolitana de Medellín, se encuentren diversas instituciones, dentro de las cuales se ubica la Comunidad Terapéutica Las

³ Ibid. p. 41 – 66.

Palmas del municipio de Envigado, dedicada al tratamiento de la fármacodependencia de género masculino en todas las edades incluyendo la adolescencia.

Con base a esta realidad, es interesante identificar cuáles son las estrategias y herramientas de intervención empleadas en dicha institución, para de ahí diseñar una propuesta de intervención logóterapéutica dirigida a los adolescentes fármacodependientes, todo ello basado en el modelo de tratamiento existente y proponiendo las variantes y modificaciones que puedan darse desde la Logoterapia y que tenga como objetivo la superación de las causas que llevaron a la problemática de fármacodependencia.

1.2. PREGUNTAS ORIENTADORAS

Como resultado del análisis y la descripción anterior, ésta investigación formula una serie de interrogantes, los cuales van orientados a la planificación y desarrollo de la adaptación de una propuesta de intervención logoterapéutica. A continuación se dan a conocer los cuestionamientos obtenidos en el desarrollo del trabajo de grado:

- ¿Cuáles son los modelos especializados y genéricos para el tratamiento de la adicción a SPA?
- ¿Cuál es el modelo más apropiado, especializado o genérico para el tratamiento de la adicción a SPA?
- Los modelos de tratamiento para la fármacodependencia se basan entre otros aspectos epistemológicos y metodológicos, en las corrientes de la psicología, entre las cuales, las más usadas son la cognitiva-conductuales,

dinámicas y psicoanalíticas. ¿De qué modo es pertinente pensar en un modelo basado en el enfoque humanista-existencial como la logoterapia, para trabajarlos en programas de rehabilitación para adolescentes?

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Proponer un modelo de intervención logoterapéutico para adolescentes fármacodependientes con edades comprendidas entre los 12 y 18 años de la “Comunidad Terapéutica Las Palmas” del municipio de Envigado.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a través de un rastreo bibliográfico la fundamentación de los elementos teóricos y prácticos atinentes a los adolescentes fármacodependientes y los modelos de intervención terapéutica.
- Revisar la estructura y funcionamiento de la Comunidad Terapéutica Las Palmas del municipio de Envigado a través del análisis de la información obtenida con las técnicas de investigación formuladas, procurando una mayor comprensión del modelo de intervención en la población fármacodependiente.
- Describir el modelo logoterapéutico del Colectivo Aquí y Ahora implementado en la ciudad de Bogotá D.C mediante el análisis bibliográfico y entrevistas a informantes claves, que sirva de referencia para la adaptación a la Comunidad Terapéutica Las Palmas del municipio de Envigado.
- Establecer características y componentes de la organización, el plan, la ejecución y el control de la propuesta de tratamiento para adolescentes en la

Comunidad Terapéutica Las Palmas del municipio de Envigado, desde el modelo de la Logoterapia.

3. JUSTIFICACIÓN

Colombia es un país en donde se conocen los efectos de la fármacodependencia, no sólo por ser uno de los principales productores y traficantes de SPA en el mundo, sino también porque las condiciones socioeconómicas que indican que la fármacodependencia conlleva una serie de efectos colaterales que afectan tanto a la comunidad como al individuo. En particular, la población adolescente con problemas de fármacodependencia, desarrolla un comportamiento obsesivo, propio del adicto, hasta tendencias suicidas y homicidas que contrarían tanto los intereses particulares del individuo como los de la misma sociedad.

A lo anterior hay que sumar el hecho de que si bien el consumo de SPA, tanto legales como ilegales, según el estudio de CARISMA (2007) se ha frenado de alguna manera en los últimos años en la población adolescente, aún gran parte de dicha población consume este tipo de sustancias, bien sea por curiosidad o porque en realidad han desarrollado un comportamiento adictivo propio del consumidor asiduo. Con ello queda en evidencia que es una problemática que se sigue haciendo manifiesta, no sólo en el mundo entero, sino también, de manera específica, en el departamento de Antioquia.

Ante tal situación, la dirección que han tomado diversas instituciones y entidades, tanto de carácter gubernamental como no gubernamental, es diseñar diferentes estrategias que busquen disminuir el impacto de las SPA en la población adolescente. Siguiendo esa misma dirección, se diseña una propuesta de adaptación del modelo de la Comunidad Terapéutica Las Palmas del municipio de Envigado a través de una estrategia de intervención basada en la Logoterapia, dirigida a adolescentes con edades entre los 12 y los 18 años.

Dicha propuesta se convierte, además, en todo un reto en materia investigativa, ya que la Logoterapia es un modelo en el cual las exploraciones han sido mínimas, especialmente en nuestro país, teniendo en cuenta que dicha propuesta de adaptación está dirigida a adolescentes, población cuyas características en materia de autonomía, moral, capacidad laboral, aceptación social, etc. fluctúan de acuerdo a la calidad del vínculo social de cada individuo.

La pertinencia de esta propuesta radica, por tanto, en mostrar en la Logoterapia una herramienta óptima de tratamiento y abordaje de la fármacodependencia en la población adolescente, para lo cual se ha tomado como muestra a sujetos en edades comprendidas entre 12 y 18 años de la Comunidad Terapéutica Las Palmas del municipio de Envigado.

En términos sociales y culturales, esta investigación realiza un importante aporte a la problemática de la fármacodependencia que actualmente se suscita en el departamento de Antioquia, retoma en este sentido el espíritu del informe “Consumo de SPA en jóvenes escolarizados del departamento de Antioquia” realizado por la Gobernación de Antioquia, la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, el Comité Departamental de Prevención en Drogas de Antioquia y el Centro de Atención y Rehabilitación Integral en Salud Mental de Antioquia (CARISMA), según el cual sugiere el diseño e implementación de estrategias de solución que van desde la promoción hasta el tratamiento, rehabilitación y resocialización en el departamento.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. ENFOQUE

La investigación realizada es de enfoque cualitativo, ya que procura una valoración que busca identificar y describir las necesidades específicas de los adolescentes con relación al tratamiento logoterapéutico, basándose en la indagación de sus vivencias y experiencias particulares; desde esta perspectiva, se pretende proponer los cambios necesarios para el modelo existente a partir de la comprensión del fenómeno que se intentó investigar.

También, se logró obtener información sobre las características más significativas en el fenómeno de la fármacodependencia en los adolescentes de la Comunidad Terapéutica, analizado desde una perspectiva cualitativa de la información recopilada.

4.2. PROPÓSITO

Lo que se busca principalmente, es presentar una propuesta de un modelo de intervención logoterapéutico para adolescentes fármacodependientes de la Comunidad Terapéutica Las Palmas del municipio de Envigado, propuesta diseñada a partir de la adaptación del modelo empleado en dicha comunidad. Éste es un estudio sin intervención, porque los investigadores se limitaron a describir, analizar objetos y situaciones que se presentan e indagar sin intervenir en las mismas.

4.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio es de tipo (del enfoque) descriptivo-analítico, dado que permitió identificar cómo es y de qué manera se manifiesta el fenómeno de la fármacodependencia y el tratamiento de ésta en los adolescentes que han estado en la Comunidad Terapéutica de Las Palmas del municipio de Envigado. De esta manera, a partir de la descripción de las diferentes observaciones realizadas, se logró pasar luego a un análisis objetivo de inducciones lógicas, efecto del manejo de la información y los puntos más relevantes del trabajo de campo.

Dicha descripción y análisis se realizaron en la Comunidad Terapéutica de Las Palmas, con la población de adolescentes que están sometidos al tratamiento de fármacodependencia de dicha institución. Por tal razón, tanto el trabajo de campo como la valoración de la información, permitieron la construcción de un discurso coherente que evidenció la puesta en práctica del tipo de investigación elegida para este estudio.

4.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

En calidad de instrumentos de recolección de información para la elaboración del siguiente trabajo se utilizaron:

4.4.1. Fichas bibliográficas y de contenido

La ficha bibliográfica consistió en ordenar un conjunto de datos permitiendo la identificación de algunas publicaciones o parte de ellas relacionadas con el tema de la fármacodependencia y la Logoterapia. La ficha bibliográfica, por tanto, nos condujo a realizar escritos, ordenar una bibliografía completa, tener el resumen de algún tema, escribir una nota al final de un texto ó en pie de página y hacer la síntesis de una publicación ó cita textual. La implementación de estas

fichas se evidencia en las diferentes citas que se referencian a lo largo del escrito investigativo.

4.4.2. La entrevista semi-estructurada

El grupo de investigación empleó esta técnica investigativa con terapeutas y pacientes estos últimos con alguna problemática de adicción a las SPA. Se valió de guías temáticas que indicaban las preguntas que se formularon. Los ejes temáticos de la entrevista fueron construidos según las categorías de análisis definidas en el plan de análisis.

4.4.3. Trabajo de campo

El método de investigación sobre el terreno, permitió un abordaje mucho más exacto y vivencial de las diferentes manifestaciones de aprehensión de los procesos de tratamiento de problemáticas de fármacodependencia. Para este trabajo se empleó tanto la observación participativa como no participativa.

4.4.4. Observación no participante

El interés principal en esta actividad es observar a las personas en su propio hábitat con sus respectivos y cotidianos comportamientos, para relacionar sus aspectos comportamentales y relacionales enfocados a develar la razón de esta investigación. La validez de este instrumento de investigación está asegurada igualmente por un detallado y objetivo registro, incluyendo el registro de los aspectos más relevantes en video. La presente investigación se realizó a través de la observación no participante porque no se pretendía interactuar con la población ni se intentaba cambiar o modificar variables extrañas.

4.4.5. Diario de campo

Permitió la recopilación escrita con criterios teóricos y psicológicos de la corriente humanista y conductista de las diferentes observaciones realizadas a

lo largo del proceso de investigación directa, especialmente, en lo concerniente a la observación no participante.

4.5. PLAN DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

La información obtenida se analizó a la luz de un paso básico como es el análisis categorial de la información. Este paso de análisis de información consiste en relacionar los datos obtenidos y organizados para cada persona y para el grupo en general, lo cual llevó a formular las conclusiones de esta investigación.

Para el análisis de la información, no sólo se tuvieron en cuenta diferentes categorías tales como Comunidad Terapéutica, Fármacodependencia, Modelo de intervención, Adolescencia y Adaptación, sino también las diversas herramientas de recolección de información. La información se recopiló directamente en el campo de estudio (Centro Terapéutico las Palmas del municipio de Envigado), se consignaba ésta en el diario de campo, y a la par, se reunía información bibliográfica que diera sustento teórico a lo investigado. Una vez identificada la información, la misma se sometía a valoración cualitativa, para realizar posteriormente su análisis en torno a la información obtenida y los contenidos teóricos identificados.

Las mencionadas categorías sirvieron de norte para todo el proceso investigativo, pues fueron consideradas como básicas y fundamentales desde la perspectiva de la Logoterapia; lo que se buscaba era, precisamente, partir de una perspectiva humanista que pusiera en muestra la necesidad de una serie de conceptos y técnicas terapéuticas, tanto por parte del terapeuta como de los mismos pacientes que se someten a este tipo de modelos.

5. PRESUPUESTO

El siguiente es el presupuesto estimado para el proyecto del trabajo de grado.

PRESUPUESTO GLOBAL DEL TRABAJO DE GRADO				
RUBROS	FUENTES			TOTAL
	Estudiantes	IUE	Externa	
Recursos humanos	\$600.000	\$ 0	\$ 0	\$600.000
Fotocopias	\$ 50.000	\$ 0	\$ 0	\$ 50.000
Insumos (disquetes, CD y memoria USB)	\$160.000	\$ 0	\$ 0	\$160.000
Impresiones	\$100.000	\$ 0	\$ 0	\$100.000
Uso computador(Internet)	\$200.000	\$ 0	\$ 0	\$200.000
Papelería	\$120.000	\$ 0	\$ 0	\$120.000
TOTAL	\$ 1.230.000	\$ 0	\$ 0	\$ 1.230.000

6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

La presente investigación se realizará según los siguientes pasos:

Descripción de actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Elaboración del anteproyecto del trabajo de grado	X									
Elaboración y levantamiento de la base de datos.	X	X	X							
Aplicación de encuesta semi-estructurada al equipo interdisciplinario de la comunidad terapéutica de Las Palmas y a los adolescentes pertenecientes a la comunidad.		X	X	X						
Evaluación de los datos y estadísticas que arroje el levantamiento de la base de datos y las encuestas realizadas.			X	X	X					
Elaboración de la propuesta de intervención para adolescentes del modelo terapéutico existente en la comunidad terapéutica de las Palmas.				X	X					
Análisis de resultados de la investigación				X	X					
Presentación de resultados					X	X	X	X	X	
Escritura de Informe final										X

1: Enero de 2007

2: Abril de 2007

3: Mayo de 2007

4: Junio de 2007

5: Julio de 2007

6: Agosto de 2007

7: Septiembre de 2007

8: Octubre de 2007

9: Noviembre de 2007

10. Diciembre de 2007

7. MARCO REFERENCIAL

7.1. MARCO TEÓRICO

7.1.1. Antecedentes de la intervención terapéutica

La aparición de los programas de atención terapéutica tuvo lugar a mitad del siglo XX en el área de la salud, la psicología y la educación; desde entonces, se han venido perfeccionando y aplicando diferentes tratamientos de acuerdo a las variables que se encuentran en cada sujeto no dejando a un lado el entorno en que se desenvuelven.

En la actualidad, casi todos los países buscan estudiar la mejor manera de hacer frente al abuso de una o más SPA que causan problemas a las personas, las familias y la comunidad. Esas sustancias comprenden el cannabis, los opioides (como la heroína), la cocaína, los estimulantes de tipo anfetamínico, los sedantes y tranquilizantes, los alucinógenos, los disolventes e inhalables y el alcohol.

El uso y abuso de sustancias adictivas constituye un complejo fenómeno que tiene consecuencias adversas en la salud individual, en la integración familiar y la estabilidad social: riesgos para la salud, accidentes de tránsito, conductas violentas, sexualidad insegura, bajo rendimiento académico, inestabilidad emocional, etc. Aunque en la actualidad toda la sociedad está expuesta a las drogas, hay grupos más vulnerables que otros a sufrir los daños provocados por su uso, como los niños y los jóvenes, quienes pueden truncar su posibilidad de desarrollo personal y de realizar proyectos positivos de vida.

El carácter de las intervenciones terapéuticas, entre ellas los servicios médicos y psico-sociales, las prácticas curativas tradicionales y demás servicios de rehabilitación, puede variar de un país a otro. Lejos de ser estáticas, esas intervenciones se ven afectadas por diversos factores políticos, culturales, religiosos y económicos que influyen en la forma en que se organizan, se ejecutan y evolucionan con el tiempo.

7.1.2. Rehabilitación de adictos a las SPA

El término tratamiento asociado a la rehabilitación de adictos a las SPA ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud como “una serie de actividades dirigidas a aquellas personas que presentan problemas asociados al consumo de alcohol y otras drogas, con el fin de mejorar sus condiciones de salud y su calidad de vida”⁴. El Departamento de Salud del Reino Unido lo define como “un conjunto de intervenciones que buscan remediar un problema identificado y asociado al consumo de sustancias o una condición física, psicológica o social que afecta el bienestar de una persona consumidora”⁵.

Ya que la adicción es una enfermedad o un desorden que responde al tratamiento adecuado, al igual que otros desordenes de naturaleza crónica, es natural que existan muchas definiciones que busquen totalizar la acción y efecto de los mismos. Es por ello que cuando se habla de tratamiento se está haciendo alusión a “toda intervención que busque el abandono del consumo de drogas y el mantenimiento de un estilo de vida libre de las mismas, mientras

⁴. WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION . Costs and effects of treatment for psychoactive substance use disorders: a framework for evaluation.1996. WHO/PSA/96.18.

⁵. NTA – NATIONAL TREATMENT AGENCY. Models of care for treatment of adult drug misusers: Part 2 full reference report. Londres: Department of Health/ National Treatment Agency. 2002.

logra un funcionamiento productivo dentro de la familia, el trabajo y la sociedad”⁶.

El tratamiento puede definirse, en general, como una o más intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas y aumentar u optimizar el desempeño personal y social. Según el Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, el término “tratamiento” se aplica al “proceso que comienza cuando los usuarios de SPA entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible”⁷.

De esta forma, un tratamiento para el consumo de SPA puede considerarse como tal estructurado y así definir una serie de metas específicas de acuerdo con un plan determinado y es evaluado de manera sistemática con el usuario⁸. Las metas del tratamiento pueden ser variadas:

1. Interrumpir cualquier consumo de sustancias alteradoras del estado mental y anímico y aprender a vivir un estilo de vida libre de drogas.
2. Controlar el consumo de la(s) sustancia(s) “problema” y mantener un patrón de consumo moderado.
3. Desintoxicar y eliminar cualquier malestar físico asociado a la dependencia de una sustancia.

⁶. NIDA – NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. Principios de tratamientos para la drogadicción: una guía basada en investigaciones. NIH Publication No. 01-4180(S), 2001.

⁷ SERIE DE INFORMES TÉCNICOS DE LA OMS. 30º informe del Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia., num. 873. (Sin Año).

⁸. NTA – NATIONAL TREATMENT AGENCY. Models of care for treatment of adult drug misusers: Part 2 full reference report. Londres: Department of Health/ National Treatment Agency. 2002.

4. Rehabilitar para facilitar la incorporación social y laboral, la funcionalidad y productividad, así como llevar una vida satisfactoria libre del consumo de sustancias.
5. Reducir los daños y riesgos sanitarios y sociales asociados al consumo de sustancias.
6. Facilitar el cambio de conductas que entrañan daños para la salud por los patrones de consumo, hacia conductas menos lesivas y riesgosas.
7. Asesorar a la familia del consumidor para que se ajuste y maneje de mejor manera a la realidad del consumo en un miembro de la familia, entre otros⁹.

Por otro lado, el tratamiento puede definirse según las metas que persiga; si por ejemplo, el criterio es tiempo, pueden denominarse como de corto, mediano y largo plazo; y si es según su objeto, en terciario si se define enfocado en el consumo mismo, el funcionamiento social, la productividad, la salud, la calidad de vida y el entorno social. El hecho es que el tratamiento debe ser integral y perseguir un cambio en el comportamiento del consumidor para mejorar sus circunstancias de vida de forma sostenida.

7.1.3. Etapas de los tratamientos

Por lo general, los tratamientos y el proceso de rehabilitación se dan en fases o etapas, éstas dependen del modelo de intervención y del tipo de institución que los ofrezca. De acuerdo con Naciones Unidas “el tratamiento contemporáneo de las adicciones debe contar con una serie de componentes y cada uno de ellos cumplir con una serie de condiciones para el logro de resultados”¹⁰. En cada

⁹. CHRISTO, G. y FRANEY, C. Cognitive behavioral interventions for relapse prevention. Unit 10. Inglaterra: Publicación de Universidad de Londres, Imperial College of Science, Technology and Medicine. 1998.

¹⁰. NACIONES UNIDAS, Treaty Series, vol. 1019, num. 14956. (Sin Año).

etapa de tratamiento se encuentra que hay factores que pueden incidir en el logro de las metas que se establecen, estos son: el paciente y entorno del tratamiento, los métodos del tratamiento, la medicación para la desintoxicación y el tratamiento, la duración del tratamiento y el entorno de la atención. En términos globales las etapas del tratamiento son:

a. Desintoxicación: etapa de estabilización¹¹: La desintoxicación clínica es la etapa inicial e intensiva del tratamiento. En esos programas se administra a los fármacodependientes un tratamiento de desintoxicación bajo supervisión médica. Los consumidores empedernidos de ciertas drogas (opioides y drogas sedantes e hipnóticas), que muy probablemente sufrirán complicaciones relacionadas con la abstinencia, requieren un proceso de privación (desintoxicación) con supervisión médica. El síndrome de abstinencia que se puede desarrollar al suspender el uso de una droga variará según la droga de que se trate. El objetivo principal de los programas de desintoxicación es lograr la abstinencia en la forma más segura y cómoda posible.

b. Rehabilitación: etapa de prevención de recaídas¹²: En la etapa de rehabilitación o de prevención de recaídas se atiende a las necesidades de las personas que han concluido un programa de desintoxicación, o que, habiendo desarrollado dependencia, no presentan síntomas de privación que exijan que se sometan a la etapa anterior de tratamiento. Los programas de prevención de recaídas o de rehabilitación tienen por objeto cambiar el comportamiento de los

¹¹. INSTITUTO NACIONAL CONTRA LA DROGADICCION, Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-based Guide, Institutos Nacionales de Salud (Washington, D.C.), 1999. (En Internet) <http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODATindex.html>.

¹². INSTITUTO NACIONAL CONTRA LA DROGADICCIÓN, Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-based Guide, Institutos Nacionales de Salud (Washington, D.C.), 1999. (En Internet) <http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODATindex.html>

pacientes para que puedan poner freno al deseo de consumir sustancias. En esa etapa se aplican intervenciones psico-sociales y farmacológicas.

c. Postratamiento¹³: En algunos programas estructurados hay un período de tratamiento menos intensivo, denominado postratamiento, después que el paciente ha concluido el programa principal. El postratamiento se puede limitar a un mes, o se puede prolongar hasta mucho después de haberse terminado el tratamiento, y tiene por objeto seguir prestando a los pacientes el apoyo necesario para mantener los resultados y metas logrados anteriormente. Puede comprender llamadas telefónicas periódicas y visitas programadas y no programadas o sin consulta previa.

Además de los servicios de postratamiento ofrecidos por el programa estructurado, también se puede alentar a los participantes a pasar a formar parte de grupos de autoayuda y ofrecerles servicios de apoyo y de orientación generales en la comunidad, de ser necesario. Naturalmente, un entorno familiar y comunitario propicio también contribuirá a la recuperación de las personas que han recibido tratamiento por abuso de drogas.

7.1.4. Componentes principales de un tratamiento eficaz

De acuerdo a la Resolución 1315 de 2006, un tratamiento eficaz está comprendido por un “conjunto de programas, terapias, actividades, intervenciones, procedimientos y enfoques basados en evidencia, que aplican los Centros de Atención en Drogadicción, con el propósito de lograr la deshabituación al consumo de SPA o su mantenimiento, con el fin de reducir los

¹³. INSTITUTO NACIONAL CONTRA LA DROGADICCIÓN, Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-based Guide, Institutos Nacionales de Salud (Washington, D.C.), 1999. (En Internet) <http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODATindex.html>

riesgos y daños asociados al consumo continuado de SPA y procurar su rehabilitación y preparación para la reinserción a la vida social”¹⁴.

Los investigadores los han definido después de décadas de investigación en el siglo XX y son resumidos por Naciones Unidas como:

1. Permanencia más prolongada en el tratamiento.
2. Oferta de incentivos y estímulos por asistencia y abstinencia (que incluso pueden ser financieros).
3. Contar con un consejero o terapeuta individual.
4. Contar con servicios especializados para el manejo de problemas psiquiátricos, laborales y familiares.
5. Ofrecer medicación para aliviar las ansias de consumir y los síntomas psiquiátricos.
6. Participar en grupos de auto-ayuda después de la rehabilitación¹⁵.

Se sigue insistiendo que si bien la modalidad de tratamiento ha mostrado que los servicios residenciales muestran mejores resultados, el gran problema es que presentan altas tasas de deserción, registrando hasta un 25% de abandono durante las dos primeras semanas y un 40% después de cuatro meses.¹⁶ En este sentido, es recomendable que en casos en los que la persona cuenta con una red de soporte social, se ubique en modalidad ambulatoria, para reservar los cupos de los tratamientos residenciales (por lo general escasos) a casos graves con pobres redes sociales o insertas en entornos problemáticos y conflictivos. De este modo, resulta indispensable para un tratamiento eficaz,

¹⁴ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1315 de 2006. Por la cual se definen las Condiciones de Habilitación para los Centros de Atención en Drogadicción y servicios de Farmacodependencia, y se dictan otras disposiciones.

¹⁵ NACIONES UNIDAS, Treaty Series, vol. 520, num. 7515. (Sin Año).

¹⁶ TIMS, F., Drug Abuse Treatment Effectiveness and Cost-Effectiveness. Rockville, Maryland: Instituto Nacional contra la Drogadicción, 1995.

tanto la existencia de un entorno organizacional y de recursos humanos, así como de recursos económicos y logísticos.

7.1.4.1. Entorno organizacional y Recursos Humanos

Un servicio de tratamiento de la fármacodependencia ha de disponer de un método eficiente de gestión que permita rendir cuentas y alcanzar las metas fijadas, lo cual exige una estructura organizativa con responsabilidades bien delimitadas. Un aspecto prioritario es que el personal y la dirección posibiliten un entorno positivo de trabajo. Los factores que contribuyen a crear ese entorno son¹⁷:

1. Que se reconozca el valor de la contribución de cada uno de los miembros del equipo.
2. Que los miembros del equipo puedan intercambiar opiniones abiertamente.
3. Que existan mecanismos de solución de conflictos.
4. Que se determine periódicamente el grado de satisfacción de los miembros del equipo.
5. . Que se ofrezca al personal incentivos y recompensas adecuados.

Un factor determinante para la eficacia de un programa de tratamiento de la fármacodependencia es disponer de un equipo competente y bien preparado que cuente con los recursos que necesita. Todos por igual deben comprender la función y la responsabilidad individual y colectiva que incumbe a cada miembro del equipo. Corresponde a la dirección velar para que el personal reciba apoyo y de este modo desempeñar su labor.

¹⁷. PROGRAMA DE ASESORAMIENTO SOBRE DROGAS DEL PLAN DE COLOMBO. Best Practices in Drug Abuse Treatment and Rehabilitation in Asia. A Guidebook (Colombo, 2002).

7.1.4.2. Requerimientos económicos y logísticos

Casi todos los servicios de tratamiento exigen políticas y procedimientos para administrar la corriente de recursos financieros que ingresan al programa y egresan de él. La responsabilidad de garantizar que esos recursos se utilicen y fiscalicen debidamente recae en los proveedores de servicios, los cuales deben elaborar una estrategia financiera de mediano a largo plazo en el que se prevea una planificación financiera a lo largo de un periodo de tres a cinco años. En el plan también se tendrían en cuenta las medidas que se adoptarían y sus efectos en los servicios; por ejemplo, en el caso de que disminuyera el volumen de fondos existentes, se considerarían las posibilidades de obtener más fondos de otras fuentes que pudieran presentarse.

Un buen esquema de tratamiento podrá:

- Crear sistemas con suficientes salvaguardas, para autorizar entre otras cosas, el pago de facturas, la firma de cheques y la administración de la caja.
- Preparar un presupuesto anual (en el que se determinen claramente los ingresos y los gastos proyectados) para orientar la prestación de los servicios.
- Presentar un estado mensual del efectivo y la situación financiera, en el que se comparen los gastos proyectados con los gastos efectivos.
- Preparar un informe financiero anual, verificado por auditores independientes, que demuestre que se han cumplido las leyes impositivas aplicables¹⁸.

Como se puede ver, este tipo de esquemas económicos y logísticos, no sólo requieren de una planificación previa, sino también, de elementos que permitan

¹⁸. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1315 de 2006.

la inclusión de variables una vez se inicie cualquier tipo de proceso o plan de tratamiento sobre fármacodependencia.

7.1.5. Modelos de tratamiento

Los tratamientos son tomados de varios enfoques psicológicos y de grupos que por sus experiencias ayudan a personas con este trastorno que aqueja a la humanidad. A raíz del desarrollo que ha tenido la fármacodependencia en Colombia, se ha visto la necesidad de crear lugares especializados en tratamientos para fármacodependientes; el objetivo de la mayoría de estos es la disminución o abstinencia total del consumo de las drogas, buscando de esta manera que continúe con sus actividades y habilidades para su vida y la sociedad. De esta manera, los modelos básicos que se pueden identificar para el manejo de tratamientos en la fármacodependencia son los siguientes:

1. Modelo Comunidad Terapéutica
2. Modelo Alcohólicos Anónimos
3. Modelo Médico Psiquiátrico
4. Modelo Teoterapia
5. Otros Modelos
 - a. Modelos a Corto Plazo
 - b. Modelo Ambulatorio
 - c. Modelo Clínico – Psicológico
 - d. Medicina Alternativa

7.1.5.1. Comunidad Terapéutica

El término “Comunidad Terapéutica”¹⁹ tal como es empleado hoy refiere al fenómeno que emerge simultáneamente en Inglaterra y América en la mitad del siglo veinte. Las comunidades terapéuticas en el pasado se definían como

¹⁹. MAXWELL, Jones. Psiquiatría Social: Un estudio sobre Comunidades Terapéuticas.

tratamientos residenciales de largo plazo, hoy en día han diversificado las alternativas de servicios y su duración. Se caracterizan principalmente por utilizar la vida en “comunidad” como componente fundamental del tratamiento, aquí en este modelo terapéutico los residentes como el personal, resultan fundamentales en el desarrollo de una dinámica en la que el residente se ayuda a sí mismo y ayuda a los demás, a lograr metas de crecimiento personal. Cada miembro cumple un rol fundamental en la supervivencia y mantenimiento de la comunidad, se estimula una dinámica de presión de grupo “positiva” en la que lo negativo se revisa permanentemente y se fortalece el “aprendizaje experiencial” basado en ensayo y error, así, si se cometen errores se aprende de ellos y de esta forma se promueven cambios duraderos en el estilo de vida²⁰.

Existen al menos tres tipos de comunidades terapéuticas, las tradicionales en inglés llamadas “concept houses”, las de orientación comunitaria llamadas “community - oriented houses” y las de corte religioso. En las tres se comparten aspectos fundamentales como: la atmósfera comunal o terapéutica, las reuniones grupales, las tareas cotidianas compartidas y el estímulo para asumir cada vez más responsabilidades para consigo mismo y para con otros miembros de la comunidad²¹.

El modelo de tratamiento en comunidad terapéutica involucra los siguientes principios que orientan su quehacer:

- El usuario es el centro del proceso.
- Tiene carácter residencial.

²⁰. NIDA – NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (2001). Principios de tratamientos para la drogadicción: una guía basada en investigaciones. NIH Publication No. 01-4180(S) Keer, D.H. (1986). Therapeutic community: a codified concept. En: De Leon G. & Ziegenfluss, J. (eds) Therapeutic communities for addictions. p. 58-62.

²¹. TOON P. y LYNCH. R. Changes in therapeutic communities in the UK. En Heroin Addiction and Drug Policy – The British System. Strang J. & Gossop M. (eds). Oxford University Press. 1994. p.231-239.

- Semiabierto: Los residentes no tienen plena libertad de movimiento.
- Jerárquico pero flexible: El modelo se sustenta en una estructura progresiva que debe escalonar el residente en la medida de su crecimiento y compromiso. Libre de drogas: se debe entender drogas de abuso, no aquellas que se consumen por prescripción médica.
- Transdisciplinario: quiere decir que “la dependencia a las drogas es un desorden que puede ser tratado desde (las) distintas aproximaciones teóricas” de las ciencias humanas.²²
- Con significativa participación de ex adictos capacitados para manejo de personas con conductas adictivas y de comportamiento.
- Inspirado en los tradicionales valores de la Comunidad Terapéutica, principalmente en aquel que declara el poder sanador del grupo²³.

A continuación se describen las principales terapias utilizadas dentro del marco del modelo de una Comunidad Terapéutica. Para la elaboración de esta descripción nos hemos valido de la guía de los mismos que hacen el diplomado de Daytop y el Diplomado en fármacodependencias de la Universidad San Buenaventura y Hogares Claret²⁴, de tales elementos se recoge la presente síntesis que refleja los criterios con los que se aborda el modelo de la Comunidad Terapéutica:

1. Los grupos terapéuticos: Son la herramienta básica para incentivar el cambio a todos los niveles, estimulan la cohesión, le dan sentido a la

²². AVENDAÑO PABÓN, Mauricio. El libro de las drogas. Manual para la familia. Presidencia de la República de Colombia. Ed. Carrera Séptima, (S.F.). p. 231.

²³. ALEJO ALEJO, Henry. Educación superior y drogas. Tomo 1. Pág. I. (No tiene dato editorial).

²⁴. Modulo: DIPLOMADO EN CONSEJERÍA DE FARMACODEPENDENCIAS. Medellín: UNIVERSIDAD SAN BUENAVENTURA Y FUNDACIÓN HOGARES CLARET. Pag. 83. 2006.

experiencia de recuperación, etc. Los grupos están diseñados para maximizar el compromiso del usuario con su proceso terapéutico.

2. Terapia individual: La terapia individual es un encuentro en el que el paciente propone al orientador algún tópico o tópicos de su problemática (descarga de emociones, sentimientos, conflictos, recuerdos, preocupaciones, etc.) con el fin de ser acompañado a nivel de discernimiento, formulación de alternativas y toma de decisiones para modificar positivamente una actitud, comportamiento o posición del interesado con respecto a la realidad.

3. Terapia de confrontación: Confrontar es poner a alguien, de manera objetiva, frente a la interpretación de lo que se percibe como su realidad para que con ese saber decida, en conciencia, por cual rumbo debe encausar su vida. Esta terapia se utiliza, básicamente, para moldear la conducta de los residentes. En concreto, se hace un llamado de atención enérgico al paciente a través del cual se señalan y rechazan las actitudes y comportamientos irresponsables que atentan contra la estabilidad del grupo y de él mismo.

4. Grupo de confrontación especial: Se utiliza cuando se presentan eventos o fallas graves dentro del hogar: violencia verbal, entrada de droga, hurto, etc. El director determina, evaluadas las circunstancias, la implementación de la terapia. El o los residentes involucrados en la situación deben ser enviados a un espacio de reflexión por un tiempo no mayor de dos horas, durante el cual se planifica la intervención. Esta medida permite, además, que los implicados se preparen emocionalmente para el grupo y estén más receptivos. El encuentro se realiza con todos los miembros de la Comunidad, pero si se decide no paralizar el funcionamiento general de la casa, se interviene con un subgrupo estructurado de acuerdo con las necesidades terapéuticas del residente

(personas que influyen afectivamente en él o con las que se identifica de alguna manera, etc.).

5. Terapia de confrontación de pares: La confrontación de pares es un grupo terapéutico en el que se llama la atención, de forma directa y en tono serio, a uno o varios residentes que hayan incurrido, repetidamente, en fallas no graves dentro del hogar, a partir del establecimiento de una discusión, con usuarios más o menos contemporáneos en el tratamiento (uno o dos meses de diferencia en la fecha de ingreso). El objetivo es dejar sin soporte los argumentos y justificaciones que alegan los cuestionados, para que reconozcan su error y asuman una actitud de cambio. En este grupo no se ventilan sentimientos, sino que se enfatiza en la responsabilidad individual del residente.

6. Terapia grupos especiales: Se trata de un encuentro en el que los residentes del hogar se dividen en subgrupos para abordar, con un guía capacitado, diversas problemáticas (ira, ludopatía, duelo, trauma, conflictos sexuales, familiares, etc.) a través de seminarios o educativas, que servirán de apoyo al usuario cuando decida exponer sus dificultades personales en la terapia de grupo. Capacita a los demás participantes para dar alternativas pertinentes, transmitiéndoles una visión previa de los fenómenos con la cual madurar la percepción que tienen de sí mismos y sus aportes.

7. Terapia de grupo: Como se dijo en la exposición anterior, los grupos especiales ayudan a preparar la terapia de grupo, espacio adecuado para compartir problemas individuales que entorpecen el proceso de crecimiento. La dinámica permite a los usuarios decir lo que están sintiendo, alivia la angustia, favorece la toma de conciencia y una postura más responsable frente a la vida. El grupo escucha a la persona y hace preguntas para aclarar situaciones confusas dentro del relato. Al final, los compañeros emiten alternativas de

solución y el interesado elige, entre los diversos aportes, aquello que cree más conveniente para si mismo comprometiéndose a ponerlo en práctica delante de los presentes.

8. Terapia de maratón: Son dos o tres días con actividades terapéuticas intensivas. Se da fuerza, principalmente, a las terapias de grupo y de confrontación sin descartar otro tipo de intervenciones para movilizar y resolver problemáticas. El objetivo es poner a prueba la honestidad, la capacidad de autocrítica, la humildad y el compromiso de los residentes, al tiempo que se hace un balance parcial de logros a nivel de crecimiento personal, individual y grupal. En este espacio cada uno de los participantes es invitado a expresar con valentía, honestidad y transparencia las fallas en que ha incurrido, tanto aquellas que son conocidas por el grupo, como las que sólo él conoce para luego ser confrontado y ayudado. Es también la oportunidad para que el usuario aborde eventos traumáticos que tienen comprometida la estabilidad y desarrollo del tratamiento. Permite verificar el grado de autocrítica e introspección de cada uno de los residentes.

9. Terapia ronda de señalamientos: Esta dinámica se realiza reuniendo al hogar en pleno o por etapas para llamar verbalmente la atención a un residente o al grupo por fallas (transgresiones) contra la norma, los valores de la comunidad o irresponsabilidad en delegaciones. Tiene como propósito ajustar el nivel de compromiso general en torno al acatamiento de directrices. Busca afianzar la corresponsabilidad entre los usuarios (autoayuda). Permite detectar líderes positivos y negativos. Ayuda a identificar actitudes y alianzas anti-terapéuticas y finalmente, es adecuado el instrumento para programar estrategias de intervención.

10. Terapia encuentro de la mañana: El encuentro de la mañana es un grupo en el que se reúne la mayoría de los miembros del hogar con el propósito de compartir el estado anímico y disposición de todos para enfrentar la jornada, dar a conocer el plan de trabajo del día, cumplir, frente al grupo, las ayudas y experiencias educativas que tenían impuestas algunos de los usuarios, reflexionar en torno a ellas y al proceso de tratamiento, fomentar valores, etc. Al final, se cierra con un corto espacio lúdico – recreativo que permite promover la estructura grupal, el sentido de pertenencia, la recreación y la integración.

11. Terapia de asamblea: Esta terapia, con larga tradición en la historia de las Comunidades Terapéuticas, consiste en una reunión de todos los miembros del hogar, usualmente al fin del día, en la que se comparte información acerca de las situaciones relevantes sucedidas a lo largo de la jornada, se analizan y discuten asuntos de interés comunitario, se evalúan logros y dificultades frente a compromisos establecidos en reuniones anteriores y se ofrece un espacio para la toma de decisiones en público.

12. Terapia de meditación: La meditación trascendental es una técnica mental sencilla, natural y de fácil aprendizaje que se practica mínimo dos veces a la semana. Mientras se medita se reduce la actividad de la mente individual hasta experimentar un estado único de alerta en descanso. A medida que el cuerpo se relaja profundamente, la mente trasciende toda la actividad mental para experimentar la forma más sencilla de la conciencia humana, la conciencia trascendental.

13. Terapia educativa: Las educativas son un espacio de enseñanza – aprendizaje sobre temas específicos (valores, familia, relaciones interpersonales, etc.) que impactan significativamente la experiencia vital del residente, le ayudan a fundamentar y fortalecer su decisión de mantenerse en

sobriedad y lo entrenan para el equilibrio en todas las relaciones y desafíos que tendrá que enfrentar.

14. Terapia ocupacional: El adicto y la persona con problemas de comportamiento, por lo general, no han desarrollado una actitud positiva hacia la cultura laboral o si tuvieron tal actitud, esta se vio perturbada por el descontrol típico del consumo o del desorden conductual; por eso el equipo clínico asigna a los residentes brigadas de trabajo, algunas de ellas encaminadas a la autogestión productiva del hogar: microempresas, eventos, donaciones; otras relacionadas con el mantenimiento del orden y la limpieza de la institución. La terapia ocupacional brinda la oportunidad de crecer emocionalmente, desarrollar habilidades, aprender un oficio y sentirse útil en la comunidad. Nunca debe ser utilizada para evadir responsabilidades consigo mismo: terapias educativas, entrevistas psicológicas, etc. Es muy importante que el residente muestre una actitud responsable y amorosa frente a la labor encomendada.

15. Terapia deportiva: El deporte es importante dentro del proceso terapéutico porque agiliza la desintoxicación integral de cada usuario, fortalece los niveles de convivencia, recrea, distensiona, aumenta la exigencia, el dinamismo, etc. Es normal que el residente, antes de ingresar al hogar, por su problemática, redujera significativamente la actividad lúdica. En Comunidad Terapéutica se busca que todos participen, diariamente, en los espacios programados para tal fin, según sus capacidades.

16. Terapia de reinserción: El pase o permiso forma parte del proceso y permite la progresiva reinserción que culminará con el desprendimiento. Tiene como objetivos principales detectar y trabajar fallas en la relación del residente

con sus familiares y con su comunidad de origen; fortalece la personalidad del adicto y pone a prueba la calidad del tratamiento.

17. Terapias complementarias o alternativas: dentro de este grupo se cuentan: Grupo de encuentro (expresión de sentimientos); liberación y perdón; grupo del aquí y ahora; autobiografía; Feed back; terapia de grupo fijo; etc.

7.1.5.2. Modelo de Alcohólicos Anónimos (A.A)

Durante la década de los treinta la atención al alcohólico se limitaba únicamente a breves periodos de desintoxicación médica y/o el ingreso a un hospital psiquiátrico. El alcoholismo no era entendido como una enfermedad y el alcohólico era visto como una persona que carecía de voluntad para dejar su adicción, por lo tanto había pocos profesionales que querían trabajar y menos estaban entrenados para ayudar realmente a los alcohólicos.

Alcohólicos Anónimos tuvo su comienzo en Akron, en Estados Unidos, en 1935, cuando un hombre de negocios de Nueva York, - Bill W., que había conseguido permanecer sin beber por primera vez tras haberlo intentado en varias ocasiones durante varios años, buscó a otro alcohólico para compartir con él sus experiencias en un esfuerzo por superar un mal momento que estaba atravesando y que temía que lo llevase a una recaída.

El modelo establece una serie de doce pasos y doce tradiciones que el enfermo ha de seguir para ser capaz de superar la adicción o la enfermedad, estos principios surgen de los campos de la medicina, la religión y la experiencia de los grupos a través del tiempo, tradicionalmente este programa es aplicado en el marco de reuniones de grupos de auto-apoyo de personas que comparten un mismo problema. A continuación presentamos una breve descripción de cada

uno de los doce pasos sugeridos por el programa para lograr la recuperación del alcohólico:

PRIMER PASO: *"Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables".* ¿A quien le gusta admitir la derrota total? La admisión de impotencia es el primer paso en el camino hacia la liberación, la relación que la humildad tiene con la sobriedad.

SEGUNDO PASO: *"Llegamos a creer que un Poder superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio".* No exige creencias, los doce pasos sólo son sugerencias en la búsqueda de un poder superior que ayude en su proceso de rehabilitación, convirtiéndose de esta manera el paso dos en el punto de partida hacia la cordura.

TERCER PASO: *"Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos".* El paso tres es como la apertura de una puerta cerrada, donde es necesario el esfuerzo personal y conformarse a la voluntad de Dios o del ser o poder superior que cada uno elija como apoyo.

CUARTO PASO: *"Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos".* Este paso es el comienzo de práctica para toda la vida, donde se hace el esfuerzo por descubrir debilidades, instintos desbocados, ventajas y desventajas que tiene, las cuales llegan a crear luz y confianza en la rehabilitación de cada individuo.

QUINTO PASO: *"Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos".* Este paso es difícil y necesario para la sobriedad y la paz de la mente ya que reduce el ego y

concientiza al individuo a un verdadero parentesco de él con Dios, se aprende humildad, se gana honestidad y realismo de uno mismo.

SEXTO Y SÉPTIMO PASO: *“Permitir a Dios liberar al individuo de todos sus defectos de carácter”*. Es para el individuo indispensable el esfuerzo por un objetivo y la perfección de su vida que va encaminada hacia la libertad del espíritu humano, dando paso a la razón de su existencia y de igual manera el trabajo con los demás.

OCTAVO Y NOVENO PASO: *“Reparar el daño causado a otras personas que rodean al individuo”*. Aprender a vivir con los demás, que éste reflexione, comprenda, acepte y obre de acuerdo a su crecimiento espiritual el cual va obteniendo en su proceso de rehabilitación.

DÉCIMO PASO: *“Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente”*. El auto examen se convierte en un hábito indispensable y sostenido, donde el individuo admite, acepta y corrige con paciencia y tolerancia sus defectos los cuales está dispuesto a moldear o cambiar, admitir, aceptar y corregir pacientemente los defectos.

UNDÉCIMO PASO: *“Buscar el contacto con Dios a través de la oración y meditación”*. Para el individuo es indispensable este contacto con el poder superior ya que debe buscar aferrarse a éste fundamento indestructible para lograr llevar una vida con valores, creencias y principios los cuales puede ir formando por medio del auto examen, convirtiendo éste en un apoyo cotidiano. La oración y la meditación son los conductos principales hacia el poder superior.

DUODÉCIMO PASO: *"Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar el mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos".* La entrega que no solicita recompensa, el amor que no tiene precio, en nuevo estado mental y del ser que se recibe como un don; la disponibilidad para recibir este don radica en la práctica de los doce pasos y los beneficios de ayudar a otros alcohólicos.

Como se muestra en estos doce pasos, los principios básicos de A.A., no sólo proceden en su mayor parte de los campos de la medicina y la religión, sino también de una consideración humanista basada en el hecho de que el hombre, ante una caída propia de las circunstancias de su propio devenir, puede resarcir su camino y reencaminarse hacia una terapia que le puede ofrecer una nueva oportunidad en la vida.

De acuerdo a lo anterior, este tratamiento se fundamenta primero en la dependencia a sustancias legales o ilegales la cual involucra una dimensión biológica y psico-social; por consiguiente al haber dependencia se crea una adicción tanto fisiológica como psicológica, trayendo de esta manera consecuencias funestas en la vida espiritual del individuo creando resentimiento, culpas, aislamiento y vacíos que lo llevan a no encontrar sentido a su vida, por último al individuo perder el control la abstinencia se convierte en exigencia para el proceso en el tratamiento y de esta manera lograr su recuperación en él como para la sociedad.

7.1.5.3. Modelo médico-psiquiátrico

Conocido de igual forma como sanitario, este modelo considera la dependencia de las drogas de carácter psiquiátrico, se basa en el uso de fármacos y sus intervenciones son similares a las que presentan desórdenes psiquiátricos,

usualmente comparten el mismo espacio físico, trabajan con actividades dirigidas para ambos casos.

El modelo psiquiátrico hace énfasis en la salud mental del sujeto, su enfoque primario es sanitario y se centra en la sustancia o sustancias consumidas como responsables primarias de la situación del consumidor. Se maneja el concepto de “enfermedad” y se centra en la estabilización del estado físico, a través de una desintoxicación, que por lo general se asiste con medicamentos de diferentes tipos. En algunos casos este modelo se complementa con intervenciones psicológicas, en particular del modelo de la psicología cognitivo-conductual y del aprendizaje social, con los cuales se busca cambiar las actitudes y creencias que lo llevaron a consumir y a mantener dicha conducta.

Dentro de estos enfoques se encuentran las intervenciones motivacionales, entrenamiento en auto-control, entrenamiento en habilidades (sociales, resolución de problemas, manejo de emociones, etc.), prevención de recaídas (manejo de disparadores de consumo, modelamiento), modificación de estilos de vida, terapias químicas aversivas (p.ej, naltrexona, disulfiram), exposición a medio ambientes controlados, entre otros. Se pueden encontrar enfoques psicológicos con énfasis sistémico en el que la intervención familiar, cobra mayor importancia y el enfoque psicodinámico. Estas intervenciones se realizan por lo general en el marco de una psicoterapia individual, familiar o grupal.

7.1.5.4. Modelo Teoterapéutico

La Teoterapia, como modalidad de tratamiento, tuvo origen en la mente del Rev. Dr. Mario E. Rivera Méndez en 1956 (Pto. Rico). Luego de haber estudiado psicología, aspectos de la medicina y teología, el Dr. Rivera vio la necesidad de integrar estos diversos campos del conocer humano para lograr una modalidad terapéutica que diese contestación a interrogantes acerca de

cómo ayudar a personas con serios conflictos emocionales. El resultado de esta integración interdisciplinaria fue la modalidad de consejería cristiana conocida como Teoterapia.

Desde sus comienzos hasta el presente, la Teoterapia ha crecido y continúa creciendo técnicamente y geográficamente. Al presente el Rev. Dr. Mark Rivera continúa el trabajo de estructurar teóricamente y enseñar estudios en esta modalidad. Miles de personas han recibido terapia bajo esta modalidad y un gran número ha sido educado para ser consejeros cristianos, habiendo así compartido directa o indirectamente los principios bíblicos terapéuticos. La Teoterapia es conocida en varios países incluyendo los Estados Unidos, Centro y Sur América, Inglaterra, Irlanda, España, Israel y Tailandia.

La Teoterapia es una modalidad de consejería cristiana que usa principios psicológicos bíblicos para llevar a cabo la integración del ser humano mediante una intervención espiritual, psicológica y física. Se considera una modalidad ecléctica en cuanto está abierta a recibir de las distintas escuelas de pensamiento psicológico aquello que sea útil y eficaz en ayudar en el proceso de sanidad al ser humano. Pero, todo pensamiento, principio, herramienta o técnica es evaluada a la luz de las Sagradas Escrituras (la Biblia Católica).

La Teoterapia puede considerarse como una psicoterapia en el sentido de que usa técnicas comúnmente usadas en psicoterapia como lo son: (1) el ofrecer sostén y tranquilidad, (2) desensitización de personas en necesidad (P.E.N.) a la angustia, (3) fomentar funcionamiento adaptativo, y (4) ofrecer entendimiento y perspicacia. Sin embargo, va mas allá de la conceptualización de una psicoterapia secular (siendo lo secular la exclusión de todo lo religioso, espiritual o cristiano) ya que pone énfasis en la vida espiritual del P.E.N. y la posibilidad de que existan influencias espirituales sobre la psique humana.

Al tener base cristiana, la Teoterapia asume por fe en la Palabra de Dios, una epistemología bíblica, una antropología con orígenes creacionistas y una ontología humana basada en última instancia, en Dios. Tanto la fuente teórica principal, la Biblia, como la guía del Espíritu Santo de Dios se consideran indispensables para la elaboración y estructuración teórico-práctico de la Teoterapia. En la Teoterapia el ser humano es considerado inadecuado como fuente principal de conocimiento terapéutico.

7.1.5.5. Otros modelos

a. Modelo Ambulatorio²⁵

En el caso de usuarios que luego de la evaluación inicial, no presentan condiciones de dependencia de sustancias sino de uso o abuso, con un adecuado apoyo familiar y social, sin patología mental asociada o no están en capacidad de tomar una decisión definitiva en relación con una intervención hospitalaria, se ofrece tratamiento ambulatorio. Este tratamiento se compone de intervenciones realizadas por profesionales especializados en farmacodependencia y en algunas ocasiones apoyados por exadictos formados para trabajar en la recuperación de adictos. El eje central de este tipo de tratamiento son las terapias de grupo, en las que la persona participa con los demás usuarios que están o han concluido el proceso intrahospitalario.

b. Modelo clínico²⁶

Este modelo articula la atención en la intervención de las áreas biológica, psicológica y social. La farmacodependencia como problema multicausal ha

²⁵ GARCÍA JURADO, A. "Modalidades de Intervención Terapéutica en Farmacodependencia" Compendio de Farmacodependencia y Alcoholismo, N° 15. Departamento de Toxicología. Ed. Hospital Universitario San Vicente de Paul. Medellín, 1994

permitido el desarrollo de diversas modalidades de intervención desde el área clínica. El método clínico posee una variada gama de enfoques para el abordaje terapéutico como la psicoterapia orientada psicoanalíticamente, la terapia de la conducta, la terapia humanista, el psicodrama, la psicofarmacología y las técnicas mixtas. En la década de los 80 el modelo de atención al fármacodependiente estaba conformado por dos grandes aspectos que pretendían:

- 1) Establecer contacto con el paciente para manejar la situación de urgencia médica.
- 2) Alcanzar el objetivo fundamental de la abstinencia.

c. Modelo basado en la medicina alternativa

El término "alternativo" aplicado al ámbito terapéutico se utiliza para hacer constar que se trata de un enfoque distinto al de la medicina convencional, también denominada ortodoxa o escolástica, que únicamente se ocupa de la parte física del ser humano y confina su psique al campo de la psiquiatría o la psicología sin tener en cuenta su dimensión espiritual. La medicina alternativa es un conjunto diverso de sistemas, prácticas y productos médicos y de atención de la salud que no se considera actualmente parte de la medicina convencional. Si bien existen algunos datos científicos contundentes sobre las terapias de la medicina alternativa, en general se trata de preguntas esenciales que aún deben responder mediante estudios científicos bien diseñados, preguntas por ejemplo sobre la seguridad y eficacia de estos medicamentos en relación a las enfermedades y condiciones médicas para las cuales se utilizan.

²⁶ CANTU, F.A. "Simposium sobre Adicciones", Cuernavaca, Morelos, México, junio de 1998.

7.2. MARCO JURÍDICO

En Colombia, según el Decreto 1108 de 1994, se encuentra prohibido el porte y consumo de estupefacientes; de igual forma, el consumo y venta de ciertas SPA de carácter legal como el tabaco y el alcohol se encuentran reguladas por la ley. Debido a que Colombia es un país en el cual la lucha contra el tráfico y consumo de estupefacientes y drogas ilegales se ha desarrollado de manera tajante desde la década del setenta, por tal razón la regulación en materia de uso y consumo de SPA, especialmente en niños, adolescentes y jóvenes, ha adquirido un matiz mucho más relevante por ser considerado este sector como vulnerable ante este tipo de sustancias.

7.2.1. Ley de Infancia y Adolescencia

El Nuevo Código de la Infancia y la Adolescencia²⁷ establece diferentes disposiciones para proteger a niños, niñas y adolescentes de diversas clases de problemáticas; la nueva normativa no solamente se queda en la tipificación de esas problemáticas, sino que a la vez procura medidas y procedimientos judiciales y administrativos para protegerlos y establecer políticas públicas de intervención.

En el caso de la fármacodependencia, que es lo que nos ocupa en este ejercicio investigativo, existe una serie de artículos en la presente ley que tienen que ver con el tema investigado, a continuación referenciaremos aquellos que aportan a la problemática investigada.

²⁷ CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1098 de 2006. Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia.

El artículo 44 de la Constitución Política²⁸ establece que los niños serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos; a su vez, el artículo 45 de la Carta²⁹ sostiene que el adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral.

Así pues, de gran importancia dentro del ordenamiento constitucional es el principio según el cual, como núcleo fundamental de la sociedad, la familia tiene que cumplir, junto con la sociedad y el Estado, deberes como los de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico integral y el ejercicio pleno de todos sus derechos fundamentales prevalentes. De acuerdo con ello, la unidad familiar es y debe ser presupuesto indispensable para la efectividad de los derechos constitucionales prevalentes de los niños.

El Artículo 19 de la Convención de los Derechos del Niño³⁰ establece que los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo. Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento

²⁸ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. Artículo 44: Derechos fundamentales de los niños. (En Internet) www.secretariassenado.gov.co/leyes/CONS_P91.HTM

²⁹ Ibid. Artículo 45: Derecho a la protección y a la formación integral del adolescente.

³⁰ NACIONES UNIDAS. Convención sobre los Derechos del Niño. Artículo 19. (En Internet) http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/k2crc_sp.htm

y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial.

Según el numeral 3 del artículo 20 del Código de la Infancia y la Adolescencia³¹, los niños, las niñas y los adolescentes serán protegidos contra: el consumo de tabaco, SPA, estupefacientes o alcohólicas y la utilización, el reclutamiento o la oferta de menores en actividades de promoción, producción, recolección, tráfico, distribución y comercialización. El mencionado precepto encuentra complementariedad en el artículo 27³² titulado (Derecho a la salud), según el cual, todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral.

La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no sólo la ausencia de enfermedad. Ningún hospital, clínica, centro de salud y demás entidades dedicada a la prestación de salud, sean públicas o privadas podrán abstenerse de atender a un niño, niña y adolescente que requiera atención en salud.

De otro lado, como obligaciones complementarias de las instituciones educativas se encuentra que los directivos y docentes de los establecimientos académicos y la comunidad educativa en general pondrán en marcha mecanismos para prevenir el tráfico y consumo de todo tipo de SPA que producen dependencia dentro de las instituciones educativas y solicitar a las autoridades competentes acciones efectivas contra el tráfico, venta y consumo alrededor de las instituciones educativas.

Dicha obligación se convierte a su vez en una responsabilidad especial de los Medios de Comunicación, los cuales han de abstenerse de transmitir por

³¹ CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Op. Cit. Artículo 20.

televisión, publicidad de cigarrillos y alcohol en horarios catalogados como franja infantil por el organismo competente.

De igual forma, se estipula que las autoridades competentes para el Restablecimiento de los derechos de los niños, las niñas y los Adolescentes, entre ellas, la Policía Nacional, deberá adelantar labores de vigilancia e impedir el ingreso de los niños, las niñas y los adolescentes a los lugares de diversión destinados al consumo de bebidas alcohólicas y cigarrillos y hacer cumplir la prohibición de venta de estos productos; también le compete realizar labores de inteligencia para combatir las redes dedicadas a la producción, tráfico o comercialización de sustancias psicoactivas ilegales que produzcan dependencia a la distribución y comercialización de pornografía infantil a través de Internet o cualquier otro medio, al tráfico o explotación sexual de niños, niñas y adolescentes o cualquier otra actividad que atente contra sus derechos.

7.2.2. Ley 30 de 1986

La Ley 30 de 1986³³ es la normativa por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes. En esta disposición jurídica se consideran términos tales como: droga, estupefacientes, medicamento, psicotrópicos, abuso, dependencia psicológica, adicción o drogadicción, dosis terapéutica, dosis para uso personal, precursor, prevención, tratamiento, rehabilitación, plantación y cultivo. Con la definición de tales términos, se adquiere un marco conceptual desde lo jurídico que sustenta las diferentes consideraciones tenidas en cuenta en esta investigación.

³² Ibid. Artículo 27.

³³ LEY 30 DE 1986. Por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes y se dictan otras disposiciones. (En Internet)
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=2774>

Por otro lado, en el capítulo 2 de la mencionada ley³⁴, se señalan las diferentes campañas de Prevención y Programas Educativos que cualquier entidad tanto pública como privada perteneciente al Ministerio de Salud (hoy Ministerio de la Protección Social), Ministerio de Comunicación, Ministerio de Educación en el territorio nacional colombiano, están obligadas a realizar, dirigidos a la lucha contra la producción, tráfico y consumo de drogas que produzcan dependencia.

Respecto al tratamiento y rehabilitación, se especifica claramente la reglamentación de establecimientos públicos y privados, los cuales deben dirigirse a programas de prevención, tratamiento y rehabilitación que estarán sometidas a autorización e inspección del Ministerio de Salud³⁵.

7.2.3. Resolución 1315 de 2006

En esta resolución³⁶, impartida por el Ministerio de Protección Social de la República de Colombia, se definen las condiciones de rehabilitación para los Centros de Atención en Drogadicción y servicios de fármacodependencia. Esta normativa tiene por objeto regular la calidad de los servicios de salud, en los componentes de tratamiento y rehabilitación, que prestan los Centros de Atención en Drogadicción (CAD) y los servicios de fármacodependencia, para lo cual deberán cumplir con las condiciones de habilitación establecidas en la misma.

Tal disposición es de gran relevancia para este estudio puesto que fija un referente institucional para los diferentes establecimientos dedicados al tratamiento de individuos con problemáticas de fármacodependencia; en el caso

³⁴ Ibid.

³⁵ Ibid. Artículos 84, 85 y 86.

³⁶ RESOLUCIÓN 1315 DE 2006. Por la cual se definen las Condiciones de Habilitación para los Centros de Atención en Drogadicción y servicios de Farmacodependencia, y se dictan otras disposiciones. (En Internet) <http://www.valledelcauca.gov.co/salud/descargar.php?id=790>

que aquí nos atañe, la Comunidad Terapéutica Las Palmas del municipio de Envigado y al Colectivo Aquí y Ahora.

Es por ello que se agrega en tal disposición que las entidades destinadas exclusivamente a brindar albergue y/o alimentación a personas con adicción a SPA, tratamiento o rehabilitación, no les serán aplicables las disposiciones contenidas en dicha resolución. Por otro lado, las instituciones que ofrezcan programas de tratamiento y rehabilitación de personas con adicción a SPA, cualquiera que sea su naturaleza jurídica u objeto social, deberán cumplir con las condiciones de habilitación establecidas en relación con los respectivos servicios ofrecidos.

En esta resolución también se hace una completa clasificación de los Centros de Atención en Drogadicción, los cuales pueden ser ambulatorios o residenciales y contarán con condiciones específicas para su habilitación:

- CAD Modalidad de tratamiento ambulatorio: Son todos aquellos Centros que desarrollan su Modelo o Enfoque de Atención sin ofrecer servicio de alojamiento nocturno a sus usuarios.
- CAD Modalidad de tratamiento residencial: Son todos aquellos Centros que brindan como parte de su Modelo o Enfoque de Atención alojamiento nocturno a sus usuarios.

Se dispone además que para realizar el proceso de atención será necesario que el Centro de Atención en Fármacodependencia haya informado al usuario sobre el tipo de tratamiento ofrecido por la institución, incluyendo los riesgos y beneficios de este tipo de atención, las alternativas de otros tratamientos, la

eficacia del tratamiento ofrecido, las restricciones establecidas durante el proceso de atención y toda aquella información relevante para el usuario, debiendo utilizarse un lenguaje claro y sencillo y dejando constancia en la historia clínica del paciente o en el historial del usuario, quien con su firma autógrafa o huella dactilar declarará que comprendió la información entregada y que aceptó ser atendido bajo este programa de tratamiento, sin embargo, el usuario podrá revocar en cualquier momento su consentimiento.

Respecto de los usuarios del Centro de Atención en Fármacodependencia que se encuentren bajo medida de seguridad o de protección o rehabilitación, si se trata de un menor de edad, el consentimiento lo debe autorizar la entidad bajo la cual se encuentra institucionalizado o el representante legal o el defensor de familia, según sea el caso.

En los casos en los cuales la condición mental del paciente no le permita expresar su consentimiento o que se trate de un menor de edad, el consentimiento podrá ser dado por los padres legítimos o adoptivos, el cónyuge o compañero (a) permanente, los parientes consanguíneos en línea directa o colateral hasta el tercer grado o su representante legal, según el caso.

8. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

8.1. DIARIOS DE CAMPO

A continuación se describe y analiza las observaciones realizadas, tanto de la Comunidad Terapéutica Las Palmas del municipio de Envigado como en el Colectivo Aquí y Ahora de la ciudad de Bogotá. En dicho análisis queda plasmada no sólo las observaciones, sino también el material fotográfico conseguido en cada una de esas instituciones.

8.1.1. Análisis de la Visita al Centro Residencial Comunidad Terapéutica de Las Palmas de Envigado

El 14 de septiembre de 2007 se realizó la visita al centro residencial Comunidad Terapéutica Las Palmas de Envigado con el fin de realizar una observación directa del modelo utilizado en la Comunidad, su planta física, los residentes, y por ende su personal especializado.



La llegada fue a las 8 a.m., fuimos recibidos por la psicóloga encargada Marleny Posada quien nos permitió visitar los alrededores y ambientarnos tanto con las

personas que se encuentran recibiendo tratamiento como con los demás integrantes del grupo profesional, los cuales están compuestos por la psicóloga, las trabajadoras sociales, los terapeutas, el psiquiatra quien es facilitado por el Centro de Salud Mental de Envigado.

Los residentes de género masculino que se encuentran en la comunidad terapéutica están en edades comprendidas de 12 hasta 50 años aproximadamente, el tratamiento es general. Se puede visualizar dos bloques compuestos por cuartos, duchas, cocina, y una amplia zona de esparcimiento, animales al cuidado de estos. En general el ambiente logístico se observa bien coordinado por la Comunidad.



Los residentes son personas de diferentes estratos sociales y culturales, los cuales son llevados a una realidad objetiva que es su problemática adictiva; la convivencia de estas personas es difícil, por ello la comunidad trata de contextualizarlos de manera tal que ellos acepten su propia realidad y aprenda a socializarse con los diferentes individuos en esta misma problemática.

La manera ha proceder de los terapeutas desde una visión psicológica se podría describir como conductista, explicado esto desde la teoría de Bandura donde considera a la *personalidad* como una interacción entre tres "cosas": el ambiente, el comportamiento y los procesos psicológicos de la persona. Estos procesos consisten en nuestra habilidad para abrigar *imágenes* en nuestra mente y en el lenguaje. Desde el momento en que introduce la imaginación en particular, deja de ser un conductista estricto y empieza a acercarse a los cognocivistas.

Bandura llevó a cabo un largo número de variaciones sobre el estudio en cuestión: el modelo era recompensado o castigado de diversas formas de diferentes maneras; el modelo se cambiaba por otro menos atractivo o menos prestigioso y así sucesivamente. Todas estas variantes permitieron a Bandura a establecer que existen ciertos pasos envueltos en el proceso de modelado:

1. Atención: Si vas a aprender algo, necesitas estar prestando atención. De la misma manera, todo aquello que suponga un freno a la atención, resultará en un detrimento del aprendizaje, incluyendo el aprendizaje por observación. Si por ejemplo, estás adormilado, drogado, enfermo, nervioso o incluso "hiper", aprenderás menos bien. Igualmente ocurre si estás distraído por un estímulo competitivo. Alguna de las cosas que influye sobre la atención tiene que ver con las propiedades del modelo. Si el modelo es colorido y dramático, por ejemplo, prestamos más atención. Si el modelo es atractivo o prestigioso o parece ser particularmente competente, prestaremos más atención. Y si el modelo se parece más a nosotros, prestaremos más atención.
2. Retención: Debemos ser capaces de retener (recordar) aquello a lo que le hemos prestado atención. Aquí es donde la imaginación y el lenguaje entran en juego: guardamos lo que hemos visto hacer al modelo en forma de imágenes mentales o descripciones verbales. Una vez "archivados",

podemos hacer resurgir la imagen o descripción de manera que podamos reproducirlas con nuestro propio comportamiento.

3. Reproducción: En este punto, estamos ahí soñando despiertos. Debemos traducir las imágenes o descripciones al comportamiento actual. Por tanto, lo primero de lo que debemos ser capaces es de reproducir el comportamiento. Puedo pasarme todo un día viendo a un patinador olímpico haciendo su trabajo y no poder ser capaz de reproducir sus saltos, ya que ¡no sé patinar!. Por otra parte, si pudiera patinar, mi demostración de hecho mejoraría si observo a patinadores mejores que yo. Otra cuestión importante con respecto a la reproducción es que nuestra habilidad para imitar mejora con la práctica de los comportamientos envueltos en la tarea. Y otra cosa más: nuestras habilidades mejoran ¡aún con el solo hecho de imaginarnos haciendo el comportamiento!. Muchos atletas, por ejemplo, se imaginan el acto que van a hacer antes de llevarlo a cabo.
4. Motivación: Aún con todo esto, todavía no haremos nada a menos que estemos motivados a imitar; es decir, a menos que tengamos buenas razones para hacerlo. Bandura menciona un número de motivos:
 - Refuerzo pasado, como el conductismo tradicional o clásico.
 - Refuerzos prometidos, (incentivos) que podamos imaginar.
 - Refuerzo vicario, la posibilidad de percibir y recuperar el modelo como reforzador.

Nótese que estos motivos han sido tradicionalmente considerados como aquellas cosas que "causan" el aprendizaje. Bandura nos dice que éstos no son tan causantes como muestras de lo que hemos aprendido. Es decir, él los considera más como motivos.

Por supuesto que las motivaciones negativas también existen, dándonos motivos para no imitar:

- Castigo pasado.
- Castigo prometido (amenazas).
- Castigo vicario.

Como la mayoría de los conductistas clásicos, Bandura también opina que el castigo en sus diferentes formas no funciona tan bien como el refuerzo y, de hecho, tiene la tendencia a volverse contra nosotros.

Autorregulación:

1. Auto-observación: Nos vemos a nosotros mismos, nuestro comportamiento y cogemos pistas de ello.
2. Juicio: Comparamos lo que vemos con un estándar. Por ejemplo, podemos comparar nuestros actos con otros tradicionalmente establecidos, tales como "reglas de etiqueta". O podemos crear algunos nuevos, como "leeré un libro a la semana". O podemos competir con otros, o con nosotros mismos.
3. Auto-respuesta: Si hemos salido bien en la comparación con nuestro estándar, nos damos respuestas de recompensa a nosotros mismos. Si no salimos bien parados, nos daremos auto-respuestas de castigo. Estas auto-respuestas pueden ir desde el extremo más obvio (decirnos algo malo o trabajar hasta tarde), hasta el otro más encubierto (sentimientos de orgullo o vergüenza).

Notamos que los conductistas generalmente consideran el refuerzo como efectivo y al castigo como algo lleno de problemas. Lo mismo ocurre con el auto-castigo. Bandura ve tres resultados posibles del excesivo auto-castigo:

- Compensación: Por ejemplo, un complejo de superioridad y delirios de grandeza.
- Inactividad: Apatía, aburrimiento, depresión.
- Escape: Drogas y alcohol, fantasías televisivas o incluso el escape más radical, el suicidio.

Lo anterior tiene cierta semejanza con las personalidades insanas de las que hablaban Adler y Horney; el tipo agresivo, el tipo sumiso y el tipo evitativo respectivamente.



8.1.2. Análisis de la Visita Colectivo Aquí y Ahora

El día 21 de septiembre se realizó la visita a las instalaciones de la Fundación Colectivo Aquí y Ahora mixta.

Ésta empezó a las 7:30 a.m. en la sede ubicada en la ciudad de Bogotá D.C. La cual inició con un staff terapéutico que se realiza los días lunes para hacer la evaluación semanal y el programa a desarrollar con los usuarios internos en Facatativá. A dicho staff asisten profesionales como el psicólogo especialista en

el área familiar, encargado de realizar el trabajo con las familias de los usuarios desde la orientación sistémica, tres psicólogos especializados en Logoterapia quienes realizan el trabajo individual con los usuarios de la Institución, un pedagogo reeducador que se encarga del acompañamiento de la casa en toda su parte disciplinaria y un adicto en recuperación.

En esta reunión se hace una presentación y estudio de cada caso y de los logros cumplidos durante la semana por cada uno de los usuarios, promoviéndolos o no a la siguiente fase del tratamiento que en su totalidad consta de doce fases, con una duración semanal de cada una de ellas. También se hace una descripción de la dinámica familiar y de los logros realizados por las familias dependiendo de la fase del tratamiento en la que se encuentre el usuario. Se abordan las experiencias vividas por el paciente en su casa durante el fin de semana y de los resultados obtenidos por éste durante su estadía en el hogar.



Desde allí se retoma lo que será el trabajo semanal de cada uno de los ellos y de la familia, teniendo como punto de partida lo que fueron las dificultades que

se manifestaron por fuera de la institución, puesto que los usuarios tienen salida desde los viernes hasta el domingo en la noche hacia su núcleo familiar. En esta reunión también se estudió el caso de una persona reincidente durante el tratamiento la cual estaba pidiendo un reingreso a la institución para retomar nuevamente su plan de tratamiento; en la reunión determinaron las pautas a seguir con este usuario en particular: aislamiento total del grupo, silencio absoluto, trabajo individual sobre su recaída, trabajo individual sobre causas y consecuencias sobre la recaída del usuario.

Se determinaron todas las ayudas terapéuticas como:

- Incapacitar: Consiste en tapar los ojos a un paciente y amarrarle una mano para que éste tenga que depender de todo el grupo para la realización de su trabajo semanal en la institución.
- Cambiar todo su vestuario y comportamiento durante la semana en el cumplimiento de su fase.

Después de hacer toda la revisión respectiva de cada uno de los casos y teniendo claro el trabajo a realizar con cada uno de los usuarios finaliza la reunión y una parte del grupo se dirige hacia la sede en Facatativá, los demás permanecen en su sede de Bogotá prestando atención a las entrevistas de posibles usuarios, así mismo al seguimiento de las personas que se encuentran en su fase de plan soporte que consiste en un acompañamiento de los profesionales hacia el usuario ya en su vida cotidiana en la calle.

Se inicia el viaje hacia Facatativá a las 10:30 a.m., llegando allí aproximadamente a las 11:15 a.m. La sede es campestre y está aislada de cualquier tipo de contacto con la comunidad. La casa cuenta con todos los recursos y las comodidades necesarias para el alojamiento de 10 usuarios, es acogedora, limpia, ordenada y en buenas condiciones. En su interior se

encuentran tres alcobas dotadas cada una de ellas con baño y clóset; un salón de estudio, sala de televisión, comedor, sala, cocina, gimnasio, salón de trabajo terapéutico y zonas verdes a su alrededor.



A la llegada hizo el recibimiento el terapeuta encargado que pernotaba acompañando a los siete usuarios que se encontraban internos en la Institución. Luego se da inicio a una reunión de experiencias educativas, en la que participan los siete usuarios y dos terapeutas que revisan los logros de la semana con cada uno de ellos, colocando a éstos las ayudas dispuestas como las descritas anteriormente en la reunión de Bogotá.

También se realiza la promoción a las siguientes fases dentro del tablero de control que esta expuesto para todos los usuarios y allí se determina cada uno en qué fase va. En esta reunión también se realizan las frases de sentido de vida, la realización de las labores, el funcionamiento de la casa y todas las expectativas de los usuarios para la semana. Al cierre de la reunión se reza la oración de La Serenidad y los usuarios con ayudas se dirigen a darles inicio, para lo cual el grupo colabora con todo lo necesario para cumplir las ayudas.



Hacia las 12:30 p.m. el grupo se prepara para el almuerzo que es servido por los usuarios a quienes se les encomendó esta labor. Durante el almuerzo se da respeto, orden y en general, un comportamiento adecuado de cada uno de los usuarios, ya que está reglamentado dentro de la Institución el uso estricto de las normas de cortesía, Los alimentos consumidos en la Institución son balanceados y con alto contenido nutricional.

Después del almuerzo los usuarios tienen un descanso de 30 minutos, tiempo que destinan al dialogo y a fumar quienes lo deseen. Posteriormente se da inicio a la realización de carteleras, preparación de charlas, composiciones escritas asumido con responsabilidad y compromiso por cada uno de ellos y los terapeutas de turno empiezan a llamar a cada uno de los usuarios para su trabajo terapéutico individual.

Hacia las 3:30 p.m. se reúne todo el grupo en el salón de trabajo terapéutico, inician con la oración de La Serenidad y luego proceden a exponer parte del trabajo de ellos mismos como máscaras, grafitos, cartelitas, etc. Allí se hace la exposición de experiencias y realizan ciertas prácticas terapéuticas ya determinadas dentro del staff, cada uno de los usuarios hace la exposición del trabajo realizado, manifestando ante el grupo cuales considera que fueron las fallas que lo llevaron a la recaída, exponen todo su proceso de recaída y el grupo hace una retroalimentación frente a la exposición del usuario.



En la segunda parte, el grupo utiliza una ayuda terapéutica llamada "La Jaula"; esta consiste en que el grupo hace un círculo y uno de sus integrantes queda en el centro, quien debe tratar de salir de éste de todas las maneras posibles; aquí se la muestra al participante elegido con anterioridad por el grupo de staff todas las formas a las cuales recurre para justificar sus comportamientos y conductas adictivas. De esta experiencia también el grupo hace una retroalimentación y se le indican las fallas que vivió en la experiencia.

Por último, un nuevo usuario expone sobre el uso de drogas en su vida, de cómo ha vivido esta experiencia, cuáles expectativas tiene él frente al tratamiento y el usuario es orientado por el grupo y se le despejan todas las dudas que tenga frente a su tratamiento y el consumo de drogas.

El grupo termina hacia las 5:00 p.m. y también ahí finaliza la jornada de los terapeutas, quienes permiten un descanso a los usuarios de la casa, se dan algunas indicaciones, se deja al grupo en Grupo de Doce Pasos y el staff se retira hacia la ciudad de Bogotá, quedando uno de los terapeutas en la institución para pernoctar con los usuarios.

8.2. DEFINICIÓN DE CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Una vez realizado el respectivo trabajo de campo, tanto en la Comunidad Terapéutica Las Palmas del municipio de Envigado, así como en el Colectivo Aquí y Ahora de la ciudad de Bogotá D.C., se identificaron en este proceso las diferentes categorías de análisis, las cuales se convierten en los ejes conceptuales sobre los cuales, no sólo se hace una profundización teórico-práctica de la problemática de investigación, sino que a la vez se parte de dichas categorías para la elaboración de la propuesta logoterapéutica que se pretende implementar con los adolescentes con problemas de fármacodependencia.

8.2.1. Comunidad Terapéutica

Se define Comunidad Terapéutica como un programa altamente estructurado y pensado para tratar los aspectos emocionales, conductuales, familiares, éticos, morales, legales, laborales, sociales y de aprendizaje; enfatizándose en la contención y abstinencia de SPA, autoayuda y crecimiento personal, brindado

por el equipo interdisciplinario especializado en fármacodependencia. Las personas que se tratan en una Comunidad Terapéutica se denominan residentes, por lo que se encuentran internos y asumen un tratamiento de tipo no ambulatorio.

Por otro lado, Comunidad es un periodo de convivencia entre los residentes que han demostrado una fuerte motivación para continuar su rehabilitación, esta convivencia ofrece al interno la posibilidad de realizar un trabajo de reconocimiento personal, basándose en el protagonismo de cada uno, reforzado por la ayuda del grupo, convirtiéndose de esta manera en una etapa de maduración, la cual va dirigida a cambiar los pre-supuestos sobre los que se organiza la vida del adicto y proponerle recomponer sus valores, asumiendo así un mejor concepto de sí mismo y de las demás personas, predisponerlo al logro de su realización plena.

Así pues, la Comunidad Terapéutica es una micro - estructura en función del crecimiento responsable, donde el residente ha de colaborar en un esfuerzo colectivo que exige la máxima aportación de cada uno; en esta etapa se desarrolla un trabajo terapéutico centrado en tres áreas fundamentales: en primer lugar el comportamiento, el cual es manejado con un sistema de horarios de trabajo y de roles, donde el residente asume paulatinamente distintos grados de responsabilidades; seguido de la historia personal que comprende diferentes grupos terapéuticos donde se pretende que el residente entienda el modo en que su pasado ha influido en sus problemas y comportamiento actual, al mismo tiempo creando una nueva alternativa de vida más positiva; por último los sentimientos, estos conllevan a diferenciar sus propias reacciones instintivas ligadas (sentimientos - pensamientos), para que así la persona tenga un reconocimiento de sí mismo, siendo esto de gran importancia a la hora de trabajar con los demás.

De acuerdo a la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas³⁷ en toda Comunidad Terapéutica se deben tomar en cuenta los derechos humanos, la filosofía y metas del programa, la estructura comunitaria, el equipo interdisciplinario y de igual forma a los residentes que son el eje central de estas instituciones.

La Comunidad Terapéutica realiza un proceso llamado tratamiento, el cual es desarrollado por ciclos, con un momento de entrada y uno de salida que finaliza con la terminación del tratamiento llamado reinserción, lo que quiere decir que es un paso de la Comunidad a la sociedad donde surge la adaptación y el mantenimiento del no consumo.

El funcionamiento de toda la Comunidad Terapéutica está basado en ciclos, su primer ciclo muestra los principios rectores de la Comunidad Terapéutica, en primer lugar encontramos sensibilizar, el cual acoge e informa el objetivo inicial cuando el residente hace su ingreso, éste hace su propio análisis y es quien toma la decisión final; en este proceso el futuro residente no es tomado como cliente persuadido por el profesional que lo atiende, por el contrario es tratado con respeto, dignidad y libertad.

En la Comunidad Terapéutica se apunta a que el residente en su proceso de rehabilitación participe de diferentes actividades de manera individual, grupal y ocupacional; actividades orientadas a fortalecer estilos de vida saludables, favoreciendo de este modo las relaciones a nivel personal, familiar y social.

³⁷ FALCT. En Internet: <http://www.flact.net/> (Fecha de consulta: 5 de enero de 2008).

Usualmente, el equipo interdisciplinario se conforma por director, coordinador, psicólogos y trabajadora social; el grupo es el encargado de autorizar la entrada del residente a la Comunidad Terapéutica, en la cual la persona que desea ingresar debe cumplir con los requisitos estipulados por ésta. Dicho equipo resulta fundamental para la rehabilitación de los residentes, pues sólo a través de un trabajo organizado y sistemático que desarrolle e implemente estrategias de acción convincentes, pero sobre todo fundadas en aspectos científicos, este equipo interdisciplinario puede ejercer una verdadera influencia positiva sobre los que allí residen.

8.2.2. Fármacodependencia

Para definir la fármacodependencia es necesario clasificar los conceptos que se tienen por fármaco y dependencia con sus características más relevantes las cuales se explicarán a continuación:

El término Fármaco se refiere a toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de las funciones de éste; la fármacodependencia, según la Organización Mundial de la Salud, con el fin de reemplazar los términos de adicción, abuso y habituación, la define como un estado físico y a veces psíquico resultante de la interacción entre un organismo vivo y un fármaco; se caracteriza por modificaciones del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprímible a tomar el fármaco en forma continua o periódica, con el fin de experimentar sus efectos o evitar el malestar producido por su privación.

Desde tiempos remotos, el ser humano ha hecho uso de ciertas drogas con fines religiosos, médicos o ceremoniales; en el transcurso del tiempo estas prácticas se ha diversificado y se han extendido a grandes sectores de la salud mundial convirtiéndose así en una grave problemática social; desde el enfoque

médico, la fármacodependencia se considera un fenómeno multicausal complejo en su desarrollo y de difícil solución.

El consumo de SPA en el fármacodependiente le genera cambios físicos y psicológicos concibiendo en él nuevas conductas: en primer lugar aparece la habituación, se designa como una dependencia de tipo psicológico, la cual se caracteriza por el uso compulsivo de una droga o fármaco sin desarrollar dependencia física, donde no aparecen alteraciones fisiológicas al suspender bruscamente la SPA o fármaco, pero sí se siente la necesidad de tomarla para experimentar los efectos y olvidar los problemas de la vida cotidiana; seguidamente encontramos la adicción, la cual es referida a la dependencia de tipo físico y aparece como fase sub-secuente a la habituación, es un estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos moderados o intensos cuando falta la SPA o fármaco, el organismo se ha acostumbrado a ésta y la necesita para vivir; luego aparece la tolerancia, término que se refiere a la adaptación del organismo a los efectos de la SPA, situación que genera la necesidad de aumentar paulatinamente las dosis de SPA o fármaco para seguir obteniendo resultados de la misma o mayor magnitud; y por último el síndrome de abstinencia, siendo este el conjunto de trastornos fisiológicos que se presentan al suspender abruptamente la ingestión de una SPA o fármaco cuando ya existe adicción o dependencia física.

Con base a lo anteriormente expuesto se clasifican los tipos de usuarios en el consumo de SPA o fármacos, aparecen entonces los experimentadores quienes consumen algún tipo de SPA o fármaco por curiosidad, esto podría darse por presión de grupo o problemas psicológicos individuales; los usuarios sociales consumen SPA o fármacos solamente cuando están en grupo, tienen como finalidad pertenecer al grupo o simple rebelión contra las normas sociales establecidas; los usuarios funcionales son aquellos que necesitan usar SPA o

fármacos para desempeñar sus funciones sociales, son personas que han creado dependencia tal a la SPA o fármaco que no pueden realizar ninguna actividad si no la consumen, sin embargo a pesar de su dependencia siguen funcionando en la sociedad; por último los usuarios disfuncionales, son personas que han dejado de funcionar en la sociedad, toda su vida gira en torno a las SPA o fármacos y su actividad entera la dedican a conseguirla y consumirla.

Es difícil abarcar una definición exacta del tratamiento de la fármacodependencia, ya que el marco que constituyen todos los tipos de adicciones es tan amplio y complejo, que es imposible que pueda existir una estrategia básica que se emplee contra las mismas. La mayor parte de los individuos que deciden realizar un intento para dejar el consumo de SPA, han realizado otros intentos, bien por sí mismos o con ayuda, llegan a los programas con deseos de salir de las situaciones problema y del consumo, pero en la mayor parte de los casos su predisposición frente al consumo en general de drogas sigue siendo positiva.

Ahora bien, desde una perspectiva psicosocial y sociocultural, la fármacodependencia conlleva una serie de efectos de carácter colateral que afectan el propio tejido de la sociedad; así por ejemplo, el fármacodependiente influye en la sociedad en el sentido en que desdibuja la imagen comportamental de la comunidad; la fármacodependencia es vista por la sociedad misma como un componente amorfo de esa comunidad humana, de ahí se desprende que la sociedad, en términos generales rechace al adicto, lo aparte de sus actividades cotidianas, lo vea como a un sujeto que por su propia voluntad ha querido hacerse a un lado del grupo social.

Por otro lado, se parte de que la fármacodependencia es una consecuencia de la sociedad en crisis y no su causa. La fármacodependencia aparece en el seno de la comunidad, mas no en cualquier comunidad. Una sociedad que fomenta un consumismo desmedido, donde la posibilidad de establecer, vínculos de solidaridad y respeto no se dé, será una sociedad altamente susceptible a la presencia de tal fenómeno; situación claramente vivenciada en el mundo capitalista, tanto industrial como periférico, pues esta es una situación que no es propio de un determinado nivel social, sino de la sociedad en general.

Como puede verse, de sus efectos místicos y trascendentes, las drogas se han convertido en objeto de diversión y de escape, produciendo graves daños en la salud de los consumidores, lo que, a su vez, representa la destinación de altos presupuestos estatales a la atención del problema. De ser un elemento de obtención natural, la droga se ha convertido en una mercancía de gran valor que se mueve en el mercado ilegal corrompiendo gobiernos, instituciones y familias. De sus efectos paliativos, ha pasado a ser un arma destructora que es responsable cada año de más muertes que las ocurridas por todas las tragedias naturales juntas.

8.2.3. Modelo de Intervención

Se puede decir que un modelo de intervención es el programa objetivo construido para intervenir en una problemática específica, en este caso las Comunidades Terapéuticas son quienes desde la visión holística trabajan con diversos enfoques, los cuales hacen parte de la estructura del programa de tratamiento.

El modelo es, por tanto, un patrón que por su capacidad de representación de una realidad se debe seguir o imitar para la solución de un problema. La

intervención es el asunto en sí, con una serie de acciones y estrategias utilizadas, las cuales van encaminadas a resolver un problema.

En cualquier caso, se debe disponer de un modelo de intervención que permita evaluar las necesidades de los pacientes y de su proceso real de cambio, poder decidir qué tipo de técnicas y procedimientos psicoterapéuticos pueden utilizarse en cada caso particular y optar por las líneas de actuación más adecuadas. Por ejemplo, los programas de tratamiento que han demostrado ser efectivos en el abuso y la dependencia a drogas se corresponden fundamentalmente con terapias de orientación cognitivo-conductual. Se han validado terapias para la dependencia al alcohol, para la dependencia a la nicotina, para la dependencia a las benzodiacepinas, para la dependencia a la heroína y para la dependencia a la cocaína. Además de la validación de tratamientos efectivos en los trastornos por consumo de sustancias, una de las líneas de investigación sobre psicoterapia en conductas adictivas más prometedoras en los últimos años, ha sido el desarrollo de los modelos de cambio. La integración de terapias validadas en estos modelos puede aumentar la eficiencia de los tratamientos.

Sin embargo, los modelos de intervención de tipo conductista no son los únicos existentes, ni mucho menos son los más apropiadas para todos los casos; existen modelos de intervención desarrollados desde un enfoque humanista, los cuales le permiten a pacientes e interventores un mayor acercamiento entre sí, lo que hace más humano el proceso y menos traumático para los participantes del mismo.

La problemática de la fármacodependencia demanda, por tanto, hoy en día, desde la perspectiva humanista, un modelo de intervención basado en pilares fundamentales tales como la libertad de la voluntad, la voluntad de sentido y el

sentido de la vida, en donde el paciente sea partícipe de su propio proceso de intervención y en donde la terapia se resignifique como contenido humano que se haga vivencial en la sociedad. En otras palabras, según Frankl, el modelo de intervención logoterapéutico establece las líneas por las que las personas inicien la búsqueda de un sentido que otorgue a su vida un verdadero significado.

8.2.4. Adolescencia

Según la Ley 1098 de Noviembre 08 del 2006³⁸, se define la adolescencia como un intervalo de edad de 12 a 18 años y es sujeto de derechos y deberes. En cambio es más amplia la definición que dan las ciencias del comportamiento psicología, ciencias sociales, medicina, y otras. Para estas disciplinas, la adolescencia se caracteriza por el inicio de un periodo en el que el sujeto empieza a desarrollarse tanto biológica como psicológicamente; el adolescente emprende con la racionalización del mundo que los rodea y de las persona que más cerca están de él. Es un periodo, por tanto, en el que todas las transformaciones físicas, emocionales, cognoscitivas y sociales causan en el adolescente menor, una violenta sacudida emocional.

Por lo general, la adolescencia en sí es un periodo paradigmático y difícil, y si a esto se le suman dificultades relacionadas con la fármacodependencia, esta etapa se hace más problemática aún. Podemos decir, por tanto, que la adolescencia es una etapa del desarrollo humano que debe interpretarse en términos biopsicoevolutivos y que comprende edades entre los 12 y los 18 años de edad; así pues la adolescencia es una etapa en la cual se efectúan una serie de cambios no sólo desde el punto de vista biológico (aumento de peso, talla y

³⁸ CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Op. Cit.

secreciones hormonales) sino que se extiende a esferas psíquicas, sociales, intelectuales y sexuales.

Ahora bien, se sabe que la adicción es un modo conflictivo de descarga de la angustia. Tiene que ver con una fijación en la fase oral. Las particularidades que caracterizan al adicto son baja tolerancia a la tensión, tendencia a buscar eliminar el displacer y exigencia del placer ya. Se puede ver que éstas, no sólo son características del adicto, sino también del adolescente porque es el más vulnerable y en esta etapa tiene estas características psicológicas. Los adolescentes recurren a las drogas por varias razones: para compensar el estrés que les genera su etapa vital, para lograr su integración social en un grupo de pares o para la realización alucinatoria de su deseo reprimido. En definitiva, es una tentativa de desligarse de la realidad que le resulta insoportable.

8.2.5. Adaptación

La categoría de adaptación la podemos definir como un proceso de modificación o acondicionamiento a un fenómeno existente con nuevas habituaciones, las cuales mejoran en la gran mayoría las posibilidades de lo que será modificado o adaptado.

Desde una perspectiva psico-biológica, la adaptación es por tanto un proceso, que puede ser tanto fisiológico como comportamental, que le permite a un individuo determinado (de cualquier especie), desarrollar una serie de condiciones que le permitan satisfacer cierto tipo de necesidades que genere el entorno. Y aunque en los seres humanos la adaptación se lee, además de lo dicho, en términos evolucionistas, en donde interviene la selección natural, en entornos netamente sociales, psicológicos y comportamentales, la adaptación

determina la capacidad del hombre por acomodarse a una nueva condiciones o status que demanda la sociedad como tal.

En cualquier proceso de tratamiento contra la fármacodependencia, la adaptación, delineada a través de reglas y principios preestablecidos, opera frente a las tensiones que generan las sustancias que han dado lugar a la dependencia de la misma. En un tratamiento, por tanto, lo que se busca es que el paciente vuelva a hacer parte de aquella simbiosis social que le permita a la sociedad y al individuo tener cierta disposición y dependencia correlacional entre las partes.

El fármacodependiente, por ejemplo, requiere de un aprendizaje que le permite involucrarse nuevamente con el entorno, que adquiera un aprendizaje significativo que posibilite aprovechar al máximo las necesidades que un fármaco le ha generado. En estos términos, un fármacodependiente puede entenderse como un sujeto desadaptado, pues ha perdido el hábito y la costumbre de identificarse con un cúmulo social que le fije referentes sobre los cuales actuar.

8.3. ANÁLISIS DE LOS MODELOS

En los acápite que siguen se discriminan, delimitan y describen los modelos de trabajo, tanto de la Comunidad Terapéutica Las Palmas del municipio de Envigado como del Colectivo Aquí y Ahora de la ciudad de Bogotá D.C. En dicha descripción se establece la estructura del proceso de tratamiento que se ejecuta en la Comunidad residente, así como los aspectos científicos y psicológicos que son tenidos en cuenta para la implementación de cada uno de esos modelos.

8.3.1. Modelo de trabajo en la Comunidad Terapéutica Las Palmas del municipio de Envigado

El Tratamiento en la Comunidad Terapéutica de las Palmas del municipio de Envigado consta de un período residencial dividido en ciclos; estos ciclos tienen objetivos y procedimientos para cada uno de ellos, a medida que se superan los ciclos los usuarios adquieren responsabilidades que habían perdido debido al consumo de drogas y las consecuencias de éste.

Todas las actividades en Comunidad Terapéutica se basan en un conjunto de experiencias mediante el cual los miembros de éstos se examinan a sí mismo y a los demás en un contexto de autoayuda. La presión que ejerce uno sobre otros es utilizada como herramienta que hace a la conversión crítica de la persona y al cambio de actitudes.

Los elementos esenciales de la Comunidad Terapéutica son los límites y sanciones de conducta, confrontaciones, ronda de señalamientos, autoseñalamientos, danzaterapia, talleres educativos y terapéuticos, psicoterapia individual, tutorías, trabajos grupales e individuales a nivel familiar, actividades culturales y deportivas, expresión de sentimientos, entre otros.

En conclusión la propuesta de la Comunidad Terapéutica de las Palmas del municipio de Envigado frente al consumo de SPA y la consecuencia que éste trae se convierte en la oportunidad de desarrollar la capacidad de cambio para optimizar todas las áreas de desempeño de la vida del residente, facilitando una evaluación de su sentido de vida y así encontrar la posibilidad de elaborar un proyecto de vida en el cual deben trabajar para mejorar su existencia y la de todo lo que lo rodea.

8.3.1.1. Principios y valores

Para este modelo, el primer principio es la mirada del residente como una persona integral, sin rótulo, ni estigmas, con derechos y deberes, además de la práctica del amor responsable y exigente, por lo cual ésta cuenta con un equipo de profesionales idóneos y con calidad humana que a partir de la coordinación, planeación, ejecución y evaluación, puede ofrecer éstas herramientas para la construcción de un proyecto de vida con calidad y sentido; fundamentando su razón de ser en valores como:

1. Respeto por el otro: Se profesa el respeto por la dignidad humana de los residentes, empleados y todas las personas que se relacionan con la Comunidad Terapéutica; se Tiene la convicción que solo mediante el respeto de la persona humana puede darse un cambio y obtener crecimiento personal.
2. Trabajo en equipo: Este modelo está convencido que solamente obrando como grupo humano altamente cohesionado se logra maximizar los resultados tanto individuales como grupales.
3. Responsabilidad y disciplina: Se refleja en la ejecución de las labores con empeño y dedicación, cumpliendo las normas establecidas por La Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas.
4. Tolerancia y Ánimo Conciliatorio: Se parte de saber escuchar y comunicar.
5. Flexibilidad: Se reconoce y respetan las diferencias, están listos a enseñar antes que castigar.

6. Perseverancia: Se lucha con firmeza por el logro de las metas y no se desfallece ante la adversidad.
7. Comprensión: Colocarse en la realidad ajena, sin juzgarla, para aceptar las personas como son, con sus cualidades y defectos.
8. Compromisos y Coherencia: Sinceridad, veracidad, coherencia, entre lo que se piensa, se dice y se hace, compromiso quiere decir: empeño, obligación, deber.
9. Lealtad y Fidelidad: Es la fe mantenida en las personas, ideales e institución, a pesar de lo que suceda.
10. Honestidad: Es tomar solamente lo que es nuestro y respetar las ideas, el trabajo y los bienes de los demás.
11. Servicio y Altruismo: Estar disponibles, no negar la ayuda a otros, enseñarles como salir adelante, es también la actitud basada en la consideración del bienestar de los demás.
12. Buena disposición de ánimo: Manifiesta la capacidad de no tomarse cada una muy en serio, para reírse de sí mismo y disfrutar de los pequeños detalles, con lo cotidiano, con lo inesperado.

8.3.1.2. Misión

Se basa en brindar a los residentes la posibilidad de cambio en su estilo de vida, ya que la persona que llega a la Comunidad Terapéutica trae consigo dificultades a nivel del consumo de sustancias Psicoactivas, lo cual trae como consecuencia problemáticas en todas o en algunas áreas de desempeño, por lo

tanto el proceso de tratamiento busca el mejoramiento de estilos de vida que favorezcan las relaciones a nivel personal, familiar y social adquiriendo así una mejor calidad de vida.

8.3.1.3. Visión

Pretende ser una Comunidad Terapéutica con presencia Nacional e Internacional en forma directa o a través de Alianzas Estratégicas o Redes Internacionales, como líder en servicios a la persona que presenta dificultades con el consumo de sustancias psicoactivas. Se cuenta con un grupo de profesionales capacitados permanentemente, idóneos, humanos y comprometidos con el servicio a la Comunidad Terapéutica enfocados en el mejoramiento de la calidad de vida personal y social.

8.3.1.4. Objetivos

Objetivo general: Brindar a las personas que tienen dificultades con el consumo de sustancias psicoactivas un tratamiento integral que les permita el mejoramiento y cambio del estilo de vida, con el fin de optimizar las relaciones familiares, sociales y personales, lo que posibilita el conocimiento de sí mismo.

Objetivos específicos:

- Desarrollar acciones que permitan la reducción del riesgo y los factores asociados al uso de sustancias psicoactivas.
- Rehabilitar de manera integral a fármaco dependientes y/o alcohólicos para obtener su reincorporación activa en la sociedad.

8.3.1.5. Estructura del proceso de tratamiento

PRECOMUNIDAD AMBULATORIA

El tratamiento consta de cuatro ciclos:

CICLO # 1 SENSIBILIZACION Y ACOGIDA

CICLO # 2 REFLEXION E INTERIORIZACION

CICLO # 3 CONSOLIDACION Y PROYECCION

a. Intensificación del Trabajo Personal

b. Construcción del Proyecto de Vida

CICLO # 4 REINSERCIÓN

CICLO I

TIEMPO DE DURACIÓN: 3 Semanas

OBJETIVO GENERAL: Propiciar un espacio de reflexión frente al compromiso y deseo de cambio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Realizar actividades lúdicas, psicoterapéuticas y educativas con los residentes y la familia.
- Motivar a los usuarios para iniciar el proceso de tratamiento terapéutico.

ACTIVIDADES A REALIZAR:

1. Recepción del residente y la familia o acudiente. El ingreso será el día lunes, en las fechas que el equipo clínico disponga para la organización de los procesos. La entrada será a las 11:00 a.m. y la recepción estará a cargo de la Trabajadora Social y un operador, estos se encargarán de:
 - a) Sensibilizar la familia y al residente.
 - b) Transmitir las normas y explicarlas.

- c) Leer el convenio entre la familia, el residente y la institución y hacerlo firmar (Se anexa contrato).
2. Asignación del tutor y el hermano mayor.
 3. Ubicación logística: Asignación de la habitación, cama y lockers.
 4. Presentación ante el grupo y bienvenida.
 5. Observación y participación del diario vivir cotidiano de la siguiente manera:
El usuario durante la semana tendrá una participación activa en :
 - a) Asesoría y orientación individual con el operador encargado o tutor.
 - b) Actividades de recreación, deporte en cultura y salud mental
 - c) Grupos de evaluación diaria.
 - d) Encuentro de la mañana.
 - e) Actividades religiosas.
 - f) Actividades ocupacionales y brigadas diarias.
 - g) Reuniones de Alcohólicos Anónimos.
 6. Asistencia como observador en Terapias de :
 - a) Expresión de sentimientos.
 - b) Quema de culpas.
 - c) Reafirmación.
 - d) Constelación familiar.
 - e) Feed Back.
 - f) Confrontación (Especial, pares, ronda de señalamientos).

CICLO II

REFLEXION E INTERIORIZACION

TIEMPO DE DURACIÓN: Un mes y medio aproximadamente.

OBJETIVO GENERAL: Propiciar un espacio de adaptación, identificación y participar en el proceso de tratamiento.

Este ciclo se divide en:

A. ADAPTACIÓN

Tiempo de duración: Una semana.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las normas y reglamentos institucionales.
- Iniciar el proceso de desintoxicación y sensibilización.
- Fortalecer el proceso de adaptación para la convivencia grupal.
- Participar activamente en las intervenciones terapéuticas desde lo grupal e individual.

B. EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN

Tiempo de duración. 6 Semanas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer el proceso de adaptación y desintoxicación.
- Iniciar el proceso de evaluación e intervención psicológica, social y terapéutica.
- Participar activamente en terapias y educativas.

ACTIVIDADES A REALIZAR

1. Inicia su trabajo personal en las áreas: Psicológica, social y terapéutica.
2. Participar en todas las terapias.
3. Iniciar los módulos educativos.
4. Realización de la evaluación diagnóstica inicial (Se anexa instrumento).

5. Asistencia de la familia al primer taller educativo con la Trabajadora Social.

NOTAS:

1. Luego de haber cumplido un mes en este ciclo se realizará la evaluación diagnóstica inicial.
2. Su primera salida se evaluará al cumplir dos meses internos.
3. Se evaluará en casos particulares la salida después de 1 mes y 3 semanas de internado.

**CICLO III
CONSOLIDACIÓN Y PROYECCIÓN**

TIEMPO DE DURACIÓN: 5 Meses

OBJETIVO GENERAL: Desarrollar las estrategias de trabajo para lograr los propósitos establecidos en el plan de tratamiento.

El ciclo III se divide en dos grupos:

A. INTENSIFICACION DEL TRABAJO PERSONAL

Tiempo de duración: Tres meses y medio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Fortalecer la estructura de personalidad.
- Modificar actitudes y comportamientos.
- Detectar factores de riesgo y factores protectivos.
- Asumir de manera responsable la asistencia a las sesiones programadas desde las diferentes áreas.

- Adquirir responsabilidades individuales y/o grupales.

ACTIVIDADES A REALIZAR:

1. Asistencia a sesiones psicológicas, sociales y terapéutica.
2. Participar en grupos terapéuticos y módulos educativos.
3. Desarrollar mínimo al mes y medio de iniciado el ciclo, el formato de auto evaluación y presentarlo al equipo clínico, para dar inicio a las responsabilidades individuales y/o grupales (Se anexa formato).

NOTAS:

1. En el transcurso de los 5 meses, la familia asistirán a actividades educativas con la Trabajadora Social.
2. Para dar inicio a las responsabilidades individuales y/o grupales se citará a la familia para evaluar el proceso y brindar la información pertinente al hecho.

B. ELABORACIÓN Y CONSTRUCCIÓN DEL PROYECTO DE VIDA

Tiempo de duración: 1 Mes y Medio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Consolidar el trabajo personal y/o familiar.
- Establecer contactos laborales y/o académicos.
- Apoyar actividades terapéuticas y acompañar en procesos de adaptación.
- Consolidar el proyecto de vida.

ACTIVIDADES A REALIZAR:

1. Elaborar hojas de vida, tramitar inscripciones, actualizar documentos (Personales, académicos, laborales, entre otros).

2. Asistir a sesiones psicológicas, sociales y terapéuticas.
3. Asistir a terapias y módulos educativos.
4. Desempeñar funciones de “Hermano Mayor”.
5. Desarrollar al finalizar la etapa el formato de Proyecto de Vida y presentarlo al equipo clínico para evaluación (Anexo formato).

NOTAS:

1. Al finalizar el mes el usuario podrá solicitar permiso para consolidar el Proyecto de Vida.
2. Si antes de finalizar el mes al usuario se le presenta la oportunidad de iniciar actividades académicas y/o laborales. El equipo clínico evaluará la posibilidad para su realización.
3. Durante el transcurso del mes la familia asistirá a la cuarta actividad educativa con la Trabajadora Social. Tema: Violencia Intrafamiliar.
4. Cuando al usuario se le apruebe el Proyecto de Vida, la familia deberá asistir a la Comunidad Terapéutica para la devolución del proceso y oficialización de la reinserción.

**CICLO IV
REINSERCIÓN**

TIEMPO DE DURACIÓN: 4 Meses aproximadamente.

OBJETIVO GENERAL: Generar un espacio de autoevaluación y retroalimentación con los usuarios del CICLO IV – REINSERCIÓN de la Comunidad Terapéutica de las Palmas del municipio de Envigado, frente a su proceso de desprendimiento gradual.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Permanecer en una constante revisión de su proceso externo y su proyecto de vida.
- Fortalecer los procesos del Ciclo IV mediante la puesta en común de las dificultades encontradas en la reinserción y las posibles soluciones.
- Brindar espacios educativos que ayuden a identificar situaciones cotidianas en el proceso de reinserción y que incidan en el desarrollo del proyecto de vida.

ACTIVIDADES:

- Talleres educativos y vivenciales.
- Grupo de autoayuda.
- Integración grupal con residentes internos de la Comunidad Terapéutica de las Palmas del municipio de Envigado y retroalimentación.

ORDEN DEL DIA:

- 9:00 a.m. Hora de llegada de residentes del Ciclo IV – Reinserción.
- 9:20 a.m. Encuentro, saludo e inicio del grupo de Autoayuda.
- 10:20 a.m. Descanso.
- 10:50 a.m. Taller temático.
- 12:30 p.m. Almuerzo.
- 1:30 p.m. Integración con residentes internos.
- 3:00 p.m. Despedida.

NOTAS:

1. Los grupos se realizarán el último domingo de cada mes.
2. La asistencia a la Comunidad Terapéutica de las Palmas del municipio de Envigado para asesoría Psicológica y de tutoría será evaluativa,

dependiendo de su proyecto de vida, compromisos laborales, educativos y familiares.

COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE ENVIGADO RESIDENCIAL

CICLO I

SENSIBILIZACIÓN, MOTIVACIÓN Y ADAPTACIÓN

TIEMPO DE DURACIÓN: 8 semanas.

OBJETIVO GENERAL: Propiciar un espacio de sensibilización, motivación y adaptación terapéutica al programa de Comunidad Terapéutica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Sensibilizar al residente frente a su problemática adictiva.
- Motivar al residente para que reconozca sus dificultades e inicie un proceso de cambio.
- Propiciar un espacio para que el residente incorpore hábitos de vida saludable a través del cumplimiento de la norma.

INDICADORES DE LOGRO:

- Corta con el consumo de la sustancia de abuso.
- Siente y expresa que está viviendo una situación de crisis y manifiesta que requiere ayuda.
- Cumple y asume las normas estipuladas por la institución.
- Expresa interés y motivación por asumir un proceso de cambio para beneficio personal y social.

- Se aproxima a identificar sus errores y fracasos, construyendo desde ellos nuevas oportunidades en su vida.

ACTIVIDADES:

- Generalidad de las SPA (3 talleres). Psicología.
- Identificación de factores de riesgo y factores protectores. Pedagogía.
- Familia coadicta. Trabajo social.
- Roles y funciones de la familia (Identificación de problemáticas). Trabajo social.
- Familia y drogas. Trabajo social.
- Normas de Comunidad Terapéutica. Pedagogía.
- Norma, autoridad, sanción y disciplina. Pedagogía.
- Convivencia y tolerancia. Psicología.
- Comunicación. Trabajo social.
- Resolución de conflictos (Convivencia en Comunidad Terapéutica). Pedagogía.
- Sensibilización frente a la ayuda terapéutica. Psicología.
- Hábitos de vida saludable. Psicología.
- Sexualidad. Psicología.
- Anatomía sexual (primer mes). Médico.
- Toma de decisiones. Pedagogía.
- ITS sexualidad (segundo mes). Médico.
- Prevención de recaída. Psicología.
- Asertividad. Psicología.
- Proyecto de vida. Trabajo social.
- Presión de grupo. Pedagogía.
- Descripción y confrontación del ciclo.

CICLO II

REFLEXIÓN E INTERIORIZACIÓN

TIEMPO DE DURACIÓN: 12 semanas.

OBJETIVO GENERAL: Propiciar espacios de reflexión sobre los comportamientos disfuncionales y niveles de dependencia, reconociendo problemáticas y proponiendo soluciones que permitan el mejoramiento del estilo de vida del residente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Reflexionar sobre sus problemáticas a nivel personal, familiar y social.
- Interiorizar estrategias, que lo permitan solucionar sus distintas problemáticas.
- Enfrentar asertivamente situaciones que movilizan y generan malestar en el residente.
- Construir estratégicamente el proyecto de vida.

INDICADORES DE LOGRO:

- Identifica las problemáticas a nivel personal, familiar y social.
- Respeta las figuras de autoridad en el contexto institucional, familiar y social.
- Aplica estrategias que permiten el desarrollo de las habilidades sociales y personales.
- Profundiza en la construcción del proyecto de vida.
- Participa activamente de todas las actividades y ayudas terapéuticas.

ACTIVIDADES:

- Pérdidas y elaboración de duelo. (2) Psicología.

- Perdón y quema de culpas. Psicología.
- Historia sexual. Psicología.
- Dependencia – apego. Psicología.
- Control pensamiento negativo (autocontrol). Psicología.
- Sexualidad y autoimagen. Psicología.
- Elección sexual. Psicología.
- Sexualidad y espiritualidad. Psicología.
- Manejo de las emociones. Psicología.
- SIDA. Médico – Psicología.
- Ansiedad. Psicología.
- Responsabilidad. Pedagogía.
- Relaciones interpersonales. Pedagogía.
- Análisis comparativo entre lo que era y lo que soy. Pedagogía.
- Interiorización de la norma, adquisición de autonomía y libertad. Pedagogía.
- Drogas, mitos y creencias. Pedagogía.
- Estigma del adicto. Pedagogía.
- Autoconocimiento: quién soy en mi nuevo proyecto de vida. Pedagogía.
- Recaída: indicadores. Pedagogía.
- Libertad. Pedagogía.
- Espiritualidad como medio de alegría y paz interior. Pedagogía.
- La Resiliencia. Pedagogía.
- Potencialidad de habilidades y destrezas. Pedagogía.
- Padres como modelos de identificación. Trabajo social.
- Conciliación en pareja. Trabajo social.
- Inversión de roles familiares. Trabajo social.
- Mecanismos defensa. Trabajo social.
- Vida en pareja. Trabajo social.
- Ciclo vital. Trabajo social.

- Paternidad responsable. Trabajo social.

CICLO III

CONSOLIDACIÓN Y PROYECCIÓN

OBJETIVO GENERAL: Consolidar y aplicar estrategias de afrontamiento que favorezcan la reinserción social y el desempeño educativo – laboral.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Consolidar el trabajo psicoterapéutico en diferentes áreas: familiar, social, afectiva (pareja) y personal.
- Concretar de manera coherente la ejecución del proyecto de vida.
- Asumir responsabilidades frente a sus dificultades personales.
- Desarrollar actividades que permitan utilizar adecuadamente el tiempo libre.

INDICADORES DE LOGRO:

- Consolida su trabajo psicoterapéutico en beneficio de las diferentes áreas de desempeño.
- Concreta y ejecuta el proyecto de vida.
- Asume responsabilidades que le permitan integrarse de una manera adecuada a la sociedad.
- Utiliza el tiempo libre de manera responsable y productivo.

ACTIVIDADES:

- Tiempo libre (2).
- Personalidad del adicto (2).
- Recaída.
- Responsabilidad.

- El trabajo personal como mantenimiento.
- Sexualidad (2).
- Mitos frente a las sustancias.
- Familia y reinserción.
- Pareja y reinserción.
- Factores de protección en la reinserción (2).
- Proyecto de vida (2) Expresión y reflexión del proyecto de vida. Definición del P.V.
- Paternidad responsable.
- Evaluación del proceso.
- Espiritualidad (Huellas de sentido).
- Estrategias de solución de conflictos (2).
- Comunicación asertiva.

GRUPOS:

- Confrontación especial.
- Expresión sentimientos. 1 vez por semana, todos los ciclos.
- Danzaterapia. 1 cada quince días, a partir del ciclo II, no casos psiquiátricos.
- Grupo de autoayuda. Cada ciclo 1 grupo semanal.
- Grupo de encuentro. Incluir evaluación logística y del proceso. 1 cada 15 días.
- Grupo de salida de fin de semana. Cada viernes.
- Grupo de llegada fin de semana (relato del permiso) cada lunes.

GRUPOS (PROPUESTA):

- Ronda de señalamiento y confrontación de brigadas. Una vez por semana.
- Feed – Back. Retroalimentación positiva. Una vez cada 15 días.
- Grupos familias. Pendiente una en cada ciclo. T.S.

- Nota: 3 educativas por áreas.

8.3.2. Modelo de trabajo en el Colectivo Aquí y Ahora

8.3.2.1. Visión general

El modelo de trabajo de la Fundación Colectivo Aquí y Ahora, refleja la experiencia desarrollada al interior de la organización integrando bajo un marco epistemológico y antropológico definido, una serie de procesos y procedimientos que facilitan la recuperación de personas con problemas de adicción y en general, problemas de tipo psicológico y existencial. El trabajo es un proceso educativo, vivencial, filosófico, psicológico, físico, social, familiar, espiritual, afectivo, honesto y responsable. A través de él se abordan las cuatro dimensiones de la unidad múltiple del ser humano:

1. esfera físico.
2. esfera psicológica.
3. esfera social.
4. esfera espiritual.

El trabajo en la recuperación de adicciones debe basarse en estas áreas, pues de lo contrario estaríamos facilitando un proceso similar al de una cometa a la que le falta parte de su esqueleto. Probablemente con un viento muy suave pueda elevarse un par de metros, pero jamás logrará llegar alto y menos manejar vientos fuertes.

Es por ello que después de conocer estragos de la adicción y de estudiar los métodos más conocidos para el tratamiento de la adicción y de un grupo de profesionales y adictos recuperados inició el camino de construcción constante de un modelo para la recuperación de las adicciones, basados en los programas de Comunidad Terapéutica y Alcohólicos Anónimos (con su

posterior adaptación para Alcohólicos Anónimos), para posteriormente configurar un proceso que retoma los mejores aspectos de los dos anteriores métodos integrándolos en una propuesta de orientación Logoterapéutica; con el paso del tiempo el modelo de trabajo fue tomando visos propios, especializándose así en la continua evolución del programa.

El modelo de trabajo se da a través de tres etapas cada una conformada por diferentes fases de tratamiento:

8.3.2.2. Pre-FASE (o fase de adaptación)

El consultante inicia su proceso de adaptación a la estructura terapéutica. Realiza trabajos de concienciación e historia clínica familiar e individual. Participa en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (VESPA) y es introducido en el sistema de información CAYA, así como en el LOGOSOFT. Cuenta con un hermano guía encargado de facilitar su proceso de adaptación y el aprendizaje de los elementos terapéuticos del programa. Durante esta etapa se empieza el manejo del registro de ansiedades y el diario terapéutico. Durante el primer fin de semana el residente no debe tener contacto con su familia si se trata de un programa de internado, dando un tiempo prudencial para la inducción al trabajo tanto por parte de la familia como de la persona en proceso; en el caso de clínica día a día o Semi- Internado el abordaje de la familia debe ser intenso durante esta pre-fase.

8.3.2.3. Etapa diagnóstica

Durante aproximadamente las primeras cuatro fases, el consultante en tratamiento es vinculado al sistema terapéutico y se realiza un diagnóstico de las problemáticas familiares e individuales, teniendo en cuenta las esferas de abordaje mencionadas con anterioridad. Sus objetivos son los siguientes:

a. Nivel individual:

- Generar un proceso de adaptación dentro del sistema terapéutico.
- Diagnosticar y facilitar un mayor auto-conocimiento de las problemáticas existentes en el consultante.
- Motivar el deseo de cambio.

b. Nivel familiar:

- Generar un proceso de adaptación familiar dentro del sistema terapéutico.
- Diagnostica las dinámicas relacionales del sistema familiar.
- concienciar a la familia en la importancia del tratamiento y su papel activo.

FASE I

El consultante se involucra dentro del proceso terapéutico e inicia el desarrollo de su historia personal a nivel individual. En este momento debe ser conocedor de todas las normas y los procedimientos de la institución. Empieza a asumir el trabajo de empeños semanales y gana su autonomía frente al hermano guía. En esta fase se inicia la terapia individual, la apropiación de responsabilidades menores y la existencia a los grupos multifamiliares.

FASE II

El residente asume responsabilidades asignadas según su necesidad; a partir de esta fase el residente está en disposición de asumir la estructura de roles, iniciando por los roles de menor estrés como responsable o hermano menor. Es prerrequisito para entrar en ella, el cumplimiento del primer empeño semanal, aunque deben tenerse en cuenta las necesidades individuales y las consecuencias de avanzar o no avanzar en el inicio del programa en pro de una mayor adherencia al tratamiento. En esta fase se espera que el residente participe activamente en los grupos terapéuticos y responda adecuadamente a

su primera experiencia educativa. Al finalizar esta etapa el residente debe compartir más tiempo en familia permaneciendo los fines de semana con ellos en el caso de los procesos de internados. Se empieza a realizar la historia personal a nivel familiar, cuyo prerrequisito es la presentación de la historia personal a nivel individual. En este punto del programa ya debe haberse iniciado las asambleas familiares.

FASE III

Para ingresar a esta fase es prerrequisito la aprobación del empeño semanal y el desarrollo efectivo de las experiencias educativas. En esta etapa del programa se debe haber presentado la historia personal familiar y estar desarrollando el Primer Paso. En esta fase el consultante realiza su historia de consumo y la presenta con su familia, así mismo desarrolla el proyecto de vida inverso (en el caso de adultos que lo ameriten), terminando así su etapa diagnóstica. En este punto del programa deben haberse aplicado las pruebas diagnósticas pertinentes y tener por finalizada la formación de caso a exponer en el ateneo clínico.

8.3.2.4. Etapa de trabajo profundo

Las fases de la etapa de trabajo profundo se extienden desde el diagnóstico hasta el desprendimiento, en ellas se especializa e individualiza el trabajo personal y familiar, elaborando la resignificación de problemáticas, así como un auto-monitoreo y regulación de las mismas. Sus objetivos son:

a. Nivel individual:

- Generar un proceso de cambio profundo a nivel personal.
- Monitorear, regular y resignificar las problemáticas del consultante.
- Estructurar las bases de una sólida abstinencia y sobriedad.

b. Nivel familiar:

- Generar un proceso de cambio relacional a nivel familiar.
- Monitorear, regular y resignificar las problemáticas de la familia.
- Capacitar a las familias en el manejo de ciertas situaciones y su papel de coterapeuta.

FASE IV

Es prerequisite haber presentado la historia personal y familiar y haber desarrollado el primer paso. En esta fase se empieza a profundizar sobre las problemáticas específicas. Se profundiza el trabajo familiar o de pareja a través de la historia de consumo (cuando es pertinente) y se inicia el trabajo sobre la guía de sobriedad. Se espera que el consultante maneje la normatividad.

FASE V

En esta fase se continúa el trabajo de problemáticas específicas y se realiza la primera evaluación general con la participación del consultante. Se continúa el trabajo de la guía de sobriedad.

FASE VI

En esta fase continúa el trabajo de problemática específica. En su historia personal inicia los niveles sociales, educativos y laborales. Para el ingreso a esta fase, el consultante debe haber finalizado su trabajo de sobriedad.

FASE VII

En esta etapa del programa el consultante debe terminar su historia personal con el nivel social y continuar con su crecimiento y el trabajo de problemáticas.

FASE VIII

En esta etapa del programa el residente debe terminar su historia personal con el nivel afectivo-sexual y continuar con su crecimiento y trabajo de problemáticas.

FASE XI

En esta etapa del programa el consultante debe iniciar las experiencias de calle (Opcional dependiendo de la evolución del proceso) y el desarrollo de los manuales de Prevención de recaídas según necesidades específicas. En este punto el consultante en internado debe estar viviendo en casa.

8.3.2.5. Etapa de desprendimiento

En las últimas fases del programa se continúa con el trabajo y se prepara al consultante para su vida activa fuera del programa. Se esfuerzan las áreas de Prevención de Recaídas y Logoterapia, y se busca una mayor generalización del cambio.

a. Nivel individual:

- Generar un proceso de cambio profundo a nivel personal de mayor generalización al interior y exterior del sistema terapéutico.
- Monitorear, regular y resignificar las problemáticas del consultante con una visión de readaptación social.
- Estructurar las bases de una sólida abstinencia y sobriedad.

b. Nivel familiar:

- Generar un proceso de cambio relacional a nivel familiar a partir de las nuevas circunstancias del proceso.
- Monitorear, regular y significar las problemáticas de la familia.

- Capacitar a la familia en el manejo de las nuevas circunstancias familiares, propendiendo por la reducción de la ansiedad y la readaptación del sistema.

FASE X

Se continúa con los Manuales de Prevención de Recaídas y con la profundización de problemáticas personales. En este punto el consultante y el equipo terapéutico deben desarrollar la segunda evaluación conjunta acerca del proceso terapéutico.

FASE XI

En esta fase del programa se debe asumir una mayor responsabilidad y generalización del cambio. Iniciando la llegada a la fundación sin la compañía de familiares o tutores. En este momento el consultante debe saber manejar esporádicas salidas a la calle a realizar posibles experiencias educativas o acompañar a otros consultantes menos avanzados en el proceso. Se desarrolla el proyecto de vida directo y Logoterapéutico, se continúa con los Manuales de Prevención de Recaídas y se centran las experiencias educativas en aspectos relacionados con la finalización del proceso.

FASE XII (a y b)

En esta fase el residente viene y se marcha de la institución por sus propios medios. En este momento se debe demostrar el crecimiento suficiente para asumir el Plan Soporte, estar finalizando sus Manuales de Prevención de Recaídas y realizar la autoevaluación para presentar ante el grupo.

Vale la pena mencionar que independiente de la fase del programa en la que se encuentre la persona en recuperación, desde la Pre- Fase está involucrado en

los procesos de Terapia Grupal e Individual expuestos en el capítulo correspondiente.

Las etapas de tratamiento varían en su duración e intensidad de un consultante a otro, extendiéndose la etapa diagnóstica para algunos y la etapa de trabajo profundo para otros. Finalizando este proceso primario de recuperación, el consultante pasa a un plan soporte acudiendo periódicamente a reuniones de apoyo y seguimiento.

8.3.2.6. Plan soporte

El plan soporte es una pieza fundamental del programa de recuperación; de su adecuado cumplimiento depende una vida digna, abstemia y llena de sentido. Realmente el programa de recuperación comienza en este momento, es el tiempo y el espacio en donde se demuestra lo que hizo en el programa.

9. PROPUESTA DE ADAPTACIÓN DEL MODELO

9.1. PROPUESTA DE TRATAMIENTO PARA ADOLESCENTES DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE LAS PALMAS DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO

En una época en donde la búsqueda de placer, el facilismo, el alto nivel de estrés, el clima de competitividad, la carencia de límites familiares, la sociedad del bienestar, los padres hiper-dadores y asustados, el derrumbe de modelos de roles significativos y la alta disposición de tecnologías de consumo que dan respuesta a necesidades personales, generan un contexto de expresión globalizada de un modelo distorsionado de la realidad, dejando una sociedad atrapada en la búsqueda, desesperada por el bienestar, dejando de lado el bien del ser humano, generando padres con una gran culpa por priorizar la búsqueda de dinero y prestigio por encima de sus hijos y que tapan dicha culpa con objetos materiales o peor aún, con dinero porque ni siquiera hubo tiempo para comprarles algo.

A partir de esta cruda realidad nace una inquietud por el tratamiento de la adicción en adolescentes, ya que según lo observado en nuestra investigación es la población con mayor ingreso y mayor índice de recaídas en los procesos de tratamiento, generando en nosotros la inquietud de un tratamiento especializado para esta población.

Los adolescentes, al igual que los niños, son la población con mayor vulnerabilidad hacia el consumo de drogas por todas las características que se presentan en esta etapa de desarrollo, por lo cual en este periodo es donde se empieza a gestar una posible adicción.

De acuerdo a lo anterior, se debe tener claro los conceptos de uso, abuso y adicción, ya que es probable que en esta etapa se pueda presentar consumo de sustancias en muchos adolescentes, sin que esto sea necesariamente una adicción a las drogas, por esta razón, el diagnóstico diferencial para el tratamiento en adolescentes es fundamental para una elaboración adecuada de su proceso terapéutico. Otro de los factores a tener en cuenta en este proceso son las características de su edad, las cuales son diferentes a una persona adulta, razón por la cual los patrones de tratamiento se deben ajustar a aquellos que corresponden a su etapa de desarrollo.

Una de las características de la adolescencia es la búsqueda de sentido de vida, lo cual es fundamental tenerlo en cuenta para un proceso de tratamiento, por esta razón al estudiar y comparar varios modelos, encontramos adecuados los lineamientos que se manejan en la propuesta del Colectivo Aquí y Ahora (Clínica especializada en la enfermedad de la adicción que trabaja con población de adolescentes, con sede en la ciudad de Bogotá) en donde la integración de la Logoterapia con otros modelos como el de los doce pasos, y el enfoque sistémico para la orientación de las familias resulta apropiada, para el manejo de la adicción en esta población, pues posibilita pautas para una propuesta que integre los elementos descritos, en la propuesta ya existente en la Comunidad Terapéutica de las Palmas del municipio de Envigado, estos enfoques serían novedosos en el manejo terapéutico de dicha comunidad, permitiendo la inserción de un trabajo más especializado.

Por otra parte, este nuevo aporte permitiría hipotéticamente acortar los tiempos de tratamiento institucionalizado, redundando esto en la disminución de costos de operación para la Comunidad, otros de los beneficios que se obtendrían serían la posible reducción en los índices de recaídas en la población de adolescentes y por último permitiría la mejor utilización del recurso humano ya

que los psicólogos están cumpliendo funciones de operadores en dicha Comunidad.

El modelo de intervención diseñado por la Comunidad Terapéutica de las Palmas del municipio de Envigado, está basado en el enfoque cognitivo-conductual- humanista, el cual se caracteriza y se identifica con las directrices de la Federación de Comunidades Terapéuticas y la Legislación vigente en Colombia.

Dicha intervención, en la que se sustenta el trabajo en la Comunidad Terapéutica Las Palmas del municipio de Envigado, se enfoca en la orientación humanista la cual sugiere una posición frente al ser humano con características como: el hombre vive subjetivamente y en relación, la persona está constituida por un núcleo central estructurado (concepto de persona, el yo o el sí mismo), el hombre está impulsado por una tendencia hacia la autorrealización, el hombre es mas sabio que su intelecto, el hombre posee capacidad de conciencia y simbolización, capacidad de libertad y elección, el hombre es capaz de una relación profunda, el hombre es capaz de crear, el hombre busca y construye un sistema de valores, creencias y finalmente, cada persona es un sistema de unidad configurada (cada hombre es una creación única de las fuerzas de la naturaleza y la sociedad).

El proceso de tratamiento para la fármacodependencia se abre paso a través de diferentes propuestas de intervención como son: la psicológica, trabajo social, pedagogía reeducativa y del modelo médico. El hecho de que éstas características se presenten separadamente se debe sólo a que es imposible hablar de todas al mismo tiempo; pero por su naturaleza, se sobreponen, se entrelazan y poseen una fuerte interacción, de tal manera que al pensar en una, hay que tener siempre presente la realidad de las demás.

Lo anterior ofrece una propuesta para el abordaje de las adicciones a SPA en la que se asume un modelo mixto (Comunidad Terapéutica más intervención de profesionales) teniendo como base las siguientes características: Un marco filosófico y antropológico, donde se distinguen cuatro dimensiones como son la biológica, psicológica, sociológica y espiritual; seguida de la temporalidad e historicidad de la persona, luego se encuentra el principio de libertad, la estructura esencialmente dialogal (yo - tu) de la persona, de otro lado, la intencionalidad y responsabilidad humana, después la interpretación meta-clínica de significado, de sentido y de sufrimiento, aspecto central del ser humano y por último la conciencia, órgano de significado y cambio.

Los valores juegan un papel esencial en el modelo de intervención, pues allí a la persona adicta se le trata más como "inmadura", "irresponsable" y no como "paciente", en el proceso de la "crisis de abstinencia" se maneja sin medicamentos y sin sustancias sustitutas, del mismo modo hay un enfoque democrático en las relaciones entre terapeutas, ex-adictos y personas en tratamiento, la responsabilidad en la terapia con la persona ex-adicta es determinante. Al inicio del tratamiento, se privilegia un abordaje de tipo "funcionalista", por lo que primero es evitar que la persona consuma psicoactivos; después se centra en la atención de la resolución de problemas bio-psico-socio-espirituales.

El trabajo psicológico en la institución es un pilar fundamental, en la articulación con el proceso terapéutico, reeducativo y social, pues permite identificar dificultades intrínsecas al desarrollo de la persona que sufre la fármacodependencia; a su vez posibilita potencializar las cualidades y valores que éste ser humano tiene. También ve la importancia de conducir al adicto a una sana convivencia y cambio en su estilo de vida.

Por lo tanto, se hace necesario la utilización de metodologías y técnicas psicológicas como: La relación terapéutica, la confrontación, la proyección y las técnicas proyectivas, cognitivas, gestálticas y vivenciales.

Este tipo de trabajo se encuentra constantemente en evolución, investigación y realización de propuestas, ya que las intervenciones a este nivel no están agotadas y necesitan de revisiones periódicas para la optimización del proceso terapéutico y el servicio de tratamiento en las Comunidades Terapéuticas.

9.2. DELIMITACIÓN Y DEFINICIÓN TERMINOLÓGICA (LOGOTERAPIA)

En esta propuesta, la Logoterapia y el modelo de los doce pasos son el fundamento del trabajo, debido a que ayuda a la profundización y a un mejor entendimiento de la enfermedad de la adicción ya que el trabajo con los pasos le permite al adicto un darse cuenta significativo de las consecuencias que ha tenido en todas las áreas vitales durante el desarrollo de su adicción; por otra parte, las técnicas logoterapéuticas le permiten al adicto darle un sentido a su vida, con lo cual se busca que el adolescente estructure un sentido de vida real que lo mantenga firme en su decisión de continuar sobrio, dándole un significado a la construcción de un estilo de vida diferente.

Así pues, el término Logoterapia es confundido constantemente con la definición de terapia a través de la palabra, terapia a través del discurso o como una metodología persuasiva y de lenguaje elocuente para convencer al paciente; en realidad la Logoterapia no es nada de ello.

Podría definírsele a partir del vocablo griego logos en su acepción de "razón íntima de una cosa, fundamento, motivo"³⁹. Es decir, logos en Logoterapia se refiere a sentido. De igual forma otros autores logoterapéuticos la entienden como "una psicoterapia centrada en el sentido y, como tal, quiere prestar una lucha por el sentido, quizás la más humana de todas las aspiraciones humanas"⁴⁰.

En síntesis, podríamos definirla como una escuela terapéutica que parte del movimiento humanista-existencial destinada a la rehumanización⁴¹ de la psicoterapia, la lucha contra el reduccionismo científico, el trabajo con el hombre sufriente y una forma de consejería derivada de una visión antropológica y epistemológica del mundo, con aplicaciones claras de técnicas específicas y no específicas coherentes con su propia concepción.

"La Logoterapia intenta rehumanizar la psicoterapia al introducir la dimensión Noética⁴² del ser humano, integrando al hombre en una visión holista que evita caer en los reduccionismos biologicistas, psicologistas, sociologistas y neologistas"⁴³.

Desde la Ontología dimensional de la Logoterapia se comprende al hombre como una unidad indisoluble de cuerpo, mente y espíritu, es decir, se

³⁹ Bailly. Dictionaire Grec-francaise. (26 ed.) Librairie Hachette. Citado por: Noblejas, M.A. Logoterapia: Fundamentos, principios y aplicación. Una experiencia de evaluación del logro interior de sentido. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de educación. Departamento de psicología evolutiva. (inédito), 1995, P. 17

⁴⁰ Lukas, E. Tu vida necesita sentido. Madrid, Ed. S.M.. 1983. P.10

⁴¹ La intención de rehumanizar no se expone con el ánimo de calificar de inhumano a las corrientes tradicionales, puesto que no se afirma que sean deshumanizantes. Sin embargo, implica un volver a mirar, un reevaluar la visión del ser humano con que se trabaja.

⁴² Entendiendo lo noético como aquello que es específicamente humano, que integra al hombre y que lo diferencia de las demás criaturas. (Fabry, 1990, 44).

⁴³ Por reduccionismos se entiende la tendencia disciplinar a supervalorar su dimensión específica y/o reducir el ser humano a la misma.

comprende en una y con una dimensión espiritual, en donde se considera al ser humano como una unidad múltiple de tipo Bio-Psico-Socio-Espiritual, en relación con un mundo interno, un mundo externo y un mundo trascendente.

Trabaja con el hombre que sufre devolviéndole la capacidad para hacerlo a través de la significación del sufrimiento necesario y el esclarecimiento del sufrimiento innecesario, y desarrollando un sistema terapéutico para las neurosis y las psicosis en donde se apela a lo sano del ser humano.

La Logoterapia tiene dos caras de una misma moneda: El análisis existencial y la Logoterapia. “la Logoterapia es un método de tratamiento psicoterapéutico mientras que el análisis existencial representa una orientación antropológica de investigación”⁴⁴. Es decir, la Logoterapia es una psicoterapia que arranca desde lo espiritual y el análisis existencial, es una psicoterapia que se orienta hacia lo espiritual⁴⁵.

9.3. RAÍCES DEL PENSAMIENTO LOGOTERAPÉUTICO

La Logoterapia es desarrollada por Víctor Emil Frankl (1905-1997) médico, neurólogo, psiquiatra y doctor en filosofía procedente de Viena y de su apogeo académico de principios de siglo. Vivió la influencia de la postguerra en la Europa de la primera guerra mundial y empezó a preguntarse por la cuestión del sentido de la vida. A lo largo de su existencia atravesó los campos de

⁴⁴ Frankl, Víctor. Logoterapia y análisis existencial. Barcelona. Ed. Herder. 1994. P.62.

⁴⁵ Arranca de lo espiritual al referirse a técnicas que movilizan capacidades específicamente humanas alojadas en la dimensión noética y se orienta a lo espiritual al dirigirse hacia el logos.

concentración nazi en donde reafirmo sus teorías y experimentó las penumbras de la existencia desnuda del ser humano⁴⁶.

En su carrera profesional recibió influencias científicas de grandes personalidades académicas como: Sigmund Freud, Alfred Adler, Carl Jung, Rudolf Allers y Ludwing Binswanger; de igual forma, tomó para sí un fuerte peso ideológico de la filosofía desarrollada por Max Scheler y Nicolai Hartmann, y en menor grado de Martin Heidegger, Karl Jaspers y Martin Buber, entre otros.

La Logoterapia puede enmarcarse dentro del movimiento humanista-existencial desarrollado como respuesta al espíritu de los tiempos y el *Weltanschauung* de los movimientos acontecidos en la Europa de la postguerra (1918), y la gran crisis económica y el surgimiento del New Deal en América (1930)⁴⁷.

9.4. VISIÓN ANTROPOLÓGICA Y EPISTEMOLÓGICA DEL MUNDO

La antropología es el estudio de los seres humanos desde el punto de vista físico y cultural. Hay dos campos en la antropología: la física que con la ayuda de métodos utilizados en las ciencias naturales investiga los procesos evolutivos del hombre y la socio-cultural que estudia la cultura en general (idioma, costumbres, valores, religiones, etc.) en distintas sociedades; los trabajos de campo o diarios de campo que describen minuciosamente todos los seguimientos de la investigación se conoce como etnografía, mientras que la etnología hace un análisis comparativo de estas descripciones en diferentes sociedades y culturas.

⁴⁶ Frankl, Víctor. El hombre en busca de sentido. Barcelona. Ed. Herder. 18ª ed. 1979. P.25

⁴⁷ MARTÍNEZ , E. Orientación científica y filosófica de la logoterapia, Buenos Aires: Trabajo presentado a la cátedra abierta Víctor Emil Frankl. P.11.

El periodo pre-científico de la antropología se presentó con el historiador Herodoto quien describió las culturas en los espacios geográficos de varios pueblos; también aporta sus diarios e investigaciones Marco Polo sobre China y pueblos aledaños en el siglo XIII.

La antropología como ciencia surgió en el siglo XIX y sus fundadores son los antropólogos que buscaron conocer la evolución del hombre, llevando esto al hallazgo de un fósil y restos de hombre en Java, todos estos descubrimientos llevaron a nuevos horizontes y con el hallazgo de utensilios de piedra concluyeron que la evolución del hombre viene de muchos miles de años atrás y aquí se demuestra que la arqueología es un amigo inseparable de la antropología.

El fundador de la antropología cultural en Estados Unidos fue Lewis Morgan, quien investigó la organización social, en Europa fue Edward Taylor con la teoría sobre la evolución del hombre, ambos argumentaron que las culturas evolucionan cada día más complejas y desarrolladas. Bronislaw Malinowski fundó la escuela funcionalista en la cual se pretendía estudiar las culturas perteneciendo a ellas en su habitat natural.

Algunos antropólogos contemporáneos como Margaret Mead, aportan sus estudios de sociedades no industrializadas y participaron en diferentes trabajos de campo en el continente Africano; sus estudios investigaron estados de la niñez como procesos de los adolescentes; también Pierre Bordieu quien con innumerables artículos aportó una verdadera antropología y sociología.

Para Frankl, la persona es un individuo: “la persona es algo indivisible, no se puede subdividir ni escindir precisamente porque es una unidad. Pero no es solamente un in-dividuum sino también un in-summabile; esto significa que no

es solo indivisible sino que tampoco se puede fundir y esto no se puede hacer porque no solamente es unidad sino también totalidad”⁴⁸. Es decir, la Logoterapia considera al hombre como un ser somático-psíquico-espiritual en donde lo somático hace parte y refleja al hombre pero no en su totalidad; de igual forma sucede con lo psíquico y lo espiritual.

9.5. TRES PILARES FUNDAMENTALES DEL ANÁLISIS EXISTENCIAL Y LA LOGOTERAPIA

9.5.1. Libertad de la voluntad

La Logoterapia se plantea cómo una manifestación del espíritu a la libertad humana, que a pesar de ser finita en el organismo psicofísico, se antepone desde lo espiritual a esta finitud. Esta libertad se despliega a través de una capacidad específicamente humana como lo es el Autodistanciamiento y el ejercicio del poder de resistencia del espíritu o antagonismo psicoonético⁴⁹.

Según Frankl, “es una libertad frente a tres cosas:

1. Frente a los instintos.
2. Frente a la herencia.
3. Frente al medio ambiente”⁵⁰.

Con relación a los instintos el hombre los posee, más no son ellos los que lo poseen a él; a manera de ejemplo podemos decir que el animal "es" instinto, en cambio el hombre posee instintos⁵¹ frente a la herencia y el medio ambiente, así

⁴⁸ FRANKL, V. Logoterapia y análisis existencial. Barcelona: Ed. Herder, 1994. p. 68.

⁴⁹ Facultad específicamente humana que le permite al hombre distanciarse de su organismo psicofísico, anteponerse a los mandatos instintuales, hereditarios y del medio ambiente.

⁵⁰ FRANKL, V. Logoterapia y análisis existencial, Op. Cit., p. 94

⁵¹ Ibid. p. 95.

como ante los instintos, el ser humano puede encontrarse condicionado más no totalmente finalizado y predestinado.

9.5.2. Voluntad de sentido

En el sistema logoterapéutico se introduce una teoría motivacional denominada voluntad de sentido y contrapuesta a las voluntades de placer de Freud y de poder de Adler⁵².

La voluntad de sentido se relaciona con la autotranscendencia que caracteriza al ser humano, puesto que ella “radica en el hecho fundamental que el hombre apunte más allá de sí mismo hacia un sentido que primeramente debe descubrir y cuya plenitud debe lograr, a esto Frankl suele describirlo con el concepto de voluntad de sentido”⁵³.

Es decir, las voluntades de placer y de poder conllevan un argumento inmanentista que se opone a la autotranscendencia y frustra la existencia del ser humano. Mientras las voluntades de placer y de poder consideran como fin último de la existencia la consecución del placer y del poder, la Logoterapia argumenta que ellos mismos son consecuencias de alcanzar un fin y no el fin en sí, motivo por el cual se promueve un estado de frustración que conlleva al surgimiento del vacío existencial.

9.5.3. Sentido de vida

El primer fundamento de la antropología Frankliana es el postulado de la libertad de la voluntad. Una libertad que no solo es ante algo sino para la

⁵² Términos organizados por Frankl para designar la tendencia psicoanalítica hacia la evitación del displacer y el argumento de la psicología individual como motor humano hacia la búsqueda del poder.

⁵³ FRANKL, V. La voluntad de sentido. Barcelona: Ed. Herder. 1994. p.22.

búsqueda del sentido de la vida; es decir, para el desarrollo del segundo fundamento logoterapéutico o fuerza motivacional llamada voluntad de sentido. Finalmente surge la pregunta por el sentido de la vida; sin embargo, para preguntar por el sentido de vida (sobre lo qué es o lo que significa) “hay que preguntar por el sentido de una persona concreta y de una situación concreta. La pregunta por el sentido de la vida solo se puede plantear de una forma concreta y solo se puede contestar de una forma activa... es la misma vida la que plantea preguntas al hombre. Él no tiene que preguntar, mas bien él es el preguntado por la vida, el que tiene que responder a la vida, el que tiene que asumir la vida responsablemente, pero las respuestas que da el hombre solo pueden ser respuestas concretas a preguntas vitales concretas”⁵⁴.

Es decir, el sentido es único e irrepetible para cada persona, es un constructo que apela a la coherencia y le confiere a la vida “*orientación, unidad y dirección*”⁵⁵.

9.6. VISIÓN LOGOTERAPÉUTICA DE LAS ADICCIONES

Referirnos a una visión logoterapéutica de las adicciones, nos remite más a una visión logoterapéutica del hombre, puesto que, como dice Acevedo: “El adicto no es una entidad patológica, es, ante todo, un ser humano. Independiente de su estructura psicológica, de su realidad social, de su sistema familiar, es un ser humano y por lo tanto con posibilidad de cambio”⁵⁶.

⁵⁴ FRANKL, V. Logoterapia y análisis existencial. Op. cit. 1994 p. 150.

⁵⁵ CAVEF. El sentido de la vida. B.Aires. Ed. CAVEF. Mod. 7.

⁵⁶ ACEVEDO, G. El modo humano de enfermar. B. Aires Ed. FAL. 1985. P. 124.

Cuando nos referimos a un adicto, más bien podemos referirnos a una persona con problemas de adicción⁵⁷, ya que la fármacodependencia no es una característica inherente al ser sino la expresión de una problemática humana más profunda denominada vacío existencial⁵⁸.

Con estos antecedentes podríamos enmarcar la visión de las adicciones desde el modelo adaptativo de la adicción. Existen dos grandes tendencias explicativas de la adicción: El modelo de adicción como enfermedad y el modelo adaptativo de la adicción.

En el primero se considera la adicción como una enfermedad, un problema ante el cual se es impotente y por ende liberado de la responsabilidad del sujeto; es un modelo en donde las características inherentes a la droga son supervaloradas, mientras el ser humano es reducido.

En cuanto al modelo adaptativo se considera la adicción como una elección mal-adaptativa, como la expresión de un síntoma o metáfora del iceberg⁵⁹, contextualizada dentro de una carencia de integración construida a través de diferentes factores de riesgo a los que el individuo se expuso⁶⁰. Sin embargo, se podría considerar que los dos modelos no son mutuamente excluyentes, puesto que no se puede desconocer el carácter autorreforzante de la droga y de una u otra forma la exposición a los diferentes factores de riesgo individuales,

⁵⁷ MARTÍNEZ, E. Logoterapia: Una alternativa ante la frustración existencial y las adicciones. Ed. CAA. Bogotá. 1999. P. 177-178.

⁵⁸ ACEVEDO, G. Op. Cit. p. 127 * Vale la pena mencionar que el vacío existencial no es la causa de la adicción, sino el lugar de expresión de la adicción noógena y que así como tras la adicción se llega a la consecuencia de la vivencia de vacuidad interior, de igual forma tras el sentimiento de vacío existencial se puede expresar una adicción.

⁵⁹ La metáfora del Iceberg consiste en interpretar la adicción como un síntoma de otras problemáticas; es decir, la adicción sería la punta del Iceberg, lo visible.

⁶⁰ Al respecto, ver los trabajos de Young & Rice en: The international Forum for Logotherapy. 1999. 22. P. 8-19 y el trabajo de Marlatt en: Relapse Prevention. Ed. Guilford Press. Cp. 1.

familiares, sociales, culturales y espirituales colabora o condiciona el desarrollo de un estado que puede denominarse enfermizo.

Desde este punto de vista, se podría formular un tercer modelo en donde se abarca el dinamismo biológico del modelo de la enfermedad, el modelo maladaptativo de las esferas psicológicas y sociales y el modelo logoterapéutico que los integra en una visión bio-psico-socio-noética en donde no se desconocen las predisposiciones genéticas, ni los condicionamientos psicológicos y sociales; pero se afirma que el hombre a pesar de estar condicionado no está pandeterminado y que ha sido un protagonista histórico-social de su propia historia.

Desde este tercer marco epistemológico, la Logoterapia considera la adicción como parte de la triada neurótica de masas compuesta por agresión, adicción y depresión⁶¹; dicha triada surge como expresión del vacío existencial y se consolida como uno de los principales síntomas modernos.

Cada época trae sus propias formas patológicas; de esta misma manera el fenómeno de las drogas y en específico el desarrollo de las fármacodependencias, se ha consolidado con las diversas características histórico-sociales del momento. Dice el Dr. Efrén Martínez en su libro Logoterapia: Una alternativa ante la frustración existencial y las adicciones: “La cultura del consumo de drogas no es un evento nuevo, el desarrollo de la decadencia es una realidad existente desde siempre, no desmintiendo el hecho de que el espíritu de los tiempos ha formado del fenómeno drogas, un factor precipitante del nihilismo en el nuevo milenio... hace unas décadas, el consumo de sustancias se asociaba a factores individuales, estigmatizando al hombre

⁶¹ FRANKL, Víctor. Op. Cit. p. 279

como único responsable de su “degeneración”. Con el paso del tiempo la familia ingresó a la lista de “culpables”, exonerando al individuo de toda responsabilidad. Hoy en día sabemos que la cultura del consumo de drogas es un fenómeno pluridimensional y multicausal que abarca mucho más que al individuo y su familia... el abordaje integral del consumo de sustancias debe prever la existencia de factores culturales, sociales y espirituales, que asociados con los riesgos individuales y familiares, permiten una visión menos sesgada del fenómeno de las drogas”⁶².

Adicional a lo anterior podemos encontrar una descripción más detallada en las palabras de Acevedo: “En los años 60, se suponía que el problema del adicto y en especial del adolescente era solo su falta de normas y límites, se pensaba que el consumo de drogas aparecía ligado exclusivamente a la voluntad de cambiarlo todo, como indicaban las frases de la época: La imaginación al poder o pidamos lo imposible. Se consumían fundamentalmente alucinógenos, cuyo pretendido efecto era agudizar lo sensible a expensas de la percepción del espacio y el tiempo... en la década del 70, los tranquilizantes, los ansiolíticos y los hipnóticos emergieron como respuesta a una era signada por la violencia. La búsqueda de la paz en un miligramo era la consigna de la evasión... en los 80 comienza a incrementarse el consumo de estimulantes. Las nuevas ideas de la globalización, la influencia de los medios de comunicación y los intentos de seguir tendencias incorporadas en el primer mundo generaron la fantasía de la hiperproducción y el hiperconsumo. Así, en una década en la que se exigía tener más, hacer más, ganar más, sentir más y competir siempre, se impuso la cocaína”⁶³.

⁶² MARTÍNEZ, E. Evitando la adicción: Guía para padres y educadores. Bogotá. Ed. CAA. 2000. P.15-16

⁶³ Acevedo, G. La búsqueda de sentido y su efecto terapéutico. B. Aires. Ed. FAL. P. 98-99

Con estas visiones, “¿Qué podríamos decir de la época actual matizada por la postmodernidad con sus elementos de supuesto progreso como el capitalismo, la publicidad, la cultura del consumo, la producción en masa, la ausencia de normas, la crisis de paradigmas, la liberación de racionalidades, el respeto a la diversidad, el pluralismo y el nihilismo?, al respecto se puede decir que conllevan a que en el fin del milenio se realicen construcciones sociales que dejan al hombre de hoy, ante la continua necesidad de crearse necesidades y buscar satisfacciones con soluciones rápidas a ellas; son éstas construcciones las que impiden la apropiación de instrumentos de afrontamiento que releven las voluntades de placer y poder, por una voluntad de sentido”⁶⁴.

En estos términos, la perspectiva logoterapéutica de las adicciones nos remite a entender al adicto, no sólo como un paciente que requiere de intervención externa, sino como un verdadero ser humano que requiere readaptarse a su ámbito humano. El fármacodependiente, por el hecho de adolecer de una enfermedad o trastorno adictivo, no deja de ser un ser humano, y es precisamente en este hecho fundamental en donde radica la importancia de la presente propuesta.

Si se ve al adicto sólo como adicto, como sujeto ajeno o externo a la sociedad misma, ya hay un prejuicio que se convierte en factor limitante a la posibilidad de readaptar al sujeto. Es cierto que el drogadicto resulta ser en sí mismo, un sujeto con unas condiciones de vida especialísimas, pero esas condiciones no lo hacen menos humano que otras personas. El aporte fundamental de la Logoterapia, es posibilitarle al paciente la oportunidad de aprendizaje, de que es un ser humano que debe cumplir un rol social como el de los demás miembros de la sociedad.

⁶⁴ MARTÍNEZ, E. Logoterapia: Una alternativa ante la frustración existencial y las adicciones.

9.7. TRATAMIENTO DE ORIENTACIÓN LOGOTERAPÉUTICA PARA LAS ADICCIONES

La Logoterapia como lo expreso Víctor Frankl es un complemento de la psicoterapia; así mismo, dentro del trabajo con adicción ésta debe considerarse como un ayudante del proceso de recuperación. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que el aporte fundamental de la Logoterapia a las adicciones es su visión antropológica y epistemológica. Por este motivo, se ha delineado este aparte como tratamiento de orientación logoterapéutica y no como Logoterapia de las adicciones.

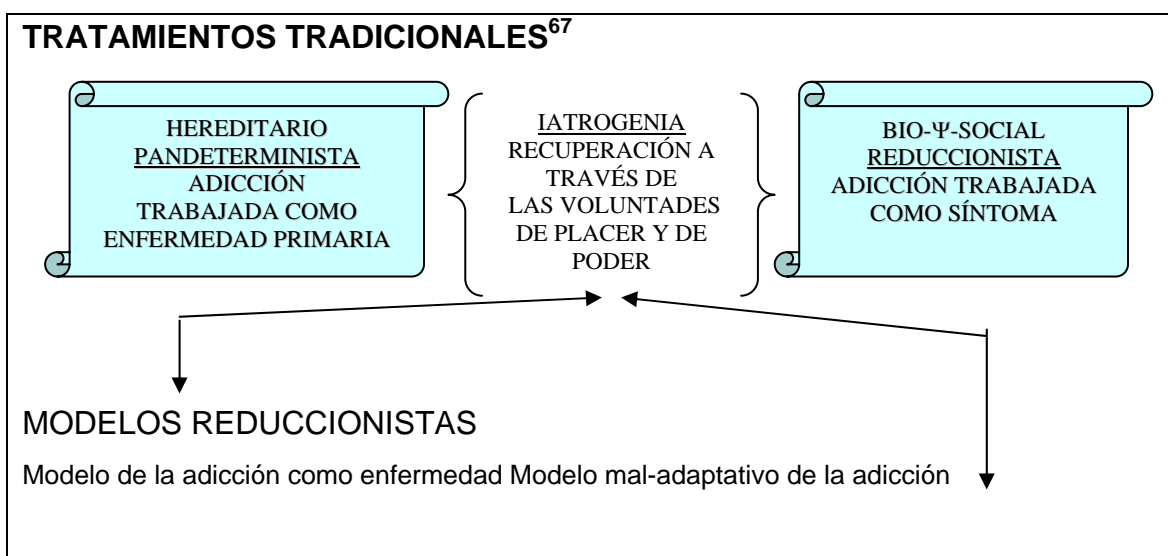
Antes de desarrollar un trabajo logoterapéutico en este campo, es necesario un abordaje funcionalista que permita el trabajo inicial con lo psicofísico. Elizabeth Lukas dice al respecto: “Por lo que se refiere al trabajo práctico con drogadictos, es evidente que no podemos limitarnos a la Logoterapia, ni siquiera comenzar con ella. Querer ayudar a un alcohólico crónico a encontrar las verdaderas metas de su vida no tiene ningún sentido en un primer momento, pues él solo conoce una meta: el alcohol. El primer paso terapéutico tiene que darse en el nivel fisiológico y psicológico del paciente, y ello por la limitación dimensional del paciente, que guarda relación con el desmoronamiento de su fuerza de voluntad. La Logoterapia en la medida en que es una psicoterapia específica, necesita que esté intacto el potencial espiritual del hombre, del que el drogadicto ya no dispone⁶⁵. Por eso en un primer momento están indicados todos los métodos que actúan en la esfera psicofísica, es decir, los recursos

Op. cit. P. 81

⁶⁵ Vale la pena mencionar que dentro de este argumento expuesto por Elizabeth Lukas, no se consideraría que el usador de drogas no dispone del potencial espiritual, pues este permanece intacto. Sin embargo, dicho potencial estaría restringido de manera proporcional a la afección del organismo psicofísico.

medicamentosos y psicológicos⁶⁶, por esta razón esta propuesta de adaptación al modelo de Comunidad tiene en cuenta los aspectos físicos y psicológicos que se abordan a través del trabajo de los pasos de AA-NA y teniendo en cuenta los aspectos físicos de la enfermedad”.

El abordaje de orientación logoterapéutica se diferencia de los tratamientos tradicionales de la siguiente manera:



A diferencia de los anteriores modelos, el trabajo de orientación logoterapéutica los integra sin desconocerlos y los complementa al esclarecer la dimensión noética.

Frente a la visión de hombre en el abordaje de las adicciones vale la pena retomar los conceptos expresados por el Dr. Efrén Martínez en la Revista Mexicana de Logoterapia: “Dentro de los "ismos" que intentan rehabilitar fármacodependencias encontramos: El biologicismo que reduce al hombre a

⁶⁶ LUKAS, E. Tu vida tiene sentido. Op. cit P. 258-259

⁶⁷ Cuadro tomado de MARTÍNEZ, Efrén. Abordaje logoterapéutico de las farmacodependencias. Ponencia presentada en el primer congreso mexicano de logoterapia. México: FCE, 2000.

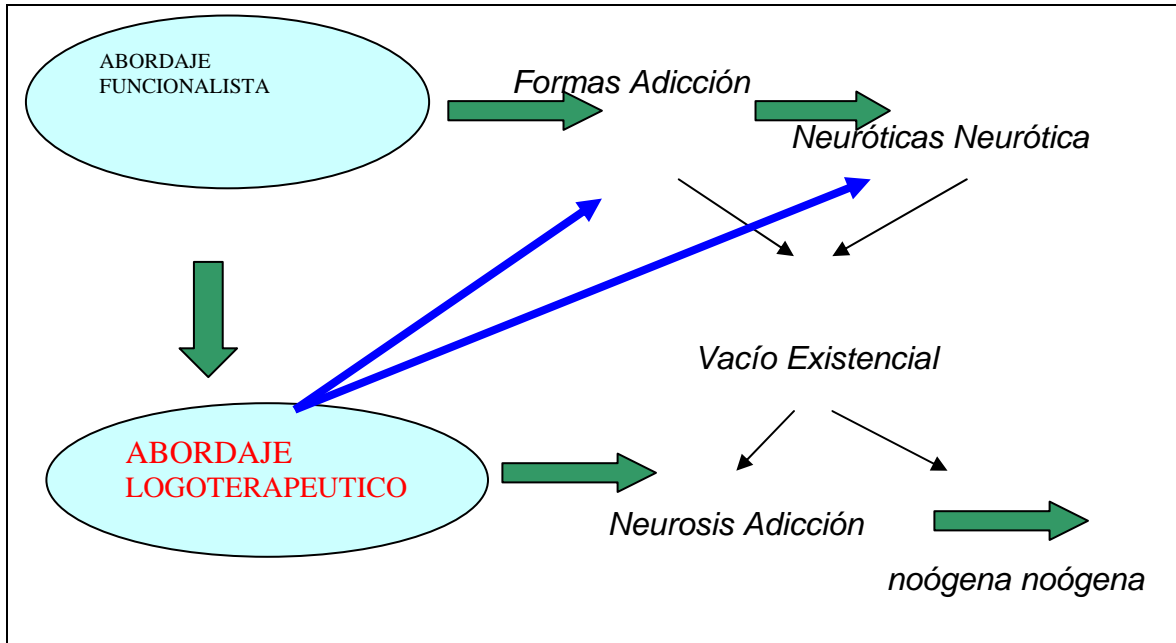
una simple entidad biológica (...). El psicologismo reduce al hombre a un simple aparato anímico (...). El sociologismo reduce al hombre a un ser totalmente condicionado por la sociedad (...). Y el noologismo, tendencia que reduce al hombre a un ser únicamente espiritual (...)"⁶⁸.

Tenidos en cuenta estos dos puntos sobre la orientación logoterapéutica, se puede iniciar el abordaje funcionalista de lo psicofísico, sin obviar que dependiendo de la gravedad del proceso de adicción se puede apelar y obtener respuesta de los elementos específicamente humanos de la dimensión noética. Es decir, en algunos casos el abordaje inicial funcionalista también puede desarrollarse de manera paralela con un complemento logoterapéutico. Lukas plantea una discusión en este punto de la siguiente manera: "¿Debe uno apartarse primero de algo que dificulta un sentido para llegar hacia algo pleno de sentido, o se debe primero desear llegar hacia algo pleno de sentido para poder apartarse de algo que lo dificulta? Tal vez ambas variantes son posibles. Hay muchas razones que nos inclinan para opinar que el criterio para discernir entre ambas es el diagnóstico diferencial ¿Discapacidad real o no?"⁶⁹. En ese punto se podría volver a preguntar: "¿Ya se ha formado la adicción noógena? y complementar argumentando que es posible utilizar la Logoterapia en ambos casos"⁷⁰.

⁶⁸ MARTÍNEZ, Efrén. Sentido y recuperación: Del nihilismo de la adicción activa a una vida llena de sentido. En: Revista Mexicana de Logoterapia. N. 3. Primavera. México. 2000. P. 41-45.

⁶⁹ LUKAS, Elizabeth. Psicoterapia en dignidad. B. Aires. Ed. Sn. Pablo. 1995. P. 32-33.

Dicho abordaje logoterapéutico se puede representar en el siguiente cuadro⁷¹:



De acuerdo a lo anterior, el abordaje funcionalista precede el abordaje logoterapéutico; sin embargo algunos elementos logoterapéuticos pueden utilizarse en el tratamiento de las formas neuróticas de la adicción y también en el abordaje de la adicción noógena.

En síntesis, se puede decir que los tratamientos tradicionales -ejemplificados con anterioridad- producen efectos iatrogénicos cuando la recuperación se basa en las voluntades de poder y de placer o cuando ésta se realiza de manera reduccionista, facilitando de esta forma que tras la finalización del programa de recuperación y el contacto con la realidad, pueda desenmascarse una posible

⁷⁰ MARTÍNEZ, Efrén. Op. Cit.

⁷¹ Ibid.

adicción noógena que se encontraba oculta tras la adicción neurótica y desencadenar una reincidencia en el consumo de drogas.

Por otro lado, en el área de la prevención de recaídas⁷² se resalta el trabajo de Patricia Haines⁷³ en donde se considera como puntos básicos de la recaída en el consumo a la frustración existencial y la dificultad para encontrar caminos de sentido. Para ésta autora, la recaída tiene raíces existenciales que se pueden englobar en los siguientes puntos:

1. Sin sentido y desolación en sobriedad.
2. Pobre autoimagen.
3. Falta de visión para el futuro.
4. Inmanentismo y ensimismamiento.
5. Gratificación y confort en el caos.
6. Incapacidad para sufrir; el sufrimiento se sale de las manos.
7. Fracaso en asumir la responsabilidad personal.
8. Pensamientos mágicos.
9. Vida en el pasado.

Frente a las raíces existenciales de la recaída, la autora plantea ejercicios de autoafirmación basados y contruidos con base en los siguientes principios:

- a. Yo soy único.
- b. Yo soy un adulto.
- c. Yo tengo algo especial para dar.
- d. Yo no estoy vencido.

⁷² Para hablar de prevención de recaídas es importante clarificar los conceptos de violación de la abstinencia y de recaída; la violación de la abstinencia es un evento esporádico que no siempre va a desencadenar una recaída (excepto cuando la culpabilización y estigmatización de ciertos programas lo empujan a ello), y la recaída es la vuelta al uso adictivo acompañada con el estilo de vida disfuncional del drogodependiente particular.

⁷³ HAINES, Patricia. Addiction recovery: Transcending the existencial root of relapse. En: The International Forum for logotherapy. 1997, 20. P. 37-45.

e. Yo perdono.

“La Logoterapia en la prevención de recaídas no es la única herramienta, pero sí es un fuerte complemento que facilita la recuperación y permite que la abstinencia se experimente con calidad de vida, no limitando al ser humano con problemas de adicción a tapar simplemente la botella o a dejar de esnifar una dosis de cocaína”⁷⁴.

En este sentido, la prevención de recaídas se constituye como uno de los trabajos indispensables en el tratamiento de las adicciones y una de las áreas en donde la Logoterapia juega un papel de importancia, pues no existe mayor profilaxis de la recaída que la percepción de una vida plena de sentido y una adecuada filosofía de vida por parte del consultante en proceso de recuperación.

Como lo dice Marlatt, la mayoría de episodios de recaída se producen por eventos emocionales fuertes; en ello podemos estar de acuerdo parcialmente, pues en nuestra experiencia también se observan episodios de recaída manifestados cuando la vida se torna plana y aparentemente carece de emociones fuertes. Por esta razón, la Logoterapia trabaja con énfasis en devolverle al ser humano la capacidad de sufrir con dignidad, no buscar el sufrimiento porque eso es masoquismo, sino tener la habilidad de crecer y aprender de él, cuando se presente de manera ineludible e inevitable. Así mismo, no solo faculta al adicto en recuperación para enfrentar las alteraciones emocionales fuertes que puedan presentarse en un futuro, sino que le ayuda a conservar el grado de tensión necesaria para que su fuerza motivacional básica no se distensionen y caiga en el vacío existencial.

Tal vez uno de los principales aportes de la Logoterapia a la prevención de recaídas sea el de sugerir la configuración de sistemas axiológicos paralelos y no piramidales, pues dicho ejercicio previene el oscurecimiento del sentido que antecede buena parte de las recaídas, y que puede producirse tras la pérdida del valor cúlpe en el cual –por lo general- se había basado la abstención.

Es importante reconocer que sentido de vida no es igual a éxito en la vida, miles de personas hacen programas de recuperación y al poco tiempo alcanzan un aparente éxito en su vida (dinero, prestigio, reputación...) sin embargo, no es un secreto que a pesar de todo ello, consideren su vida como carente de sentido y vuelvan al uso adictivo. Es aquí, en donde la Logoterapia retomando a Nietzsche, resume en una sola frase la prevención de recaídas “Quien tiene un porqué para vivir, puede soportar cualquier cómo”.

La Logoterapia no es solamente un excelente elemento en la prevención de recaídas, también juega un papel importante en otros ámbitos de la recuperación.

Glen Walters en su artículo *The lifestyle approach to substance abuse* enfatiza la importancia del aporte logoterapéutico en el complemento del modelo de cambio en el estilo de vida de los fármacodependientes, especialmente en los problemas de discontinuidad que podrían expresar la frustración en la voluntad de sentido; Walters ratifica la importancia de los argumentos de la libertad y el

⁷⁴ MARTÍNEZ E., Logoterapia: Una alternativa ante la frustración existencial y las adicciones. Bogotá: Ed. CAA., 1999. P. 156-157

trabajo con la responsabilidad, así como la capacidad de autotrascender y buscar metas y sentidos personales⁷⁵.

Es de relevancia mencionar que dentro de los modelos de tratamiento guiados por las metodologías de A.A., se puede dilucidar una amplia presencia de los contenidos logoterapéuticos, que aunque no se elaboran de forma consciente como argumentos logoteóricos, coinciden con sus fundamentos. Al respecto dice Brown: “Como observo Holmes, Koster y Wadsworth hay muchos paralelos entre los principios de la Logoterapia y la filosofía de los programas de recuperación de doce pasos...”; así mismo, Brown realiza un análisis en donde relaciona el paso doce con el concepto de autotrascendencia y búsqueda de sentido, el paso quinto con el autodescubrimiento y el dialogo socrático, los pasos del ocho al diez con las buenas relaciones humanas, el paso dos y tres con el suprasentido, así como los pasos seis, siete y once que tiene que ver con el poder superior⁷⁶.

9.8. MODELO DE TRABAJO

Este modelo de trabajo ha integrado bajo un marco epistemológico y antropológico definido, el cual se podría implementar dentro del modelo terapéutico de la Comunidad Terapéutica de las Palmas del municipio de Envigado, con una serie de procesos y procedimientos que facilitan la recuperación de personas con problemas de adicción y en general, problemas de tipo psicológico y existencial. El trabajo es un proceso creativo, vivencial,

⁷⁵ WALTERS, Glenn. *The lifestyle approach to substance abuse*. En: The International forum for logotherapy. 1993. 16. P. 13-19.

⁷⁶ BROWN, Howard. Tools for the logotherapist: A twelve-step spiritual inventory. En: The International forum for logotherapy. 1993. 16. P. 77-88

filosófico, psicológico, físico, social, familiar, espiritual, afectivo, honesto y responsable. A través de él se abordan las cuatro dimensiones del ser humano:

- Esfera física.
- Esfera psicológica.
- Esfera social.
- Esfera espiritual.

El modelo de trabajo plantea cuatro etapas que le permiten al paciente un darse cuenta significativo de su problema de adicción para que logre tener claridad cómo su adicción lo ha llevado a perder el sentido de vida. Las cuatro etapas que se plantean para el trabajo con el adolescente adicto son las siguientes:

9.8.1. Etapa diagnóstica

En ésta etapa el paciente en tratamiento es vinculado al sistema terapéutico y se realiza un diagnóstico de las problemáticas familiares e individuales, teniendo en cuenta las esferas de abordaje mencionadas con anterioridad. Se firmará el contrato terapéutico y se dará explicación de todas las pautas del tratamiento para que el paciente esté conciente de las normas y procedimientos que se realizarán durante el proceso; en segundo lugar, se elaborará su historia clínica con todos los aspectos relevantes del paciente y su familia, ésta se llevará a cabo a través de una historia de vida, por otro lado, se aplicarán pruebas de personalidad, curvas de descenso en el consumo de SPA y se utilizará el cuestionario de estrategias y estilos de consumo para determinar el grado de adicción en que se encuentra el consultante. En esta etapa se inicia el desarrollo de su diario terapéutico y el registro de ansiedades y pensamientos los cuales se llevarán diariamente durante todo su proceso de internado.

Sus objetivos son los siguientes:

En el ámbito individual:

- Generar un proceso de adaptación dentro del sistema terapéutico.
- Establecer diagnósticos diferenciales que permitan un acercamiento real a la enfermedad de la adicción.
- Diagnosticar y facilitar un mayor autoconocimiento de las problemáticas existentes en el consultante con respecto a su adicción.
- Motivar el deseo de cambio.

En el ámbito familiar:

- Generar un proceso de adaptación familiar dentro del sistema terapéutico.
- Diagnosticar las dinámicas relacionales del sistema familiar.
- Concientizar a la familia en la importancia del tratamiento y su papel co-adictivo.

Instrumentos para la recolección de la información:

- Firma del contrato terapéutico (anexo A).
- Historia clínica (anexo B).
- Pruebas de personalidad MMPI (anexo C).
- Prueba de depresión CAQ (anexo D).
- Diario terapéutico (anexo E).
- Registro de ansiedades (anexo F).
- Registro de pensamientos (anexo G).
- Curvas de descenso en el consumo, dependiendo del tipo de droga que consume el usuario (anexo H).
- Cuestionario de forma y estilos de consumo (anexo I).
- Historia de vida (anexo J).

9.8.2. Etapa de trabajo profundo:

En esta etapa se profundiza sobre las consecuencias que ha traído el consumo de SPA en cada una de las áreas vitales del usuario, para este trabajo se utilizan los cuestionarios establecidos para cada una de las áreas y en segunda instancia se elaborará el primer paso tomado del programa de recuperación de A.A. y N.A., esto permitirá evidenciar la falta de control sobre el uso de SPA llevando al paciente a una concientización de su derrota frente al consumo y a la aceptación de la pérdida de su sentido de vida.

Sus objetivos son los siguientes:

En el ámbito individual:

- Generar un proceso de concientización de la problemática de adicción y la pérdida de control sobre el consumo de SPA.
- Monitorear, regular y resignificar las problemáticas del consultante.
- Estructurar las bases de una sólida abstinencia y sobriedad.

En el ámbito familiar:

- Generar un proceso de cambio relacional en el ámbito familiar.
- Monitorear, regular y resignificar las problemáticas de la familia.
- Capacitar a la familia en el manejo de ciertas situaciones y su papel de coterapeutas.

Herramientas para la recolección de la información:

- Cuestionario de consecuencias del consumo en cada una de las áreas vitales (anexo K).
- Primer paso de AA y NA (anexo L).

9.8.3. Etapa de desprendimiento y crecimiento espiritual

En esta etapa se continúa con el trabajo y se prepara al paciente para su vida afuera del programa; se refuerzan las áreas de proyecto de vida, crecimiento espiritual y humano, además se busca una mayor generalización del cambio. Sus objetivos son los siguientes:

En el ámbito individual:

- Generar un proceso de cambio profundo en el ámbito personal de mayor generalización al interior y al exterior del sistema terapéutico.
- Monitorear, regular y resignificar las problemáticas del consultante con una visión de readaptación social.
- Estructurar las bases de una sólida abstinencia y sobriedad a partir de un proyecto de vida.
- Propiciar un cambio hacia el crecimiento espiritual y una resignificación de sus creencias en consumo.

En el ámbito familiar

- Generar un proceso de cambio relacional a nivel familiar a partir de las nuevas circunstancias del proceso.
- Monitorear, regular y resignificar las problemáticas de la familia.
- Capacitar a la familia en el manejo de las nuevas circunstancias familiares, propendiendo por la reducción de la ansiedad y la readaptación del sistema.
- Generar la conciencia de un crecimiento espiritual dentro del sistema familiar

Herramientas para la recolección de la información

- Segundo y Tercer paso del programa de AA y NA (anexo M y N).
- Elaboración del Proyecto de vida.

9.8.4. Etapa del plan soporte

Para esta etapa del tratamiento el paciente habrá terminado su proceso interno dentro de la institución y se reintegrará en sus ámbitos sociales, familiares, laborales y académicos. Esta etapa es de vital importancia, ya que éste a través de los cambios realizados dentro de su proceso interno logrará tener las herramientas necesarias para el manejo de su vida en la calle.

En esta etapa se hará un seguimiento de los síntomas de recaída que le permitirán al paciente mantener una abstinencia segura por fuera de la institución y además se logrará un compromiso más sólido en el proceso de cambio del adicto en recuperación.

Sus objetivos son los siguientes:

En el ámbito individual:

- Generar un proceso de cambio profundo en el ámbito personal.
- Monitorear, regular y resignificar las problemáticas del consultante con una visión de readaptación social.
- Estructurar las bases de una sólida abstinencia y sobriedad a partir de un proyecto de vida real y estructurado.

En el ámbito familiar:

- Generar las estrategias necesarias para el acompañamiento en la nueva vida de la familia y del adicto en recuperación.
- Monitorear las problemáticas de la familia y sus avances en el proceso de crecimiento.
- Capacitar a la familia en el manejo de las nuevas circunstancias familiares, propendiendo por la reducción de la ansiedad y la readaptación del sistema.

Herramientas para la recolección de la información:

- Manual de prevención de recaídas.

9.9. PROCESOS DE TRABAJO EN LAS CUATRO ETAPAS TERAPÉUTICAS

Las anteriores etapas serán realizadas a través del trabajo individual, el trabajo grupal y familiar, para esto se utilizan los siguientes procesos:

9.9.1. Procesos individuales

Los procesos individuales se refieren a una serie de intervenciones destinadas al cumplimiento de los objetivos trazados como línea de intervención particular dando respuesta a los elementos encontrados en los análisis y el diagnóstico realizado, así como en la etapa del proceso en la que se encuentra la persona. Para esto se cuenta con las siguientes herramientas:

a. Experiencias Educativas: Las experiencias educativas son espacios de aprendizaje, crecimiento e intervención asignados a los pacientes para la identificación y elaboración de problemáticas individuales. La construcción de experiencia se realiza a partir de las necesidades particulares de cada persona y dependen de la creatividad y objetividad / subjetividad del equipo terapéutico. En síntesis, una experiencia educativa puede ir desde la aplicación de una técnica Gestáltica, pasando por una desensibilización en vivo, hasta tocar con una canción de Terapia Racional Emotiva.

Las experiencias educativas dependen de la etapa en la que se encuentre el consultante, destinando las mismas al cumplimiento de los objetivos trazados para cada momento del programa, pues las experiencias de la etapa de trabajo profundo ubicadas en un momento diferente a esta etapa, podrían ser

iatrogénicas y dañar el proceso del paciente. De esta manera, las experiencias educativas implementadas, buscan la motivación y el deseo de cambio, así como la identificación y el diagnóstico de dificultades. Las experiencias de la etapa de trabajo profundo están destinadas a la respuesta pertinente al diagnóstico desarrollado en la etapa correspondiente, monitoreando y regulando los procesos emotivos / cognitivos, resignificando problemáticas y en general, desarrollando cambios personales. Por último las experiencias de la etapa de desprendimiento buscan una consolidación del cambio, así como un mayor nivel de generalización del mismo. En el ámbito explícito una experiencia educativa debe contar con:

- Nombre de la experiencia: Que identifique el trabajo a realizar.
- Objetivo Terapéutico: Construido a partir de la necesidad que se espera resolver con dicha experiencia.
- Descripción del procedimiento: Detalle del proceso que se sigue para lograr cumplir el objetivo propuesto.
- En el ámbito implícito una experiencia educativa debe contar con:
 - Marco Epistemológico: Que sustenta la manera como la persona va a alcanzar otra perspectiva de su conocimiento.
 - Marco Antropológico: Que sustenta al tipo de hombre a quien se dirige la experiencia educativa.
 - Marco Metodológico: Que sustenta el método que se utilizará de manera coherente con la antropología y epistemología que sustenta la experiencia, el cambio buscado.

Las experiencias educativas se organizan para una semana de trabajo; sin embargo, las mismas pueden ser parte de una línea de intervención terapéutica que se extienda durante varias semanas, cambiando solamente el

procedimiento terapéutico, pero dirigiendo las actividades al cumplimiento de un mismo objetivo. De esta manera, algunas experiencias educativas pueden abrir y contextualizar una experiencia educativa de mayor contundencia que proseguirá con el trabajo terapéutico.

b. Empeños Personales: Los empeños personales son espacios de aprendizaje, crecimiento e intervención construidos por los pacientes en compañía del equipo terapéutico y de los compañeros de programa. La construcción de empeños se realiza a partir de las necesidades particulares de cada cual y dependen de la creatividad de la persona en proceso, así como de su grupo de compañeros que actúan como asesores. A diferencia de las experiencias educativas, los empeños personales no tienen el mismo nivel de profundidad terapéutica y están destinados principalmente al cambio de conductas puntuales que se quieren modificar.

Al igual que las experiencias educativas, los empeños personales dependen de la fase en la que se encuentra el consultante destinando las mismas al cumplimiento de los objetivos trazados para cada momento del programa. Un empeño personal debe contar con:

- Nombre del empeño: Que identifique el trabajo a realizar.
- Objetivo terapéutico: Construido a partir de la necesidad que se espera resolver con dicha actividad.
- Descripción del procedimiento: Detalle del proceso que se sigue para lograr cumplir el objetivo propuesto.

Los empeños personales deben ser cortos, realistas, posibles y especialmente evaluables y medibles, pues el cumplimiento de los mismos es determinado en asamblea general por todo el grupo de compañeros del paciente.

c. Terapia Individual: La terapia individual es desarrollada en dos niveles: los coloquios y la terapia individual. Los coloquios se refieren a charlas informales de esclarecimiento ante solicitudes e inquietudes generadas durante el programa y que en ocasiones pueden convertirse en terapias individuales; sin embargo, su objetivo principal es el de acompañar y motivar a los pacientes en proceso, así como a paliar crisis momentáneas del mismo. La terapia individual propiamente dicha se desarrolla con base en las características individuales y situacionales del paciente y es específica para el trabajo de problemáticas que se consideran más apropiadas en un contexto individual que grupal.

d. Registro de Ansiedades: El registro de ansiedades es una línea de base que permite identificar posibles disparadores de la ansiedad junto con una alternativa de acción y múltiples opciones de afrontamiento. Su aplicación abre el campo de lo posible, facilitando las captaciones de posibilidades diferentes al consumo. Es útil particularmente en las primeras fases del programa y al inicio del plan soporte. La supervisión del registro es llevada a cabo por el terapeuta responsable, aunque la presentación del mismo se da a diario ante el terapeuta de turno.

e. Registro de Pensamientos

La reestructuración cognitiva – humorística consiste en un planteamiento similar al de la terapia racional emotiva de Ellis⁷⁷ y la terapia cognitiva de Beck⁷⁸, sin

⁷⁷ELLIS Y COLS. Terapia Racional Emotiva con alcohólicos y toxicómanos. México: Ed. DDB, 2000.

⁷⁸BECK Y COLS. Terapia Cognitiva de las farmacodependencias. México: Ed. Paidós, 1999.

embargo, la diferencia principal se da en el aporte logoterapéutico del autodistanciamiento a través de la utilización del humor como recurso específicamente humano.

Una vez iniciado el proceso de tratamiento, muchas de las creencias adictivas son entendidas por el paciente en proceso; sin embargo, por las características de pensamiento automático en las que se manifiestan las creencias, es necesario realizar un proceso directivo de entrenamiento en la identificación de las mismas, para posteriormente convertir el entrenamiento en un ejercicio constante de reestructuración cognitiva.

La reestructuración consiste en la identificación del pensamiento adictivo y la ubicación de otro pensamiento que a partir de la misma base del pensamiento adictivo pueda ironizar el mismo, generando un autodistanciamiento de dicho disparador y de esta forma un monitoreo y regulación del mismo.

El entrenamiento en reestructuración cognitiva - humorística debe ser intenso, de tal manera que al finalizar el programa de tratamiento, la herramienta haya sido interiorizada y pueda usarse solamente en el ámbito mental, en cuestión de segundos y sin la escritura de los pensamientos.

Vale la pena mencionar que en personas que presentan rasgos de personalidad antisocial, es recomendable utilizar la reestructuración cognitiva – humorística tiempo después de la realización de otros mecanismos de reestructuración y con varios meses de iniciado el tratamiento, ya que podría ser contraproducente y fomentar la problemática.

Finalmente, es recomendable que dicho entrenamiento sea supervisado directamente por el terapeuta, pues algunas reestructuraciones (sobretudo en

principio) no se realizan de manera adecuada y serían contraproducentes. De esta forma, cada pensamiento es firmado por el terapeuta de turno en el momento de la reestructuración, evaluando la pertinencia del mismo o en su defecto acompañado por una nueva reestructuración. Adicional a lo anterior, hay un terapeuta o cooterapeuta responsable de realizar el seguimiento semanal de los registros de pensamiento, para determinar de esta manera la viabilidad del mecanismo para algunas personas y la necesidad de otro estilo para otros.

De igual forma, la reestructuración cognitiva - humorística ha sido de gran utilidad en el trabajo de pensamientos paralelos a la adicción (agresividad, falta de responsabilidad, victimización, visión de túnel...)

f. Diario Terapéutico: El diario terapéutico es un espacio de reflexión privado y personal utilizable como medio de desahogo y autoevaluación. Es un elemento autónomo en el cual ningún miembro del sistema terapéutico tiene acceso sin el previo consentimiento del paciente. El diario desarrolla las siguientes preguntas:

- ¿Qué aprendí hoy?.
- ¿Qué oportunidades de aprendizaje desaproveché hoy?.
- ¿En qué retrocedí hoy?.
- ¿Qué necesidades tengo para mañana?.
- ¿Cuál es mi compromiso?.
- ¿Cuáles fueron mis sentimientos hoy?.

El diario es escrito por el paciente durante el día o al finalizar el mismo, siendo revisado (no leído) por el terapeuta de turno al inicio del día siguiente. El terapeuta responsable es en primera opción la persona indicada para solicitar una posible lectura del diario.

9.9.2. Trabajo grupal

El trabajo grupal que se lleva a cabo como plan diario de actividades; cada uno de los grupos cuenta con objetivos terapéuticos que hacen viable la recuperación. Las metodologías grupales desarrolladas pueden dividirse en cuatro:

- a. Grupos adaptados y derivados de las Comunidades Terapéuticas tradicionales.
- b. Grupos adaptados y derivados de los Programas de Doce Pasos.
- c. Grupos de Logoterapia.
- d. Grupos estructurados.

a. Grupos Adaptados y Derivados de las Comunidades Terapéuticas:

Grupos de orientación y Auto orientación:

- Encuentro y reencuentro de dificultades.
- Encuentro y reencuentro de logros.
- Encuentro y reencuentro de herramientas.

Procedimientos Grupo Reencuentro o Encuentro:

- Objetivos: Identificar, cuestionar y orientar comportamientos.
- Responsable: Terapeuta de turno.
- Descripción del Procedimiento:
 1. Buenas tardes.
 2. Oración de la Serenidad.
 3. Informe de asistencia.
 4. Autoorientaciones u orientaciones.
 5. Orientaciones del terapeuta.

Los grupos de encuentro y reencuentro se derivan de los clásicos encuentros de la mañana llevados a cabo en las Comunidades Terapéuticas; en ellos se hacen los señalamientos u orientaciones necesarias para el buen funcionamiento de la casa. La diferencia entre los encuentros y reencuentros radica en que los primeros hacen referencia a la confrontación de dificultades, logros o herramientas procedimentales que se hacen mutuamente los miembros del programa de recuperación, regulando el sistema y colaborándose entre sí con sus compañeros; mientras que los de reencuentro se manejan de la misma manera, solo que las orientaciones que se ejecutan son autoorientaciones en donde se reconoce ente el grupo los logros, dificultades o herramientas que se están utilizando, brindándose las alternativas pertinentes al proceso, los tipos de encuentro o reencuentro (dificultades, logros y herramientas) son seleccionados en la reunión técnica dependiendo de las características históricas del sistema; de esta forma, se recomiendan los reencuentros cuando se estima conveniente aumentar la autoconciencia de los miembros de la Comunidad, o cuando se espera disminuir las tensiones emocionales existentes dentro del sistema; así mismo, se preferirán los encuentros cuando se espera disminuir las tensiones emocionales existentes dentro del sistema; de esta manera, se preferirán los encuentros cuando se espera aumentar la sensación de ayuda mutua o el aumento de la tensión emocional dentro del sistema previendo que la Comunidad de sea fecunda para el momento por el que atraviesa la Comunidad.

Encuentro y reencuentro de dificultades: Los encuentros o reencuentros de dificultad buscan aumentar la conciencia acerca de las dificultades o comportamientos que impiden, dificultan o expresan necesidades de cambio.

Encuentro y reencuentro de logros: Los encuentros o reencuentros de logros buscan posicionar los cambios alcanzados y reforzar los comportamientos útiles para el cambio.

Encuentro o reencuentro de herramientas: Los encuentros o reencuentros de herramientas buscan asociar acciones llevadas dentro del programa con la posible realidad a experimentar fuera del mismo, generando de esta manera una mayor apropiación y sensación de autoeficacia frente al cambio buscado. Estos encuentros se recomiendan cuando un gran porcentaje de los miembros del programa se encuentran en las últimas fases del mismo.

Las orientaciones o autoorientaciones son escritas con antelación al grupo en la tabla de encuentros de tal forma que las mismas son evaluadas por el terapeuta de turno, evitando de esta manera el aumento de enganches emocionales o agresiones sutiles por parte de los pacientes en proceso, o si se considera adecuado, permitiendo que se den los mismos, para la evaluación de lo acontecido o el trabajo de los miembros involucrados.

Grupos de ayuda mutua:

Grupos de Empeños o Compromisos: Este grupo busca el empoderamiento del paciente y de la Comunidad frente al proceso de cambio desarrollado; a través del mismo los participantes se asignan pequeñas metas que colaboren en su proceso de cambio, siendo ellos mismos y la Comunidad en general quienes ejercen la veeduría de tales compromisos.

Grupo de Confrontación Directa: El grupo de confrontación directa como su nombre lo indica, es un espacio de trabajo para confrontar la situación vital del paciente en proceso, utilizando para el desarrollo del mismo diferentes técnicas

de confrontación que no necesariamente tienen que ver con la intimidación y agresión llevada a cabo por muchos programas que utilizan “supuestas técnicas de confrontación”, sino más bien adaptan los procedimientos a las necesidades y características de personalidad del paciente a confrontar, buscando cumplir los objetivos trazados por el grupo. La confrontación directa es llevada por los consultantes en proceso, así como por los terapeutas participantes. La elección del paciente que se confrontará es hecha por el equipo terapéutico en reunión técnica o por la Comunidad en sesión grupal; sin embargo, puede permitirse (como suele suceder) que sea el mismo paciente quien solicite ser él el confrontado.

Procedimiento Grupo de Empeños o Compromisos:

- Objetivos: Empoderar a los pacientes en su proceso terapéutico y aumentar el nivel de autorregulación comportamental.
- Responsable: Terapeuta de turno.
- Descripción del Procedimiento:
 1. Saludo
 2. Oración de la Serenidad
 3. Evaluación de los empeños anteriores (Autoevaluación y evaluación grupal).
 4. Evaluación y selección del empeño grupal.

Procedimiento Grupo de Ayuda Directa:

- Objetivos: Aumentar el nivel de concienciación del consultante en proceso y generar y construir comunitariamente alternativas de afrontamiento ante los comportamientos.
- Requisitos: Previo ingreso al tratamiento integral de recuperación de adicciones.

- Responsable: Terapeuta de turno.
- Descripción del Procedimiento:
 1. Saludo.
 2. Explicación del grupo.
 3. Proceso de intervención.
 4. Solicitudes de ayuda.
 5. Confrontación.
 6. Cierre.
 7. Medidas de Seguridad y Control.
 8. Adecuado registro el procedimiento.
 9. Cuidados de bioseguridad propios del procedimiento.

Grupo de expresión de sentimientos: El grupo de expresión de sentimientos busca aprender a expresar asertivamente los diferentes sentimientos que surgen en la convivencia cotidiana, bien sea entre los miembros en la comunidad general (terapeutas, coterapeutas, consultantes...) o con personas externas que sin estar presentes físicamente sí lo hacen emocionalmente. En el grupo pueden utilizarse técnicas de tipo gestáltico, corporales o de focusing, intentando facilitar la expresión emocional y enseñando en simultaneo la asertividad pertinente. En el grupo, los pacientes en proceso se expresan los sentimientos experimentados durante los días anteriores, evitando agredir o culpabilizar al otro por lo que le sucede emocionalmente, buscando la comunicación asertiva y el desahogo emocional.

Procedimiento Grupo de Expresión de sentimientos:

- Objetivos: Aprender a expresar asertivamente los diferentes sentimientos que surgen en el proceso de recuperación y reducir la tensión y el estrés grupal a través de la tolerancia y la aceptación del otro.

- Responsable: terapeuta de turno.
- Descripción del procedimiento:
 1. Saludo.
 2. Pre-expresión.
 3. Oración de la Serenidad.
 4. Explicación de normas.
 5. Expresión de sentimientos.
 6. Ronda de abrazos o actividad lúdica (opcional).

Grupos Adaptados y Derivados de los Doce Pasos:

Grupo del Sólo por Hoy: A partir de los programas de doce pasos se construyó el grupo del sólo por hoy como un espacio de reflexión vivencial, en donde las situaciones vitales expresadas por los participantes y la lectura reflexiva de los temas propuestos para el diario vivir en los textos de Narcóticos Anónimos, se conjugan en un espacio que fomenta la unidad y el apoyo grupal. El grupo del sólo por hoy fomenta la concepción de grupo de ayuda mutua en donde tras el compartir de los participantes se reciben otras alternativas por parte de los demás miembros del grupo.

Procedimiento: Grupo del Sólo por Hoy:

- Objetivos: Reflexionar con base en las meditaciones diarias de Narcóticos Anónimos.
- Responsable: terapeuta de turno.
- Descripción del procedimiento:
 1. Saludo.
 2. Oración de la Serenidad.
 3. Lectura de la reflexión diaria.

4. Intervenciones del grupo.
5. Alternativas del grupo.
6. Oración de la Serenidad.

Medidas de Seguridad y Control:

- Adecuado registro el procedimiento.
- Cuidados de bioseguridad propios del procedimiento.

Grupos de Logoterapia: La modalidad de Logoterapia de grupo es una modalidad que poco a poco se ha venido imponiendo en Latinoamérica, siendo ya decenas de programas los que han tomado para enriquecer sus procedimientos.

Grupo del Suprasentido: El grupo del suprasentido tiene como objetivo primordial mejorar el contacto consciente con un Poder Superior, independientemente de la concepción religiosa que se le dé. Se desarrolla con base en el análisis de las experiencias cumbres, místicas o de iluminación que se han dado en la vida de los asistentes, de igual forma se incluyen lecturas relacionadas con el Poder Superior. En ocasiones y de forma opcional para cada participante, se cierra el grupo con la plegaria a la vida, a Dios o a la concepción individual de quien propone la oración.

Grupo de reflexión: Con base en el trabajo desarrollado por la psicóloga alemana Elizabeth Lukas, se desarrolla el grupo de de - reflexión con el objetivo primordial de contrarrestar la hiper - reflexión⁷⁹ y la preocupación excesiva por el propio malestar. El grupo de de - reflexión consiste en la ideación, creación o recuerdo de eventos positivos o felices para los participantes; en su desarrollo

⁷⁹ Reflexión excesiva y constante en torno a uno mismo o a su propio malestar.

se hablan de las huellas de sentido de cada paciente y sobretodo de la alegría propia o ajena que ha colaborado en regalarle a la vida unos momentos felices.

Grupo del Sentido: El grupo del sentido es pieza clave dentro de nuestro abordaje logoterapéutico; en él se enseñan, ejemplifican y relacionan los conceptos de la filosofía Frankliana con la adicción. El grupo del sentido ubica y construye un discurso dentro de los pacientes, facilitando el movimiento de saberes existenciales a través de las dificultades cotidianas. El trabajo desarrollado en el grupo del sentido no es de uso exclusivamente grupal, pues cada modulo de aplicación viene acompañado por un trabajo esclarecedor que personaliza y relaciona los conceptos logoterapéuticos con la vida individual del paciente; por ello, la aplicación de las guías también puede desarrollarse en la consulta individual, aunque de esta forma el enriquecimiento existencial se vea disminuido.

Grupo Existencial: Como parte de la Red Existencial, los grupos existenciales propenden por la comprensión didáctica y aprehensiva de aspectos existenciales como la temporalidad del ser humano, el sentido último, el significado del sufrimiento y de la vida, entre otros. A través de él se analizan cuentos y frases encaminados específicamente hacia la comprensión de los objetivos del grupo. Los participantes a esta actividad son los encargados de organizar, planificar y realizar las misiones existenciales, otorgando a los pacientes una sana de - reflexión y diversas oportunidades de encontrar sentido por medio de la ayuda al prójimo.

Grupo de Cuentería: El grupo de cuentería es un espacio de intervención desarrollado con la intención de esclarecer el panorama existencial del paciente en proceso y facilitar la expresión de lo noético a través del autodescubrimiento y desbloqueo de dicha dimensión. El inconsciente espiritual es

obligadamente inconsciente; sin embargo, puede manifestarse y/o develarse a través de estrategias que faciliten la expresión del contenido espiritual reprimido y de esta forma su actualización. El grupo busca básicamente que las personas asuman la responsabilidad sobre la autobiografía que cada cual ha escrito y que a partir de allí, puedan actualizarse los recursos espirituales para modificar la autobiografía que sigue en construcción. De igual forma, se busca facilitar la expresión de la libertad de la voluntad, la disminución de la ceguera axiológica y el esclarecimiento de posibilidades de sentido, así como la profilaxis del sufrimiento.

d. Grupos Estructurados

- Grupo de prevención de Recaídas.
- Grupos temáticos de adicciones.
- Grupos temáticos generales.
- Grupo confidencial.
- Grupo profundo de expresión de sentimientos.
- Grupo de expresión de sentimientos a través del arte.
- Grupo de autoconcepto.
- Otros grupos.

Grupo de Prevención de Recaídas: El grupo de prevención de recaídas combina los recursos terapéuticos de la Logoterapia y la psicoterapia cognitiva para abrir espacios en donde el autodistanciamiento de la persona en recuperación, le permite verse en situación de riesgo e identificar sus propios procesos de recaída para motivarse en la adquisición de estrategias de afrontamiento adecuadas para el manejo de situaciones de alto riesgo. El grupo de prevención de recaídas se desarrolla con los pacientes y con sus familias, estructurando un ciclo de grupos para los pacientes en proceso y un ciclo de

grupos especiales en donde participan las familias junto con los pacientes. Todos los grupos están conformados por una capacitación teórica y por una intervención práctica a través de juego de roles, puesta en escena, reestructuración de pensamientos, metáforas u otras técnicas.

- Procedimiento: Grupo de Prevención de Recaídas.
- Objetivos: Prevenir la reincidencia en el consumo de SPA a través de la adquisición de estilos de afrontamiento para situaciones de alto riesgo e identificar los diferentes procesos de recaída y los factores de riesgo precipitantes del consumo de SPA.
- Responsable: Terapeuta de turno.
- Descripción del Procedimiento:
 1. Saludo.
 2. Explicación del grupo.
 3. Exposición del tema.
 4. Proceso de intervención.
 5. Evaluación y discusión grupal.

9.9.3. Procesos en terapias de familia

Es importante resaltar la necesidad de iniciar en principio con un proceso de adaptación en el ámbito informativo y después continuar con un abordaje de tipo estructural, para finalmente considerar otras corrientes.

Dentro de los grupos multifamiliares encontramos estrategias como:

- Entrenamiento en habilidades familiares.
- Entrenamiento en resolución de conflictos.
- Grupo mixto de prevención de recaídas.
- Grupo de apoyo coda y alanon.

La propuesta está orientada en la Terapia Familiar desde la perspectiva constructivista y logoterapéutica. Esto significa que se parte de las siguientes premisas:

- Cuando existen cambios en una de las partes del sistema, de alguna manera todo el sistema familiar se ve afectado.
- La familia se define a partir de las relaciones entre sus miembros.
- Son más importantes los recursos de la familia que las carencias, si queremos inducir cambios en ella.
- Algunas sintomatologías en un miembro de la familia son mantenidas por la pauta relacional entre sus miembros.
- Una pauta adictiva generalmente –aunque no siempre- está mediada por relaciones de codependencia.
- La familia es la protagonista de sus proceso y por lo tanto puede tomar decisiones sobre él, asumir responsabilidades, compromisos y establecer acuerdos con el terapeuta.
- La intervención terapéutica con cada familia es particular y conduce a procesos y a ritmos diferentes, aunque se mantienen algunos lineamientos como:
- La intervención en crisis es el primer abordaje que se realiza con las familias que llegan al programa, debido a la ruptura que se presenta en su organización al conocer la existencia de la adicción en uno o varios de sus miembros.
- El Enganche de la familia es básico para que se vincule al programa de recuperación y reconozca que el problema también es de ellos.

- Los movimientos sistémicos de descentramiento del síntoma son contraproducentes en las primeras semanas.
- El reconocimiento de los problemas familiares no debe desvirtuar el problema de adicción de uno de sus miembros.
- El Encuadre es la definición del contexto y al acuerdo de las reglas de juego con las que se va a realizar el proceso terapéutico.
- Los Objetivos y las Metas terapéuticas deben ser acordadas con el grupo familiar, cambiando a medida que avanza el proceso.
- Las Hipótesis son las premisas que moviliza el terapeuta con respecto a la estructura y funcionamiento del sistema familiar y que cambian de acuerdo con el proceso.
- Las Estrategias y las Técnicas son las herramientas de intervención que define y utiliza el terapeuta para movilizar el proceso de cambio, manteniendo el respeto por la individualidad de la familia y los objetivos planteados para cada sesión.
- La Evaluación del proceso debe realizarse constantemente, sesión por sesión y por supuesto al final. En ella deben involucrarse todas las partes, y de acuerdo con ella definir y hacer ajustes.
- El Cierre del proceso se acuerda entre las partes tomando en cuenta el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.
- El Seguimiento de las familias permite evaluar el impacto de las intervenciones y el mantenimiento de los cambios que aparecieron en el proceso, así como enfrentar los niveles de ansiedad generados por la finalización del programa.

9.9.4. Aspectos de la intervención en familia

Intervención Específica Situacional: Esta intervención consiste en encuentros de familia en donde se comunican aspectos de relevancia para el proceso, durante este se exponen:

- Vida del pasado e historia de consumo.
- Formas de manipular.
- Dificultades de la familia.

Las actividades son llevadas a cabo siempre y cuando las mismas no sean contraproducentes para el proceso terapéutico.

Asambleas Familiares: Las asambleas son espacios de comunicación familiar en donde se desarrollan temas específicos asignados por el equipo terapéutico a cada familia en particular.

Terapia Familiar Individual: Durante la primera etapa se debe realizar el plan de tratamiento familiar, organizando las primeras sesiones que se enfocan al planteamiento de hipótesis y lectura del sistema familiar. De la lectura realizada se ubica un mapa familiar o el genograma de la misma.

9.9.5. Estrategias de terapia familiar

Grupos Multifamiliares: Desde la perspectiva ecosistémica incluyendo el trabajo en red, se realiza con las familias que participan en su proceso de recuperación, un grupo terapéutico multifamiliar cada semana, buscando hacer la invitación a pensar en red, es decir a enriquecer la habilidad de cada persona para ver el conjunto, relacionar las producciones sociales y la subjetividad que en ellos se despliega y pensar desde la complejidad.

La intervención multifamiliar implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo, debido a que es un sistema abierto que a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes, posibilita el fortalecimiento de los recursos que poseen. En otros términos, los diversos aprendizajes que una persona realiza, se potencian cuando son socialmente compartidos en busca de solucionar un problema común.

a. Conformación y Estructura

Anteriormente se había mencionado que el trabajo con multifamilias se realiza a través de un sistema abierto; pues bien, como es un abordaje permanente, cada familia ingresa al grupo ya conformado en el momento de iniciar su proceso de recuperación, desconociendo el tipo de trabajo que se va a realizar, generando desconfianza y temor al tener que compartir sus historias de vida, conflictos y emociones; situación que cambia al encontrar que su problemática común en este caso ya está definida (las adicciones).

Como toda intervención terapéutica, se debe establecer el encuadre, es decir, las reglas de juego en las que debe primar el respeto por el otro; no se debe juzgar, se debe pedir la palabra, se debe tener el compromiso de escuchar y de participar activamente y en lo posible no faltar a los encuentros durante el tiempo que dura el proceso de recuperación familiar.

b. Funcionamiento y Consolidación

El éxito del proceso multifamiliar depende de una construcción de red de solidaridad en donde el terapeuta pasa a segundo plano, constituyéndose en un facilitador y canalizador de procesos. El contexto debe ser un ambiente seguro, de acogida emocional, de aprendizaje mutuo, en donde los participantes más antiguos conduzcan el proceso de los demás.

A pesar de existir una problemática común, las temáticas de los encuentros se definen a partir de las necesidades del proceso grupal e individual familiar.

9.9.6. Intervención familiar

Entrenamiento en Habilidades Familiares (E.H.F.): Dicho entrenamiento es parte fundamental dentro de la recuperación familiar y la prevención de eventos estresores predisponentes al proceso de recaída. El E.H.F. consiste en un reconocimiento social de una habilidad familiar, dramatizada por una familia (incluyendo el adicto en recuperación) que no la posea. Ej. La familia Hernández tiene problemas para asumir los roles que corresponden a cada miembro; así que esta familia es seleccionada para realizar un dramatizado titulado “Una familia que tenía claro sus roles y los utilizaba adecuadamente”.

Entrenamiento en Resolución de Conflictos (E.R.C.): Este entrenamiento consiste en la proyección, adecuación y vivencia de posibles conflictos familiares y de sus respectivas conciliaciones. Este trabajo es llevado a cabo tanto por la familia como por el adicto en recuperación.

9.10. ASPECTOS FINALES DE LA PROPUESTA

La adolescencia, como ya se ha dicho, resulta ser una de las etapas más paradigmáticas de la vida de cualquier individuo, y si a esto agregamos un factor condicionante que a su vez resulte problemático, como lo es el problema de la adicción a las drogas, esto es la fármacodependencia, este periodo evolutivo del hombre se convierte en un verdadero limitante a las pretensiones individuales de cada sujeto.

Al representar la adicción una situación de tan difícil abordaje para el adolescente, se requieren de igual forma, herramientas y estrategias que posibiliten un tratamiento eficaz y efectivo en el paciente; pero no son simples estrategias y herramientas comunes las que deben emplearse en este tipo de tratamientos; son ante todo estrategias y herramientas fundadas sobre un componente logoterapéutico, que desde una perspectiva humanista, permitan una intervención menos traumática para el adolescente, y por demás, más efectiva.

Así las cosas, la anterior propuesta es el resultado del abordaje terapéutico realizado por diferentes entidades como el Colectivo Aquí y Ahora, La Fundación Génesis de Colombia y los programas de Alcohólicos y Narcóticos Anónimos. Se han retomado parte de las propuestas hechas por estos diferentes enfoques para configurar la propuesta de tratamiento para Adolescentes en La Comunidad Terapéutica de las Palmas del municipio de Envigado.

10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

- Se tuvo en cuenta la Resolución 8430 de 1994 del Ministerio de Salud, la cual nos exige, al trabajar con seres humanos, brindarles confiabilidad y anonimato con respecto a los resultados divulgados.
- Se aplicó el Código de Ética del Psicólogo⁸⁰ en los aspectos que tienen que ver con prescripciones para la investigación con seres humanos.
- Se brindó la posibilidad al evaluado de retirarse, en el momento que él lo decida, de la evaluación.
- Como referente fundamental se tuvo también el Nuevo Código de la Infancia y la Adolescencia, el cual establece diferentes disposiciones para proteger a niños, niñas y adolescentes de diversas clases de delitos, especialmente en lo atinente a la protección de niños, niñas y adolescentes frente a la fármacodependencia.

⁸⁰ CÓDIGO ÉTICO DEL PSICÓLOGO. (En Internet)
http://www.infopsicologica.com/documentos/codigo_de_etica.doc

11. CONCLUSIONES

- El abordaje logoterapéutico de la adicción a las drogas, permite un trabajo mancomunado, que no sólo incluye al terapeuta y al paciente, sino también al entorno familiar de este último; esto permite que el trabajo que se desarrolla no sólo busque cambios y metas en el paciente como tal, sino en todo su entorno. La relevancia de este mecanismo terapéutico sienta un precedente respecto a las terapias conductistas para el tratamiento de la fármacodependencia, pues no deja sólo al paciente y al terapeuta con una problemática a resolver; por el contrario, pone a trabajar a todo el círculo familiar, y por qué no, social, del paciente; perspectiva ésta desde la cual se ve al problema de la fármacodependencia como un asunto en el que todos los miembros de la sociedad (en especial, el grupo social cercano al paciente) debe trabajar de manera unida y permanente, para rescatar a un individuo de una situación fáctica en la que se ha perdido la autoestima y se atenta claramente contra la salud física y mental.
- Como bien se sabe, la fármacodependencia, entendida en sí misma como una enfermedad, es incurable; el adicto a las drogas, en cualquier circunstancia o en cualquier momento de su proceso de tratamiento, puede recaer en el uso y consumo de psicofármacos, y ésta es una realidad inherente al trabajo con pacientes adictos a las drogas. Por lo tanto, desde esta perspectiva, la Logoterapia no puede llegarse a considerar como una herramienta terapéutica que asegure la total, efectiva y permanente curación del individuo. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la Logoterapia como tal, al procurar un proceso de tratamiento inclusivo, en el que toman partida el terapeuta, el paciente, la familia del paciente y hasta los grupos de

apoyo, puede ofrecer muchas más ventajas que otras alternativas de tratamiento, pues no deja al individuo sólo con su problema, tratando una de las raíces esenciales de la causa de la fármacodependencia, el vacío y la alteración del sentido de vida, según esto es necesario poner a trabajar un grupo multidisciplinario para la problemática en cuestión.

- Los mecanismos conductistas para el tratamiento de la fármacodependencia empleados en la Comunidad Terapéutica Las Palmas del municipio de Envigado, se desarrollan en torno a un proceso inquisitivo, en donde el paciente es enfrentado con su problemática y se busca que él mismo, a través de una serie de estímulos, reaccione de manera adversa frente a las drogas. La Logoterapia, por su parte, puede aportarles herramientas menos agresivas e invasivas, pues posibilita el acompañamiento de la familia, y ante todo, rescata los valores humanos del individuo, los cuales se afectan con el consumo de los fármacos. Por lo tanto su énfasis es el libre albedrío, la autonomía la responsabilidad y el ejercicio de la libertad.
- Una de las grandes ventajas que se hace manifiesta el tratamiento logoterapéutico de la adicción a las drogas, radica en el hecho en que ésta implica un periodo de abordaje de la enfermedad, mucho menos que otras estrategias de tratamiento; esto, en términos de costos, tiempo, material y personal, implica una reducción significativa de los recursos empleados en el tratamiento de las adicciones, y permite una reincorporación a la sociedad mucho más rápida y efectiva, por lo que él adicto tendrá un proceso acelerado de recuperación de la autoestima, al contar con el reconocimiento familiar de los logros alcanzados y al sentirse útil nuevamente para la sociedad. También reduce el no tan deseable efecto de identificación a la Institución en términos de apego, ideales o de dirección de conciencia.

- Por otro lado, de acuerdo al numeral 3 del artículo 20 del Código de la Infancia y la Adolescencia, los niños, las niñas y los adolescentes serán protegidos contra: el consumo de tabaco, SPA, estupefacientes o alcohólicas y la utilización de las mismas. Sin embargo, dicha protección no resulta tan verificable en esta población, y menos aún en la población adolescente, ya que a pesar de la preexistencia de la normativa, los programas gubernamentales y privados de real y efectiva acción frente a la fármacodependencia, no consiguen los resultados que deberían darse, tales como la disminución ostensible del número de adolescentes con dificultades de adicción (cifras éstas que van en aumento).
- Desde la perspectiva de la Logoterapia, a los adolescentes con problemas de fármacodependencia es óptimo brindar un ambiente de Comunidad Terapéutica basado en un programa altamente estructurado y pensado para tratar los aspectos emocionales, conductuales, familiares, éticos, morales, legales, laborales, sociales y de aprendizaje del paciente; enfatizándose en la contención y abstinencia de SPA, autoayuda y crecimiento personal, brindado por el equipo interdisciplinario especializado en fármacodependencia.
- En estos términos, la perspectiva logoterapéutica de las adicciones nos remite a entender al adicto adolescente, no sólo como un paciente que requiere de intervención externa, sino como un verdadero ser humano que requiere readaptarse a su ámbito humano. El fármacodependiente, por el hecho de adolecer de una enfermedad o trastorno adictivo, no deja de ser un ser humano, y es precisamente en este hecho fundamental en donde radica la importancia de la presente propuesta.

- Este modelo de trabajo ha integrado bajo un marco epistemológico y antropológico definido, el cual se podría implementar dentro del modelo terapéutico de la Comunidad Terapéutica de las Palmas del municipio Envigado, con una serie de procesos y procedimientos que facilitan la recuperación de personas con problemas de adicción y en general, problemas de tipo psicológico y existencial. El trabajo es un proceso creativo, vivencial, filosófico, psicológico, físico, social, familiar, espiritual, afectivo, honesto y responsable.
- La principal dificultad con la Logoterapia resulta del hecho de que ésta no es vista con propiedad en los círculos científicos de la psicología. La Logoterapia no puede ser vista como un tratamiento alternativo frente a la problemática de fármacodependencia, sino como un modelo de tratamiento estricto con todos sus méritos y efectividad tanto en adolescentes como en adultos ya que la Logoterapia se funda sobre bases de carácter antropológico, sociológico y hasta teológico, no por ello es ajeno este tratamiento a una contextualización psicológica y psico-social, pues de dicho contexto toma los elementos científicos que le permiten a este modelo de tratamiento ser efectivo en la población adolescente con problemas de fármacodependencia.

12. RECOMENDACIONES

- Es aconsejable, que en la Comunidad Terapéutica Las Palmas del municipio de Envigado, se desarrollen procesos de tratamiento logoterapéutico dirigidos a una población específica de la comunidad, es decir, que el trabajo terapéutico efectuado con los adolescentes y los jóvenes, se haga de manera separada al tratamiento que se ejecuta con la población adulta (mayores de 18 años), ya que las condiciones psicológicas, sociales y culturales de cada uno de estos sectores de la población residente, no sólo son diferentes, sino que a la vez, el modo en el que debe impartirse el tratamiento también difiere, en el sentido en que la población objetivo cuenta con una idiosincrasia y madurez muy distinta a la de los adultos.
- Si bien esta investigación se desarrolla en torno a la población adolescente con problemas de fármacodependencia, no sobra la aplicación de la misma en otro sector poblacional igual o más vulnerable, como son los niños. Tanto niños como adolescentes son la población con mayor ingreso y mayor índice de recaídas en los procesos de tratamiento, de ahí que la propuesta aquí diseñada, pueda acoger a población infantil con problemas de fármacodependencia, aunque para ello habría que tener en cuenta que un amplio porcentaje de los niños consumidores de algún tipo de SPA, se encuentran en situación de calle, para lo cual, el trabajo a implementar, debería incluir la participación de un equipo interdisciplinario, pues muchos de estos niños no tienen un grupo o referente familiar que pueda servir de apoyo en el trabajo logoterapéutico.

- Al considerarse la psicología como un saber científico, no por ello han de obviarse las herramientas de carácter metafísico que se proponen desde la óptica de la Logoterapia; es decir, el ámbito espiritual, el apoyo moral, la oración, etc., ocupan un espacio dentro de este proceso psicoterapéutico, por lo cual, el terapeuta como tal, debe tenerlos en cuenta en su haber y su hacer profesional, al momento de implementar el proceso en un individuo o comunidad fármacodependiente determinada.

BIBLIOGRAFÍA

ACEVEDO, G. El modo humano de enfermar. B. Aires Ed. FAL. 1985. P. 124

ACEVEDO, G. La búsqueda de sentido y su efecto terapéutico. B. Aires. Ed. FAL. P. 98-99

ALEJO ALEJO, Henry. Educación superior y drogas. Tomo 1. Pág. I. (No tiene dato editorial).

ALEXANDER, F., T. Psychoanalytic therapy: Principles and applications. New York: Ronald Press. 1946

AVENDAÑO PABÓN, Mauricio. El libro de las drogas. Manual para la familia. Presidencia de la República de Colombia. Ed. Carrera Séptima. p. 231.

BAILLY. Dictionaire Grec-francaise. (26 ed.) Librairie Hachette. Citado por: Noblejas, M.A. Logoterapia: Fundamentos, principios y aplicación. Una experiencia de evaluación del logro interior de sentido. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de educación.

BECK Y COLS. Terapia Cognitiva de las farmacodependencias. México: Ed. Paidós, 1999.

BROWN, Howard. Tools for the logotherapist: A twelve-step spiritual inventory. En: The International forum for logotherapy. 1993.

CANTU, F.A. "Simposium sobre Adicciones", Cuernavaca, Morelos, México, junio de 1998.

CAVEF. El sentido de la vida. B.Aires. Ed. CAVEF. Mod. 7.

CHRISTO, G. y FRANEY, C. Cognitive behavioral interventions for relapse prevention. Unit 10. Inglaterra: Publicación de Universidad de Londres, Imperial College of Science, Technology and Medicine. 1998.

DIPLOMADO EN CONSEJERIA DE FARMACODEPENDENCIAS.
UNIVERSIDAD SAN BUENAVENTURA Y FUNDACION HOGARES CLARET.
Pag. 83. Sin dato editorial.

ELLIS Y COLS. Terapia Racional Emotiva con alcohólicos y toxicómanos.
México: Ed. DDB, 2000.

FRANKL, V. La voluntad de sentido. Barcelona: Ed. Herder. 1994.

FRANKL, V. Logoterapia y análisis existencial. Barcelona: Ed. Herder, 1994.

GARCIA JURADO, A. "Modalidades de Intervención Terapéutica en Farmacodependencia" Compendio de Farmacodependencia y Alcoholismo, N° 15. Departamento de Toxicología. Ed. Hospital Universitario San Vicente de Paul. Medellín, 1994.

HAINES, Patricia. Addiction recovery: Transcending the existencial root of relapse. En: The International Forum for logotherapy. 1997.

INSTITUTO NACIONAL CONTRA LA DROGADICCIÓN, Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-based Guide, Institutos Nacionales de Salud (Washington, D.C.), 1999. (En Internet) <http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODATindex.html>.

LUKAS, Elizabeth. Psicoterapia en dignidad. B. Aires. Ed. Sn. Pablo. 1995.

MARTÍNEZ, E. Orientación científica y filosófica de la logoterapia, Buenos Aires: Trabajo presentado a la cátedra abierta Víctor Emil Frankl.

MARTÍNEZ, E. Evitando la adicción: Guía para padres y educadores. Bogotá. Ed. CAA. 2000.

MARTÍNEZ, E. Logoterapia: Una alternativa ante la frustración existencial y las adicciones. Ed. CAA. Bogotá. 1999.

MARTÍNEZ, Efrén. Abordaje logoterapéutico de las fármacodependencias. Ponencia presentada en el primer congreso mexicano de logoterapia. México: FCE, 2000.

MARTÍNEZ, Efrén. Sentido y recuperación: Del nihilismo de la adicción activa a una vida llena de sentido. En: Revista Mexicana de Logoterapia. N. 3. Primavera. México. 2000.

MAXWELL, Jones. Psiquiatría Social: Un estudio sobre Comunidades Terapéuticas.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1315 de 2006.

NACIONES UNIDAS, Treaty Series, vol. 1019, num. 14956.

NIDA – NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (2001). Principios de tratamientos para la drogadicción: una guía basada en investigaciones. NIH Publication No. 01-4180(S) Keer, D.H. (1986). Therapeutic community: a codified concept. En: De Leon G. & Ziegenfluss, J. (eds) Therapeutic communities for addictions.

NIDA – NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. Principios de tratamientos para la drogadicción: una guía basada en investigaciones. NIH Publication No. 01-4180(S), 2001.

NTA – NATIONAL TREATMENT AGENCY. Models of care for treatment of adult drug misusers: Part 2 full reference report. Londres: Department of Health/ National Treatment Agency. 2002.

PROGRAMA DE ASESORAMIENTO SOBRE DROGAS DEL PLAN DE COLOMBO, Best Practices in Drug Abuse Treatment and Rehabilitation in Asia. A Guidebook (Colombo, 2002).

SERIE DE INFORMES TÉCNICOS DE LA OMS. 30º informe del Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia., num. 873.

TIMS, F., Drug Abuse Treatment Effectiveness and Cost-Effectiveness. Rockville, Maryland: Instituto Nacional contra la Drogadicción, 1995.

TOON P. y LYNCH. R. Changes in therapeutic communities in the UK. En Heroin Addiction and Drug Policy – The British System. Strang J. & Gossop M. (eds). Oxford University Press. 1994.

WALTERS, Glenn. *The lifestyle approach to substance abuse*. En: The International forum for logotherapy. 1993.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION . Costs and effects of treatment for psychoactive substance use disorders: a framework for evaluation. 1996. WHO/PSA/96.18.

ZAPATA V., Mario Alberto y SEGURA CARDONA, Ángela María. Consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados del departamento de Antioquia: Investigación comparativa 2003-2007. Medellín: CARISMA, 2007. 123 p.

ANEXOS

Anexo A. Contrato terapéutico

Es un documento legal firmado por los acudientes y el usuario para aclarar las obligaciones contractuales del tratamiento de los usuarios y de la institución durante el proceso terapéutico al que se va a ingresar la persona.

CONTRATO TERAPÉUTICO EN PROCESOS DE INTERNADO

Yo, _____, identificado con documento de identidad No. de _____, en pleno uso de mis facultades y sin ningún tipo de presión, me comprometo ante Dios, mi familia, el programa de recuperación y yo mismo, a cumplir a cabalidad las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA: ACERCA DE LAS NORMAS QUE FACILITAN LA RECUPERACIÓN: No saldré solo, bajo ninguna circunstancia a la calle, no hablaré por teléfono sin autorización del programa, me bañaré dos veces al día, no comeré a deshoras, no me ausentaré de mi programa sin autorización, no comeré chicle, no usaré colonia, no me encerraré en mi cuarto, no me revolveré en mi pasado, llegaré puntual a las actividades, no escucharé música sin hacer ninguna actividad anexa, no veré más de un programa de televisión libre de sexo y drogas y no recibiré visitas ni mantendré contacto con personas que no asistan al programa. Respetaré los horarios de sueño.

CLÁUSULA SEGUNDA: ACERCA DE LAS RESPONSABILIDADES FRENTE A LA RECUPERACIÓN: Realizaré el diario terapéutico, el registro de ansiedades, las orientaciones, las experiencias educativas, las asambleas familiares, los

empeños y todas aquellas actividades que organiza la institución en pro de la recuperación. De igual forma, me encargaré de mis necesidades hogareñas e institucionales: Arreglo del dormitorio, útiles personales, lavado de ropa interior y de utensilios de cocina, así como de las responsabilidades adquiridas durante el programa de recuperación.

CLÁUSULA TERCERA: ACERCA DE LA PRESENTACIÓN PERSONAL: Mantendré una excelente presentación personal en lo referente a la limpieza y al cuidado de mis pertenencias.

CLÁUSULA CUARTA: ACERCA DE LA RELACIÓN CON LOS COMPAÑEROS DE RECUPERACIÓN: No realizaré contratos negativos con mis compañeros (Préstamos económicos o materiales; cubrimiento de responsabilidades, información o deshonestidades). No mantendré ni iniciaré ningún tipo de relación sexual, erótica, de acoso, insinuación, coquetería o enamoramiento.

CLÁUSULA QUINTA: ACERCA DE LOS OBJETOS PERSONALES: No utilizaré ni traeré artículos de valor (Joyas, computadoras portátiles, beeper, celular, dinero, etc.).

CLÁUSULA SEXTA: ACERCA DE LA CONFIDENCIALIDAD: Acepto que la información obtenida durante el programa de recuperación será guardada bajo la más estricta confidencialidad y sólo se utilizará para efectos terapéuticos al interior de la institución. Por lo mismo autorizo a la institución para realizar las averiguaciones que considere pertinentes y para la retención y lectura de documentos y/o lecturas.

CLÁUSULA SÉPTIMA: ACERCA DEL DEPORTE: Me comprometo a realizar todas las actividades deportivas que organiza la institución, exceptuando

aquella que por dictamen médico sean contraproducentes para mi salud; de igual forma asumo la responsabilidad de los accidentes personales o de terceros que cause por descuido, o por el no cumplimiento de los lineamientos otorgados por el instructor de deporte.

CLÁUSULA OCTAVA: ACERCA DE OTRAS ADICCIONES: No utilizaré ningún tipo de droga psiquiátrica sin la autorización de la institución, no tomaré tinto ni consumiré algún tipo de planta sagrada; de igual forma, asumo la absoluta responsabilidad sobre los efectos nocivos que pueda causar el uso del cigarrillo y exoneró a la institución de cualquier responsabilidad sobre dichos efectos.

CLÁUSULA NOVENA: ACERCA DE LA INDIVIDUALIDAD Y PERSONALIZACIÓN DEL PROGRAMA: Asumo las cláusulas implementadas con posterioridad que por mi necesidad individual determinen las directivas de la institución.

Por tratarse de un programa familiar para la recuperación de adicciones, la familia se compromete a:

Yo, en mi calidad de _____, del señor(a) con documento de identidad N. de _____, en pleno uso de mis facultades y sin ningún tipo de presión, me comprometo a cumplir las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA: ACERCA DE LA RESPONSABILIDAD CON EL PROGRAMA: Asistiremos puntualmente a las reuniones programadas por la institución, haremos cumplir a cabalidad las normas y reglamentos de la institución expuestos con anterioridad, realizaremos las asambleas familiares y sus respectivos informes, mantendremos estrecha comunicación con el programa y consultaremos la viabilidad de cualquier acción familiar.

CLÁUSULA SEGUNDA: ACERCA DEL AMBIENTE PROPICIO PARA LA RECUPERACIÓN: Brindaremos un ambiente adecuado para la recuperación, evitando reuniones sociales en casa donde se consuma licor y/o drogas; evitaremos las visitas o actividades sociales en casa en donde asistan personas que no conozcan del programa de recuperación.

CLÁUSULA TERCERA: ACERCA DE LA AUTORIDAD MORAL: Daremos ejemplo con autoridad moral, no consumiendo drogas o alcohol dentro del núcleo familiar, asistiendo con actitud de colaboración a las reuniones familiares y aceptando la necesidad de realizar modificaciones familiares en pro del beneficio de la misma.

CLÁUSULA CUARTA: ACERCA DE LA INDIVIDUALIDAD Y PERSONALIZACIÓN: Cumpliremos las especificaciones que el sistema familiar requiera por solicitud de las directivas de la institución. Por su parte, la institución se compromete a cumplir las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA: ACERCA DEL PROGRAMA DE RECUPERACIÓN: La institución se compromete a dedicar todos sus esfuerzos y conocimientos para la recuperación de las personas que se han vinculado a su programa de recuperación; de igual forma brindará toda la información necesaria para cualquiera de los beneficiarios de la institución, siempre y cuando dicha información no sea contraproducente para el proceso de las personas vinculadas a la misma.

CLÁUSULA SEGUNDA: ACERCA DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS BENEFICIARIOS DE LA INSTITUCIÓN: Serán respetados todos los derechos y

deberes publicados en cartelera pública y otorgados por la federación mundial de comunidades terapéuticas.

CLÁUSULA TERCERA: ACERCA DE LA RESPONSABILIDAD DE LA INSTITUCIÓN: La institución asume la responsabilidad de brindar un programa de recuperación con criterios de calidad, historias y seguimientos clínicos, planes de tratamiento y ejecución de los mismos, remisiones y solicitud de conceptos profesionales que se necesiten. De igual forma no nos hacemos responsables de la reincidencia en el uso de drogas, siempre y cuando la institución haya prestado todos los servicios y actividades a las que se comprometió.

El presente contrato de servicios caducará sin reconsideración cuando exista:

- Agresión física o verbal.
- Relaciones sexuales dentro de la institución.
- Consumo de drogas o alcohol en la institución.

CLÁUSULAS ANEXAS:

TUTOR

TUTOR

CONSULTANTE

DIRECTOR EJECUTIVO

DIRECTOR DEL PROGRAMA

Anexo B. Elaboración historia clínica (entrevista inicial)

REPORTE DE INGRESO		
FECHA: / /		HORA:
NOMBRE:	APELLIDO:	
C.C. No.: DE	NATURAL DE:	
ESTADO CIVIL:	PROFESION:	
DIRECCION ACTUAL:	TELEFONO:	
MOTIVO DEL TRATAMIENTO:		
ACUDIENTE:	PARENTESCO:	
DIRECCION ACTUAL:	TELEFONO:	
SUSTANCIA DE INICIO:	EDAD:	TIEMPO DE CONSUMO:
SUSTANCIAS CONSUMIDAS:		
SUSTANCIA(S) ACTUAL(ES):		
DESCRIPCION DEL CONSUMO ACTUAL:		
ABSTENCIONES:		
QUE PIENSA DE SU APARIENCA FISICA		
ESTA CONFORME CON LOS LOGROS PERSONALES OBTENIDOS		
QUE PIENSA ACTUALMENTE DE COMO HA LLEVADO SU VIDA		
DESCRIPCION DINAMICA FAMILIAR NUCLEAR		
DESCRIPCION DINAMICA FAMILIAR EXTENSA		
QUIEN TOMA GENERALMENTE LAS DESICIONES:		
SE PRESENTA O HA PRESENTADO EN SU DINAMICA FAMILIAR		
VIOLACIONES SEXUALES:	ABUSOS SEXUALES:	AGRESION FISICA:
AGRESION VERBAL:	AGRESION PSICOLOGICA:	
EN QUE CIRCUNSTANCIAS		
HA PRESENTADO ABORTOS O SU PAREJA? EN QUE CIRCUNSTANCIAS OCURRIO.		

INFORMACION FAMILIAR				
	NOMBRE	OCUPACION	RELACION	CONVIVE S/N
PADRE				
MADRE				
HERMANO 1				
HERMANO 2				
HERMANO 3				
CONYUGUE				
HIJO 1				
HIJO 2				
HIJO 3				
OTRO 1				
OTRO 2				
ACTITUD, DISPOSICION Y PORTE				
UBICACIÓN ESPACIO TEMPORAL				
TRATAMIENTOS ANTERIORES				
RECOMENDACIONES				
ID				
NOMBRE DEL TERAPEUTA				

FIRMA

Anexo C. Aplicación Test: Pruebas de personalidad

Como parte del proceso diagnóstico y propendiendo por una mayor calidad del servicio, se aplican pruebas diagnósticas que faciliten la formulación del caso y de esta manera los planes de tratamiento a desarrollar. Las pruebas que se realizan son:

- MMPI
- CAQ

Anexo D. Aplicación Test: Pruebas de depresión

Como parte del proceso diagnóstico y propendiendo por una mayor calidad del servicio, se aplican pruebas diagnósticas que faciliten la formulación del caso y de esta manera los planes de tratamiento a desarrollar. Las pruebas que se realizan son:

- MMPI
- CAQ

Anexo E. Diario

GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE SU DIARIO VIVIR

Es una herramienta que le permitirá en su proceso de rehabilitación de forma conciente ponerse en contacto con cada uno de sus sentimientos y emociones primarias y secundarias que le ayudara a identificarlas y localizar las razones y circunstancias que las evocan o reprimen en cada situación cotidiana de su vida y así hallar mecanismos de solución a estas situaciones. Para la elaboración del diario describa como, cuando y en que circunstancias se produjeron las emociones y sentimientos.

Usamos nuestro diario para tomar conciencia y “mantenerla” de lo que sentimos, pensamos y, más importante aún hacemos. No sirve de mucho hacer una lista de nuestros sentimientos sino va acompañada de las acciones que estos generan o dejan de generar. Puede que muchas veces nos sintamos muy mal aunque no estamos comportando muy bien, o viceversa; el diario nos mantiene concientes de nosotros mismos y de nuestros sentimientos para aprender a identificarlos y de esta manera elaborarlos y proceder frente a estos adecuadamente. Para dicha elaboración ten presente la siguiente lista de sentimientos, si identificas alguno más puedes adicionarlo a tu lista personal:

PERTENENCIA	ABURRIMIENTO	LIBERTAD
INADECUACIÓN	PEREZA	AMOR
RESENTIMIENTO	ANSIEDAD	CULPA
INDEFENSIÓN	DECEPCIÓN	FRUSTRACIÓN
ESPERANZA	FELICIDAD	ENTUSIASMO
TRISTEZA	ARREPENTIMIENTO	INFERIORIDAD

DOLOR

ENVIDIA

PAZ

IRA

TRANQUILIDAD

DESESPERACIÓN

VERGÜENZA

TENSIÓN

SERENIDAD

ALEGRÍA

IRRITABILIDAD

DEPRESIÓN

CONFUSIÓN

OPTIMISMO

EMPATÍA

APATÍA

CONFIANZA

MIEDO

INSEGURIDAD

SEGURIDAD

MELANCOLÍA

Anexo F. Registro de ansiedades

Esta herramienta permite identificar las situaciones que producen ansiedad y de qué manera se afronta ésta para hallar estrategias diferentes de afrontamiento.

Situación de Ansiedad	Qué Hizo	Otras Alternativas
Vi un joven drogándose en la esquina de mi casa...	Me retiré de la ventana y le comuniqué a mis padres...	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="1060 690 1432 779">1. Usar estrategias de control de ansiedad.<li data-bbox="1060 800 1432 947">2. Llamar a un compañero de recuperación.<li data-bbox="1060 968 1432 1108">3. Realizar alguna actividad productiva y sin aislamiento.

Anexo G. Registro de pensamientos

Esta herramienta permite identificar los pensamientos distorsionados o adictivos, para de esta manera lograr identificarlos y reestructurarlos cognitivamente.

Pensamiento Adictivo	Reestructuración
Soy muy joven para ser un santo...	Soy muy joven para ser un santo, mejor seguir consumiendo y ser canonizado en el cielo de los perdedores.
Me lo voy a meter para castigarlos...	Me lo voy a meter para castigarlos, de esta forma pruebo lo inteligente que soy y lo mucho que me sirvió el programa.
De pronto en un viaje a solas me puedo tomar unos traguitos...	De pronto en un viaje a solas me puedo tomar unos traguitos; pues así ni Dios ni yo podríamos darnos cuenta.

Anexo H. Curvas de descenso en el consumo

Las curvas progresivas de descenso son indicadores que permiten mirar hasta que punto ha descendido el consultante en su problemática de la adicción.

CURVA DEL ALCOHOL Y/O MARIHUANA

FASE CRÓNICA

- Tomar ocasionalmente.
- Tomar constantemente como desahogo.
- Aumento de la tolerancia alcohólica.
- Empezar a tomar a escondidas.
- Se incrementa la dependencia al alcohol.
- Urgencia de tomar lo primeros tragos.
- Sentimientos de culpa.
- Incapacidad para discutir el problema.
- Se incrementan las lagunas.
- No poder para de tomar cuando otros lo hacen.
- Buscar pretextos para tomar.
- Comportamiento altanero y agresivo.
- Remordimiento persistente.
- Los esfuerzos de controlar el alcohol fallan repetidas veces.
- Fallan las promesas y resoluciones de dejar de beber.
- Intentos de escapes geográficos.
- Perdida de interés por otras cosas.
- Evitar amigos y familiares.
- Problemas en el trabajo y fallas en las obligaciones de dinero.

- Resentimientos irracionales.
- Rechazo a la comida.
- Perdida de la fuerza de voluntad.
- Temblores y tragos mañaneros.
- Empieza las intoxicaciones prolongadas.
- Deterioro moral.
- Deterioro en el razonamiento.
- Tomar con inferiores.
- Temores indefinibles.
- Incapacidad para tomar alguna acción sobre el problema de la bebida.
- Obsesión por tomar.
- Deseos espirituales vagos.

CURVA DE DESCENSO DE LA PROGRESIÓN EN EL CONSUMO DE LA COCAÍNA Y/O BAZUCO

FASE CRÓNICA:

- Primer uso.
- Uso en eventos sociales.
- Solo cuando le ofrecen.
- Estimulación sexual agrandada.
- Empieza a comprar droga.
- Remordimiento por derroche de plata.
- Uso de drogas hasta el amanecer.
- Comprar en cantidades.
- Faltar al trabajo y a las promesas.
- Pérdida de la voluntad.

- Perdida de intereses.
- No poder para de consumir hasta que se ha terminado.
- Comienzo de la paranoia.
- Uso del bazuco o la cocaína solo.
- Creerse el súper berraco.
- Perder eventos sociales por inhalar o fumar.
- Falla en las promesas y resoluciones.
- Rogar por mas droga después de terminada.
- Inhabilidad para realizar actos sexuales bajo el efecto.
- Parrandas de droga.
- Problemas serios de trabajo y dinero.
- Sobredosis.
- Fallan los esfuerzos por parar.
- Deterioro físico.
- Fumar o consumir con inferiores.
- Remordimiento persistente.
- Aumenta la frecuencia de las rumbas.
- Deterioro del pensamiento.
- Evitar familiares y amigos.
- Paranoia intensa más alucinaciones.
- Degradación moral.
- Perdida de la familia.
- Ruina financiera.
- Conducta bizarra.
- Admitir derrota total.

Anexo I. Historia de Consumo

La historia de consumo, es el desarrollo de un trabajo destinado a la concientización de la existencia de un problema de adicción; a través de el se identifica el proceso de adicción llevado por el consultante y se dan respuesta a preguntas orientadoras que facilitan la aceptación del problema con las drogas. Este proceso se desarrolla con la elaboración del siguiente formato:

ESTRATEGIAS Y ESTILOS PARA EL CONSUMO

De acuerdo a sus experiencias durante su tiempo de consumo activo de alcohol y/o drogas se realiza una exploración exhaustiva de la frecuencia, los días, horas y situaciones en que usted empezaba su consumo. Describa cómo era el inicio, qué sentía antes de iniciar (ansiedades, nerviosismo, excitaciones, culpas, etc.).

Haga un recuento de los sitios o lugares donde consumía, cómo eran en sus estructuras físicas, qué le llamaba mas la atención de cada uno de estos sitios, cual era su ruta de llegada y cómo se transportaba, cuáles eran sus pensamientos mas recurrentes durante el trayecto de su viaje hacia el sitio de consumo y qué planeaba hacer durante éste, camino al sitio de consumo se dirigía solo o en compañía de alguien, cuáles eran sus rituales y actos preparativos para el consumo (buscaba aislarse y cómo lo lograba, cómo conseguía el dinero, cómo justificaba su ausencia y su consumo hacia las demás personas, pensaba en algún momento en no consumir, qué pensaba sobre el tener que consumir para calmar su ansiedad).

Anexo J. Historia de vida

Las Historias de Vida realizan un proceso autobiográfico que ayudan a contextualizar el desarrollo de las pautas mantenedoras de diferentes síntomas. La historia se da en el ámbito individual, familiar, social, escolar, laboral, afectivo y sexual.

Cada consultante describe su historia relatando las vivencias que hacen parte de la biografía en los niveles expuestos con anterioridad; estas historias de vida son leídas por el terapeuta responsable utilizándolas para la formulación de caso, así como para la realización de propuestas terapéuticas de mayor pertinencia.

INFANCIA

(Entre los 0 y 11 años aproximadamente)

- **TIPO DE MATRIMONIO DE SUS PADRES:**

En este punto de su inventario refiérase a aspectos tales como: si el matrimonio fue por amor, por interés económico o social, si fue por embarazo o por otro motivo, Escriba también sobre factores como alcoholismo en los padres, peleas, riñas, etc. ¿Quién llevaba las riendas del hogar?...

- **SITUACIÓN ECONÓMICA DEL HOGAR:**

Detalle la estabilidad económica de su familia durante el periodo de su infancia...

- **RELACIÓN CON EL PADRE:**

Escriba que tipo de relación tenía con su padre en esta etapa de su vida. Si era autoritario o falto de carácter, cariñoso o no, que resentimientos y buenos recuerdos tiene de él. ¿Qué cree que pensaba su padre de él. La imitaba. Se sentía orgulloso(a) de él?

- **RELACIÓN CON LA MADRE:**

Escriba que tipo de relación tenía con su madre, si lo sobreprotegía, si era dura y autoritaria, que resentimientos y buenos recuerdos tiene de ella. ¿Qué cree que pensaba de su madre usted. Se sentía orgulloso(a) de ella?

- **RELACIÓN CON HERMANOS:**

Anote que resentimientos y buenos recuerdos tiene usted acerca de sus hermanos en el periodo de su infancia. Explique celos, envidias y riñas, así como admiración y desprecio. ¿Qué cree que pensaban ellos de usted?

- **RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES CERCANOS:**

Escriba si la influencia de familiares tales como: abuelos, tíos, cuñados, etc., eran muy importantes en el hogar y en usted, detalle si hay resentimientos de parte suya con respecto a estos...

- **CASTIGOS O REPRIMENDAS:**

¿Fue usted castigado o reprendido? ¿Cómo fueron esos castigos? ¿Cómo reaccionaba usted a los mismos? ¿Existen resentimientos acerca de esos castigos o reprimendas? ¿Fueron justos? ¿Cuál (es) era(n) la(s) causa(s) por la(s) que más lo(a) castigaban?...

- **MIEDOS, ANGUSTIAS E INSEGURIDADES:**

Describa aquellas cosas, personas o situaciones que le hacían sentirse temeroso, angustiado o inseguro...

- **MENTIRAS Y ACTITUDES DESHONESTAS:**

Refiérase al tipo de mentiras que usted decía en su niñez, lo que buscaba con ellas. A las posturas y actuaciones manipuladoras que asumía...

- **FORMAS DE LLAMAR LA ATENCIÓN:**

Describa las actitudes (tono de voz, llanto, pataletas, groserías, bondad extrema, aislamiento, entorpecer las acciones de los otros, protagonismo, etc.) por medio de los cuales usted llamaba inadecuadamente la atención de las personas...

- **EDUCACIÓN SEXUAL EN LA FAMILIA:**

¿Usted cree que recibió buena, regular o mala educación en el campo sexual en esta época? ¿Explique por que?

- **SENTIMIENTOS HACIA EL SEXO EN LA FAMILIA:**

¿Vio u oyó hacer a sus padres el amor? ¿Trataba de ignorarlo? Escriba sobre esto y explique sus sentimientos actuales .Escriba si tuvo alguna experiencia o deseo sexual con alguno(s) de sus parientes cercanos. Anote su reacción frente a ellos y su sentimiento.

- **REACCIÓN A LOS PRIMEROS CONTACTOS EXTRAFAMILIARES:**

Describa como se sintió la primera vez que fue al colegio. Escriba todo lo que recuerde sobre su vida escolar en la infancia, haga énfasis en asuntos tales como: timidez o extroversión vergüenzas, ¿Cómo reaccionaba a las

peleas? ¿Tenía usted un apodo? ¿Cómo reaccionaba a él? Actitud en los juegos infantiles y en el deporte. ¿Qué resentimientos tiene de esa época? ¿Qué opina actualmente de ellos?

- **FORMACIÓN ESPIRITUAL EN EL HOGAR:**

¿Cómo era la vida espiritual o religiosa en su hogar? Describa y refiérase a los sentimientos que usted tenía al respecto.

ADOLESCENCIA

(Entre los 12 y 18 años aproximadamente)

- **RELACIÓN CON LA FAMILIA:**

Escriba como se llevaba con sus padres, hermanos y familiares cercanos en esta etapa. Detalle aspectos tales como: deseo o abandono del hogar, reacción a la reprimenda o al castigo. Robos en la casa, opinión de su familia acerca de sus amigos, concepto de sus padres con respecto a usted, críticas que se le hacían...

- **PRIMERAS EXPERIENCIAS CON DROGAS Y ALCOHOL:**

Describa los primeros contactos con drogas y/o alcohol, refiriéndose a aspectos tales como: situación emocional en esa época, tipo de amistades, dificultades, conflictos, sentimientos de culpa, presiones para consumir...

- **IDEALES:**

Refiérase a las ideas o concepciones políticas, religiosas, sociales, etc., que usted tenía en esa época y describa los conflictos que le ocasionaron...

- **SITUACIÓN ECONÓMICA DE LA FAMILIA:**

Detalle la estabilidad económica de su hogar durante la etapa de su adolescencia.

- **COMPORTAMIENTO FUERA DE LA FAMILIA:**

Escriba como era su comportamiento en el colegio, universidad, fiestas, etc. Haga énfasis si este era muy distinto al que tenía en su hogar. ¿Era usted un buen amigo, pertenecía a grupos, era líder?...

- **MIEDOS, ANGUSTIAS E INSEGURIDADES:**

Describa aquellas cosas, personas y/o situaciones que le hacían sentirse temeroso, angustiado o inseguro...

- **MENTIRAS Y ACTITUDES DESHONESTAS:**

Refiérase al tipo de mentiras que usted decía en su adolescencia, lo que buscaba con ellas. A las posturas y actuaciones manipuladoras que asumía...

- **AFECTIVIDAD:**

Explique como era su comportamiento afectivo con las personas del sexo opuesto. Aborde asuntos como timidez, complejos y defectos físicos. ¿Cómo cree que lo veían las personas del sexo opuesto que a usted le interesaban afectivamente? ¿De que manera se comportaba ante el rechazo?

- **SEXUALIDAD:**

Edad en que empezó a masturbarse, razón por la que usted cree que lo hacía. Sentimientos de culpa con respecto a este hecho. Si usted ha tenido relaciones sexuales o deseos con personas del mismo sexo, haga una lista de estas,

detallando la situación específica en que ocurrió y escriba sobre sentimientos de entonces y lo que siente actualmente de esto.

En su primera relación sexual (Copula) cuales fueron sus sentimientos y refiérase a las relaciones que siguieron...

- **FORMAS DE LLAMAR LA ATENCIÓN:**

Describa las actitudes y maneras por medio de las cuales usted llamaba inadecuadamente la atención de las personas...

- **ROBOS:**

Haga una lista de las cosas que robo (si lo hizo) y exprese sus sentimientos de entonces con respecto a ellos...

- **RESENTIMIENTOS:**

¿Qué resentimientos tiene de esa época? Qué opina actualmente de ellos y qué opinión tenía poco antes de la presentación de su primer paso...

- **COMUNICACIÓN:**

Refiérase a la dificultad con la que usted se comunica con la gente. Con que tipo de personalidades le es menos difícil comunicarse. Expresa siempre sus desacuerdos. Haga un análisis de las diferentes maneras de comunicarse dependiendo de si son personas a las que usted considera iguales, superiores o inferiores.

- **RELACIONES SOCIALES:**

Explique cuál cree que es su posición en la sociedad, si se siente cómodo o incómodo, retraído, a la defensiva, resentimientos sociales...

- **SECRETOS:**

Haga una lista de los eventos que usted juro se llevaría a la tumba, sin contarlos a nadie, sea abierto y honesto. Recuerde que la vida le ha dado buenas y malas experiencias. Normalmente las cosas de las que más se avergüenza son de las que puede tratar de crecer para ser mejor. Si usted desea libertad debe soltar completamente todo. El libro grande dice “No nos arrepentiremos de nuestro pasado ni desearémos cerrarle la puerta... No importa que bajo hemos caído veremos como nuestra experiencia puede beneficiar a otros” (Págs. 83 – 84). Si usted desea ayudar a traer paz a las vidas de las personas con quienes tratara mas tarde, debe encontrarla en su propia vida primero.

- **CULPABILIDAD:**

¿Está usted cargado de sentimientos de culpa? Refiérase a ellos...

- **MIEDOS, ANGUSTIAS E INSEGURIDADES:**

Escriba ¿Qué miedos tiene ahora, que angustias e inseguridades y que representan en su vida?

- **LLAMAR LA ATENCIÓN INADECUADAMENTE:**

¿Cómo llama actualmente la atención de las personas (pucheros, introversión, indiferencia, groserías, bondad extrema, entorpecer a otro, etc.) para que sepan que usted se siente mal?

- **PRINCIPIO DE REALIDAD:**

Contéstese a si mismo: ¿Soy realista acerca de mis habilidades y limitaciones?
¿Por qué?

Anexo K. Consecuencias del consumo por áreas

Estos formatos le permiten al usuario identificar puntualmente cómo ha sido afectada cada una de sus áreas vitales a causa de su consumo de alcohol y drogas. Para realizar este trabajo se utilizan los formatos a continuación descritos para cada área específica.

ÁREA LABORAL, SOCIAL Y/O ACADÉMICA

Instrucciones para elaborar el trabajo de cómo el consumo de alcohol y/o drogas ha afectado su vida en las áreas social, laboral y/o académica.

El trabajo que efectuara tiene como objetivo que usted reflexione de cómo el consumo no controlado de alcohol y/o drogas ha afectado cada una de las áreas ya mencionadas.

Piense y recuerde desde el inicio de su consumo hasta hoy, como se vieron afectados sus relaciones interpersonales, su imagen ante personas y grupos sociales, sus amistades y el establecimiento de relaciones dañinas, etc.

En el área laboral y/o académica reflexione como la droga y/o el alcohol influyo en el desempeño de su trabajo y/o estudio, los trabajos que ha perdido, irresponsabilidad, justificaciones por inasistencia, oportunidades perdidas, apatía al trabajo y/o estudio, etc.

Escriba minuciosamente al menos una situación que ejemplifique el deterioro de cada una de las áreas.

Finalmente describa detalladamente los sentimientos que ha experimentado escribiendo este trabajo.

ÁREA FAMILIAR

Instrucciones para realizar el trabajo de cómo el consumo de alcohol y/o drogas ha afectado su vida en el área familiar.

En este trabajo revise detalladamente como el consumo de alcohol y/o drogas ha venido afectando su vida familiar, particularmente las relaciones con sus padres, hermanos, cónyuge o pareja actual, hijos, etc.

Recuerde los cambios de comportamientos con ellos a causa del consumo, sus reacciones agresivas, apáticas, irresponsables, su aislamiento, etc. Describa como era su relación con cada uno de ellos antes y después de desarrollarse su adicción.

Seguramente durante su época de consumo usted veía errados los comportamientos de los otros y el suyo no, describa como era su caso.

Escriba minuciosamente situaciones que ejemplifiquen el deterioro en esta área.

Finalmente describa detalladamente los sentimientos que ha experimentado escribiendo este trabajo.

ÁREA SEXUAL AFECTIVA

Instrucciones para realizar el trabajo de cómo el consumo de alcohol y/o drogas ha afectado su vida en el área sexual afectiva.

El trabajo que realizara tiene como objetivo de que usted reflexione acerca de cómo el consumo no controlado de alcohol y/o drogas ha afectado cada una de las áreas mencionadas.

Revise su vida sexual desde el inicio de consumo y tenga presente como se fueron afectando sus principios sexuales llegando a actuar de forma que no aprobaría estando en sano juicio, revise como el consumo afecto sus gustos sexuales, sus sentimientos hacia otras personas del sexo opuesto, sus ideales hacia su propia sexualidad.

Igualmente haga una reflexión sobre las formas como usted trataba a las personas que amaba, las perdidas afectivas, su seguridad e inseguridad para relacionarse con personas del sexo opuesto.

Escriba minuciosamente al menos una situación que ejemplifique el deterioro de cada una de las áreas.

Finalmente describa detalladamente los sentimientos que ha experimentado escribiendo este trabajo.

ÁREA EMOCIONAL

Instrucciones para realizar el trabajo de cómo el consumo de alcohol y/o drogas ha afectado sus emociones.

Escriba detalladamente acerca de la forma como experimentaba y expresaba sus emociones (ansiedad, irritabilidad, capacidad para serenarse, estallidos emocionales, gritos, melancolía, alegría, aislamiento, ensimismamiento, etc.) antes de iniciarse en el consumo y durante el desarrollo de su adicción.

Refiérase también al manejo de “control de impulsos” antes de iniciarse en el consumo y durante el desarrollo de la adicción.

Escriba acerca de cómo se vio deteriorada la capacidad para identificar sus propias emociones y reconocer las necesidades emocionales de los demás a causa del consumo.

Escriba minuciosamente al menos una situación que ejemplifique el deterioro de esta área.

Finalmente describa detalladamente los sentimientos que ha experimentado escribiendo este trabajo.

ÁREA INTELECTUAL

Instrucciones para realizar el trabajo de cómo el consumo de alcohol y/o drogas ha afectado su vida en el área intelectual.

Recuerde como sus capacidades de atención, memoria, concentración, comprensión de lo leído, percepción y capacidad para pensar claramente se vieron afectadas.

Analice el esfuerzo que le tocaba hacer para tomar decisiones acertadas.

Acuérdese del orden de sus pensamientos. ¿Que tan racionales eran? (acuérdesse de ideas irracionales de hacer daño a otros y a usted mismo) ideas fantasiosas totalmente fuera de la realidad.

Analice lo que pensaban los otros de usted y de su forma de actuar, ¿Que tanta razón tenía?

Piense en el desorden mental, no minimice, no se deje engañar de sus éxitos aparentes o transitorios, si usted profundiza honestamente en su pasado se dará cuenta del daño progresivo que hizo el consumo en su pensar.

Escriba al menos una situación que ejemplifique el deterioro de esta área.

Finalmente describa detalladamente los sentimientos que ha experimentado escribiendo este trabajo.

ÁREA FÍSICA

Instrucciones para realizar el trabajo de cómo el consumo de alcohol y/o drogas ha afectado su organismo.

Este trabajo tiene como objetivo que usted conozca, entienda y se de cuenta el deterioro que causa el consumo incontrolable de drogas y/o alcohol en su cuerpo.

Tenga en cuenta lo siguiente:

Ha tenido alteraciones del sueño, dolores de cabeza, sensación de ahogo y dificultad en la respiración, ardores en el estomago, perdidas de peso, perdida de apetito, vómitos, nauseas, cansancio, hemorragias, mareos, etc.

Recuerde las veces que estuvo hospitalizado y piense que tuvo que ver el consumo con este hecho.

Escriba al menos una situación que ejemplifique el deterioro de esta área.

Finalmente describa detalladamente los sentimientos que ha experimentado escribiendo este trabajo.

Anexo L. Primer paso

Para todo el proceso de concientización del usuario se han introducido en este proceso los elementos establecidos en los programas de doce pasos, por esta razón se utiliza textualmente la literatura de Narcóticos y Alcohólicos Anónimos, la cual mira la adicción como una enfermedad progresiva, incurable y fatal. Ellos describen en este Primer Paso los conceptos de enfermedad, la impotencia que se refiere a no poder parar de consumir a pesar de las consecuencias y la ingobernabilidad a la que el consumo lleva al adicto. Toda la elaboración de este proceso le permite al adicto aceptar una derrota frente a su consumo y lo lleva a mirar de una manera realista los estragos que éste ha hecho en su vida. El Primer Paso de AA y NA dice lo siguiente:

“Aceptamos que somos impotentes ante el alcohol y/o las drogas y que nuestras vidas se volvieron ingobernables”

PRIMERA PARTE: “IMPOTENCIA”

Cuando se dice “primero” se refiere al principio de algo, al inicio, al génesis. Lo mismo sucede con los pasos: el primer paso es el comienzo del proceso de recuperación. El alivio empieza aquí; no se puede seguir adelante hasta que se haya trabajado este paso.

Algunos transitan el primer paso a tientas, por “intuición”, otros quieren trabajarlo de manera muy sistemática. Las razones para trabajar formalmente este paso varían de una persona a otra. Puede que el paciente sea nuevo en recuperación y acabe de pelear y perder una batalla agotadora contra las drogas. Tal vez se lleva algún tiempo en el programa, abstinentes de drogas,

pero se ha descubierto que la enfermedad se ha vuelto activa en algún otro aspecto de la vida, obliga al paciente a enfrentarse otra vez con la impotencia y la ingobernabilidad de su vida. No todos los actos de crecimiento están motivados por el dolor; a lo mejor solo ha llegado el momento de repetir el ciclo de los pasos para empezar la próxima etapa del interminable viaje de recuperación, a algunos en cierto modo los consuela darse cuenta de que es una “enfermedad” y no una deficiencia moral, la que nos ha hecho tocar fondo. A otros no les importa cual ha sido la causa, lo único que quieren es... “salir”.

En cualquier caso es hora de trabajar los pasos: dedicarse a una actividad completa que ayude a librarnos un poco más de la adicción, independientemente de la manifestación que tenga en la actualidad. La misión es asimilar los objetivos del primer paso, profundizar la rendición y hacer de los principios de aceptación, humildad, buena voluntad, honestidad y receptividad una parte fundamental del interior del ser de la persona.

Primero se debe llegar a un punto de rendición. Hay muchas maneras diferentes de hacerlo. El camino que algunos recorren para llegar al primer paso fue mas que suficiente para convencerse de que la rendición incondicional era la única opción. Otros comienzan este proceso incluso sin estar del todo convencidos de ser adictos ni de haber tocado fondo en serio. Solo cuando se trabaja el primer paso hay un darse cuenta realmente de que se es adicto, se ha tocado fondo y se debe rendir.

Antes de empezar a trabajar este paso, se debe ser abstinentes, cueste lo que cueste. Si se es nuevo, en el primer paso consiste sobre todo en mirar los efectos de la adicción en la vida, hay que estar limpios, si se lleva un tiempo limpio y ese primer paso consiste en la impotencia sobre algún otro comportamiento que hace que la vida se vuelva ingobernable, se tiene que

encontrar la forma de cambiar esa conducta para que la rendición no se empañe con continuas acciones que la estropeen.

LA ENFERMEDAD DE LA ADICCIÓN

Lo que convierte a una persona en adicta es la enfermedad de la adicción, no las drogas ni el comportamiento, sino la enfermedad en si misma. Hay algo dentro de la persona que la hace incapaz de controlar el consumo de drogas y/o alcohol u otros comportamientos compulsivos (bulimia, juego, sexo, etc). Ese mismo “algo” la predispone a la obsesión y la compulsión en otros aspectos de su vida. ¿Cuándo se puede saber que la enfermedad esta activa? Cuando la persona esta atrapada en rutinas obsesivas, compulsivas, egocéntricas y círculos interminables que solo llevan a la decadencia física, mental, espiritual y emocional.

La enfermedad de la adicción puede manifestarse de muchas maneras, al iniciar los problemas, desde luego; son las drogas y/o el alcohol. Mas adelante, puede que se descubra que la adicción causa estragos en la vida de muchas otras maneras.

Negación: La negación es la parte de la enfermedad que no deja aceptar a la persona que esta enferma. Cuando se esta en negación, se es incapaz de ver la realidad de la adicción. Su efecto se minimiza. Se culpa a los demás apelando a las expectativas demasiado altas de la familia, amigos o jefe. Se da una comparación con otros adictos cuya adicción es “peor”. Tal vez se culpa a una droga en particular si ya se lleva un tiempo abstinentes, quizás se compare la manifestación actual de la adicción con el consumo de drogas y/o alcohol, llegando a la conclusión de que nada de lo que se haga hoy en día será tan malo como “aquello”. Una de las formas más fáciles de saber si se esta o no en

negación, es dar razones convincentes pero falsas sobre los comportamientos manifestados.

Tocar fondo: desesperación y aislamiento. La adicción acaba por llevar a la persona a un lugar donde no puede seguir negando la naturaleza de su problema. Cuando ella observa claramente en qué se ha convertido su vida, se derrumban todas las mentiras, justificaciones y fantasías. Se comprende que la vida ha estado carente de esperanzas, de que no hay familia ni amigos o si se dan relaciones se está tan desconectado que son una farsa, una parodia del amor y de la intimidad. Quizás todo parezca perdido cuando nos encontramos en este estado, pero lo cierto es que debemos pasar por aquí para poder embarcarnos en nuestro viaje de recuperación.

Impotencia: Los adictos reaccionamos a la palabra “impotencia” de muchas maneras, para algunos era sencillamente la descripción mas apropiada de nuestra situación y admitimos nuestra impotencia con una sensación de alivio. Otros rechazamos la palabra relacionándola con la debilidad o creyendo que indican algún tipo de deficiencia de carácter. Comprender el concepto de impotencia y lo esencial que resulta admitirla para nuestra recuperación nos ayudara a superar todos los sentimientos negativos que podemos tener sobre este concepto.

Somos impotentes cuando la fuerza que impulsa nuestra vida esta fuera de control. La adicción sin duda puede ser considerada como una fuerza impulsora e incontrolable. No podemos moderar, ni controlar el consumo de drogas y/o alcohol, ni otros comportamientos compulsivos, aunque eso implique perder las cosas que más nos importa. No podemos parar, aunque la consecuencia de continuar sea, con toda certeza, un daño físico y emocional irreparable. Nos sorprendemos haciendo cosas que jamás abríamos hecho de no ser por la

adicción, cosas que nos hacen estremecer de vergüenza cuando nos acordamos. Quizás hasta decidamos que no queremos consumir, que no vamos a consumir y veamos que, si se presenta la oportunidad, sencillamente seamos incapaces de parar.

Es posible que hayamos intentado abstenernos del consumo de drogas y/o alcohol y otros comportamientos compulsivos durante algún tiempo sin un programa (tal vez con cierto éxito), solo para acabar descubriendo que la adicción sin tratar nos lleva otra vez al punto de partida. Para trabajar el primer paso, debemos demostrarnos nuestra propia impotencia en un nivel conciente y profundo.

Reservas: Las reservas son lugares de nuestro programa “que reservamos” para recaer. Pueden basarse en la idea que seguimos teniendo un poco de control, algo así como: “de acuerdo, acepto que no puedo controlar mi consumo, pero todavía puedo vender drogas, ¿No?” tal vez pensemos que podemos seguir siendo amigos de la gente con quien consumíamos o que nos vendían drogas. Es posible que creamos que ciertas partes del programa no son aplicables a nosotros. Quizás nos parezca que algunas cosas no podamos enfrentarlas limpias, una enfermedad grave, por ejemplo, o la muerte de un ser querido- y si llega a pasar, tenemos planeado consumir. A lo mejor pensamos que cuando hayamos logrado determinada meta, ganado cierta cantidad de dinero o llegado a cierto número de años limpios, entonces podemos controlar el consumo. Las reservas por lo general se ocultan en el fondo de la mente; no somos completamente concientes de ella. Es fundamental que expongamos todas las reservas y las eliminemos aquí y ahora.

Rendición: Hay una enorme diferencia entre resignación y rendición. Resignación es lo que sentimos cuando nos damos cuenta de que somos

adictos, pero aun no aceptamos la recuperación como solución a nuestro problema. Muchos estábamos en este punto bastante antes de llegar al programa. Quizás pensáramos que nuestro destino era ser adictos, vivir y morir con nuestra adicción. La rendición, por otro lado, es lo que sobreviene una vez que hemos aceptado el primer paso como algo cierto para nosotros y la recuperación como solución. Ya no queremos que nuestra vida sea como antes. No queremos sentirnos como nos sentíamos.

Principios espirituales: En el primer paso, nos centramos en la honestidad, la receptividad, la buena voluntad, la humildad y la aceptación. La práctica del principio de honestidad del primer paso empieza con admitir la verdad sobre nuestra adicción y sigue con la práctica cotidiana de la honestidad. Es posible que decir “soy adicto” en una reunión sea la primera cosa realmente honesta que hayamos dicho en mucho tiempo. Empezamos a ser honestos con nosotros, y, en consecuencia, también con los demás.

PREGUNTAS DE IMPOTENCIA

- ¿De que manera el consumo de drogas, alcohol u otros comportamientos compulsivos (bulimia, juego, sexo, etc) y su pérdida de control sobre estos lo ha llevado al PERDIDA DEL AUTO RESPETO?
- ¿De que manera a puesto su vida o la de otros en peligro a causa de su consumo de alcohol y/o drogas?
- ¿Que es lo que mas rechaza de su comportamiento su conyugue, su familia o sus amigos?
- ¿En que forma a tratado de controlar su consumo de drogas y/o alcohol?
- De diez ejemplos de cómo la impotencia (perdida de control) se ha manifestado en su propia experiencia.

- ¿Cual es la diferencia entre admitir y aceptar?
- ¿Esta usted admitiendo o aceptando?
- ¿Es usted un adicto? ¿Por qué?
- ¿Que crisis a parte de la que lo hizo entrar al tratamiento hubiera podido sucederle por el uso de drogas y/o alcohol?

SEGUNDA PARTE: INGOVERNABILIDAD

El primer paso nos pide que admitamos dos cosas: una que somos impotentes frente a nuestra adicción; y dos, que nuestra vida se ha vuelto ingobernable. En realidad nos costaría admitir una cosa sin la otra. La ingobernabilidad es la manifestación de la impotencia. Hay dos tipos de ingobernabilidad: una externa, que los demás perciben; y una interna o personal.

La ingobernabilidad externa suele identificarse por cosas tales como detenciones, perdida de trabajo y problemas familiares. Algunos miembros hemos estado presos o jamás hemos podido tener ningún tipo de relación durante un par de meses. Otros hemos estado separados de nuestras familias y esta nos ha pedido que no volvamos a verla.

La ingobernabilidad interior o personal suele manifestarse en sistemas de convicciones enfermizas o falsas sobre nosotros mismos, el mundo en que vivimos y las personas que nos rodean. Tal vez creamos que no valemos nada, o que el mundo gira alrededor de nosotros, no solo debería girar, sino que lo hace. Quizás pensemos que ocuparnos de nosotros no es asunto nuestro; que alguien debería hacerlo. O que las responsabilidades que asume una persona corriente como parte de la vida son una carga demasiado grande para nosotros.

Puede que reaccionemos exageradamente o que casi no reaccionemos en absoluto en los acontecimientos de la vida. La inestabilidad emocional puede ser uno de los indicadores más evidentes de la ingobernabilidad personal.

Conductas Adictivas son todas aquellas que se manifiestan estando intoxicado o sin el efecto de la sustancia, porque ya hace parte del comportamiento. Tanto a nivel cognitivo como emocional.

Estrategias manipulativas, procesos obsesivos, no control de la ira, mitomanía, mecanismos de evasión, inhabilidades sociales, timidez, arrogancia, incapacidad de relacionarme con el otro, egocentrismo etc.

PREGUNTAS DE INGOBERNABILIDAD:

- ¿Que significa para usted ingobernabilidad?
- ¿Qué significa para usted conductas adictivas?
- ¿Qué conductas adictivas identifica usted en su ingobernabilidad personal?
- ¿Insisto que hagan las cosas a mi antojo? ¿Que consecuencias ha tenido esta insistencia sobre mis relaciones?
- ¿Tengo en cuenta las necesidades de los demás?
- ¿Que efectos ha tenido mi falta de consideración en mis relaciones?
- ¿Asumo la responsabilidad de mi vida y mis actos?
- ¿Puedo cumplir con mis responsabilidades diarias sin agobiarme?
¿Como ha afectado esto mi vida?
- ¿Me derrumbo cada vez que las cosas no salen como quiero? ¿Como ha afectado esto mi vida?
- ¿Me tomo cada dificultad como un insulto personal? ¿Como ha afectado esto mi vida?

- ¿Tengo la mentalidad de quien esta todo el tiempo en crisis y reacciona en cada situación con pánico? ¿Como ha afectado esto mi vida?
- ¿Ignoro la señales de que algo puede andar mal con mi salud o mis relaciones, pensando que todo se arreglara por si solo? Describe la situación.
- ¿He hecho daño a alguien como consecuencia de mi adicción?
- ¿Tengo rabietas o reacciono a mis sentimientos de otras maneras que disminuyan el respeto por mi mismo o mi dignidad? Descríbelas.
- ¿Tomaba drogas o me dejaba llevar por mi adicción para cambiar o reprimir mis sentimientos? ¿Que intentaba cambiar o reprimir?
- ¿Que diferencia hay entre usted y el resto de la gente?
- ¿Que siente y piensa sobre la perdida de autocontrol emocional frente a su adicción?

El trabajo realizado en estos formatos de Primer Paso se presentará frente al grupo de compañeros y terapeutas para consolidar una aceptación absoluta de su problemática de adicción.

ETAPA 3. DESPRENDIMIENTO Y CRECIMIENTO ESPIRITUAL

La herramienta que se utiliza para esta etapa de trabajo en el crecimiento espiritual y una redimensionalidad de sus creencias o de las creencias del adicto en una dimensión noética y preparación para su sostenimiento en abstinencia son los pasos segundo y tercero de AA y NA, que le permiten al usuario afianzarse en algunas creencias espirituales de su propia convicción.

Anexo M. Segundo paso

“LLEGAMOS A CREER QUE UN PODER SUPERIOR A NOSOTROS MISMOS PODÍA DEVOLVERNOS EL SANO JUICIO”.

En nuestra vida de adictos, nuestro juicio y comportamiento estabas sometido al poder esclavizante del alcohol y/o drogas. Cuando dimos nuestro primer paso, sentimos de corazón, cuan presos estábamos en las garras de la enfermedad, y como ningún esfuerzo propio nos había podido sacar de ese infierno. Una vez aceptamos esta realidad frente a la adicción y a la vida misma, entendimos y sentimos “Que solo un poder superior podía devolvernoss el sano juicio”. Un poder superior, tal como cada uno de nosotros lo concibe.

No pudimos solos y solo la humildad de aceptar que no somos el centro del universo, nos devolvió ese don de la espiritualidad, sin el cual sabíamos y sentíamos, que no podíamos iniciar el camino de la recuperación. E iniciamos ese camino acompañados de la Fe y la Esperanza que da la vida espiritual. Ahora somos libres de elegir y decidir, pero con la constante guía de nuestro programa, y con la ayuda y guía de nuestro poder superior, quien es el verdadero dueño de nuestras vidas, veremos día a día el milagro de la felicidad. Esa felicidad que da el haber recuperado el san juicio.

Los adictos somos propensos a querer que todo pase instantáneamente. Pero es importante recordar que el segundo paso es proceso no un suceso. La mayoría no nos despertamos un día de repente y reconocemos que un poder mas fuerte que nosotros puede devolvernoss el sano juicio. Llegamos a creer poco a poco. Sin embargo, no tenemos que sentarnos a esperar que esta convicción crezca sola; podemos ayudar.

En el segundo paso, nos centramos en la receptividad, la buena voluntad, la Fe, la confianza y la humildad. El principio de la receptividad que demos en el segundo paso surge de comprender que no podemos recuperarnos solos, que necesitamos algún tipo de ayuda. No importa que tengamos o no idea de cómo va ayudarnos un poder más fuerte que nosotros, lo que importa es que creamos que es posible.

Sano juicio

Descubrimos así como nuestra locura se manifestaba en la pérdida del sentido, de la medida y la proporción, podemos ver el sano juicio en nuestra vida cuando empezamos a desarrollar un criterio que nos permite tomar mejores decisiones. Descubrimos que podemos elegir como actuar. Comenzamos a poseer la madurez y sensatez para detenernos y sopesar todos los aspectos de una situación antes de actuar.

La Propia Voluntad

Este es un paso crucial por que durante bastante tiempo no hemos estado basando en la terquedad, en nuestra propia voluntad, basando de nuestro derecho de elegir y tomar nuestras propias decisiones. ¿Qué es exactamente la terquedad o la voluntad propia? A veces es el retraimiento, el aislamiento total y acabamos llevando una existencia muy solitaria, metidos en nosotros mismos. La terquedad a veces nos hace comportarnos sin ninguna consideración hacia cualquier cosa que no sea lo que queremos. Ignoramos las necesidades y los sentimientos de los demás. Salimos disparados y nos lanzamos sobre cualquiera que cuestione nuestro derecho a hacer lo que nos da la gana. Nos convertimos en huracanes que azotan la vida de familiares, amigos y hasta desconocidos, sin ninguna conciencia e la destrucción que sembramos a nuestro paso. Si las circunstancias no son de nuestro agrado, tratamos de

cambiarla por todos los medios necesarios para lograr nuestros objetivos. Intentamos salir con la nuestra a toda costa. Estamos tan ocupados en seguir ferozmente nuestros impulsos que perdemos por completo el contacto con nuestra conciencia y nuestro ser superior.

- Detalle mínimo cinco situaciones con las cuales su comportamiento se vio afectado por su juicio insano, llevándolo a actitudes alocadas, deshonestas e inmorales. Es muy posible que estas situaciones ya las haya trabajado usted en el primer paso, pero escríbalas y medítelas haciendo énfasis en el aspecto espiritual.
- Describa su interpretación de un PODER SUPERIOR y como éste puede ayudarlo.
- Escriba como empezó a creer en un Poder Superior y describa sus sentimientos hacia él antes del primer paso (tales como renegar de él por su adicción, o búsqueda desesperada de su ayuda, etc.) y después de su aceptación.
- Escriba su concepto sobre lo que es para usted, en este momento El Sano Juicio y como está presente en las decisiones de su vida.
- Profundice sobre su nueva forma de afrontar los problemas y tomar decisiones, y el cambio que esto produce ahora en su vida diaria.

Anexo N. Tercer paso

“DECIDIMOS PONER NUESTRAS VOLUNTAS Y NUESTRA VIDA AL CUIDADO DE DIOS, TAL COMO LO CONCEBIMOS”

- Desarrolle lo que usted cree que es la buena voluntad y su diferencia con la fuerza de voluntad.
- Describa como fue el proceso que lo llevo a dejar su voluntad en manos de un Poder Superior.
- Describa cómo fue el proceso que lo llevo a dejar su vida en manos de un Poder Superior.
- Usted está tomando la decisión de dejar su vida y su voluntad al cuidado de un poder superior, profundice sobre la Fe y esperanza que da este paso definitivo.
- ¿Qué comportamientos está demostrando en su trabajo de tercer paso?

Como segunda actividad de esta etapa se realizará un proyecto de vida directo que permite al adicto tener una visión realista de su principio de realidad, fortalezas y debilidades en su proceso de recuperación.

EL PROYECTO DE VIDA⁸¹

La vida no puede ser solamente una planeación estratégica de la existencia, ni reducir al hombre a una empresa organizacional enmarcada en la producción o en la búsqueda del poder y del placer; es decir, el ser humano no puede ni debe

⁸¹ MARTÍNEZ, Efrén. Op. Cit.

ser comparado con una empresa cuyos objetivos son alcanzar el poder y el placer, o donde sus metas son tan solo un acto de egoísmo.

El proyecto de vida debe basarse en el desarrollo de valores y significados de vida susceptibles de cambio y revisión, pues el sentido del momento y las huellas de sentido varían en el ser humano a través de los diferentes instantes y situaciones de la vida cotidiana.

El P.V.L. (Proyecto de vida Logoterapéutico) es un planteamiento que permite plasmar de forma simbólica -intentando no reducir el significado individual de lo plasmado- las situaciones que dan sentido a la existencia, el sentido de la vida en las diferentes áreas de interrelación, los sueños, utopías o sentidos por encontrar y desarrollar, los valores con los cuales busco y descubro el sentido, la responsabilidad ante la vida y una política coherente que guía mi existencia. Adicionalmente cuenta con un proyecto de vida inverso y un proyecto de vida directo. La realización de los diferentes proyectos depende de la edad y el contexto en el que se desarrollen, y de las características de personalidad del consultante.

La última parte de los proyectos inverso y directo está conformada por la realización de un epitafio que resume los resultados de la vida, tanto en el momento actual -Proyecto de vida inverso- como en un futuro lleno de sentido -Proyecto de vida directo-.

En el campo de la recuperación de las adicciones, los motivos que impulsan al ser humano y las metas planteadas como objetivo de vida, juegan un papel de suma importancia para el significado de la propia existencia. El P.V.L. desarrollado en la Fundación C.A.A. es definido para nuestros adictos en recuperación como parte final de esta etapa de su vida, se trabaja después de

algunos meses de recuperación y es evaluado, para constatar su solidez, por los demás compañeros de rehabilitación. Si bien, el proyecto de vida logoterapéutico –incluyendo el proyecto de vida directo- han sido utilizados en diferentes contextos de trabajo, originalmente se planteó todo el trabajo para el abordaje en adicciones; por esta razón, gran parte de los ejemplos descritos a continuación tienen que ver con esta área de aplicación.

PROYECTO DE VIDA LOGOTERAPEUTICO

El P.V.L. es un planteamiento logoterapéutico que permite plasmar de forma simbólica -intentando no reducir el significado individual de lo plasmado- las situaciones que dan sentido a la existencia, el sentido de la vida en las diferentes áreas de interrelación, los sueños, utopías o sentidos por encontrar y desarrollar, los valores con los cuales busco y descubro el sentido, la responsabilidad ante la vida y una política coherente que guía mi existencia.

El P.V.L. es desarrollado –en el caso de la adicción- al finalizar la fase primaria de recuperación y se utiliza sin distinción tanto con adolescentes como con adultos, con él se pretende la realización de un compromiso con la vida y la formación de herramientas que permitan la recuperación y la toma de sentido en los momentos de dificultad. Su formulación se da de la siguiente forma:

¿CUÁL ES EL SENTIDO DE MI VIDA EN LAS DIFERENTES AREAS DE MI EXISTENCIA: INDIVIDUAL, FAMILIAR, SOCIAL, INTELECTUAL Y ESPIRITUAL?

- *Individual: El sentido de mi vida es mantenerme abstemio de drogas, realizar en cada momento mis valores, ser honesto y coherente con mis actos, cuidar mi cuerpo y estar en paz con todo lo que me rodea...*
- *Familiar: El sentido de mi vida es recuperar la confianza perdida, realizar mis valores en familia, darles el tiempo y la calidad del mismo que les quité, cuidar de ellos y devolverles con amor todo lo que han hecho por mi...*
- *Social: El sentido de mi vida es recuperar mi reputación y buen nombre, ayudar a las personas que se quieran dejar ayudar, ser ejemplo de cambio y colaborar en la construcción de una comunidad de vecinos basada en valores...*
- *Intelectual: El sentido de mi vida es realizar mi tesis de grado y encontrar un empleo como catedrático, velar por dar lo mejor de mi saber para mis hijos y continuar investigando los temas que en un pasado suspendí por mi consumo...*
- *Espiritual: El sentido de mi vida se basa en estar en paz con mi poder superior, meditar y estar en contacto con la naturaleza, retomar las tradiciones y cultivarlas en mi familia...*

¿CUÁLES SON LOS SUEÑOS Y DESEOS EN LAS DIFERENTES AREAS DE MI VIDA: INDIVIDUAL, FAMILIAR, SOCIAL, INTELECTUAL Y ESPIRITUAL?

- *Individual: A nivel individual me gustaría estabilizar más mis emociones, llegar lúcido a mi vejez y poder morir sin la sensación de que algo me faltó por realizar en mi misión...*
- *Familiar: Me gustaría ver a mis hijos como profesionales dignos y llenos de valores, mantenernos unidos en lo afectivo y conocer a mis nietos para contarles muchas historias de esta época...*
- *Social: Quisiera un país menos violento, donde mis nietos puedan jugar sin temor en los parques; quisiera un país en paz, sin guerrilla ni narcotráfico,*

quisiera dejar la puerta de mi casa abierta y que los amigos de mis nietos fueron a que yo les contara historias. También me gustaría tener una casa de madera a las afueras del ruido estruendoso de la ciudad...

- *Intelectual: Tal vez me gustaría dejar escritos algunos libros en donde ayude a la gente con mi testimonio de recuperación; me gustaría mantenerme lucido para poder escribir hasta el final de mis días...*
- *Espiritual: A nivel espiritual desearía tener tanta paz que pudiera sonreírle a la muerte cuando se acerque, tal vez me gustaría ser una guía o una herramienta de Dios para los demás...*

¿CÓMO VOY A DESARROLLAR LOS VALORES DE CREACION, DE EXPERIENCIA Y DE ACTITUD?

- *Valores de creación: Pienso que cada vez que ayudo a alguien estoy desarrollando este valor, sin embargo, pienso capacitarme y dar conferencias sobre prevención de drogas, voy a aportarle al mundo cada vez que pueda, voy a colocar un granito de arena donde falte un valor. Pienso a través de mi empresa ayudar a los empleados que lo necesiten y vender productos mas baratos en los barrios pobres...*
- *Valores de Experiencia: Voy a disfrutar de la naturaleza, voy a sacar tiempo para mi, voy y estoy empezando a escuchar a los demás, voy a eliminar la palabra urgente y a vivir mas en el presente que en el pasado y en el futuro...*
- *Valores de Actitud: La realización de este valor se dará tras la aceptación del misterio que plantea la vida, el asumir con dignidad las dificultades que se plantean, el responder las preguntas de la vida sin victimizaciones y el tener conciencia en que todo esta dado por algo y para algo...*

¿ANTE QUE SOY RESPONSABLE Y CUALES SON MIS RESPONSABILIDADES?

- *Soy responsable ante mí mismo, ante mí familia, ante Dios y ante el mundo, frente a ellos debo responder con mi coherencia, siendo ejemplo de vida y motor de cambios positivos.*
- *Soy responsable ante mí mismo manteniéndome abstemio de drogas, realizando deporte y realizando valores como la honestidad y la dignidad...*
- *Soy responsable ante mí familia dando lo mejor de mí, otorgándoles el tiempo que se merecen, velando porque sus necesidades sean satisfechas y sobretodo manteniéndome sobrio para ellos...*
- *Soy responsable ante Dios al evitar alejarme nuevamente de él, al inculcar su creencia en mi familia y al guiarme por su conciencia...*
- *Soy responsable ante el mundo siendo ejemplo de vida y de recuperación, siendo un colaborador para dejar este mundo mejor de como lo encontré...*

¿CUÁL ES MI POLÍTICA DE VIDA?, ¿LOS PARÁMETROS QUE GUÍAN MI COHERENCIA ENTRE LO QUE DIGO, HAGO Y PIENSO?

- *Mi política consiste en mantenerme como una persona honesta, responsable, digna, que vela por la formación en valores y que tiene la fortaleza para hacerlos respetar y cumplir; mi política consiste en luchar por la formación de una civilización del amor, en ser agente de cambio, en ser agente de cordialidad en donde halla discordia, en sembrar la paz en donde halla guerra, en dar amor en donde exista el odio, en predicar con autoridad moral una invitación a vivir mejor y en hacer que toda persona que pase junto a mí pueda llevarse algo bueno de mi compañía...*

El Proyecto de Vida Logoterapéutico va acompañado de una autoevaluación que permite hacer una revisión de los planteamientos realizados, dentro de esta

evaluación son fijadas unas fechas de posible revisión y de igual forma algunas fechas en blanco, para fijar aquellas oportunidades que por fuerza mayor⁸² implicaron un cambio dentro del Proyecto de Vida. La autoevaluación del Proyecto debe contener la fecha de definición del mismo y la firma y huella digital⁸³ del consultante que lo desarrolló. Finalmente se termina el trabajo con el desarrollo del proyecto de vida directo y el epitafio de vida.

PROYECTO DE VIDA DIRECTO

El proyecto de vida directo permite operacionalizar el proyecto de vida logoterapéutico, con un planteo claro y objetivo, evitando de esta manera la dispersión y organizando un plan de trabajo específico.

ESTRUCTURA DEL PROYECTO DE VIDA DIRECTO

El proyecto de vida directo esta compuesto por las siguientes evaluaciones: ¿Quién soy yo?, ¿Cuál es mi misión?, ¿Cuál es mi visión?, ¿Cuáles son mis objetivos?, ¿Cuáles son mis estrategias? y ¿Cuáles son mis políticas?

¿QUIÉN SOY YO?

Esta primera evaluación se refiere a un reconocimiento de las cualidades y defectos que acompañan a la personas en este momento histórico-social., así como la reflexión sobre las oportunidades y dificultades con que cuenta.

CUALIDADES DEFECTOS

- *Soñador - Compulsivo*
- *Trabajador - Acelerado*
- *Responsable - Dormilón*

⁸² Divorcios, muerte de personas involucradas, situaciones vitales que invitan a un cambio radical, etc.

⁸³ La huella digital es una de las cosas mas propias, únicas e irrepetibles del ser humano.

- *Con carácter*
- *Bondadoso*
- *Asertivo*
- *Conciliador*
- *Amoroso*
- *Etc.*

OPORTUNIDADES DIFICULTADES

- *Una familia - Desempleado*
- *Estudio - Obligaciones económicas*
 - *Estoy vivo*
 - *Autoconocimiento*
 - *Cualidades*
 - *Habilidades*

Conclusiones: La vida me ofrece muchas oportunidades que debo aprovechar a pesar de las dificultades.

¿CUÁL ES MI MISIÓN?

¿Cuál es mi razón de ser en esta vida?, ¿Qué aporte le estoy dejando al mundo?, ¿Cuál es el motor impulsor que me conduce a desarrollar algo?

Ejemplo real: *"Mi misión en la vida es trabajar para dejar este mundo mejor, esforzarme por mi familia y los que quiero y me quieren...."*

¿CUÁL ES MI VISIÓN?

¿Cuáles son mis sueños, mis ideales y utopías a nivel familiar, personal, intelectual, social, afectivo y espiritual?

- *"A nivel familiar deseo una familia hermosa con dos hijos, mucho amor y fidelidad".*
- *"A nivel personal me gustaría ser un gran administrador de empresas, con un emporio empresarial en donde pueda ayudar a mucha gente..."*
- *"A nivel intelectual quiero hacer un postgrado y tal vez escribir algunos libros..."*
- *"A nivel social sueño con poder ayudar a mucha gente pobre y tener mucho dinero para ayudar a quien lo necesité..."*
- *"A nivel afectivo quiero continuar con mi mujer y hacer funcionar mi lindo hogar..."*
- *"A nivel espiritual mi ideal es estar en paz con Dios..."*

¿CUÁLES SON MIS OBJETIVOS?

¿Qué objetivos me planteo a largo plazo?, ¿Qué objetivos me planteo ha cinco años? y ¿Qué objetivos me planteo ha seis meses?

Objetivos planteados a largo plazo:

- Escribir dos libros
- Sacar adelante a mi familia
- Tener mis cosas necesarias
- Dejar funcionando mi empresa
- Tener estabilidad económica

Objetivos a mediano plazo:

- Iniciar el postgrado
- Ahorrar

- Vincular a mis hijos a la Universidad
- Hacer un viaje largo con mi esposa
- Volver a tener tiempo libre para pintar

Objetivos a corto plazo:

- Conseguir un empleo
- Reconstruir mi reputación
- Dedicarme a mi familia
- Pedir disculpas a mis hermanos
- Hacer deporte

¿CUÁLES SON MIS ESTRATEGIAS?

Para el cumplimiento de objetivos a corto plazo:

- Visitar personas que me pueden ayudar
- Distribuir hojas de vida
- Presentarme y pedir disculpas ante quien deba.
- Organizar en acuerdo familiar, tiempos para compartir.
- Arreglar la bicicleta para salir a montar.

Para el cumplimiento de Objetivos a Mediano plazo:

- Ahorrar para pagar el postgrado
- Hacer las vueltas y averiguaciones con un tiempo prudencial.
- Empezar a ahorrar en el presente para el estudio de mis hijos y el viaje con mi esposa.
- Organizar mis tiempos laborales y familiares y académicos para disponer de espacios para pintar.

Para el cumplimiento de objetivos a largo plazo

- Esforzarme para desarrollar un postgrado con calidad
- Tener dedicación y esmero en el ahorro
- Trabajar con entusiasmo y sabiendo delegar.
- Las que sea necesario plantear después de cumplir los primeros objetivos.

¿CUÁLES SON MIS POLÍTICAS?

¿Cuáles son los criterios que guían mi coherencia entre lo que hago, pienso y digo?, ¿Cuáles son mis criterios de libertad y responsabilidad?

Mi política de vida es luchar por mantener mi principio de coherencia y unicidad, ser un sujeto ético y flexible, ser responsable de escribir mi propia historia y no dejarme determinar por otras fuerzas, pero ante todo ser capaz de aceptar mis errores y mantener una buena actitud para cambiarlos. Ser un hombre lleno de valores, sobretodo honesto, leal, creativo y responsable.

PROYECTO DE VIDA INVERSO

El proyecto de vida inverso es una herramienta de trabajo utilizada para evaluar el significado y el sentido de la vida, la responsabilidad, las huellas de sentido, las misiones y los sueños realizados por el adicto con un tiempo mediano de ingreso al programa de recuperación; el proyecto de vida inverso pretende desmontar la omnipotencia y minimización que realiza el adicto en recuperación acerca de su problema.

Con la realización de este proyecto surgen los vacíos y carencias existenciales, dejando al desnudo la pérdida de sentido y significado de la vida. El proyecto de vida inverso se ha desarrollado exclusivamente para adultos y preferiblemente bajo sistemas de recuperación de orden cerrado, como comunidades terapéuticas o instituciones con internado. La anterior exclusividad en lo

referente a la aplicación del proyecto en sistemas cerrados, se debe al surgimiento de neurosis neógenas que se encontraban adormecidas por la intoxicación con drogas y por la generación de depresiones reactivas ante el choque de realidad; el surgimiento de estos elementos requieren de un apoyo emocional difícil de ofrecer para los consultantes de programas ambulatorios o de consultorio. La exclusividad para el trabajo con adultos se debe a que el adolescente se encuentra en un proceso de individuación, por lo cual no se justifica hablar de proyectos fracasados cuando ni siquiera se han iniciado, es en la adolescencia donde especialmente se debe trabajar el proyecto de vida directo para complementar el proceso de individuación que realiza el adolescente usador de drogas.

La estructura del proyecto de vida inverso, tiene más relación con una planeación estratégica empresarial que con un proyecto de vida logoterapéutico, puesto que la vida en adicción esta manejada por los conceptos del poder y del placer más que del sentido.

ESTRUCTURA DEL PROYECTO DE VIDA INVERSO

El proyecto de vida inverso esta compuesto por las siguientes evaluaciones: ¿Quién fui yo?, ¿Cuál fue mi misión?, ¿Cuál fue mi visión?, ¿Cuáles fueron mis objetivos?, ¿Cuáles fueron mis estrategias? y ¿Cuáles fueron mis políticas?, finalmente se termina con la realización del epitafio actual; el desarrollo del proyecto de vida inverso, se da bajo el criterio de: *Si yo falleciera hoy, mi evaluación seria:*

¿QUIÉN FUI YO?

Esta primera evaluación se refiere a un reconocimiento de las cualidades y defectos que acompañaron la existencia, así como la reflexión sobre las oportunidades y dificultades que la vida ofreció.

Ejemplo real:

CUALIDADES DEFECTOS

- *Soñador Mentiroso*
- *? Perezoso*
- *? Drogadicto*
- *Manipulador*
- *Deshonesto*
- *Agresivo*
- *Infiel*

OPORTUNIDADES DIFICULTADES

- *Una familia La drogadicción*
- *Estudio El maltrato*
- *Dos programas de recuperación La pobreza*
- *etc. etc.*

Conclusiones: La vida me ofreció muchas oportunidades que desaproveche por estar en las drogas, hoy muero lleno de defectos y resentimientos.

¿CUÁL FUE MI MISIÓN?

¿Cuál fue mi razón de ser en esta vida?, ¿Qué aporte le deje al mundo?, ¿Cuál fue el motor impulsor que me condujo a desarrollar algo?.

Ejemplo real:

"Mi misión en la vida no existió, lo único que habré dejado serán cuantas por pagar, resentimientos y dolor, mi vida nunca tuvo sentido..."

¿CUÁL FUE MI VISIÓN?

¿Cuáles fueron mis sueños, mis ideales y utopías a nivel familiar, personal, intelectual, social, afectivo y espiritual? , ¿Cuáles realicé?

"A nivel familiar siempre deseé una familia hermosa con dos hijos, mucho amor y fidelidad; con mucha paz y que no fuera como en mi hogar..."

"A nivel personal siempre deseé ser un gran administrador de empresas, con un emporio empresarial y que todo el mundo me respetara..."

"A nivel intelectual quise terminar mi carrera de administración de empresas y realizar una especialización, tal vez escribir algunos libros..."

"A nivel social soñé con poder ayudar a mucha gente pobre y tener mucho dinero para ayudar a quien lo necesitó..."

"A nivel afectivo deseé una mujer que me comprendiera y con la cual pudiera formar un lindo hogar..."

"A nivel espiritual mi ideal era estar en paz con Dios..."

"De estos sueños no realicé casi nada y lo que hice fue a medias; si tuve una familia y dos hijos pero ya no quieren saber nada de mi, nunca termine mi carrera profesional y casi siempre estaba desempleado, nunca he ayudado a nadie, me siento muy solo y con una gran hambre de Dios..."

¿CUÁLES FUERON MIS OBJETIVOS?

¿Qué objetivos me planteé hace bastantes años?, ¿Qué objetivos me planteé hace cinco años? y ¿Qué objetivos me planteé hace seis meses? ¿Cuáles cumplí?.

Objetivos planteados a largo plazo:

- Ser medico

- Tener una familia
- Tener mis cosas
- Tener dinero

Objetivos a mediano plazo:

- Dejar de consumir drogas
- Reorganizar mi vida marital
- Conseguir un empleo
- Ahorrar dinero

Objetivos a corto plazo:

- Dejar de consumir drogas

"De los objetivos que me planteé para mi vida hoy no tengo ningún resultado, en ocasiones conseguí dinero que dilapidé, de igual forma perdí una familia y los empleos que conseguí, mi vida tuvo muchas metas pero nunca las cumplí y las que medio conseguí no las mantuve..."

¿CUÁLES FUERON MIS ESTRATEGIAS?

"No sé de que estrategias hablar porque nunca dieron resultados, en ocasiones me encerraba para dejar de consumir, pero solo bastaba salir para recaer nuevamente, visité iglesias de diferentes religiones, estuve en psicólogos y hasta donde brujos; sin embargo, nada me dio resultado..."

¿CUÁLES FUERON MIS POLÍTICAS?

¿Cuáles fueron los criterios que guiaron mi coherencia entre lo que hacía, pensaba y decía?, ¿Cuáles fueron mis criterios de libertad y responsabilidad?

"Toda mi vida fue una total incoherencia, siempre estuve manejando imágenes y mascarar ante todas las personas que me rodeaban; pensaba algo, pero era incapaz de hacerlo, decía cosas que no eran ciertas, mentía sobre mi realidad y sin autoridad moral le reclamaba a mis propios hijos... Para mi la libertad se me escapaba mientras más la buscaba, a la larga terminé siendo un esclavo de mi mismo...En cuanto a la responsabilidad siempre creí que con llevar plata a la casa era suficiente, ahora mi hijo mayor también es adicto..."

Anexo O. Etapa de Plan Soporte

En esta etapa del programa el consultante debe iniciar las experiencias de calle (opcional dependiendo de la evolución del proceso) y el desarrollo de los Manuales de Prevención de Recaídas según necesidades específicas. En este punto el consultante debe estar viviendo en casa. El plan soporte busca la estabilización y adecuada socialización del consultante.

En este proceso, la apersona debe desarrollar los manuales de prevención de recaída y debe estar vinculada a algún tipo de actividad académico – laboral y su asistencia a la institución es de carácter obligatorio para los días en donde hay grupo de apoyo para egresados, Grupo de Apoyo Existencial y Grupo Multifamiliar de Prevención de Recaídas, y debe estar asistiendo a grupos de apoyo de 12 pasos

Normas y Funciones:

Se deben conservar las N.P.B. (normas primarias básicas); en esta etapa no se pueden realizar actividades diferentes a las programadas por la institución y los horarios están restringidos impidiendo las actividades nocturnas de cualquier tipo. En caso de realizar alguna actividad diurna, esta debe desarrollarse en compañía de miembros de la institución, familiares y/o personas allegadas que tengan conocimiento del programa y que pertenezcan a la lista general de la Red de Prevención de Recaídas. (Las actividades académicas – laborales requieren de la auto supervisión, por lo tanto no se necesita la compañía de ningún miembro de la red).

En los grupos de apoyo para egresados debe presentarse un informe escrito autoevaluando los niveles individual, familiar, social, escolar, laboral, afectivo y sexual. Su presentación es prerrequisito para el ingreso a los grupos de apoyo. La asistencia a la institución es totalmente libre, excepto los días de grupos mencionados anteriormente.

No se recomienda el uso de automotores, exceptuando razones de fuerza mayor.

No se recomienda el inicio de relaciones afectivas; en caso de que existieran previo al tratamiento, las parejas deben vincularse al programa y evitar cambios drásticos (matrimonios, cambios de ciudad, etc.).

Cada fin de semana debe realizarse una asamblea familiar, moderada por un miembro de la familia diferente para cada ocasión; en ella, cada quién evalúa las dificultades de su semana y brinda alternativas ante las dificultades de los otros. Los horarios de las asambleas son sagrados y en la medida del máximo de posibilidades no son negociables. Los informes de la asamblea deben entregarse en la institución en el grupo de apoyo para egresados.

Pueden ser solicitados coloquios. Los coloquios se utilizan para profundizar y aclarar dificultades. No para evadir los grupos de apoyo.

En caso de presentarse actividades familiares nocturnas de fuerza mayor, deben solicitarse autorizaciones de la institución.

Se debe cargar el dinero estrictamente necesario para las actividades que se están desarrollando; si se esta trabajando, se deben manejar las finzas en compañía de pareja o padres.

La familia durante los primeros dos meses debe comprometerse con la asistencia a la institución al Grupo Multifamiliar de Prevención de Recaídas. Posteriormente lo hará cada quince días y/o cuando la institución lo solicite.

Normas de Oro:

Está absolutamente prohibido tener relaciones afectivas, sexuales y/o juegos eróticos con adictos activos e inactivos. Sobretudo bajo ninguna circunstancia con miembros del plan soporte, pues su desarrollo daña las relaciones de ayuda que se entablan al interior del grupo.

Esta absolutamente prohibido tener algún tipo de relación afectiva, erótica o sexual con las personas del internado; su incumplimiento amerita la expulsión de la institución, permitiendo única y exclusivamente la asistencia a los grupos de apoyo bajo total incomunicación de los internos. Su reincidencia implica la expulsión total y sin reconsideración del programa. La severidad de la norma se basa en el descentramiento que genera el inicio de una relación afectiva, afectando seriamente el desarrollo del proceso de recuperación de quien se encuentra aún en la institución.

Están prohibidos los contratos negativos con los internos; la comunicación se restringe exclusivamente a dar apoyo. La realización de contratos negativos, diálogos improductivos u otras actividades serán considerados como irrespetos al proceso de otro y por ende sancionados con severidad.

Las personas aun vinculadas al plan soporte deben incomunicarse automáticamente de los compañeros que reincidan en el consumo, mientras inician el contrato con la institución.

Recomendaciones Generales y de Utilidad

Es recomendable nunca salir sin tener un sitio predeterminado a dónde llegar. (Voy a darme una vueltica).

En caso de detectarse un proceso fuerte de recaída, es importante acercarse con fuerza a la institución, es decir, asistir la mayor cantidad de veces por semana; en caso de ser imposible la asistencia a la institución, comunicarse telefónicamente con algún miembro de su Red de Apoyo para la Prevención de recaídas.

Evaluar periódicamente su manual de aplicación para la prevención de recaídas.

La asistencia a los grupos, más que una obligación es una necesidad; por ello hay que recordar que cuando mejor se está es cuando más se descuida el proceso.

Para el proceso del plan soporte, deberá estar asistiendo a un ciclo de Prevención de Recaídas, el cual consta de las siguientes actividades

1. PROCESO DE RECAÍDA DESDE UN PROGRAMA DE RECUPERACIÓN Y EXCUSAS PARA DESERTAR: Trabajando los síntomas de un proceso de recaída que se evidencian al interior de un programa de tratamiento y que finalizan con el abandono del programa y la vuelta al consumo de drogas.

2. PROCESO DE RECAÍDA: Se trabajan los pasos que contempla el proceso de recaída centrándose en la identificación individual de posibles síntomas de recaída y las alternativas para la detección y detención del proceso.

3. **ESTRÉS Y RECAÍDAS:** Trabajando la relación entre el estrés y la recaída, facilitando la identificación de los propios síntomas y la adquisición de alternativas para prevenirlos.

4. **FACTORES DE RIESGO PARA LA REINCIDENCIA EN EL CONSUMO:** Identificando los factores de riesgo asociados a la exacerbación o inicio de un proceso de recaída y buscando las estrategias de contención pertinentes.

5. **ESCALANDO LA MONTAÑA DE LA RECUPERACIÓN:** Posicionando la recuperación y proceso de recaída a partir de la identificación de señales de alto riesgo personal, herramientas de prevención y metas de la recuperación a través de la metáfora.

6. **ACTITUDES, PENSAMIENTOS, SENTIMIENTOS Y CONDUCTAS DE RECAÍDA.**

7. **ETAPAS DEL PROCESO DE RECAÍDA:** Identificando los síntomas y características del proceso de recaída según el grado de avance dentro del mismo, las características de aspirante a recaer y las actitudes de riesgo, adquiriendo semáforos que permiten identificar a tiempo el proceso.

8. **TEMÁTICO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS:** Posicionando a los consultantes en la postura de preventores de recaídas, aumentado su sensación de conocimiento y versatilidad para el manejo de situaciones de alto riesgo.

9. **FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN ASOCIADOS A LA RECAÍDA EN PLAN SOPORTE:** A partir de la propia investigación cuantitativa y cualitativa se

educa a partir de la experiencia de los mismos egresados del programa, evaluando los errores y aciertos dentro del proceso fuera de la institución.

Anexo P. Formato consentimiento informado N° 1

Consentimiento informado

Envigado, ____ de _____ de 20____.

La Comunidad Terapéutica de Las Palmas del Municipio de Envigado autoriza a los estudiantes Carlos Barrientos S, Nini Giovana Rincón V., Felipe José Martínez y Mónica Elizabeth Santamaría C.; para hacernos participe de su proyecto de grado.

Doy consentimiento sobre toda la información que ellos requieran para dicho trabajo.

Atentamente,

Anexo Q. Formato consentimiento informado N° 2

Consentimiento informado

Envigado, ____ de _____ de 20____.

Yo _____ autorizo a los estudiantes Carlos Barrientos S, Nini Giovana Rincón V., Felipe José Martínez y Mónica Elizabeth Santamaría C.; para que me hagan participe de su proyecto de grado.

Doy consentimiento sobre toda la información que ellos requieran para dicho trabajo.

Atentamente,

Anexo R. Fotos del Colectivo Aquí y Ahora







Anexo S. Formato de entrevista semiestructurada

- ¿Defina la constitución legal y organizacional de la institución de tratamiento?
- ¿La institución funciona como un ente de la secretaria de salud como está establecida dentro del programa dentro del municipio?
- ¿Quien viene a comunidad terapéutica?
- ¿Cual es el objetivo u objetivos del modelo de intervención?
- ¿Como vería comunidad terapéutica de envigado la adicción?
- ¿Como comunidad terapéutica el enfoque que se le da a la adicción es un problema de salud, psicológico, de aprendizaje o de que tipo?
- ¿Como es la relación de los muchachos al respecto del vih?
- ¿La Comunidad Terapéutica está suscrita únicamente para la población de envigado o está abierta a poblaciones diferentes de municipio de envigado?
- ¿Con cuantos cupos cuenta la comunidad terapéutica de las palmas?
- ¿Que porcentaje de la población es juvenil?
- ¿Cuanto tiempo dura el tratamiento y por que se definió esa duración?

- ¿Que tipo de drogas están consumiendo los jóvenes actualmente?
- ¿Que tan eficaz es el modelo en tratar la adicción a las drogas?
- ¿Que nivel de recuperación maneja la comunidad terapéutica de envigado?
- ¿Esa información está soportado a un estudio o investigaciones a nivel de la comunidad de envigado?
- ¿Háblenos de las debilidades de la institución?
- ¿Que carencias tiene el programa de la institución?
- ¿Cuales son las fortalezas del programa?
- ¿Háblenos de la logística del lugar?
- ¿como es la desintoxicación de ellos?
- ¿Cree que desde la experiencia institucional, debe hacer una diferenciación entre el tratamiento con adultos y adolescentes?
- ¿Marcan diferencias para abordarlos terapéuticamente?
- ¿Que aporte hace cada uno de estos profesionales de la institución al proceso y al modelo de tratamiento de comunidad terapéutica de envigado?

Anexo T. Entrevista realizada a la psicóloga Marleny Posada de la Comunidad Terapéutica Las Palmas del municipio de Envigado

La entrevista estuvo a cargo de los integrantes del trabajo de grado, donde se hicieron las siguientes preguntas semiestructuradas:

- ¿DEFINA LA CONSTITUCIÓN LEGAL Y ORGANIZACIONAL DE LA INSTITUCIÓN DE TRATAMIENTO?

Rta: Las instalaciones pertenecen al Municipio de Envigado, somos un agente oficial, funcionarios públicos, algunos de los que acá trabajan son vinculados al Municipio y otros contratados por el Municipio. Está constituido por el equipo clínico trabajadora social, psicólogos, licenciados en pedagogía reeducativa y un psiquiatra que nos acompaña 2 veces al mes, pero que podemos contar con su acompañamiento todo el día, porque inmediatamente se presenta algo, él atiende a nuestro llamado, también tenemos acompañamiento por parte del centro de salud que queda acá a dos cuadras después de pasar la calle, allí tenemos odontología y tenemos médico general. Casi todos los residentes que vienen acá que son habitantes del municipio de envigado tienen sisben así tengan otra seguridad social, pero el municipio les garantiza que siempre estén cubiertos por el sisben, de hecho nosotros como funcionarios públicos y todos los habitantes del municipio de envigado tienen sisben y de esta misma forma los muchachos pagan su cuota dentro de la institución... yo pienso que esto es algo representativo por que el municipio busca la calidad de vida ha colocado unas módicas sumas para mostrar que esto no se puede hacer gratis, que en la vida todo tiene que tener un costo pero ni siquiera cubre... yo diría que el 3% de lo que se hace por que tiene 8 profesionales a su disposición todo el día, una planta física espectacular para una desintoxicación, para una contención, que

les sirve también a algunos para una fuga geográfica... sencillamente y para estar libres como nuestra filosofía lo dice "libre de drogas".

- ¿LA INSTITUCIÓN FUNCIONA COMO UN ENTE DE LA SECRETARIA DE SALUD COMO ESTÁ ESTABLECIDA DENTRO DEL PROGRAMA DENTRO DEL MUNICIPIO?

Rta: nosotros somos, nosotros pertenecemos anteriormente hace dos semanas a la dirección local de salud... la semana pasada nos pasamos... o sea sigue siendo no dirección local sino secretaria de salud, con nuestro jefe el Dr. Ricardo Castrillón quien hace un excelente acompañamiento y nos da autonomía frente al trabajo que desarrollamos acá, de él recibimos un excelente apoyo igualmente del secretario.

FUNCIONA COMO UN ENTE PÚBLICO (CARLOS)

Rta: es público... sí.

- ¿QUIEN VIENE A COMUNIDAD TERAPEUTICA? (DRA)

Rta: todo el que necesite comunidad terapéutica... eh, abajo tenemos nuestra sede que es donde está el plan de prevención de adicciones a la cabeza de la Dra. Diana Mejía que es nuestra directora ella es psicóloga de profesión especialista en farmacodependencia allí también encuentran profesionales especialistas los que hacen entrevistas, psicólogos y trabajadores sociales ellos inicialmente hacen la entrevista al residente que demanda atención y ya deciden si es un paciente para comunidad o si es trabajo de prevención.

- ¿CUAL ES EL OBJETIVO U OBJETIVOS DEL MODELO DE INTERVENCIÓN?

Rta: los objetivos son muchos, primero que todo tratar diría que en general brindar una mejor calidad de vida y ya los específicos como implementando estrategias que ayuden al residente a no incrementar la ansiedad de consumo frente a ciertas sustancias, pero eso en la teoría es divino.. en la practica eso requiere de una implementación de técnicas y de estrategias que hay que crear para cada uno de los residentes, por que así usted vea un grupo que entran 15 por decir algo en la semana que es nocivo en una comunidad que entre tanta gente en una semana que muchas veces se requiere por que la gente afuera se está dando muy duro, se hace esto y eso descontrola la comunidad... como les digo dentro de la teoría es maravilloso pero con cada uno de ellos hay q2ue empezar a hacer una evaluación y saber cual es el acompañamiento, si yo como profesional tengo que fortalecer mas en este los auto esquemas que habilidades sociales... y en este yo tengo que hacer un duelo,,, en cada uno es individual el tratamiento en algunas se maneja colectivo cuando hay intervención grupal pero porque se hace intervención grupal y por que es tan especial,,, me parece que da un excelente resultado por que de la intervención grupal yo tomo como profesional elementos importantes para intervenir en el individual... en la intervención grupal veo al paciente moverse... al residente dentro de su realidad.. Cual ventaja tengo yo como profesional cuando estoy interactuando todo el día con los pacientes. Entonces se como se comporta en el comedor, que pasa con ese autocontrol... que pasa con esas respuestas que tu das... como hostigas tu al otro... será que eso es lo que pasa en casa... o como permites tantas cosas que otro haga contigo... como son tus habilidades sociales... eso me permite ver mas macro a mi residente o a mi paciente que en un espacio donde lo tengo 45 minutos... el viene me habla de su verdad y yo como profesional tengo que respetar esa verdad y empezar a decir por donde voy al fondo de todo... pero tengo que respetar su verdad y no terminar su historia por que no es la mía... aquí tiene uno como hacer una devolución “es que tu dices que tienes mucho autocontrol y mira lo que te acaba de movilizar...

mira la respuesta que das” es probable que esto suceda en casa, con tu pareja, con tus hijos... cierto, entonces son elementos que a mi me sirven para hacer intervención inmediata... como les decía ellos vienen y los objetivos son muchos en general es ese de incrementar muchas angustias, duelos no elaborados, que los tienen anclados en el consumo. es que lo que menos tocamos nosotros es la sustancia porque la sustancia es un medio pero lo que lo llevo al consumo de SPA es su historia de niño, que esto sale en la adolescencia todo lo que no se cierra lo que queda inconcluso hay que hacer un cierre esto les genera malestar,,, yo les digo entre mas consuman mas miedo tienen, hay una lista de personas que consumen 10 o 15 sustancias que uno jamás se las hubiera imaginado... entonces que pasa... que pasa que te das tan duro, una auto flagelación cuando uno empieza a buscar es donde encuentra resultados .

- ¿COMO VERIA COMUNIDAD TERAPEUTICA DE ENVIGADO LA ADICCIÓN? (CARLOS)

Rta: es un problema... y es un problema muy grande, de hecho ellos piensan siempre, la tarea de todo alcalde es apoyar esto, por que ellos piensan que... y están comprometidos con nosotros cuando les explicamos que una persona que consume un consumidor de SPA afecta todas sus áreas y no solo se afecta él sino que involucra a toda su familia,,, me explico nosotros mostramos resultados de recuperación en un paciente a largo plazo pero si a ese paciente le sumas tres hermanos, 3 sobrinos, mama, papa, 4 tías, 5 primos tu le estás beneficiando el estilo de vida a todas esas personas entonces el lema del municipio de envigado es ese mejorar esa calidad de vida es un problema grande muy grande,,, se nos está creciendo se nos está saliendo de las manos.

- ¿COMO COMUNIDAD TERAPÉUTICA EL ENFOQUE QUE SE LE DA A LA ADICCIÓN ES UN PROBLEMA DE SALUD, PSICOLÓGICO, DE APRENDIZAJE O DE QUE TIPO? (Carlos)

Rta: yo pienso que toca todo lo que tu estás hablando, es un problema social, psicológico afecta todo por eso les digo yo que esto es una escuela aquí no vas a ver un tipo de paciente, aquí se ve toda la dinámica del ser humano. Nosotros tenemos entendido que es comunidad terapéutica pero hay en instituciones que se maneja la adicción como un problema de salud y una enfermedad lo que da un manejo distinto. Nosotros tenemos un modelo y un enfoque cognitivo conductual humanista es muy amplio... por que... por que hay un deterioro, conductual por que hay una pedagogía desde la conducta y en la parte humanista que nos permite acercarnos,, hay comunidades que no permiten ese acercamiento entre profesional y el residente, hay un límite... es mas ustedes comen allá y yo aquí... usted no pasa de esa raya.. Nosotros hablamos de compañeros en el tratamiento por que eso permite tener un mejor enganche, una mejor relación y que estos muchachos nos permitan acercarnos mas; por eso al principio les hablaba de seducción por que si yo entro a un joven aquí que ha tenido una relación disfuncional totalmente con su familia yo en el puedo reflejar a su mamá... así de sencillo, entonces yo quiero que se abra frente a muchas cosas de su vida, frente a un abuso y yo soy una persona apática, desde el saber, me siento en el doctorado y no mas y de ahí no trasciendo entonces yo no voy a hacer nada con estos jóvenes... si yo le permito que él se acerque si yo le permito hacerlo sentir importante en mi vida, también como profesional que hable de su malestar que hable de todo, yo pienso que voy a hacer un mejor acompañamiento me voy a demorar menos voy a dar menos vueltas para que llegue y a mi me evita dar muchos rodeos por que el hecho de que implementemos esto me ha permitido llegar de entrada ... yo siento a un muchacho ahí y yo pienso algo de él y se lo lanzo... y en estos años que he

estado acá he obtenido siempre la respuesta es algo como mágico y esa estrategia es la que he utilizado... entonces me parece que es rico darle la importancia a cada uno y me permite el acercamiento con ellos si yo no tuviera ese acercamiento pienso que las cosas sería difíciles. En bienestar social, nosotros atendemos todo... es mas tenemos una ventaja frente muchas otras instituciones que se cuidan de recibir un diagnóstico dual.. no los reciben por que no hacen este acompañamiento., algunos portadores de VIH nosotros si... en este momento no tenemos la población pero los hemos tenido... nosotros no discriminamos.

- ¿LA RELACIÓN DE LOS MUCHACHOS AL RESPECTO DEL VIH?

Rta se hace publico no por el o los profesionales... ha sucedido que se dan cuenta de pronto por el medicamento o por sus bajones en el estado de la salud... pero esa es otra labor nuestra como profesionales... aquí en c.t usted interviene todo por que es una enseñanza también.. Usted cuando es portador y cuando es consumidor hay un pasito muy corto ahí es donde se tiene que aprovechar de esos pasitos que le está arrojando esa experiencia... hay que miedo vea tu consumidor y tienes miedo... y es ahí donde usted debe aprovechar y hacer intervenciones donde la generosidad... del cuidado que yo tenga... algún día monté un taller fue muy interesante... “yo les decía el se tiene que cuidar mas de nosotros que nosotros de él” entonces de pronto yo no manejo tanto conocimiento frente a esto que yo necesito de un médico que nos acompañe para muchas respuestas que los muchachos quieren escuchar... me parece que es maravilloso pues esa parte y fundamenta... cada situación de comunidad t. Se interviene en beneficio común... no se deja suelta... todos intervienen.

- ¿LA C. T ESTÁ SUSCRITA ÚNICAMENTE PARA LA POBLACIÓN DE ENVIGADO O ESTÁ ABIERTA A POBLACIONES DIFERENTES DE MUNICIPIO DE ENVIGADO? (CARLOS)

Rta: preferiblemente de envigado, en eso se enfoca, se le da atención, hay unos cupos para fuera de envigado... tiene un costo mas alto... son por hay 5 cupos que se brindan que siempre están cubiertos siempre y es mas la demanda es muy grande... la gente quiere estar en esta comunidad.

- ¿DE CUANTOS CUPO ESTAMOS HABLANDO? (CARLOS)

Rta: estamos hablando de 50 pero ahora estamos ampliando otros 10 cupos... y ya en estos días pienso que se pueden dar... lo que pasa... le voy a hablar honestamente a nosotros ningún residente nos estorba de hecho nosotros hacemos muchas cosas para que ellos no se vayan... yo por ejemplo me salgo ahí mucho de la ética y de todo lo que habla que un psicólogo jamás persigue a sus pacientes... yo los persigo... yo los llamo, les digo muchas cosas que yo se de su historia que de pronto los hace recapacitar.. Frente a...

- ¿PERO LO HACES COMO UN ACOMPAÑAMIENTO? (ELIZA)

Rta: pero si me toca coger el carro y alcanzarlo a la carretera... yo lo hago... no se como lo verán otros profesionales... yo siento esa necesidad y ese compromiso por que gente que hemos de vuelta ha habido gente que se ha recuperado y que en este momento está bien... sencillamente los seres humanos tomamos decisiones y nosotros nos conocemos poco... y eso que nosotros hablamos dentro de nosotros dentro de lo normal y yo lo pondría dentro de una comillas tan grandes y lo resaltaría tanto por que nosotros muchas veces nos auto engañamos.. no sabemos ni siquiera describirnos al menos ellos se paran y saben cuales son sus falencias... cual es lo duro... lo hablan y duro para nosotros y en la toma de decisiones la impulsividad... a

nosotros no se nos puede olvidar la población para la que nosotros trabajamos... la agresividad... el medicamento de control en ellos genera muchas cosas diferentes, muchas reacciones... se vuelven muy agresivos... el hecho de que le coloques una ayuda a un muchacho no es que vaya a negociar con eso ... jamás !!! Ellos saben que a mí desde eso no me pueden hablar... o sea eso vetado... Pero de que nosotros los persuadimos para que se queden en su tratamiento... si. Y que les mostremos logros... si. Y les hago un paralelo donde les digo: "cuantos años llevas tu consumiendo... ah yo llevo tantos años... bueno vamos a multiplicarlo y vamos a sacarlo en días... cuanto llevas en comunidad... hay no es que esto está muy monótono, es que estoy muy cansado... y es que tu vida es muy variada, muy creativa, muy llena de cosas abajo... entonces vamos a hacer una lista, frente a todo lo disfuncional y su estilo de vida y luego todo lo que ha logrado dentro la comunidad terapéutica todas las cosas lindas que han llegado a su vida" ... el hecho que esté en contención: un día menos sin droga, una persona menos en una plaza, una persona menos pensando a quien le voy a robar... mire que eso es social!... es el vecino menos parado en la esquina y tu vas con tu hijo y está el hijo tuyo viendo ese modelo... que tiene auto cuidado, que aquí se siente valioso.. En la mañana... o sea ya les trajeron aquí a un humorista... eso vino el director local a compartir con ellos un humorista que está pagando el municipio para que ellos sonrían... o sea se implementan una cantidad de cosas para que ellos las disfruten que ellos habían perdido de esto tan maravilloso... entonces esa es nuestra tarea... Yo siento... no tienen que hacerlo todos... Pero yo siento que es una responsabilidad mía, así lo veo... hay otras personas que les digo espérate o pensá dos días y te vas.. Pensalo bien pero no te vas así... a mi no me gusta que salgan disgustados de acá... ¿Cierto?... por que eso los llevaría a muchas cosas... cuando la persona es consciente, en realidad soy capaz... Me voy por que tengo este apoyo... ya yo siento que es mas diferente... pero yo dejar que la persona de cualquier manera de c.t. es tirar, en c.t. hay un término que se

llama aborto... como cuando el equipo clínico decide que se vaya por que nos está estorbando o por que ya no más... no lo aguantamos más o el pelao manifiesta “me voy” y uno... “bueno chao” que pasaría si en tu casa que vos dijeras me voy... “ah bueno, listo... hasta luego”... si... ¿es muy triste y por qué lo comparo con el hogar?... por que esto es un hogar, donde todos vivimos.

- ¿QUIERE DECIR ESTO QUE LA POBLACIÓN QUE ESTÁ EN C.T. ESTÁ BAJO SU PROPIA RESPONSABILIDAD Y DECISIÓN?

Rta: ¡claro! ... de hecho ustedes entraron y nadie les abrió la puerta... ellos saben... ahí hay una línea imaginaria... ellos ponen un pie fuera del quiebra parques y están abandonando el tratamiento, no tiene ni siquiera que ir hasta la carretera y aquí también... están abandonando el tratamiento, sencillamente... es más a ellos se les pasa el balón... y ellos dicen “voy a coger el balón”... hay un pare... hay un freno inhibitorio que hay que introyectar! ... en la norma.

- ¿ESA POBLACIÓN DE 50 PERSONAS QUE TIENE USTEDES EN T. ¿QUE PORCENTAJE ES POBLACIÓN JUVENIL?

Rta: en este momento yo te hablo del 50%.

- ¿ES EVENTUAL O ES REGULAR?

Rta: mira...yo pienso que se ha intensificado este último año y es lo que más me ha preocupado y jóvenes capacitados... Tuvimos la experiencia aquí de un joven psicólogo, abogados, estudiantes de derecho, psicología.

- ¿ESO EN QUE IRÁ?

Rta: es un resultado... el hecho de que tu tengas una posición social no te garantiza en ningún momento que vas a estar en fila india frente a lo que los otros hacen... y mucho menos tus hijos... el hecho de que tu tengas una

preparación te acerca a tener un nivel de conciencia y a evaluar muchas partes de tu vida... pero de hecho en otras flaqueamos... de hecho cuando yo hablaba de la familia no se les olvide que hay un autor que habla de que la familia es el primer vínculo de socialización del individuo... allí se mueve y uno es un resultado,,, cuando el muchacho viene de la u porque está llevado de consumo .. eventualmente y esporádicamente son casos de consumo que ocurren después de los 20 años que son contados... o sea cuando a mi un muchacho me dice “no... es que yo empecé a consumir a los 23, 24...” yo siempre indago, sobre un evento postraumático, algo que detonó en él ese consumo... inmediatamente por que hablamos de una edad que es pre adolescencia y adolescencia que hemos vencido... adolece... como su nombre lo dice y es donde está mas vulnerable frente a lo que afuera le ofrece, frente a lo que sus padres le ofrecen, frente a esa necesidad de aprobación... todas estas cosas, vemos esa vulnerabilidad ahí en ese rango de edad.. pero también tiene mucho que ver con lo que halla vivido en esa niñez ... por que es ahí donde sale la adolescencia, de hecho cuando tu sientas aquí al adolescente y empieza a hablarte el casi no te habla de ese aquí y ese ahora.. el empieza a nombrar su niñez... “a mi me maltrataban, yo era el de menos” aquí hubo un caso “yo he visto a mi mamá 3 veces y tengo 15 años y las veces que la he visto es por que ha venido del exterior, me ha maltratado, me tira contra las paredes, yo he sido un buen estudiante y lo puedo demostrar” ... pero todo eso viene a ser en ese momento duro para él y como lo disfraza y como canaliza ese dolor.. por medio de las sustancias.

- ¿ESTO QUIERE DECIR QUE SI LA PERSONA O EL RESIDENTE RESUELVE LA PROBLEMÁTICA PSICOLÓGICA PODRÍA INGERIR DROGAS O ALCOHOL NORMALMENTE? (Carlos)

Rta: que resuelva su problemática?... no porque la idea es llevarlo a una toma de conciencia... frente al daño que se está haciendo con la sustancia... el resuelve su problema psicológico, pero es que parte de la resolución de su problema psicológico es la toma de conciencia, por que entonces no está resolviendo nada... Donde está su responsabilidad frente a lo que le está haciendo daño a nivel cerebral, a nivel fisiológico... por que en eso si ampliamos mucho la información hacia ellos... que sustancias has consumidos... tu conoces que esa sustancia está siendo mezclada con otra sustancia... tu ves un deterioro a nivel de memoria... ¡Claro!... de atención, de percepción... por que hubo una decisión en tu estudio... “ah por que ya no me concentraba, ya tenía que entrar pepo, por que ya tenía que haberme metido otra rayita, había tenido que es XXX”... tu sabes que es XXX?.. ¿Tu sabes que estás entrando a tu cerebro?.. Ahí es la toma de conciencia, ahí yo diría que el primer paso psicológico es ese.. Frente a una toma de conciencia.

- ¿POR EJEMPLO FRENTE AL ALCOHOL QUE ES UNA SUSTANCIA LEGAL Y SOCIALMENTE ACEPTADA, UN RESIDENTE QUE CONSUME DROGAS PODRÍA CONSUMIR ALCOHOL?

Para nosotros no, para nosotros eso es una reserva de consumo, sencillamente... cuando a mi me dicen: “no marle yo le voy a decir pues una cosa ...yo vine aquí a cambiar pero el consumo de sustancias pero yo no voy a dejar el guarito.. o yo me voy a tomar mis polas...” el hecho de que esas dos sustancias, la nicotina y el licor sean aprobados socialmente nos ponen una barrera grandísima a nosotros en prevención e intervención... y mas aún cuando yo en mi casa tengo a papá, mamá y hermanos donde todo evento lo celebro y que tenemos una sociedad que todo lo celebra con el licor... para algunas personas el licor no es un puente de consumo, para el que es vulnerable a la sustancia es un puente de consumo, porque no solamente se va

a conformar con consumir licor o nicotina sino que va a tomar algo más.. pero es por que su cuerpo todos los días le va a exigir más... de hecho ya no se fuma los dos cigarrillos iniciales, sino que ya están consumiendo la cajetilla completa, de hecho conocen como es la escala del alcohólico... que inicialmente tienen que tomar mucho para embriagarse y luego bolean el poncho y ya está borracho... entonces cuando el s. h. no encuentra satisfacción siempre está buscando esa sensación y eso es lo que nos preocupa ahora con los jóvenes. Hay una regla y es la siguiente: “si un joven empieza a consumir nicotina y licor a muy temprana edad será posible consumidor poliadicto” a los 20 años le a dado la vuelta a muchas sustancias como se le ven de recreativas... con todo esto que no es adictivo... entonces les hablan en esos términos y eso se lo creen y terminan siendo unos consumidores poliadictos potenciales.

- ¿CUANTO TIEMPO DURA UN TRATAMIENTO Y POR QUE SE DEFINIÓ ESA DURACIÓN?

Rta: la duración varia, nosotros el año pasado... estuvimos haciendo un estudio muy interesante que nos ofreció E. U. Y nos lo regaló CLARET y allí internamos los profesionales de acá fuimos tres... nos internamos 15 días después veníamos y le recibíamos a los otros 15 días para ellos contarnos como funcionaban su escuela XXXX en E.U. el tratamiento de ellos dura aproximadamente 24 meses que son dos años haciendo un acompañamiento con todos los profesionales, allí todo tienen escuela que es una ventaja muy grande... el tratamiento que ellos dan y el nuestro tiene mucha similitud, creo que con desventaja en la parte económica que tenemos privilegios y cosas lindas acá pero ellos tienen mas dinero que nosotros.. aquí inicialmente duraba 12 meses... entonces se redujo... ahora dura de 7 a 8 meses y los otros 4 meses restantes para ajustar el año es el tiempo de reinserción... donde ellos

continúan asistiendo a grupos de apoyo... la idea es que tratemos y es hay donde tenemos que correr los profesionales por que esos 7 o 8 meses lograr que se incremente muchos estilos y situaciones aversivas en la vida de ellos y estilos de vida que han desarrollado o han tenido durante tantos años y nosotros les ayudemos a acercarse como a algo mejor durante ese corto tiempo... por eso trabajamos así cortico y no quisiéramos que ellos se fueran antes... pero son personas que yo pienso que han reventado mas tiempo... es permitirles que vivan afuera pero que vivan en comunicación con la comunidad... estaríamos hablando de un año así ... y luego lo ideal es que ellos continúen en el grupo de autoayuda... aquí tenemos el privilegio que venga narcóticos anónimos y alcohólicos anónimos cada 8 días... para que ellos se vayan acostumbrando y afuera lo implemente como parte de su vida... continúan con algún profesional, en este momento hay un compañero Oscar Torres que es el encargado de este acompañamiento, al grupo de él van muchas personas que quieren conservar su sobriedad y nos van informando como se siente... además tengo en mi correo muchos residentes que me escriben y por ahí también hago como un acercamiento de los que están en reinserción y también nos visitan mucho,,, están llamando constantemente para contarnos que pasando con la vida de ellos.

- ¿CUANDO USTED HABLA DE LOS GRUPOS DE APOYO N.A Y A.A SON GRUPOS QUE PRESENTAN LA ADICCIÓN COMO UNA ENFERMEDAD, NO DESLINDA ESO NADA DEL TRATAMIENTO O NO HAY COMO UN CHOQUE PARA LO QUE SE PRESENTA EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA?

Rta: lo que pasa es que nosotros nos acomodamos a lo que nos brinda el medio, y ha dado resultado en otros países y ha sido de gran valor para las comunidades terapéutica... compartimos... no hablamos tanto de enfermedad

de hecho le abrimos un espacio a la parte psiquiátrica.. ahora estaba hablando eso con el director local y es que es importante el trabajo que está haciendo con psiquiatría... el joven no necesita medicamento y hay ciertos medicamentos que no se deben manejar dentro de C.T. por que afuera fueron droga para ellos... en medicamentos de control hay sustancias que ellos consumían como droga,,, es importante tener esa claridad por que eso es decirles consuman... yo hago la formula y usted compra la formula y consuma... no choca a dado muy buenos resultados.. yo te voy a decir algo.. hay quien habla de comunidades de garaje... hay gente reeducada en esas comunidades.. yo pienso que en esta población hay un montón de cosas interesantes que uno dice: "a este paciente no le sirve" para mi es bienvenido ... hay quien habla de la teoterapia y ahí funciona, se aferran es pegarse de algo... por que concluyo y hablo de esto, porque tuve un paciente con una depresión mayor tu lo veías y Dios mió! Le veías la cicatriz... y decías Dios mío como sería el dolor, porque él se abrió consumidor de pasta básica de cocaína... se abrió con una cuchilla de afeitar todo el brazo... les estoy hablando de 8 cortadas pero no era el rayoncito superficial... él estaba buscando la vena azul... el rompía rompía rompía... el médico trató de hacer muchas cosas en ese brazo peor ahí dejó su gran huella... en espacio individual no había de que aferrarnos.. yo no encontraba ningún elemento,,, es cuando tu te sientas y piensas... que voy a hacer ...entonces que se mate!... por que era mas aferrado... Eros y talhos ahí con él y más inclinado a talhos!! Por dios que vamos a hacer... y empecé a mostrarle situaciones de su vida... a que me hablara de una homosexualidad que había ahí oculta.. tan grave y empiezo a aferrarlo a la vida y sentar a papá y mamá y decirle que su hijo es homosexual,, que ha tenido prácticas, que tiene novio y que él quiere que le dejen arrimar el novio... es romper un paradigma impresionante con la familia!!!... o sea como lo acercamos a su vida., su realidad.. a que le de sentido a este cuento ...su aceptación y el respeto a la diferencia... me costó lo que quiera... me puso a estudiar, yo me sentaba aquí y

miraba y decía: “Dios que voy a hacer”... peor cuando se encuentra en ese arroyo esa ramita que no era ni un tronco... sino que se pegó de esa ramita ese hombre... se aferró y vamos a tener toda la energía mas positiva y vamos a saber llegarle a tu familia... y uno en tratamiento lograr que la familia acepte un novio en la casa de uno (el novio visitando el hijo) viendo películas... que los dejen salir... en este momento está desempeñando,, por que él tiene un cargazo!!.. Aquí venia el jefe de él a visitarlo, tiene un cargo importantísimo y está súper bien.... Como no va a ser eso importante.

- ¿QUE TIPO DE DROGAS ESTÁN CONSUMIENDO LOS JÓVENES ACTUALMENTE?

Rta: ¡¡¡todas!!! Consumen las mas llamadas tradicionales (THC, pasta básica de cocaína, perico, bazuco, mucho licor, mucha nicotina, kepamina y meskamina que son anestésicos y las otras son drogas veterinarias,, esto está dejando en los jóvenes una reserva de la sustancia,, entonces tu entras con un consumidor de meskalina y kepamina y tu sabes que él está aquí... lleva por hay 10 días y estás seguro de que ese muchacho no ha consumido y de pronto se empieza a comportar como si hubiese bajo el efecto de esa droga ... esas drogas están dejando reserva en el organismo... un paciente que lo están viendo 7 psiquiatras y no han podido dar con el diagnóstico y ellos me llamaron por que lo tuve que enviar de nuevo a toxicología.. y me decían: usted que ve... y yo a mi me arma tres cuadros diferentes.. ellos también veían eso.. tienes razón... pero usted que lo tuvo allá así... aquí lo tuve y me mostraba eso... y se desplazaba, movimientos me daba todo.. se metía en su cuento ...están consumiendo popper que lo están vendiendo en todas partes... éxtasis... todo lo que tenga que ver con medicamento de control.. psiquiátrico... sacol y este ya no solo lo están consumiendo los niños de la calle... ya lo consumes jóvenes de un nivel socio- económico alto... la gasolina, marcador, lique papaer,

- ¿QUE CONSECUENCIAS TRAE EL POPPER?

Rta: contrae el cerebro... un compañero nos decía que lo comprime, lo reduce igualmente todas sus funciones... hay deterioro a nivel mental muy grave en las funciones superiores... yo tuve un joven de 15 años con un deterioro muy grande muy consumidor de inhalantes con un diagnostico de esquizofrenia residual en ese momento... pero se me fue... me dio toda la brega del mundo, yo fui muy clara con él ... si uno a los 15 años está diagnosticado por esquizofrenia residual que casi siempre es a los 16 años es un parámetro para diagnosticarlo es bien delicado... por que ya viene el reemplazo del que se cuelga el costal aquí en envigado... cierto... ya a los 15 años le está dando tan duro a su cerebro,,, esa claridad la tiene que tener un profesional... eso no lo podemos guardar... pero eso si, hay que saberla decir... pero es una realidad que están pasando muchos jóvenes.

- ¿QUE TAN EFICAZ ES EL MODELO EN TRATAR LA ADICCIÓN A LAS DROGAS?

Rta: a nosotros nos ha dado un buen resultado, hemos tenido pues deserciones reincidencia... no es lo mismo que recaída es importante que hablemos de esos términos... reincidencia es que lo hice y paré, no lo hice mas; recaída es que lo hice varia veces pero no me pillaron o un fin de semana que salí de permiso consumí y me volví nada... en estos días tuvimos una experiencia con un joven de acá y se dio súper duro... mire esto no se lo digan a nadie y menos a una mujer... en una recaída que un muchacho tiene por sustancias ... le pueden rebajar hasta 10 kilos y no les hablo mentira... a ti Carlos te ha tocado ver una recaída... y dices ¿aquí que pasó?.. Se consumen... ellos consumen droga y la droga los consume a ellos.

- ¿QUE NIVEL DE RECUPERACIÓN MANEJA LA COMUNIDAD TERAPEUTICA DE ENVIGADO?

Rta: es un nivel alto... en estos días nos daba resultados el director local... hay inconvenientes, cuando hay deserción cuando no hay pre- comunidad... es decir cuando la persona ingresa y no ha tenido una previa información, nosotros vemos ahí la diferencia... de hecho abajo teníamos una dificultad y es que los muchachos cuando se conocían en pre comunidad, tenían un acompañamiento donde se reunían una o dos horas... luego se reunían y hacían fechorías... comportamiento inadecuado, entonces se iban a parrandear... se iban a consumir a una casa... lo que no había en el colegio... pero entonces una parte donde hay mas deterioro... entonces no veíamos como el daño.. tuve una propuesta y es atenderlos cada hora, la atención se realizaba comentándoles que era la comunidad, a que venían acá, cuales son las normas, cual es la disposición de cambio... todo lo que se trata del cambio... y se hizo así... pero aquí se implementa, se coge un grupo y se habla de todo lo que es comunidad terapéutica, lo que representa un hermano mayor... el compromiso de un hermano mayor... en cifras en este momento no te lo digo... para ser bien exactos ahora...

- ¿A ESO APUNTABA NUESTRA SIGUIENTE PREGUNTA... ESA INFORMACIÓN ESTÁ SOPORTADO A UN ESTUDIO O INVESTIGACIONES A NIVEL DE LA COMUNIDAD DE ENVIGADO?.

Rta: ahora hablamos con la dra. Diana yo se que ella nos da esa información. Les voy a decir honestamente... soy enemiga de los números... por que para mi son pacientes... entonces eso es una falencia mía... en estos días una compañera me hablaba de resultados tangibles y yo le decía pero es que nosotros no somos administradores... yo a ellos los veo como lo que son seres y yo veo resultados... el hecho de que un joven decremente muchos

comportamientos... Que llegue aquí con un trastorno antisocial... y se comporte y se mueva dentro de una comunidad para mí eso es un logro... esos son mis resultados... yo lo veo así... no quiero los números, eso es una dificultad mía... pero enseguida hablamos de eso... sí.

- ¿PERO LOS RESULTADOS SON IMPORTANTES A MEDIDA QUE EVALÚAN LOS PROCESOS O NO?

Rta: sí. Y para mostrar resultados, abajo, administrativos... pero como te digo yo es una dificultad mía... yo a ellos los veo muy diferente, yo soy enemiga de eso...

- ¿CUALES SON LAS DEBILIDADES DE LA INSTITUCIÓN?

Rta: a veces les digo a los muchachos que dicha que no se infringiera la norma, para no perder tantos espacios individuales ya que hay que intervenir mucho a nivel terapéutico para hacer la introyección de la norma ... yo pienso que... yo lo veo como pérdida de tiempo pues yo puedo hacer muchas cosas un joven acá y que no me lo requiere en espacio grupal, pero veo también la importancia de que el este allí y que aprenda del otro... hay situaciones que X joven lleva dos meses... y por haber hecho algo, debe volver a empezar el tratamiento.

- ¿PERO EN MODELO DE LA INSTITUCIÓN QUE CARENCIAS TIENE?

Rta: para mí había una carencia muy grande y era el no acompañamiento del psiquiatra... que a mí me llegara un joven y yo no supiera quien era el psiquiatra de mi muchacho... entonces yo lo llamaba... a veces no me respondían y a mí eso me generaba de todo... decía yo con este muchacho aquí con una respuesta diferente por medicamento... esto no... a mí me parece que es el acompañamiento más grande... fue tanto lo que molesté hasta que... dio resultado, obtener la ayuda del centro mental de aquí de envigado... ¿cuál es la

facilidad que tengo?... nos visitan, vienen nos hacen acompañamiento, yo ya tengo los pacientes que van a entrar y tengo el resumen de cada... le resumo al psiquiatra, el indaga, amplía y como yo estoy aquí moviéndome con ellos... en conocimiento y el me les manda por decir algo si necesitan medicamento y yo lo estoy llamando, le cuento como los veo y si autoriza cambiamos fórmula... no lo hago yo lo hace el psiquiatra y a dado excelentes resultados ... esa era la dificultad que yo le veía a la comunidad.

- ¿CUALES SON LA FORTALEZAS DEL PROGRAMA?

Rta: las fortalezas son el apoyo que tenemos a nivel de alcalde y director local... que nosotros no somos una rueda suelta, que creen y respetan mucho nuestro trabajo... que son importantes para el municipio... no tenemos dificultades económicas, como no tener para darles buena alimentación... el lugar me parece encantador... mejor no puede ser para hacer este tratamiento...

- ¿COMO ES LA LOGÍSTICA DEL LUGAR?

Rta: el hecho de que ellos tengan a su alrededor toda la naturaleza me permite a mi como profesional aprovecharme de eso para sensibilizarlos... y mostrarles que el verde no es el mismo... que el estilo de las hojas no son las mismas... y eso nos da creatividad a nosotros... nos permite acercarnos a ellos y sensibilizarlos... no solamente que este trabajo se tiene que hacer acá... yo utilizo todos los espacios... el hecho de que en comunidad terapéutica haya ocupacional como es la huerta me permite a mi como profesional ponerme unas botas y haya hacer una intervención individual o grupal... que tal que lo apliquemos a como se llega a comunidad... cargados de muchas cosas... como está la tierra.. que debemos hacer para poder sembrar... hay que limpiar... en entonces yo de cada elemento que me brinda este lugar yo tengo que hacer uso.. ahí es donde está la creatividad del profesional ... para acercarse... el

hecho de que se tengan animales en c. T. No es para venderlos... es para utilizarlos... ahora les hablaba de micro y de macro... porque aquí es una micro sociedad, como sabemos si un joven está siendo responsable si está al cuidado de un animal y no le da comida.. si no lo asea... si su lugar no está limpio... si no ha recogido los huevos... que pasa si es agresivo por que estás agrediendo a los animales, muchas veces se desquitan con las personas o con los objetos, una puerta que manejo le estás dando a eso... todo aquí es terapéutico... aquí tratamiento no solo es individual, es yo saber que me acuesto en una habitación donde hay 4 personas que yo jamás pensé en mi vida que iba a compartir con ellos y dormir a menos de 50 centímetros... probablemente es la persona que yo yendo en mi carro está acostada en la acera... y me toca compartirlo aquí con ellos... eso es tratamiento... que mas es tratamiento compartir un baño con muchos otros... si yo estaba acostumbrada a tener mi baño.. esperar que otro me diga cuando me puedo bañar yo y en cuanto tiempo... tratamiento es cuando a pesar que la comida es muy rica... yo tengo que comerme lo que hacen por que a mi no me van a preparar algo diferente... algo que me van a hacer en mi casa.. o sea todo lo que usted quiera lo aplica como profesional dentro de este lugar... que a mi me parece que no hay uno mejor para una desintoxicación... además beneficia a las familias... en que recuperan mucho el acercamiento... el joven cuando es consumidor se pierde muchos espacios con su familia... el hecho de que vengan aquí, los visiten y tengan un lugar tan agradable.. que cada familia pueda estar en el kiosco.. que programen su asado ahí donde se les facilita para que se coman lo que ellos quieran... traen de su casa... se celebran entre ellos mismos los cumpleaños sanamente... por que aquí no pueden entrar ninguna sustancia.. aquí nadie dentro de comunidad puede fumar, ni tomarse una cerveza, así de sencillo... el papá, el alcalde, el concejal... nadie por que este es el templo de la sobriedad... por que estamos respetando a unas personas que están haciendo un pare de consumo... entonces nosotros no tenemos por que venir a interferir en eso... es todo lo que

te ofrecen... nosotros tenemos dos casas que para nosotros son muy lindas que nos prestan protección... no son hermosas... aquí no hay lujo... aquí hay un lugar muy agradable...

- ¿COMO ES LA DESINTOXICACIÓN DE ELLOS?

Rta: bueno cuando ellos llegan el hacer el "pare" es empezar a desintoxicarse.. hay algunas sustancias que exigen que el residente antes de entrar acá sea paciente de toxicología, Samein o del hospital.. por que hay que suministrarle otro medicamento para que aquí no de un síndrome de abstinencia... ellos vienen... si necesitan... ellos vienen por salud mental sin venir con esa evaluación tampoco los recibimos... se hace una evaluación general que viene en cada historia de los jóvenes donde nos dan datos relevantes para tener nosotros en cuenta... si tienen que hacer chequeo, hay que darle medicamento de esta forma... como que le pasó esto con esta sustancia...o una sobredosis, todo esto lo tenemos que conocer... todos los del equipo clínico ... de hecho todas las mañanas recibimos turno y sabemos que pasa con cada uno de los residentes... entonces esa información es muy importante, para no irnos a tirar en el joven o en la salud de el... si un joven viene con una cirugía de columna... entonces venga y levante la carreta en ocupacional... todo eso hay que saberlo.

- ¿CREES QUE DESDE LA EXPERIENCIA INSTITUCIONAL, DEBE HACER UNA DIFERENCIACIÓN ENTRE EL TRATAMIENTO CON ADULTOS Y ADOLESCENTES?

Rta: si. Me parece que si... " un residente de 15 años me dijo me voy... se hablaron muchas cosas... le dije te acuerdas de lo que hablamos cuando ingresaste (yo hice el ingreso de él)... que yo me sentía muy feliz cuando llegaba un joven a tratamiento ... que ya decidía estar en tratamiento... pero que también era un arma de doble filo... el hecho de que el viniera acá y

encontrara personas que han sido consumidoras durante muchos años... y que "ya están bien"... eso lanza un mensaje "es que yo me puedo dar mas duro" ... es una lectura... muy fuerte... es que me faltan... 15, este ya consumió... ya farrió, ya hizo de todo... a los 30 paro... cuanto le faltan a este joven 15 para darse duro" ... ahí está lo que yo les hablo de creatividad... ahora entiendo la materia creatividad en la universidad por que estrategias vas a implementar para que este muchacho se convenza... con toda esa historia que el te arroja... es de ahí de donde te tienes que pegar para tratar de salvar la vida de él... que se enamore de su sobriedad.

- ¿MARCA DIFERENCIAS PARA ABORDARLOS TERAPÉUTICAMENTE?

El único inconveniente que le encuentro es que estén juntos.. de resto yo como profesional tengo que abordar todo... por que a ese adulto no se le han resuelto muchas cosas... que a ese joven le va a resolver...así de sencillo... está anclado en una necesidad de consumo, en el sufrimiento y que quiere salir adelante ... que yo tengo que abordarlo como profesional.. todas esas problemáticas que se contaron anteriormente... reforzar todo eso que ha quedado, por eso está ahí.. es que ya el adulto no está consumiendo por que es placentero ... ya es una experiencia displacentera ya es por necesidad en la vida de él... yo lo vería rico hacerlo separado... tener una institución con el rango de edades que ustedes están hablando... donde está la juventud... tenerlos ahí ... la única dificultad es eso que los otros se de permiso.. viendo a sus compañeros... Por ejemplo hay elementos fundamentales de los que hablabas ahora, un adulto llega con 15 años encima, con calle, con mucha droga encima, con una experiencia vital ya desquebrajada, el adolescente o el joven llega inicialmente por presiones sociales que con un convencimiento propio...

- ¿HAY ELEMENTOS DEL JOVEN QUE SON SUSTANCIALMENTE DISTINTOS AL ADULTO, QUE MARCAN DE ALGUNA MANERA CIERTA DIFERENCIA FRENTE AL ABORDAJE DEL TRATAMIENTO COMO TAL?

Rta: te digo si y no... por que es que esa es la problemática vos en un adulto podes encontrar una desesperanza perdida... que podría ser por todo su estilo de vida... pero resulta y te cuento que un paciente de 14 años con una desesperanza... si se dan cuenta, a eso es lo que quiero que lleguemos... yo no puedo catalogar, que estos por que son adulto o estos por que son jóvenes.. yo lo único que podría hacer y me podría parecer que tendría resultado es tenerlos separados... si... pero yo se muchachos que llegaríamos a lo mismo... desde mi experiencia aquí en este lugar ... yo se que yo tengo que tocar todas esas áreas de... por que si está aquí de 50 años consumiendo...

- HABLEMOS DE INTERVENCIÓN, USTED NOS HABLA DE UN GRUPO DE PROFESIONALES TRABAJANDO EN EL ÁREA CLÍNICA DE LA INSTITUCIÓN, PODRÍA DECIRNOS ¿QUE APORTA CADA UNO DE ESTOS PROFESIONALES A LA INSTITUCIÓN Y AL PROCESO, AL MODELO DE TRATAMIENTO DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE ENVIGADO?...

Rta: Nosotros cuando estamos hablando, cuando hablamos de diferentes disciplinas hablamos de un equipo interdisciplinario, que tiene manejo de todos los pacientes o residentes de la C.T... usted le habla a cualquier miembro del equipo clínico... de pepito Pérez y él te tiene que decir su historia clínica, si la familia es funcional, disfuncional, enfermedades, o sea de todo... nosotros no podemos hablar de "yo no sabia" ... eso es un respeto por el respeto. Como hacemos el trabajo? El psicólogo hace su acompañamiento desde la parte cognitiva, desde el ser, interviene en todas estas áreas, hace acompañamiento con la familia, la pareja... se buscan estrategias; en trabajo social trabaja con el

paciente, pero enfoca mas su trabajo a la reintegración con la familia del residente y a la sociedad... yo me centro en el, pero si el quiere que yo intervenga con su pareja y yo veo que es relevante para la recuperación de ese paciente, que eso me está ofreciendo factor de riesgo y que esta ahí... yo intervengo, siempre lo hago... si a mi un paciente me dice yo abusé de mi hija...mi hija y a es una adulta... yo necesito que el residente haga un cierre... que concluya.... Bueno que hace un pedagogo licenciado en pedagogía reeducativa... nosotros tenemos grandes compañeros... uno de los requerimientos para hacer comunidad terapéutica es que hayan profesionales que hayan sido consumidores y que no hayan tenido una vida adictiva... eso complementa... si yo no tengo experiencia de consumo, sino, desde lo que he estudiado... y lo que he conocido, entonces yo hablo desde ahí ... pero si ha sido un consumidor ya que me habla desde su dolor, su experiencia y lo que se ha superado... además me sirve como modelo de identificación dentro de una comunidad terapéutica... por que el común de las personas normales piensan que un drogadicto jamás se recupera y no aportan un peso para eso.. el hecho que estos jóvenes sean del equipo clínico profesional que ha tenido una experiencia de acompañamiento,, que su vida ha dado un giro a beneficiar a otro y de hecho se han beneficiado... y que han podido conseguir muchas cosas en su vida a nivel personal, familiar, laboral, educativo, afectivo... el licenciado en pedagogía de la introyección de la norma... todo lo que es norma, esto es conductual... una exigencia, un requerimiento para hacer profesional el esta comunidad es que no puede faltar lo humano.. si a ti te molesta que un residente se te acerque, entonces no puedes trabajar en la C.T. las palmas... si te sientes persona exclusiva no puedes trabajar... es una exigencias... por que te verían como una rueda suelta... jamás encajarías... ese elemento es valiosísimo y lo deben tener cada uno de los profesionales... hay personas que dicen, tu estás en el lugar equivocado... esas devoluciones unos las hace cuando uno ve que no... por que se queman y no es bueno ... por que ese

profesional puede ser bueno para otras cosas... moverse en otros ambientes... el psiquiatra hace un papel excelente, maneja mucho concepto y conocimiento de C.T, entonces no viene desubicado de la forma como hablan ahora los jóvenes... otra fortaleza de equipo clínico...entender su lenguaje,,, que cuando le hablen a uno de "chupada" fue que se besaron y así por el estilo... son todas esas cosas que crean empatía dentro de un ambiente terapéutico... tenemos que hacer el acompañamiento de médico general, es cerca de la C.T el centro de salud, de igual manera odontología... por que menciono odontología por que cuando estos jóvenes empiezan a hacer comprensión... ellos sienten mucho dolor, se enferman, les da diarrea, son eventos que suceden cuando hay una abstinencia... por eso deben pasar por una desintoxicación clínica especializada, para poder llegar a comunidad... por que los estamos enfrentando a algo muy difícil para ellos... pueden amanecer muertos,,, yo decirle a un joven que él no tiene escalofrió.. que es para no bañarse, es que para no hacer algo... yo tengo que saber y el equipo clínico lo tiene que saber todo... porque si este es consumidor de heroína se que le van a doler los huesos... por eso tengo que saber el antes...debió estar en un proceso de desintoxicación para poder hacer un corte... entonces el viene acá,,, tengo que volverlo a mandar... pero eso lo deben de saber los compañeros para guardar el cupo,,, pero antes hablamos con el psiquiatra le dan X días de desintoxicación e inmediatamente se remite a comunidad terapéutica.

El alcohólico crónico es el mas difícil de manejar a nivel de contención... una persona consumidora de base, cocaína o marihuana es diferente ya que para y la mata y adicional a eso, que son esos mitos y creencias que se manejan frente a " mi consumo no es como el del chirrete" ellos se creen consumidores se ubican en una forma vertical y aquí los ubicamos en forma horizontal" ... aquí llegan y se cuadran y se les dice eres consumidor de cocaína, basuco... hasta se cuadran y dicen no yo no... y uno lees dice no se cuadren que es que

le falta poquito... como así ... yo si... se sienta uno y le dice: usted es el único que se cree exclusivo... es que de ahí a acá hay un pasito así de cortico... has tenido relaciones homosexuales?... es facilísimo prostituirse en el consumo.

Anexo U. Entrevista semiestructurada realizada a Mauricio Ospina, Coordinador del Plan de Prevención Integral en Fármacodependencias (programa ambulatorio)

- ¿Cual es el objetivo u objetivos del modelo de intervención de la comunidad terapéutica de las palmas?

Rta: Deshabitación De la sustancia, resocialización, intervención multidisciplinaria: psicología, trabajo social, psiquiatría, pedagogía reeducativa

- ¿Como ve comunidad terapéutica de Envigado la adicción?

Rta: Con una problemática multifactorial “Personal, familiar, cultural, social, económico”

- ¿Como comunidad terapéutica el enfoque que se le da a la adicción es un problema de salud, psicológico, de aprendizaje o de que tipo?

Rta: EL Enfoque de la comunidad terapéutica es cognitivo, conductual humanista desarrollado en una ambiente de experiencias de aprendizaje terapeuta.

- ¿Como es la relación de los muchachos al respecto del VIH?

Rta: Han existido pocos casos, diagnosticados, donde el mismo paciente expresa su estado de salud, y este es aceptado muy profesionalmente tanto por los profesionales como por los residentes.

- ¿La Comunidad Terapéutica está suscrita únicamente para la población de Envigado o está abierta a poblaciones diferentes de municipio?

Rta: Se da prioridad a los habitantes del Municipio de Envigado. Y si se cuenta con cupos disponibles se tienen cuenta a los habitantes de otros municipios, a esos no se tienen en cuenta para subsidio brindado por el municipio.

- ¿Con cuantos cupos cuenta la comunidad terapéutica de las palmas?

Rta. Actualmente se cuenta con capacidad para 50 personas. Hay proyecto para habilitar un internado para mujeres, con 15 cupos más.

- ¿Que porcentaje de la población es juvenil?

Rta: Aproximadamente el 40% de la población es juvenil en comprendidas entre 14 y 18 años

- ¿Cuanto tiempo dura el tratamiento y por que se definió esa duración?

Rta: El tratamiento esta estipulado en 7 meses con 3 ciclos y posibles modificaciones en aumentarlo a 8 meses.

- ¿Que tipo de drogas están consumiendo los jóvenes actualmente?

Rta: las de mas incidencia marihuana, cocaína, popper, benzodicepinas, alcohol y cigarrillo. (Sustancias legales)

- ¿Que tan eficaz es el modelo en tratar la adicción a las drogas?

Rta: Datos que indiquen con certeza la eficacia del tratamiento no existen en este momento, sin embargo. Se modifican conductas y comportamientos del usuario en las diferentes áreas de funcionamiento llegando a mejorar la calidad de vida no solo del usuario sino que también de su entorno próximo.

- ¿Que nivel de recuperación maneja la comunidad terapéutica de Envigado?

Rta: Los únicos datos reales son los que participan en la ceremonia de reeducación cuando termina el tratamiento.

- ¿Esa información está soportada a un estudio o investigaciones a nivel de la comunidad de Envigado?

Rta: No existe en estos momentos. Pero se esta realizando un proyecto de reinserción para incluir estas estadísticas

- ¿Háblenos de las debilidades de la institución?

Rta: Desarrollar propuestas de Psicoterapia individual y grupal, desde otros enfoques o visiones que puedan aportar a la problemática adictiva.

- ¿Que carencias tiene el programa de la institución?

Rta: no contar con medico general, enfermería y psiquiatría, dentro del modelo seria importante ingresar mas terapia ocupacional.

- ¿Cuales son las fortalezas del programa?

Rta: Profesionales capacitados en farmacodependencia, con experiencia en el campo, apoyo por el ente municipal, trayectoria del programa (16 años), proyectos de capacitación en labor terapia, Espacio físico

- ¿Háblenos de la logística del lugar?

Rta: cuenta con área física totalmente campestre, adecuada para albergar 50 personas, con instalaciones adecuadas para todas las necesidades básicas, cría de animales y una huerta para cultivos para autoabastecimiento.

- ¿Como es la desintoxicación de ellos?

Rta: En casos donde es necesario la intervención por es posible síndrome de abstinencia el médico o psiquiatra realiza la respectiva medicación. De lo contrario se realiza el seguimiento por el psiquiatra encargado ante cualquier otro tipo de demanda del usuario.

- ¿Cree que desde la experiencia institucional, debe hacer una diferenciación entre el tratamiento con adultos y adolescentes?

Rta: Seria lo ideal poder manejar poblaciones diferenciadas.

- Marca diferencias para abordarlos terapéuticamente?

Rta: La Dinámica es diferente por que hay conductas, pensamientos, proyectos de vida diferentes por la edad evolutiva y psíquica. Y no existan aprendizajes que incrementen los factores de riesgo en el consumo o conductas delictivas.

- ¿Que aporte hace cada uno de estos profesionales de la institución al proceso y al modelo de tratamiento de comunidad terapéutica de envigado?...

Rta: 1. Brindar al residente elementos para tomar conciencia en su problemática adictiva. A través de la psicoterapia y los grupos.

2. La reeducación frente a la norma, autoridad y disciplina.

3. Mejorar la calidad de vida de los usuarios y las familias por medio de la intervención multidisciplinaria.

4. Soporte emocional ante dificultades presentadas por los usuarios.

5. Modelo de estilo de vida saludable.

Anexo V. Entrevista semiestructurada realizada al Psicólogo Efrén Martínez del Colectivo Aquí y Ahora

- ¿Defina la constitución legal y organizacional de la institución de tratamiento?

R- El Colectivo Aquí y Ahora es una fundación privada, constituida como una entidad sin ánimo de lucro y regida bajo los estatutos establecidos por la ley para este tipo de entidades, y esta inscrita en la seccional de salud de Cundinamarca como un CAD para la prestación de servicios especializados en fármaco dependencia.

- ¿La institución funciona como un ente de la secretaria de salud como está establecida dentro del programa del municipio?

Rta: La institución esta establecida como un CAD adscrito a la secretaría de salud de Cundinamarca y no tiene ningún nexo directo con la entidad.

- ¿Quien viene al colectivo?

Rta: Los usuarios del Colectivo son adolescentes menores de 20 años, los cuales se encuentran con una problemática seria de adicción a las drogas y también acuden a la entidad las familias de dichos adolescentes.

- ¿Cual es el objetivo u objetivos del modelo de intervención?

Rta: El objetivo del modelo de intervención es reestructurar el sentido de vida del adolescente, para de esta manera logra en ellos una toma conciencia de su problemática de adicción y las dificultades que esta representa en su vida.

- ¿Como vería el Colectivo la adicción?

Rta: Como una enfermedad que afecta todas sus áreas vitales y principalmente el sentido de vida del adolescente.

- ¿El enfoque que se le da a la adicción es un problema de salud, psicológico, de aprendizaje o de que tipo?

Rta: Principalmente es un problema de salud, pero este afecta todas las áreas vitales como la psicológica, cognitiva y conductual, deteriorando esto de gran manera el sentido vital del adolescente, para el Colectivo la dimensión noética (espiritual) es fundamental para el sentido de vida en el usuario.

- ¿Como es la relación de los muchachos al respecto del VIH?

Rta: Encontramos dentro de los usuarios del Colectivo un conocimiento general del los problemas de VIH, sin embargo, la falta de conciencia es absoluta, ya que tienen la creencia de que esto no los tocara jamás.

- ¿Con cuantos cupos cuenta el Colectivo?

Rta: La capacidad del Colectivo es para la atención de 12 usuarios adolescentes.

- ¿Que porcentaje de la población es juvenil?

Rta: Según las estadísticas llevadas por el Colectivo en sus programas se establece un índice de recuperación de un 80 por ciento de la población que accede a tratamiento en la fundación.

- ¿Cuanto tiempo dura el tratamiento y por que se definió esa duración?

Rta: El tratamiento tiene una duración de 14 semanas, se estableció para elaborar por fases primero un periodo de desintoxicación física prudente, luego el rompimiento de la negación y por ultimo la concientización y reestructuración

de un sentido de vida del usuario, lo cual, implica una serie de objetivos semanales para dar paso a toda la reestructuración cognoscitiva, modificación conductual y la experiencia noética, requeridas para que el usuario se mantenga limpio fuera de la institución. Como segunda parte del tratamiento se planteo 7 meses de soporte, lo cual nos permite tener un seguimiento y acompañamiento del proceso de reinserción social del usuario.

- ¿Que tipo de drogas están consumiendo los jóvenes actualmente?

Rta: Actualmente la población de usuarios que ingresa presenta cuadros de poli adicción lo cual quiere decir que el consumo se establece en diferentes tipos de drogas, tales como el éxtasis, incremento del consumo de heroína, marihuana, cocaína, alcohol, una población menor con consumo de bazuco y por ultimo incremento a la adicción al juego en los adolescentes.

- ¿Que tan eficaz es el modelo en tratar la adicción a las drogas?

Rta: La institución al tener un índice de recuperación en un 80 % cree que la propuesta de tratamiento que se ha planteado genera unos índices de recuperación bastante altos, para lo que se logra percibir frente a las demás instituciones.

- ¿Esa información está soportado a un estudio o investigaciones?

Warw - Esta información esta soportada por nuestro sistema de calidad y registro de información en farmacodependencia, y todos los procesos de evaluación los cuales llevamos registrados en nuestros sistemas de información con los cuales contamos (Software CAYA y software Logosft) que nos permiten llevar el registro de información para obtener los datos investigativos requeridos.

- ¿Hablemos de las debilidades de la institución?

Rta: La debilidad del modelo la poca cobertura de atención que tiene, puesto quede la manera que esta planteado solo nos permite la atención de 12 usuarios.

- ¿Que carencias tiene el programa de la institución?

Rta: La limitación en la cobertura

- ¿Cuales son las fortalezas del programa?

Rta: Paradójicamente la mayor fortaleza es una atención personalizada a los usuarios que ingresan a nuestra institución, lo cual nos permite tener procesos serios y altamente calificados en nuestros usuarios.

- ¿Háblenos de la logística del lugar?

Rta: Contamos con todos los recursos necesarios y una infraestructura adecuada para prestar un servicio de óptima calidad ya que nuestras sedes se encuentran dotadas con todos los elementos necesarios para la prestación de un buen servicio.

- ¿Como es la desintoxicación de ellos?

Rta: La de de nuestros usuarios es realizada por un medico toxicólogo especialista en adicciones, lo cual nos permite tener un proceso de desintoxicación bajo estricto control medico, lo cual garantiza una optima calidad en este proceso físico.

- ¿Cree que desde la experiencia institucional, debe hacer una diferenciación entre el tratamiento con adultos y adolescentes?

Rta: Estamos convencidos de esto, puesto la estructura del adolescente es muy diferente a la del adulto, ya que este apenas se encuentra construyendo un

sentido de vida y el adulto a perdido el sentido de vida por su adicción, por lo cual hemos decidido diferenciar nuestros dos centros de tratamiento para un programa específico para adolescente.

- ¿Marca diferencias para abordarlos terapéuticamente?

Rta: Absolutamente, aunque los lineamientos son similares, el abordaje de la problemática marca diferencias bastantes significativas.

- ¿Que aporte hace cada uno de los profesionales de la institución al proceso y al modelo de tratamiento?

Rta: Contamos con un grupo de profesionales altamente calificados, los cuales intervienen desde las diferentes áreas con su aporte específico para el desarrollo de procesos establecidos en nuestra fundación. Contamos con un Staff que consta de psiquiatra especialista en adicciones, medico toxicólogo, pedagogo reeducador, psicóloga especialista en familia desde un enfoque sistémico y cuatro psicólogos especialistas en logoterapia lo cual nos permite tener procesos serios responsables y muy profesionales.

Anexo W. Modelo de protocolo

Institución Universitaria de Envigado
Facultad de Ciencias Sociales
Programa de Psicología
Trabajo de grado

Diseño de una propuesta de adaptación del Modelo de intervención terapéutica - Comunidad Terapéutica “Las Palmas”- del Municipio de Envigado, para adolescentes (genero masculino) fármacodependientes en edades comprendidas entre 12 y 18 años, basado en la evaluación del Modelo existente.

Investigadores: Carlos A. Barrientos, Nini Giovana Rincón, Mónica Elizabeth Santamaría C, Felipe J. Martínez Estudiantes de noveno semestre.

Asesor: Cesar A. Jaramillo J. Psicólogo, Especialista.

PROTOCOLO N° 9

Fecha de Realización: Mayo 10 del 2007

Hora de inicio: 9:55 a.m.

Hora de finalización: 11:00 a.m.

Asistentes: Nini Giovana Rincón, Mónica Elizabeth Santamaría C. Felipe J. Martínez

Asesor: Cesar A. Jaramillo J.

Desarrollo de la sesión:

Se inicia la reunión con la lectura del protocolo N° 8 elaborado por Felipe Martínez.

Se le entrega a Cesar la constancia del envío de correspondencia a Carlos Barrientos, donde se le especifica las funciones que debe seguir con respecto a la comunidad Terapéutica San Gregorio.

TABLA DE CONTENIDO

Marco Referencial

Cesar Explica de que consta la tabla de contenido, que parámetros debe tenerse en cuenta, como las normas INCONTEC, son primordiales en la

elaboración de este, y nos muestra la guía en la cual podemos basarnos para la elaboración de un trabajo de grado.

Se asignan las nuevas lecturas para la elaboración de las fichas bibliográficas.
Elizabeth: Modalidades de tratamiento y Rehabilitación de fármacodependientes en Colombia, de Fundación Hogares Claret.

Giovana: Política Nacional para la reducción de consumo de sustancias Psicoactivas y su impacto. Del Ministerio de la Protección Social.

Felipe: Lineamientos Técnicos Tratamiento de personas con consumo Problemático de Drogas.

Cesar también da como opción la elección de los esquemas de propuesta de intervención los cuales debemos elegir para poder realizar la tabla de contenido.

Tareas asignadas

Para la primera semana de junio debe estar terminado

1. Marco Referencial
2. Evaluación del Modelo

Asistentes:

Mónica Elizabeth Santamaría C.
Estudiante

Nini Giovana Rincón V.
Estudiante

Felipe José Martínez M.
Estudiante

Carlos Barrientos
Estudiante

César A. Jaramillo J.
Asesor

Anexo X. Modelo de ficha bibliográfica y de contenido

Institución Universitaria de Envigado
 Facultad de Ciencias Sociales
 Programa de Psicología
 Trabajo de Grado

Diseño de una propuesta de adaptación del Modelo de intervención terapéutica - Comunidad Terapéutica "Las Palmas"- del Municipio de Envigado, para adolescentes (genero masculino) fármacodependientes en edades comprendidas entre 12 y 18 años, basado en la evaluación del Modelo existente.

Estudiantes: Carlos A. Barrientos, N. Giovana Rincón, M. Elizabeth Santamaría C, Felipe J. Martínez

Asesor: Cesar A. Jaramillo J. Psicólogo, Especialista

Ficha Bibliográfica y de contenido

FICHA N°: F03	DESCRIPCIÓN: Lineamientos Técnicos 2004 Tratamiento y Rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas	
CAPITULO: 1	UBICACIÓN: Biblioteca I.U.E	PALABRAS CLAVES
CONTENIDO		
<p>Los paradigmas de intervención en farmacodependencias Es necesario establecer criterios de calidad que posibiliten la eficacia del tratamiento; determinar criterios comunes e ingredientes activos, que deben estar presentes para resguardar la atención de las personas y obtener resultados que sustenten la inversión.</p> <p>Se deben adaptar los programas de tratamiento al contexto de las diferentes circunstancias socioculturales y económicas de un país, considerando los siguientes aspectos: Las personas que sufren problemas relacionados con drogas, suelen tener múltiples necesidades de tratamiento en una variedad de esferas personales, sociales y económicas.</p> <p>Los problemas generados por el abuso de drogas se pueden tratar eficazmente, si las personas afectadas tienen acceso a servicios de tratamiento y rehabilitación apropiados para atender a sus necesidades, y de calidad, intensidad y duración suficientes.</p> <p>Ningún tratamiento es eficaz en todos los casos. Los servicios de tratamiento deben tener en cuenta necesidades concretas relativas al sexo, la edad, la salud y los comportamientos de riesgo.</p> <p>La prevención de infecciones transmitidas por la sangre, entre ellas el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y las hepatitis B y C, es un componente fundamental de un enfoque de tratamiento integral.</p> <p>Para que la planificación de los tratamientos sea eficaz, debe existir una asociación entre el gobierno, los organismos y proveedores públicos y privados -en el plano regional y local-, los usuarios de los servicios y la comunidad.</p> <p>Los servicios de tratamiento y rehabilitación deben desempeñar una función esencial en lo que respecta a mitigar el estigma social y la discriminación contra las personas dependientes de sustancias y apoyar su readaptación social como miembros sanos y productivos de la comunidad; las actividades de investigación deben estar orientadas a llenar las lagunas de conocimientos sobre la eficacia de los criterios de tratamiento y a atender a determinados grupos. (Pág.1. 2).</p>		<p>Criterios de calidad Eficacia de tratamiento Adaptar contexto</p> <p>Múltiples necesidades de tratamiento</p> <p>Calidad Intensidad Duración</p> <p>Eficacia de tratamientos es limitada</p> <p>Incluir sujetos con VIH</p> <p>Planificación del tratamiento</p> <p>Función esencial Tratamientos</p> <p>Investigación</p>
Observaciones:		