

Estrategias de afrontamiento que utilizan los egresados de una comunidad terapéutica
en la etapa de reinserción

JOHANA DELLY CASTAÑEDA CORRALES

MARTHA ISABEL SEPULVEDA ROMAN

Institución Universitaria de Envigado

Facultad de Ciencias Sociales

Pregrado de Psicología

Envigado

2016

Estrategias de afrontamiento que utilizan los egresados de una comunidad terapéutica
en la etapa de reinserción

Trabajo de Grado para obtener el título del pregrado de Psicología

JOHANA DELLY CASTAÑEDA CORRALES

MARTHA ISABEL SEPULVEDA ROMAN

Asesor

Jaime Alonso Mejía Ocampo

Psicólogo

Institución Universitaria de Envigado

Facultad de Ciencias Sociales

Pregrado de Psicología

Envigado

2016

Notas de Aceptación

Presidente del Jurado:

Jurado:

Asesor: Jaime Alonso Mejía Ocampo

Envigado, 22 de Noviembre 2016

Dedicatoria

Este trabajo va dirigido a personas muy especiales, que siempre han estado a nuestro lado brindándonos lo mejor de sí, para que sigamos avanzando personal y profesionalmente.

Nelly y Consuelo nuestras madres, por ser ejemplo de lucha y dedicación, por su voto de confianza en nuestros planes y metas.

Isaac y Mateo, Alejandra y Mateo nuestros más preciados tesoros, por ser la fuente de inspiración y soporte que nos impulsan cada día a cumplir la metas propuestas.

Diego Alejandro, por la entrega incondicional, su colaboración y apoyo emocional.

Claudia, por estar ahí cuando más se necesita, por la compañía, apoyo incondicional, ayuda y amistad.

Lauren, la bendición más reciente recibida, este logro también te pertenece.

Cruz Alonso, por el maestro que ha sido, soporte y guía espiritual en el proceso de formación, y la ayuda incondicional en mi proceso personal, gracias a tus oraciones, esto es una realidad. Eres partícipe de este logro.

Agradecimiento

Presentamos nuestros agradecimientos en primer lugar a Dios que nos acompañó en nuestro proceso académico y por permitir que nuestro sueño se hiciera realidad.

A nuestras familias, por su comprensión, paciencia, tiempo y muy especialmente por sus palabras de ánimo y su apoyo incondicional en nuestra formación como profesionales en psicología.

A la Corporación Cardynal por abrirnos sus puertas para poder llevar a cabo nuestro trabajo y a sus usuarios por compartir sus vivencias y tratamiento.

Y a todos y todas aquellas personas, amigos, amigas y docentes que han hecho posible la realización de este trabajo de grado, el cual nos ha enriquecido como personas y profesionales.

Tabla de contenido

Introducción.....	16
Planteamiento del problema.....	17
Justificación.....	22
Objetivos.....	24
1.3.1 Objetivo General.....	24
1.3.2 Objetivos Específicos.....	24
2. Marco referencial.....	25
2.1 Marco Institucional.....	29
2.2 Marco legal.....	50
2.3 Antecedentes.....	56
2.4 Marco teórico.....	60
2.4.1 Droga o Fármaco.....	60
2.4.2 Farmacodependencia.....	60
2.4.3 Diagnóstico de farmacodependencia.....	61
2.4.4 Tratamiento.....	62
2.4.5 Tratamiento sin medicación.....	62
2.4.6 Tratamiento con medicación.....	62
2.4.7 Tratamiento residencial a largo plazo.....	63
2.4.8 Tratamiento residencial a corto plazo.....	63
2.4.9 Tratamiento de consulta externa (Ambulatorios).....	64

2.4.10 Terapia individual para el abuso de drogas.....	65
2.4.11 Terapia de grupo.....	65
2.4.12 Narcóticos Anónimos: Abordaje desde la experiencia.	65
2.5 Perspectivas y enfoques psicológicos.....	66
2.5.1 Terapias de la conducta.....	66
2.5.2 Terapia cognitiva conductual.....	66
2.5.3 Modelo transteórico del comportamiento. (MT).....	67
2.5.4 Entrevista motivacional.....	68
2.5.5Comunidad Terapéutica.....	69
3. Autoconcepto.....	70
3.1 Tipos de autoconcepto.....	71
3.2 Etapas en la formación del autoconcepto.....	72
3.3 Farmacodependiente y su autoconcepto.....	73
4. Estrategias de Afrontamiento de un reeducado de CT.....	75
5. Rehabilitación.....	77
5.1 Vida en sobriedad.....	78
5.2 Reinserción Social de un Reeducado de CT.....	79
5.3 Reinserción en Sociedad.....	79
5.4 Reinserción en Familia.....	80
5.5 Reinserción en pareja.....	80

6. Diseño metodológico.....	82
6.1 Enfoque.....	82
6.2 Nivel.....	82
6.3 Método.....	83
6.4 Población y muestra.....	83
7. Instrumento.....	84
7.1 inventario estilos de afrontamiento.....	84
8. Aspectos éticos.....	86
9. Análisis de la información.....	90
9.1 Situaciones estresantes.....	90
9.2 Variables de las estrategias de afrontamiento.....	90
9.2.1 Solución de Problemas.....	90
9.2.2 Soporte Social.....	91
9.2.3 Estilo de Evitación.....	91
9.2.4 Estilo de Autoculpa.....	92
9.2.5 Estilo Fantasioso.....	93
10 Resultados.....	94
11. Conclusiones	
12. Recomendaciones	
13. Anexos	
Test estrategias de Afrontamiento	

Resumen

En la presente investigación se estudian las Estrategias de afrontamiento que utilizan los egresados de una comunidad terapéutica en la etapa de reinserción. La muestra está formada por 10 reeducados hombres cuyas edades oscilen entre 18 y 35 años, han pertenecido y culminado de manera satisfactoria el proceso de rehabilitación en la Comunidad Terapéutica Cardynal, adicional no han tenido recaídas y llevan una vida en sobriedad y abstinencia.

El instrumento utilizado para la presente investigación es el Inventario de estilos de afrontamiento, adaptado por Luís Flórez (1993). La teoría y versión original que respalda el inventario, se sustenta en lo propuesto por Lazarus, R. y Folkman, S. (1986), Este cuestionario sirve para evaluar cómo se siente, que hace y qué piensa cuando se enfrenta a situaciones problemáticas que le producen estrés o ansiedad. El sujeto debe responder en qué medida actúa él en determinadas situaciones. Para la calificación de este inventario debe obtener el promedio correspondiente a cada una de las cinco categorías de estilos (solución de problemas, soporte social, auto culpa, fantasías y evitación), sumándose los puntajes de cada categoría y obtenerse el respectivo promedio. Los resultados nos demuestran que los reeducados prefieren como estilos de afrontamiento, el estilo centrado en la búsqueda de soporte social, el estilo centrado en la solución de problemas. Asimismo, se presentan como los estilos de menor preferencia el estilo de autculpabilización, estilo de evitación y el estilo fantasioso. No se encontraron correlaciones significativas entre el tiempo de consumo y los estilos de afrontamiento, lo que nos lleva a afirmar que no hay ninguna diferencia entre el tiempo de consumo y los estilos de afrontamiento.

Palabras claves: Comunidad terapéutica, farmacodependencia, percepción, rehabilitación, biopsicosocial, egresado, familia y estrategias de afrontamiento.

Abstract

In the present research the Coping Strategies used by the graduates of a therapeutic community in the reinsertion stage are studied. The sample consists of 10 re-educated men whose ages range from 18 to 35 years, have belonged and completed satisfactorily the process of rehabilitation in the Cardinal Therapeutic Community, additional have not relapsed and lead a life in sobriety and abstinence.

The instrument used for the present investigation is the Inventory of styles of coping, adapted by Luís Flórez (1993). The original theory and version that supports the inventory is based on what Lazarus, R. and Folkman, S. (1986) proposed. This questionnaire serves to evaluate how you feel, what you do and what you think when faced with problematic situations that They produce stress or anxiety. The subject must respond to what extent he acts in certain situations. To qualify for this inventory you must obtain the average corresponding to each of the five categories of styles (problem solving, social support, self-blame, fantasies and avoidance), adding the scores of each category and obtaining the average objective. The results show that the reeducados prefer like the ones of coping, the style centered in the search of social support, the style centered in the solution of problems. Also presented as the least favorite are the style of self-blame, style of avoidance and fantasy. There were no significant correlations between the time of consumption and the terms of coping, which leads us to believe that there is no difference between the time of consumption and the terms of coping.

Keywords: Therapeutic community, drug dependence, perception, rehabilitation, biopsychosocial, graduate, family and coping strategies.

Glosario

Comunidad Terapéutica: El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas –NIDA- (citado por Soto, 2011) define a las CT como espacios residenciales aislados de otros programas y de ambientes relacionados con SPA; en los cuales se emplea un modelo jerárquico con etapas de tratamiento que reflejan niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social, y el ingreso a normas de conducta estrictas y explícitas.

Según Soto (2011), las CT presentan distintos formatos de tratamiento, y algunos poseen una “evidente impronta religiosa” (p. 26) y son similares en su funcionamiento y estructura a comunidades religiosas y seculares, hospitales y clínicas, prisiones e internados. (Murcia & Orejuela, 2014)

Farmacodependencia: El comité de expertos en farmacodependencia lo define como «un estado en el que el individuo necesita dosis repetidas de un fármaco para sentirse bien o para evitar sentirse mal» (CEF, 2003), es coherente con lo que el público en general entiende y con la más sofisticada definición de farmacodependencia.

Es una enfermedad devastadora, progresiva y crónica, caracterizada por la dependencia a sustancias químicas que altera las funciones superiores del individuo. Es además la utilización

permanente e incontrolada de sustancias que modifican la conducta y el comportamiento del ser humano provocando graves consecuencias físicas y psicológicas.

“Esta enfermedad puede interactuar con diversos factores como la predisposición genética, factores psico-sociales, biológicos, historia familiar de abuso, historia personal de abuso, estrés laboral crónico, y el fácil acceso y disponibilidad de la droga. Se puede producir además consecuencias personales con un progresivo deterioro en su estado de vida y salud, como síndrome de abstinencia, la posibilidad de recaídas, alteraciones psiquiátricas como angustia y depresión que puede ocasionar la muerte por suicidio o por sobredosis. En cuanto a las implicaciones familiares se vinculan las altas tasas de divorcios, abandono y patrones de desestructuración familiar. En el tema laboral puede ocasionar la incapacidad de realizar tareas habituales, las malas prácticas y el abandono de la especialidad” (Calabreses, 2004, p. 49).

Percepción: Según Arias (Como se citaporCarterette y Friedman 1982) lo define como una parte esencial de la conciencia, es la parte que consta de hechos intratables y, por tanto, constituye la realidad como es experimentada. Esta función de la percepción depende de la actividad de receptores que son afectados por procesos provenientes del mundo físico. La percepción puede entonces definirse como el resultado del procesamiento de información que consta de estimulaciones a receptores en condiciones que en cada caso se deben parcialmente a la propia actividad del sujeto. (Arias, 2006)

La percepción según Barthey (1982) no se usa solo en la psicología, sino que también es una palabra cuyos diversos significados son moneda corriente en el lenguaje común. Dice Barthey que según el diccionario:

1. "La percepción es cualquier acto o proceso de conocimiento de objetos, hechos o verdades, ya sea mediante la experiencia sensorial o por el pensamiento; es una conciencia de los objetos, un conocimiento
2. "La referencia que una sensación hace a un objeto externo".
3. "Un conocimiento inmediato o intuitivo, o juicio; un discernimiento análogo a la percepción sensorial con respecto a su inmediatez y al sentimiento de certidumbre que lo acompaña, frecuentemente implica una observación agradable o una discriminación sutil".(1982)

Rehabilitación: "Es el proceso mediante el cual se restablecen y recuperan las capacidades funcionales, físicas y psíquicas existentes antes de la aparición de un accidente, una enfermedad o un trauma. La rehabilitación está encaminada a la restitución de la calidad de vida pre mórbida del individuo. Esta además comprende una visión biopsicosocial de la persona y se tienen en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que inciden directamente" (Saz, 2006, p. 232).

En las comunidades terapéuticas se ofrece una gran variedad de tipos de tratamiento para la rehabilitación de los usuarios durante periodos que pueden ser de meses y años. La desintoxicación es un requisito para el proceso mediante el cual la droga es eliminada del organismo humano a través del metabolismo natural y se lleva a su vez una psicoterapia y una terapia de grupo o individual que facilita al paciente a entender las razones del uso compulsivo de las sustancias y así encontrar la manera de superarlo. En ellas se hace énfasis en el entrenamiento vocacional y laboral, para el mejoramiento de la convivencia y hábitos de conducta donde los usuarios se benefician por medio de la ayuda grupal.

Biopsicosocial: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), detalla: “es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no tan solo la ausencia de enfermedad o afección”. El hombre debe ser considerado como un ente biopsicosocial pero para hacer esto primero se debe definir cada uno de los términos que se encuentran en esta afirmación.

Ente: se refiere a lo que existe o puede existir.

Bio: Significativa.

Psico: Significa alma mente o actividad mental

Social: Perteneciente o relativo a una compañía o sociedad, o a los socios o compañeros, aliados o confederados.

El hombre es un ente, porque existe y su componente bio se refiere a que es un organismo vivo que pertenece a la naturaleza. Su componente psico se refiere a que además de ser un organismo vivo, tiene mente lo que le permite estar consciente de su existencia.

Familia: Los investigadores consideran a la familia un verdadero agente activo del desarrollo social: célula en la que se crea y consolida la democracia, donde se solucionan o acentúan las crisis sociales y donde la mayoría de los ciudadanos encuentran afecto y especialmente seguridad. La familia es un elemento activo, nunca permanece estacionaria, sino que pasa de una forma inferior a otra superior, de igual manera que la sociedad evoluciona de un estadio a otro. La familia es un producto del sistema social y refleja su cultura.

La familia es un grupo de potencia natural en la cual se establecen recíprocas dependencias y vínculos afectivos entre sus miembros. Posee estructura jerárquica dinámica y funcionamiento sistémico. Tiene carácter de subsistema abierto en relación con el sistema social, en tanto, se encuentra en interacción recíproca y constante con otros grupos e instituciones sociales. La necesidad de vivir en familia que tiene el ser humano se acrecienta ante el carácter eminentemente psicológico que tiene la relación niño-adulto durante todo el proceso en el cual crece y deviene la personalidad. Los adultos que se ocupan del cuidado del niño y que constituyen su familia, garantizan que se produzcan los procesos psicológicos que intervienen en el desarrollo de la personalidad, así como en la identidad del yo, la socialización y la autonomía, entre otros.

Estrategias de afrontamiento: Se refiere a la serie de pensamientos y acciones que capacitan a las personas para enfrentarse a situaciones difíciles; es un proceso del manejo del mejor modo posible las demandas internas y ambientales. Mecanismos de defensa, son procedimientos que el yo pone en marcha para evitar la realización de impulsos internos o protegerse de estímulos externos que siente como amenaza. Los llamados mecanismos de defensa son mecanismos psicológicos no razonados que reducen las consecuencias de un acontecimiento estresante, de modo que el individuo suele seguir funcionando con normalidad. (Macías, Madariaga, Valle, & Zambrano, 2013)

Introducción

El objetivo de este estudio es evidenciar la percepción que tiene el egresado de los cambios biopsicosociales y familiares obtenidos durante el proceso de rehabilitación en la CT Cardynal y cuales herramientas de afrontamiento utiliza para vivir una vida en sobriedad.

Las razones para el desarrollo de esta investigación surgen después de realizar las prácticas profesionales en la comunidad Terapéutica Cardynal y evidenciar la notoria carencia de investigaciones enfocadas en los procesos de reinserción de las personas que han estado en tratamientos de larga estancia en comunidades terapéuticas, y poder enfatizar el modo en que el egresado percibe su cuerpo, refuerza su capacidad cognitiva, restablece su entorno familiar, social, educativo y laboral.

Desde el entorno institucional se comienza a generar preguntas, a recolectar información acerca de la percepción del reeducado, sus efectos emocionales, sus pensamientos y opiniones con respecto al proceso realizado, apoyando dicha investigación con documentos de internet, revistas, libros y trabajos realizado en otras instituciones de educación superior que tratan temas sobre las adicciones, su tratamiento y la vida en sobriedad; estos han sido de gran apoyo para el registro actualizado en este ejercicio investigativo.

1.1 Planteamiento del problema

La adicción a las sustancias psicoactivas representa para la sociedad actual un importante problema de salud pública, y para optimizar su tratamiento se requiere mayor comprensión, y por esta vía mayor aceptación, del origen multicausal de sus efectos y de la necesidad de una intervención integral, (Zapata, 2009)

Colombia no es un país ajeno a esta realidad, según la última encuesta nacional de consumo de drogas liderada por los Ministerios de Salud y Justicia - Observatorio de Drogas de Colombia – ODC, el porcentaje de personas que recurrieron, por lo menos una vez en la vida, al uso de sustancias ilícitas como marihuana, bazuco, éxtasis o heroína, pasó de 8,6% en el año 2008 a 12,17% en el 2013. Un estudio similar, focalizado en estudiantes universitarios, indica que el consumo de marihuana, pasó de 11,21% en el año 2009 a 15,01% en el 2012. Sobresale el aumento del consumo de heroína en algunas ciudades donde además se confirma el uso por vía inyectada y la presencia de prácticas de riesgo. La experiencia internacional indica que para atender este tipo de problemáticas es imprescindible implementar acciones de reducción de riesgos y daños.(Observatorio de Drogas de Colombia, 2015),

En el Departamento de Antioquia el consumo de sustancias psicoactivas es un problema que genera gran preocupación, ya que Medellín y el área metropolitana presenta el porcentaje más alto en el país de consumo reciente de marihuana con un 7.45%, equivalente a 206.980 consumidores, según indica el mismo estudio (Observatorio de Drogas de Colombia, 2015),

Dentro de las estrategias que el gobierno colombiano, tiene para hacer frente a este problema, se encuentran varias leyes lideradas por el Ministerio de Salud y Protección Social que

dirige una táctica denominada Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) y su Impacto, fundamentada en 4 ejes: prevención, mitigación, superación y capacidad de respuesta. (Ministerio de la Protección Social , 2015)

A este esfuerzo que está realizando el gobierno, se unen algunas instituciones, privadas conocidas como comunidades terapéuticas (CT), que pueden ser de diversa índole y pueden ser administradas por una variedad de organizaciones con movimientos, ya sean espirituales o de salud mental; razón por la cual presentan diseños y enfoques distintos para el abordaje de procesos individuales, de grupo y de autoayuda. Al respecto De León reconoce que: “existen dos vertientes principales: una, orientada a la psiquiatría social que diseña tratamientos psicológicos y psiquiátricos en hospitales de salud mental, y la segunda aquella que desarrolla programas de tratamiento residencial basados en la comunidad de adictos y alcohólicos” (2004: 35).

En el país se evidencia el incremento de estas alternativas de intervención a través de diversas modalidades terapéuticas (Gobierno Nacional de la República de Colombia, 2011). El panorama más completo de las actuales ofertas de los procesos terapéuticos lo ofrece el diagnóstico situacional realizado en el año 2004 por el Ministerio de Salud y Protección Social, en el que se relaciona un incremento significativo de programas sustentados en aspectos religiosos sin mayor estructura y soporte teórico-práctico (Ministerio de Salud y Protección Social, 2004). (Castrillón, 2008)

En estos programas, (Castrillón, 2008) identifica básicamente dos orientaciones ideológicas que están en juego en la relación comunidad terapéutica/“adicto en recuperación”:

unas de carácter religioso, particularmente cristiano, y otras a las que la investigadora denominó de carácter laico. A pesar de la proliferación de las Comunidades Terapéuticas (CT) y cada vez más de las comunidades de carácter religioso o Comunidades Teo terapéuticas (CTT), aún no se tiene conocimiento suficiente sobre la eficacia de estas formas de intervención.

La principal diferencia entre estos dos tipos de comunidad -terapéutica y Teo terapéutica radica en que la primera se fundamenta en principios clínicos y la intervención interdisciplinar con fundamentos científicos; mientras que en el caso de las CTT el manejo se hace fundamentalmente desde lo que en ellas se concibe como la espiritualidad, desde principios religiosos e ideológicos basados en la Palabra de Dios y actividades como la oración comunitaria y la meditación. (Castrillón, 2008)

En general, las comunidades terapéuticas son ambientes residenciales libres de droga que usan modelos jerárquicos con etapas de tratamientos que reflejan niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social. En ella se utiliza la influencia entre compañeros, mediada a través de una variedad de procesos de grupo, para ayudar a cada persona a aprender y asimilar las normas sociales y desarrollar habilidades sociales más eficaces, (Ardila, 2009)

A continuación relacionamos algunas de las comunidades que se tienen en Antioquia tanto públicas como privadas y los servicios que ofrecen para la rehabilitación y la resocialización de personas con problemas de adicción

COMUNIDADES TERAPEUTICAS EN ANTIOQUIA	
Fundacion Descubrir	Entidad privada, sin ánimo de lucro, con 15 años de trabajo social y comunitario ofreciendo programas especializados en orientación, sensibilización, prevención, promoción y tratamiento psicoterapéutico integral para la rehabilitación y resocialización de personas con problemas de adicción afectadas física, psicológica, mental y social mente por el consumo de drogas o sustancias psicoactivas como el alcohol, fármacos o a cualquier otro tipo de sustancias adictivas , actitudes y comportamientos anómalos asociados al consumo.
FUNDACIÓN LA LUZ COMUNIDAD CONVIVENCIAL LUIS AMIGO	Somos una Institución Prestadora de Servicios de Salud - I.P.S. de caracter privado, sin ánimo de lucro, con más de 19 años de experiencia exitosa en el tratamiento y rehabilitación de jóvenes y personas adultas con problemas de adicción de ambos sexos, con tres (3) sedes debidamente habilitadas ante las direcciones departamentales de salud y con registro especial de prestación de servicios de salud REPSS que atiende a pacientes particulares y asegurados en las diferentes E.P.S. del país.
Corporación Vida Con-Sentido "Corvis"	Implementa una metodología de trabajo individual y grupal, fundamentada en el abordaje especializado e interdisciplinar, realizando sus intervenciones a partir de las vivencias y reflexiones de cada sujeto, facilitando de esa manera el desarrollo humano y la calidad de vida de sus usuarios.
INTRO DE ATENCION AL DROGADICTO SANTOS ANGELES S.A	Prestamos servicios de Prevención, Orientación y Tratamiento en el campo de las adicciones, la ruptura con el pasado y la practica de principios y valores en un ambiente cálido con el apoyo de Líderes Exadictos, Profesionales idóneos y Éticos.
SAMEIN	Empresa privada creada en 1996 por un grupo de médicos psiquiatras, con la finalidad de brindar salud mental a todas las personas que lo necesitan entre sus servicios ofrece consulta no programada Internación en psiquiatría, consulta externa, servicios de prevención y promoción en salud mental, consulta de psicología, rehabilitación en drogodependencia, modalidad residencial determinación de tóxicos en orina, orientación e intervención familiar, farmacia especializada en psiquiatría
Comunidad Terapéutica Convivencial Luís Amigó	La Comunidad Terapéutica Convivencial Luís Amigó es una institución humanista, de carácter privado, de naturaleza autónoma y sin ánimo de lucro, creada por la Congregación de Religiosos Terciarios Capuchinos de Nuestra Señora de los Dolores, de la Provincia de San José, que ofrece servicios terapéuticos – reeducativos a personas con adicciones y dependencias que ocasionan conflictos personales, familiares y sociales, acompañando la revisión y la construcción de sus proyectos de vida.
SEMILLAS DE FE	es una entidad no gubernamental que pertenece al Sub sector de la salud mental para drogodependencias y alcoholismo con habilitación de servicios en mediana complejidad bajo resolución No 000761 de la Dirección seccional de salud de Antioquia. Trabajamos bajo el modelo de la comunidad terapéutica mixta contemporánea, nuestros procesos están avalados y determinados bajo evidencia científica, con aportes biomédicos, psicosociales, formativos y de rehabilitación integral a los usuarios y/o familias que solicitan nuestros servicios. SEMILLAS DE FE, tiene incorporado en su modelo de atención políticas de calidad y seguridad del paciente – usuario, lo cual hace que la experiencia terapéutica sea efectiva y confiable
SAMEIN	Prestar servicios de salud altamente especializados en psiquiatría, mediante el excelente desempeño de su talento humano y el uso adecuado de todos sus recursos, incorporando el desarrollo científico para satisfacer las necesidades de los usuarios y sus familias, promoviendo un retorno digno a la vida social. Ofrece los servicios de consulta no programada, internación en psiquiatría, consulta externa, servicios de prevención y promoción en salud mental, consulta de psicología, rehabilitación en drogodependencia, modalidad residencial, determinación de tóxicos en orina, orientación e intervención Familiar, farmacia especializada en psiquiatría
COMUNIDAD TERAPEUTICA LA ROCA	Apoyar y facilitar el proceso de cambio de las personas usuarias del Programa de Tratamiento y Rehabilitación, a través de una atención integral, personalizada y de calidad, desde un enfoque biopsicosocial y espiritual, cuyo propósito es lograr su rehabilitación e integración social.
COMUNIDAD TERAPEUTICA VIVIR	sede campestre, basados en el programa proyecto hombre que se fundamenta en los siguientes componentes: moldeamiento y manejo conductual, manejo emocional - mental identificando la causa de la enfermedad, formación y orientación espiritual e intelectual, trabajo y desarrollo familiar (reconciliación, perdón, codependencia y visitas), desarrollo de habilidades a través de la terapia ocupacional, desintoxicación en tres esferas mente, cuerpo, espíritu, proyecto de vida enfocado en la reinserción social, alojamiento, alimentación en una cómoda sede campestre.
BRUJULA SM	Somos una entidad privada, sin ánimo de lucro, que presta servicios de promoción, prevención y superación o tratamiento de la salud mental y las adicciones de manera integral, interdisciplinaria, ética y profesional. Ofrecemos procesos personalizados, con previa evaluación y devolución, para garantizar de que cada persona, empresa, institución educativa, contexto, entre otros, sea abordada de acuerdo a su necesidad.

Son muchas las CT que existen en Antioquia, la mayoría de ellas a las afueras del casco urbano, con toda la normatividad vigente, y que ofrecen un tratamiento integral para las personas adictas, algunas son de atención para hombres y mujeres y otras exclusivas para atención a varones.

Una de estas instituciones privadas que opera desde los principios clínicos y que está haciendo presencia en el departamento de Antioquia es la Comunidad Terapéutica Cardynal, donde se ofrece un abanico de alternativas terapéuticas para que el usuario se reconozca en falta y alcance su reestructuración personal, creando espacios de convivencia basados en el respeto, el dialogo, la responsabilidad y la superación del ser en y con el núcleo familiar.

En Cardynal, se estimula la confrontación verbal directa, con respeto pero sin temor, destinada a desmontar la mentira y la manipulación que el usuario utiliza como mecanismo de defensa, para esconderse y obtener lo que se propone. (Muriel, 2014)

Las reglas exigidas durante el tratamiento en Cardynal son entre otras, la no violencia, la honestidad absoluta, el compromiso con la verdad individual y la sobriedad. La comunidad terapéutica es un espacio para que el hombre pueda revisar siquiera por una vez en su existencia, el personal proyecto de vida. Para lograrlo, se propone al usuario un espacio adecuado y un tiempo prudente para que realice su tratamiento, permitiéndose interrogar sobre su diario vivir, reconocer sus faltas y su irresponsabilidad personal, además de invitarlo a que solucione sus conductas inadecuadas de una vez y para siempre. (Muriel, 2014)

Esta invitación al cambio de vida, lleva implícito un movimiento doble que consiste en creer en el “sistema de cura” y creer en “el nuevo estilo de vida” que propone la CT estableciendo pautas irrevocables para que los reeducados continúen afianzando su “proyecto de vida” y a su vez, valoren el mapa de orientación que los guiará durante su vida , una vez pasen las fronteras

institucionales, desde lo que plantea la institución se puede apreciar el deseo de restitución de identidades estigmatizadas de los adictos, (Muriel, 2014).

Este estudio se indaga sobre la importancia de estrategias de afrontamiento en la etapa de reinserción la cual permite predecir el éxito del tratamiento o por el contrario la probabilidad de reincidir en el consumo, tomando como base el tipo de estrategias de afrontamiento que comúnmente aplica cada usuario en el momento de enfrentar una situación problemática, y que despierte el deseo de consumir o se evite la conducta y se mantenga en un estado de sobriedad.

Las estrategias de afrontamiento en esta etapa no se refieren solo a la resolución práctica de los problemas, sino también a la capacidad de la gestión de las emociones y del estrés delante de la situación-problema. En cada una de estas clases de afrontamiento se pueden utilizar estrategias de tipo funcional y/o disfuncional, hay estrategias que pueden ser eficaces en una situación, pueden no serlo en otras.

Los egresados utilizan estrategias para afrontar las situaciones que se le presentan en su cotidianidad, enfocándolas particularmente en la prevención de recaídas frente al consumo de sustancias psicoactivas y así pensar en la posibilidad de que se presente una abstinencia al uso de estas. De esta manera nace la pregunta de ¿Qué estrategias de afrontamiento utilizan los egresados de una comunidad terapéutica en la etapa de reinserción?

1.2 Justificación

La farmacodependencia es una problemática compleja, caracterizada por un estado de salud en permanente riesgo y vulnerabilidad a diversas problemáticas en los entornos en los que el sujeto se mueve, indudablemente la dependencia de sustancias psicoactivas (SPA) es el Síntoma de una situación que se genera en la personalidad del farmacodependiente, lo cual obliga a las instituciones que prestan servicios de tratamiento a contemplar dicho factor, con el fin de obtener resultados satisfactorios en la recuperación de los adictos a nivel biopsicosocial y familiar.

Por lo anterior se debe realizar un tratamiento multidimensional de la persona proveyendo un ambiente adecuado, con personal capacitado que permita la recuperación no solo del individuo sino del entorno del que fue retirado. En este caso es la comunidad terapéutica la más indicada para cubrir las necesidades que la farmacodependencia exige.

Una vez se ha terminado el tratamiento es importante revisar la percepción que el sujeto tiene sobre las modificaciones que realizó en lo biológico, social, familiar, conductual laboral y las estrategias que implementó para adaptarse a la vida en sociedad, y permanecer en sobrio y productivo en su vida en general.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Describir las estrategias de afrontamiento que utilizan los egresados de una comunidad terapéutica en la etapa de reinserción.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan los egresados de una comunidad terapéutica en la etapa de reinserción.
- Especificar estrategias funcionales y disfuncionales que utilizan los egresados de una comunidad terapéutica en la etapa de reinserción.

Marco referencial

A continuación se enunciarán autores que han realizado investigaciones dentro de las C.T para describir las características casi universales de los farmacodependientes.

Los residentes de C.T muestran un bajo respeto por sí mismos, y una pobre auto-percepción de su conducta y la de su familia. Su pobre autoestima se asocia con su conducta antisocial, consumo de drogas y una incapacidad crónica para desarrollar un estilo de vida saludable. Sin embargo para muchos de ellos, es la baja autoestima la que precedió la implicación al mundo de la droga, derivada de experiencias en la niñez y adolescencia, como abusos físicos, sexuales y emocionales; de negligencia; problemas escolares y ansiedades sociales, y complejo de culpa acerca de sus errores y fallos a la hora de alcanzar las expectativas anheladas por sí mismos y los demás (Chí'en, Gerard, Lee y Rosenfeld, 1964, Stevens y Glider, 1994).

La mayoría de los residentes en C.T muestran identificaciones sociales negativas e identidades sociales no formadas. (De León, 1974,1980; Frankel, 1989). El modo en que el residente se acepta, define y percibe a sí mismo deriva de su propia historia como consumidor de spa y a menudo de una infancia problemática. Comúnmente esta la imagen del marginado social (el tipo duro, el guapo, el adicto, el criminal) y de la víctima.

Las características emocionales, presentan dificultades a la hora de experimentar, comunicar y sobrellevar sus sentimientos. Estas dificultades parecen comunes entre los farmacodependientes graves, que reflejan un problema general de madurez (Washburner, 1977), de un modo más específico de autorregulación (Khantzian, 1977; Krystal, 1988; Wurmser, 1974). A menudo muestran una baja motivación emocional, un limitado repertorio de comunicación emocional y escasas vinculaciones conductuales en sus reacciones emocionales. La falta de autocontrol emocional está asociada a muchas de sus conductas autodestructivas.

La intolerancia a la incomodidad es una característica básica de que subyace de las dificultades emocionales de los residentes, en comparación con individuos no adictos, parece presentar límites o umbrales más bajos. Estas dificultades con la tolerancia están asociadas a la abstinencia física presentada por la falta de ciertos fármacos, perturbadores del ánimo, frustración circunstancial y ansiedad y un estado de baja estimulación o aburrimiento (Zuckerman, 1986). La tolerancia representa también un problema ante eventos positivos o neutrales de la vida. Así, la C.T contempla la incapacidad de tolerar la frustración y la incomodidad, como el problema subyacente en el manejo de las emociones. Transmitir tolerancia es fundamental para el aprendizaje de la gratificación, el control de impulsos y el manejo emocional efectivo.

La ira y la hostilidad son características comunes de los individuos que abusan de sustancias en general (De León, 1974; Pallone y Hennessy, 1996). La ira refleja una experiencia emocional más específica e intensa que la hostilidad, que se expresa en actitudes y gestos negativos y amenazantes hacia los demás. Para muchos residentes, la ira y la hostilidad han sido

las emociones expresadas de manera predominante a sus familiares, entornos sociales e instituciones. De hecho, para ello, la hostilidad y la ira han sido la única forma de expresión afectiva. Son mecanismos de defensa, para protegerse a sí mismo y evitar afrontar o experimentar otras emociones que podrían ser más decepcionantes o incómodas, como el temor, el dolor, la tristeza o el amor.

Los adictos a spa muestran diferentes formas características conductuales, gestuales y cognitivas de enmascarar la verdad acerca de ellos mismos, ante ellos mismos o los demás. Se tratan de mecanismo de defensa familiares descritos por la psicología. Los más utilizados son la racionalización, exteriorización, proyección y la somatización. La racionalización, los residentes invocan una infinidad de razones, excusas, y deducciones lógicas para explicar, exonerar o al menos minimizar su propia contribución a sus problemas. La exteriorización, los residentes culpan de sus problemas a fuerzas externas más que a motivos ocultos en su interior. La proyección, los residentes atribuyen sus propios pensamientos, sentimientos y percepciones a otras personas. Y por último la somatización, los residentes emplean lamentaciones de su estado físico para evitar el cumplir con la rutina del día y el tratamiento en particular, ejemplo dolores de cabeza, fiebre, debilidad, fatiga; a menudo son manipulaciones conscientes o inconscientes para evadir las responsabilidades o experiencias emocionales dolorosas.(Muriel, 2014)

La residencia en la C.T constituye un periodo relativamente breve en la vida del individuo pero su impacto debe competir con los años de influencia negativas vividos antes y después del tratamiento. Por ello el régimen de tratamiento está diseñado para tener gran impacto. La vida en C.T es necesariamente intensa, su régimen diario es exigente y sus

confrontaciones terapéuticas no son moderadas. El tratamiento es solo un factor que contribuye a la recuperación, ya que los usuarios se están preparando para engancharse en a la vida de forma positiva y continuar con su recuperación. La graduación representa el fin del tratamiento, pero es solo un estadio en el proceso de recuperación. Los cambios en el estilo de vida que comienzan en la C.T deben ser perpetuados una vez que el individuo abandona la institución. (De León, 1994)

Y, por último, la vida correcta, incluye ciertos supuestos, creencias y premisas compartidas que constituye ciertos supuestos de una vida saludable social y personal. Estas enseñanzas de la comunidad, resumidas en la expresión “vida correctamente”. La sobriedad es el prerequisite para aprender a vivir correctamente, pero vivir correctamente es indispensable para mantenerse sobrio. Vivir correctamente en la C.T significa acatar las normas de la comunidad; mantenerse apartado de las drogas; participar activamente en el régimen diario de grupos, reuniones, trabajo y funciones educativas, cumplir con las obligaciones; mantener pulcro el espacio físico y la higiene personal; actuar de forma responsable con uno mismo, los demás y la comunidad; y mostrar conductas socializadas, como el civismo, la educación, el respeto, y el mantenimientos de acuerdos. Vivir correctamente implica saber proceder correctamente con el rol ejercido. En la práctica diaria la vida correcta proporciona un marcado contraste con las vidas desordenadas que han llevado los adictos hasta el momento. Las enseñanzas de la C.T, que de manera colectiva se engloban mediante la denominación vida correcta, consiste en una serie de requerimientos, valores, creencias para la recuperación estable y un cambio del estilo de vida, en el afuera.(De Leon, 1994)

Marco institucional

Según información que reposa en la página web de la C.T Cardynal es una entidad sin ánimo de lucro que está comprometida con el fomento, promoción y mejoramiento de la calidad de vida y la prevención, asesoría e intervención en problemáticas de adicción y comportamientos inadecuados. Debido a lo anterior se proporciona una ayuda integral mediante programas encaminados para que el individuo se reintegre como persona útil a la sociedad, (Muriel, 2014)

Con el ánimo de contribuir eficazmente en la prevención y tratamiento de estas situaciones, surge el interés de formar un modelo enfocado en la capacidad de elección, la responsabilidad y el compromiso, como medios para que las personas encuentren el sentido de su vida, cimentado en la libertad, el amor propio y el crecimiento personal, espiritual y social, (Muriel, 2014)

El enfoque integral no solo abarca la persona como ser individual sino también a su entorno familiar y demás instituciones en las que se desenvuelve como miembro de la sociedad. Se ofrece un ambiente seguro y propicio para la recuperación y para el logro de la conducta socialmente responsable de sus usuarios. Se facilita el entendimiento y comprensión de la familia respecto a la problemática de la adicción y la manera como ésta afecta las relaciones interpersonales, como estrategia básica para la recuperación, (Muriel, 2014)

Misión

Asesorar, orientar y trabajar por el bienestar y el mejoramiento de la calidad de Vida de la población que voluntariamente se acoja a procesos terapéuticos, a través de programas integrales para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de conductas adictivas y de comportamientos que afectan e inciden en la adaptabilidad.(Muriel, 2014)

Visión

“Ser una entidad auto sostenible, líder en el ámbito municipal en la prestación deservicios de Promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de personas con problemas de adicción y/o comportamientos inadecuados”.(Muriel, 2014)

Objetivo general

Desarrollar con los usuarios consumidores de sustancias psicoactivas y conductas inadecuadas estilos de vida saludables, a través de un programa de rehabilitación bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica, donde estos puedan conocerse e interrogarse sobre su diario vivir y, a partir de allí, formular un proyecto de vida ético, que les permita desarrollar todo su potencial para su realización personal, familiar y social, permitiéndoles vivir dignamente y en sobriedad.(Muriel, 2014)

Objetivos específicos

- Realizar seguimiento individual al usuario desde una perspectiva biopsicosocial, interviniendo factores de riesgo que atenten contra la evolución positiva del proceso

terapéutico, mediante un trabajo en equipo, estructurado y coherente, para acceder a una reinserción social en condiciones de mayor equidad. (Muriel, 2014)

- Promover en el usuario habilidades y destrezas psicosociales, a través de objetivos terapéuticos específicos, dirigidos a fortalecer niveles de tolerancia y frustración, implementando hábitos y rutinas que mejoren el desempeño de su rol socio familiar y generen gratificación y crecimiento personal. (Muriel, 2014)
- Fortalecer aspectos de la personalidad del usuario a través de un acercamiento basado en los valores, la convivencia y el autoconocimiento; que permitan un cambio trascendental en la esfera psicosocial y lo lleve a enfrentarse positivamente con su proceso de cambio, asumiendo tareas y responsabilidades cada vez mayores, respecto a sí mismo y a los demás. (Muriel, 2014)
- Integrar a la familia en el proceso terapéutico a través de propuestas axiológicas educativas y formativas, de recursos y habilidades que les permitan aceptar y reconocer en el usuario, una persona inmadura emocionalmente y con dificultades para adaptarse a las normas socio familiares(Muriel, 2014).

Modelo terapéutico institucional

Cardynal orienta su tratamiento basándose en los principios y metodologías de la comunidad terapéutica, los cuales han sido documentados y probados en varias partes del

mundo. A nivel de tratamiento psicológico, se adopta los principios y metodologías propias de la orientación cognitivo conductual de la Psicología (Muriel, 2014).

Se cree en la capacidad del usuario para enfrentar su problemática, cambiar y proyectarse al futuro responsablemente, creen en la familia y la apoyan para que supere las crisis que padece por causa de la adicción de uno de sus miembros(Muriel, 2014).

El tratamiento psicológico es la columna vertebral del trabajo con este tipo de población, dadas sus condiciones emocionales y psíquicas entramadas en el consumo de psicoactivos; pero a su vez es crítica, ya que implica una gran responsabilidad de los profesionales encargados de asesorar, las intervenciones terapéuticas respectivas, pues las expectativas que se tienen frente a la ruta de intervención son muy altas y se espera la mayor eficacia, por esto el papel del psicólogo(Muriel, 2014).

Desde la intervención psicológica se pretende, aumentar la capacidad personal para tener conciencia de la adicción, que le llevará a discriminar los estímulos internos y externos, percibir objetivamente la realidad, prevenir riesgos, anticipar consecuencias, aceptar normas y límites, pensar antes de actuar, poseer mayor tolerancia a la frustración, relacionarse con amigos, familiares y pareja sin que medie la droga. Crear una nueva identidad diferente a la de la adicción, mantener hábitos y habilidades complejas que le sirvan de protección para asumir la resocialización (Muriel, 2014).

Al interior de la comunidad terapéutica se prohíbe, la agresión física o el intento de agresión, la posesión o el uso de drogas, las relaciones sexuales entre miembros de la comunidad y la posesión de armas, (Muriel, 2014)

Reglas generales de la CT Cardynal

- No robar
- Seguir las directrices de los miembros del equipo clínico
- No se permiten juegos de interés económico o de apuestas
- No se permite la salida de las instalaciones de la CT sin la autorización de algún miembro del equipo, en caso de que esto suceda se considerara como un abandono.
- Respetar todos los miembros de la CT.
- Toda comunicación oral o escrita deben contar con la autorización del equipo clínico de acuerdo a los procedimientos establecidos para ello.
- El equipo clínico regulará el porte de dinero y el uso de artículos de valor.
- Se guardará estricta confidencialidad en la información de los residentes o de los miembros del equipo clínico.
- Es responsabilidad de todos los miembros de la CT mantener sus espacios locativos limpios y ordenados.
- Están prohibidos los negocios residentes o entre estos y miembros de staff.
- En caso de cuestionamientos, críticas o quejas frente a personas o procesos de la CT, se deberán utilizar los conductos regulares de comunicación.

- No se permite dormir o permanecer en las habitaciones durante el día, excepto por prescripción médica.
- Los residentes son responsables de mantener su cama y alrededores limpios y ordenadas, igual que ningún residente se siente o acueste en una cama que no sea la suya.
- A todos los residentes se les asignaran tareas por parte del equipo.
- Los medicamentos serán suministrados por el encargo de la oficina previa prescripción médica.
- Todos los miembros de la CT, deben mantener buena presentación personal de acuerdo con los lineamientos.(Muriel, 2014)

Equipo clínico de la C.T

El equipo está conformado por ex adictos como el director, el subdirector, los asistentes, algunos residentes de tercera fase que han recibido capacitación, psicólogos, trabajadores sociales, pedagogos, médicos, enfermeras entre otros.(Muriel, 2014)

Este equipo es el encargado, bajo la dirección del director del hogar de orientar el proceso de tratamiento. También a hacer cumplir las normas pautas del programa, diseñar e implementar el plan de tratamiento, dirige las diferentes actividades terapéuticas y realizan las evaluaciones, ascensos es el responsable del logro de los objetivos del programa.(Muriel, 2014)

Tratamiento de la C.T

El proceso se inicia desde el primer contacto con la comunidad donde se reconoce la condición de adicto y la necesidad de ayuda especializada, luego un ex adicto del programa

ofrece la primera orientación sobre la propuesta de tratamiento y sobre las diferentes fases del proceso.(Muriel, 2014)

Primera fase

Llamada pre comunidad está tiene como objetivos principales seleccionar los adictos aptos para el modelo CT familiarizándose con el diario vivir de la misma aprender y aceptar las normas, los reglamentos, la filosofía, el programa y facilitar la conciencia a la problemática. Es también una fase de evaluación y diagnóstico, este proceso dura aproximadamente 2 a 3 meses.(Muriel, 2014)

La pre comunidad tiene una etapa ambulatoria y otra residencial llamada compromiso existencia. En esta etapa se hace responsable del cambio en el rumbo de la vida nueve de permanecer por lo menos de 3 a 4 semanas, es orientado por otros adictos que lleva más tiempo en el tratamiento y por varios profesionales, adicional se evalúa la motivación, la adaptación al grupo, las relaciones con los pares entre otros y se da paso a la segunda fase(Muriel, 2014).

Segunda Fase

Llamada introspección identificación y crecimiento fase de los grupos, en esta fase la convivencia con los otros adquiere vital importancia y se realiza la invitación a la exigencia la responsabilidad la honestidad frente a sí mismos y frente al grupo requiere amor responsable y exigente (Muriel, 2014).

Esta fase consta de dos etapas un grupo bajo y un grupo alto cada una tiene una duración aproximada de tres meses, el paso de una etapa a otra dependerá del crecimiento emocional de los cambios positivos obtenidos como cumplimiento del plan de tratamiento. Al llegar a la etapa

del grupo alto se debe haber logrado una mayor madurez en términos del fortalecimiento de recursos emocionales y de crecimiento integral en lo concerniente a la honestidad, la autoestima, el liderazgo, la responsabilidad, la autonomía, la iniciativa y la identidad, se evalúa y se decide el paso hacia la fase siguiente (Muriel, 2014).

Tercera fase

El usuario se hace protagonista de su cambio, asume responsabilidades muestra las flaquezas y fortaleza, el grupo se convierte en un interlocutor constante y quien rechaza los actos que se salen del proyecto personal de vida o de los ideales o propósitos comunitarios o por el contrario apoya cuando muestra una actitud y un comportamiento acorde con los objetivos planteados(Muriel, 2014).

La fase de los grupos tiene una duración aproximada de seis meses finalizando la etapa de grupo alto se inicia una capacitación más profunda sobre aspectos de tratamiento con el objetivo de involucrar más activamente en el proceso reeducativo al usuario. Lo que demanda un ocuparse del buen funcionamiento de los demás residentes con menos tiempo en el proceso tanto grupos altos como grupos bajos, en aspectos tales como normatividad en valores responsabilidad en cada una las brigadas de trabajo, actividades, recreación, integración, crecimiento emocional de los compañeros, liderazgo en General en esta etapa el usuario es el máximo ejemplo del hogar y un modelo de identificación positiva para todos los compañeros (Muriel, 2014),

Adicional en esta fase se constituye un pilar importante para la recuperación, el tratamiento va por la mitad y es aquí cuando necesita encontrar un sentido a la existencia y que introyecte actitud de trascendencia, se continúa recibiendo tratamiento y capacitación de acuerdo con el perfil psicológico, habilidades y plan de tratamiento(Muriel, 2014).

Esta fase y está dividida en tres etapas:

- La primera etapa es llamada de crecimiento intensivo:

Ya se han alcanzado logros terapéuticos y se ha fortalecido la personalidad al igual que la integración y la comunicación con la familia y la comunidad externa lo que le permite una proyección real e ir consolidando el proyecto de vida en el medio social al que va retornar, el crecimiento se acelera mediante el ejercicio de responsabilidades individuales y colectivas (Muriel, 2014).

- Segunda etapa consolidación

Se asume con mayor exigencia las responsabilidades y las tareas que se le encomiendan al usuario en el exterior de la comunidad terapéutica en esta etapa se puede aspirar a ocupar el cargo de asistentes y subdirector en cualquier hogar de la fundación, el servicio social es obligatorio, se apoya el tratamiento a otros compañeros que están en la primera y en la segunda fase (Muriel, 2014).

- Tercera etapa

Es semi interna o de desprendimiento de las CT, es el momento de encarar decididamente la realidad social, continúa el crecimiento personal en un ambiente de menor protección y mayor contacto con la sociedad para llegar a una total autonomía de vida, de inserción de proyecto de vida. (Muriel, 2014)

Una vez reinsertado, se continúa con el contacto con la fundación a través de un seguimiento y se espera un certificado de reeducación el cual se recibe junto con los otros compañeros en una ceremonia especial. Después de recibir el certificado de reeducación y con

las pruebas de sobriedad y responsabilidad y ceñido a las directrices del departamento de seguimiento recibe un certificado hasta completar cinco. Esta ceremonia reviste especial significado pues refuerza la conciencia y el compromiso con la problemática y con el programa. (Muriel, 2014).

Actividades C.T Cardynal

Las actividades apuntan a una formación integral y hacen énfasis en lo terapéutico o sanador de la personalidad se interesan en tener actividades que sean un soporte importante para el mejoramiento de la calidad de vida como la es el aprendizaje de la utilización del tiempo libre de manera constructiva, (Muriel, 2014)

En el diario vivir se encuentran actividades culturales artística sociales familiares, espirituales, recreativas, deportivas, ocupacionales. Se apunta a un estilo de vida saludable para el crecimiento desarrollo personal. Todas las actividades y situaciones como hablar, compartir, dormir, aprender, comer, dormir, enseñar escuchar, tienen efectos terapéuticos importantes tanto en lo colectivo como en lo individual (Muriel, 2014).

Dinámicas CT Cardynal

Encuentro de la mañana

Se reúne la familia de la comunidad, la primera parte es terapéutica en tanto se hacen llamamientos a la normatividad y convivencia social del grupo al que pertenece, en la segunda parte y se y comparten sentimientos pensamientos no agresivos lo que ayuda a mejorar el clima afectivo y social del grupo. Es el momento para reflexionar en el mensaje del día(Muriel, 2014).

Dinámica de afirmación

Tiene como fundamento en General en la mente mensajes positivos con el fin de trabajar la confianza en sí mismo la autoestima el amor propio y la identidad(Muriel, 2014).

Grupo terapia realidad

También me llama grupo de confrontación de pares en esa dinámica a través del diálogo se confrontar y se es confrontado, el grupo está conformado por compañeros con menos de tres meses de diferencia en el proceso de tratamiento, se busca desmontar las justificaciones o racionalizaciones de los comportamientos de irresponsables(Muriel, 2014).

Grupo de liberación de sentimientos

Consiste en una dinámica en la cual algunos de los miembros de la familia la comunidad expresar abiertamente su sentimientos agresivos hacía alguno de los compañeros que lo movilizó si emprende entre las normas del respecto (Muriel, 2014).

Señalamiento de fallas

Es una valiosa herramienta para la modificación de los comportamientos, un ambiente de alta tensión afectiva lo que es importante para remover y activar problemáticas personales y interacción grupal(Muriel, 2014),

Diario terapéutico

Es una dinámica en la que se propone al usuario mantener un permanente registro sobre el desarrollo del proceso: avances, dificultades, proyecciones, alternativas, agenda de intervención y manejo de problemáticas, logros, esbozos del proyecto de vida, sentimientos,

pensamientos, emociones y todo lo demás que el paciente considere, debe ser anotado. El diario terapéutico asegura en gran medida la positiva evolución del proceso, es como la conciencia escrita del usuario. No hay excusa para dejar de diligenciarlo día a día. Llenarlo a intervalos prolongados resulta menos positivo. Se puede disponer de un sólo cuaderno, grande, para consignar, en la primera mitad lo respectivo a la autobiografía y en la segunda parte el diario terapéutico. Los hechos significativos que desbordan la capacidad de resolución que tiene la persona (proyecciones de consumo, depresiones profundas, conflictos) deben ser comunicados al equipo terapéutico para encontrar alternativas de solución (Muriel, 2014).

Terapias CT Cardynal

Diálogos terapéuticos

No son terapias individual y se dan entre dos o más residentes ya sea entre uno de segunda o primera etapa o de tercera fase y también puede darse entre un residente y alguna persona del programa profesional. Consiste en una conversación en la cual se escucha se detectan sentimientos o problemáticas y permite al accidente tomar confianza (Muriel, 2014).

Terapias individuales

Son realizadas por los profesionales o por egresados del programa con autorización para ello, en ella se brinda un clima de familiaridad y naturalidad que permita expresar libremente la historia las emociones los conflictos o problemáticas esta terapia exige honestidad y un manejo adecuado de la comunicación, los compromisos que se adquieren al final de la terapia deben ser llevados a actos concretos en el plan de tratamiento con el proyecto de vida (Muriel, 2014).

Terapia de grupo

Son terapias en las cuales participa todo o parte del grupo de compañeros en el tratamiento existen varias modalidades en grupo de liberación de sentimientos, terapia de grupo, grupo de terapia realidad que consiste en la confrontación de pares, terapia de confrontación se dan relatos de salidas para re inserción y agrupa liberación de sentimientos. Los objetivos que se buscan con estas terapias es lograr bajar las defensas y el grado de hostilidad que impiden que el usuario afecte la realidad cree conciencia en el grupo de la importancia que tiene (Muriel, 2014).

Terapia de confrontación

Técnica para el moldeamiento de la conducta, se utiliza para señalar o rechazar las actitudes o comportamientos que atentan contra la estabilidad del grupo residente (Muriel, 2014).

Terapia de reinserción

Consista en salir hacia el círculo social del cual se proviene previa solicitud del plan de trabajo, autorización del equipo clínico, exige buena conducta en compromiso en el proceso de plan de tratamiento (Muriel, 2014).

Maratón terapéutico

Se lleva a cabo cada mes, son jornadas intensivas terapéuticas ,con terapias de grupo de confrontación se pone a prueba la honestidad, la capacidad de autocrítica, la humildad, el compromiso, al mismo tiempo que se hace un balance parcial de mirasal crecimiento personal y grupal(Muriel, 2014).

Terapia educativa:

La psicoeducación es un espacio de enseñanza –aprendizaje sobre temas específicos (valores, familia, relaciones interpersonales, entre otros) que impactan significativamente la experiencia vital del paciente, 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 (Muriel, 2014).

Terapia de autobiografía:

Tiene como objetivo, facilitar al usuario del proceso, en las primeras etapas, la elaboración escrita de su historia de vida. A partir de este instrumento se alimenta, también, el plan de tratamiento ya que da elementos tanto al equipo terapéutico como clínico para conocer eventos relevantes del pasado del residente y así entender más a fondo la problemática específica que padece. Además, poner por escrito las memorias, hasta la fecha, es un ejercicio que abre el panorama del individuo respecto de sí mismo y facilita el que saque conclusiones disponiéndolo, de mejor manera, para el tratamiento (Muriel, 2014).

Grupo estático

Es un grupo permanente de usuarios que se reúne por un periodo de tiempo amplio, a lo largo del tratamiento, para posibilitar a los distintos pacientes hacer exploración profunda de los eventos pasados que afectan “el aquí y el ahora” de cada interesado entorpeciendo el proceso de tratamiento (Muriel, 2014).

Terapia de Feed Back:

La terapia consiste en que los operadores y usuarios, en un círculo, reconocen de manera directa y objetiva los avances de uno o varios pacientes dentro del proceso para retroalimentar y reforzar dichos avances. Se cierra el encuentro motivando a todos los participantes para que luchen por crecer siguiendo el ejemplo de los confrontados (Muriel, 2014).

Terapia de Resocialización

Se utiliza las salidas como método de tratamiento de resocialización, cada vez que el usuario se dispone a compartir con la familia, por fuera de la comunidad terapéutica, la cual aporta información para el proceso de rehabilitación (Muriel, 2014).

Reinserción y normas.

Forman parte el tratamiento y en particular del proceso de reinserción, el objetivo es detectar y trabajar a fallas en la relación del residente con su familia y con la comunidad además de lograr fortalecer la personalidad del adicto para eso es indispensable la honestidad y la comunicación por parte del residente, los familiares estos son corresponsables de la superación del residente (Muriel, 2014).

Normas durante la salida

Cada CT tiene normas específicas para las salidas de los residentes donde inicia un empoderamiento de su conducta. En este caso los residentes de segunda fase deberán ser recogidos en el hogar por un familiar adulto responsable y orientado hacia las normas y pautas del programa, igualmente deberá ser retornado a la comunidad a la hora determinada.

- El residente en debe comunicarse con el hogar por lo menos una vez al día.
- El residente y se comunicará con el hogar se está atravesando una situación crítica de no hacerlo así, la familia se comunicara con el hogar y pedirá asesoría sobre el manejo de la situación
- El residente no harán llamadas telefónicas personales.
- El residente en no deberá permanecer sólo durante su salida.
- La familia y el residente y ante cualquier situación que ponga en peligro su sobriedad la familia evitará en lo posible, involucrar al residente en crisis o conflictos.
- Una vez llegue el residente y al hogar comunicará con absoluta sinceridad y honestidad las situaciones presentadas durante la salida, no se contratara con la familia para ocultar fallas.
- Para el manejo de dinero o artículos de valor a los residentes deberán contar con la debida autorización del Staff.
- Durante la permanencia fuera del hogar el reciente de guardar prácticamente las mismas normas de la CT, incluida las normas básicas de urbanidad y de relaciones sociales.
- El residente debe cumplir con el plan de trabajo hecho para su salida y de no poder hacerlo deberá comunicar con el hogar y solicitar autorización para modificar dicho plan.
- Antes de salir la familia deberá solicitar orientación y el director del hogar están obligación de suminístrala.
- El residente deberá estar en su casa antes de las diez de la noche.
- Todo residente y al salir de vida delegar las funciones que cumplen dentro de la CT.
- Al salir del residente de la reclamar sus documentos de identificación.

El no cumplimiento de estas normas acarreará medidas terapéuticas o experiencias educativas y su reincidencia puede llevar a la expulsión del programa (Muriel, 2014).

Trabajo con la familia

Para lograr los objetivos durante el tratamiento es importante el ejercicio del amor responsable y exigente, el deseo de cambio y la participación activa de la familia. Durante el tratamiento se realizarán actividades con la familia para sanar la interacción entre todos los miembros de ellas algunas actividades son educativas, otras son terapéuticas, otras son grupales, otras individual; dirigidas por el director del hogar, coordinadora del hogar o el equipo interdisciplinario (Muriel, 2014).

Es muy importante que la familia apoye activamente y no sólo la visita familiar sino también formando parte del comité de familiares comité y apoya el hogar y acatando con amor responsable y exigente las recomendaciones directrices en las normas trazadas por la fundación, (Muriel, 2014).

Experiencias educativas y las ayudas.

Son estrategias y medidas que decide implementar el equipo clínico para fortalecer el cambio positivo y el crecimiento personal del residente. Tiene su fundamento de la teoría de la modificación de la conducta que plantea que los comportamientos adquieren mantienen o refuerzan de acuerdo a estímulos gratificantes o no (Muriel, 2014).

El tratamiento en General es un proceso de ayuda sea de experiencias educativas todas ellas pretenden beneficiar a la persona ya sea a nivel intelectual comporta mental o afectivo. Las ayudas implementar con objetivos terapéuticos de acuerdo a la gravedad de la falta cometida, no debe ser vistas como un castigo sino como una herramienta de aprendizaje y crecimiento personal (Muriel, 2014).

Algunas de las ayudas tienen carácter disciplinario mientras que otras son experiencias que buscan crear y reforzar aspectos positivos de la personalidad del residente y las ayudas tienen un tiempo definido, si el equipo clínico ve que la cumple con humildad y responsabilidad modifican y mejoran del comportamiento o se le retira la ayuda disciplinaria, (Muriel, 2014)

La graduación

Finalizadas en las etapas del proceso de reeducación se inicia el desprendimiento de la comunidad terapéutica y se entrega un certificado de reeducación esa ceremonia significativa marca un hito en el camino de la recuperación termina el tratamiento interno y continúa ambulatorio. Se iniciaba un nuevo proceso la concretización del proyecto de vida en la sociedad de la cual surgió el adicto. Para la continuidad del proceso de recuperación el trabajo el crecimiento personal a reuniones periódicas con los grupos de narcóticos anónimos y las visitas al a los hogares serán constantes (Muriel, 2014).

Las visitas y sus normas

- Los días de visitas a los domingos, cualquier visita por fuera de este horario debe ser solicitada con antelación al director del hogar quien decir al respecto.
- Los familiares se comprometieran a participar activamente en el programa sintiendo son corresponsables del mismo también asistirán a las reuniones convocadas por los directivos del lugar.
- Los familiares acatarán las normas y pautas del programa el tratamiento. Estas incluyen las normas de no ser así el equipo clínico evaluara la conveniencia de su participación en el proceso de tratamiento.

- Al llegar tal hogar, los familiares deben primero pasar por la oficina del mismo antes de abordar al residente. Igualmente deben hacerlo al salir del lugar es indispensable un excelente comunicación entre los familiares el equipo clínico.
- No se permiten damas en minifalda exagerada blusas transparentes o muy escotadas ni personas con olor a alcohol, ni bajo los efectos del mismo o cualquier otra sustancias psicoactiva.
- Todo y cita de personal o familiar del residente de ser autorizada por el director para tal efecto se debe comunicar con suficiente anticipación.
- El equipo clínico tiene la potestad de restringir el ingreso al lugar en cualquier persona que consideren o benéfica al residente.
- Antes de entregar un paquete el residente debe ser autorizado y registrado en la oficina local no se debe traer obsequios del residente sin el consentimiento del director.
- Los familiares no entregarán al residente correspondencia sin el conocimiento del director del hogar.
- Los familiares evitarán traer el reciente problemas o situaciones que lo afecten negativamente en su proceso de tratamiento. Antes de hacerlo debe contar para ello con la orientación del director.
- Toda que dejaba diferencia con el programa debe ser ventilada con el director hubo otro directiva mayor rango y nunca con el residente otro visita que también puede hacerse a través del buzón, no se permiten chismes
- . Ningún familiar de manipular salidas del residente y evitar actitudes frente a él que fomenten el hacerlo sentirse víctima o sobreprotegido.
- Las visitas de en permanecer en el área asignada para tal efecto.

- Las visitas deben evitar caer en conversaciones cuyo tema será la violencia las drogas la obscenidad o cualquier tema que vaya contra la filosofía y los valores que pretende fomentar en el programa.
- Los familiares están en la obligación de comunicar al equipo clínico cualquier evento significativo por el residente.
- Es conveniente que los familiares realizan las pertenencias que el residente ha dejado en casa en busca de drogas o cualquier material relacionado con el uso de sustancias psicoactiva.
- No está permitido frente al residente y utilizar violencia física o verbal.
- Los familiares no en discutir información confidencial de su reciente con otros familiares o conocidos y mucho menos con otros residentes (Muriel, 2014).

Dinero personal

El dinero personal es un privilegio que se de conquistar si no se tiene el privilegio el dinero será depositado en la caja de la oficina del hogar allí será administrado de acuerdo a las necesidades del residente y para artículos de aseo, pasajes o eventos recreativos (Muriel, 2014).

El vestido

Mientras los residentes encuentra en la primera segunda fase y deberán vestir en la comunidad pantalones cortos o bermudas y camisetas blancas con el logotipo de la fundación calzado tipo tenis y buzos si los necesita, si se desea utilizar otro tipo de prendas debe tener la autorización de los asistentes del hogar (Muriel, 2014).

Actividades académicas

Durante la vida adictiva es probable que no haya terminado sus estudios básicos o no haya definido una vocación, en la tercera fase se tienen la oportunidad de acuerdo con el proyecto de vida de comenzar a establecer y concretar los estudios que estaban pendientes (Muriel, 2014).

2.2 Marco legal

En el marco jurídico de Colombia, el Gobierno Nacional está promoviendo la formulación de una política de drogas integral que propone tres objetivos estratégicos:

1. Reducir el consumo de drogas a través de la implementación del “Plan Nacional de Promoción de la Salud, Prevención y Atención del Consumo de SPA 2014 2021”
2. Disminuir las vulnerabilidades territoriales mediante una perspectiva de desarrollo.
3. Desarticular las estructuras de criminalidad organizada dirigida a los eslabones intermedios y superiores de la cadena(Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

En cuanto al primer objetivo, sobresale la formulación del “Plan Nacional de Promoción de la Salud, Prevención y Atención del Consumo de SPA, 2014 - 2021”, aprobado por el CNE en noviembre del 2014 que adopta los enfoques de salud pública y derechos humanos en sus acciones y que surge en respuesta a la crítica situación de incremento del consumo interno, lo cual representa un reto para el país por los múltiples factores relacionados con las poblaciones afectadas(Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Debido a lo anterior en 2014, los Ministerios de Justicia y del Derecho y el de Salud y Protección Social lideraron la construcción del Plan Nacional para la Promoción de la Salud, Prevención y Atención del Consumo de drogas, a través de un proceso amplio de consultas del que participaron distintos sectores como el académico, expertos, autoridades de entes territoriales y sociedad en general. El Plan aprobado por el Consejo Nacional de Estupefacientes con Resolución No. 007 de 2015, adopta los enfoques de salud pública y derechos humanos y se alinea con la proyección temporal del Plan Decenal de Salud Pública 2014 – 2021, en base al marco legal (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

El Plan busca reducir la magnitud del uso de drogas y sus consecuencias adversas mediante un esfuerzo coherente, sistemático y sostenido; dirigido a la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, a la prevención del consumo y a la atención de las personas y las comunidades afectadas por el consumo de drogas, al fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia en salud pública. Para lograr este objetivo el Plan propone cinco componentes estratégicos: 1) Fortalecimiento institucional, 2) Promoción de la convivencia y la salud mental, 3) Prevención, 4) Reducción de riesgos y daños y 5) Tratamiento, (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)

- Fortalecimiento institucional: El objetivo es reducir la magnitud del uso de drogas y sus consecuencias adversas mediante un esfuerzo coherente, sistemático y sostenido dirigido a la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, a la prevención del consumo y a la atención de las personas y las comunidades afectadas por el consumo de drogas, esto acompañado del fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia en salud pública (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Por fortalecimiento institucional se entiende el conjunto de políticas públicas, estrategias y acciones institucionales tendientes a fortalecimiento de las capacidades nacionales y territoriales para la reducción del consumo de SPA. Por ello en este componente se contemplan acciones de articulación en el nivel nacional y territorial. Integra además las acciones correspondientes a capacitación, investigación, evaluación, gestión política, gestión administrativa y gestión comunitaria, (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)

- Componente promocional. Convivencia social, salud mental y consumo de drogas: El objetivo del componente es fortalecer entornos que promuevan el desarrollo de habilidades, vínculos afectivos, redes de apoyo y capacidades que potencien la salud mental y la convivencia social en la población colombiana, con énfasis en niños, niñas y adolescentes.
- Prevención del consumo de sustancias psicoactivas: El objetivo es disminuir la incidencia de contacto temprano con las sustancias psicoactivas y las afectaciones al bienestar y desarrollo y la progresión hacia patrones de consumo de abuso y dependencia.
- Reducción de riesgos y daños: El objetivo es prevenir las afectaciones de los consumidores de sustancias psicoactivas que no tienen la voluntad o la capacidad para dejar el uso de drogas.
- Tratamiento: El objetivo es mejorar la oferta, el acceso, la oportunidad y la calidad de la prestación de servicios de atención a los consumidores de sustancias psicoactivas. Este componente incluye el desarrollo de guías técnicas y modelos para la atención del consumo de drogas, acompañamiento a los territorios para cualificar la oferta de servicios, así como la elaboración de rutas que articulen la red de servicios a los consumidores de drogas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

En base a lo anterior, Colombia es un país con una gran problemática en cuanto a la farmacodependencia, con mayor incidencia en el departamento de Antioquia, con una vulnerabilidad de consumo en hombres. El gobierno con el plan de acción deja por último el tratamiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Desde la perspectiva de salud pública se entiende la dependencia a las drogas como una enfermedad crónica, que debe ser tratada como cualquier otra condición de salud crónica.

En este marco, el Gobierno Nacional ha realizado avances importantes en el desarrollo de instrumentos normativos y técnicos para garantizar el cumplimiento del derecho fundamental a la salud en cuanto a la atención de personas con consumo problemático de drogas en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Entre los avances se destacan:

- Acuerdo 029 de 2011 de la Comisión de Regulación en Salud – CRES, para la inclusión del tratamiento por consumo de drogas en menores de edad en el Plan Obligatorio de Salud - POS según el cual en su art. 76 establecía que “todo menor de 18 años que use sustancias psicoactivas tendrá derecho a recibir atención psiquiátrica y psicológica ambulatoria y con internación, y adicionales a las cobertura establecidas en los artículos 17 y 24” . Dicho Acuerdo fue derogado por la Resolución No. 5521 de 2013 Ministerio de Salud y Protección Social, “Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)”.
- Expedición de la Ley 1566 de 2012 (o Ley Galán), “Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a las personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional “entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias” psicoactivas”. Esta Ley reconoce que el consumo, el abuso y la adicción a sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública. También establece que las patologías derivadas del consumo, abuso y adicción deben ser atendidas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 10, de la ley anterior, el Reconocimiento. Reconózcase que el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos. Por lo tanto, el abuso y la adicción deberán ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado, conforme a la normatividad vigente y las Políticas Públicas Nacionales en Salud Mental y para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Con la problemática actual, que es la farmacodependencia, por medio de tutelas se ha aplicado la cobertura desde el plan obligatorio de salud y el plan subsidiado; accediendo a tratamientos de larga estancia (internamiento) en las comunidades terapéuticas, como método de cura a esta adicción en particular.

Dentro del acuerdo 029 de 2011. Mediante el cual se actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (CRES)

El acuerdo 029 de 28 de diciembre de 2011 tiene como objetivo facilitar la definición, aclaración, y actualización integral del POS (Plan Obligatorio de Salud) de los regímenes Subsidiado y contributivo; el cual se deberá aplicar por las entidades promotoras de salud y los promotores de salud y los prestadores de servicios de salud a los afiliados.

Para este estudio nos referimos al Artículo 76. Casos de uso de sustancias psicoactivas en menores de 18 años. Sin perjuicio de las evaluaciones y atenciones realizadas por profesionales de la salud, todo menor de dieciocho (18) años de edad que use sustancias psicoactivas tendrá derecho a recibir atención psicológica y psiquiátrica ambulatoria y con internación, y adicionales a las coberturas establecidas en los artículos 17 y 24.

Ley 1616 de 2013: Garantiza el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental. -

Resolución 5521 de 2013: Actualiza el Plan Obligatorio de Salud.

2.3 Antecedentes

Como referentes investigativos se encontraron diferentes trabajos con temas similares en Comunidades Terapéuticas, entre ellas están:

El artículo de investigación llamado “Entre “teoterapias” y “laico terapias”. Comunidades terapéuticas en Colombia y modelos de sujetos sociales”. Artículo de revista de la Universidad Nacional de Argentina, el autor lo define (Castrillon, 2008):

“Este artículo, reflexiona sobre los dilemas planteados en el ámbito de las identidades individuales en contextos modernos de relaciones sociales. Para dar curso a esta reflexión, tomo como espacio de análisis las comunidades terapéuticas para la “rehabilitación” de usuarios de drogas – denominados comúnmente como “drogadictos”—, quienes debido a su singularidad identitaria, considerada como interdictada a partir de ciertos valores sociales y éticos de la sociedad mayor, se articulan en estos espacios de “cura” individual, buscando transformar su estigma social. Dos orientaciones ideológicas median la relación comunidad terapéutica/”adicto en recuperación”. Una de carácter religiosa cristiana y la otra, que denomino laica. Desde estas dos orientaciones, las comunidades terapéuticas elaboran proyectos de sujetos sociales procurando responder a los dilemas de la sociedad moderna” (Castrillón, 2008)

En conclusión, la relación “comunidad terapéutica/adicto en recuperación” tiene como gran trasfondo la constitución social del individualismo moderno, en el sentido de ser el individuo el valor por excelencia de la sociedad moderna. Las comunidades terapéuticas con sus discursos y prácticas serían una especie de portavoces de un individualismo metódico e integrador del sujeto.

De este modo, ofrecen “totalidades ontológicas” que visan responder y ajustarse a proyectos mayores de estabilidad e integración social a través de ideales de consecución “progresiva” de la vida que re signifique valores de una morfología de un sujeto concentrado en una figura que podría denominarse “ascética” porque precisamente procura en el “adicto en recuperación” una “renuncia total”, no sólo al consumo adictivo de drogas, sino también al estilo de vida “marginal”, tejido fundamentalmente alrededor de este consumo. (Castrillón, 2008)

En la universidad CES, revista de Psicología, volumen 2 de 2009 se encontró “La familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas” donde se visualiza que la adicción a las drogas representa para la sociedad actual un importante problema de salud pública, y para optimizar su tratamiento se requiere mayor comprensión, y por esta vía mayor aceptación, del origen multicausal de sus efectos y de la necesidad de una intervención integral. En el artículo se mencionan nueve áreas o dominios que deben tenerse en cuenta para asegurar resultados positivos en el tratamiento de los pacientes con enfermedad producto de la adicción a las drogas, entre los que se destaca el soporte familiar. Y se presenta una propuesta que señala como lograr la vinculación de la familia a través de la aplicación de una metodología, en la cual se definen los principios y guías que deben tenerse en cuenta durante el proceso de tratamiento y recuperación de la adicción a las drogas. Y cuando exista carencia del núcleo primario familiar deben implementarse estrategias sustitutas de soporte social. (Zapata, 2009)

Trabajo de grado de la Universidad de San Buenaventura “Estrategias de afrontamiento en farmacodependientes en edades entre los 18 a los 34 años, después de la primera etapa de la reinserción social de la Fundación la Luz en Medellín” lo cual da a entender que en los últimos

años las estrategias de afrontamiento han tomado gran protagonismo sobre todos aquellos que desean descubrir las variables sobre el comportamiento humano, este auge ha dirigido la atención de diversos investigadores con el fin de encontrar relaciones entre los problemas y las maneras en que los sujetos afrontan cada una de las situaciones que los acoge. (Alzate & Bermudez, 2009)

Midieron las estrategias de afrontamiento de los usuarios de la fundación la Luz, por medio de una escala, las estrategias de afrontamiento que se encuentran en la parte superior de la media, sin exceder los límites son: Búsqueda de Apoyo Social, Espera, Religión, Evitación Emocional, Búsqueda de Apoyo Profesional, Reacción Agresiva, Evitación Cognitiva, Negación, Autonomía. Las estrategias de afrontamiento que se encuentran en la parte inferior de la media sin salirse del intervalo son: Solución de Problemas, Reevaluación Positiva, Expresión de la Dificultad de Afrontamiento (Alzate & Bermudez, 2009).

Alzate & Bermudez (2009) recomiendan medir estas estrategias, cuando los sujetos llegan a la Fundación La Luz y una vez más cuando terminen el tratamiento, para identificar así cuales fueron las estrategias de afrontamiento que se adquirieron y lograr eliminarla adicción. Y a los terapeutas que se dedican al tratamiento en otras instituciones y modificación del consumo de sustancias, que en su labor tengan en cuenta el implementar técnicas que promuevan las estrategias de afrontamiento adecuadas frente al estrés y a los problemas de la vida, y así contribuir a la reducción de los factores de riesgo que conlleva dicho consumo.

En la Institución Universidad de Envigado, se encontró trabajo de grado “Relación Parento-Filial que se establece entre un Adolescente y su Padre Adicto el cual se encuentra en el

Tratamiento de Comunidad Terapéutica de la Fundación La Luz “trabajo investigativo que analiza la relación Parento-Filial que se establece entre un adolescente de 16 años y su padre adicto que se encuentra inmerso en el modelo de tratamiento de Comunidad Terapéutica de la “Fundación La Luz”, los hallazgos más relevantes, que fueron: la forma como el adolescente percibe al padre en su ausencia y dependencia adictiva, como son sus efectos emocionales y el impacto en su desarrollo cognitivo y psicosocial. Finalmente se observan los factores de riesgo tales como: el consumo de drogas en la adolescencia, las cargas emocionales, el comportamiento delictivo y los conflictos familiares. (Cardona, 2013)

Los anteriores estudios confirman la vital importancia que tienen las estrategias de afrontamiento y las áreas biopsicosociales y familiares en el pronóstico de mejoría en personas adictas a diversas sustancias, y por ende la necesidad de asumirlas como eje fundamental dentro del proceso de tratamiento para una posible rehabilitación.

2.4 Marco teórico

Para contextualizar y realizar un acercamiento al trabajo que se realiza sobre la percepción que tiene un egresado del cambio obtenido en CT es necesario tener claridad sobre los conceptos que están implícitos en la problemática y rehabilitación de la persona que ha pasado por dicha situación, entre ellos están fármaco, la farmacodependencia, el diagnóstico de farmacodependiente, las características del farmacodependiente, criterios para la dependencia de sustancias, criterios para verificar que se está abusando de una sustancia y que se tiene dependencia de ella, que es una comunidad terapéutica y como se estructura para lograr una rehabilitación en el paciente.

2.4.1 Droga:

Es toda sustancia química usada para la prevención, diagnóstico o tratamiento de las enfermedades del hombre y puede modificar o interferir en el funcionamiento celular y producir un efecto o una respuesta biológica de las células o tejidos. (Fallkowski, 2006)

2.4.2 Farmacodependencia

Es el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces, para evitar el malestar producido por la supresión del fármaco", (Comite de Expertos en Farmacodependencia, 2003)

2.4.3 Diagnóstico de farmacodependencia

Según el CIE-10 (OMS) el diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de

ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia.

2.4.4 Tratamiento

La Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) presentan varias opciones de tratamiento para la farmacodependencia. Este hecho permite que la terapia pueda ser adaptada a las características de cada persona. Así, mientras en algunas el tratamiento deberá apoyarse de forma inevitable en el uso de medicamentos para paliar el síndrome de abstinencia y evitar las recaídas, en otras existe la posibilidad de realizar terapias sin medicamentos, basadas en intervenciones de apoyo psicosocial y en algunos casos, en la medicina natural.

2.4.5 Tratamiento sin medicación

Esta intervención está dirigida a personas que prefieren no usar fármacos para dejar la dependencia y se basa en el desarrollo de un programa terapéutico que combina apoyo psicosocial, cambios en la alimentación, ejercicio físico y la posibilidad de incluir tratamientos alternativos tales como terapias herbales u homeopatía, terapia nutricional, terapias alternativas y ejercicio físico, (Martinez, s.f)

2.4.6 Tratamiento con medicación

El tratamiento con medicamentos puede tener varios objetivos:

- La desintoxicación a corto plazo.
- El tratamiento de mantenimiento, más dirigido a personas con mayor riesgo de recaída o que quieren cambiar su estilo de vida y dejar de consumir, pero no se sienten preparadas.

- La prevención de las recaídas, en la que se administra un medicamento que bloquea la acción de los opiáceos, de manera que, en el caso de volver a consumir, la droga no produciría ningún efecto, (Martinez, s.f)

2.4.7 Tratamiento residencial a largoplazo

El tratamiento residencial a largo plazo brinda cuidados las 24 horas del día, generalmente en centros no hospitalarios. El modelo de tratamiento residencial mejor conocido es el de la comunidad terapéutica, con estadías planificadas de 6 a 12 meses. Las comunidades terapéuticas ponen énfasis en la “resocialización” del paciente y usan como componente activo del tratamiento a la comunidad entera del programa, incluyendo a otros residentes, el personal y el contexto social. La adicción se ve dentro del contexto de las deficiencias sociales y psicológicas del individuo y el tratamiento se concentra en desarrollar la responsabilidad personal y una vida que sea socialmente productiva. (Instituto Nacional Sobre el Abuso de las Drogas, 2010)

2.4.8 Tratamiento residencial a corto plazo

Los programas residenciales a corto plazo ofrecen tratamientos intensivos y relativamente cortos basados en un enfoque modificado de los 12 pasos¹⁶ (Narcóticos Anónimos). Estos programas originalmente se diseñaron para tratar problemas de alcohol, pero durante la epidemia de la cocaína de mediados de la década de los ochenta, muchos programas comenzaron a usarlos para tratar otros tipos de trastornos de uso de sustancias. (Narcóticos Anónimos, 1995)

Los Doce Pasos de N.A.(Narcóticos Anónimos) son un conjunto de principios de naturaleza espiritual sobre los cuales gira el proceso de rehabilitación de dicha confraternidad. (Narcóticos Anónimos, 1995)

El modelo de tratamiento residencial original consistía en una fase de tratamiento de 3 a 6 semanas dentro del hospital, seguida por una terapia prolongada para pacientes externos y la participación en un grupo de autoayuda, como el de Alcohólicos Anónimos.(Alcohólicos Anónimos, 1993)

2.4.9 Tratamiento de consulta externa (Ambulatorios)

Esta clase de tratamiento cuesta menos que los tratamientos residenciales o para pacientes internos y con frecuencia es más apropiado para personas que trabajan o que tienen amplio apoyo social. Sin embargo, cabe destacar que los programas de baja intensidad no ofrecen mucho más que educación con respecto a las drogas. (Instituto Nacional Sobre el Abuso de las Drogas, 2010)

Otros modelos para pacientes de consulta externa, tales como los tratamientos diurnos intensivos, pueden compararse con los programas residenciales en cuanto a los servicios y la eficacia, dependiendo de las necesidades y características individuales del paciente. (Instituto Nacional Sobre el Abuso de las Drogas, 2010)

2.4.10 Terapia individual para el abuso de drogas

La terapia individual para el abuso de drogas no sólo se concentra en reducir o detener el consumo de drogas ilícitas o de alcohol, sino que también abarca las áreas relacionadas con el desempeño deteriorado —como la situación laboral, actividades ilegales y relaciones familiares y sociales— además del contenido y la estructura del programa de recuperación del paciente ayuda a desarrollar estrategias de afrontamiento así como medios para abstenerse de usar drogas y mantener esa abstinencia. (Instituto Nacional Sobre el Abuso de las Drogas, 2010)

2.4.11 Terapia de grupo

En esta terapia se aprovecha el refuerzo social que ofrece el diálogo entre personas que comparten problemas similares y se fomenta un estilo de vida libre de drogas.

Las investigaciones han demostrado que cuando la terapia de grupo se ofrece sea en combinación con terapia individualizada o de manera que refleje los principios de la terapia cognitiva conductual o de manejo de contingencias, se logran resultados positivos. (Instituto Nacional Sobre el Abuso de las Drogas, 2010)

2.4.12 Narcóticos Anónimos: Abordaje desde la experiencia.

Establece que narcóticos anónimos es una confraternidad o asociación sin ánimo de lucro compuesta por hombres y mujeres para quienes las drogas se habían convertido en un problema muy grave. Son adictos en recuperación y se reúnen con regularidad para ayudar a los miembros del grupo a permanecer limpios de drogas. Este es un programa de abstinencia completo de todo tipo de drogas, sólo hay un requisito para ser miembro: el deseo de dejar de consumir drogas. (Narcóticos Anónimos, 1995). Se sugiere que se mantenga una mente abierta para poder

aprovechar esta oportunidad. El programa consiste en una serie de principios escritos de forma sencilla a fin de poder seguirlos diariamente.(Instituto Nacional Sobre el Abuso de las Drogas, 2010)

2.5 Perspectivas y enfoques psicológicos

2.5.1 Terapias de la conducta

Comprometen a las personas con el tratamiento para el abuso de drogas, brindan incentivos para que ellos permanezcan en abstinencia, modifican sus actitudes y conductas con respecto al abuso de drogas y aumentan sus destrezas de vida para afrontar circunstancias estresantes y señales ambientales que pueden desencadenar un deseo intenso de usar drogas y desatar otro ciclo de abuso compulsivo. (NIDA, 2012)

A continuación se detallan o modelos o abordajes terapéuticos de mayor acogida en centros especializados en el tratamiento de conductas adictivas.

2.5.2 Terapia cognitiva conductual

La terapia cognitiva conductual fue desarrollada como un método de prevención de recaídas en el tratamiento de problemas de alcohol y luego fue adaptada para adictos a la cocaína. Las estrategias de la conducta cognitiva se basan en la teoría de que los procesos de aprendizaje desempeñan un papel crucial en el desarrollo de patrones de conductas inadaptadas. Los pacientes aprenden a identificar y corregir conductas problemáticas mediante la aplicación de varias destrezas que pueden usarse para interrumpir el abuso de drogas y abordar muchos

otros problemas que suelen presentarse simultáneamente. La terapia cognitiva conductual suele consistir en una serie de estrategias concebidas para mejorar el autocontrol.

“sistema de psicoterapia que intenta reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes, mediante la modificación del pensamiento erróneo o defectuoso y las creencias des adaptativas, que subyacen a estas reacciones” (Beck, Wright, Newman, & Liese, s.f)

Una de las nociones principales de la terapia cognitiva-conductual, es ayudar al paciente de dos maneras: a) reducir la intensidad y la frecuencia de los impulsos de consumir droga mediante la refutación de las creencias subyacentes, y b) enseñar al paciente técnicas específicas a fin de controlar y manejar sus impulsos. (Beck, Wright, Newman, & Liese, s.f)

2.5.3 Modelo transteórico del comportamiento. (MT)

En base a un extensivo análisis comparativo de teorías relevantes para explicar cambios de comportamiento de sujetos dependientes de drogas nace el modelo transteórico del comportamiento en salud de mano de James O. Prochaska (1979). El modelo derivó su nombre de la integración de los principios y componentes teóricos de los diferentes sistemas de intervención analizados desarrollado con Carlo Di Clemente (prochaska y Di clemente, 1984)

Está fundamentado en la premisa de que el cambio comporta mental es un proceso y que las personas tienen diversos niveles de motivación, de intención de cambio. Esto es lo que permite planear intervenciones y programas que responden a las necesidades particulares de los individuos dentro de su grupo social o contexto natural comunitario u organizacional. (Cabrera, 2000)

El MT explica el cambio espontáneo o inducido del comportamiento de los individuos según cinco variables o constructos teóricos intervinientes: etapas y procesos de cambio, balance decisorio, tentación y auto eficacia, (Cabrera, 2000)

2.5.4 Entrevista motivacional

“La entrevista motivacional (EM) es un tipo de entrevista clínica centrada en el paciente que fundamentalmente, le ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta o hábito insano para promover cambios hacia estilos de vida más saludables. Facilita que el paciente se posicione hacia el deseo de cambio, tratando de ayudarlo a reconocer y ocuparse de sus problemas presentes y futuros y potenciando su percepción de eficacia”(Lizarraga & Ayarra, 2001).

Aportar herramientas que permitan afrontar situaciones que no han podido ser resueltas por las estrategias habituales empleadas en promover cambios de conducta en los pacientes.

La EM permite provoca un aumento en la motivación del paciente teniendo en cuenta cuál es su nivel de motivación basal y respetando siempre sus últimas decisiones sin juzgarlo por ello. (Lizarraga & Ayarra, 2001)

2.5.5 Comunidad Terapéutica

La C.T se empeña de una nueva identidad social y una nueva auto-definición; su fin es la auto-mejora y el re-ingreso desde la subcultura a la sociedad, su fin es la reconstrucción del estilo de vida. (De León, 1994)

El término “comunidad” retrata el método primario para lograr el objetivo de la modificación personal. La comunidad se utiliza para curar emocionalmente a los individuos y para instruirlos en las conductas, actitudes y valores de la vida saludable y es sinónimo del término familia, a lo largo del tratamiento, los usuarios extienden gradualmente su orientación familiar más allá de los residentes inmediatos, refiriéndose a todo el programa como la familia. Y el término “terapéutica” se refiere a los objetivos sociales y psicológicos de la C.Ts que modifican el estilo de vida y la identidad del individuo. (De León, 1994)

La metodología de tratamiento de la C.T se apoya en una perspectiva explícita que consiste en cuatro perspectivas interrelacionadas: el trastorno del consumo de drogas, la persona, su recuperación y la vida correcta. (De León, 1994)

Según la perspectiva de la C.T el trastorno por consumo de drogas, la visión se realiza dentro del contexto de la comprensión biomédica, social y psicológica; las personas que solicitan la admisión en la C.T de larga estancia se caracteriza por un estado de salud en permanente riesgo y por la crisis social. El consumo de SPA está fuera de control, los individuos manifiestan limitación para mantener la abstinencia por si mismos, las funciones sociales están mermadas. A pesar de que cada individuo es diferente en cuanto a la gravedad, el tiempo de consumo, a la intensidad, y la disfuncionalidad en cuanto al desenvolvimiento de la vida diaria. (De León, 1994)

La C.T se delimita la perspectiva como persona, “la persona como un ser social y psicológico” es el modelo en como los individuos se comportan, piensan, manejan las emociones, interactúan, se comunican con los demás, y su forma de percibir y experimentar consigo mismos y con el mundo en general.(De León, 1994)

3. Auto concepto

El auto concepto es el resultado de la acumulación de auto percepciones obtenidas a partir de las experiencias vividas por el individuo en su interacción con el ambiente (como se cito en Núñez y González, 1994). A medida que pasan los años se va formando un auto concepto cada vez más estable y con mayor capacidad para dirigir nuestra conducta. Las auto percepciones se desarrollan en un contexto social lo cual implica que el auto concepto y su funcionamiento particular están vinculados al contexto inmediato.(Luna & Morelo, 2013)

El desarrollo del auto concepto puede ser visto desde un enfoque interaccionista: el ambiente posibilita ciertas experiencias las cuales serán tratadas según las posibilidades evolutivas. Las diferentes dimensiones o áreas del auto concepto y su importancia en la elaboración del propio sentido personal, se encuentran fuertemente relacionadas con la edad de los individuos.(Luna & Morelo, 2013)

El auto concepto es un constructo multidimensional en el que se distinguen diferentes componentes que son relativamente independientes. Esta multidimensionalidad explica las distintas auto concepciones que el sujeto manifiesta en campos de actuación tan distintos como el

familiar, el social, el escolar, el académico, el deportivo, entre otros (como se cito en Aroya y Rubio, 1997)³⁰, (Luna & Morelo, 2013)

La primera teorización clásica del auto concepto como constructo multidimensional la lleva a cabo Fitts (1965); quien describió el auto concepto con base en tres componentes internos (identidad, autosatisfacción y conducta) y cinco componentes externos (físico, moral, personal, familiar y social). (Luna & Morelo, 2013)

La imagen que un individuo tiene de sí mismo, ejerce gran influencia en su comportamiento y está directamente relacionada con su personalidad y más implícitamente con su estado de salud mental. De tal forma, podría decirse que, un auto concepto positivo facilitará la obtención del éxito, especialmente por la seguridad que genera. (Luna & Morelo, 2013)

3.1 Tipos de auto concepto

Según uno de los modelos más representativos del enfoque multidimensional el de Shavelson, Hubner y Stanton (1976) el cual es citado por (Luna & Morelo, 2013) debido al auto concepto general estaría compuesto por el auto concepto académico y del no-académico y éste último, a su vez, incluiría el auto concepto social, el emocional y el físico.

- *Auto concepto social*: se refiere a la percepción que el sujeto tiene de su desempeño en las relaciones sociales. Esta dimensión está definida por dos ejes:
 - a) La red social del sujeto y su facilidad o dificultad para mantenerla y ampliarla
 - b) las cualidades que considera importantes en las relaciones interpersonales.

- *Auto concepto emocional*: Es la percepción del estado emocional del sujeto y de sus respuestas a situaciones específicas, al grado de compromiso e implicación en su vida cotidiana; es el control de las situaciones y emociones.
- *Auto concepto familiar*: se refiere a la percepción que el sujeto tiene de su implicación, participación e integración en el medio familiar.
- *Auto concepto físico*: este factor hace referencia a la percepción que tiene el sujeto de su aspecto físico y de su condición física, a cómo se percibe o se cuida físicamente.
- *Auto concepto académico –profesional*: Es la percepción que el sujeto tiene del desempeño de su rol, como estudiante y como trabajador. Es determinante de las metas que establece el individuo y de cómo las aborda. (Luna & Morelo, 2013)

3.2 Etapas en la formación del auto concepto

(Haeussler & Milicic, 2014) postulan la existencia de tres etapas en la formación del auto concepto:

- La etapa existencial o del sí mismo primitivo, que abarca desde el nacimiento hasta los dos años, y en la que el niño va desarrollándose hasta percibirse a sí mismo como una realidad distinta de los demás.

- La etapa del sí mismo exterior y va desde los dos hasta los doce años, abarcando la edad preescolar y escolar. Es la etapa más abierta a la entrada de información y, en este sentido, es crucial el impacto del éxito y el fracaso, así como la relación con los adultos. Revisión teórica sobre el auto concepto y su importancia en la adolescencia REID, 10, pp. 43-64 49 significativos.
- La tercera etapa, denominada del sí mismo interior, el adolescente busca describirse en términos de identidad, haciéndose esta etapa cada vez más diferenciada y menos global. Si bien gran parte del sustrato de su auto concepto ya se encuentra construida, esta es la etapa crucial para definirse en términos de autovaloración social (Haeussler & Milicic, 2014). De este modo, el conjunto de interacciones sociales vivenciadas por el adolescente van a definir gran parte de sus vivencias de éxito y fracaso y, por tanto, van a reforzar o introducir cambios en su auto concepto. (Luna & Morelo, 2013)

3.3 Farmacodependiente y su auto concepto

El auto concepto y la búsqueda de sensaciones han sido anteriormente estudiados por su relación en la adopción de diversas conductas no saludables. (Martinez & Sanz, 2003) analizaron dichas variables psicológicas en relación a la adopción de comportamientos de riesgo como es el consumo de fármacos, llegando a la conclusión que aquellos adolescentes con menores puntuaciones en auto concepto y mayores en búsqueda de sensaciones, tenían más probabilidades de realizar conductas de acercamiento al uso de sustancias y no rechazar su consumo. (Martinez & Sanz, 2003)

Igualmente (Saiz & Gonzalez, 1999) han encontrado que el consumo de drogas se asocia con mayores niveles de inestabilidad emocional, extraversión y psicoticismo, así como con un marcado perfil de búsqueda de sensaciones. Ya había sido sugerida por (Graña & Muñoz, 2000) quienes concluyen que el auto concepto-autoestima puede aparecer como una variable predictora tanto de un mayor como de un menor riesgo de consumo de sustancias legales e ilegales.

Es de mencionar que algunos autores defienden que las dimensiones de carácter social que componen el auto concepto, son las que mejor predicen de forma positiva el consumo de sustancias. Los sujetos que se sienten más aceptados por su entorno social consumen tabaco y cannabis con mayor frecuencia (Pastor, Balaguer y García-Merita, 2006) citado en (Espada, Anton, & Torregrosa, 2008)

La búsqueda de sensaciones es definida por Zuckerman (1979) como “una necesidad de experimentar variadas, novedosas y complejas sensaciones y el deseo de correr riesgos físicos y sociales, por el simple deseo de disfrutar de dichas experiencias”. Esa predisposición por correr riesgos deriva de la preferencia por encontrar estímulos nuevos. Citada por (Espada, Anton, & Torregrosa, 2008)

Otros autores han sugerido que una actitud de evitación de riesgos por parte del adolescente está asociada a una menor incidencia de problemas de conducta, pero que, al mismo tiempo, esta actitud puede llevar a un desarrollo deficitario de algunas áreas como el logro de la identidad personal y el auto concepto. (Espada, Anton, & Torregrosa, 2008)

Estos resultados que sugieren que las puntuaciones altas en las dimensiones social y física del auto concepto constituyen un factor de riesgo para el consumo de sustancias, ponen en entredicho el papel del auto concepto como un constructo básico relacionado con las conductas ajustadas y adaptativas. (Espada, Anton, & Torregrosa, 2008)

También Graña, Muñoz-Rivas, (2000) encuentran que los jóvenes que habitualmente beben, fuman y consumen cannabis, mantienen un bajo concepto de sí mismos.(Espada, Anton, & Torregrosa, 2008)

4. Estrategias de Afrontamiento de un egresado de CT.

Las estrategias de afrontamiento que el reeducado ha logrado interiorizar durante el proceso en CT, corresponde al “intento cognitivo y afectivo de las personas por reconciliar la diferencia percibida entre demandas de situaciones y la capacidad personal o competencia para enfrentarla” (Lazarus y folkman, 1984; Endler, 1988; citados por (Criollo & Guerrero, 2015)

El concepto de estrategia de afrontamiento ha sido trabajado en el campo de la salud mental y la psicopatología, principalmente relacionándolo con el estrés, las emociones y la solución de problemas. Con relación al estrés, son consideradas como conjunto de recursos y esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales orientados a resolver el problema, a reducir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación (Criollo & Guerrero, 2015)

La utilización de determinada estrategia de afrontamiento va a depender de la situación en sí, la evaluación cognitiva y el control percibido, las emociones y/o la activación fisiológica (Criollo & Guerrero, 2015)

Los estilos de afrontamiento pueden focalizarse en el problema, en la emoción o en la valoración de la situación; al dirigirse al problema, se consolida un estilo de afrontamiento orientado a manipular o alterar las condiciones responsables de la amenaza. Al dirigirse a la respuesta emocional, el estilo de afrontamiento se orienta a reducir o eliminar la respuesta emocional generada por la situación. Si se dirige a modificar la evaluación inicial de la situación, el estilo de afrontamiento tiende a reevaluar el problema. Los esfuerzos cognitivos o comportamentales

pueden darse de manera activa, pasiva o evitativa; activa al movilizar esfuerzos para los distintos tipos de solución de la situación, pasiva al basarse en no hacer nada directamente sobre la situación y esperar que cambien las condiciones, y de manera evitativa, intentando evitar o huir de la situación y/o de sus (Criollo & Guerrero, 2015)

Son esquemas mentales intencionales de respuesta (cognitiva, emocional o conductual) dirigidos a manejar (dominar, tolerar, reducir, minimizar) las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que ponen a prueba o exceden los recursos de la persona, (Todo es mente, s.f)

El afrontamiento cognitivo: Es buscar un significado al suceso, comprenderlo, valorarlo de manera que resulte menos aversivo, o enfrenarlo mentalmente. El afrontamiento cognitivo

comprende la aceptación, Anticipación, Autoanálisis, Humor, Planificación, Poder mental, Preocupación, Reestructuración mental, Reevaluación positiva, (Todo es mente, s.f)

Afrontamiento afectivo: Establece como prioridad centrarse en mantener el equilibrio afectivo, o aminorar el impacto emocional de la situación estresante. Comprende, Agresión pasiva, Aislamiento social, Apoyo social, Autocontrol, Catarsis, Escape/evitación, Supresión, (Todo es mente, s.f)

Afrontamiento conductual: Afrontar la situación estresante de forma directa, a través de un proceso que optimice el resultado, o bien no reaccionar de ninguna manera, ni empleando ninguna estrategia de las anteriores. Comprende, Afrontamiento directo, Autoafirmación, Falta de afrontamiento, Postergación, (Todo es mente, s.f)

5. Rehabilitación

El término “rehabilitación” se concibe como la reconstrucción de estilo de vida en CT y la orientación hacia la modificación de la persona. La modificación multidimensional despliega un proceso evolutivo de aprendizaje biopsico-social, a través de la autoayuda y el grupo en CT, (De León, 1994)

Para los residentes de CT la recuperación o rehabilitación significa aprendizaje de los valores, habilidades y actitudes cognitivas asociadas con la vida en sociedad por primera vez. Los objetivos de la recuperación permanecen constantes para todos los residentes: aprender o re aprender a vivir estilos de vida positivos y saludables al margen de las drogas. (De León, 1994)

La recuperación también consiste en la modificación del modo en que los individuos se perciben a sí mismos en el mundo. Según la visión de la CT, las modificaciones en el estilo de vida y la identidad están relacionadas. Aquellos que logran cambios en su estilo de vida y experimentan la curación y la auto efectividad resultan percibirse a sí mismos de un modo diferente (De León, 1994)

Los cambios obtenidos a través de la rehabilitación en la CT, deben ser perpetuados una vez que el individuo abandona la institución. (De León, 1994)Y por último la vida correcta, incluye ciertos supuestos, creencias y premisas compartidas que constituye ciertos supuestos de una vida saludable social y personal.

5.1 Vida en sobriedad

La sobriedad es el prerrequisito para aprender a vivir correctamente, pero vivir correctamente es indispensable para mantenerse sobrio. Vivir correctamente en la C.T. significa acatar las normas de la comunidad; mantenerse apartado de las drogas; participar activamente en el régimen diario de grupos, reuniones, trabajo y funciones educativas, cumplir con las obligaciones; mantener pulcro el espacio físico y la higiene personal; actuar de forma responsable con uno mismo, los demás y la comunidad; y mostrar conductas socializadas, como el civismo, la educación, el respeto, y el mantenimientos de acuerdos. (Muriel, 2014)

Las enseñanzas de la C.T, que de manera colectiva se engloban mediante la denominación vida correcta, consiste en una serie de requerimientos, valores, creencias para la recuperación estable y un cambio del estilo de vida, en el afuera. (Muriel, 2014)

5.2 Reinserción Social de un Reeducado de CT

La reinserción social es definida como: el “conjunto de acciones dirigidas a promover un mejor estilo de vida de quien usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, y a lograr un buen funcionamiento interpersonal dentro del grupo social al que pertenece”(De León, 1994), a pesar de tener una definición tan clara de lo que implica este proceso, las personas adictas afrontan serias dificultades a la hora de reintegrarse a su grupo social.

5.3 Reinserción en Sociedad

En primer lugar la sociedad en general no se ha logrado convencer de que la adicción tiene una base social, biológica y considerada como un problema de salud pública que genera gran impacto; adicionalmente las políticas públicas no generan oportunidades de trabajo que le permitan al sujeto desempeñar un rol activo y productivo, este hecho se refuerza con la asociación equívoca de la adicción a sustancias como acto delictivo u la estigmatización que se hace de aquel que consume. (Alzate & Bermudez, 2009)

En términos generales la sociedad actual no se encuentra preparada para brindar las herramientas que requiere la reinserción de un sujeto que hubiese sido adicto, ni está dispuesta a generarla por el rechazo a este grupo minoritario. (Alzate & Bermudez, 2009)

5.4 Reinserción en Familia

La familia juega un papel fundamental dentro del proceso de reinserción social y a pesar de ello no están preparadas para sobrellevar las problemáticas que pueden surgir, la mayoría de los procesos terapéuticos no abarcan la capacitación a familiares y, se deja al usuario bajo su compromiso, por esta razón no les queda otra opción que asumir esta responsabilidad con sus propias limitaciones y alcances, provocando mayor nivel de tensión y conflicto dentro de ámbito familiar. (Alzate & Bermudez, 2009)

Son muchos los obstáculos a vencer en el proceso de reinserción, a continuación se delimitaran aquellas problemáticas que afectan específicamente las dinámicas de la pareja, quienes además de superar los problemas normales de convivencia, deben acarrear con la adicción y la posibilidad de reincidir en el consumo. (Alzate & Bermudez, 2009)

5.5 Reinserción en pareja

La reinserción implica un proceso de reconocimiento de un sujeto que ha renovado y que se ha reestructurado, por tanto ha adquirido nuevos estilos de vida y modos de pensar; esto puede desencadenar conflictos y desacuerdos en la pareja del egresado mientras se adapta al cambio. (Alzate & Bermudez, 2009)

La frustración ocupa un lugar fundamental en este proceso, sobre todo ante el intento de reincorporarse a la vida laboral, esto afecta negativamente la relación con la pareja, genera ansiedad y desesperanza tanto en el usuario como en sus parientes cercanos (Alzate & Bermudez, 2009)

La sexualidad se puede ver alterada, sobre todo en la fase de excitación y de orgasmo (aunque también se podría presentar en la fase de deseo y de resolución), como causa directa del consumo excesivo de sustancias, ya sea por un daño orgánico o por factores psicológicos desencadenados durante el proceso, como: ansiedad o depresión. Sin duda alguna este hecho genera un sin fin de dificultades en la pareja. (Alzate & Bermudez, 2009)

6. Diseño metodológico

6.1 Enfoque

El enfoque con el cual se realiza esta investigación es de carácter cuantitativo, la cual se fundamenta en la medición de la información recolectada y posterior se analiza los datos mediante métodos estadísticos.

Desde luego, en el enfoque cuantitativo lo subjetivo existe y posee un valor para los investigadores; pero de alguna manera este enfoque se aboca a demostrar qué tan bien se adecua el conocimiento a la realidad objetiva.(Sampieri, Fernandez, & Batfista, 1991, pág. 6)

6.2 Nivel

El nivel de investigación es descriptivo debido a que el objetivo es medir las variables de estrategias de afrontamiento y posteriormente describir las variables dentro de un contexto específico egresados de la Comunidad Terapéutica Cardynal en la etapa de reinserción.

(Sampieri, Fernandez, & Batfista, 1991)“Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas” (p.12)

6.3 Método

El método es no experimental, las variables ya han ocurrido, y no se pueden manipular, como lo son en este caso, las estrategias de afrontamiento, es preciso mencionar que no hay influencia sobre las mismas. Por ello, la manera como se pretende recolectar la información que se requiere para el estudio, permitirá posteriormente describir las estrategias utilizadas.

Debido a que no hay un control sobre las variables en estudio y por el contrario se realizará una observación a partir de las variables dadas que posteriormente se analizarán para describirlas: "...no hacemos variar intencionalmente las variables independientes. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos" (Sampieri, Fernandez, & Batfista, 1991) P.16

6.4 Población y Muestra

La población a investigar hace parte de un grupo de egresados de la Comunidad Terapéutica Cardynal. De este grupo se seleccionan una pequeña muestra que se especificara a continuación.

La Muestra, de sujetos voluntarios, en el cual se escogieron 10 hombres, de forma aleatoria y que, además, cumplan con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

1. Hombres cuyas edades oscilen entre 18 y 35 años.

2. Que hayan pertenecido y culminado de manera satisfactoria el proceso de rehabilitación en la Comunidad Terapéutica Cardynal. (18 meses de proceso, con placa de graduación)
3. Que no hayan tenido recaídas, ni reintegros.
4. Que se encuentre dispuestos a responder el cuestionario sobre estrategias de afrontamiento.
5. Que lleve una vida en sobriedad y abstinencia.

7. Instrumento

7.1 Inventario de estilos de afrontamiento

Este cuestionario sirve para evaluar cómo se siente, que hace y qué piensa cuando se enfrenta a situaciones problemáticas que le producen estrés o ansiedad.

Inventario estilos de afrontamiento: Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Lazarus y Folkman (1989. P 164).

Inventario de estilos de afrontamiento, adaptado por Luís Florez (1993). Este cuestionario sirve para evaluar cómo se siente, que hace y qué piensa cuando se enfrenta a situaciones problemáticas que le producen estrés o ansiedad. La teoría y versión original que respalda el inventario, se sustenta en lo propuesto por Lazarus, R. y Folkman, S. (1986), quienes presentaron un cuestionario de “coping” publicado en el *Jornal of Behavioral Medicine*, 10(1), 1-18. Luego se realizó una reducción de los estilos de afrontamiento por Vitalino, P.P., Maiuro, R.D., Russo, J. y Becker, J. (1987). Se tradujo al español por Luís Flórez, (1993) (Extraído de Trabajo de grado: estilos de afrontamiento en jóvenes de secundaria en la ciudad de Ibagué, Romero, F. 2007).

La forma de responder es una escala tipo Likert de 4 puntos que son: 0 = en absoluto; 1 en alguna medida; 2 = bastante y 3 = en gran medida. Este inventario consta de 42 ítems. El sujeto debe responder en qué medida actúa él en determinadas situaciones. Para la calificación de este inventario debe obtener el promedio correspondiente a cada una de las cinco categorías de estilos (solución de problemas, soporte social, auto culpa, fantasías y evitación), sumándose los puntajes de cada categoría y obtenerse el respectivo promedio.

El promedio corresponde a cada una de las cinco categorías de estilo, tomando en cuenta la siguiente distribución de ítems:

- Estilo centrado en solución de problemas (SP): 1,3,6,10,15,17,18,20,23,24,30,31,33,34,37 (n=15)
- Estilo centrado en búsqueda de soporte social (SS): 4,13,14,21,27,29 (n=6)
- Estilo de Evitación(EV): 2,8,9,11,12,22,25,26,28,32 (n=10)
- Estilo de Autoculpabilización (AC): 5,16,19 (n=3)
- Estilo Fantasioso (FA): 7,35,36,38,39,40,41,42 (n=8)

Vitalino, et. al. (1987, 1990) proponen que se haga un análisis de los puntajes relativos, en lugar de los absolutos, de la siguiente manera: 1) Se obtiene el promedio de los puntajes en cada una de las cinco escalas (M_{sp}, M_{ss}, M_{ev}, M_{ac}, M_{fa}); 2) Se obtiene el puntaje relativo para cada escala dividiendo su promedio por la suma de los cinco promedios. (Flórez, L. 1993). Ejemplo: El puntaje relativo para solución de problemas se obtiene mediante la división: $SP\% = M_{sp} / (M_{sp} + M_{ss} + M_{ev} + M_{ac} + M_{fa})$. (Extraído de Trabajo de grado: estilos de afrontamiento en jóvenes de secundaria en la ciudad de Ibagué, Romero, F. 2007).

8. Aspectos éticos

Para el desarrollo de la presente investigación se contemplaron los siguientes aspectos éticos:

Para la investigación cualitativa se tuvo en cuenta la resolución 008430 del 4 octubre de 1993 “Por la cual se establecen las normas científicas y técnicas de la investigación en salud”, la importancia de que las personas que participan en las investigaciones conozcan los riesgos mínimos, así como el consentimiento informado y que la investigación es realizada por profesionales en formación, pero con el respaldo de una institución.

El estudio según los lineamientos del Ministerio de Salud, corresponde a una “investigación sin riesgo”, puesto que el objetivo es obtener información sobre las vivencia que tienen la persona en comunidad terapéutica y no de realizar intervenciones que pusieran en riesgo su salud física, psicológica y emocional (Ministerio de salud, 1993)

Los derechos, dignidad, intereses y sensibilidad de la persona se respetará, al examinar las implicaciones que la información obtenida puede tener, se guardara la confidencialidad de la información y la identidad del participante se protegerá (Ministerio de salud, 1993)

Además es importante tener presente que se debe promover el bienestar de los pacientes, evitar el uso indebido de los resultados de las pruebas, respetar el derecho de conocer el resultado de los mismos, custodiar su resultado, y demás técnicas contempladas por la ley

Aplicando la regla general de la lealtad de acuerdo al manual deontológico y Bioético del Psicólogo en donde se obliga a ser respetuoso con los colegas que sostengan ideologías diferentes a la suya; y a no realizar actos que impliquen competencia desleal en la prestación de los servicios profesionales.(Ministerio de salud, 1993)

Consentimiento Informado

El participante e informante en cualquier proceso de investigación deben ser consultado y enterado del tema de la investigación, allí se deben proponer los acuerdos básicos entre el investigador y el investigado, para que entre estos se brinden las herramientas adecuadas para garantizar un óptimo proceso de indagación. En el estudio de caso propuesto se puede utilizar técnicas de registro intrusivas, como una grabadora, para este ejercicio de investigación formativa se utilizó la grabación del relato del entrevistado: Joven egresado de Comunidad Terapéutica. (Ministerio de salud, 1993)

Igualmente el investigado debe saber que existe el derecho de conocer qué tipo de información va ser registrada y divulgada, por parte del investigador, y saber cuáles son los propósitos de esta investigación a nivel documental, investigativo o pedagógico, o si se compartirá con otros investigadores, instituciones educativas o el público en general. Para la presente investigación, el participante estuvo al tanto en todo momento del propósito y destino de la información suministrada y dio autorización por escrito para el uso y publicación de la misma (ver anexo) para fines de investigación y docencia universitaria, y específicamente para la

elaboración de un trabajo de grado como requisito para optar por el título de psicólogas por parte de las investigadoras.

Procedimiento

La recogida de datos se hizo de forma colectiva, luego del permiso respectivo por parte de la CT y se les explicaba la finalidad del Testde Estrategias de Afrontamiento a la Directora encargada de la Corporación. Una vez reunidos los egresados se procedió a explicarles la prueba y se les asesoraba durante el desarrollo de la misma.

9. Análisis de información:

9.1 Situaciones Estresantes

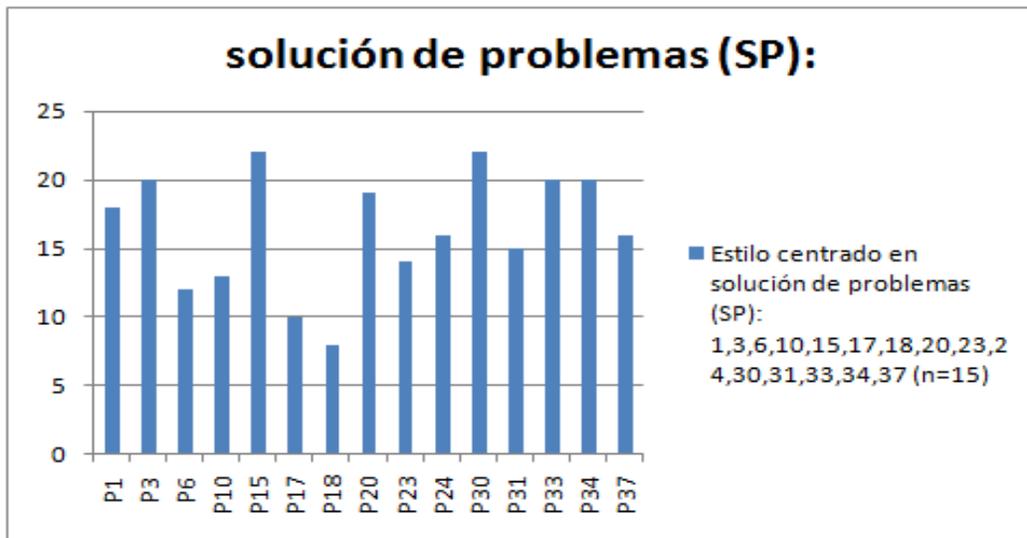
En esta investigación se analiza las respuestas que generan los egresados de CT frente a la categoría de situaciones estresantes, y se les solicito que recordaran la última situación problemática que le genero estrés o ansiedad y en base a dicho evento se dieron las respuestas frente al test.

9.2 Variables de los estilos de Afrontamiento

9.2.1 Solución de problemas

Estilo centrado en la solución de problemas

Tabla 1.



El número de ítems es de 15 y los más utilizados fueron los numerales 3 (Me propuse encontrar algo positivo que remediara la situación), 15 (Cambie, madure como persona), 30 (Me mantuve

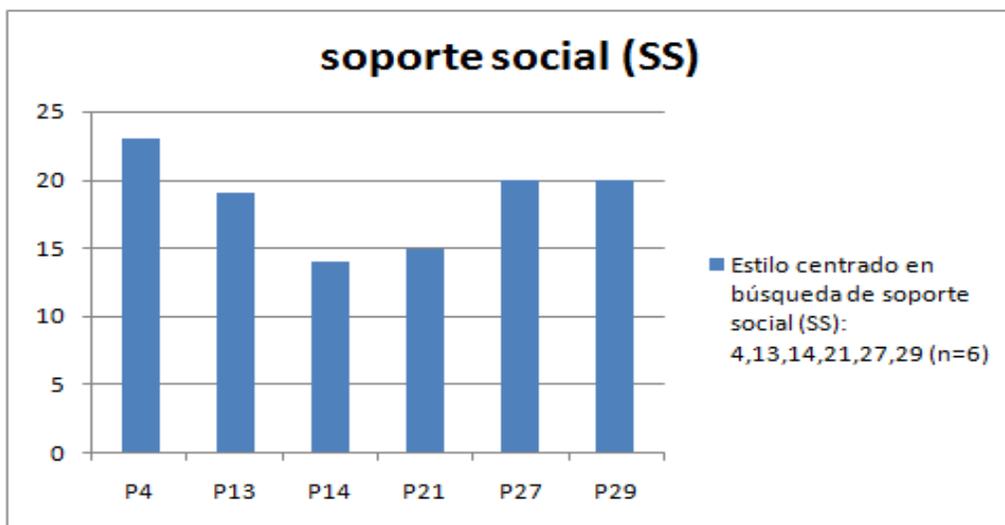
firme y peleé por lo que quería), 33(Propuse un par de soluciones diferentes para ese problema), 34 (Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado en la toma de decisiones), donde la situación estresante para los egresados de CT, puede ser resuelta enfrentando los problemas.

En la presente investigación se puede observar que al analizar el estilo centrado en la solución de problemas, los egresados de CT poseen la capacidad de encontrar estrategias que ayuden ha resolver conflictos mediante la búsqueda de soluciones, generando situaciones positivas y cambios a nivel emocional que los mantiene firmes en la respuesta esperada y planificando acciones de forma apropiada.

9.2.2 Soporte Social

Estilo centrado en búsqueda de soporte social

Tabla 2.



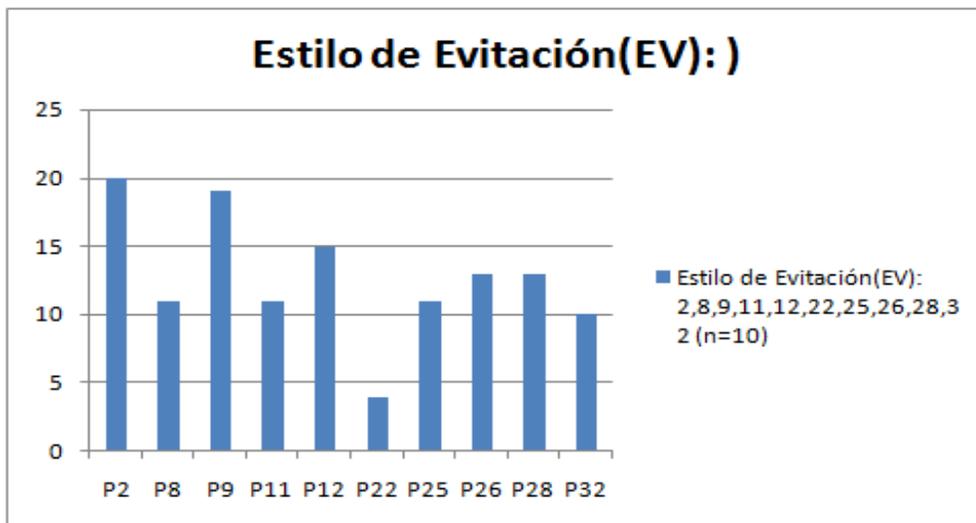
El número de ítems es de 6 y los más utilizados fueron los numerales 4 (Hable con alguien para averiguar más sobre la situación), 27 (Consulte a algún pariente o amigo y respete su consejo), 29 (Le conté a alguien como me sentía). Se aprecia como los egresados buscan que les pueda brindar un apoyo emocional o informativo (Lazaruz & Folkman, 1986) frente a un evento estresante el compartir con otros genera apoyo en dicha situación.

En el segundo estilo de Soporte Social se puede apreciar como los egresados de CT hablan con profesionales, líderes o personas que consideran de mayor conocimiento y autoridad para la toma las decisiones en circunstancias difíciles o que les generan estrés.

9.2.3 Estilo de Evitación

Estilo de Evitación

Tabla 3



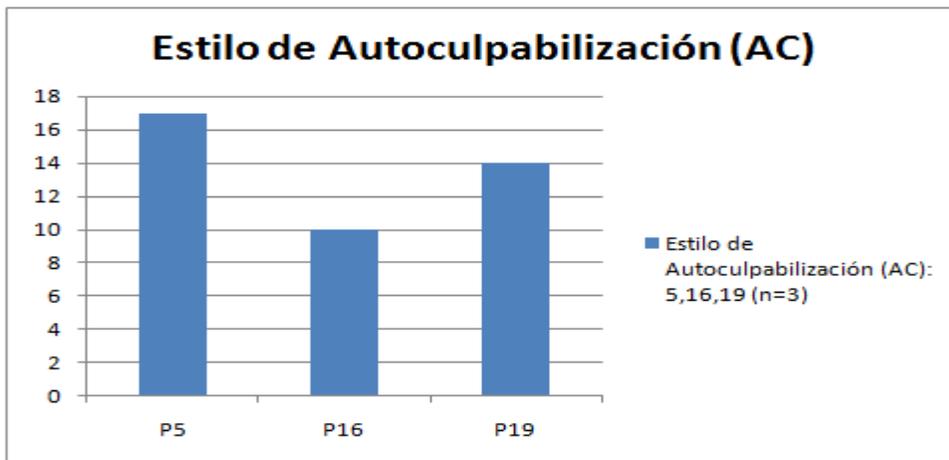
El número de ítems es de 10 y los más utilizados fueron los numerales 2 (Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás), 9 (Intente guardar para mí mis sentimientos). Se observa como pretender escapar de la situación evadiendo la responsabilidad mediante actividades que los llevaran a olvidarse de la situación.

En este estilo de afrontamiento se encuentran pocos reinsertados en su mayoría los más jóvenes que aún les cuesta enfrentar la realidad frente a las circunstancias de la vida y que no logra asumir con responsabilidad dichos eventos.

9.2.4 Estilo de Autoculpa

Estilo de Autoculpa

Tabla 4



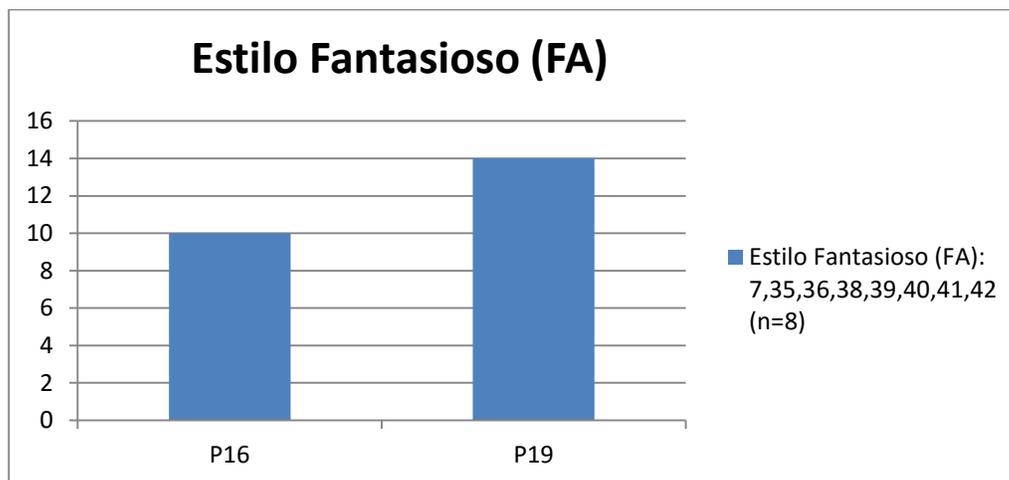
El número de ítems es de 3 y el más utilizado fue el numeral 19 (Me di cuenta de que yo fui la causa del problema). Al evaluar el estilo de culpa presente en un mínimo de egresados de CT, se observa que su baja autoestima los lleva a sentirse culpables por los eventos estresantes que deben afrontar.

En este estilo es importante resaltar la falta de sentido de realidad de algunos egresados de CT, donde les cuesta reconocer el papel que han tenido en el origen o mantenimiento del problema (Lazaruz & Folkman, 1986) sintiéndose culpables por problemas donde no han tenido ninguna responsabilidad.

9.2.5 Estilo fantasioso

Estilo de fantasioso

Tabla 5



El número de ítems es de 8 y los más utilizados fueron el numeral 36 (Deseé que ojalá hubiera sido posible cambiar la forma en que me estaba sintiendo), 37 (Cambié algo de mí, de tal forma que pudiera enfrentarme mejor a la situación). Se observa en los egresados de CT un deseo de cambiar la forma de sentirse aunque aceptan que no es posible, y cambiar en sus emociones para enfrentar la situación.

Es de anotar que los ítems escogidos en este estilo de afrontamiento aunque desean de forma mágica cambiar las situaciones que les genera estrés aceptan que deben hacerse cargo de la situación para darle una solución, es de resaltar que son pocos los que recurren a este estilo ya que la gran mayoría posee estrategias acertadas para los diferentes momentos de la vida.

10. Resultados

ESTILO DE AFRONTAMIENTO MAS ALTO Y EL MAS BAJO				
TABLA 6. PROMEDIO GENERAL DE LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO				
SUB ESCALAS	N	MINIMO	MAXIMO	PROMEDIO
Estilo centrado en solución de problemas	10	0,0	2,4	1,2
Estilo centrado en búsqueda de soporte social	10	0,0	2,8	1,4
Estilo de Evitación	10	0,4	0,0	0,4
Estilo de Autoculpabilización	10	0,7	2,3	1,8
Estilo Fantasioso	10	0,8	0,0	0,75

En la tabla podemos observar el promedio más alto que establecen todos los egresados de CT, y se da en las subescalas de Estilo centrado en la búsqueda de soporte social, Estilo centrado en solución de problemas y Estilo de Autoculpabilización y los estilos menos utilizados que son los fantasiosos y de evitación, estableciendo que una vez culminan el proceso de rehabilitación al interior de una CT, utilizan estrategias de afrontamiento cada vez más asertivas y funcionales para las diferentes situaciones que

les generan estrés o ansiedad, aunque también hay que reconocer que en algunos aún prevalecen estrategias disfuncionales.

Es importante anotar que los egresados de CT, en su gran mayoría han logrado identificar las estrategias que son disfuncionales para no utilizarlas en sus vivencias por fuera de la corporación y que aprendieron a generar redes de apoyo en los grupos interdisciplinarios y en personas con capacidades de orientación y soporte ((Lazaruz & Folkman, 1986) es decir buscan estrategias y alternativas para resolver conflictos y cuando no pueden encontrar se quedan esperando que la situación cambie para sentirse mejor.

Otro punto importante es que los egresados han instaurado en sus estrategias, la necesidad de ser conscientes del problema, de las consecuencias negativas y de buscar ayuda en otros para superar los problemas y para mantener los cambios logrados durante todo el proceso. Sin embargo, con lo anterior, se debería determinar de suma importancia el uso adecuado de dichas estrategias, debido a que se juegan otros aspectos, como la dependencia, que perjudica la autonomía del egresado, por tanto, el apoyo social y profesional deberán ir en función de contribuir al beneficio de la vida funcional del egresado de CT, sin caer en el error de generar una dependencia que por miedo a las consecuencias, se contribuya a las conductas de evitación

Otra observación importante, es que el apoyo social podría llegar a considerarse dentro una forma de evitación, ya que ante una situación que al sujeto le genera estrés y malestar, busca evitar para generar una sensación placentera; por lo que el egresado se refugia en su grupo

de apoyo y profesional, para evitar afrontar la situación de riesgo, por temor a no saberla manejar y no tener un afrontamiento asertivo, trasladando su responsabilidad a su red de apoyo social.

En relación a las estrategias de afrontamiento se debe entender que cada individuo contiene unos procesos diferentes para sentir, vivir y enfrentarse a su realidad: “Desde los modelos cognitivos de la emoción, se entiende que no son las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción emocional, sino que el factor que desencadena la emoción es la interpretación que el individuo hace de tales situaciones”, (Figuroa M. pág.31).

11. Conclusiones

El trabajo de investigación se llevó a cabo al interior de la Comunidad Terapéutica Cardynal. Los resultados de esta investigación se enfocaron en observar las estrategias de afrontamiento que utilizan los egresados de una comunidad terapéutica en la etapa de reinserción en el año 2016.

La metodología utilizada permitió el logro del objetivo principal mediante la aplicación de instrumentos y técnicas de investigación, dando a conocer las estrategias que más utilizan los egresados ante un evento o circunstancia que consideren trascendental en su vida, para el caso de la muestra en cuestión.

Las respuestas de los objetivos de la presente investigación permiten reconocer que el egresado de comunidad terapéutica en etapa de reinserción, aplica los aprendizajes interiorizados durante tratamiento de larga estancia, en los primeros meses logra generar estrategias de afrontamiento funcionales que favorece la reinserción a una vida en sociedad.

El trabajo de investigación demuestra que los objetivos específicos lograron ser respondidos con la metodología propuesta y nos permiten sostener las siguientes conclusiones:

El primer objetivo específico permite identificar que la estrategia de afrontamiento que utilizan los egresados de una comunidad terapéutica en la etapa de reinserción es el estilo centrado en la búsqueda de soporte social, acudiendo a familiares, profesionales y amigos en busca de ayuda, información, comprensión y apoyo emocional.

En el segundo objetivo se especifica las estrategias funcionales y disfuncionales que utilizan los egresados de una comunidad terapéutica en la etapa de reinserción. Se puede apreciar que cada reeducado tiene una propensión a utilizar una serie determinada de estrategias que dependiendo de la circunstancia, la intensidad de la vivencia y el tiempo por fuera de la CT, serán favorables o desfavorables.

En decir a mayor tiempo por fuera de la CT, y menor intensidad del evento, mayor asertividad en la estrategia de afrontamiento, para este caso estilos centrado en la solución del problema, o estilo centrado en la búsqueda de apoyo social, mientras que a menor tiempo por fuera de la CT y mayor intensidad del evento mayor disfuncionalidad en la estrategia, en este caso estilo fantasioso, de autoculpabilización o evitación.

Se reconoce que las estrategias de afrontamiento son en general un tema complejo por estar mediada por la emoción en todos los seres humanos y con mayor dificultad de aplicación en aquellas personas que han ingresado al mundo de la adicción. Sin embargo se evidencia una prevalencia por parte de los reeducados a enfrentar al problema haciendo un mayor esfuerzo racional frente a la situación o el evento que le produce dificultad.

Los egresados de la CT de la presente investigación permiten acercarnos a como un proceso interventivo como el tratamiento de larga estancia en la CT Cardinal impacta en la personalidad de quienes se insertan a la vida social, pues en la generalidad, en la CT han logrado nuevos

aprendizajes que promueven niveles de desarrollo favorecedores de mejores condiciones de salud física y mental por el bienestar del reeducado y de quienes lo rodean.

Así este trabajo de investigación, acompañado de la práctica profesional y supervisión de la misma, se constituye en un momento importante para quienes ha tenido la motivación de dar vida al presente estudio. Esta investigación ha permitido verificar la importancia de la práctica clínica y la investigación, pues en su relación permiten contribuir a la ciencia en el tema de las adicciones haciéndonos responsables como profesionales de un problema que cada día genera mayores retos a la humanidad.

12. Recomendaciones.

Esta investigación sobre estrategias de afrontamiento que utilizan los egresados de una comunidad terapéutica en la etapa de reinserción nos permite realizar las siguientes recomendaciones para trabajos de intervención y de investigación futuros de interés para la ciencia:

- Realizar investigaciones específicas sobre el desarrollo de los recursos emocionales en los egresados de CT, enfocándose en conocer a profundidad la personalidad del sujeto que será por siempre un adicto.
- Utilizar la información recopilada en esta investigación como material de referencia para orientar las intervenciones en trabajo con adictos enriqueciéndolas psicoterapias de afrontamiento frente a situaciones generadoras de estrés.
- Incluir a las familias de los reeducados de CT, dentro de los foros y capacitaciones que sobre estrategias de afrontamiento dictan con regularidad para fortalecer la red de apoyo y brindar soporte en sociedad.
- Las comunidades terapéuticas por su larga trayectoria poseen un amplio conocimiento del tema de las adicciones, los procesos que han sido exitosos en el tratamiento de esta

enfermedad y el manejo de las estrategias de afrontamiento, tanto desde lo que se ha escrito como desde la vivencia diaria con las personas que padecen dicha problemática, es por ello que la comunidad podría generar un espacio para profesionales como maestros, entrenadores, religiosos entre otros que tienen contacto directo con población que se encuentra en riesgo generando una alerta y ayudando a la mitigación del riesgo.

Referencias bibliográficas

- Alcohólicos Anónimos. (1993). *Una breve guía a Alcohólicos Anónimos*.
- Alzate, L., & Bermudez, N. (2009). Estrategias de afrontamiento en farmacodependientes en edades entre los 18 y 34 años, después de la primera etapa de la reinserción social de la fundación la Luz en Medellín. 1-127.
- Andrews, J., Tildesley, E., Hops, H., & Li, F. (2002). The Influence of Peers on Young Adult Substance Use. *Health Psychology*, 349-357.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C., & Liese, B. (s.f). *Terapia Cognitiva de las Drogodependientes*. Barcelona: Paidós.
- Bonilla, E., & Penelope, R. (2005). La Investigación en los sistemas sociales. *Ediciones Uniandes*, 31-76.
- Bryman, A. (2008). Métodos de investigación social. *Oxford, University press*.
- Cabrera, G. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 129-138.
- Cardona, J. (2013). Relación Parento-Filial que se establece entre un Adolescente y su Padre Adicto el cual se encuentra en el Tratamiento de Comunidad Terapéutica de la Fundación La Luz. *Trabajo de grado.*, 1-16.
- Comite de Expertos en Farmacodependencia. (2003). Terminología utilizada en la notificación de reacciones farmacológicas adversas relacionadas con el abuso. *Organización mundial de la salud*, 33.

- Criollo, M., & Guerrero, J. (2015). Estrategias de afrontamiento en varones drogodependientes en proceso de rehabilitación en comunidad terapéutica. *Trabajo de grado*, 1-55.
- De León, G. (1994). *La comunidad terapeutica y las adicciones: teoria, modelo y metodo*.
- Delgado, P. (09 de Julio de 2014). Influencia de amigos en el consumo de drogas Cencia. *El universal*, págs. <http://www.eluniversal.com/opinion/140709/influencia-de-amigos-en-el-consumo-de-drogas-cencia>.
- Diaz, L., Urruco, U., & Martinez, M. M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*.
- Espada, J., Anton, F., & Torregrosa, M. (2008). Autoconcepto y búsqueda de sensaciones como predictores de las conductas sexuales bajo los efectos de las drogas en universitarios. *Redalyc.org*, 137-155.
- Falkowski, J. (2006). Guías de estudios. *Catedra de química medicinal*, 1-41.
- García, I., Jiménez, A., & Moreno, C. (2013). Sentido de coherencia y consumo de sustancias en adolescentes españoles. ¿Depende el efecto del SOC de los patrones de consumo de sustancias del grupo de iguales? *Adicciones*, 25(2), 109-117.
- Gisbert, S. (26 de Julio de 2014). *Revista Independientes*. Obtenido de <http://revistaindependientes.com/trabajar-la-autoestima-con-los-problemas-de-adiccion/>
- Graña, J., & Muñoz, M. (2000). Variables psicológicas relacionadas con el consumo de drogas en adolescentes: depresión y autoconcepto. *Revista de Drogodependencia*, 170-181.
- Guerrero, V. (s.f). *El cerebro adicto*. Obtenido de <http://www.comoves.unam.mx/numeros/articulo/177/el-cerebro-adicto>
- Haeussler, I., & Milicic, N. (2014). *Confiar en uno mismo*. Catalonia.
- Instituto Nacional Sobre el Abuso de las Drogas. (2010). *Principios de tratamientos para la drogadicción, una guía basada en investigaciones*. EEUU.
- Lizarraga, S., & Ayarra, M. (2001). Entrevista Motivacional. 43-53.
- Luna, N., & Morelo, D. (2013). Revisión teórica frente el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista electronica de investigación y docencia (REID)*, 43-64.
- Macías, M., Madariaga, C., Valle, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 123-145.

- Martinez, F. (s.f). Guia basica para personas que viven con VIH Opciones de tratamiento de la dependencia de opiáceos. *Grupo de trabajo sobre tratamiento de VIH*, 1-24.
- Martinez, M., & Sanz, C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas ¿Existe relación? 145-158.
- Ministerio de salud. (1993). Resolucion 008430 de 1993.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Plan nacional para la promoción de la salud, la prevención, y la atención del consumo de sustancias psicoactivas, 2014-2021*.
- Muriel, A. (2014). *Guia del proceso terapeutico*. Estrella.
- Mvrou, I. (2012). Los Factores de proteccion, de riesgo y la prevención de recaidas en la población drogodependiente: Analisis Socioeducativo del programa de comunidad de proyecto hombre en granada y del programa de Pyksida en Nicosia. *Tesis Doctoral*, 1-448.
- Narcóticos Anónimos. (1995). *Guia de Introducción a Narcóticos Anónimos*. USA.
- NIDA. (2012). El abuso de drogas y la drogadicción. 1-4.
- Pons, J., & Buega, S. (2011). Factores asociados al consumo de alcohol entre los jóvenes: Una revisión desde una perspectiva psicosocial y ecológica. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 75-94.
- Romero, T. (2015). Influencia de Pares en el Consumo de SPA en Adolescentes: Diferencias entre Consumidores y no Consumidores . *Universidad de La Sabana* , 1--23.
- Saenz, M., A, M., & Iraurgi, I. (2004). El conflicto parental y el consumo de drogas en los hijos y las hijas. *Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco*, 1-69.
- Saiz, A., & Gonzalez, A. (1999). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y rasgos de personalidad en jóvenes de enseñanza secundaria. *Adicciones*, 209-220.
- Sampieri, R., Fernandez, C., & Batfista, P. (1991). *Metodologia de la Investigació* (Quinta ed.). Mexico: Mcgraw-hill / interamericana editores, s.a. de c.v.
- Sanchez, J., Villareal, M. A., Alejandro, J., & Musitu, G. (2014). Contextos de socialización y uso ilegal de drogas entre los adolescentes escolarizados. *Psychosocial Intervention*, 69-78.
- Sandoval, C. (2002). *Investigación Cualitativa*. Bogota.
- Schutz, A. (1932). *La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva* (1ª reimpresión en España, 1993 ed.). Barcelona: Paidós.

Todo es mente. (s.f). Obtenido de <http://todoesmente.com/defensa/estrategias-de-afrontamiento>

13 Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado.

**Anexo
ESTILOS DE AFRONTAMIENTO**

EDAD _____ GÉNERO: F M FECHA: _____

La intención de este cuestionario es la de evaluar los ítems en relación al cómo se siente, qué hace y qué piensa cuando afronta situaciones problemáticas que le pueden ocasionar estrés o ansiedad.

En cuanto al Afrontamiento Laboral presentado en la Empresa.

DENTRO DE LAS RESPUESTAS NO EXISTEN BUENAS O MALAS, simplemente piense como actúa usted en determinadas situaciones según como se afirma en cada pregunta.

Marque con una X el número que se ajuste de acuerdo con la siguiente clave:

0. En absoluto	1. En alguna medida.	2. Bastante	3. En gran medida
-----------------------	-----------------------------	--------------------	--------------------------

Piense detenidamente en la última vez en la que se enfrentó a una situación verdaderamente difícil y marque la categoría que expresa

COMO USTED ACTUÓ SEGÚN SE AFIRMA EN LA PREGUNTA.

1. Me concentre exclusivamente en pensar que sería lo más apropiado que debía hacer a continuación	0	1	2	3
2. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás.	0	1	2	3
3. Me propuse encontrar algo positivo que remediara la situación.	0	1	2	3
4. Hable con alguien para averiguar más sobre la situación	0	1	2	3
5. Me critiqué me sermoneé a mi mismo	0	1	2	3
6. No intenté quemar de inmediato todos mis cartuchos, sino que deje alguna posibilidad abierta	0	1	2	3
7. Confié en que ocurriera un milagro	0	1	2	3
8. Seguí adelante como si nada hubiese pasado	0	1	2	3
9. Intente guardar para mí mis sentimientos	0	1	2	3
10. Intente mirar las cosas por el lado bueno	0	1	2	3
11. Dormí más de lo habitual en mí	0	1	2	3
12. Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema	0	1	2	3
13. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona	0	1	2	3
14. Busqué la ayuda de un profesional	0	1	2	3
15. Cambie, madure como persona	0	1	2	3
16. Me eché la culpa de lo ocurrido	0	1	2	3
17. Elaboré un plan de acción y lo seguí	0	1	2	3
18. Acepte la segunda mejor posibilidad de solución inferior a la ideal para mí	0	1	2	3
19. Me di cuenta de que yo fui la causa del problema	0	1	2	3
20. Salí de esa experiencia mejor de lo que entré	0	1	2	3
21. Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema	0	1	2	3
22. Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas medicamentos	0	1	2	3
23. Intenté no actuar demasiado pronto, ni dejarme llevar por mi primer impulso	0	1	2	3
24. Cambié algo para que las cosas salieran bien	0	1	2	3
25. Evité estar con la gente en general	0	1	2	3
26. Rehusé pensar en el problema por mucho tiempo	0	1	2	3
27. Consulte a algún pariente o amigo y respete su consejo	0	1	2	3
28. Oculte a los demás lo mal que estaban las cosas para mí	0	1	2	3
29. Le conté a alguien como me sentía	0	1	2	3
30. Me mantuve firme y peleé por lo que quería	0	1	2	3
31. Sabía lo que había que hacer, así que redoble mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien	0	1	2	3
32. Me negué a creer lo que había ocurrido	0	1	2	3
33. Propuse un par de soluciones diferentes para ese problema	0	1	2	3
34. Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado en la toma de decisiones	0	1	2	3
35. Deseé que ojalá hubiera sido posible cambiar lo que me estaba ocurriendo	0	1	2	3
36. Deseé que ojalá hubiera sido posible cambiar la forma en que me estaba sintiendo	0	1	2	3
37. Cambié algo de mí, de tal forma que pudiera enfrentarme mejor a la situación	0	1	2	3
38. Soñé o imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente	0	1	2	3
39. Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo	0	1	2	3
40. Fantaseé o imaginé el modo en que podría cambiar las cosas.	0	1	2	3
41. Deseé ser una persona más fuerte y optimista de lo que soy	0	1	2	3
42. Pensé cosas irreales o fantásticas (como ganarme la lotería) que me hicieran sentir mejor	0	1	2	3